

# **BAHAN AJAR**

## **Ilmu Kesehatan Masyarakat**



**OLEH:**

**Henny Juaria, S.KM., M. Kes**

**AKBID GRIYA HUSADA**

**SURABAYA**

**Jln. Dukuh Pakis Baru II No. 110 Surabaya**

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat-Nya kami diberikan kesehatan serta kemampuan sehingga dapat menyelesaikan bahan ajar yang berjudul “Ilmu Kesehatan Masyarakat”.

Dalam bahan ajar ini penulis mengharapkan agar bahan ajar ini dapat di pergunakan oleh berbagai pihak serta menunjang proses belajar dalam bidang Kesehatan Masyarakat bagi para mahasiswa.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan bahan ajar ini jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun agar makalah ini dapat menjadi yang lebih baik.

Surabaya, Desember 2016

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>Kata Pengantar</b> .....	ii
<b>Daftar Isi</b> .....	iii
<b>BAB I: KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT</b> .....	1
A. Sejarah Kesehatan Masyarakat .....	1
B. Periode-Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat.....	8
C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia .....	10
D. Definisi Kesehatan Masyarakat .....	12
E. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat.....	13
<b>BAB II: KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI</b> .....	19
A. Pengertian dan Peranan Epidemiologi .....	19
B. Metode – Metode Epidemiologi .....	20
C. Sejarah Perkembangan Epidemiologi .....	21
D. Komponen Penting Yang Ada Dalam Epidemiologi .....	23
E. Tujuan Epidemiologi .....	24
F. Ruang Lingkup Epidemiologi .....	24
<b>BAB III: ISSUE KESEHATAN LINGKUNGAN YANG BERPENGARUH PADA KESEHATAN REPRODUKSI</b> .....	29
A. Pengertian Kesehatan Lingkungan .....	29
B. Syarat-syarat Lingkungan Yang Sehat .....	29
C. Sasaran Kesehatan Lingkungan .....	31
D. Pengertian Kesehatan Reproduksi .....	31
E. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi dalam Lingkup Kehidupan .....	32
F. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi.....	33
<b>BAB IV: SURVEILANCE DALAM PRAKTIK KEBIDANAN</b> .....	39
A. Pengertian Surveillance .....	39
B. Tujuan Surveillance .....	40
C. Prinsip Surveillance .....	41
<b>BAB V: PENCEGAHAN PENYAKIT YANG BERKAITAN DENGAN KESEHATAN IBU DAN ANAK</b> .....	65
A. Konsep Pencegahan Penyakit .....	65
B. Program Kesehatan yang Terkait dalam Meningkatkan Status Kesehatan Ibu dan Anak.....	73
C. Program Kesehatan .....	84
D. Upaya-Upaya untuk Menurunkan Morbiditas-Mortalitas Meningkatkan Kualitas Tumbuh Kembang dan Perlindungan Anak .....	87
<b>BAB VI: ADVOKASI, KEMITRAAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK MENDUKUNG UPAYA KESEHATAN IBU DAN ANAK</b> .....	98
A. Pengertian Advokasi .....	98
B. Kemitraan .....	114
C. Pemberdayaan Masyarakat .....	117

D. Upaya – Upaya Kesehatan Ibu dan Anak .....	122
<b>BAB VII: PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM MASYARAKAT .....</b>	<b>132</b>
A. Pengertian Pendidikan Kesehatan.....	132
B. Prinsip-Prinsip Pendidikan Kesehatan .....	133
<b>BAB VIII: PENCATATAN DAN PELAPORAN KESEHATAN</b>	
<b>MASYARAKAT .....</b>	<b>144</b>
A. Pencatatan Dan Pelaporan Kesehatan Masyarakat .....	144
B. Definisi Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) .....	144
C. Pengorganisasian Puskesmas .....	162
<b>BAB IX: SISTEM PELAYANAN DAN SISTEM RUJUKAN .....</b>	<b>182</b>
A. Sistem Pelayanan Kesehatan .....	182
B. Tingkat Pelayan Kesehatan .....	186
C. Sistem Rujukan .....	190
<b>BAB X: TEKNOLOGI TEPAT GUNA DALAM KEBIDANAN .....</b>	<b>201</b>
A. Pengertian Teknologi Tepat Guna .....	201
B. Manfaat .....	202
<b>BAB XI: PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI HERBAL</b>	
<b>MEDICINE .....</b>	<b>218</b>
A. Pengertian Pemberdayaan Masyarakat .....	218
B. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat .....	219
C. Proses Pemberdayaan Masyarakat .....	219
D. Kelompok Sosial .....	220
E. Konsep Toga .....	221
F. Fungsi Toga .....	221
G. Contoh pemberdayaan masyarakat melalui paguyuban tanaman toga .....	222
<b>Daftar Pustaka .....</b>	<b>225</b>

## BAB I

### KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

#### A. Sejarah Kesehatan Masyarakat

Berbicara kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani yaitu Asclepius dan Higeia. Berdasarkan cerita Mitos Yunani tersebut Asclepius disebutkan sebagai seorang dokter pertama yang tampan dan pandai meskipun tidak disebutkan sekolah atau pendidikan apa yang telah ditempuhnya, tetapi diceritakan bahwa ia telah dapat mengobati penyakit dan bahkan melakukan bedah berdasarkan prosedur-prosedur tertentu dengan baik.

Higeia, seorang asistennya yang juga istrinya juga telah melakukan upaya kesehatan. Bedanya antara Asclepius dengan Higeia dalam pendekatan/penanganan masalah kesehatan adalah ;

- 1) Asclepius melakukan pendekatan (pengobatan penyakit), setelah penyakit tersebut terjadi pada seseorang.
- 2) 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.

##### 1.1.1 Peradaban Awal

Secara umum, tidak ada catatan mengenai praktik kesehatan komunitas yang paling awal. Mungkin praktek tersebut berupa pantangan untuk berdefekasi didalam wilayah pemukiman suku atau didekat sumber air minum. Mungkin juga berupa ritual yang berkaitan dengan pemakaman orang yang meninggal. Tentu saja, penggunaan ramuan untuk pencegahan dan pengobatan penyakit dan bantuan masyarakat saat persalinan bayi merupakan praktik yang sudah ada mendahului keberadaan catatan arkeologi.

##### a. Masyarakat Kuno (sebelum 500 SM)

Penggalian di lokasi beberapa peradaban awal yang terkenal telah mengungkapkan bukti adanya aktivitas kesehatan komunitas. Temuan arkeologi dari lembah Indus di India utara, bertanggal sekitar 2000 SM, memberikan adanya kamar mandi dan system drainase didalam rumah dan saluran pembuangan air yang terletak lebih rendah dari permukaan jalan. System

drainase juga ditemukan diantara reruntuhan kerajaan mesir kuno pertengahan (2700-2000 SM). Orang-orang Myceneans, yang tinggal di Crete pada 1600 SM telah memiliki toilet, system penggelontoran, dan saluran pembuangan air. Resep obat tertulis untuk obat-obatan berhasil ditafsirkan dari lempeng tanah liat (prasasti) orang Sumerian yang bertanggal sekitar 2100 SM. Sampai sekitar 1500 SM sudah lebih dari 700 obat yang dikenal orang Mesir. Mungkin tulisan yang paling awal yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat adalah Hukum Hammurabi (Code of Hammurabi), raja terkenal dari Babilonia, yang hidup 3900 tahun yang lalu. Hukum Hammurabi juga memuat undang-undang yang berkaitan dengan praktik dokter dan kesehatan. Bible's Book of Leviticus, yang ditulis sekita 1500 SM, memberikan petunjuk mengenai kebersihan personal, sanitasi perkemahan, disinfeksi sumur, isolasi penderita lepra, pembuangan sampah, dan hygiene maternitas.

b. Budaya Klasik (500 SM-500M)

Selama abad ke 13 dan ke 12 SM, orang Yunani mulai bepergian ke Mesir dan terus melakukannya sampai beberapa abad selanjutnya. Ilmu pengetahuan dari orang Babilonia, Mesir, Yahudi dan suku lainnya di Mediterania Timur tercakup didalam filosofi kesehatan dan kedokteran Yunani. Selama "zaman keemasan" Yunani kuno (di abad ke 5 dan ke 6 SM), para pria berpartisipasi dalam permainan adu kekuatan dan keahlian dan berenang di fasilitas umum. Sangat sedikit bukti bahwa penekanan pada kebugaran ini dan pada keberhasilan dalam pertandingan atletik dibebankan secara merata pada semua anggota masyarakat. Partisipasi dalam aktivitas itu tidak didukung dan bahkan dilarang untuk wanita, kaum miskin, atau budak. Orang-orang Yunani juga aktif menjalankan sanitasi komunikasi. Mereka memasok sumur-sumur kota setempat dengan air yang diambil dari pegunungan yang berjarak sejauh 10 mil. Setidaknya dalam satu kota, air yang berasal dari sumber yang jauh disimpan dalam reservoir dengan ketinggian 370 kaki diatas permukaan laut.

Orang-orang romawi mengembangkan teknologi yunani itu dan membangun saluran air yang dapat mengalirkan sampai bermil-mil jauhnya. Bukti sekitar 200 saluran air di Romawi masih ada sampai sekarang, di Spanyol ke Syiria dan dari Eropa Utara sampai Afrika utara. Orang Romawi juga

membangun saluran air dan merintis aktivitas kesehatan komunitas yang lain, diantaranya pengaturan pembangunan gedung, pembuangan sampah, dan pembersihan jalan dan perbaikannya. Kekaisaran Romawi memang gudang ide pengobatan Yunanai, tetapi dengan sedikit pengecualian, Romawi tidak berbuat banyak terhadap kemajuan pemikiran dibidang Kedokteran. Namun, ada satu kontribusi penting yang mereka berikan untuk bidang kedokteran dan layanan kesehatan-rumah sakit. walau rumah sakit pertama hanya merupakan penampungan budak yang sakit, sebelum era Romawi, umat kristiani telah membangun rumah sakit umum sebagai organisasi amal. Saat kekaisaran Romawi runtuh pada tahun 476 M, kebanyakan aktivitas kesehatan masyarakat menghilang.

#### 1.1.2 Abad Pertengahan (500-1500M)

Periode dari akhir Kekaisaran Romawi di wilayah Barat sampai tahun 1500 M dikenal sebagai Abad Pertengahan. Pendekatan terhadap kesehatan dan penyakit pada zaman ini sangat berbeda dengan pendekatan di zaman Kekaisaran Romawi. Selama masa itu semakin berkembang paham materialism Romawi dan kesadaran Spiritual. Masalah kesehatan dipandang memiliki penyebab spiritual dan solusi spiritual. Pandangan ini memang benar pada awal abad pertengahan, selama periode yang dikenal sebagai “*zaman kegelapan*” (500-1000 M). baik kepercayaan ritual maupun umat kristiani menyalahkan kekuatan supranatural sebagai penyebab penyakit. Ajaran St. Augustine misalnya, menyatakan penyakit disebabkan oleh setan yang dikirim untuk menyiksa jiwa manusia, dan kebanyakan umat kristiani percaya bahwa penyakit merupakan hukuman atas dosa mereka. Tidak diperhitungkan peran lingkungan fisik dan biologis kedalam hubungan sebab-akibat penyakit menular menyebabkan epidemic yang ganas dan tidak terkendali selamaera spiritual kesehatan masyarakat ini. Epidemic ini menyebabkan penderitaan dan kematian jutaan orang. Salah satu awal epidemic yang berhasil dicatat adalah epidemic penyakit lepra. Sampai tahun 1200 M, diperkirakan terdapat sekitar 19.000 tempat penampungan penderita lepra dan leprasaria di eropa. Penyakit epidemic yang paling mematikan pada periode itu adalah pes. Sulit bagi kita, yang hidup diawal abad ke-21, untuk membayangkan dampak epidemic pes yang terjadi di Eropa. Tiga epidemic besar penyakit pes : yang pertama dimulai tahun pada tahun 543 M, kedua 1348 M, dan terakhir tahun 1664. Epidemic terburuk terjadi pada abad ke-14, saat penyakit itu dijuluki sebagai “*black death*”. Di Eropa saja, sekitar 25 juta orang menjadi korbannya. Jumlah ini melebihi jumlah penduduk yang tinggal dinegara bagian Ohio dan Pennsylvania sekarang. Separuh populasi di London meninggal dan di beberapa wilayah Perancis hanya 1 dari 10 orang yang selamat. Selama abad pertengahan

ini juga terjadi epidemic penyakit yang lain, diantaranya, cacar, difteri, campak, influenza, tuberculosis, antraks dan trakoma. Banyak penyakit lain, yang saat ini belum terdeteksi, mengambil giliran. Penyakit epidemic terakhir selama periode itu adalah sifilis, yang muncul pada tahun 1492. Penyakit ini, seperti halnya penyakit epidemic yang lain, juga membunuh ribuan orang.

### 1.1.3 Zaman Renaissance dan Penjajahan

Periode Renaissance merupakan periode yang ditandai dengan lahirnya kembali pemikiran tentang karakteristik alam dan kemanusiaan. Perdagangan antarkota dan antarnegara sudah berkembang dan terjadi pertambahan penduduk dikota-kota besar. Periode ini juga ditandai dengan adanya penjelajahan dan penemuan. Perjalanan Columbus, Magellan, dan penjelajah lainnya pada akhirnya mengarah pada periode kolonialisme (penjajahan). Dampak Renaissance terhadap kesehatan komunitas sangat besar. Pengkajian yang lebih cermat terhadap Kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit yang terjadi selama periode itu mengungkap bahwa penyakit semacam pes selain membunuh orang suci juga membunuh pendosa. Selain itu, keyakinan bahwa penyakit disebabkan oleh factor-faktor lingkungan, bukan factor spiritual, semakin berkembang. Contoh, istilah malaria (yang berarti udara kotor) merupakan sebutan khas untuk udara yang lembab dan basah, yang kerap menjadi sarang nyamuk yang menularkan malaria. Observasi yang lebih kritis terhadap penyakit menghasilkan penjelasan yang lebih akurat mengenai gejala dan akibat suatu penyakit. Observasi ini mengarah kepada pengenalan awal

penyakit batuk rejan, tifus, scarlet fever, dan malaria, sebagai penyakit yang khas dan berbeda. Epidemic penyakit cacar, malaria, dan pes masi menjamur di Inggris dan seluruh Eropa. Pada tahun 1665, epidemic pes menelan korban 68.596 jiwa di London, yang pada saat itu berpenduduk 460.000 jiwa (15 % dari populasi menjadi korban). Penjelajah, penjajah, dan pedagang serta awak mereka menyebarkan penyakit ke daerah jajahan dan penduduk setempat diseluruh Dunia Baru. Cacar, campak, dan penyakit lainnya membinasakan penduduk asli yang tidak terlindung

### 1.1.4 Abad ke-18

Abad ke-18 ditandai dengan perkembangan industry. Walau mulai mengenal sifat suatu penyakit, kondisi kehidupan saat itu sangat tidak kondusif untuk kesehatan. Kota-kota sangat padat dan sumber air tidak memadai dan kerap tidak sehat. Jalan-jalan biasanya tidak dipadatkan, sangat kotor, dan penuh dengan sampah. Banyak rumah yang berlantai kotor dan tidak sehat. Tempat kerja tidak aman dan tidak sehat. Sebagian besar pekerja adalah kaum miskin, termasuk anak-anak, yang dipaksa bekerja dengan jam kerja yang panjang sebagai pembantu yang terikat kontrak. Banyak dari pekerjaan itu yang tidak aman atau



harus dilakukan dilingkungan yang tidak sehat, misalnya pabrik tekstil dan pertambangan batubara.

Salah satu kemajuan di bidang kedokteran, terjadi di akhir abad ke-18, layak disebutkan karena maknanya bagi kesehatan masyarakat. Pada tahun 1796, Dr. Edward Jenner berhasil memperagakan proses vaksinasi sebagai perlindungan terhadap penyakit cacar. Ia melakukannya dengan menginokulasi seorang anak laki-laki dengan materi yang berasal dari nanah penyakit cowpox (*Vaccinia*). Saat kemudian dipajankan dengan materi dari nanah penyakit (*variola*), anak laki-laki itu tetap sehat. Temuan Dr. Jenner tetap menjadi salah satu temuan terbesar sepanjang zaman baik bagi dunia kedokteran maupun kesehatan masyarakat. Sebelum temuan itu, jutaan orang meninggal atau bahkan menjadi “bopengan” akibat cacar. Satu-satunya metode pencegahan yang dikenal adalah “variulasi”, suatu bentuk inokulasi dengan menggunakan materi cacar itu sendiri. Prosedur ini sangat berbahaya karena orang yang mejalaninya terkadang justru terkena cacar. Walau begitu, selama revolusi amerika, Jendral George Washingto memerintahkan pasukan koloni amerika untuk menjalani “variulasi”. Perintah ini dikeluarkannya untuk memastikan bahwa epidemic cacar yang menyerang tidak akan memusnakan pasukannya. Yang cukup menarik rata-rata usia kematian seseorang yang tinggal diamerika serikat selama waktu tersebut adalah 29 tahun. Diakhir abad ke-18, kaum muda AS berbagai masalah penyakit, termasuk berlanjutan KLB

cacar, kolera, demam typhoid dan yellow fever. KLB yellow fever biasanya menyerang kota-kota pelabuhan, seperti Charleston, Baltimore, New York, dan New Orleans, tempat merapatnya kapal dari wilayah tropis Amerika. Epidemic terbesar penyakit yellow fever di Amerika terjadi di Philadelphia tahun 1793., dengan perkiraan sekitar 23.000 kasus, termasuk 4.044 korban meninggal dalam populasi yang diperkirakan hanya berjumlah 37.000 jiwa. Untuk mengatasi epidemic yang berlanjut itu dan banyak masalah kesehatan lainnya, misalnya kebersihan dan perlindungan terhadap persediaan air, dibentuk beberapa lembaga kesehatan pemerintah. Pada tahun 1798, Marine Hospital Service (selanjutnya menjadi U.S Public Health Service) dibentuk untuk mengatasi penyakit yang menyerang di atas sarana angkutan air. Sampai tahun 1799, beberapa kota besar di Amerika, termasuk Boston, Philadelphia, New York, dan Baltimore juga membentuk dewan kesehatan kota.

#### 1.1.5 Abad ke-19

Selama paruh pertama abad ke-19, terjadi beberapa kemajuan luar biasa dibidang kesehatan masyarakat. Kondisi kesehatan kehidupan di Eropa dan Inggris tetap tidak saniter dan industrialisasi menyebabkan semakin banyak penduduk berada di kota. Namun, metode pertanian yang lebih baik menyebabkan perbaikan gizi bagi banyak orang. Selama periode ini, Amerika menikmati ekspansinya kearah barat, yang ditandai dengan semangat pioneer, kecukupan

diri, dan individualism yang kuat. Pendekatan pemerintah federal pada masalah kesehatan dicirikan dengan istilah Perancis *Laissez faire*, yang berarti tanpa campur tangan. Selain itu, ada beberapa peraturan kesehatan atau lembaga kesehatan di daerah pedesaan. Praktik pertobatan tumbuh subur, periode ini merupakan masa yang sangat tepat untuk anjuran “pembeli waspada”. Epidemic masih berlanjut di kota-kota besar Eropa dan Amerika. Tahun 1849, epidemic kolera menyerang London. Dr. John Snow mempelajari epidemic ini dan mengajukan hipotesis bahwa penyakit ini disebabkan oleh konsumsi air dari pompa Broad Street. Dia memperoleh izin untuk melepas pegangan pompa, dan epidemic pun selesai. Tindakan Snow sangat luar biasa karena berlangsung sebelum penemuan bahwa mikroorganisme dapat menyebabkan penyakit. Teori yang dominan saat itu tentang penyakit menular adalah “teori miasmas”. Menurut teori ini, uap atau bau tak sedap (miasmas) yang keluar dari tanah merupakan sumber dari banyak penyakit. Teori miasmas tetap terkenal hampir disepanjang abad ke-19. Di Amerika pada tahun 1850, Lemuel Shattuck menyusun laporan kesehatan untuk Persemakmuran Massachusetts yang menggarisbawahi perlunya kesehatan masyarakat untuk negara bagian ini. Termasuk di dalamnya rekomendasi untuk pembentukan dewan kesehatan, pengumpulan data statistik vital, penerapan tindakan yang saniter, dan penelitian penyakit. Shattuck juga merekomendasikan pendidikan kesehatan dan pengendalian pajanan terhadap alkohol, asap rokok, makanan tidak bermutu, dan ramuan tabib. Walau beberapa rekomendasinya perlu waktu bertahun-tahun untuk dapat diterapkan (Massachusetts Board of Health belum terbentuk sampai tahun 1869), hal yang signifikan dari laporan Shattuck begitu sedemikian rupa sehingga tahun 1850 menjadi masa kunci di dalam kesehatan masyarakat Amerika tahun itu menandai dimulainya era modern kesehatan masyarakat. Kemajuan nyata di dalam pemahaman mengenai penyebab berbagai penyakit menular berlangsung pada seperempat abad terakhir abad ke-19. Salah satu kendala pada kemajuan itu adalah teori perkembangbiakan spontan, pemikiran yang menyatakan organisme hidup dapat berkembang dari benda anorganik atau benda takhidup. Serupa dengan teori adalah pemikiran bahwa satu jenis mikroba dapat berubah menjadi jenis organisme yang lain. Di tahun 1862, Louis Pasteur dari Perancis mengajukan teori kuman penyakit. Selama tahun 1860-an dan 1870-an, dia dan beberapa lainnya melakukan eksperimen dan observasi yang mendukung teorinya dan menumbangkan teori spontanitas. Pasteur benar-benar sangat berjasa karena berhasil menumbangkan teori perkembangbiakan spontan. Ilmuan Jerman Robert Koch merupakan orang yang mengembangkan kriteria dan prosedur-prosedur penting untuk membuktikan pendapat bahwa mikroba tertentu, dan bukan mikroba lain, yang menyebabkan penyakit tertentu. Demonstrasi pertamanya dengan basilus antraks berlangsung pada tahun 1876. Antara tahun 1877 sampai akhir abad ke-19, identitas sejumlah agens penyakit bakteri berhasil dipastikan, termasuk di antaranya penyebab gonorrhoea, tifus, lepra, tuberculosis, kolera,

difteri, tetanus, pneumonia, pes, dan disentri. Periode ini (1875-1900) lebih dikenal dengan julukan periode bakteriologis kesehatan masyarakat. Walaupun kebanyakan temuan ilmiah di akhir abad ke-19 terjadi di Eropa, cukup banyak prestasi kesehatan masyarakat yang terjadi di Amerika. Undang-undang pertama yang melarang susu bermutu rendah (*adulteracion*) disahkan pada tahun 1856, survai kebersihan pertama dilakukan di New York City tahun 1864, dan Amerika Public Health Association didirikan tahun 1872. Marine Hospital Service memiliki wewenang baru untuk melaksanakan inspeksi dan investigasi karena dikeluarkannya Port Quarantine Act tahun 1878. Pada tahun 1890, pasteurisasi pada susu mulai diperkenalkan, sementara pemeriksaan atas daging dimulai tahun 1891. Selama periode itu pula perawat pertama kali dipekerjakan oleh industri (1895) dan sekolah (1899). Juga pada tahun 1895, septic tank diperkenalkan untuk pengolahan air kotor. Pada tahun 1900, Mayor Walter Reed dari pasukan Amerika mengumumkan bahwa yellow fever ditularkan melalui nyamuk.

#### 1.1.6 Abad ke-20

Saat dimulainya abad ke-20, angka harapan hidup masih kurang dari 50 tahun. Penyebab utama kematian adalah penyakit menular-influenza, pneumonia, tuberculosis, dan infeksi saluran pencernaan. Penyakit menular yang lain, misalnya, demam tifoid, malaria, dan difteri juga banyak menelan korban. Masalah kesehatan yang juga terjadi. Jutaan anak mengalami kondisi yang ditandai dengan diare takmenular atau kelainan bentuk tulang. Walau gejala pellagra dan rakitis sudah dikenal dan dijelaskan, penyebab penyakit itu masih menjadi misteri yang belum dipecahkan sampai pergantian abad. Penemuan bahwa kondisi itu disebabkan oleh defisiensi vitamin berjalan lambat karena sebagian ilmuwan mencari penyebab bakterialnya. Defisiensi vitamin dan salah satu kondisi pemicunya, kesehatan gigi yang buruk, merupakan hal yang sangat umum dijumpa di daerah kumuh kota-kota Amerika dan Eropa. Tidak tersedianya layanan prenatal dan pascanatal yang memadai menyebabkan tingginya angka kematian yang berkaitan dengan kehamilan dan kelahiran.

### **B. Periode-periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat**

#### 2.2.1 Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan (Pre Scientific Period)

Sejarah kebudayaan peradaban masyarakat kuno yang berpusat di Babylonia, Mesir, Yunani dan Roma (The Pre-Cristion Period). Pada saat itu pemerintah kota telah melakukan upaya-upaya pemberantasan penyakit. Sebagai bukti ditemukan dokumen-dokumen tentang peraturan-peraturan tertulis yang mengatur tentang pembuangan air limbah (*drainase*), pengaturan air minum, pembuangan sampah, dsb. (Hanlon, 1964). Dari hasil penemuan arkeologi pada saat itu telah dibangun WC Umum (Public Latrine) dan sumber air minum sendiri namun untuk alasan 'estetika', bukan untuk alasan kesehatan. Pada kerajaan Romawi Kuno, peraturan-peraturan yang dibuat bedasarkan alasan kesehatan. Dalam hal itu pegawai-

pegawai kerajaan ditugaskan untuk melakukan supervisi ke lapangan ke tempat-tempat air minum (Public Bar), warung makan, tempat-tempat prostitusi, dsb.

a. Abad Pertama Sampai Abad Ketujuh

Pada masa ini berbagai penyakit menyerang penduduk. Di berbagai tempat terjadi endemik atau wabah penyakit. Bahkan begitu banyaknya penyakit menular dan, oleh karena itu kesehatan masyarakat makin dirasakan pentingnya (Hanlon, 1974).

Penyakit kolera menjalar dari Inggris ke Afrika, kemudian ke Asia (khususnya Asia Barat dan Asia Timur) dan akhirnya sampai ke Asia Selatan. Pada Abad ke 7 India menjadi pusat endemik kolera. Selain kolera penyakit lepra menyebar dari Mesir ke Asia Kecil dan Eropa melalui emigran. Upaya-upaya yang dilakukan adalah perbaikan lingkungan yaitu higiene dan sanitasi, pengusahaan air minum yang bersih, pembuangan sampah, ventilasi rumah telah menjadi bagian kehidupan masyarakat waktu itu.

b. Abad ke-13 Sampai Abad ke-17

Pada masa ini kejadian endemik pes yang paling dasyat terjadi di China dan India, pada tahun 1340 tercatat diperkirakan 13 juta orang meninggal karena wabah pes. Catatan lain di India, Mesir dan Gaza 13.000 orang meninggal setiap harinya atau selama wabah tersebut jumlah kematian mencapai 60 juta orang di seluruh dunia. Pertistiwa tersebut dikenal dengan

'**The Black Death**'. Pada abad tersebut Kolera juga menjadi masalah di beberapa tempat. Tahun 1603 terjadi kematian 1 diantara 6 orang dan pada tahun 1665 meningkat menjadi 1 diantara 5 orang karena penyakit menular. Tahun 1759 tercatat 70 ribu orang penduduk kepulauan Cyprus meninggal karena penyakit menular. Penyakit-penyakit lain yang menjadi wabah pada waktu itu diantaranya Dipteri, Tifus, dan Disentri.

### 2.2.2 Periode Ilmu Pengetahuan (Scientific Period)

Abad ke-18 sampai permulaan abad ke-19 (Kebangkitan Ilmu Pengetahuan) Penyakit-penyakit yang muncul bukan saja dilihat sebagai fenomena biologis yang sempit, tetapi merupakan suatu masalah yang kompleks. Pada masa ini juga ditemukan berbagai macam vaksin dan bahan disinfektans. Vaksin Cacar oleh Luis Pasteur, Asam Carbolik untuk sterilisasi ruangan operasi ditemukan oleh Joseph Lister, Ether untuk Anestesi oleh Williem

Marton, dsb. Tahun 1832 di Inggris terjadi epidemic Kolera. Parlemen Inggris menugaskan Edmin Chadwich, seorang pakar sosial untuk memimpin penyelidikan penyakit tersebut. Atas laporannya tersebut Parlemen Inggris mengeluarkan UU tentang upaya-upaya peningkatan kesehatan penduduk, termasuk sanitasi lingkungan dan tempat kerja, pabrik, dsb.

John Simon diangkat oleh pemerintah Inggris untuk menangani masalah kesehatan. Pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20 mulai dikembangkan pendidikan tenaga kesehatan. Tahun 1883 Sekolah Tinggi Kedokteran didirikan oleh John Hopkins di Baltimore AS, dengan salah satu departemennya adalah Departemen Kesehatan Masyarakat. Tahun 1908 sekolah kedokteran mulai menyebar di Eropa, Kanada, dsb. Dari segi pelayanan masyarakat, pada tahun 1855 untuk pertamakalinya pemerintah AS membentuk Departemen Kesehatan yang merupakan peningkatan dari Departemen Kesehatan Kota yang sudah terbentuk sebelumnya. Tahun 1972 dibentuk Asosiasi Kesehatan Masyarakat Amerika (American Public Health Association).

### **C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia**

- |            |   |
|------------|---|
| Abad Ke-16 | Pemerintahan Belanda mengadakan upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti masyarakat pada waktu itu. Sehingga berawal dari wabah kolera tersebut maka pemerintah Belanda pada waktu itu melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat.                 |
| Tahun 1807 | Pemerintahan Jendral Daendels, telah dilakukan pelatihan dukun bayi dalam praktek persalinan. Upaya ini dilakukan dalam rangka upaya penurunan angka kematian bayi pada waktu itu, tetapi tidak berlangsung lama, karena langkanya tenaga pelatih.                  |
| Tahun 1888 | Berdiri pusat laboratorium kedokteran di Bandung, yang kemudian berkembang pada tahun-tahun berikutnya di Medan, Semarang, Surabaya, dan Yogyakarta. Laboratorium ini menunjang pemberantasan penyakit seperti malaria, lepra, cacar, gizi dan sanitasi.            |
| Tahun 1925 | Hydrich, seorang petugas kesehatan pemerintah Belanda mengembangkan daerah percontohan dengan melakukan propaganda (pendidikan) penyuluhan kesehatan di Purwokerto, Banyumas, karena tingginya angka kematian dan kesakitan.  |
| Tahun 1927 | STOVIA (sekolah untuk pendidikan dokter pribumi) berubah menjadi sekolah kedokteran dan akhirnya sejak berdirinya UI tahun 1947 berubah menjadi FKUI. Sekolah dokter tersebut punya andil besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga (dokter-dokter) yang mengembangkan |

- kesehatan masyarakat Indonesia.
- Tahun 1930 Pendaftaran dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan.
- Tahun 1935 Dilakukan program pemberantasan pes, karena terjadi epidemi, dengan penyemprotan DDT dan vaksinasi massal.
- Tahun 1951 Diperkenalkannya konsep Bandung (Bandung Plan) oleh **Dr.Y. Leimena dan dr Patah (yang kemudian dikenal dengan Patah-Leimena)**, yang intinya bahwa dalam pelayanan kesehatan masyarakat, aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan. konsep ini kemudian diadopsi oleh WHO. Diyakini bahwa gagasan inilah yang kemudian dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit-unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten di tiap kecamatan yang mulai dikembangkan sejak tahun 1969/1970 dan kemudian disebut **Puskesmas**.
- Tahun 1952 Pelatihan intensif dukun bayi dilaksanakan
- Tahun 1956 Dr.Y.Sulianti mendirikan “Proyek Bekasi” sebagai proyek percontohan/model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat dan pusat pelatihan, sebuah model keterpaduan antara pelayanan kesehatan pedesaan dan pelayanan medis.
- Tahun 1967 Seminar membahas dan merumuskan program kesehatan masyarakat terpadu sesuai dengan masyarakat Indonesia. Kesimpulan seminar ini adalah disepakatinya sistem Puskesmas yang terdiri dari Puskesmas tipe A, tipe B, dan C.
- Tahun 1968 Rapat Kerja Kesehatan Nasional, dicetuskan bahwa Puskesmas adalah merupakan sistem pelayanan kesehatan terpadu, yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah (Depkes) menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas disepakati sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh dan mudah dijangkau, dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan di kotamadya/kabupaten.
- Tahun 1969 Sistem Puskesmas disepakati 2 saja, yaitu tipe A (dikepalai dokter) dan tipe B (dikelola paramedis). Pada tahun 1969-1974 yang dikenal dengan masa Pelita 1, dimulai program kesehatan Puskesmas di sejumlah kecamatan dari sejumlah Kabupaten di tiap Propinsi.

Tahun 1979	Tidak dibedakan antara Puskesmas A atau B, hanya ada satu tipe Puskesmas saja, yang dikepalai seorang dokter dengan stratifikasi puskesmas ada 3 (sangat baik, rata-rata dan standard). Selanjutnya Puskesmas dilengkapi dengan piranti manajerial yang lain, yaitu Micro Planning untuk perencanaan, dan Lokakarya Mini (LokMin) untuk pengorganisasian kegiatan dan pengembangan kerjasama tim.
Tahun 1984	Dikembangkan program paket terpadu kesehatan dan keluarga berencana di Puskesmas (KIA, KB, Gizi, Penanggulangan Diare, Immunisasi)
awal tahun 1990-an	Puskesmas menjelma menjadi kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga memberdayakan peran serta masyarakat, selain memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

#### **D. Definisi Kesehatan Masyarakat**

Kesehatan masyarakat menurut Winslow (1920), Kesehatan Masyarakat (Public Health) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan melalui “Usaha-usaha Pengorganisasian Masyarakat” untuk :

1. Perbaikan sanitasi lingkungan
2. Pemberantasan penyakit-penyakit menular
3. Pendidikan untuk kebersihan perorangan
4. Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan.
5. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Menurut Ikatan Dokter Amerika (1948), kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.

#### **E. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat**

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain, mencakup :

1. Ilmu biologi
2. Ilmu kedokteran
3. Ilmu kimia
4. Fisika
5. Ilmu Lingkungan

6. Sosiologi
7. Antropologi (ilmu yang mempelajari budaya pada masyarakat)
8. Psikologi
9. Ilmu pendidikan

Oleh karena itu ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin.

Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama

1. Ilmu Kesehatan Masyarakat ini antara lain sbb :
2. Epidemiologi.
3. Biostatistik/Statistik Kesehatan.
4. Kesehatan Lingkungan.
5. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku.
6. Administrasi Kesehatan Masyarakat.
7. Gizi Masyarakat.
8. Kesehatan Kerja.

Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat:

Menurut Hendrick L. Blumm, terdapat 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, yaitu :

1. Perilaku
2. Lingkungan
3. Keturunan
4. Pelayanan Kesehatan

Dari ke 4 faktor di atas ternyata pengaruh perilaku cukup besar diikuti oleh pengaruh faktor lingkungan, pelayanan kesehatan dan keturunan. Ke empat faktor di atas sangat berkaitan dan saling mempengaruhi. Perilaku sehat akan menunjang meningkatnya derajat kesehatan, hal ini dapat dilihat dari banyaknya penyakit berbasis perilaku dan gaya hidup. Kebiasaan pola makan yang sehat dapat menghindarkan diri kita dari banyak penyakit, diantaranya penyakit jantung, darah tinggi, stroke, kegemukan, diabetes mellitus dan lain lain. Perilaku / kebiasaan mencuci tangan sebelum makan juga dapat menghindarkan kita dari penyakit saluran cerna seperti mencret mencret dan lainnya. Saat ini pemerintah telah berusaha memenuhi 3 aspek yang sangat terkait dengan upaya pelayanan kesehatan, yaitu upaya memenuhi ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dengan membangun Puskesmas, Pustu, Bidan Desa, Pos Obat Desa, dan jejaring lainnya. Pelayanan rujukan juga ditingkatkan dengan munculnya rumah sakit rumah sakit baru di setiap kabupaten / kota. Upaya meningkatkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat secara langsung juga dipermudah dengan adanya program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) bagi masyarakat kurang mampu. Program ini berjalan secara sinergi dengan program pemerintah



lainnya seperti Program bantuan langsung tunai (BLT), Wajib Belajar dan lain lain. Untuk menjamin agar fasilitas pelayanan kesehatan dapat memberi pelayanan yang efektif bagi masyarakat, maka pemerintah melaksanakan program jaga mutu. Untuk pelayanan di rumah sakit program jaga mutu dilakukan dengan melaksanakan akreditasi rumah sakit. Ke 4 faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat di atas tidak berdiri sendiri sendiri, namun saling berpengaruh. Oleh karena itu upaya pembangunan harus dilaksanakan secara simultan dan saling mendukung. Upaya kesehatan yang dilaksanakan harus bersifat komprehensif, hal ini berarti bahwa upaya kesehatan harus mencakup upaya preventif / promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Dengan berbagai upaya di atas, diharapkan peran pemerintah sebagai pembuat regulasi, dan pelaksana pembangunan dapat dilaksanakan untuk meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat. Sasaran Kesehatan Masyarakat:

1. Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan keluarga.
2. Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan komunitas.
3. Terpelihara dan meningkatnya status gizi masyarakat.
4. Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan jiwa masyarakat.
5. Meningkatnya jumlah dan cakupan pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra upaya.

## KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT



### Definisi Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat menurut Winslow (1920), Kesehatan Masyarakat (Public Health) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan melalui "Usaha-usaha Pengorganisasian Masyarakat" untuk :

- Perbaikan sanitasi lingkungan
- Pemberantasan penyakit-penyakit menular
- Pendidikan untuk kebersihan perorangan

Menurut Ikatan Dokter Amerika (1948), kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.



### Sejarah Kesehatan Masyarakat

#### Peradaban Awal

##### a. Masyarakat Kuno (sebelum 500 SM)

Di India utara sekitar 2000 SM, memberikan adanya kamar mandi dan system drainase didalam rumah dan saluran pembuangan air yang terletak lebih rendah dari permukaan jalan.

Orang-orang Myceneans, yang tinggal di Crete pada 1600 SM telah memiliki toilet, system penggelontoran, dan saluran pembuangan air



- sekitar 2100 SM resep obat tertulis untuk obat-obatan berhasil ditafsirkan dari lempeng tanah liat (prasasti) oleh orang Sumerian.
- 1500 SM sudah lebih dari 700 obat yang dikenal orang Mesir.
- Bible's Book of Leviticus, yang ditulis sekitar 1500 SM, memberikan petunjuk mengenai kebersihan personal, sanitasi perkemahan, disinfeksi sumur, isolasi penderita lepra, pembuangan sampah, dan hygiene maternitas.




##### b. Budaya Klasik (500 SM-500M)

Selama abad ke 13 dan ke 12 SM, orang Yunani mulai bepergian ke Mesir dan terus melakukannya sampai beberapa abad selanjutnya. Ilmu pengetahuan dari orang Babilonia, Mesir, Yahudi dan suku lainnya di Mediterania Timur tercakup didalam filosofi kesehatan dan kedokteran Yunani.




- Orang-orang Yunani juga aktif menjalankan sanitasi komunikasi. Mereka memasok sumur-sumur kota setempat dengan air yang diambil dari pegunungan yang berjarak sejauh 10 mil.
- Orang-orang romawi mengembangkan teknologi Yunani itu dan membangun saluran air yang dapat mengalirkan sampai bermil-mil jauhnya. Bukti sekitar 200 saluran air di Romawi masih ada sampai sekarang, di Spanyol ke Syria dan dari Eropa Utara sampai Afrika Utara.




### Abad Pertengahan (500-1500M)

- Selama masa itu semakin berkembang paham materialisme Romawi dan kesadaran Spiritual
- selama periode yang dikenal sebagai "*zaman kegelapan*" (500-1000 M), baik kepercayaan ritual maupun umat Kristiani menyalahkan kekuatan supranatural sebagai penyebab penyakit.
- Ajaran St. Augustine misalnya, menyatakan penyakit disebabkan oleh setan yang dikirim untuk menyiksa jiwa manusia, dan kebanyakan umat Kristiani percaya bahwa penyakit merupakan hukuman atas dosa mereka.



- Salah satu awal epidemic yang berhasil dicatat adalah epidemic penyakit lepra. Sampai tahun 1200 M, diperkirakan terdapat sekitar 19.000 tempat penampungan penderita lepra dan leprasaria di Eropa.
- Penyakit epidemic yang paling mematikan pada periode itu adalah pes.
- Selama abad pertengahan ini juga terjadi epidemic penyakit yang lain, diantaranya, cacar, difteri, campak, influenza, tuberculosis, antraks dan trakoma.
- Penyakit epidemic terakhir selama periode itu adalah sifilis, yang muncul pada tahun 1492




### Zaman Renaissance dan Penjajahan

Periode Renaissance merupakan periode yang ditandai dengan lahirnya kembali pemikiran tentang karakteristik alam dan kemanusiaan. Perdagangan antar kota dan antar negara sudah berkembang dan terjadi pertumbuhan penduduk di kota-kota besar.


Keyakinan bahwa penyakit disebabkan oleh faktor-faktor lingkungan, bukan faktor spiritual, semakin berkembang. Contoh, istilah malaria (yang berarti udara kotor) merupakan sebutan khas untuk udara yang lembab dan basah.

Observasi yang lebih kritis terhadap penyakit menghasilkan penjelasan yang lebih akurat mengenai gejala dan akibat suatu penyakit. Observasi ini mengarah kepada pengenalan awal penyakit batuk rejan, tifus, scarlet fever, dan malaria, sebagai penyakit yang khas dan berbeda.




### Abad ke-18

- ditandai dengan perkembangan industri
- kondisi kehidupan saat itu sangat tidak kondusif untuk kesehatan. Kota-kota sangat padat dan sumber air tidak memadai dan kerap tidak sehat
- Pada tahun 1796, Dr. Edward Jenner berhasil memperagakan proses vaksinasi sebagai perlindungan terhadap penyakit cacar.



### Abad ke-19

- terjadi beberapa kemajuan luar biasa dibidang kesehatan masyarakat.
- Tahun 1849, epidemic kolera menyerang London. Dr. John Snow mempelajari epidemic ini dan mengajukan hipotesis bahwa penyakit ini disebabkan oleh konsumsi air dari pompa Broad Street. Dia memperoleh izin untuk melepas pegangan pompa, dan epidemic pun selesai. Tindakan snow sangat luar biasa karena berlangsung sebelum penemuan bahwa mikroorganisme dapat menyebabkan penyakit. Teori yang dominan saat itu tentang penyakit menular adalah "teori miasmas". Menurut teori ini, uap atau bau tak sedap (miasmas) yang keluar dari tanah merupakan sumber dari banyak penyakit. Teori miasmas tetap terkenal hampir disepanjang abad ke-19.



- Di Amerika pada tahun 1850, Lemuel Shattuck menyusun laporan kesehatan untuk Persemakmuran Massachusetts yang menggarisbawahi perlunya kesehatan masyarakat untuk negara bagian ini.
- Di Tahun 1862, Louis Pasteur dari Perancis mengajukan teori kuman penyakit.
- Periode ini (1875-1900) lebih dikenal dengan julukan periode bakteriologis kesehatan masyarakat
- Pada tahun 1890, pasteurisasi pada susu mulai diperkenalkan, sementara pemeriksaan atas daging dimulai tahun 1891.
- Selama periode itu pula perawat pertama kali dipekerjakan oleh industri (1895) dan sekolah (1899).
- Pada tahun 1895, septic tank diperkenalkan untuk pengolahan air kotor.
- Pada tahun 1900, Mayor Walter Reed dari pasukan Amerika mengumumkan bahwa yellow fever ditularkan melalui nyamuk.



- Abad ke-20
- angka harapan hidup masih kurang dari 50 tahun. Penyebab utama kematian adalah penyakit menular-influenza, pneumonia, tuberculosis, dan infeksi saluran pencernaan. Penyakit menular yang lain, misalnya, demam tifoid, malaria, dan difteri juga banyak menelan korban.



### **Perkembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia**

- Abad Ke-16 – Pemerintahan Belanda mengadakan upaya pemberantasan cacar dan kolera. Dengan melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat



- Tahun 1807 Pemerintahan Jendral Daendels, melakukan pelatihan dukun bayi dalam praktek persalinan dalam rangka upaya penurunan angka kematian bayi, tetapi tidak berlangsung lama karena langkanya tenaga pelatih.
- Tahun 1888 Berdiri pusat laboratorium kedokteran di Bandung, kemudian berkembang pada tahun-tahun berikutnya di Medan, Semarang, Surabaya, dan Yogyakarta. Laboratorium ini menunjang pemberantasan penyakit seperti malaria, lepra, cacar, gizi dan sanitasi.



- Tahun 1925 Hydrich, seorang petugas kesehatan pemerintah Belanda mengembangkan daerah percontohan dengan melakukan propaganda (pendidikan) penyuluhan kesehatan di Purwokerto, Banyumas, karena tingginya angka kematian dan kesakitan.
- Tahun 1927 STOVIA (sekolah untuk pendidikan dokter pribumi) berubah menjadi sekolah kedokteran dan akhirnya sejak berdirinya UI tahun 1947 berubah menjadi FKUI. Sekolah dokter tersebut punya andil besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga (dokter-dokter) yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia.
- Tahun 1935 – Dilakukan program pemberantasan pes, karena terjadi epidemi, dengan penyemprotan DDT dan vaksinasi massal.



- Tahun 1951 Diperkenalkannya konsep Bandung (Bandung Plan) oleh Dr.Y. Leimena dan dr Patah (yang kemudian dikenal dengan Patah-Leimena)
- Dalam ilmu kesehatan masyarakat tidak terlepas dari 2 tokoh yakni, Asclepius dan Higela, yang kemudian muncul dua aliran atau pendekatan dalam menangani masalah-masalah kesehatan.



1. Asclepius (Pendekatan Kuratif)
  - a. Sasaran → individual, kontak dengan pasien sekali saja, jarak antara petugas & pasien cenderung jauh.
  - b. Bersifat reaktif
  - c. Secara partial
2. Higeia (Pendekatan Preventif)
  - a. Sasaran → masyarakat, masalahnya adalah masalah masyarakat dan hubungan antara petugas dengan masyarakat bersifat kemitraan.
  - b. Bersifat proaktif
  - c. Secara holistik



## PERIODE-PERIODE PERKEMBANGAN KESMAS

- Periode sebelum ilmu pengetahuan
  - Telah ditemukan dokumen-dokumen tertulis tentang pembuangan air limbah, pengaturan air minum
  - Telah dibuat sumur, karena air sungai sudah kotor dan terasa tidak enak
  - Abad ke-7 di india terjadi endemi kolera
  - Abad ke-14 terjadi wabah pes di india dan cina.



• Periode ilmu pengetahuan  
Bangkitnya ilmu pengetahuan pada akhir abad ke-18 mempunyai dampak yang luas terhadap aspek kehidupan manusia. Beberapa pelopor kesehatan modern :

- Hipocrates (460-370 SM) dikenal sebagai bapak kedokteran
- Anthony van Leeuwenhoek (1632-1723), penemu mikroskop
- John snow (1813-1912), Bapak epidemiologi dan menemukan penyakit kolera disebabkan oleh kuman kolera melalui air
- Louis pasteur (1827-1912) menemukan vaksin untuk mencegah cacar
- Joseph Lister penemu asam karbol (carbolic acid) untuk sterilisasi ruangan operasi
- William marton → ether anastesi
- Robert koch (1843-1910), penemu kuman TBC.



## RUANG LINGKUP KESEHATAN MASYARAKAT

Disiplin ilmu yang menyangkut ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama Ilmu Kesehatan Masyarakat ini antara lain sbb :

1. Epidemiologi.
2. Biostatistik/Statistik Kesehatan.
3. Kesehatan Lingkungan.
4. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku.
5. Administrasi Kesehatan Masyarakat.
6. Gizi Masyarakat.
7. Kesehatan Kerja.



## FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

- Menurut Hendrick L. Blumm, terdapat 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, yaitu: faktor
  1. Perilaku
  2. Lingkungan
  3. Keturunan
  4. Pelayanan Kesehatan.



## Sasaran Kesehatan Masyarakat

- Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan keluarga.
- Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan komunitas.
- Terpelihara dan meningkatnya status gizi masyarakat.
- Terpelihara dan meningkatnya status kesehatan jiwa masyarakat.
- Meningkatnya jumlah dan cakupan pemeliharaan kesehatan dengan pembiayaan pra upaya



## **BAB II**

### **KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI**

#### **A. Pengertian dan Peranan Epidemiologi**

Epidemiologi berasal dari bahasa Yunani, yaitu (Epi=pada, Demos=penduduk, logos = ilmu), dengan demikian epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari hal-hal yang berkaitan dengan masyarakat. Epidemiologi merupakan suatu cabang ilmu kesehatan untuk menganalisis sifat dan penyebaran berbagai masalah kesehatan dalam suatu penduduk tertentu serta mempelajari sebab timbulnya masalah gangguan kesehatan tersebut untuk tujuan pencegahan maupun penanggulangannya.

Beberapa definisi epidemiologi menurut para ahli, yakni :

a. W.H. Welch

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

b. Mausner dan Kramer

Studi tentang distribusi dan determinan dari penyakit dan kecelakaan pada populasi manusia.

c. Last

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

d. Mac Mahon dan Pugh

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

e. Omran

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

f. W.H. Frost

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

g. Azrul Azwar

Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan pada sekelompok manusia serta faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan.

#### Peranan Epidemiologi Dalam Kesehatan Masyarakat

1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang berperan dalam terjadinya penyakit atau masalah kesehatan dalam masyarakat.
2. Menyediakan data yang diperlukan untuk perencanaan kesehatan dan mengambil keputusan.
3. Membantu melakukan evaluasi terhadap program kesehatan yang sedang atau telah dilakukan.
4. Mengembangkan metodologi untuk menganalisis keadaan suatu penyakit dalam upaya untuk mengatasi atau menanggulangi.
5. Mengarahkan intervensi yang diperlukan untuk menanggulangi masalah yang perlu dipecahkan.

#### B. Metode – Metode Epidemiologi

Di dalam epidemiologi terdapat 2 tipe pendekatan atau metode yakni :

- a. Epidemiologi deskriptif (descriptive epidemiology)

Didalamnya dipelajari bagaimana frekuensi penyakit berubah menurut perubahan-perubahan variable-variable epidemiologi yang terdiri dari orang (*person*), tempat (*place*), dan waktu (*time*).

##### **Orang (*Person*)**

Disini akan dibicarakan peranan umur, jenis kelamin, kelas sosial, pekerjaan, kelas sosial, pekerjaan, golongan etnik, status perkawinan, besarnya keluarga, struktur keluarga.

##### **Tempat (*Place*)**

Pengetahuan mengenai distribusi geografis dari suatu penyakit berguna untuk perencanaan pelayanan kesehatan dan dapat memberikan penjelasan mengenai etiologi penyakit.

Perbandingan pola penyakit sering dilakukan antara:

- a. Batas daerah-daerah pemerintahan
- b. Kota dan pedesaan
- c. Daerah atau tempat berdasarkan batas-batas alam (pegunungan, sungai atau laut)
- d. Negara- negara
- e. “Regional”

### **Waktu (*Time*)**

Mempelajari hubungan antara waktu dan penyakit merupakan kebutuhan dasar di dalam analisis epidemiologis, oleh karena perubahan – perubahan penyakit menurut waktu menunjukkan adanya perubahan factor etiologis.

