

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/368438046>

KEBIJAKAN KESEHATAN

Book · February 2023

CITATIONS

0

READS

1,014

1 author:



Suprpto Suprpto

Politeknik Sandi Karsa

112 PUBLICATIONS 655 CITATIONS

SEE PROFILE

KEBIJAKAN KESEHATAN

Penulis :

Suprpto
Arina Nuraliza Romas
Ayu Khoirotul Umaroh
Ni Luh Made Asri Dewi
Lia Fitriyani
Ichlas Tribakti
Muhammad Al Rajab
Marylin Susanti Junias
Sulistiyani
Nordianiwati
Ryryn Suryaman Prana Putra
Westy Tenriawi
Serlie K.A. Littik
Kusuma Estu Werdani



KEBIJAKAN KESEHATAN

Suprpto

Arina Nuraliza Romas

Ayu Khoirotul Umaroh

Ni Luh Made Asri Dewi

Lia Fitriyani

Ichlas Tribakti

Muhammad Al Rajab

Marylin Susanti Junias

Sulistiyani

Nordianiwati

Ryryn Suryaman Prana Putra

Westy Tenriawi

Serlie K.A. Littik

Kusuma Estu Werdani



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

KEBIJAKAN KESEHATAN

Penulis :

Suprpto
Arina Nuraliza Romas
Ayu Khoirotul Umaroh
Ni Luh Made Asri Dewi
Lia Fitriyani
Ichlas Tribakti
Muhammad Al Rajab
Marylin Susanti Junias
Sulistiyani
Nordianiwati
Ryryn Suryaman Prana Putra
Westy Tenriawi
Serlie K.A. Littik
Kusuma Estu Werdani

ISBN : 978-623-198-064-9

Editor : Mila Sari., M.Si

Melda Yenisa, S.K.M

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

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

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah
Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, 11 Februari 2023

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

KATA PENGANTAR

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

Buku ini membahas Paradigma sehat, Pembangunan berwawasan kesehatan dan kelestarian lingkungan, Program - program pemerintah dalam mengatasi kematian ibu, bayi, dan anak, Peran perawat dalam mengatasi kematian ibu, bayi dan anak, Program - program pemerintah dalam mengatasi kejadian luar biasa di bidang kesehatan, Peran perawat dalam mengatasi KLB, Program pemerintah dalam penanggulangan penyakit menular, Program pemerintah dalam penanggulangan penyakit tidak menular, Peran perawat dalam penanggulangan penyakit penular dan tidak menular, Sistem kesehatan nasional, Aspek kebijakan kesehatan, Politik dan sistem politik terkait kesehatan, Kekuasaan (power) dan proses kebijakan, Arena kebijakan nasional.

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

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

Padang, 11 Februari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 PARADIGMA SEHAT	1
1.1 Pendahuluan.....	1
DAFTAR PUSTAKA	11
BAB 2 PEMBANGUNAN BERWAWASAN KESEHATAN DAN KELESTARIAN LINGKUNGAN.....	13
2.1 Pendahuluan.....	13
2.2 Pembangunan Berawawasan Kesehatan	16
2.3 Pembangunan Berwawasan Kelestarian Lingkungan	21
DAFTAR PUSTAKA	27
BAB 3 PROGRAM PEMERINTAH MENGATASI KEMATIAN IBU DAN BAYI.....	29
3.1 Pendahuluan.....	29
3.2 Faktor yang berhubungan dengan kematian ibu.....	30
3.3 Faktor yang berhubungan dengan kematian bayi.....	31
3.4 Program pemerintah.....	32
3.4.1 Program MPHD.....	33
3.4.2 Persiapan Ibu Layak Hamil	35
3.4.3 Program Pelayanan <i>Antenatal Neonatal Care/ANC</i>	36
3.4.4 Program Persalinan di Layanan Kesehatan (PONED-PONEK)	37
DAFTAR PUSTAKA	38
BAB 4 PERAN PERAWAT DALAM MENGATASI KEMATIAN IBU, BAYI DAN ANAK.....	41
4.1 Pendahuluan.....	41
4.2 Penyebab	42
4.2.1 Angka Kematian Ibu (AKI)	42
4.2.2 Angka Kematian Bayi dan Anak.....	44

4.3 Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Anak....	45
4.3.1 Upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) diantaranya;.....	45
4.3.2 Upaya menurunkan Angka Kesehatan Anak (AKA) diantaranya;.....	45
4.4 Peran Perawat.....	46
4.4.1 Definisi Perawat	46
4.4.2 Peran Perawat.....	46
DAFTAR PUSTAKA	51
BAB 5 PROGRAM-PROGRAM PEMERINTAH DALAM MENGATASI KEJADIAN LUAR BIASA DI BIDANG KESEHATAN	53
5.1 Pendahuluan.....	53
5.2 Program Pencegahan dan Pengendalian Kejadian Luar Biasa Penyakit Tidak Menular.....	54
5.3 Program Pencegahan dan Pengendalian Kejadian Luar Biasa Penyakit Menular.....	58
DAFTAR PUSTAKA	64
BAB 6 PERAN PERAWAT DALAM MENGATASI KLB.....	65
6.1 Pendahuluan.....	65
6.2 Peran Perawat Dimasa Pandemi Covid 19	73
6.3 Koordinasi Status Kejadian Luar Biasa (KLB).....	78
6.4 Penanggulangan Wabah.....	79
DAFTAR PUSTAKA	81
BAB 7 PROGRAM PEMERINTAH DALAM PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR.....	83
7.1 Pendahuluan.....	83
7.2 Gambaran Umum Permasalahan Pengendalian Penyakit menular	85
7.3 Penyakit Menular Langsung.....	86
7.4 Penyakit Menular Bersumber Binatang.....	92

7.5 Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi dan Penyakit Menular Berpotensi Wabah (Kedaruratan Kesehatan Masyarakat)	95
7.6 Tujuan Dan Sasaran Strategis Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung	99
7.6.1 Tujuan	100
7.6.2 Sasaran Strategis	101
7.6.3 Arah Kebijakan Dan Strategi Nasional	102
DAFTAR PUSTAKA	105
BAB 8 PROGRAM PEMERINTAH DALAM PENANGGULANGAN PENYAKIT TIDAK MENULAR.....	107
8.1 Penyakit Tidak Menular	107
8.1.1 Latar Belakang/Pendahuluan	107
8.1.2 Definisi Penyakit Tidak Menular	109
8.1.3 Jenis-Jenis Penyakit Tidak Menular	111
8.1.4 Determinan Penyakit Tidak Menular	111
8.1.5 Dampak Penyakit Tidak Menular di Masyarakat..	117
8.1.6 Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular	119
DAFTAR PUSTAKA	137
BAB 9 PERAN PERAWAT DALAM PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR.....	143
9.1 Pendahuluan.....	143
9.2 Program Kebijakan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Menular	145
9.3 Program deteksi dini dalam mencegah penyakit tidak menular dan menular	146
9.3.1 Program deteksi dini pencegahan penyakit Tidak Menular	147
9.3.2 Program deteksi dini pencegahan penyakit menular	148

9.4 Peran Perawat dalam mencegah penyakit tidak menular dan menular.....	151
DAFTAR PUSTAKA	156
BAB 10 SISTEM KESEHATAN NASIONAL (SKN).....	159
10.1 Pendahuluan.....	159
10.1.1 Latar Belakang.....	159
10.1.2 Pengertian Sistem Kesehatan Nasional	160
10.1.3 Landasan Sistem Kesehatan Nasional	162
10.1.4 Tujuan Sistem Kesehatan Nasional	163
10.1.5 Manfaat Sistem Kesehatan Nasional.....	163
10.1.6 Kedudukan Sistem Kesehatan Nasional.....	164
10.1.7 Subsistem Sistem Kesehatan Nasional.....	165
DAFTAR PUSTAKA	168
BAB 11 ASPEK KEBIJAKAN KESEHATAN	169
11.1 Konsep Kebijakan Kesehatan	169
11.2 Isu-Isu Kebijakan	170
11.3 Karakteristik Masalah Kebijakan.....	171
11.4 Pihak yang Berperan dalam Kebijakan.....	172
11.5 Implementasi Kebijakan Kesehatan	173
11.5 Analisis Kebijakan Kesehatan.....	174
11.6 Bentuk Analisis Kebijakan	175
11.7 Metodologi Analisis Kebijakan.....	178
11.8 Peran dan Fungsi Analisis Kebijakan Kesehatan.....	178
11.9 Pendekatan Analisis Kebijakan	179
DAFTAR PUSTAKA	181
BAB 12 POLITIK DAN SISTEM POLITIK KESEHATAN.....	183
12.1. Pendahuluan.....	183
12.2 Pengertian Politik berdasarkan Kepentingan.....	185
12.3 Sistem Politik Kesehatan	186
12.4 Sifat Politik Kesehatan	187
12.5 Kekuasaan.....	189
DAFTAR PUSTAKA	191

BAB 13 KEKUASAAN (POWER) DAN PROSES	
KEBIJAKAN.....	193
13.1 Pendahuluan.....	193
13.2 Kekuasaan.....	193
13.3 Kebijakan.....	196
13.3.1 Pengertian.....	196
13.3.2 Faktor yang mempengaruhi.....	197
13.3.3 Proses Kebijakan.....	198
DAFTAR PUSTAKA	205
BAB 14 ADVOKASI KEBIJAKAN KESEHATAN.....	207
14.1 Pendahuluan.....	207
14.2 Definisi	209
14.3 Tujuan Advokasi Kesehatan	211
14.4 Sasaran dan Pelaku Advokasi Kesehatan	212
14.5 Tahapan Advokasi Kesehatan	213
14.6 Pendekatan Advokasi Kesehatan	218
14.7 Metode Advokasi Kesehatan.....	221
DAFTAR PUSTAKA	226
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 : Tren Angka Kematian Neonatal, Bayi, dan Balita di Indonesia	30
Gambar 3.2 : Kondisi Ibu yang Layak Hamil	36
Gambar 13.1 : Proses Pembuatan Kebijakan	202
Gambar 13.2 : Model Sistem Politik Easton	203

BAB 1

PARADIGMA SEHAT

Oleh Suprpto

1.1 Pendahuluan

Sehat adalah suatu keadaan sejahtera yang meliputi fisik, mental dan sosial yang tidak hanya bebas dari penyakit atau kecacatan (WHO, 2022). Masyarakat yang sehat merupakan modal dasar dalam membangun manusia Indonesia. Indonesia hanya bisa menjadi bangsa yang produktif jika masyarakatnya sehat. Sebaliknya, segala rencana besar menjadi tidak ada artinya jika masyarakatnya sakit. Paradigma sehat berupaya mempertahankan orang sehat agar tetap sehat sehingga berkonsentrasi pada pelayanan promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan pelayanan kuratif dan rehabilitatif.

Paradigma sehat merupakan cara pandang, pola pikir, atau model pembangunan kesehatan yang bersifat holistik. Cara pandang ini menekankan pada melihat masalah kesehatan yang dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor. Upayanya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan, bukan hanya penyembuhan orang sakit atau pemulihan kesehatan. Dengan diterapkannya paradigma ini, diharapkan mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri melalui kesadaran yang lebih tinggi pada pentingnya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif. Paradigma sehat meliputi; paradigma positivisme, paradigma konstruktivisme, paradigma pragmatisme, paradigma subjektivisme, dan paradigma kritis. Dasar pembangunan kesehatan adalah pembangunan kesehatan melandaskan pada landasan idiil Pancasila, landasan konstitusional

Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 dan landasan operasional peraturan perundangan yang terkait dengan penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Paradigma sehat adalah cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penduduk agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan penduduk yang sakit (Budi Setyawan, 2012). Paradigma sehat merupakan model pembangunan kesehatan yang jangka panjang diharapkan mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri. Paradigma sehat didefinisikan sebagai cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penduduk agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan penduduk yang sakit. Paradigma adalah pola pikir dalam memahami dan menjelaskan aspek tertentu dalam sebuah kenyataan (Valbuena, 1995).

Menurut Muhammad and Wulandari, (2021) bahwa dalam meningkatkan *awareness* dan pengetahuan masyarakat terhadap pentingnya melakukan kunjungan sehat melalui program MOS adalah perbaikan dan peningkatan sarana dan prasarana yang dapat mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2018, pada pelayanan MOS, pelatihan khusus untuk petugas MOS, serta sosialisasi MOS yang dilakukan secara lebih terencana dan terjadwal, agar tercapainya perwujudan paradigma sehat dan peningkatan kunjungan sehat. Upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat menjadi hal yang

sangat penting untuk mencapai taraf hidup yang lebih baik. Salah satu strategi untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat adalah dengan memberikan pemahaman, pengetahuan dan kesadaran masyarakat untuk menerapkan pola hidup bersih dan sehat yang dimulai dari diri sendiri, keluarga, lingkungan sekolah dan masyarakat luas (Suprpto and Arda, 2021).

Kesehatan merupakan hal yang sangat penting bagi kelangsungan hidup manusia, karena dengan tubuh yang sehat atau fungsi tubuh manusia berjalan dengan baik maka akan sangat mendukung manusia dalam menjalankan aktifitasnya sehari-hari. Sehat merupakan keadaan tubuh manusia yang dalam keadaan baik dan normal secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang dapat mendukung aktifitas manusia agar selalau produktif (Udayana, 2015). Perubahan pemahaman konsep sehat dan sakit serta makin majunya ilmu pengetahuan dan teknologi telah menggugurkan paradigma kesehatan lama yang mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif digantikan paradigma pembangunan kesehatan baru, yaitu Paradigma Sehat yang bersifat proaktif. Dalam Indonesia sehat 2010, yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif, ditunjang dengan perilaku masyarakat yang proaktif serta mampu menjangkau pelayanan kesehatan. Untuk meningkatkan percepatan perbaikan derajat kesehatan masyarakat, diperlukan strategi pem-bangunan kesehatan, sasaran serta kebijaksanaan pembangunan kesehatan yang berkesinambungan, berkelanjutan, menyeluruh, merata dan terintegrasi. Dalam pembangunan kesehatan, tenaga kesehatan masyarakat merupakan bagian dari sumber daya manusia yang sangat penting perannya guna meningkatkan kesadaran yang lebih tinggi pada pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif. Untuk itu perlu dipersiapkan tenaga terlatih di bidang promosi kesehatan termasuk pakar yang memahami sosiologi, antropologi, perilaku, ilmu penyuluhan dan lain-lain. Di samping itu, tenaga kesehatan

masyarakat juga dapat berperan di- bidang kuratif dan rehabilitatif. Tenaga kesehatan masyarakat mempunyai peran strategis dalam mengubah perilaku masyarakat menjadi kondusif terhadap Perilaku Hidup Sehat dan Bersih (PHBS) melalui promosi kesehatan (Sukowati and Shinta, 2003).

Oleh karena itu, kesehatan menjadi sektor penting, tidak hanya untuk menjaga masyarakat hari ini, tetapi untuk masa depan bangsa. Pemerintah menggandeng banyak perusahaan mineral dan batubara untuk turut serta mengusahakan peningkatan kualitas kesehatan masyarakat menjadi salah satu opsi. Lewat program pengembangan dan pemberdayaan masyarakat (PPM), perusahaan tambang mineral dan batubara terlibat aktif mewujudkan masyarakat Indonesia yang lebih sehat. Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 8 Tahun 2019 tentang Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan. Aturan ini juga menjadi dasar bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah, lembaga kemasyarakatan, organisasi kemasyarakatan, swasta, dan pemangku kepentingan lainnya dalam mewujudkan peran aktif dan kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.

Pada pelaksanaannya, pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan tidak semata-mata kegiatan amal perusahaan tambang, tetapi mulai bergeser pada upaya meningkatkan kapasitas masyarakatnya. Kegiatan ini dititikberatkan pada upaya untuk menumbuhkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam memelihara, dan meningkatkan kesehatan. Perubahan paradigma tersebut bertujuan untuk membuat masyarakat menjadi mandiri dalam menjaga kesehatannya. Secara umum, program pemberdayaan masyarakat ini berusaha untuk mengubah paradigma masyarakat, dari paradigma sakit menjadi paradigma sehat. Paradigma sakit artinya upaya untuk membuat orang sakit menjadi sehat sehingga penekanannya ada pada pengobatan dan pemulihan. Sedangkan paradigma sehat berupaya

mempertahankan orang sehat agar tetap sehat sehingga berkonsentrasi pada pelayanan promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan pelayanan kuratif dan rehabilitatif. Perubahan paradigma ini menjadikan masyarakat sebagai aktor kunci dalam mencapai kesehatan masyarakat. Dengan kata lain, perubahan paradigma tersebut bertujuan untuk membuat masyarakat menjadi mandiri dalam menjaga kesehatannya, sesuai dengan visi Indonesia sehat, yaitu masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan. Kegiatan pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan ini disesuaikan dengan kebutuhan masyarakat setempat, biasanya difokuskan pada kesehatan masyarakat di sekitar tambang, tenaga kesehatan, serta sarana dan prasarana kesehatan. Bagaimana penerapan paradigma sehat dalam pembangunan kesehatan? Penerapan paradigma sehat dilakukan dengan strategi kesehatan dalam pembangunan, penguatan upaya promotif dan preventif, serta pemberdayaan masyarakat.

Program Indonesia Sehat merupakan salah satu program dari Agenda ke-5 Nawa Cita, yaitu Meningkatkan Kualitas Hidup Manusia Indonesia. Program ini didukung oleh program sektoral lainnya yaitu Program Indonesia Pintar, Program Indonesia Kerja, dan Program Indonesia Sejahtera. Program Indonesia Sehat selanjutnya menjadi program utama Pembangunan Kesehatan yang kemudian direncanakan pencapaiannya melalui Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019, yang ditetapkan melalui Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor HK.02.02/Menkes/52/2015.

Sasaran dari Program Indonesia Sehat adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran ini sesuai dengan sasaran pokok RPJMN 2015-2019, yaitu: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak, (2) meningkatnya pengendalian penyakit, (3)

meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan, (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin, serta (6) meningkatnya responsivitas sistem kesehatan. Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan menegakkan tiga pilar utama, yaitu: (1) penerapan paradigma sehat, (2) penguatan pelayanan kesehatan, dan (3) pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN). Penerapan paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan upaya promotif dan preventif, serta pemberdayaan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan, dan peningkatan mutu menggunakan pendekatan continuum of care dan intervensi berbasis risiko kesehatan. Sedangkan pelaksanaan JKN dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan manfaat (benefit), serta kendali mutu dan biaya. Kesemuanya itu ditujukan kepada tercapainya keluarga-keluarga sehat (Kemenkes RI, 2017).

Penerapan paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan upaya promotif dan preventif, serta pemberdayaan masyarakat. Penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan, dan peningkatan mutu menggunakan pendekatan continuum of care dan intervensi berbasis risiko kesehatan. Sedangkan pelaksanaan JKN dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan manfaat (benefit), serta kendali mutu dan biaya. Kesemuanya itu ditujukan kepada tercapainya keluarga-keluarga sehat. Pendekatan keluarga adalah salah satu cara Puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan atau meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya

dengan mendatangi keluarga. Puskesmas tidak hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan di dalam gedung, melainkan juga keluar gedung dengan mengunjungi keluarga di wilayah kerjanya.

Dalam pelaksanaan pendekatan keluarga ini tiga hal berikut harus diadakan atau dikembangkan, yaitu: Instrumen yang digunakan di tingkat keluarga. Forum komunikasi yang dikembangkan untuk kontak dengan keluarga. Keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra Puskesmas. Instrumen yang diperlukan di tingkat keluarga adalah sebagai berikut. Profil Kesehatan Keluarga (selanjutnya disebut Prokesga), berupa family folder, yang merupakan sarana untuk merekam (menyimpan) data keluarga dan data individu anggota keluarga. Data keluarga meliputi komponen rumah sehat (akses/ ketersediaan air bersih dan akses/penggunaan jamban sehat). Data individu anggota keluarga mencantumkan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lain-lain) serta kondisi individu yang bersangkutan: mengidap penyakit (hipertensi, tuberkulosis, dan gangguan jiwa) serta perilakunya (merokok, ikut KB, memantau pertumbuhan dan perkembangan balita, pemberian ASI eksklusif, dan lain-lain). Paket Informasi Keluarga (selanjutnya disebut Pinkesga), berupa flyer, leaflet, buku saku, atau bentuk lainnya, yang diberikan kepada keluarga sesuai masalah kesehatan yang dihadapinya. Misalnya: Flyer tentang Kehamilan dan Persalinan untuk keluarga yang ibunya sedang hamil, Flyer tentang Pertumbuhan Balita untuk keluarga yang mempunyai balita, Flyer tentang Hipertensi untuk mereka yang menderita hipertensi, dan lain-lain.

Forum komunikasi yang digunakan untuk kontak dengan keluarga dapat berupa forum-forum berikut. Kunjungan rumah ke keluarga-keluarga di wilayah kerja Puskesmas. Diskusi kelompok terarah (DKT) atau biasa dikenal dengan *focus group discussion* (FGD) melalui Dasa Wisma dari PKK. Kesempatan konseling di

UKBM (Posyandu, Posbindu, Pos UKK, dan lain-lain). Forum-forum yang sudah ada di masyarakat seperti majelis taklim, rembug desa, selapanan, dan lain-lain. Sedangkan keterlibatan tenaga dari masyarakat sebagai mitra dapat diupayakan dengan menggunakan tenaga-tenaga berikut. Kader-kader kesehatan, seperti kader Posyandu, kader Posbindu, kader Poskestren, kader PKK, dan lain-lain. Pengurus organisasi kemasyarakatan setempat, seperti pengurus PKK, pengurus Karang Taruna, pengelola pengajian, dan lain-lain.

Peran Pemangku Kepentingan Peran Puskesmas Pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga di tingkat Puskesmas dilakukan kegiatan-kegiatan sebagai berikut. Melakukan pendataan kesehatan keluarga menggunakan Prokesga oleh Pembina Keluarga (dapat dibantu oleh kader kesehatan). Membuat dan mengelola pangkalan data Puskesmas oleh tenaga pengelola data Puskesmas. Menganalisis, merumuskan intervensi masalah kesehatan, dan menyusun rencana Puskesmas oleh Pimpinan Puskesmas. Melaksanakan penyuluhan kesehatan melalui kunjungan rumah oleh Pembina Keluarga. Melaksanakan pelayanan profesional (dalam gedung dan luar gedung) oleh tenaga teknis/profesional Puskesmas. Melaksanakan Sistem Informasi dan Pelaporan Puskesmas oleh tenaga pengelola data Puskesmas.

Kegiatan-kegiatan tersebut harus diintegrasikan ke dalam langkah-langkah manajemen Puskesmas yang mencakup P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakan-Pelaksanaan), dan P3 (Pengawasan-Pengendalian-Penilaian). Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Peran Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sebagai pemilik Unit Pelaksana Teknis/Puskesmas adalah mengupayakan dengan sungguh-sungguh agar Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 terpenuhi untuk semua Puskesmas di wilayah kerjanya. Dalam rangka pelaksanaan pendekatan keluarga oleh Puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota memiliki tiga

peran utama, yakni: pengembangan sumber daya, koordinasi dan bimbingan, serta pemantauan dan pengendalian. Peran Dinas Kesehatan Provinsi Peran Dinas Kesehatan Provinsi dalam penyelenggaraan Puskesmas secara umum adalah memfasilitasi dan mengoordinasikan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di wilayah kerjanya untuk berupaya dengan sungguh-sungguh agar Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 terpenuhi di semua Puskesmas. Dalam rangka pelaksanaan pendekatan keluarga, Dinas Kesehatan Provinsi juga memiliki tiga peran utama, yakni: pengembangan sumber daya, koordinasi dan bimbingan, serta pemantauan dan pengendalian. Peran Kementerian Kesehatan Kementerian Kesehatan sebagai Pemerintah Pusat dalam menyelenggarakan urusan pemerintahan konkuren sebagaimana UU No. 23 Tentang Pemerintahan Daerah berwenang untuk: (a) menetapkan norma, standar, prosedur, dan kriteria dalam rangka penyelenggaraan urusan pemerintahan; (b) melaksanakan pembinaan dan pengawasan terhadap penyelenggaraan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah, selain juga pengembangan sumber daya, koordinasi dan bimbingan, serta pemantauan dan evaluasi. Peran dan tanggung jawab lintas sektor keberhasilan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga diukur dengan Indeks Keluarga Sehat, yang merupakan komposit dari 12 indikator. Semakin banyak indikator yang dapat dipenuhi oleh suatu keluarga, maka status keluarga tersebut akan mengarah kepada Keluarga Sehat. Sementara itu, semakin banyak keluarga yang mencapai status Keluarga Sehat, maka akan semakin dekat tercapainya Indonesia Sehat. Sehubungan dengan hal tersebut, disadari bahwa keberhasilan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga juga sangat ditentukan oleh peran dan tanggung jawab sektor-sektor lain di luar sektor kesehatan (lintas sektor).

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang

agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Oleh karena itu perlu diselenggarakan upaya kesehatan dengan pendekatan pemeliharaan, promosi kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, dan pemulihan kesehatan yang diselenggarakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Dalam rangka memajukan kesehatan masyarakat serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat maka diperlukan strategi promosi kesehatan baik kepada pemerintah, tokoh masyarakat, dan khususnya kepada masyarakat. Untuk mewujudkan atau mencapai visi dan misi promosi kesehatan secara efektif dan efisien, maka diperlukan cara dan pendekatan yang strategis yaitu strategi promosi kesehatan. Strategi promosi kesehatan secara global ini terdiri dari 3 hal, yaitu Advokasi, Dukungan Sosial, dan Pemberdayaan Masyarakat. Di dalam piagam Ottawa dirumuskan pula strategi baru promosi kesehatan, yang mencakup 5 butir, yaitu kebijakan berwawasan kebijakan, lingkungan yang mendukung, reorientasi pelayanan kesehatan, keterampilan individu, dan gerakan masyarakat. Dalam pemilihan strategi promosi kesehatan agar masyarakat lebih mudah untuk mengingat dan menerapkan dalam kehidupan sehari-hari mereka. Pemilihan strategi promosi kesehatan yaitu diantaranya ceramah, media massa, instruksi individual, simulasi, modifikasi perilaku dan pengembangan masyarakat. Dalam pemilihan strategi promosi kesehatanpun ada aturan-aturan tersendiri, intinya adalah agar strategi promosi kesehatan program-programnya semakin berkembang dan tidak salah sasaran.