#### **b. Epidemiologi Analitik (*Analytic epidemiology*)**

Pendekatan atau studi ini dipergunakan untuk menguji data serta informasi-informasi yang diperoleh studi epidemiologi deskriptif.

### **C. Sejarah Perkembangan Epidemiologi**

#### **1. Hipocrates ( abad ke-5 sebelum masehi)**

Dinobatkan sebagai Bapak Kedokteran modern mengemukakan teori tentang penyakit yaitu bahwa penyakit terjadi karena adanya kontak dengan jasad hidup serta berhubungan dengan lingkungan eksternal dan internal seseorang.

#### **2. Veronese Fracastoro (1483-1553) dan Thomas Sydenham (1624 –1689)**

Melahirkan teori bahwa kontak dengan makhluk hidup menjadi penyebab terjadinya penyakit menular

#### **3. Edwar Jenner (1749 – 1823)**

Menemukan metode pencegahan cacar melalui vaksinasi

#### **4. Louis Pasteur (1822- 1895), Robert Koch (1843 – 1910), Ilya Mechnikov (1845-1916)**

Adanya penemuan dibidang mikrobiologi dan parasitologi, dimana para ilmuwan tersebut berhasil membuktikan mikroba sebagai etiologi penyakit infeksi

#### **5. Graunt (1656-1673)**

Perkembangan epidemiologi dalam aspek analisis kuantitatif morbiditas dan mortalitas

#### **6. William Farr (1803-1883)**

Mengembangkan sistem pengumpulan data rutin tentang jumlah dan penyebab kematian , sekaligus penerapan data statistik vital untuk mengevaluasi problem – problem kesehatan masyarakat

#### **7. John Snow (1813-1858)**

Melanjutkan analisa William Farr, John Snow membuat postulat bahwa kolera ditularkan oleh air yang terkontaminasi

#### **8. Framingham (1949)**

Mengembangkan epidemiologi secara sistematis untuk keperluan desain, pelaksanaan dan analisis penelitian epidemiologi, hasil penelitian yang terkenal tentang faktor resiko penyakit kardiovaskuler, telah merangsang berkembangnya analisis multivariat dengan analisis regresi logistik, untuk mengetahui faktor resiko yang paling dominan



9. Doll & Hill (1950 )

Berkontribusi dalam riset – riset epidemiologi dan pendemonstrasian efektifitas dan efiensi studi dengan desain kasus control

**D. Komponen penting yang ada dalam epidemiologi**

- 1) Frekuensi masalah kesehatan  
Menentukan masalah kesehatan, melalui cara :
  - a. Laporan dari masyarakat yang datang kepuskesmas
  - b. Kunjungan rumah dalam rangka perawatan keluarga
  - c. Penelitian / survei kesehatan.
  - d. Studi Kasus
- 2) Penyebaran masalah kesehatan  
Pengelompokkan masalah menurut keadaan waktu, tempat dan orang.  
Mempelajari penyebaran penyakit berarti mencari jawaban atas pertanyaan sebagai berikut :
  - a) Siapakah yang terserang ? (keadaan orang, apakah orang tua, anak – anak, wanita, pria dan sebagainya
  - b) Dimanakah serangan itu terjadi ? (keadaan tempat, apakah daerah perkotaan, pedesaan, pantai, gunung dan sebagainya
  - c) Kapan/ bilamana serangan itu terjadi? Keadaan pada waktu musim hujan, musim panas, atau pada periode waktu tertentu
- 3) Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah kesehatan  
Langkah – langkah yang dilakukan untuk mengetahui faktor – faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan adalah :
  - a) Mempelajari timbulnya penyakit pada masing – masing kelompok penduduk terhadap faktor resiko yang ada
  - b) Menyusun hipotesa
  - c) Menguji hipotesa untuk membuktikannya
  - d) Menarik kesimpulan.

**E. Tujuan Epidemiologi**

Mengumpulkan fakta dan data tentang berbagai masalah yang ada didalam masyarakat

1. Menjelaskan sifat dan penyebab masalah kesehatan tersebut
2. Menemukan / merencanakan pemecahan masalah serta mengevaluasi aktivitas pelaksanaannya
3. Menggambarkan status kesehatan penduduk untuk menetapkan prioritas masalah dalam perencanaan
4. Mempelajari riwayat alamiah suatu penyakit atau masalah kesehatan.  
Petunjuk bagi upaya pencegahan dan mekanisme pengendalian
5. Mempelajari penyebab/ faktor resiko suatu penyakit / masalah kesehatan

6. Mengembangkan sistem pengendalian dan pemberantasan penyakit dalam suatu sistem administrasi

## **F. Ruang Lingkup Epidemiologi**

1. Masalah kesehatan sebagai subjek dan objek epidemiologi

Epidemiologi tidak hanya sekedar mempelajari masalah-masalah penyakit-penyakit saja, tetapi juga mencakup masalah kesehatan yang sangat luas ditemukan di masyarakat. Diantaranya masalah keluarga berencana, masalah kesehatan lingkungan, pengadaan tenaga kesehatan, pengadaan sarana kesehatan dan sebagainya. Dengan demikian, subjek dan objek epidemiologi berkaitan dengan masalah kesehatan secara keseluruhan.

2. Masalah kesehatan pada sekelompok manusia

Pekerjaan epidemiologi dalam mempelajari masalah kesehatan, akan memanfaatkan data dari hasil pengkajian terhadap sekelompok manusia, apakah itu menyangkut masalah penyakit, keluarga berencana atau kesehatan lingkungan. Setelah dianalisis dan diketahui penyebabnya dilakukan upaya-upaya penanggulangan sebagai tindak lanjutnya.

3. Pemanfaatan data tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan dalam merumuskan penyebab timbulnya suatu masalah kesehatan.

Pekerjaan epidemiologi akan dapat mengetahui banyak hal tentang masalah kesehatan dan penyebab dari masalah tersebut dengan cara menganalisis data tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan yang terjadi pada sekelompok manusia atau masyarakat. Dengan memanfaatkan perbedaan yang kemudian dilakukan uji statistik, maka dapat dirumuskan penyebab timbulnya masalah kesehatan.

### **Manfaat / Kegunaan Epidemiologi**

- a) Dapat menerangkan penyebab suatu masalah kesehatan
- b) Dapat menerangkan perkembangan alamiah suatu penyakit
- c) Dapat menerangkan keadaan masalah kesehatan
- d) Membantu pekerjaan administrasi kesehatan

## KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI



## KONSEP DASAR EPIDEMIOLOGI

### 1. Pengertian



Epidemiologi berasal dari bahasa Yunani, yaitu (Epi=pada, Demos=penduduk, logos = ilmu), dengan demikian epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari hal-hal yang berkaitan dengan masyarakat. Epidemiologi merupakan suatu cabang ilmu kesehatan untuk menganalisis sifat dan penyebaran berbagai masalah kesehatan dalam suatu penduduk tertentu serta mempelajari sebab timbulnya masalah gangguan kesehatan tersebut untuk tujuan pencegahan maupun penanggulangannya.

Beberapa definisi epidemiologi menurut para ahli, yakni :

#### 1. Last

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

#### 2. Mac Mahon dan Pugh

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



#### 3. Omran

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

#### 4. Azrul Azwar

Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan pada sekelompok manusia serta faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan.



## SEJARAH PERKEMBANGAN EPIDEMIOLOGI

### 1) Hipocrates ( abad ke-5 sebelum masehi)

Dinobatkan sebagai Bapak Kedokteran modern, mengemukakan teori tentang penyakit yaitu bahwa penyakit terjadi karena adanya kontak dengan jasad hidup yang berhubungan dengan lingkungan eksternal dan internal seseorang.

### 2) Veronese Fracastoro (1483-1553) dan Thomas Sydenham (1624 –1689)

Melahirkan teori bahwa kontak dengan makhluk hidup menjadi penyebab terjadinya penyakit menular

### 3) Edwar Jenner (1749 – 1823)

Menemukan metode pencegahan cacar melalui vaksinasi



- 3) Edwar Jenner (1749 – 1823)  
Menemukan metode pencegahan cacar melalui vaksinasi
- 4) Louis Pasteur (1822- 1895), Robert Koch (1843- 1910), Ilya Mechnikov (1845-1916)  
Adanya penemuan dibidang mikrobiologi dan parasitologi dimana para ilmuwan tersebut berhasil membuktikan mikroba sebagai etiologi penyakit infeksi
- 5) Graunt (1639)  
Perkembangan epidemiologi dalam aspek analisis kuantitatif



- 6) William Farr (1839)  
Mengembangkan sistem pengumpulan data rutin tentang jumlah dan penyebab kematian, sekaligus penerapan data statistik vital untuk mengevaluasi problem – problem kesehatan masyarakat
- 7) John Snow (1849)  
Melanjutkan analisa William Farr, John Snow membuat postulat bahwa kolera ditularkan oleh air yang terkontaminasi



- Lanjutan....
- 
- 8) Framingham (1949)  
Mengembangkan epidemiologi secara sistematis untuk keperluan disain, pelaksanaan dan analisis penelitian epidemiologi, hasil penelitian yang terkenal tentang faktor resiko penyakit kardiovaskuler, telah merangsang berkembangnya analisis multivariat dengan analisis regresi logistik, untuk mengetahui faktor resiko yang paling dominan
- 9) Doll & Hill (1950)  
Berkontribusi dalam riset – riset epidemiologi dan demonstrasi efektivitas dan efisiensi studi dengan desain kasus control

### 3 KOMPONEN PENTING YANG ADA DALAM EPIDEMIOLOGI

- 1) Frekuensi masalah kesehatan
- 2) Penyebaran masalah kesehatan
- 3) Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya masalah kesehatan



### TUJUAN EPIDEMIOLOGI

- a. Menjelaskan sifat dan penyebab masalah kesehatan tersebut
- b. Menemukan / merencanakan pemecahan masalah serta mengevaluasi aktivitas pelaksanaannya
- c. Menggambarkan status kesehatan penduduk untuk menetapkan prioritas masalah dalam perencanaan
- d. Mempelajari riwayat alamiah suatu penyakit atau masalah kesehatan. Petunjuk bagi upaya pencegahan dan mekanisme pengendalian
- e. Mempelajari penyebab/ faktor resiko suatu penyakit / masalah kesehatan
- f. Mengembangkan sistem pengendalian dan pemberantasan penyakit dalam suatu sistem administrasi



### RUANG LINGKUP EPIDEMIOLOGI

1. Masalah kesehatan sebagai subjek dan objek epidemiologi
2. Masalah kesehatan pada sekelompok manusia
3. Pemanfaatan data tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan dalam merumuskan penyebab timbulnya suatu masalah kesehatan.



## MANFAAT / KEGUNAAN EPIDEMIOLOGI

- 1) Dapat menerangkan penyebab suatu masalah kesehatan
- 2) Dapat menerangkan perkembangan alamiah suatu penyakit
- 3) Dapat menerangkan keadaan masalah kesehatan
- 4) Membantu pekerjaan administrasi kesehatan



## PERANAN EPIDEMIOLOGI DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

- 1) Mengidentifikasi faktor-faktor yang berperan dalam terjadinya penyakit atau masalah kesehatan dalam masyarakat.
- 2) Menyediakan data yang diperlukan untuk perencanaan kesehatan dan mengambil keputusan.
- 3) Membantu melakukan evaluasi terhadap program kesehatan yang sedang atau telah dilakukan.
- 4) Mengembangkan metodologi untuk menganalisis keadaan suatu penyakit dalam upaya untuk mengatasi atau menanggulangnya.
- 5) Mengarahkan intervensi yang diperlukan untuk menanggulangi masalah yang perlu dipecahkan.

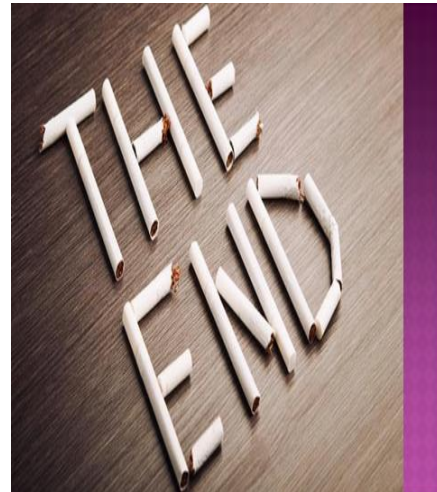


## KESIMPULAN



Epidemiologi merupakan suatu cabang ilmu kesehatan untuk menganalisis sifat dan penyebaran berbagai masalah kesehatan dalam suatu penduduk tertentu serta mempelajari sebab timbulnya masalah gangguan kesehatan tersebut untuk tujuan pencegahan maupun penanggulangannya. Untuk mengetahui distribusi dan faktor-faktor penyebab masalah kesehatan dan mengarahkan intervensi yang diperlukan maka epidemiologi diharapkan mempunyai peranan dalam keperawatan bedah, baik pra maupun pasca operasi dalam bidang kesehatan masyarakat.

Penyakit merupakan salah satu gangguan kehidupan manusia yang telah dikenal orang sejak dahulu. Pada mulanya, konsep terjadinya didasarkan pada adanya gangguan makhluk halus atau karena kemurkaan dan yang maha pencipta. Hingga saat ini masih banyak kelompok masyarakat di negara berkembang yang mengani konsep tersebut. Di lain pihak masih ada gangguan kesehatan/ penyakit yang belum jelas penyebabnya, maupun proses kejadian.



### **BAB III**

## **ISSUE KESEHATAN LINGKUNGAN YANG BERPENGARUH PADA KESEHATAN REPRODUKSI**

### **A. Pengertian Kesehatan Lingkungan**

Ada beberapa definisi dari kesehatan lingkungan :

1. Kesehatan lingkungan itu merupakan kesehatan yang sangat penting bagi kita dan sekitar dimana kita tinggal baik secara pribadi atau berkelompok.
2. Menurut WHO (World Health Organization), kesehatan lingkungan adalah suatu keseimbangan ekologi yang harus ada antara manusia dan lingkungan agar dapat menjamin keadaan sehat dari manusia.
3. Menurut HAKLI (Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia) kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia.

### **B. Syarat-syarat Lingkungan Yang Sehat**

#### 1. Keadaan Air

Kebersihan air paling penting, karena air menjadi syarat utama orang untuk hidup. Air tidak boleh tersemar dan tidak berbau. Air harus bisa memenuhi syarat kesehatan sehingga bisa di konsumsi. Pengadaan air bersih dalam suatu lingkungan itu menjadi kewajiban lingkungan tersebut

#### 2. Keadaan Udara

Disamping air kita bisa hidup karena udara atau oksigen, maka dari itu udara harus tetap bersih dan usahakan pencemaran udara di lingkungan tidak boleh terjadi. Udara yang sehat adalah udara yang didalamnya terdapat yang diperlukan, contohnya oksigen dan di dalamnya tidka tercear oleh zat-zat yang merusak tubuh, contohnya zat CO<sub>2</sub> (zat carbondioksida).

#### 3. Keadaan tanah

Untuk kelangsungan hidup masyarakat membutuhkan tanah untuk menanam bahan pokok seperti padi, gandum, umbi umbian, sayuran, buah buahan. Keadaan tanah harus subur dan sehat, hasil panen tersebut kita makan dan apabila hasil panen tersebut bagus membuat tubuh kita menjadi sehat juga dengan lingkungan kita. Tanah yang sehat adalah tanah yang baik untuk penanaman suatu tumbuhan, dan tidak tercemar oleh zat-zat logam berat.

### **Cara-cara Pemeliharaan Kesehatan Lingkungan**

- a. Tidak mencemari air dengan membuang sampah disungai
- b. Mengurangi penggunaan kendaraan bermotor
- c. Mengolah tanah sebagaimana mestinya
- d. Menanam tumbuhan pada lahan-lahan kosong
- e. Membuat saluran pembuangan air yang lancar
- f. Penanaman tumbuhan di sekitar rumah untuk menghasilkan udara bersih.

## **Tujuan Pemeliharaan Kesehatan Lingkungan**

### 1. Menjaga agar lingkungan menjadi bersih dan sehat

Dengan lingkungan yang sehat itu membuat masyarakat sekitar hidup menjadi nyaman dan terbebas dari penyakit yang bisa mengganggu masyarakat. Semakin banyak muncul penyakit yang meresahkan masyarakat, bila dari diri kita dan lingkungan sehat akan membuat lingkungan tenang dan kehidupan masyarakat menjadi lancar.

### 2. Mengurangi Pemanasan Global

Udara yang bersih dengan banyak tanaman hijau disekitar rumah akan membantu kita menghasilkan air yang bersih, tanah yang subur, juga membantu mengurangi pemanasan global yang diakibatkan sudah tipisnya lapisan ozon, itu disebabkan banyaknya hutan gundul yang ditebangi untuk area perumahan.

### 3. Pengelolaan Sampah Yang Benar

#### a. Membersihkan Sampah Organik

Sampah organik adalah sampah yang dapat dimakan oleh zat-zat organik di dalam tanah, maka sampah organik dapat dibersihkan dengan mengubur dalam-dalam sampah organik tersebut, contoh sampah organik :

- a) Daun-daun tumbuhan
- b) Ranting-ranting tumbuhan
- c) Akar-akar tumbuhan

## **C. Sasaran kesehatan lingkungan**

Menurut Pasal 22 ayat (2) UU 23/1992, Sasaran dari pelaksanaan kesehatan lingkungan adalah sebagai berikut :

1. Tempat umum : hotel, terminal, pasar, pertokoan, dan usaha-usaha yang sejenis
2. Lingkungan pemukiman : rumah tinggal, asrama/yang sejenis
3. Lingkungan kerja : perkantoran, kawasan industri/yang sejenis
4. Angkutan umum : kendaraan darat, laut dan udara yang digunakan untuk umum
5. Lingkungan lainnya : misalnya yang bersifat khusus seperti lingkungan yang berada dlm keadaan darurat, bencana perpindahan penduduk secara besar-besaran, reaktor/tempat yang bersifat khusus.

## **D. Pengertian Kesehatan Reproduksi**

Secara sederhana reproduksi berasal dari kata *re* = kembali dan *produksi* = membuat atau menghasilkan, jadi reproduksi mempunyai arti suatu proses kehidupan manusia dalam menghasilkan keturunan demi kelestarian hidup.

Ada beberapa definisi dari kesehatan reproduksi :

1. Kesehatan reproduksi adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial secara utuh, tidak semata-mata bebas dari penyakit atau kecacatan dalam

semua hal yang berkaitan dengan system reproduksi serta fungsi dan prosesnya.

2. Kesehatan reproduksi adalah keadaan kesejahteraan fisik, mental, sosial yang utuh dalam segala hal yang berkaitan dengan sistim, fungsi-fungsi dan proses reproduksi (cholil,1996).
3. Kesehatan reproduksi menurut WHO adalah kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh bukan hanya bebas dari penyakit atau kecatatan, dalam segala aspek yang berhubungan dengan sistem reproduksi, fungsi serta prosesnya. *Reproductive health is a state of complete physical, mental and social welling and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to reproductive system and to its funtctions processes (WHO)*  
Agar dapat melaksanakan fungsi reproduksi secara sehat, dalam pengertian fisik, mental maupun sosial.

#### **E. Ruang Lingkup Kesehatan Reproduksi dalam Lingkup Kehidupan**

- 1) Kesehatan ibu dan bayi baru lahir.

Peristiwa kehamilan, persalinan dan masa nifas merupakan kurun kehidupan wanita yang paling tinggi resikonya karena dapat membawa kematian, dan makna kematian seorang ibu bukan hanya satu anggota keluarga tetapi hilangnya kehidupan sebuah keluarga. Peran ibu sebagai wakil pimpinan rumah tangga sulit digantikan. Untuk mengurangi terjadinya kematian ibu karena kehamilan dan persalinan, harus dilakukaun pemantauan sejak dini agar dapat mengambil tindakan yang cepat dan tepat sebelum berlanjut pada keadaan kebidanan darurat.

Upaya intervensi dapat berupa pelayanan ante natal, pelayanan persalinan/partus dan pelayanan postnatal atau masa nifas. Informasi yang akurat perlu diberikan atas ketidaktahuan bahwa hubungan seks yang dilakukan, akan mengakibatkan kehamilan, dan bahwa tanpa menggunakan kotrasepsi kehamilan yang tidak diinginkan bisa terjadi. Dengan demikian tidak perlu dilakukan pengguguran yang dapat mengancam jiwa.

- 2) Pencegahan dan penanggulangan infeksi saluran reproduksi termasuk PMS-HIV/AIDS. 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, dsb; maupun penyakit infeksi yang tergolong PMS (penyalit menular seksual), seperti gonorrhoea, sifilis, herpes genital, chlamydia, dsb; ataupun kondisi infeksi yang berakibat infeksi rongga panggul (pelvic inflammatory diseases/ PID) seperti alat kontrasepsi dalam rahim (AKDR), yang dapat berakibat seumur hidup pada wanita maupun pria, misalnya kemandulan, hal mana akan menurunkan kualitas hidupnya. Salah satu yang juga sangat mendesak saat ini adalah upaya pencegahan PMS yang fatal yaitu infeksi virus HIV (Human Immunodeficiency Virus).



- 3) Pencegahan dan penanggulangan komplikasi aborsi.
- 4) Kesehatan reproduksi remaja.
- 5) Pencegahan dan penanganan infertilitas
- 6) komponen pada usia lanjut
- 7) Berbagai aspek kesehatan reproduksi lain, misalnya kanker servik, mutilasi genital, fistula, dll.

#### **F. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Reproduksi**

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

a. Faktor sosial-ekonomi dan demografi (terutama kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah dan ketidaktahuan tentang perkembangan seksual dan proses reproduksi, serta lokasi tempat tinggal yang terpencil).

b. Faktor budaya dan lingkungan (misalnya, praktek tradisional yang berdampak buruk pada kesehatan reproduksi, kepercayaan banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan anak dan remaja karena saling berlawanan satu dengan yang lain, dsb).

c. Faktor psikologis (dampak pada keretakan orang tua pada remaja, depresi karena ketidakseimbangan hormonal, rasa tidak berharga wanita terhadap pria yang membeli kebebasannya secara materi, dsb).

d. Faktor biologis (cacat sejak lahir, cacat pada saluran reproduksi pasca penyakit menular seksual, dsb). Pengaruh dari semua faktor diatas dapat dikurangi dengan strategi intervensi yang tepat guna, terfokus pada penerapan hak reproduksi wanita dan pria dengan dukungan disemua tingkat administrasi, sehingga dapat diintegrasikan kedalam berbagai program kesehatan, pendidikan, sosial dan pelayanan non kesehatan lain yang terkait dalam pencegahan dan penanggulangan masalah kesehatan reproduksi.

##### 1. Faktor-faktor yang mempengaruhi siklus kesehatan wanita

###### a. Factor genetic

Merupakan modal utama atau dasar factor bawaan yang normal,

Contoh : jenis kelamin, suku, bangsa

###### b. Factor lingkungan

Komponen biologis, misalnya organ tubuh, gizi, perawatan, kebersihan lingkungan, pendidikan, social budaya, tradisi, agama, adat, ekonomi, politik.

###### c. Factor perilaku

Keadaan perilaku akan mempengaruhi tumbuh kembang anak. Perilaku yang tertanam pada masa anak akan terbawa dalam kehidupan selanjutnya.

##### 2. Factor-faktor yang mempengaruhi siklus kesehatan wanita dari konsepsi sampai usia lanjut.

###### 1). Kosepsi, dipengaruhi oleh beberapa factor, yaitu :

###### a. Keturunan

- b. Fertilitas
  - c. Kecukupan gizi
  - d. Kondisi sperma dan ovum
  - e. Factor hormonal
  - f. Factor psikologis
- 2). Bayi
- Factor yang mempengaruhi siklus kehidupan wanita pada masa bayi :
- a. Lingkungan
  - b. Kondisi ibu
  - c. Sikap orang tua
  - d. Aspek psikologi pada masa bayi
  - e. System reproduksi
- 3). Masa kanak-kanak
- a. Factor dalam
    - 1) Hal-hal yang diwariskan dari orang tua, misalnya bentuk tubuh.
    - 2) Kemampuan intelektual
    - 3) Keadaan hormonal tubuh
    - 4) Emosi dan sifat
  - b. Factor luar
    - 1) Keluarga
    - 2) Gizi
    - 3) Budaya setempat
    - 4) Kebiasaan anak dalam hal personal hygiene
- 4). Remaja
- Berdasarkan factor-faktor yang berpengaruh buruk terhadap kesehatan remaja, termasuk kesehatan reproduksi remaja :
- a. Masalah gizi
    - 1) Anemia dan kurang gizi kronis
    - 2) Pertumbuhan yang terhambat pada remaja putri
  - b. Masalah pendidikan
    - 1) Buta huruf
    - 2) Pendidikan rendah
  - c. Masalah lingkungan dan pekerjaan
    - 1) Lingkungan dan suasana yang kurang memperhatikan kesehatan remaja dan bekerja yang akan mengganggu kesehatan remaja
    - 2) Lingkungan social yang kurang sehat dapat menghambat bahkan merusak kesehatan fisik, mental dan emosional remaja.
  - d. Masalah sek dan seksualitas
    - 1) Pengetahuan yang tidak lengkap dan tidak tahu tentang masalah seksualitas, misalnya mitos yang tidak benar.
    - 2) Kurangnya bimbingan untuk bersikap positif dalam hal yang berkaitan dengan seksualitas.

3) Penyalahgunaan dan ketergantungan NAPZA yang mengarah pada penularan HIV/AIDS

4) Penyalahgunaan seksual

5) Kehamilan remaja

6) Kehamilan pra nikah atau di luar ikatan pernikahan

e. Masalah kesehatan reproduksi remaja

1) Ketidakmatangan secara fisi dan mental

2) Resiko komplikasi dan kematian ibu dan janin lebih besar

3) Kehilangan kesempatan untuk pengembangan diri

4) Resiko bertambah untuk melakukan aborsi yang tidak aman.

5). Dewasa

Factor yang mempengaruhi siklus kehidupan wanita pada masa dewasa adalah :

a. Perkembangan organ reproduksi

b. Tanggapan seksual

c. Kedewasaan psikologi

6. Usia lanjut

a. Factor hormonal

b. Kejiwaan

c. Lingkungan

d. Pola makan

e. Aktifitas fisik (olah raga)

Isu kesehatan lingkungan yang berpengaruh pada kesehatan reproduksi

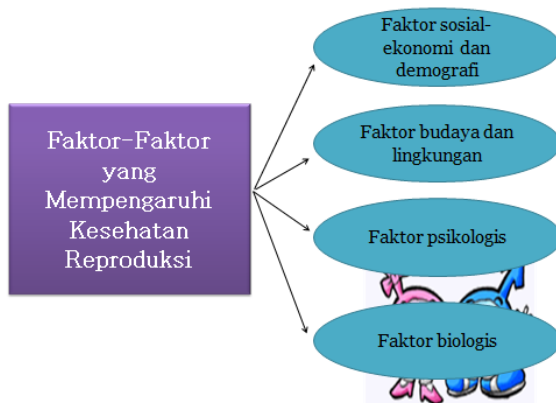


### definisi

- Menurut WHO (World Health Organization), kesehatan lingkungan adalah suatu keseimbangan ekologi yang harus ada antara manusia dan lingkungan agar dapat menjamin keadaan sehat dari manusia.
- Menurut HAKLI (Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia) kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia.
- Menurut WHO Kesehatan reproduksi adalah kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berhubungan dengan sistem reproduksi dan fungsi-fungsinya serta proses prosesnya.

### Ruang Lingkup Masalah Kesehatan Reproduksi

1. Masalah reproduksi
  - Kesehatan, morbiditas (gangguan kesehatan) dan kematian perempuan yang berkaitan dengan kehamilan.
  - Peranan atau kendali sosial budaya terhadap masalah reproduksi
  - Intervensi pemerintah dan negara terhadap masalah reproduksi. Misalnya program KB, undang-undang yang berkaitan dengan masalah genetik, dan lain sebagainya
2. Masalah gender dan seksualitas
3. Masalah kekerasan dan perkosaan terhadap perempuan
4. Masalah penyakit yang ditularkan melalui hubungan seksual
  - Masalah penyakit menular seksual yang lama, seperti sifilis, dan gonorea
  - Masalah penyakit menular seksual yang relatif baru seperti chlamydia, dan herpes
  - Masalah HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome)
  - Dampak sosial dan ekonomi dari penyakit menular seksual



### Tujuan dan Sasaran Kesehatan Reproduksi

- o **Tujuan Utama**

Sehubungan dengan fakta bahwa fungsi dan proses reproduksi harus didahului oleh hubungan seksual, tujuan utama program kesehatan reproduksi adalah meningkatkan kesadaran dan kemampuan wanita dalam mengatur fungsi dan proses reproduksinya, termasuk kehidupan seksualitasnya sehingga hak-hak reproduksinya dapat terpenuhi yang pada akhirnya menuju peningkatan kualitas hidupnya.

o Tujuan Khusus

Dari tujuan umum tersebut dapat dijabarkan empat tujuan khusus yaitu :

- Meningkatnya kemandirian wanita dalam memutuskan peran dan fungsi reproduksinya
- Meningkatnya hak dan tanggung jawab sosial wanita dalam menentukan kapan hamil, jumlah dan jarak kehamilan
- Meningkatnya peran dan tanggung jawab sosial pria terhadap akibat dari perilaku seksual dan fertilitasnya kepada kesehatan dan kesejahteraan pasangan dan anak-anaknya
- Dukungan yang menunjang wanita untuk membuat keputusan yang berkaitan dengan proses reproduksi, berupa pengaduan informasi dan pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan untuk meningkatkan kesehatan reproduksi secara optimal.

### Sasaran

- Penurunan 33% angka prevalensi anemia pada wanita (usia 15-49 tahun)
- Penurunan angka kematian ibu hingga 59%, semua wanita hamil mendapatkan akses pelayanan prenatal, persalinan oleh tenaga terlatih dan kasus kehamilan resiko tinggi serta kegawatdaruratan kebidanan, dirujuk ke kapasitas kesehatan
- Peningkatan jumlah wanita yang bebas dari kecacatan/gangguan sepanjang hidupnya sebesar 15% diseluruh lapisan masyarakat;
- Penurunan proporsi bayi berat lahir rendah (<2,5kg) menjadi kurang dari 10 %;
- Pemberantasan tetanus neonatorum (angka insiden diharapkan kurang dari satu kasus per 1000 kelahiran hidup) disemua kabupaten
- Semua individu dan pasangan mendapatkan akses informasi dan pelayanan pencegahan kehamilan yang terlalu dini, terlalu dekat jaraknya, terlalu tua, dan terlalu banyak
- Proporsi yang memanfaatkan pelayanan kesehatan dan pemeriksaan dan pengobatan PMS minimal mencapai 70% (WHO/SEARO, 1995)

## Pelayanan Kesehatan Reproduksi


Strategi kesehatan reproduksi menurut komponen pelayanan kesehatan reproduksi komprehensif dapat diuraikan sebagai berikut:

- Komponen Kesejahteraan Ibu dan Anak
- Komponen Keluarga Berencana Promosi KB
- Komponen Pencegahan dan Penanganan Infeksi Saluran Reproduksi (ISR)
- Komponen Kesehatan Reproduksi Remaja
- Komponen Usia Lanjut

## PENUTUP

### SIMPULAN

- Persoalan kesehatan reproduksi bukan hanya mencakup persoalan kesehatan reproduksi wanita secara sempit dengan mengaitkannya pada masalah seputar perempuan usia subur yang telah menikah, kehamilan dan persalinan, pendekatan baru dalam program kependudukan memperluas pemahaman persoalan kesehatan reproduksi
- Berfungsinya sistem reproduksi wanita dipengaruhi oleh aspek-aspek dan proses-proses yang terkait pada setiap tahap dalam lingkungan hidup. Pada saat yang bersamaan dimungkinkan adanya faktor-faktor non klinis yang menyertai perubahan itu, seperti faktor sosial, faktor budaya dan faktor politik yang berkaitan deng ket



## Terimakasih



## **BAB IV**

### **SURVEILANCE DALAM PRAKTIK KEBIDANAN**

#### **A. Pengertian Surveillance**

Surveilans berasal dari bahasa Prancis, yaitu “surveillance”, yang berarti “mengamati tentang sesuatu”. Meskipun konsep surveilans telah berkembang cukup lama, tetapi seringkali timbul kerancuan dengan kata “surveillance” dalam bahasa Inggris, yang berarti “mengawasi perorangan yang sedang dicurigai”. Sebelum tahun 1950, surveilans memang diartikan sebagai upaya pengawasan secara ketat kepada penderita penyakit menular, sehingga penyakitnya dapat ditemukan sedini mungkin dan diisolasi secepatnya serta dapat diambil langkah-langkah pengendalian seawal mungkin. Selanjutnya, pengertian surveilans epidemiologi yaitu kegiatan untuk memonitor frekuensi dan distribusi penyakit di masyarakat.

Surveilans adalah proses pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data secara terus menerus serta penyebaran informasi pada unit yang membutuhkan untuk dapat mengambil tindakan. (WHO).

Surveilans kesehatan masyarakat adalah pengumpulan, analisis, dan analisis data secara terus-menerus dan sistematis yang kemudian didiseminasikan (disebarluaskan) kepada pihak-pihak yang bertanggungjawab dalam pencegahan penyakit dan masalah kesehatan lainnya (DCP2, 2008). Surveilans memantau terus-menerus kejadian dan kecenderungan penyakit, mendeteksi dan memprediksi outbreak pada populasi, mengamati faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian penyakit, seperti perubahan-perubahan biologis pada agen, vektor, dan reservoir. Selanjutnya surveilans menghubungkan informasi tersebut kepada pembuat keputusan agar dapat dilakukan langkah-langkah pencegahan dan pengendalian penyakit (Last, 2001). Kadang digunakan istilah surveilans epidemiologi. Baik surveilans kesehatan masyarakat maupun surveilans epidemiologi hakikatnya sama saja, sebab menggunakan metode yang sama, dan tujuan epidemiologi adalah untuk mengendalikan masalah kesehatan masyarakat, sehingga epidemiologi dikenal sebagai sains inti kesehatan masyarakat (core science of public health).

Surveilans epidemiologi adalah pengumpulan dan pengamatan secara sistematis berkesinambungan, analisa dan interpretasi data kesehatan dalam proses menjelaskan dan memonitoring kesehatan dengan kata lain surveilans epidemiologi merupakan kegiatan pengamatan secara teratur dan terus menerus terhadap semua aspek kejadian penyakit dan kematian akibat penyakit tertentu, baik keadaan maupun penyebarannya dalam suatu masyarakat tertentu untuk kepentingan pencegahan dan penanggulangan. (Noor,1997).

Surveilans epidemiologi adalah pengamatan yang terus menerus atas distribusi, dan kecenderungan suatu penyakit melalui pengumpulan data yang

sistematis agar dapat ditentukan penanggulangannya yang secepat-cepatnya (Gunawan, 2000).

Surveilans memungkinkan pengambil keputusan untuk memimpin dan mengelola dengan efektif. Surveilans kesehatan masyarakat memberikan informasi kewaspadaan dini bagi pengambil keputusan dan manajer tentang masalah-masalah kesehatan yang perlu diperhatikan pada suatu populasi. Surveilans kesehatan masyarakat merupakan instrumen penting untuk mencegah outbreak penyakit dan mengembangkan respons segera ketika penyakit mulai menyebar. Informasi dari surveilans juga penting bagi kementerian kesehatan, kementerian keuangan, dan donor, untuk memonitor sejauh mana populasi telah terlayani dengan baik (DCP2, 2008).

Surveilans berbeda dengan pemantauan (monitoring) biasa. Surveilans dilakukan secara terus menerus tanpa terputus (kontinu), sedang pemantauan dilakukan intermiten atau episodik. Dengan mengamati secara terus-menerus dan sistematis maka perubahan-perubahan kecenderungan penyakit dan faktor yang mempengaruhinya dapat diamati atau diantisipasi, sehingga dapat dilakukan langkah-langkah investigasi dan pengendalian penyakit dengan tepat.

## **B. Tujuan Surveilans**

Surveilans bertujuan memberikan informasi tepat waktu tentang masalah kesehatan populasi, sehingga penyakit dan faktor risiko dapat dideteksi dini dan dapat dilakukan respons pelayanan kesehatan dengan lebih efektif. Tujuan khusus surveilans:

- (1) Memonitor kecenderungan (trends) penyakit.
  - (2) Mendeteksi perubahan mendadak insidensi penyakit, untuk mendeteksi dini outbreak; Data Fasilitas Pelayanan Kesehatan (Puskesmas, RS, Dokter praktik), Komunitas Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota, Provinsi, Pusat Peristiwa penyakit, kesehatan populasi Intervensi Keputusan Pelaporan Informasi (Umpan Balik).
  - (3) Memantau kesehatan populasi, menaksir besarnya beban penyakit (disease burden) pada populasi.
  - (4) Menentukan kebutuhan kesehatan prioritas, membantu perencanaan, implementasi, monitoring, dan evaluasi program kesehatan.
  - (5) Mengevaluasi cakupan dan efektivitas program kesehatan.
  - (6) Mengidentifikasi kebutuhan riset.
- (Last, 2001; Giesecke, 2002; JHU, 2002).

## **C. Prinsip Surveilans**

Prinsip bisa berarti pedoman, kaidah maupun pegangan. Pertama, dimulai dari data yang telah diperoleh dari berbagai sumber. Kemudian data tersebut dikumpulkan dan diolah, sehingga menghasilkan sebuah informasi. Pengumpulan

dan pengolahan data merupakan bagian dari masyarakat atau pihak-pihak yang bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan. Informasi yang telah diperoleh akan dianalisa dan diinterpretasi, sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat sebelum melakukan aksi atau tindakan.

Keputusan yang dihasilkan berupa program- program seperti pencegahan dan pengendalian untuk melakukan intervensi dalam upaya penyelesaian masalah kesehatan. Lalu, program tersebut akan diaplikasikan dalam bentuk suatu tindakan.

Dalam hal ini akan adanya proses *feedback* (umpan balik). Setelah itu, tindakan yang telah dilakukan akan di *evaluasi*. Apakah program tersebut telah berhasil atau tidak sampai pencapaian tujuan, sehingga didapatkan kembali data baru untuk penelitian selanjutnya. Alur atau proses dari awal hingga akhir tersebut berjalan secara terus- menerus tanpa memutuskan bagian yang ada didalamnya.

#### 1. Data

Dalam surveilan, data yang di dapat biasanya berupa masalah kesehatan seperti kesakitan, sindrom, gangguan lingkungan sekitar atau masalah

kesehatan lainnya. Setelah itu data dapat dikumpulkan dengan dukungan berbagai sumber seperti laporan puskesmas, laporan rumah sakit, survey, laporan

laboratorium. Pengumpulan data ini harus memperhatikan beberapa indikator, diantaranya jumlah atau *rate* ,angka kesakitan & angka kematian, variabel yang diperlukan dan numerator serta denominator yang di pakai. Setelah dikumpulkan, data akan dilaporkan ke pemerintah bidang kesehatan masyarakat.

Pelaporan data bisa dalam bentuk laporan harian, mingguan dan bulanan.

#### 2. Informasi

Setelah data diperoleh dan telah diolah akan menghasilkan sebuah informasi. Lalu, akan dilanjutkan dalam proses analisa dan interpretasi. Proses ini harus memperhatikan karakteristik data (sumber data, kualitas, pembaharuan data apakah data berubah atau tidak), validasi data (apakah ada nilai yang kurang atau data tidak lengkap, kebenaran data, duplikasi atau ada kesamaan), analisis deskriptif (analisis berdasarkan orang, tempat, dan waktu), dan hipotesis mengambil keputusan yang biasanya berupa program intervensi dalam upaya penyelesaian masalah kesehatan.

#### 3. Aksi atau tindakan

Keputusan yang telah diambil diharapkan dapat diaplikasikan dalam bentuk tindakan. Tindakan bisa dilakukan dengan pengendalian (rapid response, case management, pencegahan)



- a. Pengumpulan data Pencatatan insidensi
- b. Pengelolaan data
- c. Analisis dan interpretasi data untuk keperluan kegiatan
- d. Penyebarluasan data dan keterangan termasuk umpan balik
- e. Evaluasi

## 1. Macam-macam Surveilans

### 1. Surveilans Individu

Surveilans individu (individual surveillance) mendeteksi dan memonitor individu-individu yang mengalami kontak dengan penyakit serius, misalnya pes, cacar, tuberkulosis, tifus, demam kuning, sifilis. Surveilans individu memungkinkan dilakukannya isolasi institusional segera terhadap kontak, sehingga penyakit yang dicurigai dapat dikendalikan. Sebagai contoh, karantina merupakan isolasi institusional yang membatasi gerak dan aktivitas orang-orang atau binatang yang sehat tetapi telah terpapar oleh suatu kasus penyakit menular selama periode menular. Tujuan karantina adalah mencegah transmisi penyakit selama masa inkubasi seandainya terjadi infeksi (Last, 2001). Isolasi institusional pernah digunakan kembali ketika timbul AIDS 1980an dan SARS. Dikenal dua jenis karantina: (1) Karantina total; (2) Karantina parsial. Karantina total membatasi kebebasan gerak semua orang yang terpapar penyakit menular selama masa inkubasi, untuk mencegah kontak dengan orang yang tak terpapar. Karantina parsial membatasi kebebasan gerak kontak secara selektif, berdasarkan perbedaan tingkat kerawanan dan tingkat bahaya transmisi penyakit.

Contoh, anak sekolah diliburkan untuk mencegah penularan penyakit campak, sedang orang dewasa diperkenankan terus bekerja. Satuan tentara yang ditugaskan pada pos tertentu dicutikan, sedang di pospos lainnya tetap bekerja.

Dewasa ini karantina diterapkan secara terbatas, sehubungan dengan masalah legal, politis, etika, moral, dan filosofi tentang legitimasi, akseptabilitas, dan efektivitas langkah-langkah pembatasan tersebut untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat (Bensimon dan Upshur, 2007).

### 2. Surveilans penyakit

Surveilans penyakit (disease surveillance) melakukan pengawasan terus-menerus terhadap distribusi dan kecenderungan insidensi penyakit, melalui pengumpulan sistematis, konsolidasi, evaluasi terhadap laporan-laporan penyakit dan kematian, serta data relevan lainnya. Jadi fokus perhatian surveilans penyakit adalah penyakit, bukan individu. Di banyak negara, pendekatan surveilans penyakit biasanya didukung melalui program vertikal (pusat-daerah). Contoh, program surveilans tuberkulosis, program surveilans malaria. Beberapa dari sistem surveilans vertikal dapat berfungsi

efektif, tetapi tidak sedikit yang tidak terpelihara dengan baik dan akhirnya kolaps, karena pemerintah kekurangan biaya. Banyak program surveilans penyakit vertikal yang berlangsung paralel antara satu penyakit dengan penyakit lainnya, menggunakan fungsi penunjang masing-masing, mengeluarkan biaya untuk sumberdaya masing-masing, dan memberikan informasi duplikatif, sehingga mengakibatkan inefisiensi.

### 3. Surveilans sindromik

Syndromic surveillance (multiple disease surveillance) melakukan pengawasan terus-menerus terhadap sindroma (kumpulan gejala) penyakit, bukan masing-masing penyakit. Surveilans sindromik mengandalkan deteksi indikator-indikator kesehatan individual maupun populasi yang bisa diamati sebelum konfirmasi diagnosis. Surveilans sindromik mengamati indikator-indikator individu sakit, seperti pola perilaku, gejala-gejala, tanda, atau temuan laboratorium, yang dapat ditelusuri dari aneka sumber, sebelum diperoleh konfirmasi laboratorium tentang suatu penyakit.

Surveilans sindromik dapat dikembangkan pada level lokal, regional, maupun nasional. Sebagai contoh, Centers for Disease Control and Prevention (CDC) menerapkan kegiatan surveilans sindromik berskala nasional terhadap penyakit-penyakit yang mirip influenza (flu-like illnesses) berdasarkan laporan berkala praktik dokter di AS. Dalam surveilans tersebut, para dokter yang berpartisipasi melakukan skrining pasien berdasarkan definisi kasus sederhana (demam dan batuk atau sakit tenggorok) dan membuat laporan mingguan tentang jumlah kasus, jumlah kunjungan menurut kelompok umur dan jenis kelamin, dan jumlah total kasus yang teramati.

Surveilans tersebut berguna untuk memonitor aneka penyakit yang menyerupai influenza, termasuk flu burung, dan antraks, sehingga dapat memberikan peringatan dini dan dapat digunakan sebagai instrumen untuk memonitor krisis yang tengah berlangsung (Mandl et al., 2004; Sloan et al., 2006).

Suatu sistem yang mengandalkan laporan semua kasus penyakit tertentu dari fasilitas kesehatan, laboratorium, atau anggota komunitas, pada lokasi tertentu, disebut surveilans sentinel. Pelaporan sampel melalui sistem surveilans sentinel merupakan cara yang baik untuk memonitor masalah kesehatan dengan menggunakan sumber daya yang terbatas (DCP2, 2008; Erme dan Quade, 2010).

### 4. Surveilans Berbasis Laboratorium

Surveilans berbasis laboratorium digunakan untuk mendeteksi dan menonitor penyakit infeksi. Sebagai contoh, pada penyakit yang ditularkan melalui makanan seperti salmonellosis, penggunaan sebuah laboratorium sentral untuk mendeteksi strain bakteri tertentu memungkinkan deteksi

outbreak penyakit dengan lebih segera dan lengkap daripada sistem yang mengandalkan pelaporan sindroma dari klinik-klinik (DCP2, 2008).

#### 5. Surveilans terpadu

Surveilans terpadu (integrated surveillance) menata dan memadukan semua kegiatan surveilans di suatu wilayah yurisdiksi (negara/ provinsi/ kabupaten/ kota) sebagai sebuah pelayanan publik bersama. Surveilans terpadu menggunakan struktur, proses, dan personalia yang sama, melakukan fungsi mengumpulkan informasi yang diperlukan untuk tujuan pengendalian penyakit. Kendatipun pendekatan surveilans terpadu tetap memperhatikan perbedaan kebutuhan data khusus penyakit-penyakit tertentu (WHO, 2001, 2002; Sloan et al., 2006).

Karakteristik pendekatan surveilans terpadu:

- a) Memandang surveilans sebagai pelayanan bersama (common services)
- b) Menggunakan pendekatan solusi majemuk
- c) Menggunakan pendekatan fungsional, bukan struktural
- d) Melakukan sinergi antara fungsi inti surveilans (yakni, pengumpulan, pelaporan, analisis data, tanggapan) dan fungsi pendukung surveilans (yakni, pelatihan dan supervisi, penguatan laboratorium, komunikasi, manajemen sumber daya)
- e) Mendekatkan fungsi surveilans dengan pengendalian penyakit. Meskipun menggunakan pendekatan terpadu, surveilans terpadu tetap memandang penyakit yang berbeda memiliki kebutuhan surveilans yang berbeda (WHO, 2002)

#### 6. Surveilans kesehatan masyarakat global

Perdagangan dan perjalanan internasional di abad modern, migrasi manusia dan binatang serta organisme, memudahkan transmisi penyakit infeksi lintas negara. Konsekuensinya, masalah-masalah yang dihadapi negara-negara berkembang dan negara maju di dunia makin serupa dan bergayut.

Timbulnya epidemi global (pandemi) khususnya menuntut dikembangkannya jejaring yang terpadu di seluruh dunia, yang menyatukan para praktisi kesehatan, peneliti, pemerintah, dan organisasi internasional untuk memperhatikan kebutuhan-kebutuhan surveilans yang melintasi batas-batas negara. Ancaman aneka penyakit menular merebak pada skala global, baik penyakit-penyakit lama yang muncul kembali (re-emerging diseases), maupun penyakit-penyakit yang baru muncul (newemerging diseases), seperti HIV/AIDS, flu burung, dan SARS. Agenda surveilans global yang komprehensif melibatkan aktor-aktor baru, termasuk pemangku kepentingan pertahanan keamanan dan ekonomi (Calain, 2006; DCP2, 2008).

## **2. Komponen Surveilans**

- a) Adanya tujuan yang jelas dan terukur.
- b) Memiliki konsep atau mekanisme surveilans dalam mencapai tujuan.
- c) Proses kegiatan pengumpulan, pengolahan data, analisis dan distribusi informasi yang dilaksanakan secara sistematis.
- d) Kegiatan penunjang surveilans; tim teknis surveilans yang terdiri dari para tenaga profesional, peraturan-peraturan dan pedoman, dana operasional, sarana komputer, telepon dan faksimile serta formulir isian.
- e) Memiliki jejaring.
- f) Memiliki indikator kinerja

## **3. Langkah-langkah Merancang Surveilans**

1. Spesifikasi tujuan surveilans  
Tujuan Spesifikasi, Untuk memperkirakan kebutuhan, Mengidentifikasi Faktor – faktor resiko, Identifikasi Wabah, Identifikasi wabah, mengamati trend, mengevaluasi dampak, dan menjelaskan penyebab- penyebab.
2. Definisikan data surveilans untuk di kumpulkan  
Langkah ini membimbing anda dalam melalui suatu serial dari sub langkah menuju tujuan dimana data akan dikumpulkan oleh sistem anda, seberapa sering, dari sumber mana dan menggunakan prosedur yang mana.
3. Seleksi metode surveilans  
Pada langkah ini dilakukan seleksi terhadap prosedur pengumpulan data untuk tiap – tiap indikator, yang artinya akan diputuskan apakah mengumpulkan data dari pelaporan rutin, menyusun suatu sistem sentinel atau melakukan sesuatu survei khusus untuk mengumpulkan data.
4. Kembangkan prosedur pengumpulan data
5. Kumpulkan dan tabulasikan data
6. Analisa data  
Melakukan analisa data sebaiknya dilakukan pada setiap tingkatan sistem surveilans, data surveilans bisa di sampaikan dalam beberapa bentuk sebelum di analisa yaitu:
  - a. Tabel ringkasan  
Dalam tabel ringkasan dapat berisi penyebara presentase dan sebagian menyertakan angka – angka rata -rata.Grafik peyakit
  - b. Grafik Penyakit  
Dalam tabel ringkasan dapat berisi penyebara presentase dan sebagian menyertakan angka – angka rata -rata.Grafik peyakit.
  - c. Peta  
Dengan Peta akan memudahkan pemantauan penyebaran kasus secara geografis sehingga mudah dalam mengidentifikasi lokasi kasus. Juga dapat berguna untuk administrasi tingkat tinggi seperti menunjukkan jumlah kasus malaria pada tiap – tiap desa, kota atahu kabupapaten

- d. Perhitungan Rate dan rasio  
Perhitungan rate dan rasio sebaiknya dilakukan pada populasi yang besar untuk menghasilkan gambaran masalah kesehatan dari populasi yang akurat.
  - e. Analisis  
Kegunaan analisis untuk mengidentifikasi pola penyakit, indentifikasi penyebab penyakit, spike ( Peningkatan/penurunan yang tajam dalam jumlah kasus), cluster (Pengelompokan kasus menurut periode, area dan kelompok umur), Trend Penyakit, dan variasi sistematis
7. Pengambilan tindakan  
Dari data yang telah dianalisa dapat diambil beberapa petunjuk dan kemungkinan dalam pemecahan masalah, dimana petunjuk penting tersebut adalah:
- a. Apa tindakan yang akan diambil ( sebaiknya spesifik sesuai kasus yang ada)
  - b. Siapa orang – orang bertanggung jawab dalam pelaksanaan tindakan
  - c. Kapan tindakan tersebut dilaksanakan
8. Persiapkan dan sajikan laporan  
Kebanyakan sistem surveilans pada tingkat pusat, namun dalam penyusunannya juga dibutuhkan laporan dari setiap unit yang ada di desa, kota kabupaten hingga provinsi untuk dianalisis dan di interpretasikan. Yang kemudian diolah pusat dan dikirimkan kembali untuk dipergunakan di kabupaten, kota hingga provinsi.