DAFTAR PUSTAKA

- Budi Setyawan, F. E. 2012. 'Paradigma Sehat', *Saintika Medika*, 6(1). doi: 10.22219/sm.v6i1.1012.
- Kemendes RI, K. R. I. 2017. 'Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga'. Available at: <https://www.kemdes.go.id/article/print/17070700004/program-indonesia-sehat-dengan-pendekatan-keluarga.html>.
- Muhammad, K. F. and Wulandari, R. D. 2021. 'Mal Orang Sehat Sebagai Penerapan Paradigma Sehat Dan Respon Masyarakat Berdasarkan Precaution Adoption Process Model Di Puskesmas Sobo, Kabupaten Banyuwangi', *Preventif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 12(2), p. 201. doi: 10.22487/preventif.v12i2.199.
- Sukowati, S. and Shinta, S. 2003. 'Peran tenaga kesehatan masyarakat dalam mengubah perilaku masyarakat menuju hidup bersih dan sehat', *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 13(2), p. 159806. Available at: <https://www.mendeley.com/catalogue/34170e85-9a58-3e1f-8651-e50c6405f803>.
- Suprpto, S. and Arda, D. 2021. 'Pemberdayaan Masyarakat Melalui Penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat', *Jurnal Pengabdian Kesehatan Komunitas*, 1(2), pp. 77-87. doi: 10.25311/jpkk.Vol1.Iss2.957.
- Udayana, U. 2015. *Indonesia Menuju Pelayanan Kesehatan Yang Kuat Atau Sebaliknya?* Available at: <https://www.mendeley.com/catalogue/d6c37781-a915-331b-a53d-5aee0561de94>.
- Valbuena, R. 1995. 'Marilyn Ferguson: El paradigma holístico en educación'.

WHO. 2022. *Paradigma Sehat*. Available at:
https://www.google.com/search?q=paradigma+sehat+menurut+who&rlz=1C1RLNS_enID940ID940&sxsrf.

BAB 2

PEMBANGUNAN BERWAWASAN KESEHATAN DAN KELESTARIAN LINGKUNGAN

Oleh Arina Nuraliza Romas

2.1 Pendahuluan

Pembangunan sejalan dengan pertumbuhan manusia atau jumlah penduduk di suatu wilayah. Pembangunan berkaitan erat dengan proses kehidupan manusia dengan memanfaatkan segala potensi yang ada, mulai dari melimpahnya sumber daya alam hingga sumber daya manusia yang berdaya dan mampu untuk berkontribusi dalam pembangunan. Perencanaan dalam proses pembangunan perlu dilakukan dengan sangat rinci, teliti serta mempertimbangkan banyak hal. Keterlibatan semua pihak dalam menemukan persepsi serta tujuan, perlu dibentuk dengan kuat, agar terbentuk sebuah kebijakan, yang bukan hanya menguntungkan satu pihak, akan tetapi semua manusia yang ada didalamnya, dengan begitu pembangunan akan berjalan dengan baik sesuai harapan semua pihak.

Pembangunan di sektor kesehatan memberikan harapan baru bagi masyarakat, terkait dengan semua orang mendapatkan hak yang sama dalam memperoleh layanan kesehatan. Gerakan untuk selalu menerapkan pola hidup sehat atau perilaku hidup bersih dan sehat merupakan program preventif yang dilakukan agar masyarakat mampu untuk meningkatkan derajat kesehatannya, tanpa harus merasakan sakit, jadi fokusnya adalah pada pencegahan dengan meningkatkan imunitas atau kekebalan dalam tubuh agar tidak

mudah sakit. Melakukan pencegahan secara biaya lebih ekonomis dibanding dengan pengobatan, maka dari itu masyarakat dihimbau untuk selalu menjaga kesehatannya dengan cara menerapkan gaya hidup sehat. Penyakit-penyakit yang bermunculan di tengah masyarakat, baik penyakit menular maupun tidak menular, solusi utamanya adalah dengan menerapkan gaya hidup sehat, maka pemerintah meluncurkan program gerakan masyarakat hidup sehat (GERMAS) yang mana bersifat murah, mudah serta efisien.

Munculnya pandemi covid-19 di dunia, menyebabkan kekacaun besar yang luar biasa. Tingginya angka penularan serta angka kematian menyebabkan kekhawatiran hingga depresi pada sebagian orang. Covid-19 merupakan penyakit yang menular, akan tetapi karena pada saat itu belum ditemukan obatnya, tenaga medis menyarankan masyarakat untuk menerapkan hidup bersih dan sehat. Maka dari hal tersebut, dapat disimpulkan bahwa pentingnya melakukan pencegahan dari pada mengobati, hal inilah yang menjadi prinsip dari kesehatan masyarakat yaitu promotif dan preventif.

Musyawarah yang dilakukan secara mufakat dengan melibatkan berbagai pihak, menyamakan persepsi berdasarkan dengan nilai serta norma-norma di dalam masyarakat merupakan serangkaian kegiatan dalam proses pembangunan. Hal ini berarti, proses pembangunan harus dilakukan dengan mempertimbangkan berbagai aspek yang ada, mulai dari faktor manusia hingga faktor lingkungan harus dilibatkan sebagai bahan untuk perencanaan, sehingga nantinya tidak ada hal yang salah dalam setiap prosesnya, karena satu kesalahan akan berdampak buruk kedepannya, sebagai contoh tidak melibatkan faktor lingkungan maka nantinya kelestarian alam tersebut akan terenggut seiring dengan berjalannya waktu,

dengan demikian alam yang seharusnya menghasilkan bahan pangan untuk dimakan malah habis untuk bahan papan.

Semakin berkembangnya industri serta umat manusia, membuat lingkungan global juga semakin parah. Pemanasan global buka menjadi isu lagi, tetapi sudah sangat dirasakan dampaknya bagi seluruh penduduk bumi. Iklim ekstrim seringkali terjadi di berbagai kawasan di belahan dunia. Emisi gas karbon sulit dikendalikan, lapisan ozon menipis bahkan sudah ada yang bocor. Kegiatan pembangunan yang bersifat fisik dan berkaitan dengan pemanfaatan sumber daya alam tentu saja akan mengakibatkan risiko terhadap perubahan ekosistem. Selanjutnya, perubahan tersebut akan menimbulkan dampak, bisa berdampak positif maupun negatif. Maka dari itu, kegiatan pembangunan harus dilaksanakan dengan melibatkan semua aspek, mulai dari berwawasan sosial ekonomi, hingga berwawasan lingkungan (Sun et al., 2021).

Segala bentuk upaya yang dilakukan dengan terencana, mulai dari penggunaan serta pengelolaan sumber daya alam dengan bijaksana merupakan pembangunan yang berwawasan kelestarian lingkungan, dimana hal tersebut mampu untuk meningkatkan kelestarian serta mutu makhluk hidup yang berada didalamnya. Terwujudnya pembangunan berwawasan kelestarian lingkungan merupakan salah satu tujuan dari pembangunan yang berkelanjutan, dimana segala prosesnya dilakukan dengan sangat baik dan bijak, sehingga mampu untuk mengendalikan sumber daya alam yang melimpah di bumi ini, serta mendorong masyarakatnya untuk mampu menggunakan serta mengelola sumber daya alam sesuai dengan kebijakan yang sudah dibentuk dimana tujuannya adalah untuk kelestarian alam, kelestarian lingkungan dan untuk berlangsungnya kehidupan manusia.

2.2 Pembangunan Berawawasan Kesehatan

Masalah sosiologis yang luas telah muncul karena dampak global dari wabah Covid-19. Tindakan seperti jaga jarak, karantina di rumah dan pembatasan perjalanan, merupakan sebuah cara yang dilakukan untuk membantasi penularan. Dampak dari pembatasan tersebut adalah tenaga kerja di semua sektor industri telah berkurang, yang memicu ketakutan akan krisis ekonomi dan resesi di seluruh dunia. Tingkat pengangguran meningkat secara drastis dan partisipasi dalam angkatan kerja menurun sehingga memicu krisis pengangguran global yang masif.

Pada saat yang sama, sistem perawatan kesehatan yang terbebani di seluruh dunia telah berjuang untuk menanggapi keadaan darurat kesehatan global. Pandemi sedang menguji semua sistem kesehatan global. Selain itu, kesejahteraan tenaga kesehatan merupakan landasan dari sistem perawatan kesehatan. Beban yang luar biasa dan beban kerja yang meningkat akibat pandemi, menyebabkan kelelahan kerja pada tenaga medis.

Populasi rentan yang berisiko lebih tinggi tertular Covid-19 termasuk populasi lanjut usia, penderita hipertensi, diabetes atau faktor risiko penyakit kardiovaskuler, dan pasien dengan penyakit atau kondisi pernapasan. Kebiasaan tidak sehat seperti merokok, mungkin terkait dengan tingkat keparahan dan akibat buruk dari Covid-19. Satu studi melaporkan ada hubungan yang signifikan terkait pasien rawat inap Covid-19 dengan peningkatan indeks massa tubuh, yang menunjukkan bahwa obesitas dan kelebihan berat badan merupakan faktor risiko yang meningkatkan kemungkinan tertular infeksi (van der Voorn, van den Berg, Quist, & Kok, 2022).

Obesitas, hipertensi, diabetes melitus, dan penyakit kardiovaskular juga terkait dengan perjalanan COVID-19 yang

lebih parah. Selain itu, perubahan gaya hidup seperti karantina dirumah yaitu segala aktivitas dilakukan dari rumah, juga dapat menyebabkan efek kesehatan yang negatif. Misalnya, ketika anak-anak putus sekolah, mereka memiliki aktivitas fisik yang lebih sedikit, waktu bermain *smartphone* yang lebih lama, pola tidur yang tidak teratur, dan pola makan yang kurang baik, yang dapat mengakibatkan kenaikan berat badan dan hilangnya kebugaran kardiorespirasi.

Interaksi antara efek fisik dan psikologis COVID-19 dapat menciptakan lingkaran setan. Efek psikologis negatif terkait termasuk gejala stres pascatrauma, kebingungan, dan kemarahan. Durasi karantina yang lebih lama, ketakutan akan infeksi, frustrasi, kebosanan, persediaan dan informasi yang tidak memadai, kerugian finansial, dan stigma negatif merupakan faktor stres selama dan setelah masa karantina. Kekhawatiran atas masalah psikososial dan kesehatan mental juga telah dikemukakan. Dukungan kesehatan mental sangat dibutuhkan untuk petugas kesehatan, penyedia pengasuhan anak, anak-anak, orang tua, orang dengan penyakit bawaan, dan orang yang tinggal dalam isolasi. Pandemi telah berdampak besar pada orang tua dan anak-anak, dan survei nasional yang dilakukan di Amerika Serikat melaporkan bahwa 27% orang tua melaporkan kesehatan mental yang memburuk, dan 14% melaporkan kesehatan perilaku anak-anak mereka memburuk. Pada tahap ini, sangat penting untuk mengatasi masalah seperti kekerasan dalam rumah tangga dan pelecehan anak (Devos et al., 2022).

Selain itu, kebutuhan mendesak dari individu yang mengalami kehilangan dan kesedihan harus ditangani. Kehilangan dikaitkan dengan peristiwa dan konsekuensi penting, seperti kehilangan orang yang dicintai, serta perubahan besar dalam hidup seperti kehilangan pekerjaan. Pengangguran dan gangguan kehidupan dan

pekerjaan yang belum pernah terjadi sebelumnya dapat menyebabkan kesusahan dan kepuasan akan hidup yang lebih rendah. Hal ini dapat menyebabkan masalah kesehatan mental.

Permasalahan kesehatan yang terjadi di dunia saat ini bisa dilakukan pencegahan dengan menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat. Perilaku tersebut merupakan langkah-langkah untuk meningkatkan kepedulian individu terhadap kesehatannya sendiri. Tindakan pencegahan lebih ekonomis dibanding dengan melakukan pengobatan, manusia yang mengabaikan kesehatan mereka, dengan mengonsumsi *junk food*, alkohol, minuman bersoda serta tidak melakukan aktivitas fisik, akan menyebabkan banyaknya timbulan racun didalam tubuh, yang mana hal tersebut menyebabkan munculnya penyakit-penyakit tidak menular.

Pembangunan berwawasan kesehatan merupakan langkah strategis untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan agar terwujud derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh disegala lapisan. Berikut adalah langkah strategis yang dapat dilakukan untuk mengendalikan transisi penyakit:

1. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk membudayakan gaya hidup sehat

Budaya terbentuk dari kebiasaan, bentuk kebiasaan sehat setiap hari membuat tubuh sudah terbiasa melakukan hal tersebut sehingga menjadi budaya sehat. Sasaran strategi ini adalah seluruh lapisan masyarakat, promosi gaya hidup sehat menjadi tanggung jawab seluruh elemen masyarakat, karena dari perilaku kita orang lain bisa melihat dan menilai, hingga pada akhirnya mau serta mampu untuk mengikuti.

2. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas

Fasilitas pelayanan kesehatan sudah seharusnya diberikan secara luas kepada masyarakat, tanpa melihat status

ekonominya. Sasaran utama pada strategi ini adalah setiap orang miskin mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Kelompok rentan (bayi, anak-anak, lansia) yang memiliki risiko tinggi bisa terlindung dari penyakit. Tersedianya tenaga medis yang kompeten di setiap desa. Setiap puskesmas dapat menjangkau dan dijangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya. Pelayanan kesehatan di seluruh rumah sakit, puskesmas dan jaringannya sudah memenuhi standar mutu.

3. Meningkatkan sistem surveillans, monitoring dan informasi kesehatan

Setiap kejadian penyakit dilaporkan secara cepat kepada kepala desa untuk kemudian diteruskan ke instansi kesehatan. Setiap kejadian luar biasa (KLB) dan wabah penyakit bisa tertanggulangi secara cepat dan tepat, sehingga tidak menimbulkan dampak negatif terhadap kesehatan masyarakat. Semua ketersediaan obat-obatan, makanan dan perbekalan kesehatan lainnya telah memenuhi syarat. Terkendalinya pencemaran lingkungan sesuai dengan standar kesehatan serta berfungsinya sistem informasi kesehatan yang berdasarkan fakta (data dan bukti).

4. Meningkatkan pembiayaan kesehatan

Pembangunan kesehatan menjadi prioritas penganggaran pemerintah pusat dan daerah, anggaran kesehatan pemerintah diutamakan sebagai upaya untuk promotif dan preventif. Selain itu terciptanya sistem jaminan pembiayaan kesehatan terutama bagi rakyat miskin, sudah semestinya rakyat miskin juga perlu mendapatkan perhatian penuh dari pemerintah.

Pembangunan berwawasan kesehatan mengarah pada sebuah kebijakan atau pengaturan tentang semua hal yang

berkaitan dengan kesehatan yang mana memiliki nilai-nilai yang syarat akan keberlangsungan hidup serta kesejahteraan masyarakat. Kebijakan pada dasarnya untuk menyelesaikan suatu masalah atau hambatan serta cara untuk memanfaatkan kesempatan terhadap pelaksanaan usulan kebijakan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Berbagai usaha yang dilakukan dalam rangka meningkatkan kesejahteraan masyarakat merupakan capaian yang diharapkan dari pembangunan. Pembangunan tidak akan berjalan tanpa adanya dukungan dari semua elemen masyarakat yang berada didalam suatu wilayah, maka dari itu peran aktif masyarakat serta kolaboratif dari berbagai pihak yang terkait perlu dibentuk untuk menunjang proses pembangunan, termasuk pembangunan kesehatan, karena kesejahteraan masyarakat selain faktor ekonomi penting juga untuk memperhatikan kesehatannya, tanpa sehat masyarakat tidak akan bisa mencari nafkah dan meningkatkan nilai ekonomi mereka. (O'Neill, McKeon Bennett, & Rowan, 2022).

Upaya pembangunan sudah seharusnya dilandasi dengan wawasan kesehatan, dalam arti pembangunan kesehatan harus memperhatikan kesehatan masyarakat dan merupakan tanggung jawab bersama semua pihak baik Pemerintah maupun masyarakat. Serangkaian kegiatan dalam upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan, dilakukan secara terpadu, terintegrasi dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, pengobatan penyakit serta rehabilitasi atau pemulihan kesehatan.

Pembangunan berwawasan kesehatan sejalan dengan pelaksanaan sistem kesehatan yang mana menekankan pada hal pembentukan perilaku hidup bersih dan sehat atay mengubah gaya hidup agar lebih sehat. Pemberdayaan

perempuan juga menjadi hal yang penting, karena seorang ibu harus mempunyai ilmu kesehatan untuk memberikan edukasi langsung ke pada anaknya sejak kecil. Program promotif dan preventif merupakan strategi yang digaungkan oleh Ilmu Kesehatan Masyarakat agar masyarakat mau serta mampu untuk menerapkan pola hidup yang sehat sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan. (Zheng et al., 2021).

2.3 Pembangunan Berwawasan Kelestarian Lingkungan

Tanggapan global terhadap pandemi menyebabkan pengurangan gas rumah kaca antropogenik dan emisi aerosol secara tiba-tiba dan sementara, serta peningkatan kualitas air. Berkurangnya mobilitas manusia selama pandemi secara signifikan mengurangi efek gangguan yang tidak diinginkan pada pergerakan hewan. Polusi telah berkurang dalam skala global. Namun, dampak langsung dari respons yang didorong oleh pandemi terhadap iklim global ini mungkin terbatas dalam jangka panjang (Yang & Lo, 2021).

Efek tidak langsung Covid-19 terhadap lingkungan termasuk peningkatan kualitas udara, emisi karbon yang lebih rendah, pantai yang bersih, dan polusi udara yang berkurang. Namun, ini bukan cara yang berkelanjutan untuk membersihkan lingkungan. Efek samping negatif seperti peningkatan limbah dan pengurangan daur ulang dapat bertahan lebih lama, dan dapat lebih menantang untuk dikelola. Misalnya, masker wajah sekali pakai, sarung tangan bedah, dan pembersih yang ada di mana-mana telah menyebabkan timbulnya limbah medis dan pencemaran lingkungan yang meluas. Diperkirakan 129 miliar masker wajah dan 65 miliar sarung tangan digunakan per bulan secara global (Bick & Keele, 2022).

Alat pelindung diri selama pandemi menimbulkan risiko bagi kesehatan masyarakat, karena limbah merupakan vektor penyakit. Limbah masker berbasis polimer merupakan sumber potensial pencemaran mikroplastik di lingkungan. Maka dari itu, setelah pandemi, semakin banyak lagi pekerjaan untuk mengelola lingkungan. Berbagai upaya yang dilakukan secara sistematis dan terpadu dengan tujuan untuk melestarikan fungsi lingkungan hidup dan mencegah pencemaran lingkungan merupakan proses dari pengelolaan lingkungan hidup.

Pembangunan berwawasan lingkungan merupakan berbagai upaya yang dilakukan secara terstruktur dan terencana dengan menggunakan sumber daya alam secara bijaksana dan sesuai dengan peraturan-peraturan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah tentang pengelolaan lingkungan hidup. Tujuan dari pengelolaan lingkungan hidup adalah mengambil dari alam secukupnya, menjaga serta merawat alam dengan baik dalam rangka melestarikan lingkungan tempat manusia hidup.

Pengalokasian lingkungan, pemanfaatan lingkungan serta pemulihan lingkungan merupakan berbagai upaya yang dilakukan dalam rangka pelestarian lingkungan hidup. Hal ini dilakukan sebagai langkah untuk mewujudkan pembangunan yang berwawasan kelestarian lingkungan serta mendukung pembangunan yang berkelanjutan. Gagasan pembangunan yang berkelanjutan di Indonesia tertuang didalam dokumen Agenda 21 Indonesia, yang mana strategi pengelolaan lingkungan hidup dirumuskan ke dalam strategi nasional untuk pembangunan yang berkelanjutan menjadi 4 topik, yaitu pelayanan masyarakat, pengelolaan limbah, pengelolaan sumber daya tanah dan pengelolaan sumber daya alam.

Upaya untuk melestarikan lingkungan hidup berkaitan dengan pengelolaan lingkungan hidup meliputi perencanaan, pemanfaatan, pengendalian, pemeliharaan, pengawasan, dan

penegakkan hukum. Berikut adalah uraian dari kegiatan pengelolaan lingkungan hidup:

No	Kegiatan	Penjelasan
1	Perencanaan	Proses perencanaan perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup dilaksanakan melalui tahapan inventarisasi lingkungan hidup, penetapan wilayah ekoregion dan penyusunan Rencana Perlindungan dan Pengelolaan Lingkungan Hidup (RPPLH).
2	Pemanfaatan	Pemanfaatan sumber daya alam dilakukan berdasarkan daya dukung dan daya tampung lingkungan hidup dengan memperhatikan hal-hal, (1) keberlanjutan proses dan fungsi lingkungan hidup; (2) keberlanjutan produktivitas lingkungan hidup; (3) keselamatan, mutu hidup dan kesejahteraan masyarakat.
3	Pengendalian	Pengendalian pencemaran dan/atau kerusakan lingkungan hidup terdiri dari pencegahan, penanggulangan serta pemulihan. Pengendalian ini dilakukan oleh semua <i>stakeholder</i> baik pemerintah, pelaku industri serta masyarakat.
4	Pemeliharaan	<ul style="list-style-type: none"> • Konservasi sumber daya alam (perlindungan sumber daya alam, pengawetan sumber daya

No	Kegiatan	Penjelasan
		<p>alam dan pemanfaatan secara lestari sumber daya alam)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pencadangan sumber daya alam merupakan sumber daya alam yang tidak dapat dikelola dalam jangka waktu tertentu • Pelestarian fungsi atmosfer yang meliputi upaya mitigasi dan adaptasi perubahan iklim; upaya perlindungan lapisan ozon; dan upaya perlindungan terhadap hujan asam
5	Pengawasan	<p>Upaya preventif dalam pengendalian dampak lingkungan hidup perlu dilaksanakan dengan instrumen pengawasan dan perizinan. Pelaku pembangunan diwajibkan untuk melakukan pemantauan kualitas limbah cair yang akan dibuang ke sungai, setelah itu dilakukan pula pemantauan kualitas air sungai sebelum dan sesudah bercampur dengan limbah cair secara berkala yang mana hasilnya akan dilaporkan ke pemerintah sebagai bahan evaluasi.</p>
6	Penegakan hukum	<p>Terdapat ancama hukuman minimum di samping maksimum, perluasan alat bukti, pemidanaan bagi pelanggaran baku mutu, keterpaduan penegakan hukum pidana, dan pengaturan tindak pidana korporasi.</p>

No	Kegiatan	Penjelasan
		Penegakan hukum pidana lingkungan memperhatikan asas <i>ulmimumatum remedium</i> , yang hanya berlaku bagi tindak pidana formil tertentu, contohnya pemidanaan terhadap pelanggaran baku mutu air limbah, emisi dan gangguan lingkungan lainnya.
7	Pihak-pihak pengelola lingkungan	<ul style="list-style-type: none"> • Pelaku yang berperan dalam pemanfaatan lingkungan • Pengatur yang berperan sebagai pihak pemelihara serta pengawas lingkungan • Pihak-pihak yang terkena dampak dari lingkungan

Semua elemen masyarakat mempunyai hak yang sama atas lingkungan hidup. Tempat dimana mereka tinggal dan hidup, serta mengambil manfaat dari alam dimana mereka berada merupakan hak setiap individu. Maka, sudah semestinya mereka senantiasa menjaga kelestarian lingkungan hidup untuk keberlangsungan hidup. Tiap individu yang berusaha untuk melakukan kewajiban serta memberikan informasi yang benar dan akurat mengenai pengelolaan lingkungan hidup adalah pihak-pihak yang peduli akan kelestarian lingkungan hidup (Wagner, Velandar, Biber-Freudenberger, & Dietz, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Bick, N., & Keele, D. 2022. Sustainability and climate change: Understanding the political use of environmental terms in municipal governments. *Current Research in Environmental Sustainability*, 4(April), 100145. <https://doi.org/10.1016/j.crsust.2022.100145>
- Devos, Y., Arena, M., Ashe, S., Blanck, M., Bray, E., Broglia, A., ... Hugas, M. 2022. Addressing the need for safe, nutritious and sustainable food: Outcomes of the “ONE – Health, Environment & Society – Conference 2022”. *Trends in Food Science and Technology*, 129(September), 164–178. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2022.09.014>
- O’Neill, E. A., McKeon Bennett, M., & Rowan, N. J. 2022. Peatland-based innovation can potentially support and enable the sustainable development goals of the United Nations: Case study from the Republic of Ireland. *Case Studies in Chemical and Environmental Engineering*, 6(August 2022), 100251. <https://doi.org/10.1016/j.cscee.2022.100251>
- Sun, L., Zhao, D., Xiong, S., Renne, A., Zheng, Z. J., Xiang, H., ... Yan, L. L. 2021. Disciplinary development of global health academic degree programs in China. *Global Health Journal*, 5(2), 102–111. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2021.04.003>
- van der Voorn, T., van den Berg, C., Quist, J., & Kok, K. 2022. Making waves in resilience: Drawing lessons from the COVID-19 pandemic for advancing sustainable development. *Current Research in Environmental Sustainability*, 4(June). <https://doi.org/10.1016/j.crsust.2022.100171>

- Wagner, N., Velander, S., Biber-Freudenberger, L., & Dietz, T. 2023. Effectiveness factors and impacts on policymaking of science-policy interfaces in the environmental sustainability context. *Environmental Science and Policy*, 140(November 2022), 56–67. <https://doi.org/10.1016/j.envsci.2022.11.008>
- Yang, X., & Lo, K. 2021. Environmental health research and the COVID-19 pandemic: A turning point towards sustainability. *Environmental Research*, 197(November 2020), 111157. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111157>
- Zheng, X., Wang, R., Hoekstra, A. Y., Krol, M. S., Zhang, Y., Guo, K., ... Wang, C. 2021. Consideration of culture is vital if we are to achieve the Sustainable Development Goals. *One Earth*, 4(2), 307–319. <https://doi.org/10.1016/j.oneear.2021.01.012>

BAB 3

PROGRAM PEMERINTAH MENGATASI KEMATIAN IBU DAN BAYI

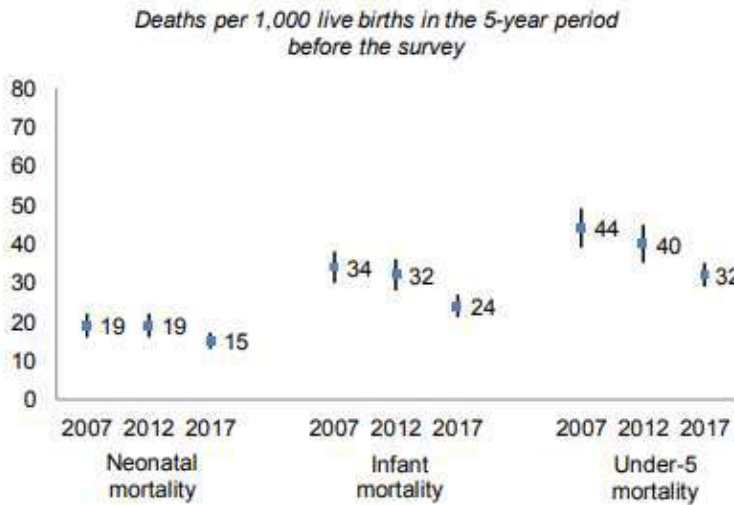
Oleh Ayu Khoirotul Umaroh

3.1 Pendahuluan

Informasi tentang kematian anak merupakan indikator penting dari status kesehatan dan kualitas hidup suatu negara. Data tentang kematian anak membantu mengidentifikasi kelompok rentan yang berisiko lebih tinggi terhadap kematian dan dapat merumuskan strategi untuk mengurangi risiko, seperti mempromosikan layanan kesehatan ibu dan program keluarga berencana. Angka kematian ibu merupakan indikator kualitas pelayanan kesehatan, kapasitas pelayanan kesehatan, kualitas pendidikan dan pengetahuan masyarakat, kualitas kesehatan lingkungan, sosial budaya serta hambatan dalam memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan.