#### **4. Manfaat Surveilans**

Manfaat surveilans sebagai berikut:

- 1. Memperkirakan besarnya masalah kesehatan yang penting
- 2. Sebagai gambaran perjalanan alami suatu penyakit
- 3. Sebagai deteksi KLB
- 4. Dokumentasi, distribusi, dan penyebaran peristiwa kesehatan
- 5. Bermanfaat untuk epidemiologi dan penelitian laboratorium
- 6. Untuk keperluan evaluasi pengendalian dan pencegahan
- 7. Sebagai tool monitoring kegiatan karantina
- 8. Dapat memperkiraan perubahan dalam praktek kesehatan, dan sebagai perencanaan

#### **5. Sifat utama dari suatu sistem surveilans**

untuk penilaian dari suatu sistem surveilans, dapat dilakukan penilaian terhadap beberapa sifat utama sistem yang meliputi:

- 1. Kesederhanaan
- 2. Fleksibilitas
- 3. Kemampuan untuk dapat diterima
- 4. Sensitifitas
- 5. Nilai ramal positif

6. Representatif
7. Ketepatan waktu

Karena sistem surveilans sangat luas dalam metodologi, cakupan dan tujuan maka kemungkinan suatu karakteristik yang penting untuk suatu sistem akan kurang penting untuk sistem yang lain. Upaya untuk meningkatkan suatu sifat, misalnya kemampuan sistem untuk mendeteksi peristiwa kesehatan (sensitifitas), kemungkinan akan mengurangi sifat yang lain, umpamanya kesederhanaan dan ketepatan waktu. Oleh sebab itu keberhasilan suatu sistem surveilans akan banyak tergantung pada keseimbangan sifat-sifat tersebut. Disamping itu kekuatan penilaian suatu sistem sangat tergantung kepada kesanggupan penilai untuk menilai sifat-sifat mana yang dibutuhkan oleh suatu sistem sehingga setiap pendekatan penilaian haruslah cukup fleksibel

## **6. Kegiatan epidemiologi surveilans**

Untuk mencapai masing-masing tujuan tersebut di atas maka dapatlah dikembangkan berbagai bentuk kegiatan epidemiologi surveilans. Bentuk kegiatan tersebut dapat bersifat rutin dan dapat pula bersifat kegiatan khusus. Bentuk kegiatan yang bersifat rutin meliputi berbagai kegiatan berikut ini:

- a) Laporan rutin kasus penyakit tertentu, baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular, atau berbagai kejadian yang berhubungan dengan kesehatan secara umum. Laporan ini dilakukan secara berkala dalam bentuk laporan mingguan, bulanan, dan laporan tahunan. Hasil analisis dari laporan tersebut dapat digunakan untuk berbagai keperluan bidang kesehatan, baik untuk penyusunan program maupun untuk evaluasi program serta analisis status kesehatan masyarakat.
- b) Pencatatan dan pelaporan khusus kajian tertentu dalam masyarakat yang biasanya terbatas pada berbagai kejadian yang mungkin mempunyai potensi mewabah.
- c) Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan jenis penyakit yang wajib dilaporkan termasuk berbagai penyakit menular tertentu /penyakit karantina serta berbagai penyakit yang dianggap mempunyai potensi mewabah atau penyakit yang jarang dijumpai dalam masyarakat. Jenis penyakit yang wajib dilaporkan ini, biasanya tidak sama untuk setiap negara.
- d) Surveilans ekologi dan lingkungan yakni surveilans yang khusus dilakukan terhadap berbagai ektor penyakit menular, pengamatan terhadap pencemaran lingkungan, tanah, air, dan udara serta pengamatan terhadap beradanya bahan berbahaya lain dalam lingkungan yang berupa vektor penyakit tertentu, pengotoran lingkungan dan lain-lain
- e) Pengamatan dan pengawasan pemakaian zat tertentu seperti insektisida, vaksin, obat-obat yang bersifat keras dan zat lainnya yang dianggap berbahaya.

- f) pencatatan dan pelaporan peristiwa vital yang meliputi kelahiran, perkawinan, perceraian dan kematian.

Pada umumnya pelaksanaan surveilans yang bersifat rutin ini dilakukan secara terprogram melalui pusat- pusat pelayanan kesehatan pada tingkatan tertentu. Selain itu dikenal pula pelaksanaan epidemiologi surveilans yang bersifat kegiatan khusus dan dilakukan padabatas waktu tertentu atau secara periodik dengan selang waktu tertentu.

- a) Pelaksanaan survei berkala untuk berbagai hal tertentu seperti status kesehatan masyarakat melalui survei kesehatan rumah tangga, berbagai jenis survei epidemiologis penyakit tertentu (umpamanya HIV)dalam masyarakat.
- b) Pengamatan khusus terhadap kejadian luar biasa atau wabah serta penelitian aktif penyakit tertentu.
- c) Pengamatan khusus oleh dokter praktis swasta, pengamatan di klinik- klinik swasta dan lain-lain (umpamanya penyakit menular seksual)

## **7. Kendala dan Keterbatasan Surveilans**

Dalam pelaksanaan program epidemiologi surveilans, dialami berbagai kendala dan keterbatasan yaitu:

1. Untuk melaksanakan berbagai kegiatan suatu sistem surveilans, dibutuhkan sejumlah tenaga khusus dengan kegiatan yang cukup intensif.
2. Untuk mendapatkan hasil analisis dibutuhkan waktu untuk tabulasi dan analisis data.
3. Masih terbatasnya indikator kunci untuk berbagai nilai-nilai tertentu dari hasil analisis sehingga sering sekali mengalami kesulitan dalam membuat kesimpulan hasil analisis, umpamanya indikator kunci tentang peran aktif masyarakat, tingkat pengetahuan dan motifasi masyarakat terhadap kehidupan sehat,dll.
4. Untuk melakukan analisis kecenderungan suatu proses dalam masyarakat dibutuhkan waktu beberapa tahun untuk pengumpulan data. Data yang erbatas hanya satu atau dua tahun saja, sulit untuk dijadikan patokan dalam membuat analisis maupun kecendrungan.
5. Untuk melakukan penilaian terhadap tingkat keberhasilan suatu program, biasanya mengalami kesulitan bila dilakukan pada populasi yang jumlahnya kecil atau bila tidak ada populas/ kelompok pembanding(kontrol).
6. Sering sekali kita memperoleh laporan hasil surveilans yang kurang lengkap sehingga sulit membuat analisis maupun kesimpulan.

## 8. Ruang Lingkup Surveilans Epidemiologi

### 1. Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap penyakit menular dan faktor risiko untuk mendukung upaya pemberantasan penyakit menular.

Ruang lingkungannya antara lain:

- a) Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi (PD3I)
- b) Penyakit potensial wabah atau klb penyakit menular dan keracunan
- c) Penyakit DBD/DSS
- d) Malaria
- e) Penyakit zoonosis, antraks, rabies, leptospirosis, dsb.
- f) Penyakit filariasis
- g) Penyakit tuberkulosis
- h) Penyakit diare, tifus perut, kecacingan, dan penyakit perut lainnya
- i) Penyakit kusta
- j) Penyakit HIV/AIDS
- k) Penyakit Menular Seksual
- l) Penyakit pneumonia, termasuk penyakit pneumonia akut berat (termasuk SARS).

### 2. Surveilans Epidemiologi Penyakit Tidak Menular

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap penyakit tidak menular dan faktor risiko untuk mendukung upaya pemberantasan penyakit tidak menular. Ruang lingkungannya antara lain:

- a) Hipertensi, Stroke dan Penyakit Jantung Koroner (PJK)
- b) Diabetes Mellitus.
- c) Neoplasma
- d) Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)
- e) Gangguan mental
- f) Masalah kesehatan akibat kecelakaan

### 3. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Lingkungan dan Perilaku

Merupakan analisis terus menerus dan sistematis terhadap penyakit dan faktor risiko untuk mendukung program penyehatan lingkungan.

Ruang lingkungannya antara lain:

- a) Sarana Air Bersih
- b) Tempat-tempat umum
- c) Pemukiman dan Lingkungan Perumahan
- d) Limbah industri, RS dan kegiatan lainnya
- e) Vektor penyakit
- f) Kesehatan dan Keselamatan Kerja
- g) RS dan sarana yankes lain, termasuk Infeksi Nosokomial (INOS)



#### 4. Surveilans Epidemiologi Masalah Kesehatan

Merupakan analisa terus menerus dan sistematis terhadap masalah kesehatan dan faktor resiko untuk mendukung program-program kesehatan tertentu.

Ruang lingkupnya antara lain:

- a) Surveilans gizi dan sistem kewaspadaan pangan dan gizi (SKPG)
- b) Gizi mikro (Kekurangan yodium, anemia zat Besi KVA)
- c) Gizi lebih
- d) Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) termasuk kesehatan reproduksi (Kesprou)
- e) Penyalahgunaan napza
- f) Penggunaan sediaan farmasi, obat, obat tradisional, bahan kosmetika serta peralatan
- g) Kualitas makanan dan bahan tambahan makanan

#### 5. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Matra

Merupakan analisis terus-menerus dan sistematis terhadap masalah kesehatan dan faktor resiko untuk mendukung program kesehatan matra.

Ruang lingkungnya antara lain:

- a) Kesehatan Haji
- b) Kesehatan Pelabuhan dan Lintas Batas Perbatasan
- c) Bencana dan masalah sosial
- d) Kesehatan matra laut dan udara
- e) KLB Penyakit dan Keracunan

### 9. Pendekatan atau sumber data surveilans kesehatan Masyarakat

Berdasarkan pendekatan sumber data surveilans dapat dibagi menjadi dua jenis:

#### a. Surveilans pasif

Surveilans pasif memantau penyakit secara pasif, dengan menggunakan data penyakit yang harus dilaporkan (*reportable diseases*) yang tersedia di fasilitas pelayanan kesehatan. Kelebihan surveilans pasif, relatif murah dan mudah untuk dilakukan. Negara-negara anggota WHO diwajibkan melaporkan sejumlah penyakit infeksi yang harus dilaporkan, sehingga dengan surveilans pasif dapat dilakukan analisis perbandingan penyakit internasional. Kekurangan surveilans pasif adalah kurang sensitif dalam mendeteksi kecenderungan penyakit. Data yang dihasilkan cenderung under-reported, karena tidak semua kasus datang ke fasilitas pelayanan kesehatan formal. Selain itu, tingkat pelaporan dan kelengkapan laporan biasanya rendah, karena waktupetugas terbagi dengan tanggungjawab utama memberikan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan masing-masing. Untuk mengatasi problem tersebut, instrumen pelaporan perlu dibuat sederhana dan ringkas.

b. Surveilans aktif

Surveilans aktif menggunakan petugas khusus surveilans untuk kunjungan berkala ke lapangan, desa-desa, tempat praktik pribadi dokter dan tenaga medis lainnya, puskesmas, klinik, dan rumah sakit, dengan tujuan mengidentifikasi kasus baru penyakit atau kematian, disebut penemuan kasus (case finding), dan konfirmasi laporan kasus indeks. Kelebihan surveilans aktif, lebih akurat daripada surveilans pasif, sebab dilakukan oleh petugas yang memang dipekerjakan untuk menjalankan tanggungjawab itu. Selain itu, surveilans aktif dapat mengidentifikasi outbreak lokal. Kelemahan surveilans aktif, lebih mahal dan lebih sulit untuk dilakukan daripada surveilans pasif. Sistem surveilans dapat diperluas pada level komunitas, disebut community surveillance. Dalam community surveillance, informasi dikumpulkan langsung dari komunitas oleh kader kesehatan, sehingga memerlukan pelatihan diagnosis kasus bagi kader kesehatan. Definisi kasus yang sensitif dapat membantu para kader kesehatan mengenali dan merujuk kasus mungkin (probable cases) ke fasilitas kesehatan tingkat pertama. Petugas kesehatan di tingkat lebih tinggi dilatih menggunakan definisi kasus lebih spesifik, yang memerlukan konfirmasi laboratorium. Community surveilans mengurangi kemungkinan negatif palsu (JHU, 2006)

Sumber data dalam surveilans epidemiologi menurut kemenkes RI no. 1116/menkes/sk/VIII/ 2003:

- a. Data kesakitan yang dapat diperoleh dari unit pelayanan kesehatan dan masyarakat
- b. Data kematian yang dapat diperoleh dari unit pelayanan kesehatan serta laporan kantor pemerintah dan masyarakat
- c. Data demografi yang dapat diperoleh dari unit statistik kependudukan dan masyarakat
- d. Data geografi yang dapat diperoleh dari unit meteorologi dan geofisika
- e. Data laboratorium yang dapat diperoleh dari unit pelayanan kesehatan dan masyarakat
- f. Data kondisi lingkungan
- g. Laporan wabah
- h. Laporan penyelidikan wabah/KLB
- i. Laporan hasil penyelidikan kasus perorangan
- j. Studi epidemiologi dan hasil penelitian lainnya
- k. Data hewan dan vektor sumber penularan penyakit yang dapat diperoleh dari unit pelayanan kesehatan dan masyarakat
- l. Laporan kondisi pangan.

## 10. Surveilans efektif

Karakteristik surveilans yang efektif: cepat, akurat, reliabel, representatif, sederhana, fleksibel, akseptabel, digunakan (Wuhib et al., 2002; McNabb et al., 2002; Giesecke, 2002; JHU, 2006).

Kecepatan. Informasi yang diperoleh dengan cepat (rapid) dan tepat waktu (timely) memungkinkan tindakan segera untuk mengatasi masalah yang diidentifikasi. Investigasi lanjut hanya dilakukan jika diperlukan informasi tertentu dengan lebih mendalam. Kecepatan surveilans dapat ditingkatkan melalui sejumlah cara:

- 1) Melakukan analisis sedekat mungkin dengan pelapor data primer, untuk mengurangi “lag” (beda waktu) yang terlalu panjang antara laporan dan tanggapan
- 2) Melembagakan pelaporan wajib untuk sejumlah penyakit tertentu (notifiable diseases)
- 3) Mengikutsertakan sektor swasta melalui peraturan perundangan
- 4) Melakukan fasilitasi agar keputusan diambil dengan cepat menggunakan hasil surveilans
- 5) Mengimplementasikan sistem umpan balik tunggal, teratur, dua-arah dan segera.

Akurasi Surveilans yang efektif memiliki sensitivitas tinggi, yakni sekecil mungkin terjadi hasil negatif palsu. Aspek akurasi lainnya adalah spesifisitas, yakni sejauh mana terjadi hasil positif palsu. Pada umumnya laporan kasus dari masyarakat awam menghasilkan “false alarm” (peringatan palsu).

Karena itu sistem surveilans perlu mengecek kebenaran laporan awam ke lapangan, untuk mengkonfirmasi apakah memang tengah terjadi peningkatan kasus/ outbreak.

Akurasi surveilans dipengaruhi beberapa faktor:

- a) kemampuan petugas
- b) infrastruktur laboratorium.

Surveilans membutuhkan pelatihan petugas. Contoh, para ahli madya epidemiologi perlu dilatih tentang dasar laboratorium, sedang teknisi laboratorium dilatih tentang prinsip epidemiologi, sehingga kedua pihak memahami kebutuhan surveilans. Surveilans memerlukan peralatan laboratorium standar di setiap tingkat operasi untuk meningkatkan kemampuan konfirmasi kasus. Standar, seragam, reliabel, kontinu. Definisi kasus, alat ukur, maupun prosedur yang standar penting dalam sistem surveilans agar diperoleh informasi yang konsisten. Sistem surveilans yang efektif mengukur secara kontinu sepanjang waktu, bukannya intermiten atau sporadis, tentang insidensi kasus penyakit untuk mendeteksi kecenderungan. Pelaporan rutin data penyakit yang harus dilaporkan (reportable diseases) dilakukan seminggu sekali. Representatif dan lengkap. Sistem surveilans diharapkan memonitor situasi yang sesungguhnya terjadi pada populasi. Konsekuensinya, data yang dikumpulkan perlu representatif dan

lengkap. Keterwakilan, cakupan, dan kelengkapan data surveilans dapat menemui kendala jika penggunaan kapasitas tenaga petugas telah melampaui batas, khususnya ketika waktu petugas surveilans terbagi antara tugas surveilans dan tugas pemberian pelayanan kesehatan lainnya. Sederhana, fleksibel, dan akseptabel. Sistem surveilans yang efektif perlu sederhana dan praktis, baik dalam organisasi, struktur, maupun operasi. Data yang dikumpulkan harus relevan dan terfokus.

Format pelaporan fleksibel, bagian yang sudah tidak berguna dibuang. Sistem surveilans yang buruk biasanya terjebak untuk menambah sasaran baru tanpa membuang sasaran lama yang sudah tidak berguna, dengan akibat membebani pengumpul data. Sistem surveilans harus dapat diterima oleh petugas surveilans, sumber data, otoritas terkait surveilans, maupun pemangku surveilans lainnya.

Untuk memelihara komitmen perlu pembaruan kesepakatan para pemangku secara berkala pada setiap level operasi.

Penggunaan (uptake). Manfaat sistem surveilans ditentukan oleh sejauh mana informasi surveilans digunakan oleh pembuat kebijakan, pengambil keputusan, maupun pemangku surveilans pada berbagai level. Rendahnya penggunaan data surveilans merupakan masalah di banyak negara berkembang dan beberapa negara maju. Salah satu cara mengatasi problem ini adalah membangun network dan komunikasi yang baik antara peneliti, pembuat kebijakan, dan pengambil keputusan.



### DEFINISI

Surveilans berasal dari bahasa Prancis, yaitu "surveillance", yang berarti "mengamati tentang sesuatu". Meskipun konsep surveilans telah berkembang cukup lama, tetapi seringkali timbul kerancuan dengan kata "surveillance" dalam bahasa Inggris, yang berarti "mengawasi perorangan yang sedang dicurigai". Sebelum tahun 1950, surveilans memang diartikan sebagai upaya pengawasan secara ketat kepada penderita penyakit menular, sehingga penyakitnya dapat ditemukan sedini mungkin dan diisolasi secepatnya serta dapat diambil langkah-langkah pengendalian seawal mungkin. Selanjutnya, pengertian surveilans epidemiologi yaitu kegiatan untuk memonitor frekuensi dan distribusi penyakit di masyarakat.



**Surveilans**

Surveilans adalah proses pengumpulan, pengolahan, analisis dan interpretasi data secara terus menerus serta penyebaran informasi pada unit yang membutuhkan untuk dapat mengambil tindakan (WHO).

Surveilans kesehatan masyarakat adalah pengumpulan, analisis, dan analisis data secara terus-menerus dan sistematis yang kemudian diseminasikan (disebarluaskan) kepada pihak-pihak yang bertanggungjawab dalam pencegahan penyakit dan masalah kesehatan lainnya (DCP2, 2008).

**Public Health**  
 Prevent. Promote. Protect.

Surveilans memantau terus-menerus kejadian dan kecenderungan penyakit, mendeteksi dan memprediksi outbreak pada populasi, mengamati faktor-faktor yang mempengaruhi kejadian penyakit, seperti perubahan-perubahan biologis pada agen, vektor, dan reservoir. Selanjutnya, surveilans menghubungkan informasi tersebut kepada pembuat keputusan agar dapat dilakukan langkah-langkah pencegahan dan pengendalian penyakit (Last, 2001). Kadang digunakan istilah surveilans epidemiologi.

Surveilans epidemiologi adalah pengamatan yang terus menerus atas distribusi, dan kecenderungan suatu penyakit melalui pengumpulan data yang sistematis agar dapat ditentukan penanggulangannya yang secepat-cepatnya™ (Gunawan, 2000).

#### TUJUAN UMUM SURVEILANS

memberikan informasi tepat waktu tentang masalah kesehatan populasi.

#### Tujuan khusus Surveilans

1. Memonitor kecenderungan (trends) penyakit.
2. Mendeteksi perubahan mendadak insidensi
3. Memantau kesehatan populasi, menaksir besarnya beban penyakit (disease burden) pada populasi.
4. Menentukan kebutuhan kesehatan prioritas, membantu perencanaan, implementasi, monitoring, dan evaluasi program kesehatan.
5. Mengevaluasi cakupan dan efektivitas program kesehatan.
6. Mengidentifikasi kebutuhan riset.

(Last, 2001; Giesecke, 2002; JHU, 2002).

#### PRINSIP SURVEILANS

Pertama, dimulai dari data yang telah diperoleh dari berbagai sumber. Kemudian data tersebut dikumpulkan dan diolah, sehingga menghasilkan sebuah informasi. Pengumpulan dan pengolahan data merupakan bagian dari masyarakat atau pihak-pihak yang bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan. Informasi yang telah diperoleh akan dianalisa dan diinterpretasi, sehingga dapat mengambil keputusan yang tepat sebelum melakukan aksi atau tindakan. Keputusan yang dihasilkan berupa program-program seperti pencegahan dan pengendalian untuk melakukan intervensi dalam upaya penyelesaian masalah kesehatan.

Dalam hal ini akan adanya proses *feedback* (umpan balik). Setelah tindakan yang telah dilakukan akan di *evaluasi*. Apakah program tersebut telah berhasil atau tidak sampai pencapaian tujuan, sehingga didapatkan kembali data baru untuk penelitian selanjutnya. Alur atau proses dari awal hingga akhir tersebut berjalan secara terus-menerus tanpa memutuskan bagian yang ada didalamnya.

#### Macam-macam Surveilans

1. Surveilans Individu
2. Surveilans penyakit
3. Surveilans sindromik
4. Surveilans Berbasis Laboratorium
5. Surveilans terpadu
6. Surveilans kesehatan masyarakat global



#### Komponen Surveilans

1. Adanya tujuan yang jelas dan terukur.
2. Memiliki konsep atau mekanisme surveilans dalam mencapai tujuan.
3. Proses kegiatan pengumpulan, pengolahan data, analisis dan distribusi informasi yang dilaksanakan secara sistematis.
4. Kegiatan penunjang surveilans; tim teknis surveilans yang terdiri dari para tenaga profesional, peraturan-peraturan dan pedoman, dana operasional, sarana komputer, telepon dan faksimile serta formulir isian.
5. Memiliki jejaring.
6. Memiliki indikator kinerja

#### Langkah-langkah Merancang Surveilans

1. pesifikasi tujuan surveilans
2. Definisikan data surveilans untuk di kumpulkan
3. Seleksi metode surveilans
4. Kembangkan prosedur pengumpulan data
5. Kumpulkan dan tabulasikan data
6. Analisa data
7. Pengambilan tindakan
8. Persiapkan dan sajikan laporan



## Manfaat Surveilans

- Memperkirakan besarnya masalah kesehatan yang penting
- Sebagai gambaran perjalanan alami suatu penyakit
- Sebagai deteksi KLB
- Dokumentasi, distribusi, dan penyebaran peristiwa kesehatan
- Untuk keperluan evaluasi pengendalian dan pencegahan
- Sebagai tool monitoring kegiatan karantina
- Dapat memperkirakan perubahan dalam praktek kesehatan, dan sebagai perencanaan
- Bermanfaat untuk epidemiologi dan penelitian laboratorium

## Kegiatan epidemiologi surveilans

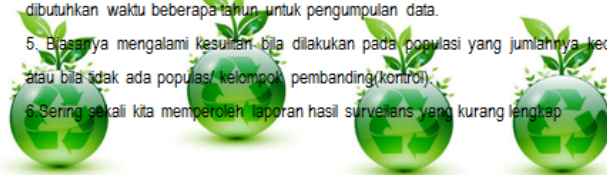
1. Laporan rutin kasus penyakit tertentu, baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular, atau berbagai kejadian yang berhubungan dengan kesehatan secara umum
2. Pencatatan dan pelaporan khusus kajian tertentu dalam masyarakat yang biasanya terbatas pada berbagai kejadian yang mungkin mempunyai potensi mewabah
3. Pelaksanaan pencatatan dan pelaporan jenis penyakit yang wajib dilaporkan termasuk berbagai penyakit menular tertentu /penyakit karantina serta berbagai penyakit yang dianggap mempunyai potensi mewabah atau penyakit yang jarang dijumpai dalam masyarakat.

4. Surveilans ekologi dan lingkungan
5. Pengamatan dan pengawasan pemakaian zat tertentu seperti insektisida , vaksin, obat-obat yang bersifat keras dan zat lainnya yang dianggap berbahaya.
6. pencatatan dan pelaporan peristiwa vital yang meliputi kelahiran, perkawinan, perceraian dan kematian



### Kendala dan Keterbatasan Surveilans

1. Dibutuhkan sejumlah tenaga khusus dengan kegiatan yang cukup intensif.
2. Dibutuhkan waktu untuk tabulasi dan analisis data.
3. Masih terbatasnya indikator kunci untuk berbagai nilai-nilai tertentu dari hasil analisis sehingga sering sekali mengalami kesulitan dalam membuat kesimpulan hasil analisis.
4. Untuk melakukan analisis kecenderungan suatu proses dalam masyarakat dibutuhkan waktu beberapa tahun untuk pengumpulan data.
5. Biasanya mengalami kesulitan bila dilakukan pada populasi yang jumlahnya kecil atau bila tidak ada populasi/ kelompok pembanding (kontrol).
6. Sering sekali kita memperoleh laporan hasil surveilans yang kurang lengkap.



### Ruang Lingkup Surveilans Epidemiologi

#### 1. Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular

Ruang lingkupnya antara lain:

- Penyakit filariasis
- Penyakit tuberkulosis
- Penyakit HIV/AIDS
- Penyakit Menular Seksual

#### 2. Surveilans Epidemiologi Penyakit Tidak Menular

Ruang lingkupnya antara lain:

- Hipertensi, Stroke dan Penyakit Jantung Koroner (PJK)
- Diabetes Mellitus.
- Neoplasma
- Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK)
- Gangguan mental
- Masalah kesehatan akibat kecelakaan



#### 3. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Lingkungan dan Perilaku

Ruang lingkupnya antara lain:

- Sarana Air Bersih
- Tempat-tempat umum
- Pemukiman dan Lingkungan Perumahan
- Limbah industri, RS dan kegiatan lainnya



#### 4. Surveilans Epidemiologi Masalah Kesehatan

Ruang lingkupnya antara lain:

- Surveilans gizi dan sistem kewaspadaan pangan dan gizi (SKPG)
- Gizi mikro (Kekurangan yodium, anemia zat Besi KVA)
- Gizi lebih
- Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) termasuk kesehatan reproduksi (Kespro)
- Penyalahgunaan napza

#### 5. Surveilans Epidemiologi Kesehatan Mata

Merupakan analisis terus-menerus dan sistematis terhadap masalah kesehatan dan faktor resiko untuk mendukung program kesehatan mata.

Ruang lingkungnya antara lain:

- Kesehatan Haji
- Kesehatan Pelabuhan dan Lintas Batas Perbatasan
- Bencana dan masalah sosial
- Kesehatan mata laut dan udara



#### Pendekatan atau sumber data surveilans kesehatan Masyarakat

Berdasarkan pendekatan sumber data surveilans dapat dibagi menjadi dua jenis:

1. Surveilans pasif
2. Surveilans aktif

#### Surveilans efektif

Karakteristik surveilans yang efektif: cepat, akurat, reliabel, representatif, sederhana, fleksibel, akseptabel, digunakan (Wuhib et al., 2002; McNabb et al., 2002; Giasecke, 2002; JHU, 2006).



TERIMAKASIH

## **BAB V**

### **PENCEGAHAN PENYAKIT YANG BERKAITAN DENGAN KESEHATAN IBU DAN ANAK**

#### **A. Konsep Pencegahan Penyakit**

Secara umum *pencegahan* atau *prevention* dapat diartikan sebagai tindakan yang dilakukan sebelum peristiwa yang diharapkan akan terjadi, sehingga peristiwa tadi tidak terjadi atau dapat dihindari.

Pencegahan atau *prevention* dapat diartikan sebagai bertindak mendahului (*to come before or precede*) atau mengantisipasi (*to anticipate*) yang menyebabkan sesuatu proses tidak mungkin berkembang lebih lanjut. Jadi namanya pencegahan akan memerlukan tindakan antipatif (*anticipatory action*) berdasarkan pada penguasaan kita tentang model Riwayat Alamiah Penyakitnya, yang berkaitan inisiasi (awal mulai) atau kemajuan dari proses suatu penyakit atau masalah kesehatan apapun tidak mempunyai peluang untuk berlanjut.

Mencegah penyakit berarti menggunakan pengetahuan kita yang mutakhir sebaik-baiknya untuk membina (*promote*), mencegah penyakit dan ketidakmampuan, dan memperpanjang umur (mengikuti asal mulanya sebagaimana dimaksud dalam definisi *Public Health* menurut Wnslow, 1920). Semua upaya tersebut dapat dicapai dengan mengorganisir dan menyediakan pelayanan kedokteran dan kesehatan masyarakat kepada perorangan maupun keluarga atau masyarakat yang membutuhkan.

Tindakan pencegahan dapat dilakukan baik pada fase prepatogenesis yaitu sebelum mulainya proses penyakit, maupun fase pathogenesis yaitu sesudah memasuki proses penyakit mengikuti konsep proses Riwayat Alamiah Penyakit.

Tindakan pencegahan dibagi menjadi 3 tahap utama, yaitu:

1. Yang pertama adalah pencegahan primer yang dilakukan dalam fase prepatogenesis sebelum proses penyakit terjadi.
2. Yang kedua adalah pencegahan sekunder dimana proses penyakit sudah mulai memasuki fase pathogenesis tapi masih dalam tahap ringan dan belum nyata.
3. Yang ketiga adalah pencegahan tersier dimana dalam fase pathogenesis tersebut proses penyakit sudah nyata dan berlanjut dan mungkin dalam taraf dan akan berakhir.

Tahap-Tahap Pencegahan

#### 1. Tahap Primary Prevention

Tahap pencegahan primer diterapkan dalam fase pre pathogenesis yaitu pada keadaan dimana proses penyakit belum terjadi atau belum mulai. Dalam fase ini meskipun proses penyakit belum mulai tapi ke 3 faktor utama untuk terjadinya penyakit, yaitu *agent, host, dan environment* yang membentuk konsep *segitiga epidemiologi* selalu akan berinteraksi yang satu dengan lainnya dan selalu merupakan ancaman potensial untuk sewaktu-waktu mencetuskan

terjadinya *stimulus* yang memicu untuk mulainya terjadinya proses penyakit dan masuk kedalam fase *pathogenesis*.

Tahap pencegahan primer terbagi menjadi dua sub-tahap yaitu *Health Promotion*(pembinaan kesehatan) dan *Specific Protection* (perlindungan khusus).

#### 1. Tahap Health Promotion

Upaya-upaya pencegahan dalam tahap ini masih bersifat umum dan belum tertuju pada jenis atau kelompok penyakit tertentu. Tujuan utamanya adalah untuk pembinaan atau memajukan ( to promote ) kesehatan secara umum dan kesejahteraan hidup individu atau kelompok masyarakat dengan upaya-upaya ini diharapkan daya tahan secara fisik mental dan sosial ditingkatkan dan kita dijauhkan dari segala ancaman stimulus yang dapat memicu terjadinya atau mulainya suatu proses penyakit secara umum.

Sebagian besar upaya-upaya tersebut mungkin dapat dicapai melalui pendidikan atau penyuluhan (komunikasi, informasi dan edukasi), sebagian melalui kegiatan-kegiatan bersama dilapangan, melalui organisasi atau perkumpulan yang teratur dan terencana (Organized dan Structured) dan sebagai melalui kegiatan yang berkategori santai dan bebas.

Leavell dan Clark menyebutkan beberapa bentuk kegiatan yang termasuk *Health Promotion* dan yang sudah banyak dikembangkan dan sudah tercakup atau terintegrasi dalam berbagai bentuk program pelayanan kesehatan yang umumnya termasuk kategori *Anak Pimary Health Care* maupun *Basic Health Services* seperti:

1. Pendidikan/penyuluhan kesehatan
2. Kondisi kerja yang baik
3. Makanan bergizi
4. Keturunan dan KB
5. Perkembangan kepribadian
6. Nasehat perkawinan
7. Perumahan sehat
8. Pemeriksaan berkala
9. Rekreasi dan olahraga

#### 2. Tahap Spesifik Protection

Tahap inilah yang biasanya dimaksud sebagai arti pencegahan sebagaimana umumnya orang mengartikannya. Upaya pencegahan disini sudah tertuju kepada jenis penyakit penyakit atau masalah kesehatan tertentu. Biasanya sasarannya adalah individu atau kelompok masyarakat yang beresiko tinggi (High Risk Group) terhadap suatu penyakit tertentu tadi. Tindakan pencegahan disini dapat diartikan sebagai member perlindungan khusus terhadap kelompok beresiko tinggi tadi.

Menyusul kemajuan dalam iptek bio-medik dengan diketemukan dan dikembangkannya berbagai penyakit menular, kemudian diketemukan dan dikembangkannya berbagai jenis vaksin terhadap berbagai penyakit menular, kemudian diketemukan dan dikembangkan juga upaya-upaya perlindungan khusus dibidang gizi, pengobatan kimiawi (chemo-therapy), pestisida, anti-biotika dan lain-lainnya. Berbagai bentuk kegiatan yang termasuk Spesifik Protection antara lain adalah sebagai berikut:

1. Imunisasi khusus
2. Perlindungan terhadap kecelakaan
3. Higine/kebersihan perorangan
4. Pemberian makanan khusus
5. Perlindungan tumbuh kembang anak
6. Perlindungan terhadap karsinogen
7. Sanitasi/kesehatan lingkungan
8. Perlindungan terhadap allergen
9. Perlindungan terhadap terhadap penyakit akibat kerja

## 2. Tahap Secondary Prevention

Upaya pencegahan pada tahap ini terbentuk Diagnosa Dini dan Pengobatan Langsung(Early Dignosis dan Prompt Treatment). Tahap ini sudah dalam fase pathogenesis tapi masih pada awal dari proses penyakit yang bersangkutan (dalam masa inkubasi dan mulai terjadi perubahan anatomis dan fungsi faalial, tapi belum menimbulkan keluhan-keluhan, gejala-gejala atau tanda yang secara klinis dapat diamati oleh dokter atau penderita sendiri, fase sub-klinis yang masih berada dibawah clinical horizon).

Meskipun demikian dengan berbagai kemajuan dalam iptek kedokteran dan kesehatan, sudah dapat dikembangkan berbagai cara untuk bisa mendeteksi dan mendiagnosa penyakit-penyakit yang bersangkutan pada fase sub klinis tersebut, misalnya berbagai cara laboratories baik bio-medis, bio-kimiawi, faalial dll.

Berbagai metoda atau cara-cara pemeriksaan yang tergolong screening atau case funding (active atau passive) dikembangkan untuk bisa menemukan kasus-kasus sub-klinis berbagai penyakit endemis dimasyarakat. Berbagai pemeriksaan serelogis dipakai untuk mendeteksi berbagai penyakit menular seperti Wasserman/VDRL terhadap sifilis, Mantoux test terhadap TBC, Shick's test terhadap difteria, HIV terhadap AIDS, pemeriksaan bio-kimiawi darah (misalnya kadar gula darah terhadap Diabetes Melitus), pemeriksaan darah mikrokopis terhadap parasit, pemeriksaan sitologis (patologi-anatomi) terhadap keganasan (misalnya PAP smear terhadap kanker leher rahim).

Tujuan utama pencegahan pada tahap ini antara lain adalah:

1. Mencegah tersebarnya penyakit ke orang lain dalam masyarakat, terutama pada penyakit menular
2. Untuk bisa mengobati dan menghentikan berkembangnya penyakit menjadi lebih berat, atau membatasi disability dan agar tidak timbul komplikasi, cacat atau berubah jadi menahun
3. Membatasi atau menghentikan perjalanan/proses penyakit dalam fase dini

Dalam epidemiologi dari program-program pemberantas penyakit menular dimasyarakat dikenal upaya-upaya yang antara lain sebagai berikut:

1. Upaya penemuan kasus (case finding), baik secara aktif maupun pasif
2. Screening baik masal maupun selektif dan kadang terhadap
3. Pemeriksaan khusus dan berkala (periodic selective examination)

#### 4. Tahap Tertiary Prevention

Tahap ini sudah masuk dalam fase patogenesis yang secara klinis penyakitnya sudah nyata dan mungkin sudah lanjut (advanced diseases), atau sebaliknya proses penyakit dari Host justru berbalik ke fase penyembuhan (reconvalescence) dan memasuki tahap pemulihan (rehabilitation).

Yang termasuk tahap pencegahan tersier adalah disability limitation (membatasi ketidakmampuan) dan rehabilitation (pemulihan).

##### 1. Tahap Disability Limitation

Biasanya orang tidak akan mengkategorikan Disability Limitation sebagai tindakan pencegahan lagi karena penyakitnya sudah nyata dan bahkan mungkin sudah lanjut. Istilah pencegahan disini mungkin dapat diartikan sebagai tindakan agar penyakit tidak berlanjut dan berkembang menjadi lebih parah, dan apabila penyakit tersebut sudah dalam stadium lanjut dan parah, maka tindakan pencegahan dapat diartikan agar tidak menjadi menahun atau berakibat cacat yang menetap dan akhirnya dapat juga diartikan sebagai tindakan sebagai tindakan untuk mencegah kematian. Tindakan pencegahan pada tahap ini sebenarnya sudah termasuk kategori medis kuratif yang merupakan lahan garapan utama.

##### 1. Tahap Rehabilitation

Tindakan pencegahan tahap akhir ini merupakan tindak lanjut setelah penderita berhasil melalui masa disability atau ketidakmampuannya dan masuk dalam proses penyembuhan.

Pengertian sembuh disini juga harus diartikan secara fisik, mental dan sosial dan spiritual.

Tahap pencegahan yang tercakup dalam upaya-upaya rehabilitasi ini merupakan tindakan yang menyangkut bidang yang multidisiplin. Rehabilitasi fisik mungkin masih memerlukan tindakan teknis dibidang medis klinis (misalnya bedah rekonstruksi untuk mantan penderita kusta),

platihan-pelatihan penggunaan alat-alat bantu atau protese, fisioterapi dan perawatan neurologis untuk penderita polio, penderita CVA (Pasca Cerebro Vascular Accident atau Stroke).

Rehabilitasi mental dan sosial disamping memerlukan tindakan medis klinis juga mungkin memerlukan tenaga psikolog maupun ahli-ahli atau pekerja sosial. Rehabilitasi sosial biasanya ditunjukkan agar penderita dengan kondisi pasca penyakitnya (mungkin dengan cacat yang menetap) dapat diterima kembali dalam kehidupan yang normal oleh masyarakat sekelilingnya (rehabilitasi psiko-sosial).

Untuk lingkungan atau kelompok masyarakat yang religious seperti di Indonesia, dukungan rehabilitasi spiritual mungkin dapat lebih membantu keberhasilan upaya-upaya rehabilitasi tersebut.

#### 1. Sasaran Kesehatan Masyarakat

Sasaran pelayanan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat agar tercapai derajat kesehatan yang optimal, melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Lingkup tatanan kesehatan masyarakat, meliputi tatanan keluarga, kelompok dan masyarakat.

Sesuai kompetensi klinis kebidanan, bahwa sasaran pelayanan kebidanan dimasyarakat adalah remaja, wanita pra hamil, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu menyusui, akseptor KB, masa klimakterium, menopause, periode maternal, dan wanita dengan gangguan sistem reproduksi ringan. Sehingga pelayanan kesehatan masyarakat yang dilakukan oleh bidan adalah sesuai kompetensi klinis, dan kewenangan yang diberikan kepada bidan dalam menjalankan praktiknya dimasyarakat.

#### 1. Tingkat-Tingkat Pencegahan Penyakit

Lima tingkat pencegahan penyakit menurut Leavel dan Clark

1. Peningkatan kesehatan (Health Promotion)
2. Perlindungan umum dan khusus terhadap penyakit-penyakit tetentu (General and Spesifik Protection)
3. Menegakkan diagnose secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (early diagnosis and prompt treatment)
4. Pembatasan ke cacatan (Disability Limitation)
5. Penyembuhan kesehatan (Rehabilitation)

Dijabarkan dalam upaya-upaya pecegahan sebagai berikut:

#### 1. Upaya Pencegahan Primer

- Upaya Peningkatan Kesehatan

Yaitu upaya pencegahan yang umumnya bertujuan meningkatkan taraf kesehatan individu/keluarga/masyarakat, misalnya:

- a. Penyuluhan kesehatan, perbaikan gizi, penyusunan pola gizi memadai, pengawasan pertumbuhan anak balita dan usia remaja.
- b. Perbaikan perumahan yang memenuhi syarat kesehatan.

- c. Kesempatan memperoleh hiburan sehat yang memungkinkan pengembangan kesehatan mental dan sosial.
  - d. Pendidikan kependudukan, nasehat perkawinan, pendidikan seks.
  - e. Pengendalian faktor lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan.
- Perlindungan Umum dan Khusus  
Perlindungan khusus terhadap kesehatan. Golongan masyarakat tertentu serta keadaan tertentu yang secara langsung atau tidak langsung dapat memengaruhi tingkat kesehatan. Upaya-upaya yang termasuk perlindungan umum dan khusus antara lain:
    - a. Peningkatan hygiene perumahan dan perlindungan terhadap lingkungan yang tidak menguntungkan.
    - b. Perlindungan tenaga kerja terhadap setiap kemungkinan timbulnya penyakit akibat kerja.
    - c. Perlindungan terhadap bahan-bahan beracun, korosif, alergen.
    - d. Perlindungan terhadap sumber-sumber pencernaannya.
2. Upaya Pencegahan Sekunder  
Pada pencegahan sekunder termasuk upaya yang bersifat diagnosis dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment) meliputi:
    - a. Melakukan general check up rutin pada tiap individu.
    - b. Melakukan berbagai survey (survey sekolah, rumah tangga) dalam rangka pemberantasan penyakit menular.
    - c. Pengawasan obat-obatan, termasuk obat terlarang yang diperdagangkan bebas, golongan narkotika, psikofarmaka, dan obat-obat bius lainnya.
  3. Upaya Pencegahan Tersier  
Pencegahan tersier berupa pencegahan terjadinya komplikasi penyakit yang lebih parah. Bertujuan menurunkan angka kejadian cacat fisik ataupun mental, meliputi upaya:
    - A. Penyempurnaan cara pengobatan serta perawatan lanjut.
    - B. Rehabilitasi sempurna setelah penyembuhan penyakit (rehabilitasi fisik dan mental).
    - C. Mengusahakan pengurangan beban sosial penderita, sehingga mencegah kemungkinan terputusnya kelanjutan pengobatan serta kelanjutan rehabilitasi.

## **B. Program Kesehatan yang Terkait dalam Meningkatkan Status Kesehatan Ibu dan Anak**

- a. Pemeliharaan Kesehatan pada Ibu
  - a. Pemeliharaan kesehatan pada remaja calon ibu  
Masa remaja merupakan salah satu fase dari perkembangan individu yang mempunyai ciri berbeda dengan masa sebelumnya atau sesudahnya. Masa remaja ditinjau dari rentang kehidupan individu



merupakan masa peralihan dari masa kanak-kanak ke masa dewasa. Menurut Adams dan Gullota (dalam Aaro, 1997), masa remaja meliputi usia antara 11-20 tahun. Sedangkan Hurlock (1990) membagi masa remaja menjadi masa remaja awal (13-16 atau 17 tahun) dan masa remaja akhir (16 atau 17-18 tahun). Masa remaja awal dan akhir dibedakan oleh Hurlock karena pada masa remaja akhir individu telah mencapai transisi perkembangan yang lebih mendekati masa dewasa. Klasifikasi remaja dimulai pada fase awal remaja, yaitu 10-16 tahun, 16-19 tahun remaja menengah, >19-25 tahun remaja akhir.

Remaja adalah tahap umur yang setelah masa kanak-kanak berakhir, ditandai oleh pertumbuhan fisik yang cepat. Pertumbuhan yang cepat pada tubuh remaja, luar dan dalam itu, membawa akibat yang tidak sedikit terhadap sikap, perilaku, kesehatan serta kepribadian remaja.

Ada beberapa perubahan yang terjadi selama masa remaja, meliputi:

1. Peningkatan emosional yang terjadi secara cepat pada masa remaja awal yang dikenal sebagai masa storm dan stress. Peningkatan emosional ini merupakan hasil dari perubahan fisik, terutama hormon yang terjadi remaja.
2. Perubahan yang cepat secara fisik yang juga disertai kematangan seksual. Terkadang perubahan ini membuat remaja merasa tidak yakin akan diri dan kemampuan mereka sendiri. Perubahan fisik yang terjadi secara cepat, baik perubahan internal seperti sistem sirkulasi pencernaan, dan sistem respirasi maupun perubahan eksternal seperti tinggi badan, berat badan, dan proporsi tubuh sangat berpengaruh terhadap konsep diri remaja.
3. Perubahan dalam hal yang menarik bagi dirinya dan hubungan dengan orang lain. Selama masa remaja banyak hal-hal yang menarik bagi dirinya dibawa dari masa kanak-kanak digantikan dengan hal yang menarik yang baru dan lebih matang.
4. Perubahan nilai, dimana apa yang mereka anggap penting karena sudah mendekati dewasa. Kebanyakan remaja bersikap ambivalen dalam menghadapi perubahan yang terjadi. Di satu sisi lain mereka takut akan tanggung jawab yang menyertai kebebasan, tetapi di sisi lain mereka takut akan tanggung jawab yang menyertai kebebasan tersebut, serta meragukan kemampuan mereka sendiri untuk memikul tanggung jawab.

International Conference on Population and Development (ICPD) pada tahun 1994, melakukan upaya untuk pengembangan program yang cocok untuk kebutuhan kesehatan reproduksi remaja. Strategi kunci untuk menjangkau dan melayani generasi muda:

1. Melakukan pengembangan layanan-layanan yang ramah bagi generasi muda.

2. Melibatkan generasi muda dalam perancangan, pelaksanaan dan evaluasi program.
3. Membentuk pelatihan bagi penyedia layanan untuk dapat melayani kebutuhan dan memperhatikan kekhawatiran khusus bagi para remaja.
4. Mendorong munculnya upaya-upaya advokasi masyarakat untuk mendukung perkembangan remaja dan mendorong perilaku kesehatan yang positif.
5. Memadukan latihan-latihan membangun keterampilan ke dalam program-program yang ditujukan untuk remaja.

Program-program yang dikembangkan bagi remaja dapat mendorong untuk pemberian kesempatan bagi remaja untuk produktif secara sosial ekonomi. Jika hal ini dipadukan dengan adanya informasi dan pelayanan kesehatan reproduksi akan memacu mereka untuk menunda aktivitas seksual remaja sehingga member dampak keputusan jangka panjang dalam merencanakan masa depan remaja. Remaja memerlukan pendidikan mengenai kesehatan reproduksi tentang seksualitas, kontrasepsi, aktivitas seksual, aborsi, penyakit menular seksual dan gender.

Beberapa masalah pokok dalam pengembangan kesehatan reproduksi remaja adalah:

1. Melakukan advokasi untuk memperoleh dukungan masyarakat dalam kesehatan reproduksi.
2. Melibatkan remaja pada aktivitas yang positif.
3. Pelayanan klinik yang ramah bagi remaja.
4. Memberikan informasi yang ramah bagi para remaja.
5. Kontrasepsi untuk remaja.
6. HIV dan PMS bagi remaja.
7. Memenuhi kebutuhan remaja sesuai tingkatan usia.
8. Kehamilan dini dan kehamilan tidak diinginkan.
9. Pendidikan seksualitas berbasis sekolah.
10. Mengembangkan keterampilan untuk menghadapi kehidupan.

Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi bagi semua orang akan memberikan kontribusi besar terhadap pencapaian status kesehatan reproduksi masyarakat yang lebih baik. Di lain pihak, pelayanan kesehatan reproduksi belum menyentuh sebagian besar remaja sehingga status kesehatan reproduksi mereka relatif rendah. Pemerintah sebagai pengambil kebijakan dan petugas kesehatan diharapkan memahami permasalahan-permasalahan kesehatan reproduksi remaja sehingga mempunyai kepedulian terhadap kesehatan reproduksi remaja (KRR).

Untuk mengatasi masalah kesehatan remaja diperlukan pendekatan yang adolescent friendly, baik dalam menyampaikan informasi pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR), yang diharapkan menyediakan pelayanan kesehatan sesuai dengan masalah dan memenuhi kebutuhan remaja.

Penyebaran informasi mengenai kesehatan remaja dapat diperlukan karena masalah kesehatan remaja belum cukup dipahami oleh berbagai pihak, maupun oleh remaja sendiri. Informasi ini sesungguhnya berguna untuk:

1. Meningkatkan pemahaman berbagai pihak mengenai kesehatan remaja dan bagaimana berinteraksi dengan remaja.
2. Menyiapkan remaja untuk menghadapi masalah kesehatan remaja dan mendorong remaja agar bersedia membantu teman sebayanya.
3. Membuka akses informasi dan pelayanan kesehatan remaja melalui sekolah maupun luar sekolah.

b. Perkawinan yang Sehat

Perkawinan adalah merupakan ikatan yang suci, yang dibangun dengan bertujuan untuk:

1. Meneruskan keturunan atau melangsungkan reproduksi.
2. Membentuk generasi yang berkualitas.
3. Mencapai kebahagiaan.
4. Merupakan bagian dari ajaran agama.
5. Menjadi dasar untuk membentuk keluarga yang sehat.

Perkawinan yang sehat memenuhi kriteria umur calon pasangan suami isteri ketika melangsungkan perkawinan adalah memenuhi umur kurun waktu reproduksi sehat, yaitu umur 20-35 tahun, terutama untuk calon isteri atau calon ibu, karena hal ini berkaitan dengan kesehatan reproduksi wanita. Secara biologis organ reproduksi sudah cukup matang apabila terjadi proses reproduksi obstetrik, yaitu kehamilan, persalinan, nifas, menyusui. Secara psikososial pada kisaran umur tersebut wanita mempunyai kematangan mental yang cukup memadai untuk menjadi ibu dan membina perkawinan yang sehat, mampu menjalin interaksi dengan keluarga dan masyarakat. Secara sosial demografi pada kelompok umur tersebut, wanita sudah menyelesaikan proses pendidikan menengah ke atas dan mulai meniti karir, sehingga dapat menjadi salah satu modalitas membina perkawinan dalam aspek sosial, ekonomi. Perkawinan yang sehat memenuhi kaidah kesiapan pasangan suami isteri dalam aspek biopsikososial, ekonomi dan spiritual. Perkawinan yang sehat juga didasari landasan agama sebagai dasar spiritual rumah tangga. Secara komprehensif perkawinan yang sehat akan membentuk kebahagiaan lahir dan batin.

c. Keluarga Sehat

Keluarga terdiri dari pasangan suami isteri yang sah dan anak. Hal ini merupakan pengertian dari keluarga inti (nuclear family). Adapun cakupan pengertian keluarga secara luas adalah keluarga terdiri dari pasangan suami isteri yang sah, anak serta anggota keluarga yang lain yang tinggal didalam keluarga tersebut. Hal ini disebut juga keluarga dalam arti lebih luas atau extended family. Keluarga yang sehat tentunya harus dibentuk oleh individu-individu yang sehat dalam keluarga tersebut. Dilihat aspek kesehatan reproduksi ada fase dalam keluarga. Hal ini dapat dilihat dari skema pola perencanaan keluarga dibawah ini.