Dalam dokumen Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) tahun 2020-2024, target Angka Kematian Ibu (AKI), dan Angka Kematian Bayi (AKB) tertuang dalam indikator program kesehatan masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Tahun 2024 diharapkan AKI dapat mencapai 183 kematian per 100.000 kelahiran hidup. Sementara berdasarkan Profil Penduduk Indonesia Hasil SUPAS 2015, AKI tahun 2015 berada di angka 305 kematian per 100.000 kelahiran hidup (Nuraini *et al.*, 2015). Untuk mencapai target tahun 2024, pemerintah perlu menurunkan AKI sampai 40% dari angka tahun 2015 tersebut. AKB dapat

mencapai 16 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Berdasarkan laporan Survei Demografi Kesehatan Indonesia tahun 2017, capaian AKB yakni 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Pemerintah perlu menurunkan AKB sampai 50% agar dapat mencapai target pada tahun 2024. Oleh karena itu, pemerintah perlu merumuskan strategi untuk dapat menurunkan AKI dan AKB di Indonesia.



Gambar 3.1 : Tren Angka Kematian Neonatal, Bayi, dan Balita di Indonesia (BPS *et al.*, 2017)

3.2 Faktor yang berhubungan dengan kematian ibu

Penelitian yang dilakukan oleh McCall, Nair dan Knight (2017) kemungkinan kematian ibu adalah 2 kali lebih tinggi di antara wanita yang merokok selama kehamilan dibandingkan di antara mereka yang tidak. Faktor masalah kesehatan selama kehamilan memiliki odds 6 kali lipat peningkatan kemungkinan kematian ibu. Peluang kematian adalah 23 kali lebih tinggi bagi mereka dengan penggunaan perawatan antenatal yang tidak

memadai dibandingkan dengan mereka yang menggunakan perawatan antenatal yang memadai.

Penelitian lainnya menunjukkan status gizi, keadaan anemia, riwayat penyakit, usia, pemeriksaan ANC, cara persalinan, keterlambatan rujukan, status pekerjaan, dan komplikasi postpartum berhubungan dengan kematian ibu, berdasarkan nilai chi-kuadrat 109,431 ($p=0,000$). Selanjutnya, Kuadrat Nagelkerke R sebesar 0,897 menunjukkan hal itu 89,7% kasus dapat dijelaskan oleh variabel model, sedangkan sisanya 11,3% disebabkan oleh faktor lain di luar cakupan riset tersebut (Diana, Wahyuni and Prasetyo, 2020).

Penelitian lain juga membuktikan bahwa komplikasi selama kehamilan meningkatkan risiko kematian ibu 6,98 kali, komplikasi persalinan meningkatkan risiko kematian ibu 7,59 kali, dan rujukan terlambat meningkatkan risiko kematian ibu 5,79 kali. Sistem rujukan, khususnya di pelayanan kebidanan, harus dilakukan tepat dan harus menghindari tiga terlambat, yaitu keterlambatan dalam pengambilan keputusan, keterlambatan dalam mencapai tujuan rujukan dan keterlambatan dalam memperoleh pelayanan di rujukan tempat (Kusnadi, Respati and Sulistyowati, 2019).

3.3 Faktor yang berhubungan dengan kematian bayi

Penelitian yang dilakukan di Ethiopia menunjukkan hasil peluang kematian bayi di antara anak laki-laki adalah 1,51 kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita. Peluang kematian adalah 5,49 kali lebih tinggi pada kelahiran kembar dibandingkan dengan kelahiran tunggal. Bayi prematur memiliki peluang 8,47 kali lebih mungkin meninggal dibandingkan dengan bayi yang lahir cukup bulan. Risiko kematian bayi di antara penduduk pedesaan adalah 1,76 kali

lebih tinggi jika dibandingkan dengan penduduk perkotaan (Baraki *et al.*, 2020).

Anak dari ibu kategori otonomi rendah memiliki risiko 1,79 kali untuk mengalami kematian anak dibandingkan dengan anak dari ibu yang memiliki kategori otonomi tinggi. Anak dari rumah tangga berstatus ekonomi rendah memiliki risiko 1,42 kali untuk mengalami kematian dibandingkan dengan rumah tangga dari status ekonomi tinggi. Anak yang lahir dari ibu dengan usia kurang dari 20 tahun memiliki risiko 1,57 kali mengalami kematian balita dibandingkan dengan balita yang lahir pada usia ideal (20-34 tahun). Anak yang lahir dengan jarak kelahiran kurang dari dua tahun memiliki risiko mengalami balita kematian sebesar 1,88 kali dibandingkan bayi yang lahir dengan jarak kelahiran 24 bulan atau lebih. Anak lahir kembar memiliki risiko 2,24 kali untuk mengalami kematian balita dibandingkan dengan anak yang dilahirkan tidak kembar. Anak yang lahir dengan riwayat kematian saudara kandung memiliki risiko 1,64 kali mengalami kematian balita dibandingkan dengan anak yang lahir tanpa kematian saudara kandung sebelumnya (Warrohmah *et al.*, 2018).

3.4 Program pemerintah

Dalam transformasi sistem kesehatan nasional, terdapat transformasi pelayanan kesehatan primer, yang salah satu tujuannya adalah menciptakan calon ibu sehat melalui upaya kesehatan berbasis masyarakat. Upaya tersebut yakni sebagai berikut:

- a) Mempersiapkan ibu layak hamil
- b) Terdeteksi komplikasi kehamilan sedini mungkin di pelayanan kesehatan
- c) Persalinan di Fasilitas Kesehatan
- d) Pelayanan untuk bayi yang dilahirkan

Kementerian Kesehatan dan *United States Agency for International Development* (USAID) tahun 2021 lalu meluncurkan program *Momentum Private Healthcare Delivery* (MPHD). MPHD memanfaatkan potensi sektor swasta untuk berkembang akses ke dan penggunaan layanan kesehatan ibu, bayi baru lahir, dan anak berkualitas tinggi berbasis bukti, sukarela keluarga berencana, dan pemeliharaan kesehatan reproduksi. MDPH berfokus di fasilitas kesehatan sektor swasta, dengan mitra utamanya Direktorat Mutu dan Akreditasi, Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan. Selain MPHD, USAID juga memberikan hibah program *Momentum Country Global Leadership* (MCGL) dengan tujuan untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan milik pemerintah, dengan kerjasama utama adalah Direktorat Kesehatan Keluarga, Ditjen Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan. Program ini dilakukan selama 2020 sampai dengan 2025 di enam provinsi *pilot project* yakni Nusa Tenggara Timur, Jawa Timur, DKI Jakarta, Banten, Sumatera Utara, dan Sulawesi Selatan.

3.4.1 Program MPHD

Program ini memiliki empat area keberhasilan, diantaranya yakni sebagai berikut:

1. Akses ke dan penggunaan layanan kualitas berbasis bukti, peningkatan informasi, layanan, dan intervensi kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, dan kesehatan reproduksi
2. Kapasitas lembaga host-negara, lokal, organisasi, dan penyedia untuk memberikan kualitas pelayanan berbasis bukti dan pelayanan KIA/KB/Kespro meningkat, melembaga, terukur, terdokumentasi, dan responsif terhadap kebutuhan populasi

3. Pembelajaran adaptif dan penggunaan bukti pada pelayanan KIA/KB/Kespro melalui kepemimpinan teknis negara host berkelanjutan dapat meningkat
4. Kolaborasi antar sektor dan kerjasama inovatif antara organisasi yang bergerak di bidang KIA/KB/Kespro dan tidak meningkat

Berdasarkan dokumen laporan tahun pertama, Semi Annual Report dari Population Services International (2021), tahap awal MPHD Indonesia dimulai pada 14 Januari 2021 dan akan berlanjut hingga 21 Mei 2021. Selama dua setengah bulan fase awal periode pelaporan ini, MPHD Indonesia bekerja erat dengan Misi USAID Indonesia untuk bersama-sama membuat rencana kerja Tahun 1, membangun beberapa kegiatan utama: tinjauan yang komprehensif, konsultasi pemangku kepentingan sektor swasta, diskusi dengan pemangku kepentingan utama di Kementerian Kesehatan, dan pemetaan fasilitas sektor swasta di 73 fasilitas di 6 kabupaten terpilih.

Desk review yang dilakukan oleh MPHD menggunakan kerangka sistem kesehatan untuk mensintesis bukti yang tersedia tentang kesehatan ibu, anak, dan bayi baru lahir di sektor swasta di Indonesia. Hal tersebut dapat memberikan informasi tentang jaminan kualitas, peningkatan sistem, informasi kesehatan, sistem rujukan dan jalur kesehatan ibu dan bayi baru lahir, kepedulian lintas sektor publik dan swasta, mengeksplorasi peluang kemitraan publik swasta yang menjanjikan, mengartikulasikan peran pendukung utama seperti pembiayaan dan intervensi terkait tata kelola dalam peningkatan kesehatan ibu dan bayi baru lahir, dan mencakup peluang potensial untuk menciptakan sinergi dengan proyek yang sedang berjalan dan mitra implementasi lainnya di Indonesia.

Untuk melakukan pemetaan fasilitas sektor swasta, MHPD mengembangkan daftar lengkap sektor swasta rumah sakit dan kemudian menerapkan kriteria seleksi (jumlah pengiriman, jaringan vs non-jaringan) dan secara sengaja memilih 77 fasilitas di enam kabupaten (73 di antaranya menyelesaikan penilaian). Fasilitas pemetaan menangkap informasi tentang lokasi geografis dan distribusi fasilitas kesehatan swasta dan karakteristiknya (jenis fasilitas, tahun beroperasi, akreditasi/sertifikasi, afiliasi, infrastruktur, jumlah dan jenis staf, jenis dan volume layanan yang disediakan, ketersediaan peralatan dan obat-obatan). MHPD Indonesia menyiapkan dek slide dengan temuan-temuan utama dan mempresentasikannya dalam pertemuan mingguan dengan USAID. Kegiatan pemetaan sektor swasta berhasil karena mendapat tanggapan yang tinggi (95%) meskipun alokasi waktu yang singkat untuk pengumpulan data dan dalam konteks pandemi COVID-19.

Setelah melakukan pemetaan pemangku kepentingan, tim bekerja sama dengan USAID untuk memilih sebagian pemangku kepentingan untuk melakukan konsultasi individu atau kelompok. Konsultasi pemangku kepentingan dilakukan karena didorong oleh masalah dan pendekatan yang berfokus pada solusi. Tim berfokus pada identifikasi dan pengembangan skenario potensial dan kasus yang digunakan untuk diskusi, validasi, dan penyempurnaan. Skenario ini adalah diidentifikasi berdasarkan tinjauan pustaka, keterlibatan berkelanjutan dengan mitra pelaksana lainnya, dan swasta wawasan pemetaan sektor.

3.4.2 Persiapan Ibu Layak Hamil

Ibu perlu mengetahui kapan waktu yang tepat untuk mengalami kehamilan, oleh karena itu perlu adanya perencanaan. Perencanaan kehamilan bertujuan agar ibu dapat

menjalani kondisi kehamilan dan persalinan yang aman dan sehat. Selain itu, perencanaan kehamilan ini juga bertujuan untuk mendeteksi adakah risiko penyakit tertentu pada calon ibu yang dapat membahayakan janin saat hamil, atau bahkan membahayakan keduanya saat proses melahirkan. Perencanaan kehamilan dapat dilakukan oleh pasangan yang sudah menikah, dengan cara berkonsultasi ke bidan atau fasilitas kesehatan terdekat.

Kondisi ibu layak hamil dapat dilihat pada gambar berikut:



Gambar 3.2 : Kondisi Ibu yang Layak Hamil

3.4.3 Program Pelayanan *Antenatal Neonatal Care/ANC*

ANC bertujuan untuk memantau dan menjaga kesehatan dan keselamatan ibu dan janin, mendeteksi semua komplikasi kehamilan dan mengambil tindakan yang diperlukan, menanggapi keluhan, mempersiapkan kelahiran, dan mempromosikan gaya hidup sehat. Kunjungan ANC sangat penting untuk mendeteksi dan mencegah kejadian yang tidak diinginkan yang timbul selama kehamilan. Di negara berkembang, telah terjadi peningkatan pemanfaatan pelayanan kesehatan ibu, namun masih bervariasi antar kelompok penduduk. Disparitas dapat terjadi karena letak geografis,

demografis, sosial ekonomi, dan lain-lain perbedaan budaya. Kesenjangan yang terjadi mengakibatkan penurunan akses pelayanan, kualitas pelayanan, dan keterjangkauan layanan.

Penelitian yang dilakukan oleh Laksono *et al.* (2020), dengan acuan wilayah Papua, semua wilayah menunjukkan kesenjangan kecuali Maluku yang tidak jauh berbeda dalam penggunaan ANC dibandingkan dengan Papua. Perempuan di Nusa Tenggara berpeluang 4,365 kali melakukan 4 kunjungan ANC dibandingkan dengan yang ada di wilayah Papua. Perempuan di Jawa-Bali punya 3,607 kali peluang melakukan 4 kunjungan ANC dibandingkan perempuan di wilayah Papua. Perempuan di Sumatera memiliki peluang 1.370 kali untuk melakukan 4 ANC dibandingkan dengan perempuan di wilayah Papua. Perempuan di Kalimantan berpeluang 2.232 kali melakukan 4 kunjungan ANC dibandingkan dengan perempuan di Papua wilayah. Perempuan di Sulawesi berpeluang 1.980 kali lebih besar untuk menghasilkan 4 kunjungan ANC dibandingkan dengan perempuan di wilayah Papua. Selain wilayah kategori, variabel lain yang berkontribusi terhadap prediktor adalah umur, suami/pasangan, pendidikan, paritas, kekayaan dan asuransi.

3.4.4 Program Persalinan di Layanan Kesehatan (PONED-PONEK)

PONED atau Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar merupakan pelayanan yang diberikan kepada ibu bersalin dan bayinya di puskesmas, bila tidak ada kegawatdaruratan. Bila terjadi kegawatdaruratan, maka persalinan akan dirujuk ke rumah sakit. Program persalinan di rumah sakit dengan kegawatdaruratan disebut sebagai PONEK atau Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif.

DAFTAR PUSTAKA

- Baraki, A.G. *et al.* 2020. 'Factors affecting infant mortality in the general population: evidence from the 2016 Ethiopian demographic and health survey (EDHS); a multilevel analysis', *BMC pregnancy and childbirth*, 20(1), p. 299. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03002-x>.
- BPS *et al.* 2017. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Available at: <http://www.dhsprogram.com>. (Accessed: 8 September 2020).
- Diana, S., Wahyuni, C.U. and Prasetyo, B. 2020. 'Maternal complications and risk factors for mortality', *Journal of Public Health Research*, 9(2), pp. 195–198. Available at: <https://doi.org/10.4081/jphr.2020.1842>.
- Kementerian Kesehatan RI. 2020. *Indikator Program Kesehatan Masyarakat dalam RPJMN dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024*, Kementerian Kesehatan RI. Available at: <https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/attachments/ef5bb48f4aaae60ebb724caf1c534a24.pdf>.
- Kusnadi, N., Respati, S.H. and Sulistyowati, S. 2019. 'Risk Factors of Maternal Death in Karanganyar, Central Java, Indonesia', *Journal of Maternal and Child Health*, 4(6), pp. 499–506. Available at: <https://doi.org/10.26911/thejmch.2019.04.06.10>.
- Laksono, A.D. *et al.* 2020. 'Regional disparities in antenatal care utilization in Indonesia', *PLoS ONE*, 15(2), pp. 1–13. Available at: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224006>.

- McCall, S.J., Nair, M. and Knight, M. 2017. 'Factors associated with maternal mortality at advanced maternal age: a population-based case-control study', *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 124(8), pp. 1225-1233. Available at: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14216>.
- Nuraini *et al.* 2015. *Profil Penduduk Indonesia Hasil SUPAS 2015*. Available at: <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>.
- Population Services International. 2021. *MOMENTUM: PRIVATE HEALTHCARE DELIVERY*.
- Warrohmah, A.N.I. *et al.* 2018. 'Analysis of the Survival of Children under Five in Indonesia and Associated Factors', *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 116(1). Available at: <https://doi.org/10.1088/1755-1315/116/1/012014>.

BAB 4

PERAN PERAWAT DALAM MENGATASI KEMATIAN IBU, BAYI DAN ANAK

Oleh Ni Luh Made Asri Dewi

4.1 Pendahuluan

Kesehatan ibu dan anak menjadi salah satu indikator pembangunan berkelanjutan di Indonesia melalui *Sustainable Development Goals* (SDGs) yaitu Kehidupan sehat dan Sejahtera meliputi Angka Kematian Ibu dan Anak (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional, 2017). Kesehatan ibu dan anak menjadi salah satu program pemerintah, yaitu pelayanan dan pemeliharaan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas baik ibu dengan komplikasi kebidanan, keluarga berencana, bayi baru lahir, bayi baru lahir dengan komplikasi, bayi dan balita, remaja dan lansia.

Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan banyaknya perempuan yang meninggal dari suatu penyebab kematian terkait dengan gangguan kehamilan atau penanganannya selama kehamilan atau penanganannya (tidak termasuk kecelakaan, bunuh diri atau kasus insidental) selama kehamilan, melahirkan, dan masa nifas (42 hari setelah melahirkan) tanpa memperhitungkan lama kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. Berdasarkan laporan profil kesehatan Indonesia, Angka Kematian Ibu tahun 2018-2021 cenderung mengalami peningkatan setiap tahun. Pada tahun 2021 angka kematian ibu mencapai 7.389 kasus (Badan Pusat Statistik, 2019).

Angka Kematian Bayi (AKB) adalah banyaknya bayi yang meninggal sebelum mencapai umur 1 tahun pada waktu tertentu per 1000 kelahiran hidup pada periode waktu yang lama. (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021). Sedangkan Angka Kematian Anak (AKA) ialah jumlah kematian anak berusia 1-4 tahun selama satu tahun tertentu per 1000 anak umur yang sama pada pertengahan tahun itu (Badan Pusat Statistik, 2022). Angka Kematian Anak dari tahun ke tahun menunjukkan kecenderungan penurunan. Berdasarkan data profil kesehatan Indonesia menunjukkan Angka Kematian Anak usia 0-28 hari sebanyak 20.154, anak usia 29 hari-11 bulan sebanyak 5.102, dan anak usia 12-59 bulan sebanyak 2.310.

4.2 Penyebab

4.2.1 Angka Kematian Ibu (AKI)

Kematian pada ibu dapat disebabkan oleh kondisi-kondisi diantaranya (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020);

1. Gangguan hipertensi dalam kehamilan (33,1%);
2. Perdarahan obstetric lainnya (27,03%);
3. Komplikasi non-obstetric (15,7%);
4. Komplikasi obstetric lainnya (12,04%);
5. Infeksi berkaitan dengan kehamilan (6,06%); dan
6. Penyebab lainnya (4,81%)

Faktor-faktor risiko yang mempengaruhi kematian maternal menurut kerangka dari McCarthy dan Maine (1992) dalam (Eka Diah Kartiningrum, 2017) ialah sbb;

1. Determinan Dekat
 - a. Komplikasi Kehamilan
Kondisi komplikasi kehamilan ibu yang dapat mengakibatkan kematian diantaranya; perdarahan

pada trimester pertama, kehamilan ektopik, mola hidatidosa, hyperemesis gravidarum, inkompetensia os serviks interna, infeksi, tuberculosis, hepatitis, rubella, sitomegalovirus, toksoplasmosis, varisela, eritema infeksiosum, infeksi saluran kemih, anemia dan hemoglobinopati, penyakit jantung, gangguan tiroid, asma, kehamilan kembar, hidramnion, diabetes mellitus, isoimunisasi Rh (D), plasenta previa, abrupcio plasenta, gangguan hipertensi pada kehamilan

b. Komplikasi persalinan dan Nifas

Komplikasi juga dapat terjadi saat persalinan dan masa nifas. Komplikasi menjelang persalinan, saat dan setelah persalinan adalah perdarahan, partus macet atau partus lama, serta infeksi akibat trauma pada persalinan. Sedangkan komplikasi pada masa nifas antara lain infeksi puerperium, mastitis, tromboplebitis dan emboli paru, hematoma, hemoragi pascapartum hebat, sub involusi, dan depresi pasca partum.

2. Determinan Antara

a. Status Kesehatan ibu

Status Kesehatan ibu dapat mempengaruhi resiko kematian ibu diantaranya anemia, riwayat penyakit diderita ibu, status gizi, komplikasi pada masa kehamilan dan persalinan.

b. Status Reproduksi

Status reproduksi pada ibu yang berperan pada kejadian kematian ibu ialah usia ibu hamil, jarak kehamilan, jumlah kelahiran, dan status perkawinan.

c. Akses ke Pelayanan Kesehatan

Jarak keterjangkauan ibu hamil ke lokasi pelayanan Kesehatan, kondisi demografi, akses transportasi menjadi permasalahan untuk melakukan dan memperoleh pelayanan kontrasepsi, pemeriksaan

antenatal, pelayanan Kesehatan primer atau pelayanan rujukan di masyarakat.

d. Perilaku Penggunaan Fasilitas Pelayan Kesehatan
Perilaku ibu dalam melakuna pemanfaatan fasilitas pelayanan Kesehatan seperti menjadi aseptor Keluarga Berencana (KB), perilaku melakukan pemeriksaan Antenatal Care (ANC) selama masa kehamilan, dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan

3. Determinan Jauh

Walaupun determinan jauh tidak secara langsung menyebabkan kematian maternal namun faktor sosial kultural, ekonomi, keagamaan dan faktor lain menjadi pertimbangan.

4.2.2 Angka Kematian Bayi dan Anak

Penyebab kematian bayi ialah masalah obstetrik selama kehamilan, persalinan prematur, perdarahan antepartum, hipoksia intrapartum, hipertensi pada kehamilan, penyakit pada ibu hamil, anomali, gangguan pertumbuhan intrauterin. Kondisi neonatal yang beresiko tinggi mengalami kematian antara lain (Manuaba, 2010);

1. Bayi baru lahir dengan asfiksia
2. Bayi baru lahir dengan tetanus neonatorium
3. Berat badan lahir rendah < 2500 gram
4. Bayi baru lahir dengan ikterus neonatorum (ikterus > 10 hari setelah lahir)
5. Bayi baru lahir dengan sepsis
6. Bayi kurang bulan dan lebih bulan
7. Bayi baru lahir dengan cacat bawaan
8. Bayi lahir melalui proses persalinan dengan tindakan

4.3 Upaya Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Anak

Beberapa upaya yang dilakukan pemerintah untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak diantaranya sbb (Oscar Primadi, 2020) ;

4.3.1 Upaya menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) diantaranya;

1. Pelayanan Kesehatan Ibu Hamil
2. Pelayanan Imunisasi Tetanus Toksoid Difteri bagi Wanita Usia Subur dan Ibu Hamil
3. Pemberian Tablet Tambah Darah pada Ibu Hamil
4. Pelayanan Kesehatan Ibu Bersalin
5. Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas
6. Puskesmas Melaksanakan Kelas Ibu Hamil dan Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)
7. Pelayanan Kontrasepsi
8. Pemeriksaan HIV dan Hepatitis B pada Ibu Hamil

4.3.2 Upaya menurunkan Angka Kesehatan Anak (AKA) diantaranya;

1. Pelayanan Kesehatan Neonatal
2. Imunisasi
3. Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah

Upaya strategi percepatan penurunan Angka Kematian Ibu dan Bayi yang dilakukan sbb (Peraturan Bupati Bengkulu Utara, 2020);

1. Peningkatan akses dan kualitas pelayanan kesehatan
2. Pemberdayaan perempuan dan wajib belajar 12 tahun
3. Pencegahan pernikahan anak
4. Peningkatan peran perempuan dalam sosial ekonomi
5. Peningkatan kesehatan reproduksi remaja dan calon pengantin

6. Peningkatan ketahanan keluarga, peningkatan peran keluarga, tokoh masyarakat dan agama

4.4 Peran Perawat

4.4.1 Definisi Perawat

Perawat merupakan seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan. Perawat memiliki wewenang untuk memberikan pelayanan dalam bentuk asuhan keperawatan baik pada individu, keluarga dan kelompok masyarakat secara holistik, baik dalam keadaan sakit maupun sakit di tatanan fasilitas pelayanan kesehatan.

4.4.2 Peran Perawat

Peran perawat menurut Konsorsium Ilmu Kesehatan tahun 1989 yaitu;

1. Pemberi asuhan keperawatan
Memberikan pelayanan sesuai kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pelayanan asuhan keperawatan dengan proses keperawatan secara komprehensif, dari yang sederhana sampai dengan kompleks
2. Advokat pasien/klien
Menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien
3. Pendidik/Educator
Membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan

4. Koordinator
Mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien
5. Kolaborator
Peran ini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya
6. Konsultan
Tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan
7. Peneliti
Mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan

Peran perawat menurut hasil lokakarya keperawatan tahun 1983, adalah sebagai berikut :

1. Pelaksana Pelayanan Keperawatan
Memberikan asuhan keperawatan baik langsung maupun tidak langsung dengan metode proses keperawatan
2. Pendidik dalam Keperawatan
Mendidik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat serta tenaga kesehatan yang berada di bawah tanggung jawabnya
3. Pengelola Pelayanan Keperawatan

Mengelola pelayanan maupun pendidikan keperawatan sesuai dengan manajemen keperawatan dalam kerangka paradigma keperawatan

4. Peneliti dan Pengembang Pelayanan Keperawatan

Mengidentifikasi masalah penelitian, menetapkan prinsip dan metode penelitian, serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan atau pelayanan dan pendidikan keperawatan (dalam Widyawati, 2020).

Peran perawat dalam percepatan penurunan Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Neonatus (AKN) dapat dilakukan upaya kesehatan melalui Promotif, Preventif, Kuratif dan Rehabilitatif antara lain (Peraturan Bupati Bengkulu Utara, 2020);

1. Promotif, upaya Kesehatan berbasis Masyarakat melalui :

- a. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu);
- b. Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga (PKK);
- c. Posyandu Remaja;
- d. Pos Upaya Kesehatan Kerja;
- e. Bina Keluarga Balita;
- f. Bina Keluarga Remaja;
- g. Kelas Ibu Hamil;
- h. Kelas Ibu Balita;
- i. Karang Taruna;
- j. Kelompok Remaja Keagamaan;
- k. Forum Gerakan Sayang Ibu;
- l. Kampung Keluarga Berencana;
- m. Desa Siaga

2. Preventif meliputi:

- a. Pemberian tablet tambah darah pada remaja putri minimal 4 (empat) tablet setiap bulan;
- b. Pelayanan kesehatan reproduksi calon pengantin;

- c. Pemeriksaan kehamilan oleh tenaga kesehatan minimal 4 (empat) kali dan ibu nifas minimal 3 (tiga) kali;
 - d. Pemeriksaan kehamilan wajib melaksanakan minimal 10T, yang meliputi pengukuran berat badan, pengukuran tekanan darah, pengukuran lingkaran lengan atas (LILA), pengukuran tinggi fundus uteri, penentuan presentasi janin dan detak jantung janin, pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi/skrining imunisasi, pemberian tablet tambah darah minimal 90 tablet, tes laboratorium, tatalaksanaan/penanganan kasus/temu wicara (konseling);
 - e. Pertolongan persalinan wajib dilakukan minimal oleh 2 (dua) orang tenaga kesehatan terlatih dan dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan;
 - f. Melakukan skrining hypotiroid kongenital pada bayi baru lahir;
 - g. Peningkatan program keluarga berencana bagi pasangan usia subur;
 - h. Meningkatkan motivasi ibu hamil untuk mendapatkan pelayanan sesuai standar;
 - i. Melakukan program P4K;
 - j. Pelaksanaan kelas ibu hamil dan kelas ibu balita;
 - k. Mengupayakan setiap bayi mendapatkan ASI eksklusif dan imunisasi dasar lengkap, dan
 - l. Membangun sistem komunikasi/konsultasi, dan pertukaran informasi dengan melibatkan lintas program, lintas sektor dan masyarakat.
3. Kuratif
- a. Pelayanan kesehatan ibu, neonatal dan bayi dilakukan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan;
 - b. Pelayanan kesehatan ibu, neonatal dan bayi di tingkat dasar dilayani di puskesmas, dan apabila terjadi

komplikasi komprehensif dilakukan rujukan penanganan oleh rumah sakit;

- c. Pelayanan imunisasi dilakukan oleh tenaga vaksinator atau tenaga kesehatan yang berkompeten; dan
- d. Membangun sistem rujukan terintegrasi dengan sistem pelayanan kesehatan.

4. Rehabilitatif

Melaksanakan pelayanan kesehatan dan pemantauan pada ibu, neonatal dan bayi sesuai dengan standar

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Pusat Statistik. 2019. *Angka Kematian Ibu Menurut Provinsi*. BPS.
- Badan Pusat Statistik. 2022. *Angka Kematian Anak (AKA)*. BPS.
- Eka Diah Kartiningrum. 2017. *Faktor yang Mempengaruhi Angka Kematian Ibu*. Surakarta: CV Kekata Group.
- I. B. G. Manuaba. 2010. *Ilmu Kebidanan penyakit Kandungan dan KB untuk Pendidikan Bidan*. Jakarta: EGC.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2020. *Rencana Strategis Kementerian Indonesia Tahun 2020-2024*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2021. *Profil Kesehatan Indonesia*. Jakarta.
- Kementrian Perencanaan Pembangunan Nasional. 2017. *Metadata Indikator Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (TPB) – Pilar Pembangunan Ekonomi*.
- Peraturan Bupati Bengkulu Utara. 2020. *Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu dan Angka Kematian Bayi*. Belitung Timur.
- Primadi Oscar. 2020. *Profil Kesehatan Indonesia 2020, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Available at: <https://doi.org/10.1524/itit.2006.48.1.6>.
- Widyawati. 2020. *Pendidikan dan Promosi Kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan*. Edited by H. Sihotang and Rizki HFirli Aulia. Medan: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan BINALITA SUDAMA MEDAN.

BAB 5

PROGRAM-PROGRAM PEMERINTAH DALAM MENGATASI KEJADIAN LUAR BIASA DI BIDANG KESEHATAN

Oleh Lia Fitriyani

5.1 Pendahuluan

Dalam mengatasi kejadian luar biasa (KLB) pemerintah melakukan terobosan, salah satunya adalah program pencegahan dan pengendalian penyakit (P2P). program pencegahan dan pengendalian penyakit (P2P) dilakukan melalui upaya kesehatan masyarakat. Beban penyakit (*diseases burden*) yang diukur dengan menggunakan *disability adjusted life years* (DALYs). Indonesia sampai saat ini masih dihadapkan pada penyakit menular maupun penyakit tidak menular. Pada Tahun 1990 penyakit menular (KIA dan Gizi) menurun dari 51,3%, menjadi 23,6% pada tahun 2017. Sedangkan penyakit tidak menular meningkat pada tahun 1990 sebesar 39,8% menjadi 69,9% pada tahun 2017. Serta cedera menurun pada tahun 1990 sebesar 8,9% menjadi 6,5% pada tahun 2017 (Kemenkes, 2020).

Rencana pembangunan jangka menengah nasional (RPJMN) Tahun 2020- 2024 yang menjadi perhatian khusus dalam mengendalikan penyakit adalah penyakit jantung, tuberculosis, stroke, hipertensi, diabetes, malaria, HIV/AIDS, kanker, *emerging diseases*. Adapun penyakit yang dapat menimbulkan kejadian luar biasa (KLB) adalah penyakit tropis (kusta, filariasis, schistosomiasis), gangguan jiwa, cedera, gangguan penglihatan, dan penyakit gigi dan mulut. Di

Indonesia saat ini yang menjadi prioritas dalam pengendalian penyakit adalah penyakit menular (HIV, tuberkulosis, malaria, ISPA, diare, pneumonia), kematian ibu dan bayi, serta stunting, dan penyakit tidak menular (kardiovaskular, hipertensi, diabetes mellitus, ginjal dan kanker).

Ancaman kesehatan masyarakat lainnya yang tidak boleh diabaikan adalah ancaman dalam bentuk risiko biologi, kimia, terorisme, radio nuklir, penyakit zoonosis, kedaruratan kesehatan masyarakat dan ancaman penyakit yang baru muncul (*new emerging diseases*). Ancaman penyakit yang baru muncul di tahun 2020 adalah covid 19. Pandemi Covid-19 ini dapat dijadikan pembelajaran terkait kesiapsiagaan dalam menghadapi penyakit baru muncul (*new emerging diseases*), khususnya dalam menyiapkan sistem kesehatan yang mampu merespon kegawatdaruratan secara cepat, tanggap dan tepat (Kemenkes, 2020).

5.2 Program Pencegahan dan Pengendalian Kejadian Luar Biasa Penyakit Tidak Menular

Program pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular adalah upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif, preventif, aspek kuratif dan rehabilitatif serta paliatif yang ditujukan untuk menurunkan angka kesakitan, angka kecacatan, dan angka kematian yang dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien, dan berkelanjutan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 71 Tahun 2015).

Tujuan dari program pencegahan dan pengendalian penyakit (P2P) penyakit tidak menular adalah untuk meningkatkan upaya pencegahan dan pemberantasan penyakit tidak menular, meningkatkan deteksi dini dan merespon kegawatdaruratan secara cepat, tanggap dan tepat terhadap penanggulangan kejadian luar biasa (KLB), meningkatkan

perilaku sehat, menemukan dan mengobati penderita penyakit tidak menular sedini mungkin agar tidak menimbulkan wabah

Program ini salah satunya adalah pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dengan memberikan imunisasi atau vaksinasi, dan melakukan pemberantasan penyakit tidak menular (penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, ginjal dan kanker) serta melakukan surveilans epidemiologi terhadap penyakit yang berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa (KLB)

Program pencegahan dan pengendalian kejadian luar biasa pada penyakit tidak menular adalah sebagai berikut (Kemenkes, 2019):

1. Program deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular di Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu)

Program deteksi dini faktor risiko penyakit tidak menular di Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) merupakan upaya kesehatan berbasis masyarakat yang dilakukan di Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu). Kegiatan yang dilaksanakan di Pos Pembinaan Terpadu (Posbindu) antara lain:

- a. Pemeriksaan tekanan darah.
 - b. Pemeriksaan gula darah.
 - c. Pengukuran indeks massa tubuh (IMT) terdiri dari : berat badan (BB), lingkar perut dan tinggi badan.
 - d. Wawancara kepada masyarakat yang berperilaku berisiko menimbulkan suatu penyakit.
 - e. Edukasi kepada masyarakat tentang perilaku gaya hidup sehat.
2. Program gerakan nusantara tekan angka obesitas (GENTAS)
Program gerakan nusantara tekan angka obesitas (GENTAS) adalah suatu kegiatan yang melibatkan masyarakat dalam rangka pencegahan obesitas sebagai

salah satu faktor risiko penyakit tidak menular. Kegiatan program gerakan nusantara tekan angka obesitas (GENTAS) meliputi:

- a. Pengukuran indeks massa tubuh (IMT), terdiri dari : berat badan (BB), lingkar perut dan tinggi badan.
- b. Wawancara kepada masyarakat yang berperilaku berisiko menimbulkan suatu penyakit.
- c. Edukasi kepada masyarakat tentang perilaku gaya hidup sehat

3. Program pelayanan terpadu (PANDU)

Program pelayanan terpadu (PANDU) penyakit tidak menular adalah kegiatan penemuan dan penanganan kasus penyakit tidak menular dan manajemen faktor risiko penyakit tidak menular di fasilitas kesehatan tingkat pertama (Puskesmas) secara terpadu. Kegiatan manajemen faktor risiko penyakit tidak menular meliputi pemeriksaan:

- a. Perilaku merokok.
- b. Obesitas, meliputi pemeriksaan: indeks massa tubuh, lingkar perut, cek darah, tes fungsi ginjal (tes hormone tiroid dan elektrokardiografi)
- c. Tekanan darah (120/80 mmHg)
- d. Gula darah (200 mg/dL)
- e. Kolesterol (< 200 mg/dL)
- f. Wanita kategori usia 30-50 tahun atau wanita yang pernah berhubungan seksual.

4. Program penerapan kawasan tanpa rokok (KTR) di sekolah
Program penerapan kawasan tanpa rokok (KTR) di sekolah adalah suatu kegiatan pencegahan perilaku merokok pada warga sekolah.

5. Program layanan upaya berhenti merokok (UBM)

Program layanan upaya berhenti merokok (UBM) adalah upaya berhenti merokok dan kegiatan skrining untuk masyarakat dalam upaya pengendalian dampak kesehatan

- akibat rokok. Kegiatan program layanan upaya berhenti merokok meliputi :
- a. Identifikasi klien
 - b. Evaluasi dan motivasi
 - c. Penentuan pilihan terapi yang akan diberikan
 - d. Penyusunan rencana untuk menindaklanjuti atau follow up yang sudah dilakukan.
6. Program deteksi dini kanker
Program deteksi dini kanker adalah kegiatan deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim pada wanita usia 30-50 tahun, yang dilakukan melalui program *one stop service*, yang dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama. Kegiatan deteksi dini kanker meliputi :
- a. Pemeriksaan payudara klinis (SADANIS)
 - b. Pemeriksaan inspeksi visual asam asetat (IVA).
7. Program pengendalian thalasemia
Kegiatan pengendalian thalasemia adalah suatu gerakan skrining pada kelompok risiko Thalasemia. Kegiatan ini meliputi :
- a. Identifikasi populasi berisiko
 - b. Pemeriksaan laboratorium (Hb, Ht, MCV dan hapus darah tepi).
8. Program deteksi dini dan rujukan kasus katarak
Kegiatan deteksi dini dan rujukan kasus katarak adalah kegiatan pengukuran gangguan tajam penglihatan di UKBM dan FKTP. Kegiatan ini meliputi :
- a. Metode hitung jari
 - b. Pemeriksaan Tumbling-E di UKBM.
 - c. Pemeriksaan gangguan tajam penglihatan di FKTP
9. Program layanan kesehatan inklusi disabilitas
Program Layanan Kesehatan Inklusi Disabilitas merupakan Pelayanan kesehatan inklusif bagi penyandang Disabilitas, hal ini terjadi jika seluruh lapisan masyarakat termasuk

penyandang Disabilitas mendapatkan pelayanan kesehatan secara sama. Layanan kesehatan inklusif Disabilitas dilakukan untuk mencapai kesetaraan hak-hak asasi manusia bagi penyandang Disabilitas dan memastikan partisipasi penuh, serta akses terhadap pelayanan kesehatan. Kegiatan ini meliputi :

- a. Advokasi dan sosialisasi kepada pemangku kepentingan dan nakes
- b. Peningkatan kapasitas petugas dan kader
- c. Pemberdayaan keluarga dan penyandang disabilitas
- d. Pemenuhan standar layanan kesehatan bagi penyandang Disabilitas, seperti gedung, sarpras dan petugas serta kader yang terlatih.

5.3 Program Pencegahan dan Pengendalian Kejadian Luar Biasa Penyakit Menular

Penanggulangan Penyakit Menular adalah upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif yang ditujukan untuk menurunkan dan menghilangkan angka kesakitan, kecacatan, dan kematian, membatasi penularan, serta penyebaran penyakit agar tidak meluas antar daerah maupun antar negara serta berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa/wabah (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 82 Tahun 2014).

Program Pencegahan dan pengendalian penyakit menular menjadi prioritas di tingkat nasional maupun daerah dengan kriteria sebagai berikut:

1. Penyakit endemis lokal
2. Penyakit menular potensial wabah
3. Angka fatalitas tinggi atau angka kematian tinggi
4. Memiliki dampak sosial, ekonomi, politik, dan ketahanan yang luas
5. Menjadi sasaran reduksi, eliminasi, dan eradikasi secara global

Target dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit menular antara lain:

1. Reduksi merupakan upaya pengurangan angka kesakitan atau kematian terhadap penyakit menular tertentu agar secara bertahap penyakit tersebut menurun sesuai dengan sasaran atau target operasionalnya.
2. Eliminasi merupakan upaya pengurangan terhadap penyakit secara berkesinambungan di wilayah tertentu sehingga angka kesakitan penyakit tersebut dapat ditekan serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan di wilayah yang bersangkutan.
3. Eradikasi merupakan upaya pembasmian yang dilakukan secara berkelanjutan melalui pemberantasan dan eliminasi untuk menghilangkan jenis penyakit tertentu secara permanen sehingga tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat secara nasional.

Kegiatan pengendalian kejadian luar biasa penyakit menular antara lain:

1. Penemuan penderita di fasilitas pelayanan kesehatan
2. Penyelidikan epidemiologi
3. Pengobatan massal
4. Pemberian kekebalan massal
5. Intensifikasi pengendalian faktor risiko.

Langkah-langkah dalam penyelidikan dan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB) penyakit menular adalah sebagai berikut:

1. Menegakkan atau Memastikan Diagnosis

Untuk dapat membuat penghitungan kasus secara teliti guna keperluan analisis di tahapan berikutnya maka menjadi penting sekali untuk memastikan diagnosis dari

kasus-kasus yang dilaporkan sehubungan dengan KLB yang dicurigai. Alasan mengapa langkah ini penting adalah :

- a. Keungkinan kesalahan dalam diagnosis
- b. Tidak ada laporan tentang adanya kasus, melainkan adanya tersangka atau adanya orang yang mempunyai sindroma tertentu.
- c. Informasi dari yang bukan kasus (yaitu kasus-kasus yang dilaporkan tetapi diagnosisnya tidak dapat dipastikan) harus dikeluarkan dari informasi kasus yang digunakan untuk memastikan ada atau tidaknya suatu KLB.

2. Memastikan terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB)

Tujuan tahap ini adalah untuk memastikan apakah adanya peningkatan kasus yang tengah berjalan memang benar-benar berbeda dibandingkan dengan kasus yang "biasa" terjadi pada populasi yang dianggap mempunyai risiko terinfeksi. Apabila insidens yang tengah berjalan secara menonjol melebihi insidens yang "biasa", maka biasanya dianggap terjadi KLB. Perbedaan-perbedaan kecil antara insidens yang "biasa" dan yang tengah berjalan dapat menimbulkan ketidakpastian, sehingga peneliti harus selalu waspada mencari kasus-kasus baru yang dapat memastikan dugaan adanya KLB.

3. Menghitung Jumlah Kasus atau Angka Insidens Yang Tengah Berjalan

Apabila dicurigai terjadi suatu KLB, harus dilakukan penghitungan awal dari kasus-kasus yang tengah berjalan (orang-orang yang infeksiya atau keracunannya terjadi di dalam periode KLB) untuk memastikan adanya trekuensi kasus baru yang "berlebihan". Pada saat penghitungan awal itu mungkin tidak terdapat cukup informasi mengenai setiap kasus untuk memastikan diagnosis. Dalam keadaan ini, yang paling baik dilakukan adalah memastikan bahwa

setiap kasus benar-benar memenuhi kriteria kasus yg telah ditetapkan.

4. Menggambarkan Karakteristik Kejadian Luar Biasa (KLB)
Kejadian luar biasa sebaiknya dapat digambarkan menurut variabel waktu, tempat dan orang. Penggambaran ini harus dibuat sedemikian rupa sehingga dapat disusun hipotesis mengenai sumber, cara penularan, dan lamanya KLB berlangsung.
5. Mengidentifikasi Sumber dari Penyebab Penyakit dan Cara Penularannya
Untuk mengidentifikasi sumber dan cara penularan dibutuhkan lebih dari satu kali siklus perumusan dan pengujian hipotesis. Untuk keperluan kita, suatu hipotesis adalah suatu pernyataan, "dugaan yang terbaik" dari peneliti, dengan menggunakan informasi yang tersedia, yang menjelaskan terjadinya suatu peristiwa. Dalam hubungan dengan penyelidikan KLB biasanya hipotesis dirumuskan sekitar penyebab penyakit yang dicurigai, sumber infeksi, periode paparan, cara penularan, dan populasi yang telah terpapar atau mempunyai risiko akan terpapar.
6. Mengidentifikasi Populasi yang Mempunyai Peningkatan Risiko Infeksi
Apabila sumber dan cara penularan telah dipastikan, maka orang-orang yang mempunyai risiko paparan yang meningkat harus ditentukan, dan tindakan-tindakan penanggulangan serta pencegahan yang sesuai harus dilaksanakan. Siapa yang sesungguhnya mempunyai risiko paparan meningkat tergantung pada penyebab penyakit, sifat sumbernya, cara penularannya, dan berbagai ciri-ciri orang-orang rentan yang meningkatkannya terpapar.

Apakah populasi yang mempunyai risiko telah diidentifikasi seluruhnya atau belum, dapat diketahui apabila salah satu dari dua kondisi ini terjadi : kasus-kasus baru yang timbul dari sumbernya hanya terjadi pada populasi yang diperkirakan mempunyai risiko tinggi, atau lebih baik lagi, tindakan penanggulangan yang ditujukan khususnya kepada populasi ini mencegah terjadinya kasus-kasus baru.

7. Melaksanakan Tindakan Penanggulangan

Apabila ciri-ciri umum dari populasi risiko tinggi telah digambarkan, maka perlu ditentukan tindakan penanggulangan dan pencegahan mana yang sesuai untuk populasi yang bersangkutan. Tindakan penanggulangan yang kemudian dilaksanakan mungkin ditujukan kepada salah satu atau semua dari hal-hal berikut ini:

- a. Sumber infeksi
- b. Sumber semula
- c. Cara penularan
- d. Orang-orang rentan yang mempunyai risiko paparan tinggi.

Tindakan penanggulangan tertentu dapat dimulai sedini tahap diagnosis kasus. Penerapan tindakan penanggulangan yang praktis dan efisien secara cepat merupakan cara paling berharga untuk menilai keberhasilan penyelidikan epidemiologi.

Upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan dalam penanggulangan penyakit menular dilakukan melalui kegiatan:

1. Promosi kesehatan
2. Surveilans kesehatan
3. Pengendalian faktor risiko
4. Penemuan kasus

5. Penanganan kasus
6. Pemberian kekebalan (imunisasi)
7. Pemberian obat pencegahan secara massal
8. Kegiatan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri.

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 82 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Penyakit Menular*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. 2019. *Buku Pedoman Manajemen Penyakit Tidak Menular*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.
- Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. 2020. *Rencana Aksi Program (RAP) 2020-2024*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 82 Tahun 2014*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2015. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 71 Tahun 2015 Tentang Penyakit Tidak Menular*. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia: Jakarta.

BAB 6

PERAN PERAWAT DALAM MENGATASI KLB

Oleh Ichlas Tribakti

6.1 Pendahuluan

Setiap tahun, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1501/Menkes/Per/X/2010 mengenai suatu Jenis Penyakit Menular Yang bisa Menyebabkan Wabah serta cara menanggulanginya. Jenis penyakit yang disebutkan dalam peraturan tersebut adalah kolera, pes, demam berdarah dengue (DBD), campak, polio, ifteri, batuk rejan, rabies, malaria, flu burung H5N1, antraks, leptospirosis, hepatitis, pandemi influenza (H1N1) / 2009 Pandemi, Meningitis, Demam Kuning, Chikungunya.

Kesehatan individu, keluarga, kelompok serta masyarakat yang optimal ialah hal yang dituju dari keperawatan, yang lebih khusus keperawatan komunitas, yang menitikberatkan dalam cara dan keperawatan untuk meningkatkan kesehatan serta mencegah berbagai masalah kesehatan, mengobati, merawat dan serta menitikberatkan pada perawatan pasien. Mengingat keadaan sakit dan sembuh dari sakit (Effendi, Makhfudli, 2015).

Kejadian Luar Biasa (KLB) Ini ialah suatu status yang digunakan di Indonesia untuk pengklasifikasian wabah penyakit. Untuk penyakit endemik (penyakit yang selalu ada dalam keadaan normal), wabah diartikan dengan meningkatnya keseluruhan kasus di atas tingkat normal dalam suatuwaktu dan wilayah. Berdasarkan Peraturan Menteri

Kesehatan Republik Indonesia No. 82 Tahun 2014, kejadian ekstrim ialah terjadinya atau peningkatan kesakitan dan/atau kematian yang secara epidemiologis signifikan di suatu wilayah pada suatu waktu, serta setiap kondisi yang menjurus ke kejadian.

Keperawatan ialah bagian integral dari layanan kesehatan dan juga bentuk layanan profesional berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan. Salah satu tanggung jawab perawat adalah perannya dalam pelayanan kesehatan. Peranya dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga dan kelompok/masyarakat yang berbentuk asuhan komprehensif didalamnya terdiri dari pemberian asuhan preventif dalam level 1, 2 dan 3 baik langsung maupun tidak langsung. Peran pendidik dalam keperawatan untuk menyampaikan pembelajaran merupakan hal mendasar untuk kesehatan dan pencegahan di semua tingkatan. Kami akan memberikan informasi yang sesuai (Jaji, 2015).

Menurut Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 mengenai Kesehatan, Pasal 3 menyebutkan bahwa “pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan setiap orang untuk hidup sejahtera guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. investasi dalam pembangunan: Sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJP) 2005-2025 menyebutkan bahwa pembangunan sumber daya manusia bertujuan untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat, cerdas, produktif, dan sejahtera” (Bappenas 2005). Bidang kesehatan terdiri dari peningkatan gizi, peningkatan kesehatan lingkungan, pencegahan dan pemberantasan penyakit, serta penelitian dan pengembangan kesehatan (Purnomo, 2013).

Pelaksanaan program imunisasi di Indonesia penetapannya didasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1611/Menkes/SK/II/2005 mengenai Pedoman Pelaksanaan Imunisasi. Untuk menjamin perlindungan kesehatan dan untuk dapat mencegah penularan penyakit maka salah satu upaya preventif pencegahan penyakit dengan pemberian bahan imunisasi harus dilakukan secara terus menerus, menyeluruh dan sesuai standar tidak akan berhasil. (Merindani, 2015).

Lingkungan yang sehat, termasuk tidak adanya penyakit menular. Salah satu program “pemerintah ialah upaya untuk mencegah dan memberantas penyakit, yang didalamnya meliputi penyakit menular. Penyakit menular prioritas pembangunan nasional jangka panjang tahun 2005-2025 adalah malaria, demam berdarah, diare, polio, filariasis, kusta, tuberkulosis, HIV/AIDS, pneumonia dan penyakit lainnya, yang dapat dicegah dengan vaksinasi (Bappenas 2005) . Dan deteksi difteri di Medan Sumatera Utara tahun 2019.

WHO menyatakan bahwa promosi kesehatan adalah strategi fundamental untuk pembangunan kesehatan, proses perkembangan dan berkelanjutan untuk status sosial dan kesehatan individu dan masyarakat. (Widodo, 2012).

Salah satu peran perawat di masyarakat adalah sebagai pendidik kesehatan. Pendidikan diberikan untuk tujuan memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat (Mubarak & Chayatin, 2011). Pendidikan pasien menunjukkan potensi untuk meningkatkan kepuasan konsumen, meningkatkan kualitas hidup, memastikan kesinambungan perawatan, mengurangi morbiditas, dan meningkatkan kepatuhan terhadap rencana pemberian perawatan kesehatan, mengurangi kecemasan pasien dan memaksimalkan kemandirian dalam melakukan aktivitas sehari-hari. (Bastable dalam Andarmoyo, 2015).

Penyakit infeksi merupakan penyakit yang sangat berbahaya karena angka kematiannya yang tinggi dan dapat menyebabkan kecacatan (Darmawan, 2016). Menurut Kementerian Kesehatan, difteri adalah penyakit menular berbahaya yang menyerang saluran pernapasan bagian atas (radang amandel, faring, dan hidung) dan terkadang selaput lendir serta kulit. Difteri disebabkan oleh bakteri *Corynebacterium diphtheriae*, dan orang-orang dari segala usia bisa mendapatkannya, tetapi anak-anak di bawah usia 5 tahun dan orang tua di atas 60 tahun berisiko tinggi terkena difteri. Perlu diketahui bahwa tren jumlah kasus penyakit ini terus meningkat sejak tahun 2007 (Fatoni, Noviandha, 2017)

Pemberantasan penyakit menular di Indonesia dilakukan melalui upaya: kewaspadaan dini, identifikasi penderita, pengobatan penderita, eliminasi sumber, upaya vaksinasi dan penyadaran masyarakat. Upaya sistematis dilakukan antara lain dengan mendeklarasikan gerakan nasional pemberantasan penyakit dan kesepakatan regional dan internasional. (Koban, 2015).”