1. Fase menunda atau mencegah kehamilan bagi pasangan suami isteri dengan kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya. Alasan menunda atau mencegah kehamilan adalah umur kurang dari 20 tahun adalah usia yang sebaiknya tidak mempunyai anak dahulu, karena organ reproduksi belum matang, sehingga resiko penyulit atau komplikasi terkait dengan kehamilan, persalinan dan nifas sangat tinggi.
2. Fase menjarangkan kehamilan pada periode usia isteri antara 20-30/35 tahun merupakan periode usia paling baik untuk hamil, melahirkan, dengan jumlah anak 2 orang dan jarak antara kelahiran adalah 2-4 tahun.
3. Fase menghentikan atau mengakhiri kehamilan atau kesuburan Adalah periode usia isteri diatas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak, karena jika terjadi kehamilan, persalinan pada periode ini ibu mempunyai resiko tinggi untuk terjadinya komplikasi obstetric, misalnya perdarahan, pre-eklamsi, eklamsi, persalinan lama, atonia uteri. Pada usia yang lebih tua juga mempunyai resiko untuk terjadinya penyakit yang lain, misalnya penyakit jantung, tekanan darah tinggi, keganasan dan kelainan metabolic biasanya meningkat.

Keluarga yang sehat membentuk masyarakat dan bangsa yang sehat dan generasi penerus bangsa menjadi sumber daya manusia yang berkualitas.

d. Sikap dan Perilaku pada Masa Kehamilan dan Persalinan

Sikap adalah kesediaan diri seseorang individu diri seseorang individu melaksanakan suatu tindakan tertentu. Sikap itu dapat bersifat positif dan negatif. Sikap positif tidak membahayakan dalam kehidupan masyarakat, sifat negatif menghambat, menciptakan garis pemisah antara individu. Sikap negatif menghambat, menciptakan garis pemisah antara individu. Sikap negatif merupakan penghalang dalam mengadakan interaksi. Sikap adalah proses mental yang berlaku individual, yang memerlukan respon, baik nyata maupun potensial, sehingga sikap merupakan keadaan jiwa seseorang terhadap suatu nilai. Sikap dapat berupa sikap pandangan atau sikap perasaa. Dari batasan-batasan di atas dapat disimpulkan bahwa sikap adalah bentuk pernyataan suka atau tidak suka dari individu.

Sikap ibu hamil merupakan faktor predisposisi terbentuknya perilaku didalam kehamilan dan persalinan. Sikapa yang positif akan mendorong perilaku pemeliharaan kesehatan ibu hamil dan persalinan yang positif. Sikap ibu hamil juga dipengaruhi oleh faktor-faktor aksternal, misalnya pengaruh budaya, lingkungan, orang terdekat dan juga faktor internal pengetahuan dan sikap ibu hamil. Status emosional dan psikologis ibu turut menentukan sikap ibu hamil dan mempengaruhi keadaan keadaan yang timbul sebagai akibat atau diperburuk oleh kehamilan, sehingga dapat terjadi pergeseran, yakni kehamilan sebagai proses fisiologis menjadi kehamilan patologis.

Sikap ibu hamil dan bersalin yang dipengaruhi oleh sosial budaya, kultur dan lingkungan dikenal dengan mitos-mitos dalam kehamilan dan persalinan. Adakalanya mitos yang muncul bertentangan dengan konsep asuhan pada ibu hamil dan bersalin, ini merupakan mitos negative yang merugikan atau membahayakan asuhan pada ibu hamil dan bersalin. Namun sebaliknya apabila mitos terkait dengan kehamilan dan persalinan tersebut menguntungkan dalam asuhan kebidanan ibu hamil dan bersalin, maka mitos tersebut dapat dilakukan oleh ibu. Mitos yang negative atau membahayakan harus dihindari. Bidan harus melakukan upaya konseling pada ibu untuk memperbaiki sikap dan perilaku ibu. Beberapa mitos pada ibu hamil, contohnya kenduri, mitoni, makan amis-amis, sawanen, tidak boleh makan udang.

Peristiwa kehamilan adalah peristiwa fisiologis, namun proses alami tersebut dapat mengalami penyimpangan sampai berubah menjadi patologis.

Ada dua macam stressor, yaitu:

1. Stressor internal, meliputi: kecemasan, ketegangan, ketakutan, penyakit, cacat, tidak percaya diri, perubahan penampilan, peran sebagai orang tua, sikap ibu terhadap kehamilan, takut terhadap kehamilan persalinan, kehilangan pekerjaan.
2. Stressor eksternal dapat berupa: status perkawinan, maladaptasi, relationship, kasih sayang, dukungan mental dan broken home.

Pada peristiwa kehamilan merupakan suatu rentang waktu, yakni tidak hanya terjadi perubahan fisiologis, tetapi juga terjadi perubahan psikologis yang memerlukan penyesuaian emosi, pola berfikir dan perilaku yang berlanjut hingga bayi lahir. Untuk alasan ini sehingga kehamilan harus dipandang sebagai proses panjang yang mempunyai efek tidak hanya pada ibu tetapi juga pada keluarganya.

Pada asuhan kehamilan tidak hanya mengasuh aspek fisik saja tetapi juga aspek psikologis atau jiwa. Latar belakang munculnya gangguan psikologik atau kejiwaan adalah berbagai ketidak matangan dalam perkembangan emosional dan psikoseksual dalam rangka kesanggupan seseorang untuk menyesuaikan diri dengan situasi tertentu termasuk kehamilan. Kadang-kadang muncul penyakit jiwa (psikosis) dalam kehamilan. Kelainan jiwa dapat menjadi berat dalam kehamilan. Ada beberapa keadaan spesifik dalam kehamilan yang mungkin juga menimbulkan kelainan jiwa atau gangguan psikologis misalnya hyperemesis gravidarum, abortus, pre-eklamsia/eklamsia.

Pada kasus psikologis atau kelainan jiwa yang berat perlu support atau dorongan dan dukungan dari significant others (orang terdekat) dalam keluarga. Keadaan gangguan jiwa tertentu memerlukan rawat inap atau isolasi dari sumber-sumber kecemasan bagi ibu. Pengaruh faktor psikologis atau kelainan jiwa terhadap kehamilan adalah terhadap ketidakmampuan

pengasuhan kehamilan dan mempunyai potensi melakukan tindakan yang membahayakan terhadap kehamilan.

e. Pemeriksaan dan Pemeliharaan Kesehatan bagi Ibu Hamil

Di Negara-negara berkembang, kesakitan dan kematian ibu menjadi masalah sejak lama. Kematian ibu terutama terjadi pada masa kehamilan dan persalinan. Menurut SDKI tahun 1994 angka kematian ibu adalah 390/100.000 kelahiran hidup, pada SDKI tahun 2002/2003 angka kematian ibu adalah 307/100.000 kelahiran hidup, selanjutnya SDKI tahun 2007 angka kematian ibu adalah 248/100.000 kelahiran hidup. Namun penurunan AKI ini sangat lambat. Pada tahun 1990 WHO sudah meluncurkan strategi Making Pregnancy Safer (MPS), salah satu program MPS adalah menempatkan safe motherhood sebagai prioritas utama dalam rencana pembanguna nasional maupun internasional. Sehingga salah satu upaya yang diselenggarakan untuk menurunkan AKI adalah melalui 4 pilar upaya Safe Motherhood, dengan intervensi yang dilakukan adalah:

1. Mengurangi kemungkinan seorang perempuan menjadi hamil dengan upaya keluarga berencana.
2. Mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil komplikasi obstetri dalam kehamilan dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai melalui pelayanan antenatal.
3. Persalinan yang bersih dan aman adalah memastikan bahwa semua penolong persalinan mempunyai pengetahuan, keterampilan dan alat untuk memberikan pertolongan persalinan yang aman dan bersih, serta memberikan pelayanan nifas bagi ibu dan bayi.
4. Mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian atau kesakitan melalui pelayanan obstetri esensial dasar (PONED) dan pelayanan obstetric esensial komprehensif (PONEK).

Kehamilan merupakan peristiwa alamiah, peran bidan mendampingi, memberi asuhan, mendeteksi agar kehamilan yang fisiologis tidak menjadi patologis.

Kehamilan melibatkan perubahan fisik, emosional maupun sosial. Kehamilan yang normal akan menghasilkan bayi yang sehat, lahir cukup bulan, kesejahteraan ibu dan janin baik, sehingga mampu melalui persalinan dan nifas dengan baik, tanpa komplikasi dan ibu sehat-sehatnya post partum.

Keluarga yang mempunyai ibu hamil, akan mempunyai peran dan tugas yang baru dalam keluarga, yaitu memberi dukungan bagi ibu hamil dan keluarga sendiri untuk menerima tugas baru memantau pertumbuhan fisik yang normal yang dialami ibu serta memantau tumbuh kembang janin, juga ikut mengenali adanya tanda tidak normalan pada kehamilan.

Tujuan asuhan kehamilan (antenatal care) adalah:

1. Memantau kemajuan kehamilan untuk memastikan kesehatan ibu dan tumbuh kembang bayi.
2. Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental dan sosial ibu dan bayi.

3. Mengenali secara dini adanya ketidak normalan atau komplikasi yang mungkin terjadi selama hamil, termasuk riwayat penyakit secara umum, kebidanan dan pembedahan.
4. Mempersiapkan ibu agar masa nifas berjalan dengan trauma seminimal mungkin.
5. Mempersiapkan peran ibu dan keluarga dalam menerima kelahiran bayi agar dapat tumbuh secara normal.

Kebijakan program kunjungan pemeriksaan kehamilan dilakukan paling sedikit 4 kali selama kehamilan, sesuai dengan anjuran WHO yaitu:

1. Satu kali pada trimester pertama.
2. Satu kali pada trimester kedua.
3. Dua kali pada trimester ketiga.

Pelayanan atau asuhan standar yang diberikan pada pemeriksaan kehamilan adalah 14T yaitu:

1. Timbang berat badan (T1).
2. Ukur tekanan darah (T2)
3. Ukur tinggi fundus uteri (T3)
4. Pemberian tablet Fe sebanyak 90 tablet selama kehamilan (T4)
5. Pemberian imunisasi TT (T5)
6. Pemeriksaan Hb (T6)
7. Pemeriksaan VDRL (T7)
8. Perawatan payudara, senam payudara dan pijat tekan payudara (T8)
9. Pemeliharaan tingkat kebugaran / senam ibu hamil (T9)
10. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan (T10)
11. Pemeriksaan protein urine atas indikasi (T11)
12. Pemeriksaan reduksi urine atas indikasi (T12)
13. Pemberian terapi kapsul yodium untuk daerah endemis gondok (T13)
14. Pemberian terapi anti malaria untuk daerah endemis malaria (T14)

Setiap kehamilan mempunyai kemungkinan untuk dapat berkembang menjadi masalah komplikasi, sehingga memerlukan pemantauan selama kehamilan. Asuhan pada ibu hamil secara keseluruhan meliputi aspek-aspek berikut ini, yaitu:

1. Mengupayakan kehamilan yang sehat.
2. Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan jika diperlukan.
3. Mempersiapkan persalinan yang bersih dan aman
4. Persiapan secara dini untuk melakukan rujukan bila terjadi komplikasi.

Pemberian tablet besi adalah sebesar 60 mg dan asam folat 500 µg adalah kebijakan program pelayanan antenatal dalam upaya untuk mencegah anemia dan untuk pertumbuhan otak bayi, sehingga mencegah kerusakan otak (neural tube). Sedangkan kebijakan imunisasi TT adalah dalam upaya pencegahan terjadinya tetanus neonatorum. Mengenai jadwal imunisasi adalah sebagai berikut:

Jadwal Imunisasi

ANTIGEN	INTERVAL(Selang Waktu Minimal)	LAMA PERLINDUNGAN
TT 1	Kunjungan pertama trimester pertama	0 tahun
TT 2	4 minggu setelah TT 1	3 tahun
TT 3	6 bulan setelah TT 2	5 tahun
TT 4	1 tahun setelah TT3	10 tahun
TT 5	1 tahun setelah TT4	25 tahun atau seumur hidup

### C. Program Kesehatan

#### 2.3.1. Tujuan program

Tujuan program pencegahan penyakit dalam peningkatan status kesehatan ibu dan anak:

- a. Menurunkan kematian (mortality) dan kejadian sakit (morbidity) dikalangan ibu, kegiatan program ini ditujukan untuk menjaga kesehatan ibu selama kehamilan, bersalin dan menyusui.
- b. Meningkatkan kesehatan anak melalui pemantauan status gizi dan pencegahan sedini mungkin berbagai penyakit yang bisa dicegah dengan imunisasi dasar sehingga anak dapat tumbuh dan berkembang secara optimal.

#### 2.3.2. Ruang lingkup program

Ruang lingkup kegiatan KIA terdiri dari kegiatan pokok dan integrative.

Integrative adalah kegiatan program lain (misalkan kegiatan imunisasi merupakan kegiatan pokok P2M) yang dilaksanakan pada program KIA karena sasaran penduduk program KIA.

##### 1. Memeriksa kesehatan Ibu Hamil (ANC)

Pemeriksaan kehamilan sangatlah penting pada ibu hamil karena pada saat hamil sering terjadi anemia, kekurangan gizi dan lain-lain.

Akibat yang terjadi dari adanya komplikasi-komplikasi dapat dikurangi dengan diberikannya perawatan perinatal yang baik. Tetapi kondisi sosial ibu dan kehamilannya ini memang sedemikian rupa sehingga kunjungan pada perawatan perinatal seringkali dilupakan, terlambat dengan tidak teratur.

Perlunya pemberian pendidikan tentang gizi, asupan tablet zat besi/vitamin. Komplikasi selama kehamilan. Perannya adalah mengkaji memberitahu faktor-faktor resiko, mendeteksi dan menagani komplikasi.

##### 2. Mengamati Perkembangan dan Pertumbuhan Anak Balita

Masalah gizi masih cukup rawan di beberapa Indonesia.



#### Ruang Lingkup Kegiatan

1. Memantau pertumbuhan anak melalui penimbangan anak secara rutin setiap bulan dipuskesmas atau posyandu. Indikator keberhasilan pemantauan status gizi balita ditulis di KMS.
  2. Memberikan penyuluhan gizi kepada masyarakat. Pembentukan Makanan Tambahan (PMT).
  3. Pemberian vitamin A, tablet zat besi untuk hamil, susu. Pemberian obat cacing untuk anak yang kurang gizi
3. Memberikan Pelayanan KB pada Pasangan Usia Subur  
Tujuan : menurunkan angka kelahiran dan meningkatkan kesehatan ibu sehingga akan berkembang HKKBS.

#### Ruang Lingkup Kegiatan

1. Mengadakan penyuluhan Kb baik dipuskesmas dan posyandu/Pkk kegiatan penyuluhan ini adalah memberikan konseling untuk PUS.
  2. Menyediakan alat-alat kontrasepsi.
  3. Menjelaskan fungsi dan efek samping alat kontrasepsi
4. Pengobatan Ibu dan Anak  
Tujuannya adalah memberi pengobatan dan perawatan dipuskesmas

#### Ruang Lingkup Kegiatan

- Menegakkan diagnose, memberikan pengobatan untuk penderita yang berobat jalan atau pelayanan rawat tinggal di puskesmas.
- Mengirim (merujuk) penderita sesuai dengan jelas pelayanan yang di perlukan.
- Menyenggarakan puskesmas keliling.
- Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak

#### 2.3.3. Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu , Bayi dan Anak

1. Pelayanan untuk ibu hamil dan bayi  
Belum menjangkau 22% (sekitar 1,1 juta) ibu hamil dan bayi yang baru terlayani. Karena faktor geografis, sebaran penduduk, kondisi sosial ekonomi, status sosial perempuan dan tingkat pendidikan masyarakat (Dep.kes 1997).
2. Persalinan
  - Ditolong oleh dukun 47,5% dari sekitar 2,3 juta persalinan, keluarga 8,2% dari sekitar 400.000 persalinan, tanpa penolong 1,5% dari sekitar 75.000 persalinan.
  - Sebagian besar persalinan dirumah 71,9% (SKRT 1995).
3. Posyandu/deteksi dan intervensi dini
  - Dari 244.032 posyandu 45% sangat sederhana (110.563), posyandu aktif 80% (37,6%-85,6%).
  - Pada tahun 1996 setiap posyandu memiliki derah rata-rata 4,5% , tahun 1997 turun menjadi 4,4 kader per posyandu.

- Balita dibawa ke posyandu rata-rata 1,2 kali/KK/tahun dengan kisaran 0,1-4,62
4. BKB, PADU, PPA, TPA, TK Jangkauannya masih kecil
    - Hambatan geografis dan sebaran penduduk yang tidak merata.
    - Pembinaan yang dilaksanakan kurang intensif, tidak berkesinambungan perlu dilakukan monitoring tidak hanya project oriented.

#### **D. Upaya-Upaya untuk Menurunkan Morbiditas-Mortalitas Meningkatkan Kualitas Tumbuh Kembang dan Perlindungan Anak**

1. Langsung pada Bayi/Anak
  1. Pertolongan persalinan dan bayi baru lahir oleh tenaga kesehatan di sarana kesehatan.
  2. Pencegahan dan penanggulangan penyakit menular misalnya imunisasi dan perilaku bersih.
  3. Program perbaikan gizi: pengguna ASI, makanan tambahan setelah 6 bulan, tambahan protein, karbohidrat, lemak, vitamin A, zat besi, yodium, pemberantasan kecacingan, perawatan gigi, priritas keluarga miskin.
  4. Stimulasi Dini: kognitif (kecerdasan), afektif (emosi, kasih sayang), psikomotor (keterampilan, gerak, bicara,bahasa, sosial) melalui program BKB, PADU/ECD.
  5. Pemantauan tumbuh kembang (deteksi dini) secara teratur di Posyandu, BKB, PADU pelaitahn Baby Siter, TPA dan lain-lain.
2. Melalui Ibu
  - a. Memperbaiki status gizi ibu: kurang gizi kronik, anemia, kekurangan yodium.
  - b. Meningkatkan pendidikan ibu: kemampuan membaca, menyerap dan menerapkan informasi.
  - c. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan ibu:
    - 1) Perencanaan keluarga (punya anak pada umur >21 tahun, jarak antar kehamilan 2-3 tahun, jumlah anak maksimal 2, melahirkan sebelum umur 35 tahun).
    - 2) Kesehatan ibu: pencegahan anemi, gizi kurang, infeksi.
    - 3) Perawatan kehamilan: pemeriksaan kehamilan sejak dini dan teratur, pencegahan anemi, gizi kurang, imunisasi, penyulit selama hamil (perdarahan, infeksi, toksemia).
    - 4) Persalinan yang aman: disarana kesehatan terdekat, terutama untuk ibu yang beresiko tinggi (kurang gizi kronik, anemi, perawakan pendek <145 cm, terlalu muda atau telalu tua, jarak kehamilannya terlalu dekat, terlalu sering hamil, terlambat periksa hamil).

- 5) Perawatan Bayi/Balita: perawatan bayi baru lahir, tali pusat, ASI, imunisasi, makanan bayi dan anak, pencegahan infeksi, kecelakaan, pertolongan pertama balita sakit (ISPA, Diare)
  - 6) Stimulasi bayi-balita sejak dini: kognitif, afektif, psikomotor, etika-moral, agama, sambil bermain melalui program BKB, BKB plus, PADU/ECD, BKR dan lain-lain.
  - 7) Perilaku bersih: cuci tangan sebelum memegang bayi, sumber air bersih, pembuangan tinja yang sanitary, menyimpan, mengelola memasak makanan, ventilasi dan pencahayaan dalam rumah.
- d. Meningkatkan pengetahuan atau sikap ibu tentang: hak-hak anak, pencegahan perlakuan salah pada anak (fisk, seksual, psikis) pengabaian/penelantaran anak, eksploitasi anak, dampak putus sekolah, terpaksa bekerja, anak jalanan, anak di pengungsian, penggunaan NAPZA.
  - e. Meningkatkan keterampilan ibu dalam ekonomi.
3. Melalui remaja perempuan (calon ibu)
    - a. Meningkatkan kesehatan remaja: perbaiki status gizi (terutama anemia), imunisasi, infeksi, pencegahan NAPZA, kehamilan remaja, kecelakaan.
    - b. Peningkatan pengetahuan dan sikap remaja
      1. Perencanaan keluarga (menikah usia > 21 tahun, jarak antara kehamilan 2-3 tahun, jumlah anak maksimal 2, melahirkan sebelum 35 tahun).
      2. Perawatan kehamilan: pemeriksaan kehamilan sejak dini dan teratur, pencegahan anemi, gizi kurang, imunisasi, penyulit selama hamil (perdarahan, infeksi, toksemia).
      3. Perencanaan persalinan yang aman: disarana kesehatan terdekat, terutama untuk ibu yang beresiko tinggi (kurang gizi kronik, anemi, perawatan pendek < 145 cm, terlalu muda atau terlalu tua, jarak kehamilan terlalu dekat, terlalu sering hamil, terlambat periksa hamil).
      4. Perawatan bayi/balita: perawatan bayi baru lahir, tali pusat, ASI, imunisasi, makanan bayi dan anak, pencegahan infeksi, kecelakaan, pertolongan pertama balita sakit (ISPA, Diare).
      5. Stimulasi bayi-balita sejak dini: kognitif, afektif, psikomotor, etika-moral, agama, sambil bermain melalui program BKB, BKB plus, PADU/ECD, BKR dan lain-lain.
      6. Perilaku bersih: cuci tangan sebelum memegang bayi, sumber air bersih, pembuangan tinja yang sanitary, menyimpan, mengelola memasak makanan, ventilasi dan pencahayaan dalam rumah.

- c. Melibatkan remaja perempuan dalam kegiatan Posyandu, KB, BKB<PADU<PPA<TPA. Untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan dan kesiapan remaja menjadi calon ibu tentang hal tersebut.
4. Hak-hak anak, pencegahan perilaku salah pada anak (fisik, seksual, psikis) pengabaian anak, ksploitasi anak, anak cacat, yatim piatu, dampak putus sekolah, terpaksa bekerja, anak jalanan, anak dipengungsian, penggunaan NAPZA, perilaku kejahatan.
1. Upaya melalui Keluarga
    1. Meningkatkan pendidikan ayah: kemampuan membaca, menyerap dan menerapkan informasi.
    2. Meningkatkan keterampilan ekonomi keluarga, peningkatan penghasilan, pemanfaatan potensi dirumah tangga.
    3. Meningkatkan pengetahuan sikap dan sikap ayah tentang:
      - a. Perencanaan keluarga: (punya bayi <21 tahun, jarak antara kehamilan 2-3 tahun, jumlah anak 2, melahirkan sebelum 35 tahun).
      - b. Kesehatan ibu: pencegahan anemi, gizi kurang, infeksi.
      - c. Perawatan kehamilan: pemeriksaan kehamilan sejak dini dan teratur, pencegahan anemi, gizi kurang, imunisasi, penyulit selama hamil (perdarahan, infeksi, toksemia).
      - d. Persalinan yang aman: disarana kesehatan terdekat, terutama untuk ibu yang beresiko tinggi (kurang gizi kronik, anemi, perawakan pendek <145 cm, terlalu muda atau terlalu tua, jarak kehamilannya terlalu dekat, terlalu sering hamil, terlambat periksa hamil).
      - e. Perawatan Bayi/Balita: perawatan bayi baru lahir, tali pusat, ASI, imunisasi, makanan bayi dan anak, pencegahan infeksi, kecelakaan, pertolongan pertama balita sakit (ISPA, Diare)
      - f. Stimulasi bayi-balita sejak dini: kognitif, afektif, psikomotor, etika-moral, agama, sambil bermain melalui program BKB, BKB plus, PADU/ECD, BKR dan lain-lain.
      - g. Perilaku bersih: cuci tangan sebelum memegang bayi, sumber air bersih, pembuangan tinja yang sanitary, menyimpan, mengelola memasak makanan, ventilasi dan pencahayaan dalam rumah.

1. Meningkatkan pengetahuan dan sikap ayah

Hak-hak anak, pencegahan perilaku salah pada anak (fisik, seksual, psikis), pengabaian, penelantaran anak, eksploitasi anak, anak cacat, yatim piatu, dampak putus sekolah, terpaksa bekerja, anak jalanan, anak pengungsian, penggunaan NAPZA, pelaku kejahatan.

## Konsep Pencegahan Penyakit

*pencegahan* atau *prevention* dapat diartikan sebagai tindakan yang dilakukan sebelum peristiwa yang diharapkan akan terjadi, sehingga peristiwa tadi tidak terjadi atau dapat dihindari.



- Mencegah penyakit berarti menggunakan pengetahuan kita yang mutakhir sebaik mungkin untuk membina (*promote*), mencegah penyakit dan ketidakmampuan, dan memperpanjang umur (mengikuti asal mulanya sebagaimana dimaksud dalam definisi *Public Health* menurut Wnslow)



## Tindakan pencegahan dibagi menjadi 3 tahap utama, yaitu:

- pencegahan primer yang dilakukan dalam fase pre-patogenesis sebelum proses penyakit terjadi.
- pencegahan sekunder dimana proses penyakit sudah mulai memasuki fase pathogenesis tapi masih dalam tahap ringan dan belum nyata.
- pencegahan tersier dimana dalam fase pathogenesis tersebut proses penyakit sudah nyata dan berlanjut dan mungkin dalam taraf dan akan berakhir.

## Tahap pencegahan primer terbagi menjadi dua sub-tahap yaitu

- *Health Promotion* (pembinaan kesehatan)
- *Specific Protection* (perlindungan khusus).

## Tahap Health Promotion

Upaya-upaya pencegahan dalam tahap ini masih bersifat umum dan belum tertuju pada jenis atau kelompok penyakit tertentu.

Tujuan utamanya adalah untuk pembinaan atau memajukan (to promote) kesehatan secara umum dan kesejahteraan hidup individu atau kelompok masyarakat dengan upaya-upaya ini diharapkan daya tahan secara fisik mental dan sosial ditingkatkan dan kita dijauhkan dari segala ancaman stimulus yang dapat memicu terjadinya atau mulainya suatu proses penyakit secara umum.



## Tahap Spesifik Protection

Tahap inilah yang biasanya dimaksud sebagai arti pencegahan sebagaimana umumnya orang mengartikannya. Upaya pencegahan disini sudah tertuju kepada jenis penyakit penyakit atau masalah kesehatan tertentu.

Biasanya sasarannya adalah individu atau kelompok masyarakat yang beresiko tinggi (High Risk Group) terhadap suatu penyakit tertentu tadi. Tindakan pencegahan disini dapat diartikan sebagai member perlindungan khusus terhadap kelompok beresiko tinggi tadi.

### Berbagai bentuk kegiatan yang termasuk Spesifik Protection antara lain adalah sebagai berikut:

- Imunisasi khusus
- Perlindungan terhadap kecelakaan
- Higine/kebersihan perorangan
- Pemberian makanan khusus
- Perlindungan tumbuh kembang anak
- Perlindungan terhadap karsinogen
- Sanitasi/kesehatan lingkungan
- Perlindungan terhadap allergen
- Perlindungan terhadap terhadap penyakit akibat kerja

## TAHAP SECONDARY PREVENTION

- Upaya pencegahan pada tahap ini terbentuk Diagnosa Dini dan Pengobatan Langsung (Early Dignosis dan Prompt Treatment).
- Tahap ini sudah dalam fase pathogenesis tapi masih pada awal dari proses penyakit yang bersangkutan (dalam masa inkubasi dan mulai terjadi perubahan anatomis dan fungsi faaliah, tapi belum menimbulkan keluhan-keluhan, gejala-gejala atau tanda yang secara klinis dapat diamati oleh dokter atau penderita sendiri, fase sub-klinis yang masih berada dibawah clinical horizon).



Tujuan utama pencegahan pada tahap ini antara lain adalah:

- Mencegah tersebarnya penyakit ke orang lain dalam masyarakat, terutama pada penyakit menular
- Untuk bisa mengobati dan menghentikan berkembangnya penyakit menjadi lebih berat, atau membatasi disability dan agar tidak timbul komplikasi, cacat atau berubah jadi menahun
- Membatasi atau menghentikan perjalanan/proses penyakit dalam fase dini



Dalam epidemiologi dari program-program pemberantas penyakit menular dimasyarakat dikenal upaya-upaya yang antara lain sebagai berikut:

- Upaya penemuan kasus (case finding), baik secara aktif maupun pasif
- Screening baik masal maupun selektif dan kadang terhadap
- Pemeriksaan khusus dan berkala (periodic selective examination)



### **YANG TERMASUK TAHAP PENCEGAHAN TERSIER ADALAH**

- disability limitation (membatasi ketidakmampuan)
- rehabilitation (pemulihan).
  - misalnya bedah rekonstruksi untuk mantan penderita kusta), pelatihan-pelatihan penggunaan alat-alat bantu atau protese, fisioterapi dan perawatan neurologis untuk penderita polio, penderita CVA (Pasca Cerebro Vascular Accident atau Stroke)



### **Lima tingkat pencegahan penyakit menurut Leavel dan Clark**

- Peningkatan kesehatan (Health Promotion)
- Perlindungan umum dan khusus terhadap penyakit-penyakit tertentu (General and Spesifik Protection)
- Menegakkan diagnose secara dini dan pengobatan yang cepat dan tepat (early diagnosis and prompt treatment)
- Pembatasan ke cacatan (Disability Limitation)
- Penyembuhan kesehatan (Rehabilitation)

### Program Kesehatan yang Terkait dalam Meningkatkan Status Kesehatan Ibu dan Anak

- Pemeliharaan Kesehatan pada Ibu
    - Pemeliharaan kesehatan pada remaja calon ibu
- Remaja adalah tahap umur yang setelah masa kanak-kanak berakhir, ditandai oleh pertumbuhan fisik yang cepat
- International Conference on Population and Development (ICPD) pada tahun 1994, melakukan upaya untuk pengembangan program yang cocok untuk kebutuhan kesehatan reproduksi remaja. Strategi kunci untuk menjangkau dan melayani generasi muda:
- Melakukan pengembangan layanan-layanan yang ramah bagi generasi muda.
  - Melibatkan generasi muda dalam perancangan, pelaksanaan dan evaluasi program.
  - Membentuk pelatihan bagi penyedia layanan untuk dapat melayani kebutuhan dan memperhatikan kekhawatiran khusus bagi para remaja.
  - Mendorong munculnya upaya-upaya advokasi masyarakat untuk mendukung perkembangan remaja dan mendorong perilaku kesehatan yang positif.
  - Memadukan latihan-latihan membangun keterampilan ke dalam program-program yang ditujukan untuk remaja

### Perkawinan yang Sehat

Perkawinan adalah merupakan ikatan yang suci, yang dibangun dengan bertujuan untuk:

- Meneruskan keturunan atau melangsungkan reproduksi.
- Membentuk generasi yang berkualitas.
- Mencapai kebahagiaan.
- Merupakan bagian dari ajaran agama.
- Menjadi dasar untuk membentuk keluarga yang sehat.

umur kurun waktu reproduksi sehat, yaitu umur 20-35 tahun

Perkawinan yang sehat memenuhi kaidah kesiapan pasangan suami isteri dalam aspek biopsikososial, ekonomi dan spiritual. Perkawinan yang sehat juga didasari landasan agama sebagai dasar spiritual rumah tangga. Secara komprehensif perkawinan yang sehat akan membentuk kebahagiaan lahir dan batin

### Keluarga Sehat

- Keluarga terdiri dari pasangan suami isteri yang sah dan anak. Hal ini merupakan pengertian dari keluarga inti (nuclear family). Adapun cakupan pengertian keluarga secara luas adalah keluarga terdiri dari pasangan suami isteri yang sah, anak serta anggota keluarga yang lain yang tinggal didalam keluarga tersebut
- Keluarga yang sehat tentunya harus dibentuk oleh individu-individu yang sehat dalam keluarga

### Hal ini dapat dilihat dari skema pola perencanaan keluarga dibawah ini.

- Fase menunda atau mencegah kehamilan bagi pasangan suami isteri dengan kurang dari 20 tahun dianjurkan untuk menunda kehamilannya.
- Fase menjarangkan kehamilan pada periode usia isteri antara 20-35 tahun
- Fase menghentikan atau mengakhiri kehamilan atau kesuburan periode usia isteri diatas 35 tahun, sebaiknya mengakhiri kesuburan setelah mempunyai 2 orang anak, karena jika terjadi kehamilan, persalinan pada periode ini ibu mempunyai resiko tinggi



## Sikap dan Perilaku pada Masa Kehamilan dan Persalinan

- Sikap adalah kesediaan diri seseorang individu diri seseorang individu melaksanakan suatu tindakan tertentu
- Sikap ibu hamil merupakan faktor predisposisi terbentuknya perilaku didalam kehamilan dan persalinan
- Sikap ibu hamil dan bersalin yang dipengaruhi oleh sosial budaya, kultur dan lingkungan dikenal dengan mitos-mitos dalam kehamilan dan persalinan.



- Pemeriksaan dan Pemeliharaan Kesehatan bagi Ibu Hamil salah satu upaya yang diselenggarakan untuk menurunkan AKI adalah melalui 4 pilar upaya Safe Motherhood, dengan intervensi yang dilakukan adalah:
  - Mengurangi kemungkinan seorang perempuan menjadi hamil dengan upaya keluarga berencana.
  - Mengurangi kemungkinan seorang perempuan hamil komplikasi obstetri dalam kehamilan dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai melalui pelayanan antenatal.
  - Persalinan yang bersih dan aman adalah memastikan bahwa semua penolong persalinan mempunyai pengetahuan, keterampilan dan alat untuk memberikan pertolongan persalinan yang aman dan bersih, serta memberikan pelayanan nifas bagi ibu dan bayi.
  - Mengurangi kemungkinan komplikasi persalinan yang berakhir dengan kematian atau kesakitan melalui pelayanan obstetri esensial dasar (PONED) dan pelayanan obstetric esensial komprehensif (PONEK).



## asuhan kehamilan (antenatal care)

- paling sedikit 4 kali selama kehamilan
- Pelayanan atau asuhan standar yang diberikan pada pemeriksaan kehamilan adalah 14T
- Asuhan pada ibu hamil secara keseluruhan meliputi aspek-aspek berikut ini, yaitu:
  - Mengupayakan kehamilan yang sehat.
  - Melakukan deteksi dini komplikasi, melakukan penatalaksanaan awal serta rujukan jika diperlukan.
  - Mempersiapkan persalinan yang bersih dan aman
  - Persiapan secara dini untuk melakukan rujukan bila terjadi komplikasi.
- Pemberian tablet besi adalah sebesar 60 mg dan asam folat 500 µg adalah kebijakan program pelayanan antenatal
- imunisasi TT adalah dalam upaya pencegahan terjadinya tetanus neonatorum.

## Program Kesehatan

Tujuan program pencegahan penyakit dalam peningkatan status kesehatan ibu dan anak:

- Menurunkan kematian (mortality) dan kejadian sakit (morbidity) dikalangan ibu,
- Meningkatkan kesehatan anak melalui pemantauan status gizi dan pencegahan sedini mungkin



### Ruang lingkup program

Ruang lingkup kegiatan KIA terdiri dari kegiatan pokok dan integrative.

- Integrative adalah kegiatan program lain (misalkan kegiatan imunisasi merupakan kegiatan pokok P2M) yang dilaksanakan pada program KIA karena sasaran penduduk program KIA.
- Memeriksa kesehatan Ibu Hamil (ANC)
- Mengamati Perkembangan dan Pertumbuhan Anak Balita Masalah gizi masih cukup rawan di beberapa Indonesia.
- Ruang Lingkup Kegiatan
  - Memantau pertumbuhan anak melalui penimbangan anak secara rutin setiap bulan di puskesmas atau posyandu. Indikator keberhasilan pemantauan status gizi balita ditulis di KMS.
  - Memberikan penyuluhan gizi kepada masyarakat. Pembentukan Makanan Tambahan (PMT).
  - Pemberian vitamin A, tablet zat besi untuk hamil, susu. Pemberian obat cacing untuk anak yang kurang gizi

- Memberikan Pelayanan KB pada Pasangan Usia Subur
  - Tujuan : menurunkan angka kelahiran dan meningkatkan kesehatan ibu sehingga akan berkembang HKKBS.
- Ruang Lingkup Kegiatan
  - Mengadakan penyuluhan Kb baik di puskesmas dan posyandu/Pkk kegiatan penyuluhan ini adalah memberikan konseling untuk PUS.
  - Menyediakan alat-alat kontrasepsi.
  - Menjelaskan fungsi dan efek samping alat kontrasepsi



- Pengobatan Ibu dan Anak  
Tujuannya adalah memberi pengobatan dan perawatan di puskesmas
- Ruang Lingkup Kegiatan
  - Menegakkan diagnose, memberikan pengobatan untuk penderita yang berobat jalan atau pelayanan rawat tinggal di puskesmas.
  - Mengirim (merujuk) penderita sesuai dengan jenis pelayanan yang diperlukan.
  - Menyelenggarakan puskesmas keliling.
  - Kualitas Pelayanan Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak
    - ✓ Pelayanan untuk ibu hamil dan bayi
    - ✓ Persalinan
    - ✓ Posyandu/deteksi dan intervensi dini
    - ✓ BKB, PADU, PPA, TPA, TK Jangkauannya masih kecil



## **BAB VI**

### **ADVOKASI, KEMITRAAN DAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK MENDUKUNG UPAYA KESEHATAN IBU DAN ANAK**

#### **A. Pengertian Advokasi**

Advokasi Istilah advokasi mulai digunakan oleh World Health Organization (WHO) pada tahun 1984, sebagai salah satu strategi global promosi kesehatan. WHO merumuskan bahwa dalam mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif menggunakan 3 strategi pokok yakni advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat. Advokasi menurut LBH Malang adalah usaha sistematis secara bertahap (inkremental) dan terorganisir yang dilakukan oleh kelompok atau organisasi profesi untuk menyuarakan aspirasi anggota, serta usaha mempengaruhi pembuat kebijakan publik untuk membuat kebijakan yang berpihak kepada kelompok tersebut, sekaligus mengawasi penerapan kebijakan agar berjalan efektif.

Advokasi menurut Mansour Faqih adalah media atau cara yang digunakan dalam rangka mencapai suatu tujuan tertentu. Advokasi lebih merupakan suatu usaha sistematis dan terorganisir untuk mempengaruhi dan mendesak terjadinya perubahan dalam kebijakan publik secara bertahap maju (Satrio Aris Munandar 2007: 2). Menurut Sheila Espine-Villaluz, advokasi diartikan sebagai aksi strategis dan terpadu yang dilakukan perorangan basis dukungan atas kebijakan publik yang diambil untuk menyelesaikan masalah tersebut (Valeri Miller dan Jane Covey , 2005 : 8).

Advokasi juga dapat diartikan sebagai upaya pendekatan (approches) terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program atau kegiatan yang dilaksanakan. Oleh karena itu yang menjadi sasaran advokasi adalah para pemimpin suatu organisasi atau institusi kerja baik dilingkungan pemerintah maupun swasta serta organisasi kemasyarakatan. Dari segi komunikasi advokasi adalah salah satu komunikasi personal, interpersonal, maupun massa yang ditujukan kepada para penentu kebijakan (policy makers) atau para pembuat keputusan (decision makers) pada semua tingkat dan tatanan social. Advokasi juga merupakan langkah untuk merekomendasikan gagasan kepada orang lain atau menyampaikan suatu isu penting untuk dapat diperhatikan masyarakat serta mengarahkan perhatian para pembuat kebijakan untuk mencari penyelesaiannya serta membangun dukungan terhadap permasalahan yang diperkenalkan dan mengusulkan bagaimana cara penyelesaian masalah tersebut. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa advokasi adalah kombinasi antara pendekatan atau kegiatan individu dan social, untuk memperoleh komitmen politik, dukungan kebijakan, penerimaan social, dan adanya sistem yang mendukung terhadap suatu program atau kegiatan.

- Tujuan Advokasi

Adapun Tujuan advokasi adalah sebagai berikut:

1. Adanya pemahaman atau kesadaran terhadap masalah kesehatan
2. Adanya ketertarikan dalam menyelesaikan masalah kesehatan
3. Adanya kemauan atau kepedulian menyelesaikan masalah kesehatan dengan memberikan alternatif solusi d. Adanya tindakan nyata dalam menyelesaikan masalah kesehatan
4. Adanya tindak lanjut kegiatan
5. Adanya komitmen dan dukungan dari kebijakan pemerintah, sumberdaya, dan keikutsertakan berbagai pihak untuk memberikan kemudahan dalam menyelesaikan masalah kesehatan.

Secara umum tujuan advokasi adalah untuk mewujudkan berbagai hak dan kebutuhan kelompok masyarakat yang oleh karena keterbatasannya untuk memperoleh akses di bidang sosial, kesehatan, politik, ekonomi, hukum, budaya, mengalami hambatan secara struktural akibat tidak adanya kebijakan publik yang beralasan kepada mereka. Pada intinya tujuan utama advokasi adalah untuk mendorong kebijakan publik seperti dukungan tentang kesehatan.

#### Sasaran dan Pelaku Advokasi Kesehatan

- 1) Sasaran advokasi kesehatan adalah berbagai pihak diharapkan memberikan dukungan terhadap upaya kesehatan, khususnya : para pengambil keputusan dan penentu kebijakan di pemerintahan, lembaga perwakilan rakyat, para mitra di kalangan pengusaha/ swasta, badan penyanggah dana, kalangan media massa, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, lembaga swadaya masyarakat, tokoh-tokoh berpengaruh dan tenar, dan kelompok-kelompok potensial lainnya di masyarakat.
- 2) Mereka itu bukan hanya yang potensial pendukung, tetapi juga yang menentang atau yang upayanya berlawanan atau merugikan kesehatan (misalnya : Industri rokok).
- 3) Pelaku advokasi diharapkan siapa saja yang peduli terhadap upaya kesehatan, dan memandang perlu adanya mitra untuk mendukung upaya tersebut.
- 4) Mereka itu diharapkan : memahami permasalahan kesehatan, mempunyai kemampuan advokasi khususnya melakukan pendekatan persuasif, dapat dipercaya (credible), dan sedapat mungkin dihormati atau setidaknya tidak tercela khususnya di depan kelompok sasaran.
- 5) Mereka itu juga dapat berasal dari kalangan pemerintah, swasta, Perguruan Tinggi, Organisasi profesi, Organisasi berbasis masyarakat/agama, LSM, tokoh berpengaruh, dll.

## Prinsip-Prinsip Advokasi

Advokasi tidak hanya sekedar melakukan lobby politik, tetapi mencakup kegiatan persuasif, memberikan semangat dan bahkan sampai memberikan tekanan (pressure) kepada para pemimpin institusi. Advokasi tidak hanya dilakukan individu, tetapi juga oleh kelompok atau organisasi, maupun masyarakat. Advokasi terdiri atas sejumlah tindakan yang dirancang untuk menarik perhatian masyarakat pada suatu isu dan mengontrol para pengambil kebijakan untuk mencari solusinya. Advokasi juga berisi aktivitas-aktivitas legal dan politisi yang dapat mempengaruhi bentuk dan praktek penerapan hukum

## Unsur Dasar Advokasi

Penetapan tujuan advokasi, masalah kesehatan masyarakat sangat kompleks, dan banyak faktor yang saling berpengaruh. Agar upaya advokasi dapat berhasil tujuan, advokasi perlu dibuat lebih spesifik.

- a. Pemanfaatan data dan riset untuk advokasi
- b. Adanya data dan riset untuk pendukung sangat penting agar keputusan dibuat berdasarkan informasi yang tepat dan benar.
- c. Identifikasi khalayak sasaran advokasi
- d. Bila isu dan tujuan telah disusun, upaya advokasi telah disusun, upaya advokasi harus ditunjukkan bagi kelompok yang dapat membuat keputusan dan idealnya ditujukan bagi orang yang berpengaruh dalam pembuatan keputusan, misalnya staf, penasihat, orang tua yang berpengaruh, media masa dan masyarakat.
- e. Pengembangan dan penyampaian pesan advokasi. Khalayak sasaran berbeda bereaksi tidak sama atas pesan yang berbeda. Seorang tokoh politik mungkin termotivasi kalau dia mengetahui bahwa banyak dari konstituen yang diwakilinya peduli terhadap masalah tertentu.
- f. Membangun koalisi
- g. Sering kali kekuatan sebuah advokasi dipengaruhi oleh jumlah orang atau organisasi yang mendukung advokasi tersebut. Hal ini sangat penting dimana situasi di negara tertentu sedang membangun masyarakat demokratis dan advokasi merupakan suatu hal yang relatif baru.
- h. Membuat persentasi yang persuasive
- i. Kesempatan untuk mempengaruhi khalayak sasaran kunci sering sekali terbatas waktunya.
- j. Penggalangan dana untuk advokas
- k. Semua kegiatan termasuk upaya advokasi memerlukan dana.
- l. Evaluasi upaya advokasi
- m. Untuk menjadi advokator yang tangguh diperlukan umpan balik berkelanjutan serta evaluasi atas upaya advokasi yang telah dilakukan.

## Kegiatan – Kegiatan Advokasi

Adapun kegiatan-kegiatan advokasi antara lain :

### a. Lobi politik (Political Lobbying)

Lobi adalah berbincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah dan program kesehatan yang akan dilaksanakan. Tahap pertama pada lobi ini adalah tenaga kesehatan atau bidan menyampaikan keseriusan masalah kesehatan yang dihadapi di wilayah kerjanya, dan dampaknya terhadap kehidupan masyarakat. Kemudian disampaikan alternatif yang terbaik untuk memecahkan atau menanggulangi masalah tersebut. Dalam lobi ini perlu dibawa atau ditunjukkan data yang akurat tentang masalah kesehatan tersebut kepada pejabat yang bersangkutan.

### b. Seminar dan Presentasi

Seminar dan presentasi yang dihadiri oleh para pejabat lintas program dan lintas sektoral. Petugas kesehatan menyajikan masalah kesehatan di wilayah kerjanya lengkap dengan data dan ilustrasi yang menarik serta rencana program pemecahannya. Kemudian masalah tersebut dibahas bersama-sama yang pada akhirnya diharapkan akan diperoleh komitmen atau dukungan terhadap program yang akan dilaksanakan tersebut.

### c. Media Advokasi

media (media advocacy) adalah melakukan kegiatan advokasi dengan menggunakan media khususnya media massa baik melalui media cetak maupun media elektronik. Permasalahan kesehatan yang dialami disajikan baik dalam bentuk lisan, artikel, berita, diskusi, penyampaian pendapat dan lainnya. Media mempunyai kemampuan yang kuat untuk membentuk opini publik yang dapat memengaruhi bahkan merupakan tekanan terhadap para penentu kebijakan dan para pengambil keputusan.

### d. Perkumpulan (asosiasi)

peminat Asosiasi atau perkumpulan orang-orang yang mempunyai minat atau keterkaitan terhadap masalah tertentu atau perkumpulan profesi adalah merupakan bentuk kegiatan advokasi.

## Argumentasi Untuk Advokasi

Berhasil atau tidaknya advokasi dipengaruhi oleh kuat atau tidaknya persiapan argumentasi. Argumentasi diperlukan untuk dapat menyakinkan para penentu kebijaksanaan atau para pembuat keputusan sehingga mereka memberikan dukungan baik kebijakan, fasilitas, maupun dana terhadap program yang ditawarkan. Beberapa hal yang dapat memperkuat argumentasi dalam melakukan kegiatan advokasi:

### a. Menyakinkan (Credible)

Program yang diajukan harus menyakinkan para penentu kebijakan atau para pembuat keputusan. Agar program tersebut menyakinkan harus didukung data dan sumber yang dapat dipercaya. Program yang diajukan harus didasari dengan permasalahan yang utama dan faktual sesuai dengan yang ditemukan di lapangan serta penting untuk segera ditangani. Survei adalah metode yang cepat dan tepat untuk memperoleh data yang akurat sebagai dasar untuk menyusun program.

### b. Layak (Feasible)

Program yang diajukan baik secara teknik, politik maupun ekonomi dimungkinkan atau layak. Layak secara teknik (feasible) artinya program tersebut dapat dilaksanakan, tenaga kesehatan atau bidan mempunyai kemampuan yang cukup, sarana dan prasarana pendukung tersedia. Layak secara politik artinya program tersebut tidak akan membawa dampak politik pada masyarakat. Sedangkan layak secara ekonomi artinya didukung oleh dana yang cukup dan masyarakat mampu membayarnya.

### c. Relevan (Relevant)

Program kerja yang diajukan paling tidak harus mencakup 2 kriteria yakni memenuhi kebutuhan masyarakat dan benar-benar dapat memecahkan masalah yang terjadi di masyarakat.

### d. Penting (Urgent)

Program yang diajukan harus memiliki tingkat urgensi yang tinggi dan harus segera dilaksanakan. Oleh sebab itu program alternatif yang diajukan adalah yang paling baik di antara alternatif-alternatif yang lain.

### e. Prioritas Tinggi (High Priority)

Program yang diajukan harus mempunyai prioritas yang tinggi. Agar para pembuat keputusan atau penentu kebijakan menilai bahwa program tersebut mempunyai prioritas yang tinggi diperlukan analisis yang cermat, baik terhadap masalahnya sendiri maupun terhadap alternatif pemecahan masalah atau program yang akan diajukan.

## Komunikasi Dalam Advokasi

Advokasi adalah berkomunikasi dengan para pengambil keputusan atau penentu kebijakan. Dengan demikian maka sasaran komunikasi atau komunikannya secara struktural lebih tinggi dari pada komunikator atau paling tidak setingkat. Dengan kata lain arah komunikasinya adalah vertikal dan horizontal sehingga bentuk komunikasinya adalah komunikasi interpersonal. Keberhasilan komunikasi interpersonal dalam advokasi sangat ditentukan oleh efektivitas komunikasi para petugas kesehatan termasuk bidan dengan para pembuat atau penentu kebijakan. Berikut adalah hal-hal yang diperlukan untuk menghasilkan komunikasi yang efektif :

### a. Atraksi Interpersonal

Atraksi interpersonal adalah daya tarik seseorang atau sikap positif pada seseorang yang memudahkan orang lain untuk berhubungan atau berkomunikasi dengannya. Atraksi interpersonal ditentukan oleh beberapa faktor antara lain sebagai berikut : • Daya tarik • Percaya diri • Kemampuan • Familiar • Kedekatan

### b. Perhatian

Sasaran komunikasi dalam advokasi adalah para pembuat keputusan atau penentu kebijakan. Tujuan utama advokasi adalah memperoleh komitmen atau dukungan kebijakan dari para pembuat keputusan. Untuk memberikan komitmen dan dukungan terhadap sesuatu pertama kali ia harus mempunyai perhatian terhadap sesuatu tersebut.