Misalnya, pencegahan difteri secara nasional dilakukan dengan pemantauan dan evaluasi penanganan kasus difteri yang baru muncul, dan promosi kesehatan melalui penyuluhan kepada ibu-ibu tentang penyebab difteri dan pentingnya vaksinasi. Meningkatkan target vaksinasi difteri dengan melakukan vaksinasi difteri di fasilitas terdekat, sekaligus menggerakkan ibu-ibu untuk membawa anaknya melakukan vaksinasi. Upaya pencegahan yang paling efektif untuk kasus difteri adalah vaksinasi tetanus dan pertusis (DTP) tiga kali pada usia dua bulan dengan interval satu hingga dua bulan. Vaksinasi simultan memberi rasa kebal yang aktif pada difteri, pertusis serta tetanus. Vaksinasi booster dianjurkan untuk tetanus usia sekolah dasar yaitu DT satu kali (Yunariah et al, 2013).

Berdasarkan hasil beberapa review yang penulis lakukan, khususnya penelitian yang dilakukan oleh Wahyudin (2018) tentang pemanfaatan media digital untuk penanggulangan KLB difteri, khususnya sebuah solusi dan upaya untuk mencegah yang bisa dilakukannya yang berkaitan dengan masalah KLB difteri ialah dengan layanan pendidikan dan kesehatan secara online. Pendidikan memainkan peran sangat penting dalam membawa pengetahuan kepada masyarakat, karena kurangnya pengetahuan juga berkontribusi pada kematian. Upaya penyediaan layanan kesehatan dan pendidikan dapat dilakukan melalui penggunaan sistem informasi, seperti website, media sosial, atau aplikasi. 51,06% pengguna Internet memakai aksesnya untuk mencari informasi kesehatan, lebih dari 69% penduduk Indonesia mengakses Internet memakai ponsel, jumlah yang juga melebihi penggunaan Internet seluler dunia. Media sosial yang dipakai yaitu YouTube, Instagram dan Facebook. Tiga media sosial ini merupakan media sosial dengan rating tertinggi di Indonesia. Youtube berada di posisi teratas dengan 43%, Facebook 41% dan Instagram 38%. (Wahyudin, 2018).

Adapun pencegahan kejadian tidak biasa (KLB) terhadap difteri dilakukan secara bertahap yaitu pencegahan tahap awal dan pencegahan dengan pemberian difteri bersamaan SUB PIN. Pada tahap awal telah dilakukan upaya pencegahan wabah yaitu penguatan kepekaan seluruh unit pelayanan kesehatan, deteksi dini kasus difteri, standar perawatan pasien, memberikan kehati-hatian kontak dekat dengan individu yang terkena, dan membatasi distribusi vaksinasi massal atau imunisasi di respon terhadap epidemi.

Data dari semua di penjuru dunia ini menyatakan bahwasanya Asia berada pada posisi pertama pada jumlah kasus DBD di tiap tahun. Kemudian, sejak tahun 1968 sampai 2009, WHO mencatat Indonesia yang merupakan negara

dengan jumlah kasus DBD terbanyak di Asia Tenggara dan tertinggi kedua di dunia sesudah Thailand. WHO menyatakan bahwasanya 2,5 hingga 3 miliar orang di seluruh dunia berisiko tertular virus dengue, dan 50 hingga 100 juta orang terinfeksi virus dengue di seluruh dunia setiap tahun, di mana 500.000 di antaranya memiliki akses ke perawatan medis. Membutuhkan perawatan intensif di fasilitas. Dilaporkan bahwa hingga 21.000 anak meninggal akibat demam berdarah setiap tahun, atau satu anak meninggal setiap 20 menit. (Departement Kesehatan Republik Indonesia, 2010).

Jumlah “penderita DBD di Indonesia pada tahun 2014 hingga pertengahan Desember tercatat 71.668 penderita DBD di 34 provinsi Indonesia, dimana 641 orang meninggal dunia. Jumlah ini lebih rendah dibandingkan tahun sebelumnya, tepatnya pada tahun 2013 dengan jumlah pasien sebanyak 112.511 orang dan kematian sebanyak 871 orang (Kemenkes RI, 2015). Berdasarkan data yang diperoleh dari Rekam Medis RS Puri Cinere Depok selama satu tahun dari Januari 2015 sampai dengan Desember 2015 dengan jumlah anak sebanyak 2562 anak. Dari total kasus gastroenteritis 1029 (40%), tifoid 925 (36%), bronkopneumonia 352 (14%) dan demam berdarah 256 (10%). Sedangkan dari Januari 2016 hingga Maret 2016 terdapat 593 anak, di antaranya demam tifoid 330 (56%), DBD 145 (24%), bronkitis 99 (17%), gastroenteritis 19 (3%). Kasus DBD sering terjadi pada anak-anak, dan jika tidak ditangani dengan baik, DBD dapat menyebabkan perdarahan hebat, syok, dan kemungkinan kematian.

Peran perawat adalah mengatasi DBD dengan cara mempromosikan, mencegah, menyembuhkan dan mengembalikan fungsi. Propaganda khususnya penyuluhan kesehatan pada masyarakat tentang DBD serta cara pencegahan dan penanggulangannya, khususnya pencegahan DBD dengan cara mengubah kebiasaan hidup sehari-hari, tidak

menjemur pakaian bekas pakai, menjaga kebersihan lingkungan sekolah dan tempat penampungan air. Penyembuhan yaitu memberikan cairan tubuh pada saat dibutuhkan dan mengkonsumsi minuman yang dapat meningkatkan trombosit seperti sari kurma, angkak, dll. Dari perspektif rehabilitasi, peran perawat adalah memulihkan kondisi klien dan mendorongnya untuk kembali ke rumah sakit untuk pemeriksaan jika keluhannya kambuh. Pengendalian DBD umumnya bertujuan untuk memutus mata rantai penularan dengan membunuh vektor nyamuk *Aedes aegypti* dengan cara membasmi sarang pembiakannya, biasanya di air bersih yang tergenang di tanah atau di tangki air. menerapkan program 3M Menutup, Menguras, Mengubur

Peran perawat dalam kegawatdaruratan Demam Berdarah Dengue (DBD) di masyarakat merupakan penyakit menular akut yang masih menjadi perhatian kesehatan masyarakat. Hal ini karena penyakit demam berdarah dengue (DBD) menyebar sangat cepat dan sering menimbulkan kejadian tidak biasa (KLB) masyarakat sehingga menimbulkan morbiditas dan mortalitas. Demam Berdarah Dengue adalah penyakit demam berdarah akut yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti* yang air liurnya masuk ke aliran darah dan menginfeksi tubuh dengan virus dengue sehingga menyebabkan demam berdarah dengue. (2012).

Kementerian Kesehatan dan kolaboratornya mengembangkan strategi pemberantasan DBD primer untuk memberantas nyamuk dewasa melalui pengasapan, yang kemudian diperluas dengan penggunaan larvasida yang disemprotkan di tempat penampungan air (TPA). Sejauh ini tidak ada metode yang menunjukkan hasil yang memuaskan. Terbukti dari meningkatnya jumlah kasus DBD dan jumlah daerah terjangkau DBD. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2012).

Program pemberantasan dilakukan dengan cara penyemprotan dan pemberian bubuk abate. Kasus DBD masih terus berlangsung. Pada saat investigasi lokasi penelitian, rumah warga memiliki bak penampungan yang jarang dikosongkan. Pemberdayaan Pelaksana Jumatik dilakukan. Staf Jumatik adalah sangat terbatas karena juga menjabat sebagai Pengurus Posyandu, Pengurus Usila, Pengurus Poswindu dan Pengurus Konsultan ASI.”

Pada saat pengecekan kepadatan jentik di tempat penampungan air (TPA) rumah warga paroki, perawat puskesmas melakukan hal sebagai berikut:

- a. Peran kepala UPT Puskesmas sebagai Informan 1 dengan hasil sebagai berikut: Berkoordinasi dengan pemegang program untuk mengajak masyarakat melaksanakan 3M.
- b. Peran perawat koordinator DBD Puskesmas sebagai Informan 2 dengan hasil sebagai berikut : Ikut serta dalam penanggulangan.
- c. Peran Perawat Clinical Instruktur Puskesmas sebagai Informan 3 dengan hasil sebagai berikut :Melakukan penyuluhan tentang 3.
- d. Peran Perawat P2M Puskesmas sebagai Informan 4 dengan hasil sebagai berikut :Pembagian abatisasi, melakukan penyuluhan kesehatan tentang penyakit DBD dan bahaya dari penyakit DBD, mengajak masyarakat bergotong royong jum’at bersih.
- e. Peran Petugas sanitasi Puskesmas sebagai Informan 5 dengan hasil sebagai berikut : Memotivasi masyarakat, turut memberantas nyamuk.
- f. Peran Petugas kader Juru pemantau jentik (Jumantik) Kelurahan Batu Galing sebagai Informan 6 dengan hasil sebagai berikut : Membiasakan 3M, Memberi penyuluhan berantas jentik dan nyamuk ke setiap kepada keluarga.

6.2 Peran Perawat Dimasa Pandemi Covid 19

Mengingat peran perawat pada masa pandemi Covid-19, maka peran dan kompetensi perawat dalam pencegahan, pengobatan dan pengendalian penyakit menular pada kasus COVID-19 menjadi sangat penting. Selain itu, fungsi perawat juga tercermin dalam penelitian ini. Fungsi independen, interdependen, dan dependen terlihat dari temuan yang dibahas pada bab sebelumnya. Fitur ini dilakukan untuk memaksimalkan upaya yang dapat dilakukan dalam kondisi tersebut. Peran perawat yang sangat luas, termasuk caregiver, edukator, penegak, dan advokat, menjadi indikator keberhasilan pencegahan infeksi yang lebih luas dan penanganan pasien penyakit COVID-19. Kompetensi perawat sendiri dirasakan pada setiap unsur pelayanan kesehatan di masyarakat. Sebagian besar kompetensi perawat terletak pada penerapan tindakan keperawatan untuk pemulihan pasien. Upaya pengasuh untuk memberikan perawatan medis melibatkan prosedur yang sesuai dengan standar kesehatan yang direkomendasikan.

Covid-19 adalah virus yang bermutasi membentuk struktur genetik baru. Awalnya, virus hanya bisa menempel pada hewan. Namun, virus ini dapat bermutasi dan mengubah strukturnya sehingga memiliki konduktor yang dapat menempel pada manusia. Dalam hal ini, tenaga kesehatan berperan penting dalam kesiapan menghadapi pasien Covid-19. Salah satu tenaga kesehatan tersebut adalah perawat. Melibatkan perawat di garis depan perawatan pasien Covid-19 membutuhkan pengetahuan dan keterampilan yang tepat dalam pencegahan dan pengendalian infeksi, dan perawat perlu memperbarui perkembangan Covid-19. Tanda dan gejala umum infeksi COVID-19 adalah gejala gangguan pernapasan akut seperti demam, batuk, dan sesak napas. Masa inkubasi rata-rata adalah 5-6 hari, dengan masa inkubasi maksimal 14

hari. Kasus COVID-19 yang sangat berbahaya bisa menimbulkan adanya pneumonia, sindrom pernapasan akut, gagal ginjal, dan hingga kematian. Tanda-tanda serta gejala klinis yang dilaporkan dalam sebagian besar kasus adalah demam, kasus-kasus mengalami kesulitan bernapas, dan radiografi menunjukkan infiltrat pneumonia yang luas di kedua paru. Pada 31 Desember 2019, Kantor WHO China melaporkan kasus ini yang tidak diketahui hal yang menyebabkannya terjadi di Wuhan, Provinsi Hubei, China. Pada 7 Januari 2020, Tiongkok mengidentifikasi pneumonia yang tidak diketahui asalnya sebagai coronavirus (penyakit virus corona, COVID19). Pada 30 Januari 2020, WHO mendeklarasikan ini sebagai Darurat Kesehatan Masyarakat yang Menjadi Kepedulian Internasional (KMMMD/PHEIC). Peningkatan jumlah kasus COVID-19 terbilang cepat dan mudah tersebar ke berbagai negara.

Pendapat Nurdiana (2017) “Salah satu tujuan promosi kesehatan di Rumah Sakit yakni meningkatkan kemampuan masyarakat sasaran dalam mengenali, mencegah dan mengembangkan upaya kesehatan ke masyarakat sasaran, dan dalam hal ini masyarakat sasaran yang dimaksud adalah petugas kesehatan COVID-19 di Rumah Sakit. Dalam mewujudkan program PKRS, maka perlu adanya strategi baik itu metode, media dan sumber daya yang memadai sehingga akan terlaksana program tersebut dengan baik (Larasanti, 2017). Hasil wawancara mengungkapkan bahwa implementasi promosi kesehatan perawat di unit isolasi COVID-19 rumah sakit sudah mencakup strategi promosi kesehatan global yang disebutkan oleh WHO (1984) yaitu advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan.”

a. *Advocacy*

Advokasi didefinisikan sebagai tindakan strategis dan terpadu yang ditujukan pada tujuan ketiga yaitu pembuatan kebijakan

yang diimplementasikan melalui pertemuan virtual atau grup WhatsApp (Putra, 2016). Secara terpisah, libatkan manajemen rumah sakit, tim gugus tugas COVID-19, dan petugas kesehatan yang merawat pasien COVID-19 untuk mengoordinasikan secara internal kebutuhan manajemen COVID-19 dan fasilitas rumah sakit. Dari penyesuaian ini, dimungkinkan untuk menilai kurangnya upaya dan membuat rekomendasi untuk meningkatkan perlindungan petugas kesehatan yang merawat pasien COVID19. Dari koordinasi tersebut telah disusun tata cara dan kebijakan rumah sakit, upaya promotif dan pencegahan rumah sakit untuk melindungi tenaga kesehatan yang merawat pasien COVID-19 di ruang isolasi, dan tenaga kesehatan sebelum dan sesudah masuk ruang isolasi. standar telah dibuat. Prosedur Operasional (SPO) terkait alat pelindung diri, SPO terkait pembuangan sisa limbah, program pendidikan keperawatan, kebijakan terkait jam kerja.

b. Social Support

Dukungan sosial untuk perawat COVID-19 di bangsal isolasi rumah sakit diterima dari internal rumah sakit, lembaga pemerintah dan lembaga swadaya masyarakat. Ini termasuk menyediakan kebutuhan dan peralatan, seperti menyediakan APD, menyediakan vitamin dan nutrisi yang cukup untuk petugas kesehatan, memberikan tunjangan perawat sebagai suplemen pelengkap insentif di luar gaji petugas kesehatan, menyediakan perumahan bagi petugas kesehatan yang dapat membantu perawat menghindari stigma negatif yang diberikan masyarakat. pada mereka ketika mereka harus pulang untuk menyebarkan virus. Pendapat Nurmala (2020), “promosi kesehatan akan mudah dicapai dengan dukungan kelas sosial yang berbeda.” Hal ini juga sesuai dengan penelitian Puadi (2016) “bahwa kerjasama lintas disiplin dan dukungan pemerintah dapat memberikan hasil yang optimal dalam mengatasi masalah kesehatan yang ada.” Penelitian

Rosyanti (2020) “menunjukkan adanya potensi masalah kesehatan bagi tenaga kesehatan COVID-19 seperti stres berat, depresi, kelelahan dan selanjutnya perasaan tidak terdukung, kecemasan terhadap kesehatan diri, takut membawa penyakit dan menularkan penyakit ke keluarga, anggota atau orang lain, merasa terisolasi saat tidak bertugas, stigma sosial, beban kerja yang terlalu padat dan rasa tidak aman dalam memberikan pelayanan dan perawatan kesehatan kepada pasien.” Pendapat Suhamdani (2020), “pentingnya efikasi diri yang tinggi adalah untuk mengurangi gejala psikologis seperti penurunan tingkat kecemasan perawat di masa pandemi. Dari situ diharapkan adanya dukungan kolaboratif dari rumah sakit, pemerintah dan LSM untuk mengurangi beban kerja petugas kesehatan COVID-19 guna mencapai tujuan yang optimal dalam promosi pelayanan kesehatan pencegahan kesehatan.”

c. *Empowerment*

Empowerment atau Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan meliputi kemampuan mengidentifikasi dan memecahkan masalah kesehatan (Sulaeman, 2012). Dalam penelitian ini pemberdayaan ditujukan kepada tenaga kesehatan agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan dan lingkungannya secara individu maupun kelompok (Nurmala, 2020). Perawat COVID-19 di rumah sakit merupakan kelompok yang sangat rentan terhadap penyebaran virus COVID-19 dari pasien, sehingga perlu adanya pemberdayaan perawat di bidang kesehatan. cara melepas dan menggunakan APD, pelatihan pemasangan ventilator, dan sosialisasi persiapan bekerja di ruang isolasi COVID-19. Selanjutnya adalah pembentukan tim untuk masing-masing pembibitan di ruang isolasi COVID-19, diharapkan dari pembentukan tim akan ada persiapan dan rasa saling mengingatkan tentang masalah keselamatan saat

menangani pasien. COVID-19 di ruang isolasi . Menyampaikan pesan kesehatan, alat bantu visual juga disampaikan tentang prosedur pemakaian dan pelepasan APD, proses kesehatan dalam perawatan pasien. Selain itu, terdapat media seperti sosialisasi melalui aplikasi Digital Knowledge Management dan melalui aplikasi grup WhatsApp, serta Instagram dengan konten berisi pesan tetap sehat selama pandemi, dan informasi webinar terkait COVID-19. Menurut penelitian Simamora (2019), media audio visual merupakan media pendidikan kesehatan yang baik karena secara bersamaan melibatkan dua indera yaitu penglihatan dan pendengaran dalam satu proses yang sama.

Corona virus ialah keluarga besar virus yang membuat penyakit dengan gejala ringan sampai berat. Oleh karena itu, keterlibatan manajemen keperawatan sangat penting agar pelayanan keperawatan dapat tetap berjalan sekaligus melindungi perawat dari penularan Covid-19. Promosi kesehatan yang menjadi upaya menjaga dan peningkatan kesejahteraan perawat COVID-19 menjadi penting, karena pekerjaan mereka melibatkan banyak paparan pasien COVID-19 dan berpotensi menularkan penyakit. Pelaksanaan promosi kesehatan yang dilaksanakan untuk mempertahankan dan meningkatkan status kesehatan perawat di ruang isolasi COVID-19 rumah sakit telah dilaksanakan dan mencakup strategi promosi kesehatan yang komprehensif, khususnya strategi advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan untuk target utama yaitu perawat di COVID-19.

Dinas Kesehatan merupakan pelaksana tugas pemerintah daerah di bidang kesehatan yang dipimpin oleh seorang kepala dinas. Kepala Dinas memiliki tanggung jawab kepada Kepala Wilayah melalui Sekretaris Daerah. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 49 Tahun 2016 tentang

pedoman teknis penyelenggaraan kegiatan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, dinas kesehatan bertanggung jawab membantu Kepala Daerah dalam melaksanakan tugasnya sendiri. tugas pengelolaan bersama yang ditugaskan kepada Daerah/Perkotaan.

6.3 Koordinasi Status Kejadian Luar Biasa (KLB)

Menurut Peraturan Pemerintah Nomor 95 Tahun 2012 tentang Kedokteran Hewan Masyarakat dan Kesejahteraan Hewan pada Pasal 66(3) bahwa; “Kejadian Luar Biasa Wabah penyakit zoonosis harus diumumkan kepada masyarakat oleh Menteri, Gubernur, atau Bupati/Walikota. Keadaan kejadian luar biasa yang memerlukan peningkatan sinergi sumber daya lintas sektoral diklasifikasikan sebagai bukan bencana.” Beberapa hal harus dilakukan untuk mendefinisikan wabah sebagai bukan bencana, di antaranya:

- a. Pegusulan rekomendasi teknis dari perangkat daerah yang berwenang (dalam hal ini perangkat daerah kesehatan dan atau perangkat daerah yang membidangi fungsi kesehatan hewan serta unit teknis pusat yang berada di daerah yang memiliki tugas dan fungsi pengelolaan satwa liar kepada Kepala Daerah).
- b. Kaji cepat lintas sektor KLB untuk penetapan status KLB
- c. Penetapan status KLB oleh Kepala daerah (Bupati/Walikota, Gubernur sesuai tingkatan wilayahnya)
- d. Operasional tindakan penanggulangan KLB dengan mengaktifkan dan menerapkan rencana pengendalian KLB. rencana pengendalian tersebut dapat ditetapkan melalui regulasi kebijakan sesuai jenjang pemerinthan masingmasing dan atau mengikuti pedoman dan mekanisme kedaruratan bencana dalam status bencana non alam.

- e. Pengusulan dan penggunaan dana siap pakai yang dialokasikan pada APBN Badan Nasional Penanggulangan Bencana (BNPB) dapat digunakan secara cepat dan tepat pada keadaan status darurat bencana yang diakibatkan adanya wabah yang dikategorikan dalam KLB.
- f. Pengusulan, pengelolaan, dan penggunaan dana siap pakai pada status darurat bencana non alam tersebut harus mengikuti pedoman penggunaan dana siap pakai pada status KLB.

6.4 Penanggulangan Wabah

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 82 Tahun 2014 tentang Pengendalian Penyakit Menular, pasal 1 menyebutkan “bahwa pencegahan penyakit menular adalah upaya kesehatan yang mengutamakan aspek promotif dan preventif guna menurunkan dan meniadakan angka kesakitan dan cacat, dan mortalitas, guna membatasi penularan dan penyebaran penyakit, mencegah penyebaran penyakit antar wilayah, antar negara dan berpotensi menimbulkan kejadian/epidemi yang tidak biasa.” Pencegahan penyakit menular dilakukan dengan upaya-upaya, di antaranya:

1. Pencegahan

Upaya pencegahan dilakukan untuk memutus mata rantai penularan, memberikan perlindungan khusus, mengendalikan faktor risiko, memperbaiki gizi masyarakat, dan upaya lain tergantung ancaman penyakit menular.

2. Pengendalian

Upaya pengendalian dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan faktor risiko penyakit dan/atau gangguan kesehatan.

3. Pemberantasan

Upaya pemberantasan dilakukan untuk meniadakan sumber atau agen penularan, baik secara fisik, kimiawi, dan biologi.

DAFTAR PUSTAKA

- Andarmoyo. 2015. "Peran Perawat Komunitas sebagai Health Educator dalam Meningkatkan Kewaspadaan terhadap Penyakit Tuberkulosis Paru dalam Pencapaian MDGs di Kabupaten Ponorogo. Prosiding Seminar Kesehatan Nasional 2015. Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surabaya".
- Diakses, 19/12/2022 jam 23.23. "Kementrian Kesehatan Direktorat Jendral Pelayanan Kesehatan".
- Widodo., 2012. Upaya Perawat dalam Promosi Kesehatan untuk Pencegahan Penyakit
- Wahyuddin dan Sugiana. 2018. "Penggunaan Media Digital Untuk Penanganan Klb".
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas). 2005. "Rencana Pembangunan Jangka Panjang 2005-2025".
- Darmawan., 2016. Epidemiologi Penyakit Menular Dan Penyakit Tidak Menular. JMJ Volume 4.
- Effendi dan makhfudli., 2015. "Keperawatan Kesehatan Komunitas teori dan Praktek dalam Keperawatan".
- Saifuddin. 2015." Faktor Risiko Kejadian Difteri Di Kabupaten Blitar Tahun".
- Yunariah et all. 2013. "Pengetahuan Masyarakat Tentang Difteri".

BAB 7

PROGRAM PEMERINTAH DALAM PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR

Oleh Muhammad Al Rajab

7.1 Pendahuluan

Penyakit menular masih menjadi trend topik di Indonesia. Berdasarkan data yang diperoleh, Indonesia merupakan salah satu negara dengan jumlah kasus penyakit menular tertinggi. Tidak hanya itu, peningkatan jumlah kasus yang terjadi tentunya menjadi fokus utama pada upaya pencegahan dan pengendalian serta strategi yang tepat sangat dalam menurunkan jumlah kasus penyakit menular yang ada di Indonesia. Dalam epidemiologi penyakit menular dikembangkan berbagai aspek dalam melakukan upaya pencegahan dan pengendalian, dengan mempertimbangkan pola distribusi dan determinan serta melakukan penelusuran rantai penularan penyakit menular. Hal ini mampu menjadi landasan dalam melakukan intervensi kesehatan dan tentunya sebagai evaluasi untuk penerapan program pelayanan kesehatan yang ada maupun terbarukan dalam pencapaian tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia yang setinggi-tingginya (Najma, 2016)

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai

investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya.

Dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005–2025, disebutkan bahwa pembangunan kesehatan pada hakikatnya adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa Indonesia yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh kesinambungan antar upaya program dan sektor, serta kesinambungan dengan upaya-upaya yang telah dilaksanakan dalam periode sebelumnya. Oleh karena itu perlu disusun rencana pembangunan kesehatan yang berkesinambungan (PERPRES, 2007)

Periode tahun 2020-2024 merupakan tahapan terakhir dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN) 2005-2025, sehingga merupakan periode pembangunan jangka menengah yang sangat penting dan strategis. RPJMN 2020-2024 akan memengaruhi pencapaian target pembangunan dalam RPJPN, dimana pendapatan perkapita Indonesia akan mencapai tingkat kesejahteraan setara dengan negara-negara berpenghasilan menengah atas (Upper-Middle Income Country) yang memiliki kondisi infrastruktur, kualitas sumber daya manusia, pelayanan publik, serta kesejahteraan rakyat yang lebih baik. Sesuai dengan RPJPN 2005-2025, sasaran pembangunan jangka menengah 2020-2024 adalah

mewujudkan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil, dan makmur melalui percepatan pembangunan di berbagai bidang dengan menekankan terbangunnya struktur perekonomian yang kokoh berlandaskan keunggulan kompetitif di berbagai bidang yang didukung oleh sumber daya manusia yang berkualitas dan berdaya saing (PERPRES, 2020)

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

Dengan telah ditetapkannya RPJMN 2020-2024 melalui Peraturan Presiden nomor 18 tahun 2020 dan Renstra Kementerian Kesehatan 2020-2024 melalui Peraturan Menteri Kesehatan nomor 21 tahun 2020, Direktorat P2PML menyusun Rencana Aksi Kegiatan P2PML tahun 2020-2024 yang merupakan jabaran kebijakan Kementerian Kesehatan dalam Pengendalian Penyakit Menular.(PERPRES, 2020)

7.2 Gambaran Umum Permasalahan Pengendalian Penyakit menular

Gambaran kondisi umum, potensi dan permasalahan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan dipaparkan berdasarkan hasil pencapaian program, kondisi lingkungan strategis, kependudukan, sumber daya, dan perkembangan

baru lainnya. Potensi dan permasalahan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan menjadi input dalam menentukan arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan dalam bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan.