### c. Intensitas Komunikasi

Dalam komunikasi pesan adalah faktor eksternal yang menarik perhatian komunikan (penerima pesan). Pesan akan bersifat menonjol bila intensitasnya tinggi dan diulang-ulang. Oleh sebab itu agar komunikasi advokasi efektif maka harus sering dikomunikasikan melalui berbagai kesempatan atau pertemuan, baik pertemuan formal atau informal, melalui seminar dan sebagainya.

### d. Visualisasi

Selain pesan yang ditawarkan harus disampaikan dengan intensitas yang tinggi, informasi atau pesan perlu divisualisasikan dalam bentuk media, khususnya media interpersonal. Media interpersonal yang paling efektif dalam rangka komunikasi advokasi adalah flip chart, booklet, slide atau video cassette. Pesan itu didasari fakta-fakta yang diilustrasikan melalui grafik, table, gambar, atau foto.



## Strategi Pendekatan Utama Advokasi

Strategi pendekatan utama dalam advokasi yaitu:

a. Melibatkan para pemimpin/ pengambil keputusan

Partisipasi itu harus didukung oleh adanya kesadaran dan pemahaman tentang bidang yang diberdayakan, disertai kemauan dari kelompok sasaran yang akan menempuh proses pemberdayaan. Dengan begitu, kegiatan promosi kesehatan akan berlangsung dengan sukses. Agar masyarakat mempunyai kemampuan untuk meningkatkan kesehatannya. Pemberdayaan masyarakat adalah suatu bentuk upaya melibatkan peran serta dari masyarakat ketika kita melakukan promosi kesehatan. Sebagai contoh yaitu pemanfaatan kader yang telah dilatih atau anggota masyarakat yang mempunyai kemampuan dalam memberikan promosi kesehatan.

b. Menjalin kemitraan

Kemitraan adalah suatu kerjasama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Dalam kerjasama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing-masing, tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan-kesepakatan yang telah dibuat, dan saling berbagi baik dalam resiko maupun keuntungan yang diperoleh. Dari definisi ini terdapat tiga (3) kata kunci dalam kemitraan, yakni:

1. Kerjasama antar kelompok, organisasi dan Individu
2. Bersama-sama mencapai tujuan tertentu ( yang disepakati bersama )
3. Saling menanggung resiko dan keuntungan Pentingnya kemitraan (partnership) ini mulai digencarkan oleh WHO pada konferensi internasional promosi kesehatan yang keempat di Jakarta pada tahun 1997. Sehubungan dengan itu perlu dikembangkan upaya kerjasama yang saling memberikan manfaat. Hubungan kerjasama tersebut akan lebih efektif dan efisien apabila juga didasari dengan kesetaraan.

c. Memobilisasi kelompok peduli

Memobilisasi kelompok peduli merupakan suatu proses mengorganisasikan individu yang telah termotivasi ke dalam kelompok-kelompok atau mengorganisasikan kelompok yang sudah ada. Dengan mobilisasi dimaksudkan agar termotivasi individu dapat diubah menjadi tindakan kolektif.

d. Menciptakan lingkungan yang mendukung

Masyarakat kita kompleks dan saling berhubungan. Kesehatan tidak dapat dipisahkan dari tujuan-tujuan lain. Kaitan yang tak terpisahkan antara manusia dan lingkungannya menjadikan basis untuk sebuah

pendekatan sosio-ekologis bagi kesehatan. Prinsip panduan keseluruhan bagi dunia, bangsa, kawasan, dan komunitas yang serupa adalah kebutuhan untuk memberi semangat pemeliharaan yang timbal-balik — untuk memelihara satu sama lain, komunitas, dan lingkungan alam kita. Konservasi sumber daya alam di seluruh dunia harus ditekankan sebagai tanggung jawab global. Perubahan pola hidup, pekerjaan, dan waktu luang memiliki dampak yang signifikan pada kesehatan. Pekerjaan dan waktu luang harus menjadi sumber kesehatan untuk manusia. Cara masyarakat mengatur kerja harus dapat membantu menciptakan masyarakat yang sehat. Promosi kesehatan menciptakan kondisi hidup dan kondisi kerja yang aman, yang menstimulasi, memuaskan, dan menyenangkan. Penjajakan sistematis dampak kesehatan dari lingkungan yang berubah pesat.—terutama di daerah teknologi, daerah kerja, produksi energi dan urbanisasi— sangat esensial dan harus diikuti dengan kegiatan untuk memastikan keuntungan yang positif bagi kesehatan masyarakat. Perlindungan alam dan lingkungan yang dibangun serta konservasi dari sumber daya alam harus ditujukan untuk promosi kesehatan apa saja. Lingkungan yang Mendukung adalah lingkungan dimana kita akan menjadikan contoh yang baik tentang kesehatan lingkungan ketika kita akan melakukan promosi kesehatan. Contoh adanya sekolah sehat yang mempunyai lingkungan yang sehat.

e. Memerkuat kegiatan-kegiatan komunitas (strengthen community actions)

Promosi kesehatan bekerja melalui kegiatan komunitas yang konkret dan efisien dalam mengatur prioritas, membuat keputusan, merencanakan strategi dan melaksanakannya untuk mencapai kesehatan yang lebih baik. Inti dari proses ini adalah memberdayakan komunitas — kepemilikan mereka dan kontrol akan usaha dan nasib mereka. Pengembangan komunitas menekankan pengadaan sumber daya manusia dan material dalam komunitas untuk mengembangkan kemandirian dan dukungan sosial, dan untuk mengembangkan sistem yang fleksibel untuk memerkuat partisipasi publik dalam masalah kesehatan. Hal ini memerlukan akses yang penuh serta terus menerus akan informasi, memelajari kesempatan untuk kesehatan, sebagaimana penggalangan dukungan. Gerakan Masyarakat merupakan suatu partisipasi masyarakat yang menunjang kesehatan. Contoh gerakan Jum'at bersih.

f. Mengembangkan keterampilan individu (develop personal skills)

Promosi kesehatan mendukung pengembangan personal dan sosial melalui penyediaan informasi, pendidikan kesehatan, dan pengembangan keterampilan hidup. Dengan demikian, hal ini meningkatkan pilihan yang tersedia bagi masyarakat untuk melatih dalam mengontrol kesehatan dan lingkungan mereka, dan untuk membuat pilihan yang kondusif bagi kesehatan. Memungkinkan masyarakat untuk belajar melalui kehidupan

dalam menyiapkan diri mereka untuk semua tingkatannya dan untuk menangani penyakit dan kecelakaan sangatlah penting. Hal ini harus difasilitasi dalam sekolah, rumah, tempat kerja, dan semua lingkungan komunitas. Keterampilan Individu adalah kemampuan petugas dalam menyampaikan informasi kesehatan dan kemampuan dalam mencontohkan (mendemonstrasikan). Contoh sederhana ketika petugas memberikan promosi kesehatan tentang pembuatan larutan gula garam, maka petugas harus mampu membuatnya dan bias mencontohkannya.

g. Reorientasi pelayanan kesehatan (reorient health services)

Tanggung jawab untuk promosi kesehatan pada pelayanan kesehatan dibagi di antara individu, kelompok komunitas, profesional kesehatan, institusi pelayanan kesehatan, dan pemerintah. Mereka harus bekerja sama melalui suatu sistem perawatan kesehatan yang berkontribusi untuk pencapaian kesehatan. Peran sektor kesehatan harus bergerak meningkat pada arah promosi kesehatan, di samping tanggung jawabnya dalam menyediakan pelayanan klinis dan pengobatan. Pelayanan kesehatan harus memegang mandat yang meluas yang merupakan hal sensitif dan ia juga harus menghormati kebutuhan kultural. Mandat ini harus mendukung kebutuhan individu dan komunitas untuk kehidupan yang lebih sehat, dan membuka saluran antara sektor kesehatan dan komponen sosial, politik, ekonomi, dan lingkungan fisik yang lebih luas. Reorientasi pelayanan kesehatan juga memerlukan perhatian yang kuat untuk penelitian kesehatan sebagaimana perubahan pada pelatihan dan pendidikan profesional. Hal ini harus membawa kepada perubahan sikap dan pengorganisasian pelayanan kesehatan dengan memfokuskan ulang kepada kebutuhan total dari individu sebagai manusia seutuhnya. Contoh adalah pemanfaatan sarana kesehatan terdekat sebagai wadah informasi dan komunikasi tentang kesehatan.

h. Bergerak ke masa depan (moving into the future)

Kesehatan diciptakan dan dijalani oleh manusia di antara pengaturan dari kehidupan mereka sehari-hari di mana mereka belajar, bekerja, bermain, dan mencintai. Kesehatan diciptakan dengan memelihara satu sama lain dengan kemampuan untuk membuat keputusan dan membuat kontrol terhadap kondisi kehidupan seseorang, dan dengan memastikan bahwa masyarakat yang didiami seseorang menciptakan kondisi yang memungkinkan pencapaian kesehatan oleh semua anggotanya.

i. Pemberdayaan Masyarakat (empowerment)

Pemberdayaan masyarakat di dalam kegiatan-kegiatan kesehatan. Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan lebih kepada untuk meningkatkan partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan. Jadi sifatnya bottom-up (dari bawah ke atas). Partisipasi masyarakat adalah

kegiatan pelibatan masyarakat dalam suatu program. Diharapkan dengan tingginya partisipasi dari masyarakat maka suatu program kesehatan dapat lebih tepat sasaran dan memiliki daya ungkit yang lebih besar bagi perubahan perilaku karena dapat menimbulkan suatu nilai di dalam masyarakat bahwa kegiatan-kegiatan kesehatan tersebut itu dari kita dan untuk kita. Dengan pemberdayaan masyarakat, diharapkan masyarakat dapat berperan aktif atau berpartisipasi dalam setiap kegiatan. Sebagai unsur dasar dalam pemberdayaan, partisipasi masyarakat harus ditumbuhkan. Pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan pada dasarnya tidak berbeda dengan pemberdayaan masyarakat dalam bidang-bidang lainnya. Partisipasi dapat terwujud dengan syarat :

1. Adanya saling percaya antar anggota masyarakat
2. Adanya ajakan dan kesempatan untuk berperan aktif
3. Adanya manfaat yang dapat dan segera dapat dirasakan oleh masyarakat

#### Indikator Hasil Advokasi

Advokasi adalah suatu kegiatan yang diharapkan akan menghasilkan suatu produk yakni adanya komitmen politik dan dukungan kebijaksanaan dari penentu kebijakan atau pembuat keputusan. Advokasi sebagai suatu kegiatan pasti mempunyai masukan (input), proses, dan keluaran (output). Oleh karena itu, untuk mengevaluasi hasil advokasi tersebut maka harus di lihat berdasarkan 3 indikator tersebut.

##### a. Input

Input untuk kegiatan advokasi yang paling utama adalah orang (man) yang akan melakukan advokasi dan bahan-bahan yakni data atau informasi yang membantu atau mendukung argumen dalam advokasi. Indikator untuk mengevaluasi kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan advokasi sebagai input antara lain :

- 1) Berapa kali petugas kesehatan/bidan telah mengikuti pelatihan-pelatihan tentang komunikasi, advokasi atau pelatihan-pelatihan yang berkaitan dengan pengembangan kemampuan hubungan antar manusia (human relation).
- 2) Sebagai institusi, dinas kesehatan baik ditingkat provinsi maupun kabupaten, juga mempunyai kewajiban untuk memfasilitasi para petugas kesehatan termasuk bidan dengan kemampuan advokasi melalui pelatihan-pelatihan.
- 3) Hasil-hasil studi, hasil surveillance atau laporan-laporan yang menghasilkan data, diolah menjadi informasi dan informasi dianalisis menjadi evidence yang kemudian akan dikemas dalam media khususnya media interpersonal dan digunakan sebagai alat bantu untuk memperkuat argumentasi.

b. Proses Indikator

proses advokasi antara lain :

Berapa kali melakukan lobbying dalam rangka memproleh komitmen atau dukungan kebijakan terhadap program dan dengan siapa saja lobbying itu dilakukan:

- 1) Berapa kali menghadiri rapat atau pertemuan yang membahas masalah dan program-program pembangunan kesehatan dan oleh siapa rapat itu diadakan dan seberapa jauh pembahasannya dalam rapat itu.
- 2) Berapa kali seminar tentang masalah dan program kesehatan termasuk pelayanan kebidanan diadakan.
- 3) Seberapa sering media lokal termasuk media elektronik membahas atau mengeluarkan artikel tentang pelayanan kebidanan yang ada pada masyarakat.

c. Output

Keluaran atau output advokasi terdiri dari 2 bentuk yaitu output dalam bentuk perangkat lunak (soft ware) dan output dalam bentuk perangkat keras (hardware). Indikator output dalam bentuk perangkat lunak adalah peraturan atau undang-undang sebagai bentuk kebijakan atau perwujudan dari komitmen politik terhadap program kesehatan termasuk pelayanan kebidanan. Sedangkan indikator output dalam bentuk perangkat keras antara lain :

- 1) Meningkatnya dana atau anggaran untuk pembangunan kesehatan termasuk untuk pelayanan kebidanan.
- 2) Tersedianya dan dibangun fasilitas atau sarana kesehatan seperti rumah sakit, puskesmas dan poliklinik.
- 3) Dilengkapinya peralatan kesehatan yang dapat menunjang pelayanan kebidanan seperti laboratorium, peralatan pemeriksaan fisik dan sebagainya.

### Advokasi dalam Pelayanan Kebidanan

Advokasi terhadap kebidanan merupakan sebuah upaya yang dilakukan orang-orang di bidang kebidanan, utamanya promosi kesehatan, sebagai bentuk pengawalan terhadap kesehatan. Advokasi ini lebih menyentuh pada level pembuat kebijakan, bagaimana orang-orang yang bergerak di bidang kesehatan bisa memengaruhi para pembuat kebijakan untuk lebih tahu dan memerhatikan kesehatan. Advokasi dapat dilakukan dengan memengaruhi para pembuat kebijakan untuk membuat peraturan-peraturan yang bisa berpihak pada kesehatan dan peraturan tersebut dapat menciptakan lingkungan yang dapat mempengaruhi perilaku sehat dapat terwujud di masyarakat. Advokasi bergerak secara top-down (dari atas ke bawah). Melalui advokasi, promosi kesehatan masuk ke wilayah

politik. Agar pembuat kebijakan mengeluarkan peraturan yang menguntungkan kesehatan (kebidanan).

Advokasi adalah suatu cara yang digunakan guna mencapai suatu tujuan yang merupakan suatu usaha sistematis dan terorganisir untuk mempengaruhi dan mendesak terjadinya perubahan dalam kebijakan public secara bertahap maju. Misalnya kita memberikan promosi kesehatan dengan sokongan dari kebijakan public dari kepala desa sehingga maksud dan tujuan dari informasi kesehatan bias tersampaikan dengan kemudahan kepada masyarakat atau promosi kesehatan yang kita sampaikan dapat menyokong atau pembelaan terhadap kaum lemah (miskin). Ada beberapa peran bidan sebagai Advokator yaitu :

- a. Advokasi dan strategi pemberdayaan wanita dalam mempromosikan hak-haknya yang
- b. diperlukan untuk mencapai kesehatan yang optimal (kesetaraan dalam memperoleh pelayanan kebidanan)
- c. Advokasi bagi wanita agar bersalin dengan aman. Contoh: Jika ada ibu bersalin yang lahir di dukun dan menggunakan peralatan yang tidak steril, maka bidan melakukan advokasi kepada pemerintah setempat agar pertolongan persalinan yang dilakukan oleh dukun menggunakan peralatan yang steril salah satu caranya adalah melakukan pembinaan terhadap dukun bayi dan pemerintah memberikan sanksi jika ditemukan dukun bayi di lapangan menggunakan alat-alat yang tidak steril.
- d. Advokasi terhadap pilihan ibu dalam tatanan pelayanan. Bidan sebagai advocator

mempunyai tugas antara lain:

- a. Mempromosikan dan melindungi kepentingan orang-orang dalam pelayanan kebidanan, yang mungkin rentan dan tidak mampu melindungi kepentingan mereka sendiri.
- b. Membantu masyarakat untuk mengakses kesehatan yang relevan dan informasi kesehatyan dan membentarkan dukungan sosial.
- c. Melakukan kegiatan advokasi kepada para pengambil keputusan berbagai program dan sektor yang terkait dengan kesehatan.
- d. Melakukan upaya agar para pengambil keputusan tersebut meyakini atau mempercayai bahwa program kesehatan yang ditawarkan perlu di dukung melalui kebijakan atau keputusan politik dalam bentuk peraturan, Undang-Undang, instruksi yang menguntungkan kesehatan public dengan sasaran yaitu pejabat legislatif dan eksekutif. Para pemimpin pengusaha, organisasi politik dan organisasi masyarakat baik tingkat pusat, propinsi, kabupaten, keccamatan desa kelurahan.

## B. Kemitraan

Di Indonesia istilah kemitraan atau partnership masih relative baru, namun demikian prakteknya di masyarakat sebenarnya sudah terjadi sejak zaman dahulu. Sejak nenek moyang kita telah mengenal istilah gotong royong yang sebenarnya esensinya kemitraan. Robert Davies, ketua eksekutif “ the prince of wales bussines leader forum” (NS Hasrat jaya Ziliwu 2007) merumuskan “ partneship is a formal cross sector relationship between individuals, groups or organisation who :

1. Work together to fulfil an obligator or undertake a specific task
2. Agree in advance what to commint and what to expect
3. Review the relationship regularly and revise
4. Share both risk and the benefits

Dari pembahasan di atas dapat di tari kesimpulan bahwa kemitraan adalah suatu kerjasama formal antara individu – individu, kelompok – kelompok atau organisasi untuk mencapai suatu tugas tertentu. Dalam kerjasama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing – masing, tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan – kesepakatan yang telah di buat dan saling berbagi baik dalam resiko maupun keuntungan yang di peroleh. Dari defenisi ini terdapat tiga kata kunci dalam kemitraan, yaitu :

1. Kerjasama antar kelompok, organisasi dan individu
2. Bersama – sama mencapai tujuan tertentu (yang disepakati bersama)
3. Saling menanggung resiko dan keuntungan.

Pentingnya kemitraan atau partnership ini mulai digencarkan oleh WHO pada koferensi internasional promosi kesehatan yang keempat di Jakarta pada tahun 1997. Sehubungan dengan itu perlu dikembangkan upaya kerjasama yang saling memberikan manfaat. Hubungan kerjasama tersebut akan lebih efektif dan efisien apabila juga didasari dengan kesetaraan.

Mengingat kemitraan adalah bentuk kerjasama atau aliansi, maka setiap pihak yang terlibat didalamnya harus ada kerelaan diri untuk bekerjasama dan melepaskan kepentingan masing-masing kemudian membangun kepentingan bersama.

Oleh karena itu membangun kemitraan harus didasarkan pada hal-hal berikut:

- a. Kesamaan perhatian (Commont interest) atau kepentingan
- b. Saling mempercayai dan menghormati
- c. Tujuan yang jelas dan terukur
- d. Kesiadaan berkorban baik waktu, tenaga maupun sumber
- e. daya yang lain.

## Prinsip Kemitraan

Dalam membangun Kemitraan ada tiga prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota kemitraan yaitu :

a. Equity atau Persamaan.

Individu, organisasi atau Individu yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa “*duduk sama rendah berdiri sama tinggi*”. Oleh sebab itu didalam vorum kemitraan asas demokrasi harus diutamakan, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi dan tidak ada dominasi terhadap yang lain.

b. Transparancy atau Keterbukaan.

Keterbukaan maksudnya adalah apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan atau apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan masing-masing anggota harus diketahui oleh anggota lainnya. Demikian pula berbagai sumber daya yang dimiliki oleh anggota yang Satu harus diketahui oleh anggota yang lain. Bukan untuk menyombongkan yang satu terhadap yang lainnya, tetapi lebih untuk saling memahami satu dengan yang lain sehingga tidak ada rasa saling mencurigai. Dengan saling keterbukaan ini akan menimbulkan rasa saling melengkapi dan saling membantu diantara anggota.

c. Mutual Benefit atau Saling Menguntungkan.

Menguntungkan disini bukan selalu diartikan dengan materi ataupun uang tetapi lebih kepada non materi. Saling menguntungkan disini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergitas dalam mencapai tujuan bersama.

## Landasan dalam kemitraan

Tujuh landasan yaitu :

- a) Saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi (kaitan dengan struktur)
- b) Saling memahami kemampuan masing-masing (kapasitas unit atau organisasi)
- c) Saling menghubungi secara proaktif (linkage)
- d) Saling mendekati, bukan hanya secara fisik tetapi juga pikiran dan perasaan (empati, proximity)
- e) Saling terbuka, dalam arti kesediaan untuk dibantu dan membantu (openness)
- f) Saling mendorong atau mendukung kegiatan (synergy)
- g) Saling menghargai kenyataan masing-masing (reward).

## Pengembangan Dalam Kemitraan

Enam langkah pengembangan :

1. Penjajagan atau persiapan
2. Penyamaan persepsi
3. Pengaturan peran
4. Komunikasi intensif
5. Melakukan kegiatan
6. Melakukan pemantauan & penilaian.



### **C. Pemberdayaan masyarakat**

#### **Defenisi**

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan, memampukan masyarakat sehingga mampu untuk hidup mandiri.

#### **Prinsip pemberdayaan Masyarakat**

- a. Menumbuh kembangkan potensi masyarakat.

Didalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebaiknya secara bertahap sedapat mungkin menggunakan sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat. Jika diperlukan bantuan dari luar, maka bentuknya hanya berupa perangsang atau pelengkap sehingga tidak semata-mata bertumpu pada bantuan tersebut.

- b. Menumbuhkan dan atau mengembangkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan.

Peran serta masyarakat di dalam pembangunan kesehatan dapat diukur dengan makin banyaknya jumlah anggota masyarakat yang mau memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti memanfaatkan puskesmas, pustu, polindes, mau hadir ketika ada kegiatan penyuluhan kesehatan, mau menjadi kader kesehatan, mau menjadi peserta Tabulin, JPKM, dan lain sebagainya.

- c. Mengembangkan semangat kegiatan kegotong-royongan dalam pembangunan kesehatan.

Semangat gotong royong yang merupakan warisan budaya masyarakat Indonesia hendaknya dapat juga di tunjukan dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Adanya gotong-royong ini dapat diukur dengan melihat apakah masyarakat bersedia bekerja sama dalam peningkatan sanitasi lingkungan. Penggalangan gerakan 3M (menguras, menutup, menimbun) dalam upaya pemberantasan penyakit demam berdarah, dan lain sebagainya.

#### **Ciri-ciri Pemberdayaan Masyarakat**

Sebuah kegiatan dapat dikategorikan sebagai upaya yang berlandaskan pada pemberdayaan masyarakat apabila dapat menumbuhkan dan mengembangkan kemampuan atau kekuatan yang dimiliki oleh masyarakat itu sendiri, bukan kegiatan yang segala sesuatunya diatur dan disediakan oleh pemerintah maupun pihak lain. Kemampuan (potensi) yang dimiliki oleh masyarakat dapat berupa hal-hal berikut :

- a. Tokoh-tokoh masyarakat.

Tokoh masyarakat adalah semua orang yang memiliki pengaruh di masyarakat setempat baik yang bersifat formal (ketua RT, ketua RW, ketua kampung,

kepala dusun, kepala desa) maupun tokoh non formal (tokoh agama, adat, tokoh pemuda, kepala suku). Tokoh-tokoh masyarakat ini merupakan kekuatan yang sangat besar yang mampu menggerakkan masyarakat di dalam setiap upaya pembangunan.

b. Organisasi kemasyarakatan.

Organisasi yang ada di masyarakat seperti PKK, lembaga persatuan pemuda(LPP), pengajian, dan lain sebagainya merupakan wadah berkumpulnya para anggota dari masing-masing organisasi tersebut. Upaya pemberdayaan masyarakat akan lebih berhasil guna apabila pemerintah/tenaga kesehatan memanfaatkannya dalam upaya pembangunan kesehatan.

c. Dana masyarakat.

Pada golongan masyarakat tertentu, penggalangan dana masyarakat merupakan upaya yang tidak kalah pentingnya. Namun, pada golongan masyarakat yang ekonominya prasejahtera, penggalangan dana masyarakat hendaknya dilakukan sekadar agar mereka merasa ikut memiliki dan bertanggung jawab terhadap upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatannya. Cara lain yang dapat ditempuh adalah dengan model tabungan-tabungan atau system asuransi yang bersifat subsidi silang.

d. Sarana dan material yang dimiliki masyarakat.

Pendayagunaan sarana dan material yang dimiliki oleh masyarakat seperti peralatan, batu kali, bambu, kayu, dan lain sebagainya untuk pembangunan kesehatan akan menumbuhkan rasa tanggung jawab dan ikut memiliki dari masyarakat.

e. Pengetahuan masyarakat.

Masyarakat memiliki pengetahuan yang bermanfaat bagi pembangunan kesehatan masyarakat, seperti pengetahuan tentang obat tradisional (asli Indonesia) , pengetahuan mengenai penerapan teknologi tepat guna untuk pembangunan fasilitas kesehatan diwilayahnya, misalnya penyaluran air menggunakan bambu. Pengetahuan yang dimiliki oleh masyarakat tersebut akan meningkatkan keberhasilan upaya pembangunan kesehatan.

f. Teknologi yang dimiliki masyarakat.

Masyarakat juga memiliki teknologi sendiri dalam memecahkan masalah yang dialaminya, teknologi ini biasanya bersifat sederhana tetapi tepat guna. Untuk itu pemerintah sebaiknya memanfaatkan teknologi yang dimiliki masyarakat tersebut dan apabila memungkinkan dapat memberikan saran teknis guna meningkatkan hasil gunanya.

- g. Pengambilan keputusan.

Apabila tahapan penemuan masalah dan perencanaan kegiatan pemecahan masalah kesehatan telah dapat dilakukan oleh masyarakat, maka pengambilan keputusan terhadap upaya pemecahan masalahnya akan lebih baik apabila dilakukan oleh masyarakat sendiri. Dengan demikian kegiatan pemecahan masalah kesehatan tersebut akan berkesinambungan karena masyarakat merasa memiliki dan bertanggung jawab terhadap kegiatan yang mereka rencanakan sendiri.

### **Model pemberdayaan Masyarakat**

- a. Pemberdayaan pimpinan masyarakat (Community Leaders), misalnya melalui sarasehan
- b. Pengembangan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (Community Organizations), seperti posyandu dan polindes
- c. Pemberdayaan pendanaan masyarakat (Community Fund), misalnya dana sehat
- d. Pemberdayaan sarana masyarakat (Community Material), misalnya membangun sumur atau jamban di masyarakat
- e. Peningkatan pengetahuan masyarakat (community knowledge), misalnya lomba asah terampil dan lomba lukis anak-anak
- f. Pengembangan teknologi tepat guna (community technology), misalnya penyederhanaan deteksi dini kanker dan ISPA. G
- g. Peningkatan manajemen atau proses pengambilan keputusan (community decision making) misalnya, pendekatan edukatif.

### **Strategi pemberdayaan masyarakat**

- a. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan
- b. Meningkatkan kesadaran masyarakat untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang telah disediakan oleh pemerintah
- c. Mengembangkan berbagai cara untuk menggali dan memanfaatkan sumber daya yang dimiliki oleh masyarakat untuk pembangunan kesehatan
- d. Mengembangkan berbagai bentuk kegiatan pembangunan kesehatan yang sesuai dengan kultur budaya masyarakat setempat
- e. Mengembangkan manajemen sumberdaya yang dimiliki masyarakat secara terbuka (transparan)

### **Langkah-langkah Pemberdayaan masyarakat**

Langkah utama pemberdayaan masyarakat melalui upaya pendampingan atau memfasilitasi masyarakat untuk menjalani proses pembelajaran melalui siklus pemecahan masalah yang terorganisasi (pengorganisasian masyarakat).

Tahap-tahap siklus pemecahan masalah meliputi hal-hal berikut:

- a. Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.
- b.

- b. Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternative pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi yang dimiliki
- c. Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan, dan melaksanakannya.
- d. Memantau, mengevaluasi, dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan.

#### **D. Upaya-upaya Kesehatan ibu dan anak**

##### **Definisi**

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 merupakan upaya memfasilitasi masyarakat untuk membangun sistem kesiagaan masyarakat dalam upaya mengatasi situasi gawat darurat dari aspek non klinis terkait kehamilan dan persalinan

Sistem kesiagaan merupakan sistem tolong-menolong, yang dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat, dalam hal penggunaan alat transportasi/ komunikasi (telepon genggam, telpon rumah), pendanaan, pendonor darah, pencatatan-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.

##### **Tujuan**

###### **a. Tujuan Umum**

Tujuan program kesehatan ibu dan anak adalah tercapainya kemampuan hidup sehat melalui peningkatan derajat kesehatan yang optimal bagi ibu dan keluarganya untuk atau mempercepat pencapaian target Pembangunan Kesehatan Indonesia, serta meningkatnya derajat kesehatan anak untuk menjamin proses tumbuh kembang optimal yang merupakan landasan bagi peningkatan kualitas manusia seutuhnya.

###### **b. Tujuan Khusus**

- Meningkatnya kemampuan ibu (pengetahuan, sikap dan perilaku) dalam mengatasi kesehatan diri dan keluarganya dengan menggunakan teknologi tepat guna dalam upaya pembinaan kesehatan keluarga, Desa Wisma, penyelenggaraan Posyandu dan sebagainya.
- Meningkatnya upaya pembinaan kesehatan balita dan anak prasekolah secara mandiri di dalam lingkungan keluarga, Desa Wisma, Posyandu dan Karang Balita, serta di sekolah TK.

- Meningkatnya jangkauan pelayanan kesehatan bayi, anak balita, ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas dan ibu menyusui.
- Meningkatnya mutu pelayanan kesehatan bagi ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, ibu menyusui, bayi dan anak balita.
- Meningkatnya kemampuan dan peran serta masyarakat, keluarga dan seluruh anggotanya untuk mengatasi masalah kesehatan ibu, balita, anak prasekolah, terutama melalui peningkatan peran ibu dalam keluarganya.

#### Kegiatan

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

Sistem kesiagaan di bidang KIA di tingkat masyarakat terdiri atas :

1. Sistem pencatatan-pemantauan.
2. Sistem transportasi-komunikasi.
3. Sistem pendanaan.
4. Sistem pendonor darah.
5. Sistem Informasi KB.

## ADVOKASI, KEMITRAAN & PEMBERDAYAAN MASYARAKAT UNTUK Mendukung Upaya Kesehatan Ibu dan Anak



### Advokasi

#### 1. Pengertian

- Advokasi Istilah advokasi mulai digunakan oleh World Health Organization (WHO) pada tahun 1984, sebagai salah satu strategi global promosi kesehatan. WHO merumuskan bahwa dalam mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif menggunakan 3 strategi pokok yakni advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat. Advokasi menurut LBH Malang adalah usaha sistematis secara bertahap (inkremental) dan terorganisir yang dilakukan oleh kelompok atau organisasi profesi untuk menyuarakan aspirasi anggota, serta usaha mempengaruhi pembuat kebijakan publik untuk membuat kebijakan yang berpihak kepada kelompok tersebut, sekaligus mengawasi penerapan kebijakan agar berjalan efektif.

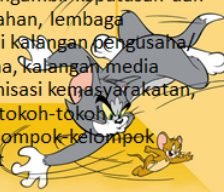
#### 2. Tujuan Advokasi

- Adanya pemahaman atau kesadaran terhadap masalah kesehatan
- Adanya ketertarikan dalam menyelesaikan masalah kesehatan
- Adanya kemauan atau kepedulian menyelesaikan masalah kesehatan dengan memberikan alternatif solusi d. Adanya tindakan nyata dalam menyelesaikan masalah kesehatan
- Adanya tindak lanjut kegiatan



#### 3. Sasaran dan Pelaku Advokasi Kesehatan

- Sasaran advokasi kesehatan adalah berbagai pihak diharapkan memberikan dukungan terhadap upaya kesehatan, khususnya : para pengambil keputusan dan penentu kebijakan di pemerintahan, lembaga perwakilan rakyat, para mitra di kalangan pengusaha swasta, badan penyanggah dana, kalangan media massa, organisasi profesi, organisasi kemasyarakatan, lembaga swadaya masyarakat, tokoh-tokoh berpengaruh dan tenar, dan kelompok-kelompok potensial lainnya di masyarakat



#### 4. Prinsip-Prinsip Advokasi

Advokasi tidak hanya sekedar melakukan lobby politik, tetapi mencakup kegiatan persuasif, memberikan semangat dan bahkan sampai memberikan tekanan (pressure) kepada para pemimpin institusi. Advokasi tidak hanya dilakukan individu, tetapi juga oleh kelompok atau organisasi, maupun masyarakat. Advokasi terdiri atas sejumlah tindakan yang dirancang untuk menarik perhatian masyarakat pada suatu isu dan mengontrol para pengambil kebijakan untuk mencari solusinya. Advokasi juga berisi aktivitas-aktivitas legal dan politisi yang dapat mempengaruhi bentuk dan praktek penerapan hukum.

#### 5. Kegiatan – Kegiatan Advokasi

##### 1. Lobi politik (Political Lobbying)

Lobi adalah berbincang-bincang secara informal dengan para pejabat untuk menginformasikan dan membahas masalah dan program kesehatan yang akan dilaksanakan

##### 2. Seminar dan Presentasi

Seminar dan presentasi yang dihadiri oleh para pejabat lintas program dan lintas sektoral.

##### 3. Media Advokasi

media (media advocacy) adalah melakukan kegiatan advokasi dengan menggunakan media khususnya media massa baik melalui media cetak maupun media elektronik.

##### 4. Perkumpulan (asosiasi)

peminat Asosiasi atau perkumpulan orang-orang yang mempunyai minat atau keterkaitan terhadap masalah tertentu atau perkumpulan profesi adalah merupakan bentuk kegiatan advokasi.

#### 6. Argumentasi Untuk Advokasi

Berhasil atau tidaknya advokasi dipengaruhi oleh kuat atau tidaknya persiapan argumentasi. Argumentasi diperlukan untuk dapat menyakinkan para penentu kebijaksanaan atau para pembuat keputusan sehingga mereka memberikan dukungan baik kebijakan, fasilitas, maupun dana terhadap program yang ditawarkan. Beberapa hal yang dapat memperkuat argumentasi dalam melakukan kegiatan advokasi:

- Menyakinkan (Credible)
- Layak (Feasible)
- Relevan (Relevant)
- Penting (Urgent)
- Prioritas Tinggi (High Priority)

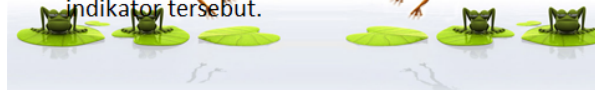
#### 7. Komunikasi Dalam Advokasi

Berikut adalah hal-hal yang diperlukan untuk menghasilkan komunikasi yang efektif :

- Atraksi Interpersonal
- Perhatian
- Intensitas Komunikasi
- Visualisasi

## 8. Indikator Hasil Advokasi

- Advokasi adalah suatu kegiatan yang diharapkan akan menghasilkan suatu produk yakni adanya komitmen politik dan dukungan kebijaksanaan dari penentu kebijakan atau pembuat keputusan. Advokasi sebagai suatu kegiatan pasti mempunyai masukan (input), proses indikator, dan keluaran (output). Oleh karena itu, untuk mengevaluasi hasil advokasi tersebut maka harus di lihat berdasarkan 3 indikator tersebut.



### Kemitraan

#### Defenisi

kemitraan adalah suatu kerjasama formal antara individu – individu, kelompok – kelompok atau organisasi untuk mencapai suatu tugas tertentu. Dalam kerjasama tersebut ada kesepakatan tentang komitmen dan harapan masing – masing, tentang peninjauan kembali terhadap kesepakatan – kesepakatan yang telah di buat dan saling berbagi baik dalam resiko maupun keuntungan yang di peroleh. Dari defenisi ini terdapat tiga kata kunci dalam kemitraan, yaitu :

- a. Kerjasama antar kelompok, organisasi dan individu
- b. Bersama – sama mencapai tujuan tertentu ( yang disepakati bersama )
- c. Saling menanggung resiko dan keuntungan.

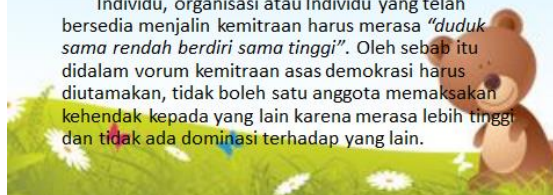


### Prinsip Kemitraan

Dalam membangun Kemitraan ada tiga prinsip kunci yang perlu dipahami oleh masing-masing anggota kemitraan yaitu :

- Equity atau Persamaan.

Individu, organisasi atau Individu yang telah bersedia menjalin kemitraan harus merasa *“duduk sama rendah berdiri sama tinggi”*. Oleh sebab itu didalam vorum kemitraan asas demokrasi harus diutamakan, tidak boleh satu anggota memaksakan kehendak kepada yang lain karena merasa lebih tinggi dan **tidak** ada dominasi terhadap yang lain.



- Transparancy atau Keterbukaan.

Keterbukaan maksudnya adalah apa yang menjadi kekuatan atau kelebihan atau apa yang menjadi kekurangan atau kelemahan masing-masing anggota harus diketahui oleh anggota lainnya. Demikian pula berbagai sumber daya yang dimiliki oleh anggota yang Satu harus diketahui oleh anggota yang lain. Bukan untuk menyombongkan yang satu terhadap yang lainnya, tetapi lebih untuk saling memahami satu dengan yang lain sehingga tidak ada rasa saling mencurigai. Dengan saling keterbukaan ini akan menimbulkan rasa saling melengkapi dan saling membantu diantara anggota.

- Mutual Benefit atau Saling Menguntungkan.

Menguntungkan disini bukan selalu diartikan dengan materi ataupun uang tetapi lebih kepada non materi. Saling menguntungkan disini lebih dilihat dari kebersamaan atau sinergitas dalam mencapai tujuan bersama.





- Landasan dalam kemitraan

Tujuh landasan yaitu :

- a. Saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi (kaitan dengan struktur)
- b. Saling memahami kemampuan masing-masing (kapasitas unit atau organisasi)
- c. Saling menghubungi secara proaktif (linkage)
- d. Saling mendekati, bukan hanya secara fisik tetapi juga pikiran dan perasaan (empati, proximity)
- e. Saling terbuka, dalam arti kesediaan untuk dibantu dan membantu (openness)
- f. Saling mendorong atau mendukung kegiatan (synergy)
- g. saling menghargai kenyataan masing-masing (reward).



- Pengembangan Dalam Kemitraan

Enam langkah pengembangan :

1. Penjajagan atau persiapan
2. Penyamaan persepsi
3. Pengaturan peran
4. Komunikasi intensif
5. Melakukan kegiatan
6. Melakukan pemantauan & penilaian.



## Pemberdayaan masyarakat

### 1. Defenisi

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk meningkatkan, memampukan masyarakat sehingga mampu untuk hidup mandiri.

### 2. Prinsip pemberdayaan Masyarakat

- Menumbuh kembangkan potensi masyarakat.

Didalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat sebaiknya secara bertahap sedapat mungkin menggunakan sumberdaya yang dimiliki oleh masyarakat

- Menumbuhkan dan atau mengembangkan peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan.

Peran serta masyarakat di dalam pembangunan kesehatan dapat diukur dengan makin banyaknya jumlah anggota masyarakat yang mau memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti memanfaatkan puskesmas, pustu, polindes, mau hadir ketika ada kegiatan penyuluhan kesehatan, mau menjadi kader kesehatan, mau menjadi peserta Tabulin, JPKM, dan lain sebagainya.

- Mengembangkan semangat kegiatan kegotong-royongan dalam pembangunan kesehatan.

Semangat gotong royong yang merupakan warisan budaya masyarakat Indonesia hendaknya dapat juga di tunjukan dalam upaya pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat.



## Ciri-ciri Pemberdayaan Masyarakat

Sebuah kegiatan dapat dikategorikan sebagai upaya yang berlandaskan pada pemberdayaan masyarakat apabila dapat menumbuhkan dan mengembangkan kemampuan atau kekuatan yang dimiliki oleh masyarakat itu sendiri, bukan kegiatan yang segala sesuatunya diatur dan disediakan oleh pemerintah maupun pihak lain. Kemampuan (potensi) yang dimiliki oleh masyarakat dapat berupa hal-hal berikut :

- a. Tokoh-tokoh masyarakat.
- b. Organisasi kemasyarakatan.
- c. Dana masyarakat.
- d. Sarana dan material yang dimiliki masyarakat.
- e. Pengetahuan masyarakat
- f. Teknologi yang dimiliki masyarakat.
- g. Pengambilan keputusan.

## Model Pemberdayaan Masyarakat

- ❖ Pemberdayaan pimpinan masyarakat (Community Leaders), misalnya melalui sarasehan
- ❖ Pengembangan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (Community Organizations), seperti posyandu dan polindes
- ❖ Pemberdayaan pendanaan masyarakat (Community Fund), misalnya dana sehat
- ❖ Pemberdayaan sarana masyarakat (Community Material), misalnya membangun sumur atau jamban di masyarakat
- ❖ Peningkatan pengetahuan masyarakat (community knowledge), misalnya lomba asah terampil dan lomba lukis anak-anak
- ❖ Pengembangan teknologi tepat guna (community technology), misalnya penyederhanaan deteksi dini kanker dan ISPA. G
- ❖ Peningkatan manajemen atau proses pengambilan keputusan (community decision making) misalnya, pendekatan edukatif.



## Langkah-langkah Pemberdayaan masyarakat

- ❖ Mengidentifikasi masalah, penyebab masalah, dan sumber daya yang dapat dimanfaatkan untuk mengatasi masalah.
- ❖ Mendiagnosis masalah dan merumuskan alternatif pemecahan masalah dengan memanfaatkan potensi yang dimiliki
- ❖ Menetapkan alternatif pemecahan masalah yang layak, merencanakan, dan melaksanakannya.
- ❖ Memantau, mengevaluasi, dan membina kelestarian upaya-upaya yang telah dilakukan.

## Upaya-upaya Kesehatan ibu dan anak

### 1 Defenisi

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 merupakan upaya memfasilitasi masyarakat untuk membangun sistem kesiagaan masyarakat dalam upaya mengatasi situasi gawat darurat dari aspek non klinis terkait kehamilan dan persalinan.

## 2. Kegiatan

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

## Kesimpulan

WHO merumuskan bahwa dalam mewujudkan visi dan misi promosi kesehatan secara efektif menggunakan 3 strategi pokok yakni advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat. Advokasi menurut LBH Malang adalah usaha sistematis secara berahap (inkremental) dan terorganisir yang dilakukan oleh kelompok atau organisasi profesi untuk menyebarkan aspirasi anggota, serta usaha mempengaruhi pembuat kebijakan publik untuk membuat kebijakan yang berpihak kepada kelompok tersebut, sekaligus mengawasi penerapan kebijakan agar berjalan efektif.

## **BAB VII**

### **PENDIDIKAN KESEHATAN DALAM MASYARAKAT**

#### **A. Pengertian Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan adalah proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol dan memperbaiki kesehatan individu. Kesempatan yang direncanakan untuk individu, kelompok atau masyarakat agar belajar tentang kesehatan dan melakukan perubahan-perubahan secara suka rela dalam tingkah laku individu (Entjang, 1991)

Wood dikutip dari Effendi (1997), memberikan pengertian pendidikan kesehatan merupakan sejumlah pengalaman yang berpengaruh menguntungkan secara kebiasaan, sikap dan pengetahuan ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat, dan bangsa. Kesemuanya ini, dipersiapkan dalam rangka mempermudah diterimanya secara suka rela perilaku yang akan meningkatkan dan memelihara kesehatan.

Menurut Stewart dikutip dari Effendi (1997), unsur program kesehatan dan kedokteran yang didalamnya terkandung rencana untuk merubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan.

Menurut Ottawwa Charter (1986) yang dikutip dari Notoatmodjo S, memberikan pengertian pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya, dan lingkungannya (lingkungan fisik, sosial, budaya, dan sebagainya).

Dapat dirumuskan bahwa pengertian pendidikan kesehatan adalah upaya untuk memengaruhi, dan atau memengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, agar melaksanakan perilaku hidup sehat. Sedangkan secara operasional, pendidikan kesehatan merupakan suatu kegiatan untuk memberikan dan atau meningkatkan pengetahuan, sikap dan praktik masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2003)

#### **B. Prinsip-prinsip Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan sangat penting untuk menunjang program-program kesehatan yang lain. Akan tetapi pernyataan ini tidak didukung dengan kenyataan yang ada. karena program pelayanan kesehatan yang ada kurang melibatkan pendidikan kesehatan. Pendidikan merupakan 'behavior investment' jangka panjang. Artinya pendidikan kesehatan baru dapat dilihat beberapa tahun kemudian. Dalam waktu yang pendek, pendidikan kesehatan hanya menghasilkan

perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat. Sedangkan peningkatan pengetahuan saja belum akan berpengaruh langsung terhadap indikator kesehatan.

Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh terhadap perilaku sebagai hasil jangka menengah dari pendidikan kesehatan. Selanjutnya akan berpengaruh pada peningkatan indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran pendidikan kesehatan. Hal ini berbeda dengan program kesehatan lain terutama program pengobatan yang dapat langsung memberikan hasil terhadap penurunan kesakitan.

### 2.3 Peranan Pendidikan Kesehatan

Semua ahli kesehatan masyarakat dalam membicarakan status kesehatan mengacu kepada H.L. Blum. Dari hasil penelitiannya di Amerika Serikat sebagai salah satu negara yang sudah maju belum menyimpulkan bahwa lingkungan mempunyai andil yang paling besar terhadap status kesehatan. Kemudian berturut-turut disusul oleh perilaku mempunyai andil nomor dua, pelayanan kesehatan dan keturunan mempunyai andil yang paling kecil terhadap status kesehatan. Bagaimana proporsi pengaruh faktor-faktor di Indonesia belum ada penelitian. Apabila dilakukan penelitian mungkin perilaku mempunyai kontribusi yang lebih besar.

#### Konsep Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogic praktis atau praktek pendidikan. Oleh sebab itu konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Konsep ini berangkat dari suatu asumsi bahwa manusia sebagai makhluk social dalam kehidupannya untuk mencapai nilai-nilai hidup didalam masyarakat selalu memerlukan bantuan orang lain yang mempunyai kelebihan (lebih dewasa, lebih pandai, lebih mampu, lebih tahu dan sebagainya). Dalam mencapai tujuan tersebut, seorang individu, kelompok atau masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar.

Seseorang dapat dikatakan belajar apabila dapat terjadi perubahan, dari tidak tahu menjadi tahu, Namun tidak semua perubahan terjadi karena belajar saja, misal anak tidak dapat berjalan menjadi dapat berjalan karena proses kematangan.

Bertitik tolak dari konsep pendidikan tersebut, maka konsep pendidikan kesehatan itu juga proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat tentang tidak tahu nilai-nilai kesehatan menjadi tahu.

## Proses Pendidikan Kesehatan

Seperti telah disebutkan diatas bahwa prinsip pokok pendidikan kesehatan adalah proses belajar. Didalam kegiatan belajar terdapat 3 persoalan pokok, yakni persoalan masukan (input), proses dan persoalan keluaran (output). Persoalan masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya. Persoalan proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Didalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara beberapa fakto, antara lain: subjek belajar, pengajar (pendidik atau fasilitator) metode dan teknik belajar, alat bantu belajar, dan materi atau bahan yang dipelajari. Sedangkan keluaran adalah merupakan hasil belajar itu sendiri, yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar.

## Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Dimensi sasaran pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 kelompok :

1. Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat, misal disekolah, rumah sakit, tempat kerja, dll. Dimensi tingkat pelayanan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan :

1. Promosi kesehatan (health promotion)  
Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup, perbaikan sanitasi lingkungan hygiene perorangan dan sebagainya
2. Perlindungan khusus (specific protection)  
Dalam program imunisasi bentuk pelayanan perlindungan khusus ini pendidikan kesehatan sangat diperlukan terutama di negara-negara berkembang. Hal ini karena kesadaran masyarakat tentang pentingnya imunisasi sebagai perlindungan terhadap penyakit pada dirinya maupun pada anak-anaknya masih rendah.
3. Diagnosis dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment)

Dikarenakan rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, maka sering sulit mendeteksi penyakit-penyakit yang terjadi di dalam masyarakat. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang

layak. Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sangat diperlukan pada tahap ini.

4. Pembatasan cacat (disability limitation)

Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan penyakit, maka sering masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Dengan kata lain mereka tidak melakukan pemeriksaan dan pengobatan yang komplit terhadap penyakitnya. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna mengakibatkan orang yang bersangkutan cacat atau ketidakmampuan, oleh karena itu, pendidikan kesehatan juga diperlukan pada tahap ini.

5. Rehabilitasi (rehabilitation)

Setelah sembuh dari suatu penyakit tertentu, kadang-kadang diperlukan latihan-latihan tertentu. Oleh karena kurangnya pengertian dan kesadaran orang tersebut, ia atau segan melakukan latihan-latihan yang dianjurkan. Di samping itu orang yang cacat setelah sembuh dari penyakit, kadang-kadang malu untuk kembali ke masyarakat.

### Metode Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan pada hakikatnya adalah suatu kegiatan atau usaha untuk menyampaikan pesan kesehatan kepada masyarakat, kelompok atau individu. Dengan harapan bahwa dengan adanya pesan tersebut masyarakat, kelompok atau individu dapat memperoleh pengetahuan tentang kesehatan yang lebih baik. Akhirnya pengetahuan tersebut diharapkan dapat berpengaruh terhadap perilakunya. Dengan kata lain, dengan adanya pendidikan tersebut dapat membawa akibat terhadap perubahan perilaku sasaran.

Pendidikan kesehatan juga sebagai suatu proses, dimana proses tersebut mempunyai masukan (input) dan keluaran (output). Di dalam suatu proses pendidikan kesehatan yang menuju tercapainya tujuan pendidikan yakni perubahan perilaku dipengaruhi oleh banyak faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi suatu proses pendidikan disamping masukannya sendiri juga metode materi atau pesannya, pendidik atau petugas yang melakukannya dan alat-alat bantu/ alat peraga pendidikan. Agar dicapai suatu hasil yang optimal, maka faktor-faktor tersebut harus berkerjasama secara harmonis.

Dibawah ini akan diraikan beberapa metode pendidikan individual, kelompok dan massa (public)

a. Metode Pendidikan individual (Perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan metode pendidikan yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Misalnya seorang ibu yang baru saja menjadi akseptor atau seorang ibu hamil yang tertarik terhadap imunisasi TT karena baru saja memperoleh/mendengarkan penyuluhan kesehatan. Pendekatan yang digunakan agar ibu tersebut menjadi

akseptor yang lestari atau ibu hamil tersebut segera minta imunisasi, maka harus didekati perorangan. Perorangan disini tidak hanya berarti kepada ibu-ibu yang bersangkutan, tetapi mungkin juga kepada suami atau keluarga dari ibu tersebut. Dasar digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Agar petugas kesehatan mengetahui dengan tepat, serta membantunya maka perlu menggunakan metode (cara ini).

Bentuk dari pendekatan ini, antara lain:

1) Bimbingan dan penyuluhan (guidance and counselling)

Dengan cara ini kontak antar klien dengan petugas lebih intensif, setiap masalah yang dihadapi oleh klien dapat dikorek dan dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasarkan kesadaran, penuh pengertian akan menerima perilaku tersebut (mengubah perilaku).

2) Wawancara (Interview)

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antar petugas kesehatan dengan klien untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, ia tertarik atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

b. Metode Pendidikan Kelompok

1) Kelompok Besar (peserta penyuluhan lebih dari 15 orang)

Metode yang baik :

a) Ceramah: metode ini baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah. Hal yang perlu diperhatikan:

- Persiapan : mempelajari materi dengan sistematis yang baik, lebih baik lagi kalau disusun dalam diagram atau skema, menyiapkan alat-alat bantu pengajaran misalnya: makalah singkat, slide, transparan, sound system dll.
- Pelaksanaan: sikap dan penampilan yang meyakinkan, tidak boleh bersikap ragu-ragu atau gelisah, suara hendaknya cukup keras dan jelas, pandangan harus tertuju keseluruhan peserta ceramah, berdiri di depan (pertengahan) tidak boleh duduk, menggunakan alat bantu lihat (AVA) semaksimal mungkin.

b) Seminar: metode ini hanya cocok untuk sasaran kelompok besar dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian (presentasi) dari satu ahli atau beberapa ahli tentang



suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat

2) Kelompok Kecil (peserta kegiatan kurang dari 15 orang)

Metode yang baik:

a) Diskusi kelompok

Formasi duduk para peserta diatur sedemikian rupa sehingga mereka dapat saling berhadap-hadapan. Untuk memulai diskusi pemimpin harus memberikan pancingan-pancingan berupa pertanyaan kasus sehubungan dengan topik yang dibahas

b) Curah pendapat

Metode ini merupakan modifikasi metode diskusi kelompok. Bedanya pada permulaannya pemimpin kelompok memancing dengan satu masalah kemudian tiap peserta memberikan jawaban atau tanggapan. Tanggapan-tanggapan tersebut ditampung dan dituliskan pada papan tulis. Sebelum semua peserta mencurahkan pendapatnya tidak boleh di komentari

c) Bola Salju (snow balling)

Kelompok dibagi dalam pasangan-pasangan (1 pasang 2 orang). Kemudian dilontarkan suatu pertanyaan atau masalah, setelah lebih kurang 5 menit 2 pasangan bergabung menjadi satu, mereka tetap mendiskusikan masalah tersebut dan mencari kesimpulannya. Kemudian tiap 2 pasangan yang sudah beranggotakan 4 orang ini bergabung lagi dengan pasangan lainnya dan demikian seterusnya hingga terjadi diskusi seluruh kelas.

d) Kelompok kecil-kecil (bruzz group)

Kelompok langsung dibagi menjadi kelompok kecil-kecil kemudian dilontarkan suatu permasalahan-permasalahan sama atau tidak dengan kelompok lain dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Kemudian kesimpulan dari tiap kelompok tersebut dicari kesimpulannya.

e) Role Play

Dalam metode ini beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu untuk memainkan peranan, misalnya sebagai dokter di Puskesmas, sebagai perawat atau pasien dan memerankan berbagai interaksi sehari-hari dalam melaksanakan tugas.

f) Permainan simulasi (simulation game)

Metode ini adalah merupakan gambaran antara role play dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti monopoli dengan menggunakan dadu, gaco (petunjuk arah), selain beberapa atau

papan main. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

c. Metode Pendidikan Massa

Metode pendidikan massa untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau public: maka cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Oleh karena sasaran pendidikan ini bersifat umum dalam arti tidak membedakan golongan umur, jenis kelamin, pekerjaan, status social ekonomi, tingkat pendidikan dan sebagainya maka pesan-pesan kesehatan yang akan disampaikan harus dirancang sedemikian rupa sehingga dapat ditangkap oleh massa tersebut. Pada umumnya bentuk pendekatan massa ini tidak langsung biasanya melalui media massa. Beberapa contoh metode ini antara lain:

1) Ceramah umum (public speaking)

Pada acara-acara tertentu misalnya pada hari Kesehatan Nasional Menteri Kesehatan atau Pejabat kesehatan lainnya berpidato dihadapan massa rakyat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

2) Pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui media elektronik baik TV maupun radio, pada hakikatnya adalah pendekatan pendidikan kesehatan massa

3) Simulasi, dialog antara presiden dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya tentang suatu penyakit atau masalah kesehatan melalui TV atau radio adalah juga pendekatan pendidikan kesehatan massa. Contoh: "Prakter Dokter Herman Susilo"

4) Sinetron "Dokter Sartika" di dalam TV juga merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa.

5) Tulisan-tulisan di majalah atau Koran dalam bentuk artikel maupun tanya jawab/konsultasi tentang kesehatan merupakan bentuk pendekatan pendidikan kesehatan massa.

6) Bill Broad, yang di pasang di pnggir-pinggir jalan, spanduk poster dan sebagainya merupakan pendekatan pendidikan kesehatan massa. Contoh: "Ayo ke Posyandu".

## PENGERTIAN

1. Pendidikan kesehatan adalah proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol dan memperbaiki kesehatan individu. (Entjang, 1991)
2. Wood dikutip dari Effendi (1997), memberikan pengertian pendidikan kesehatan merupakan sejumlah pengalaman yang berpengaruh menguntungkan secara kebiasaan, sikap dan pengetahuan ada hubungannya dengan kesehatan perseorangan, masyarakat, dan bangsa



Menurut Stewart dikutip dari Effendi (1997), unsur program kesehatan dan kedokteran yang didalamnya terkandung rencana untuk merubah perilaku perseorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan.

4. Menurut Ottawa Charter (1986) yang dikutip dari Notoatmodjo S, memberikan pengertian pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

Dapat dirumuskan bahwa pengertian pendidikan kesehatan adalah upaya untuk memengaruhi, dan atau memengaruhi orang lain, baik individu, kelompok, atau masyarakat, agar melaksanakan perilaku hidup sehat



## PRINSIP-PRINSIP PENDIDIKAN KESEHATAN

- Pendidikan kesehatan sangat penting untuk menunjang program-program kesehatan. Akan tetapi pernyataan ini tidak didukung dengan kenyataan yang ada. karena program pelayanan kesehatan yang ada kurang melibatkan pendidikan kesehatan. Pendidikan merupakan 'behavior investment' jangka panjang. Artinya pendidikan kesehatan baru dapat dilihat beberapa tahun kemudian. Dalam waktu yang pendek, pendidikan kesehatan hanya menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat. Sedangkan peningkatan pengetahuan saja belum akan berpengaruh langsung terhadap indikator kesehatan.
- Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh terhadap perilaku sebagai hasil jangka menengah dari pendidikan kesehatan. Selanjutnya akan berpengaruh pada peningkatan indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran pendidikan kesehatan.

## PERANAN PENDIDIKAN KESEHATAN

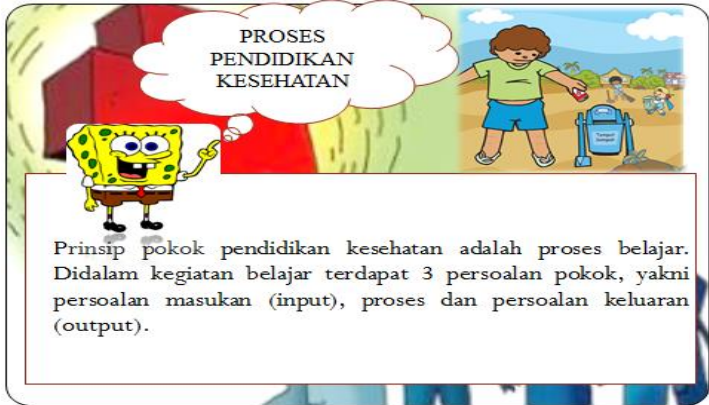


Dari hasil penelitiannya di Amerika Serikat sebagai salah satu negara yang sudah maju belum menyimpulkan bahwa lingkungan mempunyai andil yang paling besar terhadap status kesehatan. Kemudian berturut-turut disusul oleh perilaku mempunyai andil nomor dua, pelayanan kesehatan dan keturunan mempunyai andil yang paling kecil terhadap status kesehatan. Bagaimana proporsi pengaruh faktor-faktor di Indonesia belum ada penelitian. Apabila dilakukan penelitian mungkin perilaku mempunyai kontribusi yang lebih besar

## KONSEP PENDIDIKAN KESEHATAN

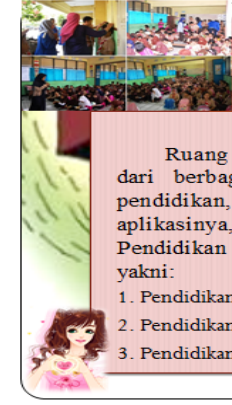
Konsep pendidikan kesehatan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti didalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan kearah yang lebih dewasa, lebih baik dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat.





**PROSES PENDIDIKAN KESEHATAN**

Prinsip pokok pendidikan kesehatan adalah proses belajar. Didalam kegiatan belajar terdapat 3 persoalan pokok, yakni persoalan masukan (input), proses dan persoalan keluaran (output).




**Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan**

Ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi, antara lain dimensi sasaran pendidikan, dimensi tempat pelaksanaan atau aplikasinya, dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan. Pendidikan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi 3 yakni:

1. Pendidikan kesehatan individual, dengan sasaran individu
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat

❖ Dimensi tingkat pelayanan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan 5 tingkat pencegahan

1. Promosi kesehatan (health promotion)
2. Perlindungan khusus (specific protection)
3. Diagnosis dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment)
4. Pembatasan cacat (disability limitation)
5. Rehabilitasi (rehabilitation)



**Metode Pendidikan Kesehatan**

- A. Metode Pendidikan individual (Perorangan)
- B. Metode Pendidikan Kelompok
- C. Metode Pendidikan Massa



## Simpulan

- Bahwa peranan pendidikan kesehatan adalah melakukan intervensi faktor perilaku sehingga perilaku individu, kelompok atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan.
  - Konsep pendidikan kesehatan adalah proses belajar pada individu, kelompok atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah-masalah kesehatannya sendiri menjadi mampu, dan lain sebagainya.
  - Proses Pendidikan Kesehatan
- Seperi telah disebutkan diatas bahwa prinsip pokok pendidikan kesehatan adalah proses belajar. Didalam kegiatan belajar terdapat 3 persoalan pokok, yakni persoalan masukan (input), proses dan persoalan keluaran (output).

## LANJUTAN

Persoalan masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar (sasaran didik) yaitu individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar itu sendiri dengan berbagai latar belakangnya. Persoalan proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Didalam proses ini terjadi pengaruh timbal balik antara beberapa faktor, yaitu: subjek belajar, pengajar (pendidik atau fasilitator) metode dan teknik belajar, alat bantu belajar, dan materi atau bahan yang dipelajari. Sedangkan keluaran adalah merupakan hasil belajar itu sendiri, yaitu berupa kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar.

- Adapun metode pendidikan kesehatan meliputi: metode pendidikan individual, metode pendidikan kelompok dan metode pendidikan massa.

## **BAB VIII**

### **PENCATATAN DAN PELAPORAN KESEHATAN MASYARAKAT**

#### **A. Pencatatan Dan Pelaporan Kesehatan Masyarakat**

**Pencatatan** adalah kegiatan atau proses pendokumentasian suatu aktifitas dalam bentuk tulisan diatas kertas, file computer, dan lain-lain. Dengan ilustrasi tulisan, grafik, gambar, dan suara. Semua kegiatan pokok baik didalam gedung maupun diluar gedung puskesmas, puskesmas pembantu, dan bidan didesa harus dicatat.

( Ratih Handayani : Wordpress)

Untuk memudahkan pencatatan dapat formulir standar yang telah ditetapkan dalam **sistem pencatatan dan pelaporan terpadu puskesmas (SP2TP)**

#### **B. Definisi Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP)**

SP2TP adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga dan upaya pelayanan kesehatan di Puskesmas yang bertujuan agar didapatnya semua data hasil kegiatan Puskesmas (termasuk Puskesmas dengan tempat tidur, Puskesmas Pembantu, Puskesmas keliling, bidan di Desa dan Posyandu) dan data yang berkaitan, serta dilaporkannya data tersebut kepada jenjang administrasi diatasnya sesuai kebutuhan secara benar, berkala dan teratur, guna menunjang pengelolaan upaya kesehatan masyarakat.

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga dan upaya pelayanan kesehatan di Puskesmas yang ditetapkan melalui SK MENKES/SK/II/1981. Data SP2PT berupa Umum dan demografi, Ketenagaan, Sarana, Kegiatan pokok Puskesmas. Menurut Yusran Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) merupakan kegiatan pencatatan dan pelaporan puskesmas secara menyeluruh (terpadu) dengan konsep wilayah kerja puskesmas. Sistem pelaporan ini ini diharapkan mampu memberikan informasi baik bagi puskesmas maupun untuk jenjang administrasi yang lebih tinggi, guna mendukung manajemen kesehatan.

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas merupakan sumber pengumpulan data dan informasi ditingkat puskesmas. Segala data dan informasi baik faktor utama dan tenaga pendukung lain yang menyangkut puskesmas untuk dikirim ke pusat serta sebagai bahan laporan untuk kebutuhan. Menurut Bukhari Lapau data yang dikumpul oleh puskesmas dan dirangkum kelengkapan dan kebenarannya.

Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) ialah laporan yang dibuat semua puskesmas pembantu, posyandu,

puskesmas keliling bidan-bidan desa dan lain-lain yang termasuk dalam wilayah kerja puskesmas.

Sedangkan lokakarya mini puskesmas adalah upaya untuk menggalang kerja sama tim untuk penggerakan dan pelaksanaan upaya kesehatan puskesmas sesuai dengan perencanaan yang telah disusun dari tiap-tiap upaya kesehatan pokok puskesmas sehingga dapat di hindarkan terjadinya tumpang tindih dalam pelaksanaan kegiatannya.

### **2.1.1. Fungsi Puskesmas**

Ada tiga fungsi puskesmas yaitu :

- Sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayahnya
- Membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat
- Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Proses dalam melaksanakan fungsinya dilakukan dengan cara:

- Merangsang masyarakat termasuk swasta untuk melaksanakan kegiatan dalam rangkamenolong dirinya sendiri
- Memberikan petunjuk kepada masyarakat tentang bagaimana menggali dan menggunakan sumber daya yang ada secara efektif dan efisien
- Memberikan bantuan yang bersifat bimbingan teknis materi dan rujukan medis maupun rujukan kesehatan kepada masyarakat dengan ketentuan bantuan tersebut tidak menimbulkan ketergantungan
- Memberi pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat
- Bekerja sama dengan sector-sector yang bersangkutan dalam melaksanakan program puskesmas

### **2.1.2. Sejarah Perkembangan Puskesmas**

Di Indonesia Puskesmas merupakan tulang punggung pelayanan kesehatan masyarakat tingkat pertama. Konsep puskesmas dilahirkan tahun 1968 ketika dilangsungkan rapat KERJA NASIONAL ( Rakernas ) di Jakarta. Waktu itu dibicarakan upaya mengorganisasi sistem pelayanan kesehatan di tanah air, karena pelayanan kesehatan tingkat pertama pada waktu itu dirasakan kurang menguntungkan, dan dari kegiatan-kegiatan seperti BKIA, BP, P4M dan sebagainya masih berjalan sendiri-sendiri dan tidak saling berhubungan. Melalui rakerkesnas tersebut timbul gagasan untuk menyatukan semua pelayanan kesehatan tingkat pertama kedalam suatu organisasi yang dipercaya dan diberi nama PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT ( Puskesmas ) dan puskesmas waktu itu dibedakan menjadi 4 macam :



1. Puskesmas tingkat Desa
2. Puskesmas tingkat Kecamatan
3. Puskesmas tingkat Kawedanan
4. Puskesmas tingkat Kabupaten

Pada rakernas ke II 1969 pembagian puskesmas dibagi menjadi 3 kategori

1. Puskesmas tipe A dipimpin oleh dokter secara penuh
2. Puskesmas tipe B dipimpin oleh dokter tidak secara penuh
3. Puskesmas tipe C dipimpin oleh paramedik

Pada tahun 1970 ketika dilangsungkan rakerkesnas dirasakan pembagian puskesmas didasarkan kategori tenaga ini kurang sesuai karena puskesmas tipe B dan tipe C tidak dipimpin dokter secara penuh atau sama sekali tidak ada tenaga dokternya, sehingga dirasakan sulit untuk mengembangkannya. Sehingga mulai tahun 1970 ditetapkan hanya satu macam puskesmas dengan wilayah kerja tingkat kecamatan dengan jumlah penduduk 30 000 sampai 50 000 jiwa orang penduduk. Konsep wilayah kerja puskesmas ini dipertahankan sampai akhir Pelita tahap II tahun 1979. dan ini lebih dikenal dengan nama konsep wilayah.

Sesuai dengan perkembangan dan kemampuan pemerintah dan dikeluarkannya INPRES kesehatan No 5 Th 1974, Nomor 7 tahun 1975 dan nomor 4 tahun 1976 dan berhasil mendirikan dan menenpatkan tenaga dokter diseluruh pelosok tanah air maka sejak elita III maka konsep wilayah diperkecil yang mencakup suatu wilayah yang mempunyai jumlah penduduk 30 000 jiwa. Dan sejak tahun 1979 mulai dirintis pembangunan puskesmas di daerah-daerah tingkat kelurahan atau desa yang memiliki jumlah penduduk 30 000 jiwa. Dan untuk mengkoordinasi kegiatan –kegiatan yang berada di suatu kecamatan maka salah satu puskesmas tersebut di tunjuk sebagai penanggungjawab yang selanjutnya disebut sebagai puskesmas induk sedang yang lain disebut puskesmas pembantu. 2 kategori ini dikenal sampai sekarang

### **Wilayah Kerja**

Puskesmas harus bertanggung jawab untuk setiap masalah kesehatan diwilayah kerjanya walaupun wilayah kerjanya itu mempunyai lokasi yang berkilo-kilo meter dari puskesmas. Dengan azas inilah puskesmas dituntut untuk mengutamakan penegahan penyakit. Dengan demikian puskesmas dituntut secara aktif terjun kemasyarakat dan bukan puskesmas menunggu kunjungan masyarakat saja. Wilayah kerja puskesmas bisa didasarkan , area kecamatan, faktor kepadatan penduduk, luas wilayah, keadaan geografis dan keadaan infra struktur lainnya yang bisa untuk pertimbangan untuk pembagian wilayah kerja puskesmas.

Puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Daerah Tingkat II, sehingga pembagian wilayah puskesmas ditetapkan oleh BUPATI KEPALA DAERAH. Untuk kota besar wilayah kerja puskesmas bisa hanya satu kelurahan, sedangkan puskesmas di ibu kota kecamatan bisa sebagai tempat pelayanan rujukan dari puskesmas kelurahan yang juga mempunyai fungsi koordinasi Sasaran penduduk setiap wilayah puskesmas rata-rata 30 000 jiwa. Luas wilayah yang masih dianggap efektif mempunyai ratio 5km sedangkan luas wilayah yang dipandang optimal mempunyai ratio / jari wilayah 3 km

### **Kegiatan Pokok Puskesmas**

Kegiatan-kegiatan pokok puskesmas yang diselenggarakan oleh puskesmas sejak berdirinya semakin berkembang , mulai dari 7 usaha pokok kesehatan, 12 usaha pokok kesehatan, 13 usaha pokok kesehatan dan sekarang meningkat menjadi 20 usaha pokok kesehatan yang dapat dilaksanakan oleh puskesmas sesuai dengan kemampuan yang ada dari tiap-tiap puskesmas baik dari segi tenaga, fasilitas, dan biaya atau anggaran yangtersedia.

Berdasarkan buku pedoman kerja puskesmas yang terbaru ada 20 usaha pokok kesehatan yang dapat dilakukan oleh puskesmas, itu pun sangat tergantung kepada faktortenaga, sarana, dan prasarana serta biaya yang tersedia berikut kemampuan manajemen dari tiap-tiap puskesmas.

- Kegiatan pokok puskesmas diantaranya adalah :
  1. Upaya kesehatan ibu dan anak
    - a) Pemeliharaan kesehatan ibu hamil , melahirkan dan menyusui serta bayi anak balitadan anak prasekolah.
    - b) Memberikan nasehat tentang makanan guna mencegah gizi buruk
    - c) Pemberian nasehat tentang perkembangan anak dan cara stimulasinya.
    - d) Imunisasi tetanus toksoid dua kali pada ibu hamil dan BCG, DPT 3 kali, polio3 kali dan campak 1 kali pada bayi
    - e) Penyuluhan kesehatan dalam mencapai program KIA
    - f) pelayanan keluarga berencana
    - g) Pengobatan bagi ibu, bayi anak balita dan anak prasekolah untuk macam-macam penyakit ringan
    - h) Kunjungan rumah untuk mencari ibu dan anak yang memerlukan pemeliharaan, memberikan penerangan dan pendidikan tentang kesehatan
    - i) Pengawasan dan bimbingan kepada taman kanak-kanak dan para dukun bayi.

2. Upaya keluarga berencana
  - a) Mengadakan kursus keluarga berencana untuk para ibu dan calon ibu yang mengunjungi KIA
  - b) Mengadakan kursus keluarga berencana kepada dukun yang kemudian akan bekerja sebagai penggerak calon peserta keluarga berencana
  - c) Mengadakan pembicaraan-pembicaraan tentang keluarga berencana kapan saja ada kesempatan
  - d) Memasang IUD, cara-cara penggunaan pil, kondom, dan cara-cara lain dengan memberi sarannya
  - e) Melanjutkan mengamati mereka yang menggunakan sarana pencegahan kehamilan
  
3. Upaya peningkatan gizi
  - a) Mengenali penderita-penderita kekurangan gizi dan mengobati mereka
  - b) Mempelajari keadaan gizi masyarakat dan mengembangkan program perbaikan gizi
  - c) Memberikan pendidikan gizi kepada masyarakat terutama dalam rangka program KIA
  - d) Melaksanakan program-program :
    - ❖ Program perbaikan gizi keluarga melalui posyandu
    - ❖ Memberikan makanan tambahan yang mengandung protein dan kalori kepada balita dan ibu menyusui
    - ❖ Memberikan vitamin A kepada balita umur dibawah 5 tahun
  
4. Upaya kesehatan lingkungan Kegiatan
 

Kegiatan utama kesehatan lingkungan yang dilakukan staf puskesmas adalah:

  - a) Penyehatan air bersih
  - b) Penyehatan pembuangan kotoran
  - c) Penyehatan lingkungan perumahan
  - d) Penyehatan limbah
  - e) Pengawasan sanitasi tempat umum
  - f) Penyehatan makanan dan minuman
  - g) Pelaksanaan peraturan perundang-undangan.
  
5. Upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit menular.
  - a) Mengumpulkan dan menganalisa data penyakit
  - b) Melaporkan kasus penyakit menular

- c) Menyelidiki di lapangan untuk melihat benar atau tidaknya laporan yang masuk, untuk menemukan kasus-kasus baru dan untuk mengetahui sumberpenularan.
- d) Tindakan permulaan untuk menahan penularan penyakit
- e) Menyembuhkan penderita, hingga ia tidak lagi menjadi sumber infeksi
- f) Pemberian imunisasi
- g) Pemberantasan vektorh.
- h) Pendidikan kesehatan kepada masyarakat.

### **2.1.3. Tujuan SP2TP**

#### Tujuan Umum

Tersedianya data dan informasi yang akurat tepat waktu dan mutakhir secara periodik dan teratur pengolahan program kesehatan masyarakat melalui puskesmas di berbagai tingkat administrasi.

#### Tujuan Khusus

- Tersedianya data secara akurat yang meliputi segala aspek.
- Terlaksananya pelaporan yang secara teratur diberbagai jenjang administrasi sesuai dengan prosedur yang berlaku.
- Digunakan data tersebut sebagai alat pengambilan keputusan dalam rangka pengelolaan rencana dalam bidang program kesehatan.

### **Metode Penelitian Dalam Pencatan Dan Pelaporan**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif, dengan rancangan studi kasus dengan menggunakan metode kualitatif, maksudnya adalah untuk menggali informasi sebanyak-banyaknya dan secara detail pada proses pelaksanaan sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas.

### **Hasil Penelitian Dalam Pencatatan Dan Pelaporan**

Proses pelaksanaan SP2TP di Dinas Kesehatan Kabupaten Timor Tengah Selatan, mengalami berbagai hambatan, khususnya yang berkaitan dengan pengetahuan dan perilaku para pengelola dan pengguna data, yang kurang mendukung terhadap keberhasilan SP2TP. Kualitas aspek teknis yakni penguasaan tentang SP2TP, proses datanya, sarananya serta kapasitas SDM belum memadai dan mendapat perhatian sebagaimana mestinya. Aspek sistem dalam konteks organisasional yang berkaitan dengan aspek perilaku khususnya menyangkut dengan peran, tugas dan tanggung jawab yang diwujudkan lewat sikap, motivasi dan tindakan nyata dalam pelaksanaan SP2TP dan pemanfaatan data secara konsisten belum nampak.

### **Batasan Dari Pencatatan Dan Pelaporan**

Batasan dari pencatatan dan pelaporan kegiatan adalah sebagai berikut :

- Pencatatan dan pelaporan penyelenggaraan tiap kegiatan bagi tenaga kesehatan adalah melakukan pencatatan data penyelenggaraan tiap kegiatan bagi tenaga kesehatan dan melaporkan data tersebut kepada instansi yang berwenang berupa laporan lengkap pelaksanaan kegiatan dengan menggunakan format yang ditetapkan.
- Pencatatan dan pelaporan rekapitulasi kegiatan tiap triwulan adalah melakukan pencatatan data pada semua kegiatan dalam satu triwulan berjalan dan melaporkan data tersebut dalam bentuk rekapitulasi kegiatan triwulan kepada instansi yang berwenang dengan menggunakan format yang ditetapkan.
- Pencatatan dan pelaporan rekapitulasi kegiatan yang diselenggarakan setiap triwulan dan tiap tahun adalah pencatatan data untuk semua kegiatan dalam satu triwulan dan satu tahun berjalan serta melaporkan data tersebut dalam bentuk rekapitulasi data kegiatan triwulan dan tahunan kepada instansi yang berwenang dengan menggunakan format yang telah ditetapkan.

#### **2.1.4. Ruang Lingkup**

SP2TP dilakukan oleh semua puskesmas termasuk puskesmas pembantu (PUSTU) dan puskesmas keliling.

Pencatatan dan pelaporan mencakup:

- Data umum dan demografi wilayah kerja puskesmas
- Data ketenagaan di puskesmas
- Data sasaran yang dimiliki puskesmas
- Data kegiatan pokok puskesmas
- KIA
- KB
- Usaha kesehatan gizi
- Kesehatan lingkungan
- Pemberantasan dan pencegahan penyakit menular
- Pengobatan termasuk penanganan darurat karena kecelakaan
- Penyuluhan kesehatan masyarakat
- Kesehatan sekolah
- Kesehatan olahraga
- Perawatan kesehatan
- Masyarakat
- Kesehatan kerja
- Kesehatan gigi dan mulut
- Kesehatan jiwa
- Kesehatan mata

- Laboratorium sederhana
- Pencatatan dan pelaporan dalam rangka SIK
- Pembinaan pengobatan tradisional
- Kesehatan remaja
- Dana sehat
- Pelaporan dilakukan setelah periodik (bulan,semester,tahunan)

#### **2.1.5. Pelaksanaan**

Pencatatan dengan menggunakan format

- Family folder
- Buku register yang berisi:
  - Rawat jalan dan rawat inap
  - Penimbangan
  - Kohort ibu
  - Kohort anak
  - Persalinan
  - Laboratorium
  - Pengamatan penyakit memar
  - Imunisasi
  - Pkm
  - Kartu indeks penyakit (kelompok penyakit)
  - Kartu perusahaan
  - Kartu murid
  - Sensus harian (penyakit dan kegiatan puskesmas mempermudah pembuatan laporan)
- Pelaporan

Jenis dan periode laporan

- Laporan bulanan yang berisi:
  - Data kesakitan
  - Data kematian
  - Data operasional (gizi, imunisasi, KIA, KB, dan sebagainya)
  - Data manajemen obat
- Laporan setiap semester
- Data kegiatan puskesmas
- Laporan tahunan
  - Umum dan fasilitas
  - Saran
  - Tenaga

### **2.1.6. Alur Pengiriman SP2TP**

Aturan pengiriman sampai saat ini:

Dikirim kedinas kesehatan tingkat II, diteruskan kedinas kesehatan tingkat I, kemudian diteruskan ke departemen kesehatan (bagian informasi Ditjen pembinaan kesehatan masyarakat). Umpan balik dikirim ke kanwil ke departemen kesehatan provinsi

Alur pengiriman jangka panjang

Mengikuti alur jenjang administrasi organisasi. Departemen kesehatan menerima laporan dari departemen kesehatan provinsi

### **2.1.7. Pengolahan Analisa Dan Pemanfaatan**

Dilaksanakan pada setiap jenjang administrasi. Pemanfaatan disesuaikan dengan tugas dan fungsi dalam pengambilan keputusan

Dipuskesmas digunakan untuk pemantauan dan pelaksanaan program operasionalisasi early warning system. Pada data digunakan untuk pemntauan, pengendalian dan pengambilan tindak koreksi yang diperlukan. Data digunakan untuk perencanaan program dan pemberian bantuan yang diperlukan. Pada tingkat pusat digunakan untuk pengambilan kebijaksanaan pada tingkat nasional.

#### **Pencatatan**

Semua kegiatan pokok baik di dalam gedung maupun di luar gedung puskesmas, puskesmas pembantu, dan bidan di desa harus di catat. Untuk memudahkan dapat menggunakan formulir standar yang telah di tetapkan SP2TP. Jenis formulir standar yang digunakan dalam pencatatan adalah sebagai berikut.

#### **Rekam Kesehatan Keluarga (RKK)**

Kegunaan untuk mengikuti keadaan kesehatan dan gambaran penyakit di suatu keluarga. Penggunaan dalam anggota keluarga yang mengindap salah satu penyakit misalnya penderita TBC paru,Kusta, keluarga resiko tinggi yaitu ibu hamil resiko tinggi.

#### **Kartu rawat jalan**

Merupakan kartu untuk pencatatan identitas dan status pasien rawat jalan yang berkunjung ke puskesmas.

#### **Kartu indeks penyakit**

Merupakan alat bantu untuk mencatat identitas pasien, riwayat dan perkembangan penyakit.

**Kartu Ibu**

Merupakan alat bantu untuk mengetahui identitas, status kesehatan dan riwayat kehamilan sampai kelahiran

**Kartu anak**

Merupakan alat bantu untuk mencatat identitas, status kesehatan, pelayanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitative yang di berikan kepada balita dan anak pra sekolah

**KMS balita, anak sekolah**

Merupakan alat bantu untuk mencatat identitas pelayanan dan pertumbuhan yang di peroleh balita dan sekolah.

**KMS ibu hamil**

Merupakan alat untuk mengetahui identitas dan mencatat perkembangan kesehatan ibu hamil dan pelayanan kesehatan yang di terima ibu hamil.

**KMS usia lanjut (USILA)**

Merupakan alat untuk mencatat kesehatan usia lanjut secara pribadi baik fisik maupun psikososial dan di gunakan untuk memantau kesehatan, deteksi dini penyakit, dan evaluasi kemajuan kesehatan USILA.

**Register**

Merupakan formulir untuk mencatat dan merekap data kegiatan baik di dalam maupun di luar gedung puskesmas, yang telah di catat di kartu dan catatan lainnya.

Ada beberapa jenis register sebagai berikut:

- Nomor indeks pengunjung puskesmas
- Rawat jalan
- Register kunjungan
- Register rawat inap
- Register KIA dan KB
- Register kohort ibu dan balita
- Register deteksi dini tumbuh kembang dan gizi
- Register penimbangan balita
- Register imunisasi
- Register gizi
- Register kapsul beryodium
- Register anak sekolah
- Sensus harian kunjungan, kegiatan KIA, imunisasi , dan penyakit.



### **2.1.8. Pemanfaatan Dan Pelaporan Data SP2TP**

#### **a. Pemanfaatan Data SP2TP**

Untuk memenuhi kebutuhan administrasi pada jenjang yang lebih tinggi dalam rangka perencanaan, pembinaan dan penetapan kebijaksanaan.

Dimanfaatkan puskesmas untuk meningkatkan upaya kesehatan puskesmas melalui:

- Perencanaan (perencanaan mikro)
- Penggerakan dan pelaksanaan (lokakaryamini puskesmas)
- Pengawasan, pengendalian dan penilaian ( stratifikasi)

#### **Jenis Pencatatan Terpadu Di Puskesmas**

Pencatatan kegiatan harian program puskesmas dapat dilakukan didalam dan diluar gedung.

##### Pencatatan yang dibuat didalam gedung puskesmas

Pencatatan yang dibuat di dalam gedung Puskesmas adalah semua data yang diperoleh dari pencatatan kegiatan harian program yang dilakukan dalam gedung puskesmas seperti tekanan darah, laboratorium, KB dan lain-lain. Pencatatan dan pelaporan ini menggunakan: family folder, kartu indek penyakit, buku register dan sensus harian.

##### Pencatatan yang dibuat di luar gedung Puskesmas

Pencatatan yang dibuat di luar gedung Puskesmas adalah data yang dibuat berdasarkan catatan harian yang dilaksanakan diluar gedung Puskesmas seperti Kegiatan program yandu, kesehatan lingkungan, UKS, dan lain-lain. Pencatatan dan Pelaporan ini menggunakan kartu register dan kartu murid. Pencatatan harian masing-masing program Puskesmas dikombinasi menjadi laporan terpadu puskesmas atau yang disebut dengan system pencatatan dan pelaporan terpadu Puskesmas (SP2TP). SP2TP ini dikirim ke dinas kesehatan Kabupaten atau kota setiap awal bulan, kemudian ke Dinas Kesehatan kabupaten atau kota mengolahnya dan mengirimkan umpan baliknya ke Dinas Kesehatan Provinsi dan Departemen Kesehatan Pusat. Umpan balik tersebut harus dikirimbalkembali secara rutin ke Puskesmas untuk dapat dijadikan evaluasi keberhasilan program. Namun sejak otonomi daerah dilaksanakan puskesmas tidak punya kewajiban lagi mengirimkan laporan ke Departemen Kesehatan Pusat tetapi dinkes kabupaten/kota lah yang berkewajiban menyampaikan laporan rutinnya ke Departemen Kesehatan Pusat.

**Macam-macam Pencatatan:**

Model naratif atau narasi Sering di sebut tehnik pencatatan yang berorientasi pada sumber data.

Keuntungan :

- Sudah di kenal
- Udah di kombinasikan dengan cara dokumentasi lain
- Jika di tulis dengan tepat bisa mencakup seluruh keadaan pasien
- Mudah di tulis

Kekurangan :

- Tidak terstruktur dan simpang siur datanya.
- Perlu banyak waktu
- Terbatas dengan kemampuan pelayanan kesehatan
- Informasi sulit untuk jangka panjang

Naratif adalah model lama, tradisional yang paling fleksible. Sistem pencatatan naratif cara penulisannya mengikuti dengan ketat urutan kejadian atau kronologis. Dengan cara naratif ini tiap institusi mempunyai kebijakan sendiri dalam sistem pencatatan.

**b. Laporan SP2TP**

Adapun beberapa jenis laporan yang di buat oleh puskesmas antara lain:

- Laporan harian untuk melakukan kejadian luar biasa penyakit tertentu.
- Laporan mingguan untuk melaporkan kegiatan penyakit yang sedang di tanggulangi.
- Laporan bulanan untuk melakukan kegiatan rutin program
- Jenis laporan ada 4 yaitu:
  - LB1 : berisi data kesakitan
  - LB2 : berisi data kematian
  - LB3 : berisi data program gizi, KIA, KB, dll
  - LB4 : berisi data obat-obatan

Bentuk formulir pelaporan:

- Formulir LB : untuk data kesakitan dan obat dengan LPLPO
- Formulir LT : untuk data kegiatan
- Formulir LS : untuk data saran, kegiatan dan kematian
- LB1 : laporan data kesakitan, kasus lama dan kasus baru
- LB2 : laporan data kematian (tidak dipakai) dan laporan obat-obatan (LPLPO)
- LB3 : gizi, KB, Imunisasi, KIA, Pengamatan Penyakit Menular
- LB4 : Kunjungan puskesmas, kesehatan olahraga, kesehatan sekolah, rawat tinggal, dll
- LT : laporan kegiatan puskesmas (tribulan)

- LT1:
    1. Keadaan sarana puskesmas
    2. Dasar UKS
    3. Kesehatan lingkungan
    4. Kesehatan jiwa
    5. Program pendidikan dan pelatihan
    6. Program pemberantasan penyakit dan gizi
  - LT2 (kepegawaian):
    1. Tenaga PNS di puskesmas
    2. Tenaga PTT di puskesmas
    3. Tenaga PNS di puskesmas pembantu
  - LP3 (peralatan):
    1. Linen
    2. Peralatan laboratorium
    3. Peralatan untuk kesehatan gigi
    4. Peralatan untuk penyuluhan
    5. Peralatan untuk tindakan medis dan non medis
- c. Laporan data puskesmas
- LSD : data kependudukan, fasilitas pendidikan, kesehatan, lingkungan dan peran serta.
  - LSD2 : keterangan puskesmas dan puskesmas pembantu.
  - LSD3 : peralatan puskesmas dan puskesmas pembantu.

Ada juga laporan lain seperti laporan triwulan, laporan semester dan laporan tahunan yang mencakup data kegiatan program yang sifatnya lebih komprehensif disertai penjelasan secara naratif. Yang terpenting adalah bagaimana memanfaatkan semua jenis data yang telah dibuat dalam laporan sebagai masukan atau input untuk menyusun perencanaan puskesmas (micro planning) dan lokakarya mini puskesmas (LKMP). Analisis data hasil kegiatan program puskesmas akan diolah dengan menggunakan statistic sederhana dan distribusi masalah dianalisis menggunakan pendekatan epidemiologis deskriptif. Data tersebut akan disusun dalam bentuk tabel dan grafik informasi kesehatan dan digunakan sebagai masukan untuk perencanaan pengembangan program puskesmas. Data yang digunakan dapat bersumber dari pencatatan masing-masing kegiatan program kemudian data dari pimpinan puskesmas yang merupakan hasil supervisi lapangan.

Dinas kesehatan kabupaten/kota mengolah kembali laporan puskesmas dan mengirimkan umpan baliknya ke Dinkes Provinsi dan Depkes pusat. Feed back terhadap laporan puskesmas untuk dapat dijadikan evaluasi keberhasilan program. Sejak otonomi daerah mulai

dilaksanakan, puskesmas tidak wajib lagi mengirimkan laporan ke Depkes Pusat. Dinkes kabupaten/kota yang mempunyai kewajiban menyampaikan laporan rutinnya ke Depkes Pusat.

## **2.2. Lokakaryamini Puskesmas**

### **2.2.1. Defenisi**

Lokakaryamini puskesmas adalah upaya untuk menggalang kerjasama tim untuk penggerak dan pelaksanaan upaya kesehatan puskesmas sesuai dengan perencanaan yang telah disusun dari tiap-tiap upaya kesehatan pokok puskesmas, sehingga dapat dihindarkan terjadinya tumpang tindih dalam pelaksanaan.

#### **Tujuan umum**

Untuk meningkatkan kemampuan tenaga puskesmas bekerja sama dalam tim dan membina kerja sama lintas program dan lintas sektoral.

#### **Tujuan khusus**

- Terlaksananya penggalangan kerja sama tim lintas program dalam rangka pengembangan manajemen sederhana, terutama dalam pembagian tugas dalam pembuatan rencana kerja harian.
- Terlaksananya penggalangan kerja sama lintas sektoral dalam pembinaan peran serta masyarakat
- Terlaksananya rapat kerja bulanan puskesmas sebagai tindak lanjut penggalangan kerja sama tim puskesmas.
- Terlaksananya rapat kerja tribulanan lintas sektoral sebagai tindak lanjut penggalangan kerjasama lintas sektoral.
- 

### **2.2.2. Komponen Lokakaryamini**

- Penggalangan kerjasama dalam tim PKM
- Penggalangan kerjasama lintas sektoral
- Rapat kerja bulanan puskesmas
- Rapat kerja triwulan lintas sektoral

### **2.2.3. Ruang Lingkup**

Ruang lingkup kegiatan lokakaryamini puskesmas adalah :

- Menggalang kerjasama dalam tim dari masing-masing anggota
- Meningkatkan kebanggaan dan semangat membela keberhasilan tim

### C. Pengorganisasian Puskesmas

Pengorganisasian tingkat Puskesmas didefinisikan sebagai proses penetapan pekerjaan-pekerjaan pokok untuk dikerjakan, pengelompokan pekerjaan, pendistribusian otoritas/wewenang dan pengintegrasian semua tugas-tugas dan sumber-sumber daya untuk mencapai tujuan Puskesmas secara efektif dan efisien. Secara aplikatif pengorganisasian tingkat Puskesmas menurut penulis adalah pengaturan pegawai Puskesmas dengan mengisi struktur organisasi dan tata kerja (SOTK) Puskesmas yang ditetapkan oleh Peraturan Daerah Kabupaten/Kota disertai dengan pembagian tugas dan tanggung jawab serta uraian tugas pokok dan fungsi (Tupoksi), serta pengaturan dan pengintegrasian tugas dan sumber daya Puskesmas untuk melaksanakan kegiatan dan program Puskesmas dalam rangka mencapai tujuan Puskesmas. Berdasarkan definisi tersebut, fungsi pengorganisasian Puskesmas merupakan alat untuk memadukan (sinkronisasi) dan mengatur semua kegiatan yang dihubungkan dengan personil/pegawai, finansial, material, dan metode Puskesmas untuk mencapai tujuan Puskesmas yang telah disepakati bersama antara pimpinan dan pegawai Puskesmas. Pengorganisasian Puskesmas meliputi hal-hal berikut:

- a. Cara manajemen Puskesmas merancang struktur formal Puskesmas untuk penggunaan sumber daya Puskesmas secara efisien
- b. Bagaimana Puskesmas mengelompokkan kegiatannya, dimana setiap pengelompokan diikuti penugasan seorang penanggung jawab program yang diberi wewenang mengawasi stafnya.
- c. Hubungan antara fungsi, jabatan, tugas, dan pegawai Puskesmas.
- d. Cara pimpinan Puskesmas membagi tugas yang harus dilaksanakan dalam unit kerja dan mendelegasikan wewenang untuk mengerjakan tugas tersebut.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128/Menkes/SK/II/2004, bahwa untuk dapat terlaksananya rencana kegiatan Puskesmas, perlu dilakukan pengorganisasian. Ada dua macam pengorganisasian yang harus dilakukan. Pertama, pengorganisasian berupa penentuan para penanggungjawab dan para pelaksana untuk setiap kegiatan serta untuk setiap satuan wilayah kerja. Dengan perkataan lain, dilakukan pembagian habis seluruh program kerja dan seluruh wilayah kerja kepada seluruh petugas puskesmas dengan mempertimbangkan kemampuan yang dimilikinya. Penentuan para penanggungjawab ini dilakukan melalui pertemuan penggalangan tim pada awal tahun kegiatan. Kedua, pengorganisasian berupa penggalangan kerjasama tim secara lintas sektoral. Ada dua bentuk penggalangan kerjasama yang dapat dilakukan:

Penggalangan kerjasama dalam bentuk dua pihak, yakni antara dua sektor terkait, misalnya antara puskesmas dengan sektor tenaga kerja pada waktu menyelenggarakan upaya kesehatan kerja.

Penggalangan kerjasama dalam bentuk banyak pihak, yakni antar berbagai sektor terkait, misalnya antara puskesmas dengan sektor pendidikan, sektor agama, sektor kecamatan pada waktu menyelenggarakan upaya kesehatan sekolah.

**Penggalangan kerjasama lintas sektor ini dapat dilakukan:**

- Secara langsung yakni antar sektor-sektor terkait.
- Secara tidak langsung yakni dengan memanfaatkan pertemuan koordinasi kecamatan.

**Ada 2 (dua) hal yang perlu pengorganisasian tingkat Puskesmas, yakni:**

- Pengaturan berbagai kegiatan yang ada di dalam RO (Rancangan Operasional) Puskesmas, sehingga membentuk satu kesatuan program yang terpadu dan sinergi untuk mencapai tujuan Puskesmas.
- Pengorganisasian pegawai Puskesmas, yaitu pengaturan tugas dan tanggung jawab setiap pegawai Puskesmas, sehingga setiap kegiatan dan program mempunyai penanggung jawabnya. Dengan memahami fungsi pengorganisasian Puskesmas akan lebih memudahkan mempelajari fungsi penggerakan dan pelaksanaan (actuating/aktuasi) dan akan diketahui gambaran pembimbingan dan pengarahan yang diperlukan oleh pegawai Puskesmas sesuai dengan pembagian tugas dan tanggung jawab (Sulaeman, 2009).

**Untuk kelancaran kegiatan SP2TP di Puskesmas, maka dibentuk pengorganisasian yang terdiri dari:**

- Penanggung Jawab (Kepala Puskesmas)
- Tugas penanggung jawab adalah memberikan bimbingan kepada koordinator SP2TP dan para pelaksana kegiatan di Puskesmas.

Koordinator (Petugas yang ditunjuk Kepala Puskesmas)

1) Koordinator SP2TP bertugas:

- Mengumpulkan laporan dari masing-masing pelaksana kegiatan. Bersama dengan para pelaksana kegiatan membuat laporan bulanan SP2TP dan mengirimkan laporan tersebut ke Dinas Kesehatan Dati II paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.
- Bersama dengan para pelaksana kegiatan membuat laporan tahunan SP2TP dan mengirimkan laporan tersebut ke Dinas Dati II paling lambat 31 Januari tahun berikutnya. Menyimpan arsip laporan SP2TP dari masing-masing pelaksana kegiatan.

- Bertanggung jawab atas kelancaran pelaksanaan SP2TP kepada Kepala Puskesmas.
  - Mempersiapkan pertemuan berkala setiap 3 bulan yang dipimpin oleh Kepala Puskesmas dengan pelaksanaan kegiatan untuk menilai pelaksanaan kegiatan SP2TP.
- 2) Anggota (Pelaksana Kegiatan di Puskesmas)
  - 3) Pelaksana kegiatan SP2TP bertugas
    - Mencatat setiap kegiatan pada kartu individu dan register yang ada. Mengadakan bimbingan terhadap Puskesmas Pembantu dan Bidan di Desa. Melakukan rekapitulasi data dari hasil pencatatan dan laporan Puskesmas Pembantu serta Bidan di Desa menjadi laporan kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya. Hasil dari rekapitulasi ini merupakan bahan untuk mengisi/membuat laporan SP2TP.
    - Setiap tanggal 5 mengisi/membuat laporan SP2TP dari hasil kegiatan masing-masing dalam 2 rangkap dan disampaikan kepada coordinator SP2TP Puskesmas. Dengan rincian satu rangkap untuk arsip coordinator SP2TP Puskesmas dan satu rangkap oleh Koordinator SP2TP Puskesmas disampaikan ke Dinas Kesehatan Dati II.
    - Mengolah dan memanfaatkan data hasil rekapitulasi untuk tindak lanjut yang diperlukan dalam rangka meningkatkan kinerja kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya.
    - Bertanggung jawab atas kebenaran isi laporannya. Tim alur jenjang administrasi organisasi. Departemen kesehatan menerima laporan dari Kanwil Depkes provinsi

### **3.2 Kegiatan-Kegiatan Yang Dilakukan**

- Mengkompilasi data dari puskesmas
- Mentabulasi data upaya kesehatan yang dilakukan.
- Menyusun kartu indeks penyakit
- Menyusun sensus harian mengolah data kesakitan
- Menyajikan dalam bentuk narasi, tabel, grafik, sesuai kebutuhan
- Membuat peta wilayah puskesmas termasuk sarana kesehatan

### **3.3 Pencatatan Dan Pelaporan KB Di Puskesmas**

#### **a. Pengertian pencatatan dan pelaporan KB**

Dalam melaksanakan pencatatan dan pelaporan yang tepat dan benar diperlukan keseragaman pengertian sebagai berikut :

1. Pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi adalah suatu kegiatan merekam dan menyajikan berbagai aspek yang berkaitan dengan pelayanan oleh fasilitas pelayanan KB.

2. Peserta KB adalah pasangan usia subur (PUS) yang menggunakan kontrasepsi.
3. Peserta KB baru adalah PUS yang pertama kali menggunakan kontrasepsi atau PUS yang kembali menggunakan kontrasepsi setelah mengalami kehamilan yang berakhir dengan keguguran atau persalinan.
4. Peserta KB lama adalah peserta KB yang masih menggunakan kontrasepsi tanpa diselingi kehamilan.
5. Peserta KB ganti cara adalah peserta KB yang berganti pemakaian dari satu metode kontrasepsi ke metode kontrasepsi lainnya.
6. Pelayanan fasilitas pelayanan KB adalah semua kegiatan pelayanan kontrasepsi oleh fasilitas pelayanan KB baik berupa pemberian atau pemasangan kontrasepsi maupun tindakan-tindakan lain yang berkaitan dengan pelayanan kontrasepsi yang diberikan pada PUS baik calon maupun peserta KB.
7. Pelayanan kontrasepsi oleh fasilitas pelayanan KB di dalam fasilitas pelayanan adalah pemberian atau pemasangan kontrasepsi maupun tindakan-tindakan lain yang berkaitan kontrasepsi kepada calon dan peserta KB yang dilakukan dalam fasilitas pelayanan KB.
8. Pelayanan kontrasepsi oleh fasilitas pelayanan KB di luar fasilitas pelayanan adalah pemberian pelayanan kontrasepsi kepada calon dan peserta KB maupun tindakan-tindakan lain yang berkaitan dengan pelayanan kontrasepsi yang dilakukan di luar fasilitas pelayanan KB.
9. Definisi fasilitas pelayanan KB

**Fasilitas pelayanan KB sederhana** adalah fasilitas pelayanan KB yang dipimpin oleh minimal seorang paramedis atau dan yang sudah mendapat latihan KB dan memberikan pelayanan: cara sederhana (kondom, obat vaginal), pil KB, suntik KB, IUD bagi fasilitas pelayanan yang mempunyai bidang yang telah mendapat pelatihan serta upaya penanggulangan efek samping, komplikasi ringan dan upaya rujukannya.

**Fasilitas pelayanan KB lengkap** adalah fasilitas pelayanan KB yang dipimpin oleh minimal dokter umum yang telah mendapat pelatihan dan memberikan pelayanan: cara sederhana, suntik KB, IUD bagi dokter atau bidan yang telah mendapat pelatihan, implant bagi dokter yang telah mendapat pelatihan, kontak pria bagi fasilitas yang memenuhi persyaratan untuk pelayanan kontak pria.