7.3 Penyakit Menular Langsung

Prioritas penyakit menular, masih tertuju pada penyakit HIV/AIDS, tuberculosis, malaria, demam berdarah, influenza dan flu burung. Disamping itu Indonesia juga belum sepenuhnya berhasil mengendalikan penyakit neglected diseases seperti kusta, filariasis, leptospirosis, dan lain-lain. Angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh penyakit menular yang dapat dicegah dengan imunisasi seperti polio, campak, difteri, pertusis, hepatitis B, dan tetanus baik pada maternal maupun neonatal sudah sangat menurun, bahkan pada tahun 2014, Indonesia telah dinyatakan bebas polio.

Sejak pertama kali ditemukan tahun 1987 sampai Maret 2015, HIV-AIDS tersebar di 390 (75%) dari 514 Kabupaten/Kota di seluruh provinsi di Indonesia. Jumlah kumulatif infeksi HIV sampai dengan Maret 2015 dilaporkan sebanyak 167.350 kasus dan jumlah AIDS yang dilaporkan sebanyak 66.835 orang. Kecenderungan prevalensi kasus HIV pada penduduk usia 15-49 meningkat. Pada awal tahun 2009, prevalensi kasus HIV pada penduduk usia 15 - 49 tahun hanya 0,16% dan meningkat menjadi 0,30% pada tahun 2011, meningkat lagi menjadi 0,32% pada 2012, dan terus meningkat menjadi 0,43% pada 2013. Angka CFR AIDS juga menurun dari 13,65% pada tahun 2004 menjadi 0,85 % pada tahun 2013. Jumlah ODHA yang mendapatkan ARV sampai bulan Maret 2015 sebanyak 53.233 orang.

Potensi yang dimiliki Indonesia dalam pengendalian HIV-AIDS diantaranya adalah telah memiliki persiapan yang cukup baik, mencakup tata laksana penanganan pasien, tenaga

kesehatan, pelayanan kesehatan (khususnya Rumah Sakit), dan laboratorium kesehatan. Setidaknya terdapat empat laboratorium yang sudah terakreditasi dengan tingkat keamanan biologi 3 (BSL 3), yakni Laboratorium Badan Litbang Kesehatan, Institute of Human Virology and Cancer Biology (IHVCB) Universitas Indonesia, Institut Penyakit Tropis Universitas Airlangga, dan Lembaga Biologi Molekuler Eijkman. Sampai Maret 2015 tercatat sudah 1.377 Layanan Konseling dan Tes HIV Sukarela (KTS), 500 Layanan PDP(Perawatan, Dukungan dan Pengobatan) yang aktif melakukan pengobatan ARV, terdiri dari 352 RS Rujukan dan 148 Satelit, 91 Layanan PTRM (Program Terapi Rumatan Metadon), 1.082 Layanan IMS (Infeksi Menular Seksual), 131 Layanan PPIA (Pencegahan Penularan Ibu ke Anak) dan 223 Layanan yang mampu melakukan Layanan TB-HIV .

Usaha keras yang dilakukan berhasil membawa Indonesia sebagai negara pertama di Regional Asia Tenggara yang mencapai target TB global yang dicanangkan waktu itu yaitu Angka Penemuan Kasus (Crude Detection Rate/CDR) diatas 70% dan Angka 13 Rencana Aksi Program PP dan PL 2015-2019 Keberhasilan Pengobatan (Treatment Success Rate/ TSR) diatas 85% pada tahun 2006.

Dalam RPJMN 2015 - 2019, Indonesia tetap memakai prevalensi TB sebagai indikator dengan target , yaitu 272 per 100.000 penduduk (secara absolut 680.000 penderita).Hasil survey prevalensi TB 2013 - 2014 yang bertujuan untuk menghitung prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis pada populasi yang berusia 15 tahun ke atas di Indonesia menghasilkan : 1). Prevalensi TB paru smear positif per 100.000 penduduk umur 15 tahun ke atas adalah 257 (dengan tingkat kepercayaan 95% 210 - 303) 2). Prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis per 100.000 penduduk umur 15 tahun ke atas adalah 759 (dengan interval tingkat

kepercayaan 95% 590 - 961) 3). Prevalensi TB paru dengan konfirmasi bakteriologis pada semua umur per 100.000 penduduk adalah 601 (dengan interval tingkat kepercayaan 95% 466 - 758); dan 4). Prevalensi TB semua bentuk untuk semua umur per 100.000 penduduk adalah 660 (dengan interval tingkat kepercayaan 95% 523 - 813), diperkirakan terdapat 1.600.000 (dengan interval tingkat kepercayaan 1.300.000 - 2.000.000) orang dengan TB di Indonesia (PERPRES, 2015)

Tuberkulosis merupakan salah satu penyebab utama kematian dimana sebagian besar infeksi terjadi pada orang antara usia 15 dan 54 tahun yang merupakan usia paling produktif, hal ini menyebabkan peningkatan beban sosial dan keuangan bagi keluarga pasien. Studi pada tahun 2013 *The Economic Burden of TB in Indonesia*, memberikan gambaran bahwa peningkatan jumlah kasus memiliki dampak yang besar pada beban ekonomi. Sebagai gambaran pada tahun 2011, angka penemuan kasus TB adalah 72,7% dan TB MDR adalah 6,7% maka beban ekonomi yang diakibatkan adalah Rp. 27,7 T, tetapi jika angka penemuan kasus TB ditingkatkan menjadi 92,7% dan TB MDR 31,4% maka beban ekonomi diturunkan menjadi hanya US Rp. 17,4 T. Dengan penambahan investasi untuk biaya pengobatan sebesar Rp. 455 M untuk peningkatan penemuan kasus maka akan didapat pengurangan beban ekonomi sebesar Rp. 10,4 T, dan adanya penurunan jumlah kematian terkait TB akan telah berkurang sebesar 37%, dari 95.718 ke 59.876. Dari gambaran tersebut terlihat bahwa langkah pencegahan penularan di masyarakat harus menjadi prioritas utama dalam program Pengendalian TB. Pengobatan TB yang merupakan salah satu komponen pencegahan penularan TB memerlukan sejumlah besar sumber daya dari masyarakat dan membutuhkan peran dari pemerintah serta asuransi.

Hepatitis virus yang terdiri dari Hepatitis A, B, C, D dan E merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia. Untuk Hepatitis A dan E yang ditularkan secara fecal Oral sering menimbulkan KLB di beberapa wilayah di Indonesia. Sedangkan Hepatitis B dan C adalah merupakan penyakit kronis yang dapat menimbulkan sirosis dan kanker hati bagi penderitanya. Saat ini diperkirakan terdapat 28 juta orang dengan Hepatitis B dan C; dimana Hepatitis B adalah sebesar 25 juta orang sedangkan Hepatitis C sebesar 3 juta orang. Dalam hal pengendalian Hepatitis maka strategi utama adalah melaksanakan upaya peningkatan pengetahuan dan kepedulian, pencegahan secara komprehensif, pengamatan penyakit dan pengendalian termasuk tatalaksana dan peningkatan akses layanan.

Pada Hepatitis Virus, berdasarkan data – data yang ada saat ini (Riskesmas, Deteksi Dini Hepatitis B dan atau C, Surveians Hepatitis dan dari Studi – studi yang ada; maka estimasi kasar potensi ekonomi yang hilang akibat Hepatitis B misalnya dari bayi yang lahir tahun 2015 ini, ada kira – kira 46.000an bayi yang akan terkena Hepatitis kronis dan kanker hati maka biaya pengobatan yang dikeluarkan adalah Rp. 6,7 T, sedangkan potensi ekonomi yang hilang akibat meninggal, absensi, hilangnya produktifitas sebesar Rp. 423 T. Belum lagi dengan kebutuhan biaya pengobatan dan potensi ekonomi yang hilang akibat terkena Hepatitis B dan C pada masyarakat diluar bayi yang lahir tahun 2015 ini, belum termasuk juga potensi ekonomi yang hilang saat terjadi KLB Hepatitis A dan E.

Penyakit infeksi saluran pernafasan akut, khususnya pneumonia masih menjadi penyebab kematian terbesar bayi dan Balita, lebih banyak dibanding dengan gabungan penyakit AIDS, malaria dan campak. Bahkan badan kesehatan dunia (WHO) menyebut sebagai "the forgotten killer of children". Pneumonia dikatakan sebagai pembunuh utama Balita di dunia,

berdasarkan data WHO, dari 6,6 juta balita yang meninggal di dunia , 1. 1 juta meninggal akibat pneumonia pada tahun 2012 dan 99% kematian pneumonia anak terjadi di negara berkembang. Sementara di Indonesia, dari hasil SDKI 2012 disebutkan bahwa angka kematian balita adalah sebesar 40 per 1000. Sementara berdasarkan Riskesdas (2007), penyebab kematian bayi terbanyak diare (31,4%) dan pneumonia (23,8%). Sedangkan penyebab terbanyak kematian anak balita adalah diare (25,2%) dan pneumonia (15,5%).

Dari hasil riskesdas 2013, Period prevalence pneumonia balita adalah 1,85 %. Lima provinsi yang mempunyai insiden Pneumonia Balita tertinggi adalah Nusa Tenggara Timur (38,5%), Sulawesi Barat (34,8%), Kalimantan Tengah (32 %). Dari laporan rutin puskesmas tahun 2014 disebutkan jumlah pneumonia balita yang dilaporkan adalah 657.490 kasus dan 496 kematian balita karena pneumonia. Sementara kelengkapan laporan provinsi mencapai 83 % dan kab/kota 77%, angka ini meningkat dibanding tahun sebelumnya. Pneumonia balita merupakan penyakit yang dapat didiagnosis dan diobati dengan teknologi dan biaya yang murah, namun jika terlambat maka akan menyebabkan kematian pada balita. Dari perhitungan beban penyakit yang dilakukan Litbangkes, diperkirakan akibat pneumonia pada usia balita (< 5 tahun) di tahun 2015 akan terdapat DALYs loss sekitar 1 T. Diare meskipun penyakit ini mudah diobati dan di tatalaksana, namun saat ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat, terutama pada bayi dan balita dimana diare merupakan salah satu penyebab kematian utama. Dari kajian masalah kesehatan berdasarkan siklus Kehidupan tahun 2011 yang dilakukan oleh badan Litbangkes, Diare merupakan penyebab kematian nomor 2 sesudah Penumonia, proporsi penyebab kematian pada bayi post neonatal sebesar 17,4% dan pada bayi sebesar 13,3%.

Berdasarkan perhitungan kasar yang kami lakukan, pada tahun 2015 ini saja diperkirakan terdapat 100.000 lebih anak dibawah 5 tahun meninggal karena Diare, sehingga estimasi biaya ekonomi yang hilang sekitar Rp. 7,2 T, yang meliputi biaya yang dihabiskan oleh keluarga saat dalam kandungan, melahirkan, biaya hidup, sakit dari umur 1 sd 5 tahun karena Diare saja, belum diperhitungkan secara ekonomi biaya pengasuhan dan biaya kalau balita tersebut sehat, tumbuh dan bisa produktif sampai umur harapan hidup dilampaui, sehingga apabila balita meninggal karena Diare merupakan kerugian yang sangat besar bagi keluarga, masyarakat, bangsa dan negara.

Tifoid merupakan salah satu penyakit endemis yang ada di Indonesia, mayoritas mengenai anak usia sekolah dan kelompok usia produktif, penyakit ini menyebabkan angka absensi yang tinggi, rata – rata perlu waktu 7 – 14 hari untuk perawatan apabila seseorang terkena Tifoid. Apabila pengobatan yang dilakukan tidak tuntas maka dapat menyebabkan terjadinya karier yang kemudian menjadi sumber penularan bagi orang lain. Dampak penyakit ini adalah, tingginya angka absensi, penurunan produktifitas, timbulnya komplikasi baik di saluran pencernaan maupun diluar saluran pencernaan, kerugian ekonomi untuk biaya pengobatan dan perawatan, kematian. Menurut data WHO tahun 2008, angka kejadian Tifoid <15 tahun adalah 180,3/100.000 penduduk, sedangkan kejadian Tifoid pada seluruh umur adalah 81,7/100.000 penduduk. Berdasarkan angka tersebut maka pada tahun 2015 ini diperkirakan terdapat 289.687 orang akan terkena Tifoid. Jumlah sebesar itu akan memerlukan biaya perawatan sebesar Rp. 1,5 T berupa biaya perawatan pasien, maupun biaya kerugian lain akbita tidak masuk kerja atau sekolah, dan biaya lain terkait yang dikeluarkan oleh keluarga akibat anggota keluarga dirawat karena Tifoid.

7.4 Penyakit Menular Bersumber Binatang

Pengendalian penyakit malaria Menular yang merupakan komitmen global telah menunjukkan pencapaian program yang cukup baik. Annual Parasite incidence (API) yang menjadi indikator keberhasilan upaya penanggulangan malaria cenderung menurun dari tahun ke tahun. Secara nasional kasus malaria selama tahun 2005-2012 cenderung menurun dimana angka API pada tahun 1990 sebesar 4,69 per 1000 penduduk menjadi 1,38 per 1000 pada tahun 2013 dan diharapkan pada tahun 2014 dapat mencapai target MDGs yaitu API <1 per 1000 penduduk. Angka awal tahun 2009 sebesar 1,85% menurun menjadi 1,75% pada tahun 2011, menurun lagi menjadi 1,69% pada tahun 2012, dan terus menurun menjadi 1,38% pada tahun 2013, mendekati target 1% pada tahun 2014.

Penyakit malaria masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dan menjadi salah satu tujuan ke6 MDGs dan RPJMN 2015-2019 yaitu menurunkan angka kesakitan malaria. Angka kesakitan malaria berdasarkan API (Annual Paracite Incidence) adalah jumlah kasus positif malaria per 1000 penduduk pada satu tahun. API ini digunakan untuk menentukan trend morbiditas malaria dan menentukan endemisitas suatu daerah (masih terjadi penularan malaria). API juga merupakan salah satu syarat suatu daerah masuk dalam fase eliminasi yaitu jika API kurang dari 1 per 1000 penduduk. Pada tahun 2014, dengan jumlah kasus 252.027 dan kelengkapan laporan 90%, API Nasional adalah 0,99 per 1000 penduduk. Angka tersebut telah mencapai target RPJMN tahun 2014 sebesar 1 per 1000 penduduk. Secara nasional kasus malaria selama tahun 2009 – 2014 cenderung menurun yaitu pada tahun 2009 angka API sebesar 1,85 per 1000 menjadi 0,99 per 1000 penduduk dengan jumlah kasus 252.027 pada tahun 2014. Kerugian akibat penyakit malaria pada tahun 2014

yaitu sebanyak 2,5 triliun sedangkan biaya pencegahan hanya 2,04 Milyar.

Kasus malaria terfokus di kawasan timur Indonesia, oleh karena itu pada tahun 2014- 2015 dilakukan upaya pencegahan berupa pembagian kelambu secara masal (Total Coverage). Sehingga diharapkan kasus malaria menurun pada 5 tahun mendatang, yang akan berdampak pada peningkatan jumlah kabupaten/kota dengan API < 1 dari 340 di tahun 2015 menjadi 400 pada tahun 2019 dan Kabupaten/Kota yang mencapai eliminasi dari 225 tahun 2015 menjadi 300 ditahun 2019.

Untuk penyakit DBD, target angka kesakitan DBD secara nasional tahun 2014 sebesar 49 per 100.000 atau lebih rendah. Sampai tahun 2014 di Indonesia tercatat sebesar 39,83 per 100.000 penduduk yang berarti telah melampaui target yang di tetapkan. Angka kematian DBD juga mengalami openurunan dimana pada tahun 1968 angka CFR nya mencapai 41,30 %, saat ini menjadi 0,90 % pada tahun 2014.

Penyakit kecacingan yang ditularkan melalui tanah (Soil Transmitted Helminthiasis/STH), masih menjadi masalah kesehatan masyarakat di negara-negara beriklim tropis dan sub tropis, termasuk negara Indonesia. Prevalensi kecacingan saat ini berkisar 20-86 % dengan rata-rata 30%. Infeksi cacing perut ini dapat mempengaruhi status gizi, proses tumbuh kembang dan merusak kemampuan kognitif pada anak yang terinfeksi. Kasus-kasus malnutrisi, stunting, anemia bisa disebabkan oleh karena kecacingan. Upaya pengendalian kecacingan dengan strategi pemberian obat cacing massal dilakukan secara terintegrasi dengan Program Gizi melalui pemberian vitamin A pada anak usia dini dan melalui Program UKS (Usaha Kesehatan Sekolah) untuk anak usia sekolah. Zoonosis adalah penyakit dan infeksi yang ditularkan secara alami di antara hewan vertebrata dan manusia (WHO). Dalam

rangka akselerasi Pengendalian Zoonosis telah dibentuk Komisi Nasional Pengendalian Zoonosis melalui PERPRES No.30 Tahun 2011 tentang Pengendalian Zoonosis.

Rabies adalah penyakit infeksi sistem saraf pusat akut pada manusia dan hewan berdarah panas yang disebabkan oleh Lyssa virus, dan menyebabkan kematian pada hampir semua penderita rabies baik manusia maupun hewan. Sebanyak 25 provinsi telah tertular rabies dan hanya 9 provinsi masih bebas historis dan telah dibebaskan dari rabies (Provinsi Kepulauan Riau, Bangka Belitung, DKI Jakarta, Jawa Tengah, Daerah Istimewa Yogyakarta, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Papua dan Papua Barat). Di Indonesia pada tahun 2014, dilaporkan kasus yang meninggal karena rabies (Lyssa kasus) sebanyak 97 orang dari 72.714 GHPR (data Maret 2015). Flu Burung/Avian Influenza adalah suatu penyakit menular pada unggas yang disebabkan oleh virus influenza tipe A dengan sub tipe H5N1. Di Indonesia pertama kali terjadi kasus pada manusia pada tahun 2005 sampai 2014, telah dilaporkan 197 kasus konfirmasi dengan 165 kematian, tersebar sporadis di 15 provinsi. Leptospirosis merupakan penyakit yang disebabkan oleh infeksi bakteri dari genus leptospira yang patogen dan dapat menyerang manusia dan hewan. Tikus dicurigai sebagai sumber utama infeksi pada manusia di Indonesia. Pada tahun 2014 dilaporkan kasus Leptospirosis nasional 524 kasus dengan 62 kematian (CFR 11,83%) Penyakit antraks adalah termasuk salah satu zoonosis yang disebabkan oleh Bacillus anthracis, dapat menyerang manusia melalui 3 cara yaitu melalui kulit yang lecet, abrasi atau luka, dapat melalui pernafasan (inhalasi) dan melalui mulut karena makan bahan makanan yang tercemar kuman antraks misalnya daging yang terinfeksi yang dimasak kurang sempurna. Spora antraks ini dapat digunakan sebagai senjata bioterorisme.

Pes (*Plague*) disebabkan oleh bakteri *Yersinia pestis* yang terdapat pada binatang pengerat/rodensia seperti tikus/bajing dan dapat menular antar binatang pengerat melalui gigitan pinjal dan ke manusia melalui gigitan pinjal. Fokus Pes di Indonesia adalah Kabupaten Pasuruan (Jawa Timur), Kabupaten Boyolali (Jawa Tengah), Kabupaten Sleman (Daerah Istimewa Yogyakarta). Penyakit yang disebabkan Arbovirus lainnya yang masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat yaitu chikungunya dan JE. Kedua penyakit ini masih perlu ditingkatkan upaya pengendaliannya.

7.5 Penyakit Yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi dan Penyakit Menular Berpotensi Wabah (Kedaruratan Kesehatan Masyarakat)

Salah satu upaya untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian penyakit menular adalah dengan pemberian imunisasi. Penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) diantaranya adalah Difteri, Pertusis, Tetanus, Tuberkulosis, Campak, Poliomielitis, Hepatitis B, dan Hemofilus Influenza Tipe b (Hib). Keberhasilan Program imunisasi adalah hilangnya (eradikasi) penyakit cacar dari muka dunia; hilangnya penyakit polio di sebagian besar negara-negara di dunia dan diharapkan pada tahun 2020 penyakit polio telah berhasil dihapus dari seluruh dunia; serta menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat PD3I. Beberapa penyakit tersebut telah menjadi perhatian dunia dan merupakan komitmen global yang wajib diikuti oleh semua negara, yaitu Eradikasi Polio (ERAPO), Eliminasi Campak – Pengendalian Rubella (EC-PR) dan *Maternal Neonatal Tetanus Elimination* (MNTE). Salah satu upaya untuk mencapai hal tersebut adalah mempertahankan cakupan imunisasi yang tinggi dan merata di seluruh wilayah dan penguatan surveilans PD3I. Hal ini

bertujuan untuk menghindarkan terjadinya daerah kantong yang akan mempermudah terjadinya kejadian luar biasa (KLB).

Gambaran kondisi saat ini adalah masih terdapat daerah kantong yang cakupan imunisasinya belum memenuhi target selama beberapa tahun untuk beberapa antigen, kinerja surveilans yang mengalami penurunan, serta adanya disparitas capaian antar provinsi. Hal ini memerlukan perhatian upaya khusus mempertahankan Erapo dan mencapai target eliminasi penyakit tertentu. Keadaan tersebut di atas menimbulkan daerah risiko tinggi terhadap PD3I.

Khusus untuk eliminasi Tetanus Maternal Neonatal, saat ini Indonesia merupakan satusatunya negara di Regional SEARO yang belum mencapai tahap eliminasi. Sejumlah 30 dari 34 provinsi dan 479 dari 514 kabupaten di Indonesia yang tersebar di regional 1 (Jawa-Bali), regional 2 (Sumatera), dan regional 3 (Kalimantan, Sulawesi, NTB dan NTT) sudah mencapai tahap eliminasi Tetanus Maternal dan Neonatal melalui berbagai kegiatan imunisasi rutin, imunisasi massal, serta persalinan bersih dan aman. Namun Indonesia baru dinyatakan eliminasi apabila regional 4 yang meliputi provinsi Maluku Utara, Maluku, Papua Barat dan Papua telah mencapai target eliminasi. Program eliminasi TMN saat ini terfokus di 18 kabupaten pada regional 4. Perlu dilakukan imunisasi TT dua putaran dengan cakupan tinggi (>80%) agar Indonesia dapat disertifikasi sebagai negara yang sudah mengeliminasi penyakit TMN pada tahun 2016.

Dalam rangka menurunkan kejadian luar biasa penyakit menular telah dilakukan pengembangan *Early Warning and Respons System* (EWARS) atau Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR), yang merupakan penguatan dari Sistem Kewaspadaan Dini - Kejadian Luar Biasa (SKD-KLB). Melalui penggunaan EWARS ini diharapkan terjadi peningkatan dalam deteksi dini dan respon terhadap peningkatan trend kasus

penyakit, khususnya yang berpotensi menimbulkan KLB. Dalam beberapa dasawarsa terakhir, sejumlah penyakit baru bermunculan dan sebagian bahkan berhasil masuk serta merebak di Indonesia, seperti SARS, dan flu burung. Sementara itu, di negara-negara Timur Tengah telah muncul dan berkembang penyakit MERS, dan di Afrika telah muncul dan berkembang penyakit Ebola. Penyakitpenyakit baru tersebut pada umumnya adalah penyakit yang disebabkan oleh virus, yang walaupun semula berjangkit di kalangan hewan akhirnya dapat menular ke manusia. Sebagian bahkan telah menjadi penyakit yang menular dari manusia ke manusia.

MERS CoV merupakan singkatan dari Middle East Respiratory Syndrome Corona Virus (Sindrom Pernapasan Timur Tengah karena Virus Corona). Penyakit pernapasan ini disebabkan oleh virus corona, keluarga besar virus yang juga dapat menyebabkan penyakit mulai dari selesma (pilek) sampai Sindrom Pernapasan Akut Berat (*Severe Acute Respiratory Syndrome* = SARS). Penyakit ini diidentifikasi pertama kali di Arab Saudi pada tahun 2012. Berdasarkan data WHO, jumlah kasus MERS CoV sampai dengan tanggal 2 Desember 2015 adalah 1.621 kasus dengan 584 kematian (CFR 36%). Terdapat 26 negara yang telah melaporkan kasus MERS CoV tersebut dan sebagian besar kasus terjadi di Arab Saudi. Penularan dapat terjadi melalui kontak langsung atau tidak langsung dengan hewan atau manusia yang terinfeksi. Perkembangan Mers-CoV dimulai tahun 2012 terdapat di 4 Negara. Tahun 2013 terdapat di 9 negara. Tahun 2014 terdapat di 17 Negara dan data per 2 Desember 2015 terdapat di 26 Negara.

Sampai dengan pertemuan IHR Emergency Committee ke-10 pada 2 September 2015 MERS-CoV belum ditetapkan sebagai Kedaruratan Kesehatan Masyarakat yang Meresahkan Dunia/KKMD. Namun demikian, berdasarkan hasil analisis

risiko WHO diketahui bahwa mulai 5 Juni s.d. 27 Agustus 2015 tercatat penambahan kasus di Arab Saudi sebanyak 125 kasus konfirmasi dengan 23 kematian (CFR 18,4%). Diantara seluruh kasus tersebut 67,54% merupakan penularan di Rumah Sakit King Abdul Aziz Medical Center (KAMC) Saudi National Guard Hospital. Situasi saat ini memang tidak mengalami peningkatan yang signifikan, namun penularan pada musim haji yang dimulai bulan September ini berpotensi untuk meningkatkan kasus secara tajam. Penularan di Arab Saudi menunjukkan bahwa bisa melalui hewan ke manusia, maupun dari manusia ke manusia. Indonesia sebagai negara dengan penduduk muslim yang cukup besar memiliki risiko tinggi untuk tertularnya penyakit ini, dikarenakan banyak warga Negara Indonesia yang mengunjungi Arab Saudi dengan tujuan sebagai TKI, melaksanakan ibadah haji dan umrah setiap tahunnya. Oleh karena itu berbagai upaya yang perlu diperkuat oleh kementerian kesehatan beserta jajarannya meliputi kesiapsiagaan dan kewaspadaan dini, pencegahan, dan pengendalian infeksi di sarana pelayanan kesehatan dan komunikasi risiko kepada masyarakat dalam antisipasi pengendalian MERS-CoV.