**Fasilitas pelayanan KB sempurna** adalah fasilitas pelayanan KB yang dipimpin oleh minimal dokter spesialis



kebidanan, dokter spesialis bedah/dokter umum yang telah mengikuti pelatihan dan memberikan pelayanan: cara seerhana, pil KB, suntik KB, IUD, pemasangan dan pencabutan implant, kontak pria, kontak wanita bagi fasilitas yang memenuhi persyaratan untuk pelayanan kontak wanita.

**Fasilitas pelayanan KB paripurna** adalah fasilitas pelayanan KB yang dipimpin oleh minimal dokter spesialis kebidanan yang telah mengikuti pelatihan penanggulangan infertilitas dan rekalisasi/dokter spesialis bedah yang telah mengikuti pelatihan penanggulangan infertilitas dan rekalisasi serta memberikan pelayanan semua jenis kontrasepsi ditambah dengan pelayanan rekalisasi dan penanggulangan infertilitas.

- Status fasilitas pelayanan KB adalah status kepemilikan pengelolaan fasilitas pelayanan KB yang dikelompokkan dalam 4 (empat) status kepemilikan yaitu: Depkes, ABRI, Swasta serta instansi pemerintah lain diluar Depkes dan ABRI.
- Konseling adalah suatu kegiatan yang dilakukan oleh petugas medis atau paramedik dalam bentuk percakapan individual dalam usaha untuk membantu PUS guna meningkatkan kemampuan dalam memilih penggunaan metode kontrasepsi serta memantapkan penggunaan kontrasepsi yang telah dipilih.
- Konseling baru adalah suatu kegiatan konseling yang dilakukan oleh petugas medis atau paramedic kepada calon peserta KB yang akhirnya menjadi peserta KB baru pada saat itu.
- Konseling lama adalah suatu kegiatan konseling yang dilakukan oleh petugas medis atau paramedik kepada peserta KB untuk memantapkan penggunaan kontrasepsi.
- Akibat sampingan atau komplikasi adalah kelainan dan atau gangguan kesehatan akibat penggunaan kontrasepsi.
- Akibat sampingan atau komplikasi ringan adalah kelainan dan atau gangguan kesehatan penggunaan kontrasepsi yang penanganannya tidak memerlukan rawat inap.
- Akibat sampingan atau komplikasi berat adalah kelainan dan atau gangguan kesehatan akibat penggunaan kontrasepsi yang penanganannya memerlukan rawat inap.
- Kegagalan adalah terjadinya kehamilan pada peserta KB.

b. Langkah-langkah pelaksanaannya

Dalam upaya mewujudkan pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi Gerakan Keluarga Berencana Nasional, hal-hal yang harus dilakukan oleh setiap petugas dan pelaksana KB adalah mengetahui dan memahami batasan-batasan pengertian dari istilah-istilah yang

dipergunakan serta mengetahui dan memahami berbagai jenis dan fungsi instrument-instrumen pencatatan dan pelaporan yang dipergunakan, cara-cara pengisiannya serta mekanisme dan arus pencatatan dan pelaporan tersebut.

1. Jenis-jenis Serta Kegunaan, Register, dan Formulir.
2. Kartu Pendaftaran Klinik KB.

Digunakan sebagai sarana untuk pendaftaran pertama bagi klinik KB baru dan pendaftaran ulang semua klinik KB.

Pendaftaran ulang dilakukan setiap akhir tahun anggaran (bulan maret setiap tahun). Kartu ini berisi informasi tentang identitas klinik KB, jumlah tenaga, dan sarana klinik KB serta jumlah desa di wilayah kerja klinik KB yang bersangkutan.

a. Kartu Tanda Akseptor KB Mandiri

Dipergunakan sebagai tanda pengenal dan tanda bukti bagi setiap peserta KB. Kartu ini diberikan terutama kepada peserta KB baru baik dari pelayanan KB jalur pemerintah maupun swasta (dokter/bidan praktek swasta/apotek dan RS/Klinik KB swasta). Pada jalur pelayanan pemerintah, kartu ini merupakan sarana untuk memudahkan mencari kartu status peserta KB. Kartu ini merupakan sumber informasi bagi PPKBD/Sub PPKB tentang kesertaan anggota binaannya di dalam berKB.

b. Kartu Status Peserta KB

Dibuat bagi setiap pengunjung baru klinik KB yaitu peserta KB baru dan peserta KB lama pindahan dari klinik KB lain atau tempat pelayanan KB lain k4. Kartu ini berfungsi untuk mencatat ciri-ciri akseptor hasil pemeriksaan klinik KB dan kunjungan ulangan peserta KB.

c. Kartu Klinik KB (R/I/KB/08)

Dipergunakan untuk mencatat semua hasil pelayanan kontrasepsi kepada semua peserta KB setiap hari pelayanan.

Lembar register terlampir Tujuan penggunaan register ini adalah untuk memudahkan petugas klinik KB dalam membuat laporan pada akhir bulan.

d. Laporan Bulanan Klinik KB (F/II/KB/08)

Dipergunakan sebagai sarana untuk melaporkan kegiatan

Penjelasan Umum:

- ◆ Laporan bulanan klinik KB dibuat oleh petugas klinik KB sebulan sekali, yaitu pada setiap akhir bulan kegiatan pelayanan kontrasepsi di klinik KB.
- ◆ Laporan bulanan klinik KB sebagai sarana untuk melaporkan kegiatan pelayanan kontrasepsi dan hasilnya, yaitu pelayanan

ole klinik KB(di dalam dan diluar klinik KB) serta PPKBD/Sub PPKBD diwilayah binaan klinik KB yang bersangkutan.

- ◆ Laporan bulanan klinik KB ditandatangani oleh pimpinan klinik KB atau petugas yang ditunjuk.
- ◆ Laporan bulanan klinik KB dibuat rangkap 5(lima), yaitu:
  - 1 (satu) lembar dikirim ke SKPD KB Kab/Kota
  - 1 (satu) lembar dikirim ke Dinas Kesehatan Kab/Kota
  - 1 (satu) lembar dikirim ke Camat
  - 1 (satu) lembar sebagai arsip untuk klinik kB yang bersangkutan

Laporan bulanan klinik KB yang dikirim ke BKKBN Pusat (Minat Biro Pencatatan dan Pelaporan) dengan menggunakan sampul atau amplop khusus tanpa dibubuhi perangko dan sudah harus dikirimkan selambat-lambatnya tanggal 5 bulan berikutnya.

### **3.4. Sistematika Pencatatan dan Pelaporan Epidemiologi**

Sistematika Pencatatan dan Pelaporan Epidemiologi, baik yang berupa hasil penelitian, survey maupun hasil penyelidikan epidemiologi pada umumnya terdiri atas :

Judul Laporan  
Pendahuluan  
Latar Belakang  
Permasalahan  
Tujuan penelitian/survey/penyelidikan epidemiologi  
Metode  
Hasil  
Pembahasan  
Kesimpulan dan Saran  
Ringkasan  
Kepustakaan

1. Judul Laporan  
Judul Laporan hendaknya dapat menjawab pertanyaan – pertanyaan berupa :
  - a. Penelitian/Penyelidikan/Survey Epidemiologi apa yang telah dilaksanakan ? (WHAT)
  - b. Di mana Penelitian/Penyelidikan/Survey Epidemiologi tersebut dilaksanakan ? (WHERE)
  - c. Kapan Penelitian/Penyelidikan/Survey Epidemiologi tersebut dilaksanakan ? (WHEN)
2. Pendahuluan
  - a) Latar Belakang  
Alasan Penelitian itu dilakukan.

Misalnya : Meningkatnya angka kematian ibu disuatu wilayah, terjadinya suatu KLB penyakit tertentu, dll.

Tempat atau wilayah terjadinya kasus-kasus yang sedang diselidiki/diteliti/disurvey.

Kapan hal itu terjadi

Siapa pelaksana Penelitian/Penyelidikan/Survey Epidemiologi itu.

Kapan Penelitian/Penyelidikan/Survey Epidemiologi itu dilakukan.

Bagaimana karakteristik geografisnya : misalnya daerah pantai, pegunungan, pedesaan dll.

Karakteristik Demografi : jumlah penduduk, distribusi berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, ras dsb. Karakteristik Sosial Ekonomi :

Tingkat penghasilan, jeis pekerjaan, adat istiadat dsb.

b) Permasalahan

Dalam bahasan ini perlu dituliskan permasalahan dari laporan hasil survey atau penyelidikan epidemiologi yang telah dilakukan. Yang perlu diperhatikan adalah bahwa timbulnya masalah tersebut karena adanya kesenjangan antara apa yang seharusnya terjadi sesuai dengan kaidah atau teori yang ada dengan kenyataan yang terjadi dalam masyarakat.

c) Tujuan

Isi dalam tujuan ini dapat berupa apa tujuan Penelitian/ Penyelidikan/ Survey Epidemiologi tersebut, khususnya yang berkaitan dengan KIA atau Kebidanan.

3. Metode

Dalam bagian ini mencakup hal – hal sebagai berikut :

- a. Jenis penyelidikan atau penelitian epidemiologi yang telah dilakukan
- b. Siapa atau apa populasinya, termasuk subjek penelitiannya atau respondennya.
- c. Hal-hal yang berkaitan dengan sample, seperti bagaimana cara pengambilan
- d. sampelnya, berapa besar sampelnya atau sample apa yang akan diambil/diteliti.
- e. Peralatan apa saja yang digunakan.
- f. Kapan waktunya

4. Hasil

Dalam bagian ini disajikan semua data, baik data primer maupun sekunder dalam bentuk table atau grafik termasuk peta dan data demografi lainnya. Setiap table, grafik ataupun peta harus diberikan penjelasan yang lengkap.

5. Pembahasan

Semua yang telah dipaparkan dalam uraian hasil Penelitian /Penyelidikan /Survey Epidemiologi dibahas pada bagian ini termasuk analisis dari perhitungan statistic yang diperlukanu pelaksanaan Penelitian/ Penyelidikan/Survey Epidemiologi tersebut.



## SISTEM PENCATATAN DAN PELAPORAN PUSKESMAS TERADU (SP2PT)

### Pencatatan



□ **Pencatatan** adalah kegiatan atau proses pendokumentasian suatu aktifitas dalam bentuk tulisan di atas kertas, file computer, dan lain-lain.



## Definisi

- Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan data umum, sarana, tenaga dan upaya pelayanan kesehatan di Puskesmas yang ditetapkan melalui SK MENKES/SK/II/1981.
- Data SP2PT berupa Umum dan demografi, Ketenagaan, Sarana, Kegiatan pokok Puskesmas.



## Manfaat Pencatatan dan Pelaporan

- Memudahkan dalam mengelola informasi kegiatan di tingkat pusat, provinsi, dan kabupaten/kota.
- Memudahkan dalam memperoleh data untuk perencanaan dalam rangka pengembangan tenaga kesehatan.
- Memudahkan dalam melakukan pembinaan tenaga kesehatan.
- Memudahkan dalam melakukan evaluasi hasil.

## Tujuan

### Tujuan Umum

- Tersedianya data dan informasi yang akurat tepat waktu dan mutakhir secara periodik dan teratur pengolahan program kesehatan masyarakat melalui puskesmas di berbagai tingkat administrasi.

### □ Tujuan Khusus

- Tersedianya data secara akurat yang meliputi segala aspek.
- Terlaksananya pelaporan yang secara teratur diberbagai jenjang administrasi sesuai dengan prosedur yang berlaku.
- Digunakan data tersebut sebagai alat pengambilan keputusan dalam rangka pengelolaan rencana dalam bidang program kesehatan.

## Batasan Dari Pencatatan Dan Pelaporan

- melakukan pencatatan data penyelenggaraan tiap kegiatan bagi tenaga kesehatan dan melaporkan data tersebut kepada instansi yang berwenang berupa laporan lengkap pelaksanaan kegiatan dengan menggunakan format yang ditetapkan.



- melakukan pencatatan data pada semua kegiatan dalam satu triwulan berjalan dan melaporkan data tersebut dalam bentuk rekapitulasi kegiatan triwulan kepada instansi yang berwenang dengan menggunakan format yang ditetapkan.
- pencatatan data untuk semua kegiatan dalam satu triwulan dan satu tahun berjalan serta melaporkan data tersebut dalam bentuk rekapitulasi data kegiatan triwulan dan tahunan kepada instansi yang berwenang dengan menggunakan format yang telah ditetapkan.

## Ruang Lingkup

- Ruang lingkup pencatatan dan pelaporan meliputi jenis data yang dikumpulkan, dicatat, dan dilaporkan puskesmas.

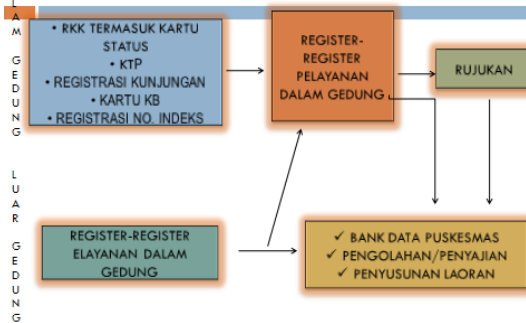


## Pengolahan Analisa Dan Pemanfaatan

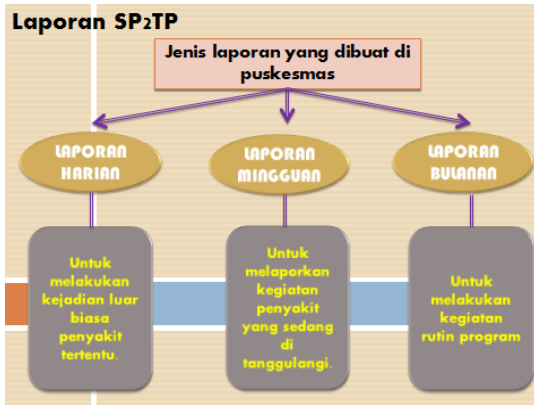
- **Rekam Kesehatan Keluarga (RKK)**  
Kegunaan untuk mengikuti keadaan kesehatan dan gambaran penyakit di suatu keluarga.
- **Kartu rawat jalan**  
Merupakan kartu untuk pencatatan identitas dan status pasien rawat jalan yang berkunjung ke puskesmas.
- **Kartu indeks penyakit**  
Merupakan alat bantu untuk mencatat identitas pasien, riwayat dan perkembangan penyakit.
- **Kartu Ibu**  
Merupakan alat bantu untuk mengetahui identitas, status kesehatan dan riwayat kehamilan sampai kelahiran
- **Kartu anak**  
Merupakan alat bantu untuk mencatat identitas, status kesehatan, pelayanan preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitative yang di berikan kepada balita dan anak pra sekolah
- **KMS balita, anak sekolah**  
Merupakan alat bantu untuk mencatat identitas pelayanan dan pertumbuhan yang di peroleh balita dan sekolah.
- **KMS ibu hamil**  
Merupakan alat untuk mengetahui identitas dan mencatat perkembangan kesehatan ibu hamil dan pelayanan kesehatan yang di terima ibu hamil.
- **KMS usia lanjut(USILA)**  
Merupakan alat untuk mencatat kesehatan usia lanjut secara pribadi, baik fisik maupun psikososial dan di gunakan untuk memantau kesehatan, deteksi dini penyakit, dan evaluasi kemajuan kesehatan USILA.
- **Register**  
Merupakan formulir untuk mencatat dan merekap data kegiatan baik di dalam maupun di luar gedung puskesmas, yang telah di catat di kartu dan catatan lainnya.
- Ada beberapa jenis register sebagai berikut:
  - Nomor indeks pengunjung puskesmas
  - Rawat jalan
  - Register kunjungan
  - Register rawat inap
  - Register KIA dan KB
  - Register kohort ibu dan balita
  - Register deteksi dini tumbuh kembang dan gizi
  - Register penimbangan balita
  - Register imunisasi
  - Register gizi
  - Register kapsul beryodium
  - Register anak sekolah
  - Sensus harian kunjungan, kegiatan KIA, imunisasi, dan penyakit.



## MEKANISME PENCATATAN



## PELAPORAN



## LB : Laporan Bulanan

- LB1: laporan data kesakitan, kasus lama dan kasus baru
- LB2: laporan data kematian (tidak dipakai) dan laporan obat-obatan (LPLPO)
- LB3: gizi, KB, Imunisasi, KIA, Pengamatan Penyakit Menular
- LB4: Kunjungan puskesmas, kesehatan olahraga, kesehatan sekolah, rawat tinggal, dll

## LT: Laporan Kegiatan Puskesmas (Tribulan)

### LT1: Keadaan sarana puskesmas

- Dasar UKS
- Kesehatan lingkungan
- Kesehatan jiwa
- Program pendidikan dan pelatihan
- Program pemberantasan penyakit dangizi

### LT2 (kepegawaian):

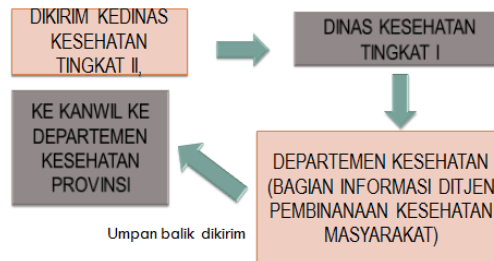
- Tenaga PNS di puskesmas
- Tenaga PTT di puskesmas
- Tenaga PNS di puskesmas pembantu

### LT3 (peralatan):

- Linen
- Peralatan laboratorium
- Peralatan untuk kesehatan gigi
- Peralatan untuk penyuluhan
- Peralatan untuk tindakan medis dan non medis

## Alur Pengiriman SP2TP

- Aturan pengiriman sampai saat ini:



## Pelaksana kegiatan SP2TP bertugas

- Mencatat setiap kegiatan pada kartu individu dan register yang ada.
- Mengadakan bimbingan terhadap Puskesmas Pembantu dan Bidan di Desa.
- Melakukan rekapitulasi data dari hasil pencatatan dan laporan Puskesmas Pembantu serta Bidan di Desa menjadi laporan kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya.
- Hasil dari rekapitulasi ini merupakan bahan untuk mengisi/membuat laporan SP2TP.

- Setiap tanggal 5 mengisi/membuat laporan SP2TP dari hasil kegiatan masing-masing dalam 2 rangkap dan disampaikan kepada coordinator SP2TP Puskesmas.
- Dengan rincian satu rangkap untuk arsip koordinator SP2TP Puskesmas dan satu rangkap oleh Koordinator SP2TP Puskesmas disampaikan ke Dinas Kesehatan Dati II.

- Mengolah dan memanfaatkan data hasil rekapitulasi untuk tindak lanjut yang diperlukan
- Bertanggung jawab atas kebenaran isi laporan kegiatannya.

## LOKAKARYAMINI



- Lokakaryamini puskesmas adalah upaya untuk menggalang kerjasama tim untuk penggerak dan pelaksanaan upaya kesehatan puskesmas sesuai dengan perencanaan yang telah disusun dari tiap-tiap upaya kesehatan pokok puskesmas, sehingga dapat dihindarkan terjadinya tumpang tindih dalam pelaksanaan.

## KESIMPULAN

- Program pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP) didalam pelaksanaannya masih terbatas pada data yang merupakan hasil dari interaksi antara masyarakat dengan fasilitas kesehatan. SP2TP dapat juga membantu dalam perencanaan program-program kesehatan di puskesmas.

## BAB IX SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DAN SISTEM RUJUKAN

### A. Sistem pelayanan kesehatan

#### 2.1.1 Pengertian

Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo (2001) pelayanan kesehatan adalah subsistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif dan promotif dan sasaran masyarakat.

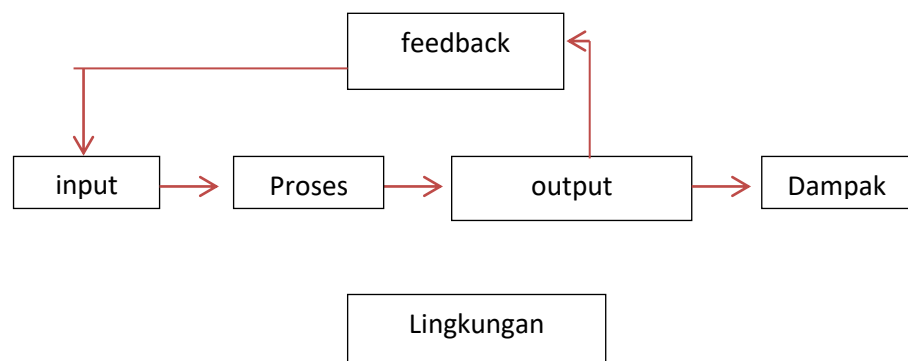
Menurut Depkes RI pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan perorangan, keluarga, kelompok, dan ataupun masyarakat

#### 2.1.2 Teori sistem

Teori tentang sistem akan memudahkan dalam memecahkan persoalan yang ada dalam sistem. sistem tersebut terdiri dari subsistem yang membentuk sebuah sistem yang antara satu dengan yang lainnya harus saling mmengaruhi.

Dalam teori sistem disebutkan bahwa sistem itu terbentuk dari subsistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi bagian tersebut terdiri dari input, proses, output, dampak umpan balik dan lingkungan yang kesemuanya saling berhubungan dan saling mempengaruhi

dampak, umpan balik dan lingkungan yang kesemuanya saling berhubungan dan saling mempengaruhi, sehingga dapat digambarkan sebagai berikut:



#### 1. Input

Merupakan subsistem yang memberikan segala masukan untuk berfungsinya sebuah system, seperti system pelayanan kesehatan, maka masukan dapat berupa potensi masyarakat, tenaga kesehatan , sarana kesehatan, dan lain lain.

## **2. Proses**

Suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah sebuah masukan untuk menjadikan sebuah hasil yang diharapkan dari system tersebut, sebagaimana contoh dalam system pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud proses adalah berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan.

## **3. Output**

Hasil yang diperoleh dari sebuah proses, dalam system pelayanan kesehatan hasilnya dapat berupa pelayanan kesehatan yang berkualitas, efektif dan efisien serta dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat sehingga pasien sembuh dan sehat secara optimal.

## **4. Dampak**

Merupakan akibat yang dihasilkan sebuah hasil dari system, yang terjadi relative lama waktunya. Setelah hasil dicapai, sebagaimana dalam system pelayanan kesehatan, maka dampaknya akan menjadikan masyarakat sehat dan mengurangi angka kesakitan dan kematian karena pelayanan terjangkau oleh masyarakat.

## **5. Umpan balik**

Merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadikan masukan dan ini terjadi dari sebuah system yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Umpan balik dalam system pelayanan kesehatan dapat berupa kualitas tenaga kesehatan yang juga dapat menjadikan input yang selalu meningkat.

## **6. Lingkungan**

Lingkungan disini adalah semua keadaan diluar system tetapi dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan sebagaimana dalam system kesehatan, lingkungan yang dimaksud dapat berupa lingkungan geografis, atau situasi kondisi social yang ada di masyarakat seperti instusi dari luar pelayanan kesehatan.

### **2.1.3 Dimensi pelayanan kesehatan masyarakat**

sistem pelayanan kesehatan masyarakat mencakup pelayanan kedokteran (medical service ) dan pelayanan kesehatan masyarakat ( public health services ) pemerintah dalam hal ini departament kesehatan mempunyai kewajiban dan tanggung jawab dalam menggali dan membina potensi masyarakat dalam upaya pelayanan kesehatan masyarakat. tiga dimensi yang menggalang potensi masyarakat yaitu

1. potensi masyarakat dalam arti komunitas ( misalnya Rt, Rw, kelurahan dan sebagainya ). contohnya dengan adanya dana sehat, iuran untk pengadaan PMT untuk balita kader kesehatan dan lain-lain adalah bentuk partisipasi dan penggalan potensi masyaraat dalam pelayanan masyarakat.
2. menggalang potensi masyarakat melalui organisasi-organisasi masyarakat
3. menggalang potensi masyarakat melalui perusahaan-perusahaan swasta yang ikut membangun meringankan beban pelayanan kesehatana masyarakat.

#### 2.1.4 Ketentuan untuk diselenggarakan pelayanan kesehatan

1. penanggung jawab  
pengawasan, standart pelayanan dan sebagainya bagi pelayanan kesehatan masyarakat baik pemerintah atau swasta adalah dibawah koordinasi departement kesehatan
2. Standart pelayanan  
diindonesia standart pelayanan ini telah ditetap oleh departement kesehatan dengan adanya buku pedoman puskesmas
3. hubungan kerja  
sistem pelayanan kesehatan masyarakat harus mempunyai pembagian kerja yang jelas antara bagian satu dengan yang lainnya. fasilitas kesehatan ini harus mempunyai struktur organisasi yang jelas sehingga menggambarkan kerja baik horisontal maupun vertikal.
4. pengorganisasian potensi masyarakat  
ciri khas dari sistem pelayanan kesehatan masyarakat adalah keikutsertaan masyarakat atau perorganisasian masyarakat. upaya ini penting karena adanya keterbatasan sumber-sumber daya dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat, perlu diikuti sertakan masyarakat ini.

#### 2.1.5 Bentuk pelayanan kesehatan

pada penyakit ringan tidak memerlukan pelayanan canggih, sedangkan penyakit yang sudah parah tidak cukup dngan pelayanan yang sederhana saja. adapun tiga bentuk pelayanan yaitu :

1. pelayanan kesehatan tingkat pertama ( primary healt care )  
pelayanan kesehatan untuk sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. pelayanan yang diberikan bersifat pelayanan kesehatan dasar ( basic healt care ). atau juga merupakan pelayanan kesehatan primer atau utama ( primary healt care ) bentuk pelayanan ini dimasyarakat adalah puskesmas, pembantu puskesmas, puskesmas keliling dan balkesmas
2. pelayanan kesehatan tingkat kedua ( secondary health service )  
pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan oleh kelompok masarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan memerlukan kesehatan primer. bentuk pelayanan ini misalnya rumah sait tipe C dan D, dan memerlukan tenaga medis spesialis.
3. pelayanan kesehatan tingkat tiga ( trtiary healt service )  
pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. bentuk pelayanan ini adalah rumah sakit tipe A dan B. Pelayanan yang diberikan sudah komplek, dan memerlukan tenaga-tenaga super spesialis.

## **B. Tingkat Pelayan Kesehatan**

Melalui tingkat pelayanan kesehatan akan dapat diketahui kebutuhan dasar manusia tentang kesehatan. Menurut Leavel dan Carlk dalam memberikan pelayanan kesehatan harus memandang pada tingkat pelayanan kesehatan yang akan diberikan, diantara tingkat pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut :

1. *Health Promotion* (Promosi Kesehatan)

Merupakan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan melalui peningkatan kesehatan. Bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan agar masyarakat atau sasarannya tidak terjadi gangguan kesehatan. Tingkat pelayanan ini meliputi kebersihan perseorangan, perbaikan sanitasi lingkungan, layanan prenatal, layanan lansia, dan semua kegiatan yang berhubungan dengan peningkatan status kesehatan.

2. *Spesific Protection* ( Perlindungan Khusus )

Perlindungan Khusus ini dilakukan dalam melindungi masyarakat dari bahaya yang akan menyebabkan penurunan status kesehatan, atau bentuk perlindungan terhadap penyakit-penyakit tertentu, ancaman kesehatan, yang termasuk dalam tingkat pelayanan kesehatan ini adalah pemberian imunisasi yang digunakan untuk perlindungan pada penyakit tertentu seperti imunisasi BCG, DPT, Hepatitis, campak, dan lain-lain. Pelayanan perlindungan keselamatan kerja dimana pelayanan kesehatan yang diberikan kepada seseorang yang bekerja di tempat risiko kecelakaan tinggi seperti kerja dibagian produksi bahan kimia, bentuk perlindungan khusus berupa pelayanan pemakaian alat pelindung diri dan lain sebagainya.

3. *Early Diagnosis and Prompt Treatment* ( Diagnosis dini dan pengobatan segera )

Tingkat pelayanan kesehatan ini sudah masuk ke dalam tingkat dimulainya atau timbulnya gejala dari suatu penyakit. Tingkat pelayanan ini dilaksanakan dalam mencegah meluasnya penyakit yang lebih lanjut serta dampak dari timbulnya penyakit sehingga tidak terjadi penyebaran. Bentuk tingkat pelayanan kesehatan ini dapat berupa kegiatan dalam rangka survey pencarian kasus baik secara individu maupun masyarakat, survey penyaringan kasus serta pencegahan terhadap meluasnya kasus.

4. *Disability Limitation* ( Pembatasan Cacat )

Dilakukan untuk mencegah agar pasien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit yang ditimbulkan. Tingkat ini dilaksanakan pada kaus atau penyakit yang mengalami potensi kecacatan. Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan dapat berupa perawatan untuk menghentikan penyakit, mencegah komplikasi lebih



lanjut, pemberian segala fasilitas untuk mengatasi kecacatan dan mencegah kematian.

5. *Rehabilitation* (Rehabilitasi)

Tingkat pelayanan ini dilaksanakan setelah pasien didiagnosis sembuh. Sering pada tahap ini dijumpai pada fase pemulihan terhadap kecacatan sebagaimana program latihan-latihan yang diberikan kepada pasien, kemudian memberikan fasilitas agar pasien memiliki keyakinan kembali atau gairah hidup kembali ke masyarakat dan masyarakat mau menerima dengan senang hati karena kesadaran yang dimilikinya.

a) rumah sakit dapat dibagi dalam beberapa jenis menurut kategorinya :

1. menurut pemilik : pemerintah, swasta
2. menurut filosofi yang dianut : profit hospital dan non profit hospital
3. menurut jenis pelayanan yang diselenggarakan : General Hospital dan Specialty Hospital
4. menurut lokasi (pemerintah) : pusat, provinsi dan kabupaten

b) menurut kemampuan yang dimiliki rumah sakit di Indonesia dapat digolongkan dalam beberapa kategori :

1. Rumah sakit tipe A : Spesialis dan sub spesialis lebih luas, top referral hospital
2. Rumah sakit tipe B : Spesialis dan Sub spesialis terbatas, pelayanan rujukan dari kabupaten
3. Rumah sakit tipe C : Spesialis terbatas, pelayanan rujukan dari puskesmas
4. Rumah sakit tipe D : pelayanan rujukan dari puskesmas
5. Rumah sakit tipe E : (rumah sakit khusus) RS jiwa, RS jantung, RS paru, kanker, kista

2.1.7 faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan

pelaksanaan pelayanan kesehatan juga akan lebih berkembang atau sebaliknya akan terhambat karena dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti adanya peningkatan ilmu pengetahuan dan teknologi baru, pergeseran nilai masyarakat, aspek legal dan etik, ekonomi dan politik.

1. Ilmu pengetahuan dan teknologi baru

pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan dapat dipengaruhi oleh ilmu pengetahuan dan teknologi baru, meningkat perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, maka akan diikuti oleh perkembangan pelayanan kesehatan atau juga sebagai dampak pelayanan kesehatan jelas lebih mengikuti perkembangan dan pelayanan akan lebih profesional dan butuh tenaga-tenaga yang ahli dalam bidang tertentu.

2. pergeseran nilai masyarakat  
berlangsungnya sistem pelayanan kesehatan juga pelayanan kesehatan juga dapat dipengaruhi oleh nilai yang ada di masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan, diaman dengan beragamnya masyarakat, maka dapat menimbulkan pemanfaatan jasa pelayanan yang berbeda. Masyarakat yang sudah maju dengan pengetahuan yang tinggi, maka akan memiliki kesadaran yang lebih dalam penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan, demikian juga sebaliknya pada masyarakat yang memiliki pengetahuan yang kurang akan memiliki kesadaran yang rendah terhadap pelayanan kesehatan.
3. Aspek legal dan etik  
Dengan tingginya kesadaran masyarakat terhadap penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan, maka akan semakin tinggi pula tuntutan hukum dan etik dalam pelayanan kesehatan, sehingga pelaku pemberi pelayanan kesehatan harus dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara profesional dengan memperhatikan nilai-nilai hukum yang ada di masyarakat.
4. Ekonomi  
Pelaksanaan pelayanan kesehatan akan dipengaruhi oleh tingkat ekonomi di masyarakat. Semakin tinggi ekonomi seseorang pelayanan kesehatan akan lebih diperhatikan dan mudah dijangkau, demikian juga sebaliknya apabila tingkat ekonomi seseorang rendah maka sangat sulit menjangkau pelayanan kesehatan mengingat biaya dalam jasa pelayanan kesehatan membutuhkan biaya yang cukup mahal. Keadan ekonomi ini yang akan dapat mempengaruhi dalam sistem pelayanan kesehatan.
5. Politik  
Kebijakan pemerintah melalui sistem politik yang ada akan sangat mempengaruhi sekali dalam sistem pelayanan kesehatan. kebijakan-kebijakan yang ada dapat memberikan pola dalam sistem pelayanan.

## **C. Sistem Rujukan**

### **2.2.1 Pengertian**

Menurut Menkes RI no.32 tahun 1972 sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jawab timbal balik terhadap suatu penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horisontal dalam arti antara unit-unit yang setingkat kemampuannya.

Sistem rujukan merupakan suatu sistem jaringan pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas timbulnya masalah dari suatu kasus atau masalah

kesehatan masyarakat baik secara vertikal maupun horisontal kepada yang lebih kompeten ke jangkauan yang dilakukan secara nasional.

### 2.2.2 Jenis Rujukan

Berdasarkan garis besar rujukan dibedakan menjadi dua yaitu :

#### 1. Rujukan Medik

Yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas kasus yang timbul baik secara vertikal maupun secara horisontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional. jenis rujukan medik antara lain.

##### a. Transfer of passion.

Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostik, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain.

##### b. Transfer of Specimen

Pengiriman bahan atau spesimen untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.

##### c. Transfer Of Knowledge atau personal.

Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu pelayanan setempat.

#### 2. Rujukan Kesehatan

Hubungan dalam pengiriman pemeriksaan bahan atau spesimen ke fasilitas yang lebih maju dan lengkap. Ini adalah rujukan yang menyangkut masalah kesehatan yang bersifat pencegahan penyakit atau preventif dan peningkatan kesehatan (promotif). Rujukan ini mencakup rujukan teknologi sarana dan operasional.

### 2.2.3 Jalur Rujukan

Dalam kaitan ini jalur rujukan untuk kasus gawat darurat dapat dilakukan sebagai berikut :

#### 1. Dari kader

Dapat langsung merujuk ke :

- a. Puskesmas bantuan
- b. Pondok bersalin/ bidan desa
- c. Puskesmas atau puskesmas rawat inap.
- d. Rumah sakit pemerintah atau swasta

#### 2. Dari Posyandu

Dapat langsung merujuk ke :

- a. Puskesmas pembantu
- b. Pondok bersalin/ bidan desa.
- c. Puskesmas atau puskesmas rawat inap.
- d. Rumah sakit pemerintah atau swasta

3. Dari puskesmas pembantu dapat langsung dirujuk ke rumah sakit tipe D/C atau rumah sakit swasta.
4. Dari pondok bersalin atau bidan desa.  
Dapat langsung merujuk ke rumah sakit tipe D/C atau swasta.

#### 2.2.4 Persiapan rujukan

Persiapan yang harus diperhatikan dalam meakukan rujukan, disingkat BAKSOKU yang dijabarkan sebagai berikut.

- B** : Bidan, pastikan ibu, bayi dan klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan.
- A** : Alat, Bawa perlengkapan dan bahan-bahan yang diperlukan seperti spuit, tensi meter, infus set, dan stetoskop.
- K** : Keluarga, beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu dan alasan mengapa ia di rujuk, suami dan anggota keluarga yang lain harus menyetujui ibu ke tempat rujukan.
- S** : Surat, berisi surat ke tempat rujukan dengan isinya Identifikasi ibu, alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan, atau obat-obatan yang telah diterima ibu.
- O** : Obat, bawa obat-obatan esensial yang diperlukan selama perjalanan merujuk.
- K** : Kendaraan, siapakan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu dalam kondisi ang nyaman dan dapat mencapai tujuan dalam waktu yang tepat.
- U** : Uang, ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cuku untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang diperlukan di tempat rujukan.

#### 2.2.5 Keuntungan Sistem Rujukan

1. Pelayanan yang diberikan sedekat mungkin ketempat pasien, berarti bahwa pertolongan dapat diberikan cepat, murah dan secara psikologi dapat memberikan rasa aman.
2. Dengan adanya penataran yang teratur diharapkan pengetahuan dan ketrampilan petugas daerah makin meningkat sehingga banyak kasus yang dapat dikelola di daerahnya masing-masing.
3. Masyarakat desa dapat menikmati pelayanan tenaga ahli

#### 2.2.6 Tingkat Rujukan

1. Menentukan kegawatdaruratan pada tingkat kader, bidan desa, pustu dan puskesmas.
  - a. Pada tingkat kader bila ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendri maka segera di rujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan

terdekat karena mereka belum dapat menetapkan tingkat kegawatdaruratan.

- b. Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas tenaga kesehatan harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui. Sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya mereka harus menentukan kasus mana yang boleh ditangani sendiri dan kasus mana yang harus di rujuk.

## 2. Menentukan tempat tujuan rujukan

Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan terdekat, termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.

- a. Memberikan informasi kepada penderita dan keluarganya perlu diberikan informasi tentang perlunya penderita segera dirujuk mendapatkan pertolongan pada fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
- b. Mengirimkan informasi pada tempat rujukan yang dituju melalui telepon atau radio komunikasi pelayanan kesehatan yang lebih mampu.

## 3. Persiapan penderita

Sebelum dikirim keadaan umum penderita harus diperbaiki lebih dahulu. Keadaan umum ini perlu dipertahankan selama dalam perjalanan, surat rujukan harus dipersiapkan sesuai dengan format rujukan dan seorang bidan harus mendampingi penderita dalam perjalanan sampai ke tempat rujukan.

## 4. Pengiriman penderita

Untuk mempercepat sampai ke tujuan, perlu diupayakan kendaraan atau sarana transportasi yang tersedia untuk menyangkut penderita.

## 5. Tindak lanjut penderita

- a. Untuk penderita yang telah dikembalikan dan memerlukan tindak lanjut, dilakukan tindakan sesuai dengan saran yang diberikan.
- b. Bagi penderita yang memerlukan tindak lanjut tapi tidak melapor, maka dilakukan kunjungan rumah.

### 2.2.7 Rujukan Kebidanan

Sistem rujukan dalam mekanisme pelayanan obstetri adalah suatu pelimpahan tanggung jawab timbal balik atas kasus atau masalah kebidanan yang timbul baik secara vertikal maupun horisontal. Rujukan vertikal

maksudnya adalah rujukan komunikasi antara satu unit ke unit yang telah lengkap. Indikasi perujukan ibu yaitu

1. Riwayat Sc
2. Perdarahan pervaginam
3. persalinaan kurang bulan
4. ketuban pecah dengan mekonium yang kental
5. ketuban pecah lama
6. ketuban pecah pada persalinaan kurang bulan
7. ikterus
8. anemi berat
9. tanda atau gejala infeksi
10. pre-eklamsi, dll

# SISTEM PELAYANAN KESEHATAN & SISTEM RUJUKAN



AKADEMI KEBIDANAN GRIYA HUSADA SURABAYA  
2016

## A. Sistem Pelayanan Kesehatan

### 1. Pengertian

Menurut Prof. Dr. Soekidjo Notoatmojo(2001) pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah pelayanan preventif(pencegahan) dan promotif(peningkatan kesehatan) dengan sasaran masyarakat.

Menurut Depkes RI(2009) pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat.

## 2. Teori Sistem Pelayanan

system itu terbentuk dari subsistem yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Bagian tersebut terdiri dari :



### ● Input

Merupakan subsistem yang memberikan segala masukan untuk berfungsinya sebuah system, seperti system pelayanan kesehatan, maka masukan dapat berupa potensi masyarakat, tenaga kesehatan, sarana kesehatan, dan lain lain.

### ● Proses

Suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah sebuah masukan untuk menjadikan sebuah hasil yang diharapkan dari system tersebut, sebagaimana contoh dalam system pelayanan kesehatan, maka yang dimaksud proses adalah berbagai kegiatan dalam pelayanan kesehatan.

### ● Output

Hasil yang diperoleh dari sebuah proses, dalam system pelayanan kesehatan hasilnya dapat berupa pelayanan kesehatan yang berkualitas, efektif dan efisien serta dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat sehingga pasien sembuh dan sehat secara optimal.

### ● Dampak

Merupakan akibat yang dihasilkan sebuah hasil dari system, yang terjadi relative lama waktunya. Setelah hasil dicapai, sebagaimana dalam system pelayanan kesehatan, maka dampaknya akan menjadikan masyarakat sehat dan mengurangi angka kesakitan dan kematian karena pelayanan terjangkau oleh masyarakat.



#### ○ Umpan balik

Merupakan suatu hasil yang sekaligus menjadikan masukan dan ini terjadi dari sebuah system yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi. Umpan balik dalam system pelayanan kesehatan dapat berupa kualitas tenaga kesehatan yang juga dapat menjadikan input yang selalu meningkat.

#### ○ Lingkungan

Lingkungan disini adalah semua keadaan diluar system tetapi dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan sebagaimana dalam system kesehatan, lingkungan yang dimaksud dapat berupa lingkungan geografis, atau situasi kondisi social yang ada di masyarakat seperti instusi dari luar pelayanan kesehatan.

### 3. Dimensi Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Ada 3 dimensi yang menggalang potensi masyarakat, yaitu:

- Potensi masyarakat dalam arti komunitas. Contohnya, dengan adanya dana sehat, iuran untuk pengadaan PMT untuk anak balita, kader kesehatan dan lain-lain merupakan partisipasi dan penggalan potensi masyarakat dalam pelayan kesehatan masyarakat.
- Menggalang potensi masyarakat melalui organisasi-organisasi masyarakat (LSM).
- Menggalang potensi masyarakat melalui perusahaan-perusahaan swasta yang ikut membantu meringankan beban penyelenggara pelayanan kesehatan masyarakat (Puskesmas, Balkesmas dan lain-lain).

## 4. Ketentuan Untuk Diselenggarakannya Pelayanan Kesehatan

- Penanggung Jawab

Pengawasan, standar pelayanan dan sebagainya bagi pelayanan kesehatan masyarakat baik pemerintah atau swasta adalah di bawah koordinasi Departemen Kesehatan.

- Standar Pelayanan

Di Indonesia standar pelayanan kesehatan ini telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan dengan adanya buku "Pedoman Puskesmas".

- Hubungan Kerja

Sistem pelayanan kesehatan masyarakat harus mempunyai pembagian kerja yang jelas antara bagian satu dengan yang lainnya. Fasilitas kesehatan ini harus mempunyai struktur organisasi yang jelas sehingga menggambarkan kerja, baik horizontal maupun vertikal.

- Pengorganisasian Potensi Masyarakat

Ciri khas dari sistem pelayanan kesehatan masyarakat adalah keikutsertaan masyarakat atau pengorganisasian masyarakat. Upaya ini penting karena adanya keterbatasan sumber-sumber daya dari penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat, perlu keikutsertaan masyarakat ini.

## 5. Bentuk Pelayanan Kesehatan

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama(primary health care)

Pelayanan kesehatan untuk sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan. Bentuk pelayanan ini di masyarakat adalah Puskesmas, Puskesmas pembantu, Puskesmas keliling, dan Balkesmas.

2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua(secondary health services)

Pelayanan kesehatan jenis ini diperlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer. Bentuk pelayanan ini misalnya Rumah sakit tipe-C dan D, dan memerlukan tenaga medis spesialis.

3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga(tertiary health services)

Pelayanan kesehatan ini diperlukan oleh kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder. Bentuk pelayanan ini adalah Rumah sakit tipe A dan B. Pelayanan yang diberikan sudah kompleks, dan memerlukan tenaga-tenaga super spesialis.

## 6. Tingkat Pelayanan Kesehatan

Menurut Leavel dan Carlk:

### 1. *Health Promotion* (Promosi Kesehatan)

Merupakan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan melalui peningkatan kesehatan. Bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan agar masyarakat atau sasarnya tidak terjadi gangguan kesehatan.

### 2. *Spesific Protection* ( Perlindungan Khusus )

Perlindungan Khusus ini dilakukan dalam melindungi masyarakat dari bahaya yang akan menyebabkan penurunan status kesehatan, atau bentuk perlindungan terhadap penyakit-penyakit tertentu, ancaman kesehatan, yang termasuk dalam tingkat pelayanan kesehatan ini adalah pemberian imunisasi yang digunakan untuk perlindungan pada penyakit tertentu seperti imunisasi BCG, DPT, Hepatitis, campak, dan lain-lain.

### 3. *Early Diagnosis and Prompt Treatment* (Diagnosis dini dan pengobatan segera)

Tingkat pelayanan kesehatan ini sudah masuk ke dalam tingkat dimulainya atau timbulnya gejala dari suatu penyakit. Tingkat pelayanan ini dilaksanakan dalam mencegah meluasnya penyakit yang lebih lanjut serta dampak dari timbulnya penyakit sehingga tidak terjadi penyebaran.

## 7. Faktor Yang Mempengaruhi Pelayanan Kesehatan

### 1. Ilmu pengetahuan dan teknologi baru

tujuan : mengingat perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, mengatasi masalah penyakit-penyakit yang sulit dapat digunakan alat seperti laser, terapi pengubahan gen, dan lain-lain.

### 2. Pergeseran Nilai Masyarakat

Berlangsungnya system pelayanan kesehatan juga dapat dipengaruhi oleh nilai yang ada di masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan, dimana dengan beragamnya masyarakat, maka dapat menimbulkan pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan yang berbed.

### 3. Aspek Legal dan Etik

Dengan tingginya kesadaran masyarakat terhadap penggunaan atau pemanfaatan pelayanan kesehatan , maka dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara professional dengan memperhatikan nilai-nilai hukum yang ada di masyarakat.

#### 4. *Disability Limitation* ( Pembatasan Cacat )

Dilakukan untuk mencegah agar pasien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit yang ditimbulkan. Tingkat ini dilaksanakan pada kaus atau penyakit yang mengalami potensi kecacatan.

#### 5. *Rehabilitation* ( Rehabilitasi )

Tingkat pelayanan ini dilaksanakan setelah pasien didiagnosis sembuh. Sering pada tahap ini dijumpai pada fase pemulihan terhadap kecacatan sebagaimana program latihan-latihan yang diberikan kepada pasien, kemudian memberikan fasilitas agar pasien memiliki keyakinan kembali atau gairah hidup kembali ke masyarakat dan masyarakat mau menerima dengan senang hati karena kesadaran yang dimilikinya.

## B. Sistem Rujukan

### 1. Pengertian

Menurut Menkes RI no 32 tahun 1972 sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang melaksanakan pelimpahan tanggung jaab timbal balik terhadap satu kasus penyakit atau masalah kesehatan secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang kepada unit yang lebih mampu atau secara horizntal dalam arti antara unit-unit yang setingkat kemampuannya

## 2. Jenis Rujukan

a) **Rujukan medic** yaitu pelimpahan tanggung jawab secara timbal balik atas satu kasus yang timbul baik secara vertical maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional. Jenis rujukan medic antara lain:

- **Transfer of patient.** Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostic, pengobatan, tindakan operatif dan lain – lain.
- **Transfer of specimen.** Pengiriman bahan (spesimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap.
- **Transfer of knowledge / personal.** Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan setempat.

b) **Rujukan kesehatan** yaitu berhubungan dalam pengiriman, pemeriksaan bahan atau specimen ke fasilitas yang lebih mampu dan lengkap. Ini adalah rujukan yang menyangkut masalah kesehatan yang sifatnya pencegahan penyakit (preventif) dan peningkatan kesehatan (promotif).

## 3. Jalur Rujukan

1) Dari Kader, Dapat langsung merujuk ke:

- Puskesmas pembantu
- Pondok bersalin / bidan desa
- Puskesmas / puskesmas rawat inap
- Rumah sakit pemerintah / swasta

2) Dari Posyandu, Dapat langsung merujuk ke:

- a. Puskesmas pembantu
- b. Pondok bersalin / bidan desa
- c. Puskesmas / puskesmas rawat inap
- d. Rumah sakit pemerintah / swasta

3) Dari Puskesmas Pembantu

Dapat langsung merujuk ke rumah sakit tipe D/C atau rumah sakit swasta.

4) Dari Pondok bersalin / Bidan Desa

Dapat langsung merujuk ke rumah sakit tipe D/C atau rumah sakit swasta.

#### 4. Persiapan rujukan

Persiapan yang harus diperhatikan dalam melakukan rujukan, disingkat "BAKSOKU" yang dijabarkan sebagai berikut:

**B (Bidan)** : pastikan ibu/bayi/klien didampingi oleh tenaga kesehatan yang kompeten dan memiliki kemampuan untuk melaksanakan kegawatdaruratan.

**A (Alat)** : bawa perlengkapan dan bahan – bahan yang diperlukan, seperti spuit, infus set, tensimeter, dan stetoskop.

**K (Keluarga)** : beritahu keluarga tentang kondisi terakhir ibu (klien) dan alasan mengapa ia dirujuk. Suami dan anggota keluarga yang lain harus menerima Ibu (klien) ke tempat rujukan.

**S (Surat)** : beri surat ke tempat rujukan yang berisi identifikasi ibu (klien), alasan rujukan, uraian hasil rujukan, asuhan, atau obat – obat yang telah diterima ibu (klien)

**O (Obat)** : bawa obat – obat esensial diperlukan selama perjalanan merujuk

**K (Kendaraan)** : siapkan kendaraan yang cukup baik untuk memungkinkan ibu (klien) dalam kondisi yang nyaman dan dapat mencapai tempat rujukan dalam waktu cepat

**U (Uang)** : ingatkan keluarga untuk membawa uang dalam jumlah yang cukup untuk membeli obat dan bahan kesehatan yang di perlukan di tempat rujukan.

## 5. Tingkat Rujukan

a. Menentukan kegawatdaruratan pada tingkat kader, bidan desa, pustu dan puskesmas.

- Pada tingkat Kader bila ditemukan penderita yang tidak dapat ditangani sendiri maka segera dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat karena mereka belum dapat menetapkan tingkat kegawatdaruratan.
- Pada tingkat bidan desa, puskesmas pembantu dan puskesmas Tenaga kesehatan harus dapat menentukan tingkat kegawatdaruratan kasus yang ditemui.

b. Menentukan tempat tujuan rujukan

Prinsip dalam menentukan tempat rujukan adalah fasilitas pelayanan yang mempunyai kewenangan terdekat, termasuk fasilitas pelayanan swasta dengan tidak mengabaikan kesediaan dan kemampuan penderita.

## 6. Rujukan Kebidanan

Indikasi perujukan ibu yaitu :

- a. Riwayat seksio sesaria
- b. Perdarahan per vaginam
- c. Persalinan kurang bulan (usia kehamilan < 37 minggu)
- d. Ketuban pecah dengan mekonium yang kental
- e. Ketuban pecah lama (lebih kurang 24 jam)
- f. Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan
- g. Ikterus
- h. Anemia berat
- i. Tanda/gejala infeksi
- j. Preeklamsia/hipertensi dalam kehamilan
- k. Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih
- l. Primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi kepala janin masuk 5/5
- m. Presentasi bukan belakang kepala
- n. Kehamilan gemeli
- o. Presentasi majemuk
- p. Tali pusat menubung
- q. Syok

## Kesimpulan

Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia meliputi pelayanan kesehatan yang termasuk dari dimensi pelayanan kesehatan masyarakat, ketentuan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, bentuk pelayanan kesehatan, tingkat pelayanan kesehatan, faktor yang mempengaruhi pelayanan kesehatan, serta meliputi sistem rujukan mulai dari jenis rujukan, jalur rujukan, persiapan rujukan, keuntungan sistem rujukan, tingkat rujukan, serta rujukan kebidanan.

**\*TERIMAKASIH\***



## **BAB X**

### **Teknologi Tepat Guna dalam Kebidanan**

#### **A. Pengertian Teknologi Tepat Guna**

Teknologi adalah keseluruhan sarana untuk menyediakan barang-barang yang diperlukan bagi kelangsungan dan kenyamanan hidup manusia. Teknologi tepat guna adalah suatu alat yang sesuai dengan kebutuhan dan dapat berguna serta sesuai dengan fungsinya. Selain itu, teknologi tepat guna atau yang disingkat dengan TTG adalah teknologi yang digunakan dengan sesuai (tepat guna). Ada yang menyebutnya teknologi tepat guna sebagai teknologi yang telah dikembangkan secara tradisional, sederhana dan proses pengenalannya banyak ditentukan oleh keadaan lingkungan dan mata pencaharian pokok masyarakat tertentu.

Secara teknis TTG merupakan jembatan antara teknologi tradisional dan teknologi maju. Oleh karena itu aspek-aspek sosio-kultural dan ekonomi juga merupakan dimensi yang harus diperhitungkan dalam mengelola TTG. Dari tujuan yang dikehendaki, teknologi tepat guna haruslah menerapkan metode yang hemat sumber daya, mudah dirawat, dan berdampak polutif minimalis dibandingkan dengan teknologi arus utama, yang pada umumnya beremisi banyak limbah dan mencemari lingkungan.

#### **a. Teknik Partisipatoris**

Metode partisipatoris merupakan proses pengumpulan data yang melibatkan kerjasama aktif antara fasilitator program dan responden. Seorang fasilitator program biasanya memakai pertanyaan yang tidak dirancang secara baku, melainkan hanya garis besarnya saja. Topik-topik pertanyaan dapat muncul dan berkembang berdasarkan proses tanya jawab responden. Metode Partisipatoris ini terfokus pada faktor institusi atau kelembagaan sehingga kegiatan suatu program mempunyai keluaran berupa aksi bersama untuk mencapai kondisi yang diharapkan masyarakat lokal.

Beberapa prinsip partisipatori yang membedakan dengan penelitian konvensional adalah partisipasi, belajar bergantian dan berbagi (prinsip 1). Peka jender dan berorientasi aksi (prinsip 2). Cepat tapi rileks, luwes dan adaptif (prinsip 3). Kerja lapangan (prinsip 4). Terdapat banyak teknik pengumpulan data partisipatoris, empat diantaranya adalah:

##### **1. Penelitian dan Aksi Partisipatoris (Participatory Research and Action).**

Metode yang terkenal dengan istilah PRA (dulu disebut Participatory Rural Appraisal) ini merupakan alat pengumpulan data yang sangat berkembang dewasa ini. PRA terfokus pada proses pertukaran informasi dan pembelajaran antara pengumpul data dan responden.

Metode ini biasanya menggunakan teknik-teknik visual (penggunaan tanaman, biji-bijian, tongkat) sebagai alat penunjuk pendataan sehingga memudahkan masyarakat biasa (bahkan yang buta huruf) berpartisipasi. PRA memiliki banyak sekali teknik, antara lain Lintas Kawasan, Jenjang Pilihan dan Penilaian, Jenjang Matrik Langsung, Diagram Venn, Jenjang Perbandingan Pasangan (Suharto, 1997; 2002; Hikmat, 2001).

2. Stakeholder Analysis.

Analisis terhadap para peserta atau pengurus dan anggota suatu program, proyek pembangunan atau organisasi sosial tertentu mengenai isu-isu yang terjadi di lingkungannya, seperti relasi kekuasaan, pengaruh, dan kepentingan-kepentingan berbagai pihak yang terlibat dalam suatu kegiatan. Metode ini digunakan terutama untuk menentukan apa masalah dan kebutuhan suatu organisasi, kelompok, atau masyarakat setempat.

3. Beneficiary Assessment.

Pengidentifikasian masalah sosial yang melibatkan konsultasi secara sistematis dengan para penerima pelayanan sosial. Tujuan utama pendekatan ini adalah untuk mengidentifikasi hambatan-hambatan partisipasi, merancang inisiatif-inisiatif pembangunan, dan menerima masukan-masukan guna memperbaharui sistem dan kualitas pelayanan dan kegiatan pembangunan.

4. Monitoring dan Evaluasi Partisipatoris (Participatory Monitoring and Evaluation).

Metode ini melibatkan anggota masyarakat dari berbagai tingkatan yang bekerjasama mengumpulkan informasi, mengidentifikasi dan menganalisis masalah, serta melahirkan rekomendasi-rekomendasi.

**b. Ciri-ciri Teknologi Tepat Guna**

Sebagaimana telah dikemukakan pada kriteria dan syarat dan kesesuaian TTG, dapat dikemukakan ciri-ciri yang cukup menggambarkan TTG (walaupun tidak berarti sebagai batasan) adalah sebagai berikut:

1. Perbaikan teknologi tradisional yang selama ini menjadi tulang punggung pertanian, industri, pengubah energi, transportasi, kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di suatu tempat.
2. Biaya investasi cukup rendah/ relatif murah.
3. Teknis cukup sederhana dan mampu untuk dipelihara dan didukung oleh keterampilan setempat.
4. Masyarakat mengenal dan mampu mengatasi lingkungannya.
5. Cara pendayagunaan sumber-sumber setempat termasuk sumber alam, energi, bahan secara lebih baik dan optimal.

6. Alat mandiri masyarakat dan mengurangi ketergantungan kepada pihak luar (self-reliance motivated).

#### **d. Fungsi Teknologi Tepat Guna**

Sebagai mana fungsi dari teknologi tepat guna adalah:

1. Alat kesehatan yang digunakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat.
2. Biaya yang digunakan cukup rendah dan relatif murah.
3. Teknis cukup sederhana dan mampu untuk dipelihara.
4. Mengurangi kesalahan dalam mendiagnosis suatu penyakit.

#### **e. Kriteria Teknologi Tepat Guna**

Teknologi tepat guna mempunyai kriteria yang dapat dikatakan sebagai TTG yaitu :

1. Apabila teknologi itu sebanyak mungkin mempergunakan sumber-sumber yang tersedia banyak di suatu tempat.
2. Apabila teknologi itu sesuai dengan keadaan ekonomi dan social masyarakat setempat
3. Apabila teknologi itu mampu memecahkan persoalan/masalah yang sebenarnya dalam masyarakat, bukan teknologi yang hanya bersemayam di kepala perencanaannya.
4. Suatu yang harus diperhatikan bahwa, masalah-masalah pembangunan boleh jadi memerlukan pemecahan yang unik dan khas, jadi teknologi-teknologi tersebut tidak perlu dipindahkan ke negara-negara atau kedaerah lain dengan masalah serupa. Apa yang sesuai di suatu tempat mungkin saja tidak cocok di lain tempat. Maka dari itu tujuan TTG adalah melihat pemecahan-pemecahan terhadap masalah-masalah tertentu dan menganjurkan mengapa hal itu sesuai.

#### **f. Penerapan Teknologi Tepat Guna Bagi Masyarakat**

Teknologi tepat guna adalah teknologi yang dirancang khusus untuk suatu masyarakat tertentu agar dapat disesuaikan dengan segala aspek. Teknologi tepat guna bertujuan untuk menerapkan metode yang hemat sumber daya, mudah dirawat, dan ramah lingkungan dibanding teknologi arus utama, yang umumnya mencemari lingkungan.

Teknologi tepat guna bagi masyarakat:

1. Teknologi tepat guna sebagai pengelolaan air
2. Teknologi tepat guna sebagai proses penjernihan air
3. Teknologi tepat guna sebagai kumpulan teknik penyaringan air, antara lain :
  - a. Teknologi tepat guna penyaringan air – saringan kain katun
  - b. Teknologi tepat guna penyaringan air – saringan kapas

- c. Teknologi tepat guna penyaringan air – aerasi
- d. Teknologi tepat guna penyaringan air – saringan pasir lambat
- e. teknologi tepat guna penyaringan air – saringan pasir cepat
- f. Teknologi tepat guna penyaringan air – gravity fed filtering system.

#### **g. Peranan Teknologi Dibidang Kesehatan**

Sekarang ini teknologi informasi di Bidang Kesehatan sangat memiliki peran yang sangat signifikan untuk menolong jiwa manusia serta riset-riset di bidang kedokteran. Teknologi informasi digunakan untuk menganalisis organ tubuh manusia bagian dalam yang sulit dilihat, untuk mendiagnosa penyakit, menemukan obat yang tepat untuk mengobati penyakit, dan masih banyak lagi.

Pemanfaatan teknologi informasi ini tentunya sudah sangat membantu orang-orang yang bergerak di bidang kesehatan ini, setidaknya bisa membantu mereka dalam menangani para pasiennya sehingga sedikit banyak Teknologi di bidang Kesehatan ini bisa meningkatkan kesehatan masyarakat sekarang ini. Adanya teknologi informasi dimanfaatkan Dokter dan Perawat untuk memudahkan mereka memonitor kesehatan pasien monitor detak jantung pasien lewat monitor komputer, aliran darah, memeriksa organ dalam pasien dengan sinar X.

Dengan teknologi modern bisa memonitor, bahkan menggantikan fungsi organ dalam seperti Jantung, Paru-paru dan Ginjal. Itu merupakan teknologi kesehatan yang digabungkan dengan teknologi informasi dan Komputer. Seperti yang tercantum di dalam sebuah artikel yang ada di website, beberapa temuan teknologi sudah dikembangkan oleh pakarnya. Teknologi-teknologi yang sudah di kembangkan di bidang kesehatan diantaranya adalah berupa Sistem *Computerized Axial Tomography* (CAT) digunakan untuk menggambar struktur bagian otak dan mengambil gambar seluruh organ tubuh yang tidak bergerak dengan menggunakan sinar-X.

Sedangkan untuk yang bergerak menggunakan sistem *Dynamic Spatial Reconstructor* (DSR) yang dapat digunakan untuk melihat gambar dari berbagai sudut organ tubuh. Keunggulan-keunggulan dari CT scan ini adalah :

1. Memiliki kontras resolusi dan spatial resolusi yang tinggi. Kontras resolusi adalah kemampuan untuk membedakan dua objek yang memiliki densitas hampir sama. Spatial resolusi adalah kemampuan untuk membedakan dua objek yang saling berdekatan letaknya.
2. Hasil gambaran dapat direkonstruksi sesuai kebutuhan, misalnya dari proyeksi axial dijadikan proyeksi sagital atau coronal.

3. Gambaran jaringan lunak memiliki karakteristik yang baik dengan adanya pengaturan window. Hasil gambaran berupa irisan melintang (
4. cross sectional ) sehingga superposisi antar organ dapat dihindari.
5. Diagnosa lebih akurat dengan adanya pengambilan gambaran dari berbagai proyeksi seperti proyeksi axial, sagital dan coronal.

#### **h. Manfaat Teknologi Tepat Guna**

1. Dapat memenuhi kebutuhan masyarakat yang makin hari makin meningkat, tentu hal itu di barengi dengan kemampuan masyarakatnya yang mampu mengoperasionalkan dan memanfaatkan TTG tersebut.
2. Teknologi tepat guna mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui pemenuhan kebutuhannya, pemecahan masalahnya dan penambahan hasil produksi yang makin meningkat dari biasanya. Teknologi tersebut relatif mudah dipahami mekanismenya, mudah dipelihara dan mudah diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Masuknya teknologi baru tidak akan membebani masyarakat baik mental (ketidakmampuan skill) maupun materiil (dapat menimbulkan beban biaya yang tidak mampu dipenuhi masyarakat).
3. Teknologi tepat guna dapat mempermudah dan mempersingkat waktu pekerjaan tenaga kesehatan dan klien.
4. Masyarakat mampu mempelajari, menerapkan, memelihara teknologi tepat guna tersebut.
5. Masyarakat / klien bisa lebih cepat ditangani oleh tenaga kesehatan.
6. Hasil diagnosa akan lebih akurat, cepat, dan tepat

#### **i. Dampak Teknologi Tepat Guna Dalam Kebidanan**

1. Dampak positif sebagai berikut:
  - a. Dengan adanya teknologi tepat guna dalam kebidanan, maka masyarakat akan mendapat kemudahan dalam menjaga kesehatan yang lebih efisien dan efektif.
  - b. Teknologi yang ada, dapat membuat kegiatan khususnya di dalam kebidanan akan lebih sederhana dan mudah
2. Dampak negatif sebagai berikut :
  - a. Jika penggunaannya teknologi tepat guna tidak sesuai dengan lingkup yang memerlukan maka itu akan sia-sia. Contoh penggunaan USG di daerah pedalaman, disana tidak orang yang mengelolanya dan tidak sesuai dengan kebudayaan masyarakat disana.

- b. Dengan ketidaktepatan penggunaan alat tersebut maka akan berdampak buruk terhadap pasien. Contoh : penggunaan USG pada pasien dengan cara-cara yang tidak tepat.
- c. Penggunaan teknologi pada daerah pedalaman dengan tenaga yang tidak ahli akan menimbulkan resiko terhadap pasien.

## **j. Penggunaan Teknologi Tepat Guna dalam Kebidanan**

### **2.9.1 Fetal Doppler**

Merupakan alat yang digunakan untuk mendeteksi denyut jantung bayi, yang menggunakan prinsip pantulan gelombang elektromagnetik, alat ini adalah sangat berguna untuk mengetahui kondisi kesehatan janin, sangat disarankan untuk dimiliki dirumah sebagai deteksi harian, selain aman juga mudah dalam penggunaannya serta harga yang sangat terjangkau untuk dimiliki.



### **2.9.2 Fetal Doppler Sunray**

Adalah salah satu jenis dan merk doppler yang digunakan untuk mengetahui denyut jantung janin dalam kandungan, fetal doppler ini sangat praktis digunakan baik secara pribadi atau digunakan oleh kalangan paramedis.



### 2.9.3 Staturmeter

Adalah alat yang digunakan untuk mengukur tinggi badan, alat ini adalah sangat sederhana pada disainnya karena hanya ditempelkan pada tembok bagian atas dan ketika akan digunakan hanya perlu untuk menariknya sampai ke bagian kepala teratas, sehingga dapat diketahui tinggi badan orang tersebut.



### 2.9.4 Pelindung Mata Untuk Rontgen (Eye Protector Photo Therapy)

Adalah alat bantu yang digunakan untuk melindungi bagian mata bayi pada saat dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan sinar X-ray atau jenis pemeriksaan lain yang menggunakan media sinar agar tidak mengganggu pengelihatan bayi yang akan diperiksa.



### 2.9.5 Alat Pengukur Panjang Bayi

Merupakan peralatan sederhana yang biasa digunakan oleh bidan dan petugas posyandu, untuk mengetahui perkembangan tinggi bayi dari waktu ke waktu, terbuat dari kayu dengan mistar yang mudah dibaca.



### 2.9.6 Breast Pump

Biasa digunakan oleh para ibu yang berkarier diluar rumah, agar ASI tidak terbuang dengan percuma, sehingga bayi tetap bisa mendapatkan ASI dari ibunya dengan cara di pompa.

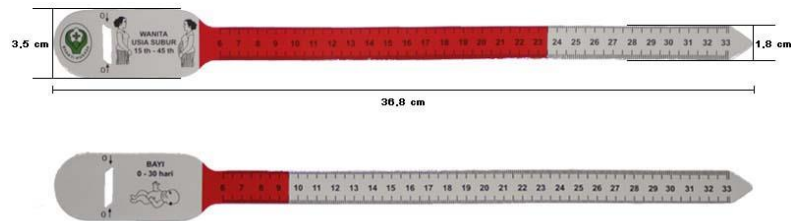




### 2.9.7 Pita LILA

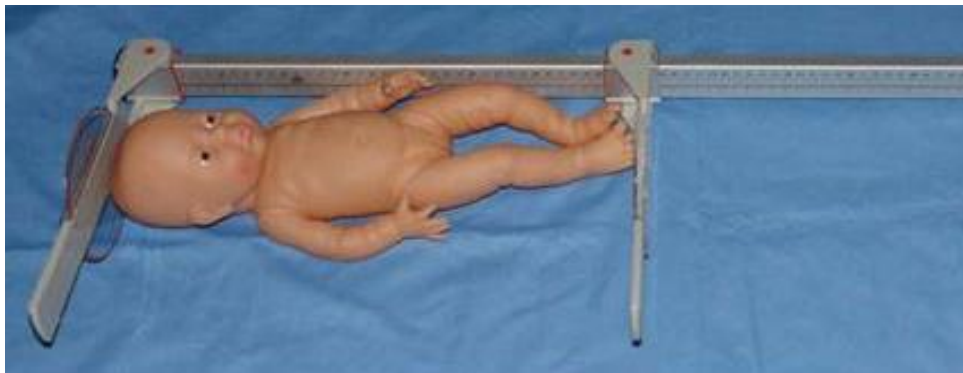
Adalah pita yang dibuat untuk mengukur lingkaran lengan atas dari lengan kiri atau lengan yang tidak aktif pada ibu hamil untuk mengetahui status gizi ibu hamil maupun digunakan untuk mengukur lingkaran lengan pada bayi.

## PITA LILA



### 2.9.8 Pengukur Panjang Bayi (Caliper)

Adalah alat yang digunakan untuk mengukur panjang bayi dengan ketepatan pengukuran yang tinggi, karena skala yang digunakan pada alat ini lebih detail, sehingga setiap inchi pertumbuhan bayi dapat diketahui.



### 2.9.9 Reflek Hammer / Reflek Patella

Sejenis hammer yang dilapisi dengan karet yang digunakan untuk mengetahui respon syaraf di kaki.



### 2.9.10 Umbilical Cord Clem Nylon

Adalah alat yang digunakan untuk menjepit tali pusar bayi saat bayi telah dilahirkan.



### 2.9.11 Tourniquet

Adalah alat bantu yang digunakan untuk sarana pendukung pada pengambilan darah, pada umumnya dilingkarkan pada lengan tangan saat akan dilakukan pengambilan darah, agar darah bisa lebih mudah untuk di ambil.





## Pengertian Teknologi Tepat Guna

- ❖ Teknologi adalah keseluruhan sarana untuk menyediakan barang-barang yang diperlukan bagi kelangsungan dan kenyamanan hidup manusia
- ❖ Teknologi tepat guna adalah suatu alat yang sesuai dengan kebutuhan dan dapat berguna serta sesuai dengan fungsinya
- ❖ Selain itu, teknologi tepat guna atau yang disingkat dengan TTG adalah teknologi yang digunakan dengan sesuai (tepat guna). Ada yang menyebutnya teknologi tepat guna sebagai teknologi yang telah dikembangkan secara tradisional, sederhana dan proses pengenalannya banyak ditentukan oleh keadaan lingkungan dan mata pencaharian pokok masyarakat tertentu

- ❖ Dapat disimpulkan bahwa Teknologi tepat guna adalah teknologi yang dirancang khusus untuk suatu masyarakat tertentu agar dapat disesuaikan dengan segala aspek. Teknologi tepat guna bertujuan untuk menerapkan metode yang hemat sumber daya, mudah dirawat, dan ramah lingkungan dibanding teknologi arus utama, yang umumnya mencemari lingkungan.

## Teknik Partisipatoris

- Metode Partisipatoris merupakan proses pengumpulan data yang melibatkan kerjasama aktif antara fasilitator program dan responden
- Metode Partisipatoris ini terfokus pada faktor institusi atau kelembagaan sehingga kegiatan suatu program mempunyai keluaran berupa aksi bersama untuk mencapai kondisi yang diharapkan masyarakat lokal

➤ Terdapat banyak teknik pengumpulan data partisipatoris, empat diantaranya adalah:

1. Penelitian dan Aksi Partisipatoris (Participatory Research and Action).
2. *Stakeholder Analysis*.
3. *Beneficiary Assessment*.
4. Monitoring dan Evaluasi Partisipatoris (Participatory Monitoring and Evaluation).

## Ciri-ciri Teknologi Tepat Guna

- Perbaikan teknologi tradisional yang selama ini menjadi tulang punggung pertanian, industri, pengubah energi, transportasi, kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di suatu tempat.
- Biaya investasi cukup rendah/ relatif murah.
- Teknis cukup sederhana dan mampu untuk dipelihara dan didukung oleh keterampilan setempat.
- Masyarakat mengenal dan mampu mengatasi lingkungannya.
- Cara penayagunaan sumber-sumber setempat termasuk sumber alam, energi, bahan secara lebih baik dan optimal.
- Alat mandiri masyarakat dan mengurangi ketergantungan kepada pihak luar (self-reliance motivated).

## Kriteria Teknologi Tepat Guna

- Apabila teknologi itu sebanyak mungkin mempergunakan sumber-sumber yang tersedia banyak di suatu tempat.
- Apabila teknologi itu sesuai dengan keadaan ekonomi dan sosial masyarakat setempat.
- Apabila teknologi itu membantu memecahkan persoalan/ masalah yang sebenarnya dalam masyarakat, bukan teknologi yang hanya bersemayam di kepala perencananya.
- Suatu yang harus diperhatikan bahwa, masalah-masalah pembangunan boleh jadi memerlukan pemecahan yang unik dan khas, jadi teknologi-teknologi tersebut tidak perlu dipindahkan ke negara-negara atau kedaerah lain dengan masalah serupa. Apa yang sesuai di suatu tempat mungkin saja tidak cocok di lain tempat. Maka dari itu tujuan TTG adalah melihat pemecahan-pemecahan terhadap masalah-masalah tertentu dan menganjurkan mengapa hal itu sesuai.

## Penerapan Teknologi Tepat Guna bagi Masyarakat

- ❖ Teknologi tepat guna sebagai pengelolaan air
- ❖ Teknologi tepat guna sebagai proses penjernihan air
- ❖ Teknologi tepat guna sebagai kumpulan teknik penyarangan air
  - a. *Teknologi tepat guna penyarangan air – saringan kain katun*
  - b. *Teknologi tepat guna penyarangan air – saringan kapas*
  - c. *Teknologi tepat guna penyarangan air – aerasi*
  - d. *Teknologi tepat guna penyarangan air – saringan pasir lambat*
  - e. *teknologi tepat guna penyarangan air – saringan pasir cepat*
  - f. *Teknologi tepat guna penyarangan air – gravity fed filtering system*

## Peranan Teknologi Dibidang Kesehatan

- Pemanfaatan Teknologi Informasi ini tentunya sudah sangat membantu orang-orang yang bergerak di bidang kesehatan ini, setidaknya bisa membantu mereka dalam menangani para pasiennya sehingga sedikit banyak teknologi di bidang kesehatan ini bisa meningkatkan kesehatan masyarakat sekarang ini
- Teknologi teknologi yang sudah di kembangkan di bidang Kesehatan diantaranya adalah berupa Sistem *Computerized Axial Tomography* (CAT) digunakan untuk menggambar struktur bagian otak dan mengambil gambar seluruh organ tubuh yang tidak bergerak dengan menggunakan sinar-X.

Sedangkan untuk yang bergerak menggunakan sistem *Dynamic Spatial Reconstructor* (DSR) yang dapat digunakan untuk melihat gambar dari berbagai sudut organ tubuh. Keunggulan-keunggulan dari CT scan ini adalah:

1. Memiliki kontras resolusi dan spatial resolusi yang tinggi. Kontras resolusi adalah kemampuan untuk membedakan dua objek yang memiliki densitas hampir sama. Spatial resolusi adalah kemampuan untuk membedakan dua objek yang saling berdekatan letaknya.
2. Hasil gambaran dapat direkonstruksi sesuai kebutuhan, misalnya dari proyeksi axial dijadikan proyeksi sagital atau coronal.
3. Gambaran jaringan lunak memiliki karakteristik yang baik dengan adanya pengaturan window.
4. Hasil gambaran berupa irisan melintang ( cross sectional ) sehingga superposisi antar organ dapat dihindari.
5. Diagnosa lebih akurat dengan adanya pengambilan gambaran dari berbagai proyeksi seperti proyeksi axial, sagital dan coronal.

## Macam-Macam Teknologi Kebidanan Tepat Guna

### 1. Fetal Doppler

Merupakan alat yang digunakan untuk mendeteksi denyut jantung bayi, yang menggunakan prinsip pantulan gelombang elektromagnetik, alat ini adalah sangat berguna untuk mengetahui kondisi kesehatan janin, sangat disarankan untuk dimiliki dirumah sebagai deteksi harian, sangat aman juga mudah dalam penggunaannya serta harga yang sangat terjangkau untuk dimiliki.

### 2. Staturmeter

Alat yang digunakan untuk mengukur tinggi badan, alat ini adalah sangat sederhana pada disainnya karena hanya ditempelkan pada tembok bagian atas dan ketika akan digunakan hanya perlu untuk menariknya sampai ke bagian kepala teratas, sehingga dapat diketahui tinggi badan orang tersebut.

### 3. Eye Protector Photo Therapy

Alat bantu yang digunakan untuk melindungi bagian mata bayi pada saat dilakukan pemeriksaan dengan menggunakan sinar X-ray atau jenis pemeriksaan lain yang menggunakan media sinar agar tidak mengganggu pengelihatn bayi yang akan diperiksa.



### 4. Alat Pengukur Panjang Bayi

Merupakan peralatan sederhana yang biasa digunakan oleh bidan dan petugas posyandu, untuk mengetahui perkembangan tinggi bayi dari waktu ke waktu, terbuat dari kayu dengan mistar yang mudah dibaca.



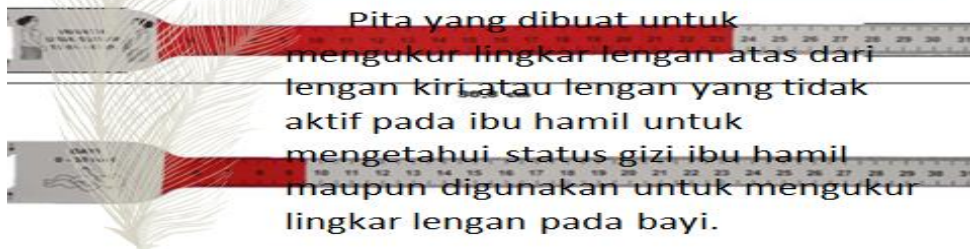
### 5. Breast Pump

Digunakan oleh para ibu yang berkarier diluar rumah, agar ASI tidak terbuang dengan percuma, sehingga bayi tetap bisa mendapatkan ASI dari ibunya dengan cara di pompa.

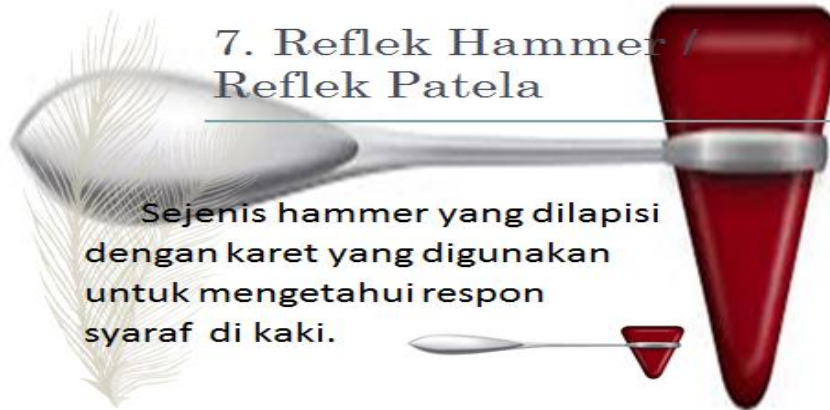


### ITA LILA 6. Lngkar Lengan Ibu Hamil

Pita yang dibuat untuk mengukur lingkar lengan atas dari lengan kiri atau lengan yang tidak aktif pada ibu hamil untuk mengetahui status gizi ibu hamil maupun digunakan untuk mengukur lingkar lengan pada bayi.



## 7. Reflek Hammer / Reflek Patela



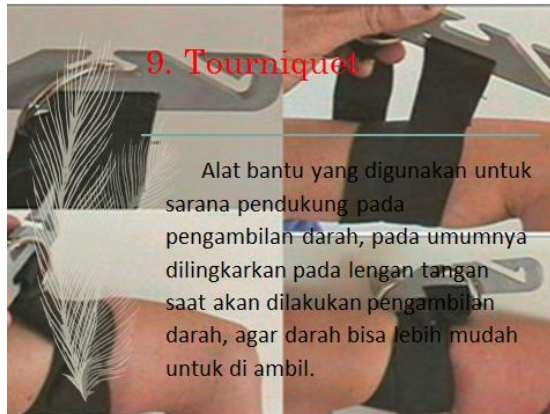
Sejenis hammer yang dilapisi dengan karet yang digunakan untuk mengetahui respon syaraf di kaki.

## 8. Umbilical Cord Clem Nylon



Alat yang digunakan untuk menjepit tali pusar bayi saat bayi telah dilahirkan.


## 9. Tourniquet



Alat bantu yang digunakan untuk sarana pendukung pada pengambilan darah, pada umumnya dilingkarkan pada lengan tangan saat akan dilakukan pengambilan darah, agar darah bisa lebih mudah untuk di ambil.

## Manfaat Teknologi Tepat Guna

- Dapat memenuhi kebutuhan masyarakat yang makin hari makin meningkat, tentu hal itu di barengi dengan kemampuan masyarakatnya yang mampu mengoperasionalkan dan memanfaatkan TTG tersebut.
- Teknologi tepat guna mampu meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui pemenuhan kebutuhannya, pemecahan masalahnya dan penambahan hasil produksi yang makin meningkat dari biasanya. Teknologi tersebut relatif mudah dipahami mekanismenya, mudah dipelihara dan mudah diterapkan dalam kehidupan sehari-hari. Masuknya teknologi baru tidak akan membebani masyarakat baik mental (ketidakmampuan skill) maupun materil (dapat menimbulkan beban biaya yang tidak mampu dipenuhi masyarakat).
- Teknologi tepat guna dapat mempermudah dan mempersingkat waktu pekerjaan tenaga kesehatan dan klien.
- Masyarakat mampu mempelajari, menerapkan, memelihara teknologi tepat guna tersebut.
- Masyarakat / klien bisa lebih cepat ditangani oleh tenaga kesehatan.
- Hasil diagnosa akan lebih akurat, cepat, dan tepat



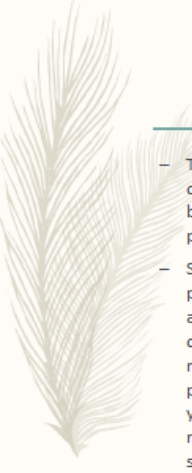
## Fungsi Teknologi Tepat Guna

- Alat kesehatan yang digunakan sesuai dengan kebutuhan masyarakat setempat.
- Biaya yang digunakan cukup rendah dan relatif murah.
- Teknis cukup sederhana dan mampu untuk dipelihara.
- Mengurangi kesalahan dalam mendiagnosis suatu penyakit.



## Dampak Teknologi Tepat Guna Dalam Kebidanan

- Dampak positif sebagai berikut:
  - Dengan adanya teknologi tepat guna dalam kebidanan, maka masyarakat akan mendapat kemudahan dalam menjaga kesehatan yang lebih efisien dan efektif.
  - Teknologi yang ada, dapat membuat kegiatan khususnya di dalam kebidanan akan lebih sederhana dan mudah.
- Dampak negatif sebagai berikut:
  - Jika penggunaannya teknologi tepat guna tidak sesuai dengan lingkup yang memerlukan maka itu akan sia-sia. Contoh penggunaan USG di daerah pedalaman, disana tidak orang yang mengelolanya dan tidak sesuai dengan kebudayaan masyarakat disana.
  - Dengan ketidaktepatan penggunaan alat tersebut maka akan berdampak buruk terhadap pasien. Contoh : penggunaan USG pada pasien dengan cara-cara yang tidak tepat.
  - Penggunaan teknologi pada daerah pedalaman dengan tenaga yang tidak ahli akan menimbulkan resiko terhadap pasien.



## Kesimpulan

- Teknologi Tepat Guna merupakan teknologi yang telah dikembangkan secara tradisional dan proses pengenalannya banyak ditentukan oleh keadaan lingkungan dan mata pencaharian pokok masyarakat setempat.
- Sebelum menggunakan TTG, terlebih dahulu kita lakukan penerapan dari TTG tersebut kepada masyarakat. Dengan adanya penerapan ini di harapkan masyarakatnya berubah dan mengerti tentang manfaat TTG dan mampu menggunakan TTG tersebut dengan sebaik mungkin. Sehingga penggunaa dari TTG tersebut bermanfaat bagi masyarakat, yaitu dapat memenuhi kebutuhan individu atau masyarakat karena kebutuhan masyarakat semakin hari semakin meningkat



## **BAB XI**

### **PEMBERDAYAAN MASYARAKAT MELALUI HERBAL MEDICINE**

#### **A. Pengertian Pemberdayaan Masyarakat**

Pemberdayaan masyarakat menurut Kindervatter (1979) seperti yang dikutip oleh Fahrudin (2011:74) adalah proses pendidikan non formal dalam membelajarkan masyarakat sehingga mereka memiliki pemahaman dan mampu mengendalikan kondisi sosial, ekonomi dan atau politik dalam upaya untuk meningkatkan kedudukannya di masyarakat. Selanjutnya Kindervatter (1979) mengemukakan bahwa pemberdayaan ini menggunakan 8 prinsip, yaitu :

1. Dilakukan dalam kelompok-kelompok kecil
2. Pemberian tanggung jawab kepada kelompok tersebut
3. Kepemimpinan kelompok dilakukan oleh anggota kelompok
4. Pendidik berperan sebagai fasilitator
5. Proses pembelajaran dilakukan secara demokratis
6. Kesatuan pemahaman antara kelompok dengan pendidik tentang upaya pencapaian tujuan.
7. Peningkatan status sosial, ekonomi, dan kemampuan politik mereka dalam masyarakat,
8. Dampak bagi kemajuan diri dan masyarakat yang mencakup pembelajaran orang lain, dan partisipasinya dalam pembangunan, masyarakatnya.

Pemberdayaan secara konseptual (*empowerment*) berasal dari kata daya (*power*) dalam arti kekuatan. Secara etimologis setiap ahli memberikan pendapat tentang pemberdayaan adalah suatu proses menuju daya memperoleh kemampuan dari pihak yang memiliki daya kepada orang yang kurang berdaya agar mampu bergerak mandiri, dalam pemberdayaan terjadi suatu potensi dalam diri yang harus dikembangkan (*enabling*) dan memperkuat potensi daya (*empowering*) secara bertahap hingga mencapai kemandirian (Sulistiyani, 2004:77).

Berdasarkan beberapa pengertian pemberdayaan yang dikemukakan tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa pemberdayaan merupakan suatu proses dan upaya untuk meningkatkan kemampuan dan kekuatan masyarakat lemah agar dapat mengidentifikasi, menganalisis, menetapkan kebutuhan dan potensi serta masalah yang dihadapi dan memilih alternatif pemecahannya dengan mengoptimalkan sumberdaya dan potensi yang ada.

#### **B. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat**

Dalam upaya memberdayakan masyarakat, Kartasmita (dalam Mardikanto dan Poerwoko, 2012:41-42) setidaknya menyebutkan bahwa pemberdayaan dapat

dilihat dari tiga sisi, yaitu ;

1. Menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan masyarakat berkembang (*enabling*). Disini titik tolaknya adalah pengenalan bahwa setiap manusia, setiap masyarakat, memiliki potensi yang dapat dikembangkan. Artinya, tidak ada masyarakat yang sama sekali tanpa daya, karena kalau demikian akan sudah punah. Pemberdayaan adalah upaya untuk membangun daya itu, dengan mendorong memotivasi dan membangkitkan kesadaran akan potensi yang dimilikinya serta berupaya untuk mengembangkannya;
2. Memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh masyarakat (*empowering*). Dalam rangka ini diperlukan langkah-langkah lebih positif, selain dari hanya menciptakan iklim dan suasana.

Perkuatan ini meliputi langkah-langkah nyata, dan menyangkut penyediaan berbagai masukan (*input*), serta pembukaan akses ke dalam berbagai peluang (*opportunities*) yang akan membuat masyarakat menjadi makin berdaya.

3. Memberdayakan mengandung pula arti melindungi. Dalam proses pemberdayaan, harus dicegah yang lemah menjadi bertambah lemah, oleh karena kekurangberdayaan dalam menghadapi yang kuat. Oleh karena itu, perlindungan dan pemihakan kepada yang lemah amat mendasar sifatnya dalam konsep pemberdayaan masyarakat. Melindungi tidak berarti mengisolasi atau menutupi dari interaksi, karena hal itu justru akan mengerdilkan yang kecil dan melunglaikan yang lemah. melindungi harus dilihat sebagai upaya untuk mencegah terjadinya persaingan yang tidak seimbang, serta eksploitasi yang kuat atas yang lemah.

Pemberdayaan pada hakikatnya merupakan perubahan sosial masyarakat, maka sikap dan perilaku masyarakat perlu diubah kearah sikap dan tindakan positif, konstruktif dan produktif yang memungkinkan yang bersangkutan mampu melakukan dukungan terhadap perubahan sosial yang berlangsung. Sesuai dengan kondisi sosial ekonomi masyarakat miskin, maka upaya untuk pemberdayaan dilaksanakan dengan mendorong, memotivasi dan membangkitkan serta mengembangkan kesadaran akan kesadaran yang dimiliki dengan bantuan dan bimbingan orang lain untuk meningkatkan kualitas dan kesejahteraannya.

### **C. Proses Pemberdayaan Masyarakat**

Pelaksanaan proses dan pencapaian tujuan pemberdayaan di atas dicapai melalui penerapan pendekatan pemberdayaan yang dapat disingkat menjadi 5P, yaitu : Pemungkinan, Penguatan, Perlindungan, Penyokongan dan Pemeliharaan (Suharto ,2010:67-68):

1. Pemungkinan : menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang secara optimal.

Pemberdayaan harus mampu

membebaskan masyarakat dari sekat-sekat kultural dan struktural yang menghambat.

2. Penguatan : memperkuat pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki masyarakat dalam memecahkan masalah dan memenuhi kebutuhankebutuhannya. Pemberdayaan harus mampu menumbuh-kembangkan segenap kemampuan dan kepercayaan diri masyarakat yang menunjang kemandirian mereka.
3. Perlindungan : melindungi masyarakat terutama kelompok-kelompok lemah agar tidak tertindas oleh kelompok kuat, menghindari terjadinya persaingan yang tidak seimbang (apalagi tidak sehat) antara yang kuat dan yang lemah dan mencegah terjadinya eksploitasi kelompok kuat terhadap kelompok lemah. Pemberdayaan harus diarahkan pada penghapusan segala bentuk jenis diskriminasi dan dominasi yang tidak menguntungkan rakyat kecil.
4. Penyokongan : memberikan bimbingan dan dukungan agar masyarakat mampu menjalankan peranan dan tugas-tugas kehidupannya. Pemberdayaan harus mampu menyokong masyarakat agar tidak terjatuh kedalam keadaan dan posisi yang semakin lemah dan terpinggirkan.
5. Pemeliharaan : memelihara kondisi yang kondusif agar tetap menjadi keseimbangan distribusi kekuasaan antara berbagai kelompok dalam masyarakat. Pemberdayaan harus mampu menjamin keselarasan dan keseimbangan yang memungkinkan setiap orang memperoleh kesempatan berusaha.

#### **D. Kelompok Sosial**

Menurut Soekanto (2009: 100-101) manusia pada dasarnya adalah makhluk sosial, memiliki naluri untuk hidup dengan orang lain. Naluri manusia untuk selalu hidup dengan orang lain disebut *gregariousness* sehingga manusia juga disebut *social animal* (hewan sosial); hewan yang mempunyai naluri untuk senantiasa hidup bersama.

Karena sejak dilahirkan manusia sudah mempunyai dua hasrat atau keinginan pokok, yaitu:

1. Keinginan untuk menjadi satu dengan manusia lain di sekelilingnya (yaitu masyarakat)
2. Keinginan untuk menjadi satu dengan suasana alam sekelilingnya. Untuk dapat menghadapi dan menyesuaikan diri dengan kedua lingkungan tersebut di atas, manusia menggunakan pikiran, perasaan dan kehendaknya. Di dalam kehidupan manusia semuanya menimbulkan kelompok-kelompok sosial atau *social-group*. Kelompokkelompok sosial tersebut merupakan himpunan atau kesatuan-kesatuan manusia yang hidup bersama. Hubungan tersebut antara lain menyangkut kaitan

timbangan yang saling pengaruh-memengaruhi dan juga suatu kesadaran untuk saling tolong menolong. Akan tetapi setiap himpunan manusia belum tentu dapat dinamakan sebagai kelompok sosial.

### **E. Konsep Toga**

Toga adalah singkatan dari tanaman obat keluarga. Tanaman obat keluarga pada hakekatnya sebidang tanah baik di halaman rumah, kebun ataupun ladang yang digunakan untuk membudidayakan tanaman yang berkhasiat sebagai obat dalam rangka memenuhi keperluan keluarga akan obat-obatan. Kebun tanaman obat atau bahan obat dan selanjutnya dapat disalurkan kepada masyarakat, khususnya obat yang berasal dari tumbuh-tumbuhan.

Pemanfaatan Tanaman Obat Sejak terciptanya manusia di permukaan bumi, telah diciptakan pula alam sekitarnya mulai dari sejak itu pula manusia mulai mencoba memanfaatkan alam sekitarnya untuk memenuhi keperluan alam bagi kehidupannya, termasuk keperluan obat-obatan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan. Kenyataan menunjukkan bahwa dengan bantuan obat-obatan asal bahan alam tersebut, masyarakat dapat mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dihadapinya. Hal ini menunjukkan bahwa obat yang berasal dari sumber bahan alam khususnya tanaman telah memperlihatkan peranannya dalam penyelenggaraan upaya-upaya kesehatan masyarakat.

### **F. Fungsi Toga**

Salah satu fungsi Toga adalah sebagai sarana untuk mendekatkan tanaman obat kepada upaya-upaya kesehatan masyarakat yang antara lain meliputi:

1. Sarana untuk memperbaiki status gizi masyarakat, sebab banyak tanaman obat yang dikenal sebagai tanaman penghasil buahbuahan atau sayur-sayuran.
2. Sarana untuk pelestarian alam.
3. Apabila pembuatan tanaman obat alam tidak diikuti dengan upaya-upaya pembudidayaannya kembali, maka sumber bahan obat alam itu terutama tumbuh-tumbuhan akan mengalami kepunahan.
4. Sarana penyebaran gerakan penghijauan.
5. Untuk menghijaukan bukit-bukit yang saat ini mengalami penggundulan, dapat dianjurkan penyebarluasan penanaman tanaman obat yang berbentuk pohon-pohon misalnya pohon asam, pohon kedaung, pohon trengguli dan lain-lain.
6. Sarana untuk pemerataan pendapatan.
7. Toga disamping berfungsi sebagai sarana untuk menyediakan bahan obat bagi keluarga dapat pula berfungsi sebagai sumber penghasilan bagi keluarga tersebut.

8. Sarana keindahan. Dengan adanya Toga dan bila ditata dengan baik maka hal ini akan menghasilkan keindahan bagi orang/masyarakat yang ada disekitarnya. Untuk menghasilkan keindahan diperlukan perawatan terhadap tanaman yang di tanam terutama yang ditanam di pekarangan rumah.

## **G. Contoh Metode Penelitian**

### **A. Jenis Penelitian**

Dalam penelitian deskriptif kualitatif ini data yang diperoleh nantinya akan diolah, dianalisis, dan digambarkan dengan jelas mengenai keadaan sebenarnya dalam Proses Pemberdayaan Masyarakat melalui Paguyuban Tanaman Obat (Toga) di Kelurahan Tlogoanyar Kabupaten Lamongan.

### **B. Fokus Penelitian**

Fokus pada penelitian ini adalah mendeskripsikan bagaimana proses pemberdayaan masyarakat melalui paguyuban toga tlogoanyar dengan menggunakan teori proses pemberdayaan 5P yaitu Pemungkinan, Penguatan, Perlindungan, Penyokongan, Pemeliharaan dalam Suharto (2010:56).

### **C. Sumber Data**

#### **1. Sumber Primer**

Data-data primer dalam penelitian ini bersumber pada:

- a. Koordinator Promosi Kesehatan dari Dinas Kesehatan Lamongan yang menangani sosialisasi dan pelatihan terkait tanaman obat;
- b. Lurah Tlogoanyar yang melindungi dan mengawasi kegiatan Paguyuban Toga
- b. Tlogoanyar Lamongan;
- c. Ketua RT yang bertanggung jawab mengendalikan seluruh kegiatan Paguyuban
- d. Toga Kelurahan Tlogoanyar Lamongan;
- e. Ketua Paguyuban Toga Kelurahan Tlogoanyar Lamongan yang menangani pelaksanaan kegiatan;
- f. Anggota Paguyuban Toga sebagai kelompok
- g. Sasaran proses pemberdayaan masyarakat.

#### **2. Sumber Sekunder**

Dalam penelitian ini data sekunder yang diperoleh ialah berupa berita majalah, jurnal penelitian, arsip, dokumentasi Paguyuban Toga Tlogoanyar yang memuat informasi yang berkaitan dengan proses pemberdayaan masyarakat itu sendiri.

#### **D. Instrumen Penelitian**

Dalam penelitian kualitatif yang menjadi instrument atau alat penelitian yang utama adalah peneliti itu sendiri sebagaimana yang dijelaskan Sugiyono (2011:222).

Dalam penelitian ini, instrumen yang digunakan tentu yang sesuai dengan teknik pengumpulan data yaitu kamera (dokumentasi), pedoman wawancara dan *Handphone* (perekam suara). Penggunaan instrumen tersebut dimaksudkan agar mendapat kelengkapan informasi yang dibutuhkan untuk menganalisis data di lapangan.

#### **E. Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data merupakan teknik yang digunakan untuk mendapatkan informasi atau data. Tanpa mengetahui teknik pengumpulan data, maka peneliti tidak akan mendapatkan data yang memenuhi standar data yang ditetapkan (Sugiyono,2011:224). Dalam penelitian ini menggunakan beberapa metode dalam mengumpulkan data yakni:

##### **1. Observasi**

Menurut Spradley dalam Sugiyono (2010:229), objek penelitian yang diobservasi dalam penelitian kualitatif terdiri atas tiga komponen, yaitu:

- a. *Place* (Tempat). Tempat observasi penelitian terletak di Paguyuban Toga Tlogoanyar Lamongan.
- b. *Actor* (Pelaku), pelaku pada observasi penelitian ini adalah pelindung, pengurus, pengawas, dan anggota Paguyuban Toga Tlogoanyar Lamongan.
- c. *Activities* (Aktivitas), aktivitas yang dilakukan dalam lembaga ini berkaitan dengan pertemuan rutin setiap bulannya tiap minggu kedua, yang didalamnya terdapat pelaporan kegiatan dan keuangan oleh anggota Paguyuban Toga Tlogoanyar Lamongan.

##### **2. Wawancara**

Dalam penelitian ini yang menjadi obyek wawancara (narasumber) adalah Koordinator Promosi Kesehatan, Lurah Tlogoanyar, Ketua RT, Ketua Paguyuban Toga Tlogoanyar Lamongan, serta Anggota Paguyuban Toga Kelurahan Tlogoanyar Lamongan.

##### **3. Dokumentasi**

Dokumentasi pada penelitian ini dilakukan dengan cara melihat dan juga mengambil foto yang terkait dengan fokus penelitian yakni proses pemberdayaan masyarakat melalui Paguyuban Toga Tlogoanyar Kabupaten Lamongan.

## **F. Teknik Analisis Data**

Bogdan (Sugiyono,2011:244) menyatakan bahwa analisis data adalah proses mencari dan menyusun secara sistematis data yang diperoleh dari hasil wawancara, catatan lapangan, dan bahan lain sehingga dapat mudah dipahami dan temuannya dapat diinformasikan kepada orang lain. Analisis data dilakukan dengan mengorganisasikan data, menjabarkannya kedalam unit-unit, melakukan sintesa, menyusun ke dalam pola, memilih mana yang penting dan yang akan dipelajari dan membuat kesimpulan yang dapat diceritakan pada orang lain. Untuk menjelaskan Proses Pemberdayaan Masyarakat Melalui Paguyuban Tanaman Obat Keluarga (Toga) di Kelurahan Tlogoanyar Kabupaten Lamongan, peneliti menggunakan teknik deskriptif kualitatif dimana data yang telah diperoleh dikumpulkan, digolongkan, ditarik kesimpulan hingga disajikan kepada semua yang berkepentingan.

## DAFTAR PUSTAKA

1. Depkes,2005.Dr.J.Leimena, *Peletak Konsep Dasar Pelayanan Kesehatan Primer* (Puskesmas),<http://www.depkes.go.id/>
2. Mubarak,Wahid Iqbal,Nurul.*Ilmu Kesehatan Masyarakat Teori dan Aplikasi*.2009.Salemba Empat : Jakarta
3. Mubarak,Wahid Iqbal.*Ilmu kesehatan Masyarakat Konsep dan Aplikasi Dalam Kebidanan*.2012.Salemba Empat : Jakarta
4. Notoatmodjo,Soekidjo. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Cet. ke-2, 2003. Rineka Cipta : Jakarta
5. Azrul Azwar (2001), Ilmu Kesehatan Masyarakat
6. Budioro, 2001 Pengantar Ilmu Kesehatan masyarakat. FKM Undip, Semarang
7. Budioro, 2006 Pengantar Ilmu Kesehatan masyarakat
8. Cronk, M and Flint, C (1992). *Community Midwifery : A Pratical Guide*. Butterwood-Heineman Ltd, Linacre House, Jordan Hill, Oxford
9. Depkes RI, 1999. Buku Pedoman Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
10. Sukidjo Notoadmodjo, (2001) Ilmu Kesehatan Masyarakat.
11. Wahid Iqbal Mubarak, Nurul Chayati (2009). Ilmu Kesehatan Masyarakat, Salemba Merdeka.
12. Oneng, S.P, dkk (1996). *Pandangan , Konsep, Kebijakan dan Implementasi. Dentre for Strategie and International Studies*. Jakarta. Prawiro Hardjo, S (1997). *Imu Kebidanan*. YBPSP, UI, Jakarta.
13. Saifuddin, A.B. dkk (2002). *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan Maternal Neonatal*, YBPSP Jakarta.
14. Saifuddin, A.B.et.al (2000). *Buku Acuan Naional Pelayanan Kesehatan YBPSP*, Jakarta.
15. Silverton, L (1997).*eThe Art and Science of Midwifery*. Precentice Hall International (UK) Ltd, Maryland Ave, Hemel Hempstead.
16. Walsh, Lv (2001). *Midwifery : Community Based Care During The Childbearing Year*, WB Sanders Company, USA
17. Wiku A, (2007). *Sistem Kesehatan*. PT Raja Grafindo Persada : Jakarta
18. Liyabasari,K (2015). *Proses Pemberdayaan Melalui Paguyuban Tanaman Obat Keluarga (toga)*. eJournal.unesa.ac.id
19. Hikmat,Harry.2010. *Strategi Pemberdayaan Masyarakat*. Bandung.
20. Buku KIA, 2009. Dep.Kes. R I
21. Buku MTBS, 2009