Penyakit virus Ebola adalah salah satu penyakit fatal pada manusia yang disebabkan oleh virus Ebola, yang pertama kali diidentifikasi pada tahun 1976 di Republik Kongo dan Sudan. *Case Fatality Rate* (CFR) Ebola adalah sebesar 50%, bahkan dapat bervariasi dari 25%-90% pada wabah terdahulu. Pada bulan Maret 2014, WHO melaporkan wabah Ebola terjadi di Guinea, Afrika Barat, yang kemudian berkembang ke beberapa negara di Afrika Barat lainnya. Hingga pada tanggal 8 Agustus 2014, WHO menyatakan ebola sebagai penyakit yang tergolong darurat kesehatan masyarakat atau *Public Health Emergency of International Concern* (PHEIC). Adapun jumlah kasus global sejak wabah Ebola merebak pada tahun 2014

sebanyak 28.637 kasus dengan 11.314 kematian. Sampai pada pertemuan *Emergency IHR Committee on Ebola Virus Disease* ke-7 pada tanggal 1 Oktober 2015 penyakit virus Ebola masih dinyatakan sebagai PHEIC. Namun jika melihat kondisi saat ini, jumlah kasus cenderung menurun dan hanya tersisa di 1 negara terjangkau (Guinea).

Seiring dengan perkembangan transportasi dan perdagangan serta tingginya mobilitas penduduk dunia tidak menutup kemungkinan Indonesia mempunyai risiko tertular virus Ebola walaupun tidak ada penerbangan langsung dari atau menuju negara terjangkau. Upaya untuk mencegah penyebaran penyakit ini di Indonesia, Kementerian Kesehatan telah melakukan kesiapsiagaan dan deteksi dini baik di pintu masuk negara maupun di wilayah.

7.6 Tujuan Dan Sasaran Strategis Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung

Pemerintah menuangkan programnya dalam Reencana Aksi Kegiatan Direktorat P2PML mendukung pelaksanaan Renstra Kemenkes dalam melaksanakan Visi Presiden Republik Indonesia yaitu “Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong-royong”. Untuk mewujudkan Visi Presiden tersebut, maka telah ditetapkan 9 (Sembilan) Misi Presiden 2020 – 2024 yaitu:

1. Peningkatan kualitas manusia Indonesia.
2. Penguatan struktur ekonomi yang produktif, mandiri, dan berdaya saing.
3. Pembangunan yang merata dan berkeadilan.
4. Mencapai lingkungan hidup yang berkecukupan.
5. Kemajuan budaya yang mencerminkan kepribadian bangsa.
6. Penegakan sistem hukum yang bebas korupsi, bermartabat, dan terpercaya.

7. Perlindungan bagi segenap bangsa dan memberikan rasa aman pada seluruh warga.
8. Pengelolaan pemerintahan yang bersih, efektif, dan terpercaya.
9. Sinergi Pemerintah Daerah dalam kerangka Negara Kesatuan

7.6.1 Tujuan

Tujuan strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020 – 2024 adalah:

1. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup.
2. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.
3. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat.
4. Peningkatan sumber daya kesehatan.
5. Peningkatan tata kelola yang baik, bersih, dan inovatif.

Dukungan Direktorat P2PML terhadap Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pembiayaan kegiatan promotif dan preventif diwujudkan dalam bentuk pelaksanaan pencapaian tujuan Direktorat P2PML yaitu terselenggaranya pengendalian penyakit menular langsung secara berhasil-guna dan berdaya-guna dalam mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui :

1. Pengendalian penyakit tuberkulosis yang ditandai dengan meningkatkan capaian Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC (*TBC Treatment Coverage*) sebesar 90% di akhir tahun 2024.
2. Pengendalian penyakit HIV/AIDS dan PIMS yang ditandai dengan meningkatkan Persentase ODHA Baru ditemukan

yang memulai pengobatan ARV sebesar 95% di akhir tahun 2024.

3. Pengendalian penyakit kusta yang ditandai dengan meningkatkan Proporsi Kasus Kusta Baru tanpa Cacat sebesar >90% di akhir tahun 2024.
4. Pengendalian penyakit pneumonia yang ditandai dengan meningkatkan Persentase kabupaten/kota yang 50% Puskesmasnya melakukan Tatalaksana standar Pneumonia sebesar 60% di akhir tahun 2024.
5. Pengendalian Penyakit ISP yang ditandai dengan Persentase kabupaten/kota 80% Puskesmasnya melaksanakan tatalaksana diare sesuai standar sebesar 80% di akhir tahun 2024.
6. Pengendalian penyakit hepatitis dengan meningkatkan Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan atau C pada populasi berisiko sebesar 100% di akhir tahun 2024.
7. Pengendalian Penyakit Frambusia yang ditandai dengan Jumlah kabupaten/kota dengan eradikasi frambusia sebesar 514 kab/kota di akhir tahun 2024.

7.6.2 Sasaran Strategis

Sasaran Strategis Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung dalam Rencana Aksi Kegiatan P2PML merupakan sasaran strategis dalam Renstra Kemenkes yang disesuaikan dengan tugas pokok dan fungsi Direktorat P2PML. Sasaran tersebut adalah meningkatnya pengendalian penyakit menular langsung pada akhir tahun 2024 yang ditandai dengan:

1. Cakupan Penemuan dan Pengobatan TBC (TBC Treatment Coverage) sebesar 90%.
2. Proporsi Kasus Kusta Baru tanpa Cacat sebesar >90%.

3. Persentase ODHA Baru ditemukan yang memulai pengobatan ARV sebesar 95%.
4. Persentase kabupaten/kota yang 50% Puskesmasnya melakukan Tatalaksana standar Pneumonia sebesar 60%.
5. Persentase kabupaten/kota 80% Puskesmasnya melaksanakan tatalaksana diare sesuai standar sebesar 80%
6. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini Hepatitis B dan atau C pada populasi berisiko sebesar 100%.
7. Jumlah kabupaten/kota dengan eradikasi frambusia sebesar 514 kab/kota.

7.6.3 Arah Kebijakan Dan Strategi Nasional

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional 2015-2019 merupakan bagian dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan (RPJPK) 2005-2025, yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia. Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya Umur Harapan Hidup, menurunnya Angka Kematian Bayi, menurunnya Angka Kematian Ibu, menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita. Untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan, maka strategi pembangunan kesehatan 2005- 2025 adalah: 1)

pembangunan nasional berwawasan kesehatan; 2) pemberdayaan masyarakat dan daerah; 3) pengembangan upaya dan pembiayaan kesehatan; 4) pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan; dan 5) penanggulangan keadaan darurat kesehatan. Dalam RPJMN 2015-2019, sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Kebijakan pembangunan kesehatan difokuskan pada penguatan upaya kesehatan dasar (*Primary Health Care*) yang berkualitas terutama melalui peningkatan jaminan kesehatan, peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan yang didukung dengan penguatan sistem kesehatan dan peningkatan pembiayaan kesehatan. Kartu Indonesia Sehat menjadi salah satu sarana utama dalam mendorong reformasi sektor kesehatan dalam mencapai pelayanan kesehatan yang optimal, termasuk penguatan upaya promotif dan preventif. Strategi Nasional Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan dalam pembangunan kesehatan 2015-2019 adalah meningkatkan pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan yang dijabarkan dalam arah kebijakan dan strategi Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan (Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, 2015)

Penyakit menular adalah penyakit yang disebabkan oleh adanya agen penyebab yang mengakibatkan perpindahan penularan penyakit dari orang atau hewan yang terinfeksi, kepada orang atau hewan yang rentan, baik secara langsung maupun tidak langsung melalui perantara atau lingkungan hidup. Sampai saat ini, angka kejadian penyakit menular di Indonesia masih tinggi, dan salah satu di antaranya

(*Tuberculosis*) merupakan penyebab kematian nomor 4 tertinggi di Indonesia menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Untuk menanggulangi hal tersebut, pemerintah mengadakan program Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular (P2M). Tujuannya adalah untuk menurunkan angka kesakitan, kematian, dan kecacatan akibat penyakit menular. Namun masih ada beberapa kendala dalam pelaksanaan program ini.

Untuk menjalankan suatu program, ada beberapa tahapan yang harus di jalankan demi terlaksananya program tersebut dengan baik. Tahapan tersebut adalah input, process, dan output. Dimana dalam tahapan tersebut terdapat 4 unsur yang berdampak langsung apabila salah satunya tidak tersedia atau terlaksana dengan memadai, yaitu *Man, Money, Materials, dan Method* atau biasa juga disebut dengan 4M.

4M itu sendiri terdiri dari *Man*, yang di maksud adalah sumber daya manusia yang melaksanakan program. *Money*, dana atau biaya yang digunakan untuk program. *Materials*, kelengkapan barang – barang pendukung fasilitas program. Dan *Method*, yaitu kegiatan yang dilakukan untuk mencapai tujuan dari program.

Dari data yang terdapat di salah satu puskesmas di Jakarta Timur, di dapatkan bahwa beberapa kegiatan untuk mendukung terlaksananya program P2M ini masih belum bisa memenuhi target. Kegiatan yang di lakukan seperti penyuluhan kepada masyarakat, pelatihan para kader, pendataan dan *follow-up* pasien, Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), dan upaya-upaya lainnya untuk mencegah serta memberantas penyakit menular belum maksimal di lakukan.

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan. 2015. *Rencana Aksi Program Pengendalian Penyakit dan Penyehat Lingkungan Tahun 2015-2019*. Jakarta : Direktur Jenderal PP dan PL.
- Najma. 2016. *Epidemiologi Penyakit Menular*.
- PERPRES. 2007. *Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional Tahun 2005–2025*.
- PERPRES. 2015. *Peraturan Presiden (PERPRES) tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2015 - 2019*.
- PERPRES. 2020. *Peraturan Presiden (PERPRES) tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2020-2024*.

BAB 8

PROGRAM PEMERINTAH DALAM PENANGGULANGAN PENYAKIT TIDAK MENULAR

Oleh Marylin Susanti Junias

8.1 Penyakit Tidak Menular

8.1.1 Latar Belakang/Pendahuluan

Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap masyarakat, merupakan investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis. Kesenambungan antara program dan sektor, juga dengan program yang telah dilaksanakan oleh periode sebelumnya diharapkan menunjang keberhasilan pembangunan kesehatan yang diharapkan dapat berkelanjutan (Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2020). Terdapat dua program besar sebagai upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat, yaitu upaya penanggulangan penyakit menular dan penyakit tidak menular. Berdasarkan hasil pencapaian program penyakit Tidak menular, kondisi lingkungan, kependudukan, sumber daya, menjadi input dalam menentukan arah kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan dalam bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2020).

Adanya transisi epidemiologi dalam tiga dekade terakhir yang dilihat dari beban penyakit (*diseases burden*) yang diukur dengan *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) bahwa penyakit tidak menular (PTM) naik dari 39,8% pada tahun 1990 menjadi

69,9% pada tahun 2017. Indonesia mengalami beban ganda, di satu sisi PTM naik dengan signifikan, namun masih dihadapkan pada penyakit menular yang belum tuntas (Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2020). Ancaman terhadap kesehatan masyarakat lain dalam bentuk risiko biologi, kimia, terorisme, radio-nuklir, penyakit zoonosis (penyakit tular hewan), kedaruratan kesehatan masyarakat, dan ancaman penyakit yang baru muncul (*new emerging diseases*) perlu juga diwaspadai. Pandemi Covid-19 di tahun 2020 merupakan pembelajaran terhadap kesiapsiagaan menghadapi muncul penyakit baru (*new emerging diseases*), khususnya dalam menyiapkan sistem kesehatan yang mampu merespon kegawatdaruratan kesehatan masyarakat. (Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2020).

Prioritas Nasional adalah pada penyakit seperti Penyakit Menular (HIV, TB, Malaria, Kecacingan, ISPA, Diare, Pneumonia), Kematian Ibu dan Bayi serta Stunting, dan Penyakit Tidak Menular (Hipertensi, Diabetes Mellitus, Cardiovascular, Ginjal, Kanker) lokus di 120 kabupaten/kota dan 260 kabupaten/kota secara holistik dan dilaksanakan secara integratif (Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2020). Perubahan beban penyakit dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular (PTM) mulai berubah selama tiga dekade terakhir, yang dilihat dari perubahan penyebab utama *Disability Adjusted Life Years (DALYs) lost*. Penyebab utama *DALYs lost* tahun 1990 adalah neonatal disorders, lower respiratory infection, diarrheal disease, tuberculosis dan stroke. Pada tahun 2017, lima penyebab utama *DALYs loss* adalah stroke, ischemic heart disease, diabetes, neonatal disorders dan tuberculosis. *DALYs lost* akibat stroke mengalami peningkatan dari peringkat kelima pada tahun 1990 menjadi peringkat pertama pada tahun 2017, dengan peningkatan sebesar 93,4%. Peningkatan yang tajam

DALYs lost dari tahun 1990 ke tahun 2017 terutama terlihat pada penyakit diabetes (157,1%), penyakit jantung iskemik (113,9%) dan kanker paru (113,1%). Selanjutnya dalam Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (2020), dijelaskan faktor risiko utama PTM adalah metabolik (tekanan darah tinggi, gula darah tinggi, obesitas, dislipidemia, gangguan fungsi ginjal, malnutrisi pada maternal dan anak), faktor perilaku (perilaku diet, merokok, risiko kesehatan kerja, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol), dan faktor lingkungan (polusi udara, kekerasan, kemiskinan).

8.1.2 Definisi Penyakit Tidak Menular

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit yang tidak ditularkan namun dapat menyebabkan kematian dan tidak ditransmisikan kepada orang lain dengan bentuk kontak apapun, atau 60% dari seluruh kematian secara global, dengan 80% prevalensi pada negara berkembang (Sudayasa et al., 2020). Menurut Marbun, penyakit tidak menular merupakan kondisi medis atau penyakit yang tidak dapat ditularkan individu lain atau dengan juga disebut penyakit yang bukan disebabkan oleh proses infeksi (tidak infeksius)(Marbun et al., 2021).

Nama Penyakit Tidak Menular (PTM) diperkenalkan oleh WHO dengan nama *Non-Communicable Diseases* (NCD) dan diperkenalkan juga oleh CDC (*Centers for Disease Control*) sebagai *Chronic Diseases* (penyakit kronik). Istilah PTM mempunyai kesamaan sebagai pengganti nama PTM, seperti:

a) Penyakit Kronik

Kelangsungan PTM umumnya bersifat kronik (menahun) atau lama maka biasanya penyakit Kronik dipakai untuk PTM, juga penyakit tidak menular yang terjadi mendadak (*acute*), misalnya keracunan. Penyakit kronik (*chronic diseases*) untuk penyakit-penyakit tidak menular cenderung dipergunakan

oleh CDC sendiri, yaitu jenis-jenis penyakit yang bersifat kronik, dan tidak memperhatikannya dari segi apakah menular atau tidak.

b) Penyakit Non Infeksi

Proses patologi PTM bukanlah suatu proses infeksi yang dipicu oleh mikroorganisme tertentu sehingga nama penyakit non infeksi dipakai untuk hal ini. Namun, tidak menutup kemungkinan bahwa kejadian PTM tidak ada hubungannya dengan peranan mikroorganisme. Proses patologi PTM mempunyai karakteristik tersendiri sesuai dengan jenis penyakit masing-masing.

c) *New Communicable Diseases*

PTM diduga dapat menular melalui gaya hidup (*life style*). Tidak seperti penularan penyakit menular yang lewat suatu rantai penularan tertentu, gaya hidup dalam dunia modern dapat menular dengan caranya sendiri. Gaya hidup yang dimaksud adalah pola makan, pola aktivitas fisik, kehidupan seksual dan reproduksi, komunikasi dan transportasi global. Perubahan pola makan, misalnya perubahan peningkatan penyakit jantung yang berkaitan dengan makan berlebih atau berkolesterol tinggi.

d) Penyakit Degeneratif

Karena kejadiannya ditandai dengan proses degenerasi atau ketuaan dan PTM banyak ditemukan pada usia lanjut, maka PTM dinamai juga sebagai penyakit degeneratif. Perlangsungannya yang lama menyebabkan PTM berkaitan dengan proses degeneratif yang berlangsung sesuai waktu atau perjalanan umur.

Penyakit tidak menular terjadi akibat interaksi antara *agent (non living agent)* dengan *host* dalam hal ini manusia (faktor predisposisi, infeksi, dan lain-lain) dan lingkungan sekitar (*Source and vehicle of agent*).

8.1.3 Jenis-Jenis Penyakit Tidak Menular

Jenis jenis penyakit tidak menular adalah :

- 1) Penyakit Jantung
- 2) Penyakit Jantung Koroner
- 3) Hipertensi
- 4) Stroke
- 5) Diabetes Melitus
- 6) Obesitas
- 7) Kanker
- 8) Atherosklerosis

8.1.4 Determinan Penyakit Tidak Menular

1) Konsep Hubungan Kausal Penyakit

Hubungan kausal antara penyebab utama penyakit dengan penyakit yang ditimbulkannya memerlukan analisis kausal tersendiri melalui analisis yang cermat dan sistematis. Analisis kausal bertujuan untuk menemukan dan menentukan penyebab penyakit. Faktor-faktor tersebut meliputi berbagai faktor risiko yang berkontribusi secara signifikan terhadap terjadinya penyakit.

a. Faktor Penyebab (Kausa)

Faktor penyebab adalah istilah umum untuk berbagai faktor yang mempunyai hubungan dengan timbulnya penyakit. Jenis faktor kausa dan jenis penyakit itu sendiri tentulah yang menentukan kesederhanaan atau kerumitan menegakkan hubungannya. Makin jelas dan khusus kausa itu, tampaknya makin sederhana upaya analisis hubungannya dengan penyakit yang diakibatkannya. Begitu pula makin jelas dan sederhana penyakit yang ingin dicari kausa, makin sederhana pencarian kausanya. Sebaliknya, kalau penyebabnya tidak jelas dan berbagai macam, ditambah dengan penyakitnya

yang rumit dan berkelangsungan lama, maka penegakkan kausa menjadi suatu hal yang sulit.

b. Hubungan Kausal

Dikenal jenis utama hubungan antara dua faktor: hubungan independen dan dependen.

- a) Hubungan Independen: Hubungan antara dua faktor yang tidak menunjukkan hubungan bermakna secara statistik. Hubungan ini tidak banyak menarik untuk dibicarakan karena tidak banyak informasi yang diperoleh.
- b) Hubungan Dependen: merupakan hubungan antara 2 faktor yang mempunyai hubungan bermakna secara statistik, dapat dibagi atas hubungan kausal dan non kausal.

c. Etiologi

Istilah etiologi secara klasik dikenal dan dipergunakan secara khusus di dunia kedokteran terhadap faktor penyebab biologis (mikroorganisme) penyakit infeksi. Misalnya etiologi malaria adalah *plasmodium malariae*. Dengan demikian, etiologi dimaksudkan disini adalah agen penyebab biologis (Bustan, 2015).

2) Berbagai Kausa Penyakit

Dari berbagai klasifikasi kausa penyakit yang telah dikemukakan, kausa penyakit dapat dibagi atas 4 kausa utama.

a. Kausa biologis seperti:

1. Bakteri: Tuberkulosis, Sifilis
2. Protozoa: Ameba, Malaria
3. Fungi: Histoplasmosis
4. Virus: Measles, Mumps, Poliomyelitis

Secara sederhana dikaitkan bahwa penyakit infeksi disebabkan oleh kausa biologis seperti bakteri, parasit dan

semacamnya, kausa biologis ini menyebabkan penyakit infeksi. Parasit lah yang semula ditunjuk oleh Koch sebagai penyebab penyakit infeksi. Tetapi, ternyata kemudian bukan hanya parasit sebagai jasad hidup patogen. Ada juga jasad hidup yang disebut virus. Dan ternyata Postulat Koch tidak sesuai dengan virus. Karena itu River mengajukan kriteria lain dalam melihat hubungan kausal virus dan penyakitnya.

b. Kausa fisik: Radiasi, trauma

Kausa fisik secara sepintas boleh dikatakan mudah karena keberadaan dengan mata kepala faktor itu dapat dideteksi. Namun kalau pengaruh fisik itu berlangsung lama atau kejadiannya tidak memberikan kesan terdeteksi maka kausa fisik juga perlu pendekatan ilmiah yang jelimat.

c. Kausa kimia: Co, Obat

Kausa kimiawi mungkin lebih transparan dari penyebab biologis dan penyebab lainnya. Maklum bahan-bahan kimia mempunyai kecenderungan untuk menunjukkan reaksi. Dan reaksinya itu dapat dipakai untuk menunjukkan identitasnya.

d. Kausa Sosial: Perilaku (*behavior*)

Kausa sosial dapat berupa tingkah laku sosial (*behavior*), gaya hidup (*life style*), misalnya merokok, minum alkohol, makan berlebihan, dan lain-lain. Rokok dianggap salah satu penyebab sosial memberikan berbagai risiko penyakit. Rokok terbukti menyebabkan berbagai jenis kanker dan penyakit jantung. Apakah rokok menyebabkan kanker paru? Rokok sendirian tidaklah cukup untuk menyebabkan kanker. Rokok/merokok sebagai suatu faktor kausa perlu dipertajam batasannya dalam berbagai hal seperti: Cara merokok: langsung atau pakai pipa, keseringan isapan, Jenis rokok, Banyaknya

rokok, Lamanya merokok: sekarang atau dulu, sebulan atau sudah bertahun-tahun, Cara terpapar: Langsung (*active smoking*) atau tidak langsung (*passive smoking, involuntary smoking*).

Dalam penelitian hal-hal ini diusahakan untuk diperoleh untuk menempatkan rokok sebagai variabel dependen. Dari berbagai penelitian, klasifikasi merokok itu dapat dibagi atas:

- a) Status Merokok : Tidak pernah merokok, Bekas perokok, Sedang merokok, Perokok atau Bukan perokok
- b) Banyaknya rokok: Perokok berat, Perokok sedang, Perokok ringan
- c) Lamanya merokok: dinyatakan dalam tahun, satu sampai sekian tahun.

3) Konsep Faktor Risiko

Faktor risiko PTM adalah seluruh faktor kesehatan, sosial, politik, ekonomi, budaya dan lingkungan yang berhubungan ataupun memberi kontribusi risiko terhadap kejadian PTM. Faktor sosial, politik, ekonomi, budaya dan lingkungan meliputi fenomena: globalisasi; urbanisasi; kelompok usia lanjut.

- a) Faktor risiko dapat dimodifikasi dan faktor risiko tidak termodifikasi.

Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi oleh Individu adalah usia, jenis kelamin, dan genetika. Sedangkan faktor risiko yang dapat dimodifikasi adalah faktor yang dapat diubah melalui kesadaran individu itu sendiri dan intervensi sosial. Faktor-faktor yang dapat dimodifikasi tersebut adalah : Merokok, konsumsi alkohol, pola makan yang buruk, kurangnya aktivitas fisik

b) Faktor risiko intermedia yang meliputi: peningkatan tekanan darah, peningkatan glukosa darah, lemak darah abnormal, *overweight*/kegemukan.

c) Faktor risiko gaya hidup, dan faktor risiko metabolik.

Adapun tiga faktor risiko utama PTM adalah Kurang berolahraga (*physical inactivity/sedentary lite style*), Gizi yang tidak sehat (*unhealthy diet*) dan Merokok. Ketiga faktor risiko ini merupakan faktor kausa dalam pengertian memberikan kontribusi yang bermakna terhadap terjadinya PTM.

Dalam melakukan manajemen pengendalian PTM berbasis faktor risiko, perhatian diarahkan ke faktor risiko yang dapat diubah (*modifiable risk factors*) yang terdiri atas:

- *Unhealthy diet* dan *excessive energy intake*
- *Physical inactivity*; dan
- *Tobacco use*

Ketiga faktor ini dianggap sebagai faktor risiko intermedia (*intermediate risk factors*) dari peningkatan tekanan darah, glukosa, lemak tidak normal, khususnya *low density lipoprotein/LDL cholesterol* dan *overweight (body mass index=25 kg/m²) and obesity (body mass index = 30 kg/m²)*.

Faktor risiko utama (*major modifiable risk factors*/ terkait *dengan nonmodifiable risk factors* (umur dan hereditas) merupakan faktor risiko untuk penyakit jantung, stroke dan penyakit paru kronik, dan kanker (Bustan, 2015).

4) Faktor Risiko PTM

- a) Tekanan darah tinggi
- b) Gizi kurang sehat, termasuk Pola makan tidak sehat berkontribusi pada terjadinya PTM.
- c) Kurang aktivitas fisik
- d) Merokok
- e) Minum alkohol

f) Metabolik. Faktor risiko penyakit tidak menular berikutnya adalah faktor metabolik, yakni hipertensi, gangguan kadar gula darah, dan obesitas.

g) *Overweight and obesity*

5) Faktor Protektif Olahraga

Melakukan pola hidup aktif dan berolahraga merupakan hal yang terpenting dilakukan untuk mempertahankan kesehatan dan memperpanjang usia harapan hidup dengan mengendalikan berat badan, mengurangi risiko penyakit jantung, DM dan beberapa kanker. Gaya hidup kurang olahraga (*sedentary lifestyle*) akan membawa berbagai macam risiko penyakit dan kekurang-sehatan. Sementara itu, dengan olahraga diharapkan olahraga akan menjadi proteksi terhadap berbagai gangguan kesehatan/penyakit. Olahraga untuk kesehatan atau pencegahan penyakit ini dilakukan dalam bentuk olahraga aerobik yang sedang (*moderate physical activity*) selama 30 menit dari waktu 140 menit dalam sehari. Dianggap sudah berolahraga jika dilakukan 5 hari dalam seminggu, sehingga total waktu aerobik menjadi 150 menit per minggu. Berolahraga menunjukkan:

- Penurunan risiko untuk mati lebih awal (*dying prematurely*)
- Penurunan risiko kematian dini karena penyakit jantung
- Penurunan risiko mendapatkan dm, hipertensi dan kanker kolon
- Penurunan perasaan depresi dan stres,
- Menolong penderita hipertensi untuk menurunkan tekanan darahnya
- Menolong memperkuat kesehatan tulang, otot dan tendon
- Membantu lansia untuk menjadi lebih kuat dan dapat bergerak lebih bebas
- Menolong untuk mengendalikan berat badan/kegemukan
- Mendorong perasaan psikologi lebih sehat

Manfaat umum dari kegiatan olahraga buat kesehatan dapat berupa Memperlancar aliran sirkulasi darah, Membantu pencernaan, Mengurangi keletihan dan memperbaiki ketahanan tubuh, Memperkuat otot-otot, tulang dan jaringan ligament, Memperindah tubuh, Dapat mengurangi bunyi napas waktu tidur, Membantu menyeimbangkan emosi, Mempertajam kekuatan mental, Meningkatkan daya tahan terhadap penyakit, Memperbaiki kepercayaan diri. Bagaimana olahraga dapat memberikan efek pelindung khususnya terhadap penyakit jantung koroner dikemukakan kemungkinan berkaitan dengan peranan olahraga dalam:

- a) Perbaikan fungsi dan efisiensi kardiovaskuler/kelenturan jantung
- b) Pengurangan faktor risiko lain yang mengganggu pembuluh darah koroner
- c) Peningkatan vaskularisasi/kolateral myocardium dan arteri koronaria.
- d) Peningkatan tahanan terhadap fibrilasi ventrikel
- e) Penurunan kecenderungan ke trombosis
- f) Perbaikan toleransi terhadap stres (Bustan, 2015).

8.1.5 Dampak Penyakit Tidak Menular di Masyarakat

Masalah kesehatan masyarakat dari PTM ini bersumber dari beban atau gangguan status kesehatan masyarakat yang diakibatkan oleh dampak PTM yang meliputi:

- a) Sulitnya melakukan deteksi dini karena perlangsungan penyakit yang bersifat laten dan berlarut pelan. Bahkan, kebanyakan PTM ditemukan oleh penderita atau didiagnosis oleh dokter setelah masuk fase lanjut, sudah komplikasi dan tingkat berat atau sudah metafase pada kasus kanker.
- b) Memberi beban ekonomi yang berat, terlebih kejadian pada keluarga berpendapatan rendah, setelah usia lanjut atau masa pensiun dimana pendapatan mengalami penurunan

sedangkan penyakit kronik membutuhkan pembiayaan yang tinggi dan semakin meningkat.

- c) Memberikan beban lanjut disabilitas pasca serangan PTM. Selain kematian, PIM memberi beban masalah disabilitas atau gangguan keterbatasan fungsi fisik sebagai akibat penyakit gangguan muskuloskeletal (arthritis) dan penyakit metabolik (obesitas dan diabetes). Arthritis adalah penyebab disabilitas yang tertinggi, di mana di AS hampir 19 juta melaporkan diri mengalami gangguan disabilitas. Sementara itu, komplikasi diabetes juga menjadi sumber dilakukannya amputasi dan kebutaan yang menyebabkan disabilitas.
- d) PTM mempunyai hubungan timbal balik dengan kemiskinan. Kemiskinan menyebabkan tingginya prevalensi PTM, tingginya PTM akan meningkatkan kemiskinan. Keadaan ini terjadi karena keluarga miskin banyak terpapar dengan faktor risiko PTM (makan kurang bergizi, kurang aktivitas fisik, merokok, dan minum alkohol) sehingga memudahkan terjadinya PTM (diabetes, penyakit jantung, dan kanker). Dalam keadaan menderita PTM, keluarga akan kekurangan jam kerja, kemampuan kerja yang rendah, dan akhirnya rentan kehilangan pendapatan, termasuk kehilangan pendapatan karena perawatan dan pengobatan PTM.
- e) PTM adalah penyebab kematian terbanyak di Indonesia. Keadaan dimana penyakit menular masih merupakan masalah kesehatan penting dan dalam waktu bersamaan morbiditas dan mortalitas PTM makin meningkat merupakan beban ganda dalam pelayanan kesehatan, tantangan yang harus dihadapi dalam pembangunan bidang kesehatan di Indonesia (Bustan, 2015). Data WHO menunjukkan bahwa PTM menyebabkan 60% penyebab kematian semua umur di seluruh dunia dan terdapat sekitar 4% meninggal sebelum berusia 70 tahun. Dan sebanyak 29% di negara-negara

berkembang termasuk Indonesia, sedangkan di Negara-negara maju sebesar 13% (Kurniasih et al., 2022).

- f) PTM menyebabkan jumlah kecelakaan dan kesakitan meningkat dan penyakit menular akan menurun. Peningkatan kematian akibat PTM diperkirakan akan terus naik di seluruh dunia, yang terbesar akan terjadi di negara berkembang dan miskin (Siswanto and Lestari, 2020).

8.1.6 Program Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

1. Arah dan Kebijakan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (P2P) Tahun 2020-2024

Target *Sustainable Development Goals* (SDGs) pada tahun 2030 adalah terjadinya penurunan sepertiga kematian dini karena penyakit tidak menular. Pada tahun 2025 diharapkan terjadi penurunan kematian akibat PTM sebesar 25% (Sulistyowati, 2017). Beberapa target global PTM yaitu:

- a) Cakupan Pengobatan Esensial dan Teknologi PTM (80%)
- b) Cakupan terapi farmakologis dan konseling (50%)
- c) Peningkatan diabetes/obesitas (0%)
- d) Penurunan tekanan darah tinggi (25%)
- e) Penurunan konsumsi tembakau (30%)
- f) Penurunan konsumsi garam (30%)
- g) Penurunan kurang aktivitas fisik (10%)
- h) Penurunan konsumsi alkohol (10%)
- i) Penurunan polusi rumah tangga (50%) (Sulistyowati, 2017).

Terdapat beberapa tujuan dan strategis yang sudah direncanakan dalam menanggulangi penyakit tidak menular, sebagai berikut:

- a. Tujuan dan Sasaran
Tujuan strategis Kementerian Kesehatan tahun 2020 – 2024 adalah :

- 1) Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan siklus hidup.
- 2) Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan.
- 3) Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat.
- 4) Peningkatan sumber daya kesehatan.
- 5) Peningkatan tata kelola yang baik, bersih, dan inovatif.

Dukungan Ditjen P2P terhadap Kementerian Kesehatan dalam meningkatkan upaya promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat, serta pembiayaan kegiatan promotif dan preventif diwujudkan dalam bentuk pelaksanaan pencapaian tujuan Ditjen P2P, yaitu: Terselenggaranya pencegahan dan pengendalian penyakit serta masalah kesehatan jiwa secara berhasil-guna dan berdaya-guna dalam mendukung pencapaian derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Sasaran Strategis Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dalam Rencana Aksi Program P2P berisi sasaran strategis Program P2P dalam Renstra Kemenkes yang diperkuat dengan beberapa sasaran lain sesuai dengan tugas pokok dan fungsi Ditjen P2P. Sasaran tersebut adalah meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta meningkatnya kesehatan jiwa pada akhir tahun 2024 yang ditandai dengan:

- 1) Tujuan
Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat.
- 2) Sasaran Strategis. Adapun sasarannya adalah :
 - a) Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit dengan mengutamakan pendekatan faktor risiko. Indikator Sasaran Strategis yaitu:

- Menurunnya insidensi TB menjadi 190 per 100.000 penduduk pada tahun 2024
 - Menurunnya insidensi HIV menjadi 0,18% pada tahun 2024
 - Meningkatkan eliminasi malaria di 405 kab/kota
 - Kabupaten/kota yang mencapai 80% imunisasi dasar lengkap sebanyak 95%
 - Meningkatnya Kab/Kota yang melakukan pencegahan dan pengendalian PTM
- b. Meningkatnya pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat. Indikator Sasaran Strategis yaitu:
- Persentase kab/kota yang mempunyai kapasitas dalam pencegahan dan pengendalian KKM (Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2020).
- c. Arah dan Kebijakan

Meningkatnya pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penguatan pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) dan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif yang didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi ini bertujuan mendukung kebijakan nasional pembangunan kesehatan. Kementerian Kesehatan juga telah menetapkan enam (6) Tujuan Strategis, yang dijabarkan menjadi empat belas (14) Sasaran Strategis, dalam menjalankan pembangunan kesehatan 2020-2024 yang salah satunya Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit dengan mengutamakan pendekatan faktor risiko.

Arah kebijakan dan strategi kegiatan Ditjen P2P adalah mendukung kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan yang didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi. Arah kebijakan tersebut adalah

Meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit dengan mengutamakan pendekatan faktor risiko dan Meningkatnya pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat. Strategi program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tahun 2020 - 2024 mengacu pada strategi Kementerian Kesehatan yang kemudian dijabarkan melalui strategi aksi Program di Direktorat Jenderal P2P sebagai berikut:

- a) Perluasan cakupan deteksi dini PM dan PTM, termasuk pencapaian cakupan Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan
- b) Pengembangan real time surveilans melalui penguatan sistem surveilans nasional dan penguatan sistem jejaring laboratorium nasional, termasuk penguatan laboratorium kesehatan masyarakat.
- c) Peningkatan inovasi pengendalian vektor, termasuk pengendalian vektor terpadu, dan pengendalian vektor secara biologis.
- d) Penguatan tata laksana penanganan penyakit dan cedera;
- e) Penguatan legislasi, kebijakan dan pembiayaan untuk kegawatdaruratan kesehatan masyarakat Rencana Aksi Program P2P 2020-2024
- f) Peningkatan advokasi dan komunikasi
- g) Peningkatan program pencegahan resistensi antibiotika, penyakit zoonosis, keamanan pangan, manajemen biorisiko
- h) Penguatan sistem laboratorium nasional
- i) Penguatan reporting dan real time surveillance
- j) Membangun sistem kewaspadaan dini
- k) Membangun kemampuan fasyankes untuk respon cepat

- l) Peningkatan kemampuan SDM (Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2020).

2. Program dan Kegiatan Pemerintah dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

1) Program

- a. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024 dalam Peningkatan Pengendalian Penyakit terkhususnya pada penyakit jantung, stroke, hipertensi, diabetes, kanker, tuberkulosis, malaria, HIV/AIDS, emerging diseases, penyakit yang berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa, penyakit tropis terabaikan (kusta, filariasis, schistosomiasis), gangguan jiwa, cedera, gangguan penglihatan, dan penyakit gigi dan mulut, mencakup:
 - 1) Pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit termasuk perluasan cakupan deteksi dini, penguatan *surveilans real time*, pengendalian vektor dan perluasan layanan berhenti merokok;
 - 2) Penguatan *health security* terutama peningkatan kapasitas untuk pencegahan, deteksi, dan respon cepat terhadap ancaman penyakit termasuk penguatan alert system kejadian luar biasa dan karantina kesehatan;
 - 3) Peningkatan cakupan penemuan kasus dan pengobatan serta penguatan tata laksana penanganan penyakit dan cedera;
 - 4) Pengendalian resistensi antimikroba;
 - 5) Pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian penyakit dan penguatan sanitasi total berbasis masyarakat.
- b. Kebijakan operasional pencegahan dan pengendalian penyakit diarahkan untuk penyelesaian persoalan

kematian ibu, kematian bayi dan stunting di samping penyakit menular dan tidak menular dengan pendekatan Promotif dan Preventif di setiap jenjang pelaksanaan pemerintahan. Berbagai pendekatan promotif dan preventif dalam pencegahan dan penanggulangan penyakit yang menjadi prioritas nasional.

- 1) Tuberkulosis, pendekatan promotif dan preventif yang dilakukan antara lain :
 - a) Perbaikan Perumahan;
 - b) Imunisasi BCG tepat waktu;
 - c) Monitoring pertumbuhan dan Perkembangan;
 - d) Skrining pada kelompok beresiko;
 - e) Pendidikan dan literasi kesehatan.
- 2) Malaria, pendekatan promotif dan preventif yang dilakukan antara lain:
 - a) Pembagian kelambu berinsektisida;
 - b) Pendidikan kesehatan dan *health literacy*;
 - c) Perbaikan perumahan dan jamban keluarga;
 - d) Pemanfaatan teknologi dan TOGA.
- 3) Imunisasi, pendekatan promotif dan preventif yang dilakukan antara lain :
 - a) Penyadaran masyarakat dan *health literacy*;
 - b) Perwujudan vaksin halal;
 - c) Pelayanan yang bermutu dan terjangkau (Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2020).

Sedangkan untuk Penyakit Tidak Menular, pendekatan promotif dan preventif yang dilakukan antara lain :

- 1) Penanganan Faktor Resiko (rokok, alcohol, kurang aktivitas, gula-garam, lemak, *unhealthy food*)

Penanganan faktor risiko ini harus dimulai dari diri sendiri dan berhenti melakukan hal-hal tersebut yang berisiko timbulnya suatu penyakit (Sekarrini, 2022). Peningkatan pengetahuan dan edukasi dapat merubah pemahaman dan menimbulkan pengertian akan kebutuhan aktifitas fisik serta menghindari faktor risiko.

2) Penyediaan fasilitas aktivitas fisik dan atau olahraga;

Penyediaan fasilitas fisik untuk melakukan kegiatan olahraga menjadi salah satu cara guna meningkatkan *healthylife*. Orang dengan status sosial ekonomi terbatas dapat mengupayakan olahraga tanpa uang seperti lari pagi, senam. Peningkatan Pengetahuan tentang olahraga dan dukungan sosial dari orang sekitar untuk berolahraga dapat mempengaruhi individu untuk melakukan olahraga. Demikian juga dengan lansia, dapat melakukan olahraga yang disesuaikan dengan umur dan kebutuhannya. Misalnya terdapat gangguan pada jantung, sendi, mata, saraf, atau pembuluh darah kaki sehingga lansia sulit untuk melakukan gerakan-gerakan tertentu. Lansia dianjurkan melakukan senam ringan secara perlahan-lahan, sekedar jalan kaki santai, atau sekedar melakukan gerakan tangan dan kaki sambil duduk atau rebahan bila lansia tidak bisa bangun. (Lestari and Arifiyanto, 2021).

3) Skrining dan penyuluhan serta promosi kesehatan yang berkelanjutan.

Kegiatan penanggulangan PTM dapat melalui pengabdian masyarakat dalam bentuk melatih kader posyandu melakukan pemeriksaan skrining PTM dan melakukan deteksi dini contohnya pada

kanker payudara melalui teknik SADARI. Beberapa pemeriksaan skrining PTM kepada masyarakat berupa pemeriksaan asam urat, kadar gula, kolesterol, dan tekanan darah (Inderiati et al., 2022). Peningkatan pengetahuan, pemahaman dan edukasi lewat penyuluhan bagi masyarakat sebagai upaya promosi kesehatan dapat membantu meningkatkan informasi mengenai PTM. Masyarakat yang memiliki pengetahuan mengenai pencegahan faktor risiko penyakit tidak menular dan informasi yang berkaitan dengan PTM dapat diketahui dengan baik setelah dilakukan penyuluhan (Asmin et al., 2021). Pembangunan Kesehatan merupakan fondasi terwujudnya Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas dan berdaya saing untuk menjadikan Indonesia Unggul. Oleh karena itu, pencegahan dan pengendalian penyakit menjadi bagian integral dalam pelaksanaan pembangunan nasional dan pembangunan daerah (Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2020).

c. Pengembangan Sistem Informasi Penyakit Tidak Menular Berbasis Teknologi Informasi

Perkembangan zaman yang sudah modern, berpengaruh pula dalam berbagai elemen kehidupan. Penggunaan aplikasi komputer untuk melakukan deteksi dini pada kondisi tubuh menjadi salah satu kemudahan dalam melakukan pengecekan penyakit tidak menular. Salah satu kemudahan yaitu adanya bantuan untuk mengetahui masalah kesehatan tersebut dan secara khusus pengguna aplikasi berbasis web dapat melakukan deteksi dalam waktu yang singkat. Penggunaan teknologi informasi misalnya aplikasi menjadi hal yang sangat praktis dikarenakan pengguna

dapat mengakses dimana saja dan kapan saja. Dengan demikian, aplikasi komputer berbasis web sangat penting bagi masyarakat sebagai langkah awal monitoring dan deteksi dini status kesehatan. Sistem informasi tersebut dapat diakses melalui smartphone maupun computer, Yang secara tidak langsung merubah pola perawatan klien yang selama ini dilakukan secara tradisional menjadi lebih modern dan praktis. Selain itu edukasi dan pendampingan kepada masyarakat untuk mengenali penyakit tidak menular (PTM), cara melakukan deteksi dini penyakit tidak menular (PTM), dan bagaimana melakukan pencegahan terhadap faktor risiko penyakit tidak menular (PTM) terutama pada kelompok yang berisiko perlu tetap dipertahankan dan ditingkatkan, terutama pada akar rumput, yaitu masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat.

d. Posbindu PTM

Adanya input (sumber daya manusia, insentif, sarana dan fasilitas) yang memadai dalam pelaksanaan program pengendalian PTM. Peran Petugas Puskesmas memberikan bimbingan secara teknis serta pelatihan untuk para petugas pelaksana Posbindu PTM dalam penyelenggaraannya, memberikan sosialisasi serta pelahan terkait dengan permasalahan faktor risiko PTM dalam penyuluhan maupun kegiatan lainnya, mengambil dan menganalisa hasil kegiatan Posbindu PTM, menerima, menangani dan memberi umpan balik kasus rujukan dari Posbindu PTM, melakukan koordinasi dengan para pemangku kepentingan lain (Para Pembina Terkait). Faktor penyebab baiknya pengetahuan dan keterampilan petugas kesehatan dan kader dalam melaksanakan peran dan tugasnya dalam

kegiatan Posbindu PTM adalah mutu dari pelatihan yang didapat petugas kesehatan dan kader. Dengan demikian, sebaiknya kegiatan pelatihan dapat dilakukan secara rutin dengan rentang jarak waktu yang tidak terlalu lama. Pembiayaan seluruh rangkaian kegiatan puskesmas termasuk kegiatan Program Posbindu PTM serta untuk membayar honor petugas sehingga pemberian insentif kepada petugas dapat diberikan setiap bulannya bersumber dari dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan). Insentif menjadi salah satu jenis penghargaan yang dikaitkan dengan prestasi kerja. Jika insentif yang diterima oleh tenaga kesehatan semakin besar, maka semakin meningkat motivasi dan begitu pula sebaliknya semakin rendah insentif maka akan semakin kurang motivasi kerja yang dimiliki oleh tenaga kesehatan. Salah satu fungsi yang mempunyai arti penting untuk efisiensi operasional dan meningkatkan daya kerja anggota adalah menyediakan fasilitas dan prasarana. Sarana yang disediakan diikuti dengan ketersediaan dana atau anggaran yang ada untuk melengkapi sarana yang dibutuhkan dalam program pelayanan kesehatan.

Beberapa inovasi yang dapat dilakukan untuk meningkatkan minat masyarakat dalam mengikuti kegiatan Posbindu PTM yaitu penambahan kegiatan seper pengobatan gratis, kegiatan sepeda santai, dan doorprize bagi peserta untuk menarik minat warga agar mau berpartisipasi hadir dalam Posbindu PTM. Upaya dari pemerintah daerah dalam kerjasama lintas sektor agar kegiatan Posbindu PTM semakin komprehensif (Hosni et al., 2020).

e. Prolanis (Pengelolaan Penyakit Kronis)

PROLANIS atau Program Pengelolaan Penyakit Kronis adalah suatu program pemerintah melalui BPJS Kesehatan yang telah bekerja sama dengan pihak pelayanan fasilitas kesehatan untuk merancang suatu program yang terintegrasi dengan model pengelolaan penyakit kronis bagi peserta penderita penyakit kronis. Prolanis tersebut menggunakan pendekatan proaktif yang melibatkan peserta, fasilitas kesehatan, dan BPJS kesehatan dengan tujuan mencegah timbulnya komplikasi berkelanjutan khususnya penyakit Hipertensi dan DM tipe 2. Beberapa kegiatan Prolanis yang dilakukan untuk mencegah komplikasi berlanjut dan peningkatan kesehatan masyarakat yakni kegiatan konsultasi medis, klub prolanis, *home-visit*, dan skrining atau pemeriksaan kesehatan. Sarana dan prasarana yang digunakan untuk pelayanan prolanis adalah fasilitas puskesmas. Komitmen petugas menjadi bagian yang harus diperhatikan sebagai rasa tanggung jawab petugas terhadap kegiatan prolanis. Komitmen petugas yang dimaksud adalah gambaran pelaksanaan program prolanis dalam upaya memberikan pelayanan kepada peserta prolanis dengan melihat tingkat pengetahuan dan keterampilan petugas, pelatihan dan SDM prolanis, bentuk komitmen petugas dan puskesmas, komitmen pasien prolanis, inovasi motivasi dan pemantauan.

Umpan balik yang diberikan oleh peserta prolanis terhadap pelayanan yang diterimanya adalah kepatuhan dari pasien. Kepatuhan pasien meliputi bagaimana pasien prolanis dalam kegiatan prolanis yang berlangsung, minat dan antusias mereka mengikuti kegiatan prolanis. Pengetahuan pasien menjadi umpan balik yang diberikan oleh peserta

prolanis terhadap pelayanan sudah diterima. Pengetahuan pasien meliputi kesadaran pasien dalam mengikuti program prolanis dengan baik sehingga memperoleh pengetahuan, manfaat, pemahaman peserta prolanis, pelaksanaan prolanis di puskesmas, saran dan masukan kegiatan prolanis (Meiriana et al., 2019).

Beberapa masalah atau hambatan yang terjadi dalam program ini yaitu terdapat banyak pasien yang tekanan darahnya belum stabil, dikarenakan masih kurangnya kesadaran mereka dalam kepatuhan mengikuti program yang diadakan puskesmas serta kurang patuh minum obat secara rutin. Sehingga, perlu diadakan promosi kesehatan dalam kegiatan Prolanis yang dilakukan oleh tenaga kesehatan itu sendiri terhadap peserta prolanis mengenai pentingnya kepatuhan diet dan pengobatan dalam menjaga kestabilan tekanan darah. Keluarga juga turut serta dalam menjaga dan merawat responden akan menjadikan suatu aspek yang mendukung kepatuhan pasien dalam suatu kesehatan pada diri sendiri. Keikutsertaan keluarga menimbulkan kepatuhan dalam melakukan pemeriksaan Prolanis sehingga tercipta keeratn hubungan antar responden dengan pemberi pelayanan Kesehatan (Pebriyani et al., 2022).

f. GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat)

Menurut instruksi Presiden Republik Indonesia Nomor 1 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, telah menetapkan kebijakan dan mengambil langkah-langkah sesuai tugas, fungsi, dan kewenangan masing-masing untuk mewujudkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat, yaitu:

1) Peningkatan aktivitas fisik;

- 2) Peningkatan perilaku hidup sehat;
- 3) Penyediaan pangan sehat dan percepatan perbaikan gizi;
- 4) Peningkatan pencegahan dan deteksi dini penyakit;
- 5) Peningkatan kualitas lingkungan; dan
- 6) Peningkatan edukasi hidup sehat (Sulistiyowati, 2017).

Suatu tindakan sistematis dan terencana yang dilakukan secara bersama-sama oleh seluruh komponen bangsa dengan kesadaran, kemauan dan kemampuan berperilaku sehat untuk meningkatkan kualitas hidup, merupakan salah satu bentuk upaya pemerintah dalam menurunkan angka penyakit menular maupun tidak menular adalah melalui instruksi presiden No.01 Tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS). Pelaksanaan GERMAS sebaiknya dimulai dari keluarga, karena keluarga adalah bagian terkecil dari masyarakat yang membentuk kepribadian seseorang. GERMAS mengajak masyarakat untuk membudayakan hidup sehat, agar mampu mengubah kebiasaan atau perilaku kesehatan yang buruk (Yarmaliza and Zakiyuddin, 2019), serta perlu disosialisasikan sampai ke tingkat keluarga agar masyarakat dapat mengetahui dan serta melakukan kegiatan ini. Adapun tujuan kegiatan yaitu meningkatkan kemauan, kesadaran, dan kemampuan masyarakat agar berperilaku hidup bersih dan sehat serta melakukan deteksi dini penyakit tidak menular. (Aminuddin et al., 2020).

g. Sosialisasi atau Penyuluhan PTM

Kegiatan yang dilaksanakan yaitu melakukan sosialisasi pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular di masyarakat. Tujuan dilakukannya kegiatan

ini diharapkan dapat menumbuhkan kesadaran masyarakat tentang betapa pentingnya pola makan & hidup yang sehat. Ada berbagai macam pencegahan dan pengendalian yaitu, pencegahan dan pengendalian penyakit kardiovaskuler, pencegahan dan pengendalian kanker, pencegahan dan pengendalian penyakit pernapasan kronis, kontrol diabet, pencegahan dan pengendalian obesitas, pencegahan dan pengendalian hipertensi. Perlunya memotivasi masyarakat untuk hidup sehat dan mengubah gaya hidup untuk meningkatkan kesadaran masyarakat menjalankan pola hidup sehat. Upaya pencegahan justru jauh lebih baik dibandingkan pengobatan ketika sudah terjangkit penyakit. Semakin meningkatnya kejadian PTM, maka perlu adanya edukasi dan pendampingan kepada masyarakat untuk melaksanakan deteksi dini atau skrining terhadap PTM, terutama pada kelompok berisiko (Masitha et al., 2021).

2) Kegiatan

Sasaran kegiatan ini adalah menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular; meningkatnya pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular (Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit 2020). Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah:

- a) Jumlah Kab/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM $\geq 80\%$ Populasi usia ≥ 15 tahun sebanyak 514 kabupaten/kota

Pelaksanaan deteksi dini faktor risiko PTM di Posbindu menjadi upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yang dilaksanakan di pos pembinaan terpadu (Posbindu). Pelaksanaan kegiatan deteksi dini dapat dilaksanakan setiap bulan pada minggu ke 2, yang meliputi pemeriksaan tekanan darah, pengukuran indeks massa

tubuh, wawancara perilaku berisiko dan edukasi perilaku gaya hidup sehat melalui kegiatan Posbindu, terutama pada masyarakat yang mempunyai kondisi serta berisiko terjadinya PTM yaitu masyarakat yang berusia 15 tahun keatas serta rutin melakukan pemeriksaan gula darah pada masyarakat yang berusia 40 tahun ke atas atau kurang dari 40 tahun yang memiliki faktor risiko obesitas dan atau hipertensi (Eriyani et al., 2020).

- b) Jumlah kab/kota yang menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) sebanyak 514 kabupaten/kota

Salah satu gaya hidup yang tidak sehat adalah merokok dan masyarakat menganggap merokok adalah perilaku yang bisa membuat seseorang tersebut senang, serta kecanduan karena mengandung zat adiktif. Akan tetapi, yang menjadi masalah disini adalah kesadaran sendiri untuk tidak merokok ditempat yang sudah ditentukan tidak boleh merokok/kawasan tanpa rokok. Masyarakat saat ini cenderung tidak sadar dan tetap merokok di lingkungan yang dinyatakan tidak boleh merokok. Adanya peringatan yang telah dibuat oleh pemerintah yang tercantum pada peraturan menteri kesehatan dan Menteri dalam negeri No. 188/MENKES/PB/2011 No. 7 tahun 2011 tentang pedoman kawasan tanpa rokok sudah dilaksanakan. Kebijakan yang sudah pemerintah lakukan dalam mengubah perilaku masyarakat, pada akhirnya diarahkan dalam bentuk kesadaran akan bahaya rokok bagi kesehatan serta gerakan masyarakat perilaku hidup bersih dan sehat. Dengan melakukan perilaku hidup bersih dan sehat sebagai kebutuhan dasar kesehatan masyarakat, pemerintah mengeluarkan Kebijakan Kawasan Tanpa Rokok, berupa Perda Nomor 3 Tahun 2014 Tentang Kawasan Tanpa Rokok (Rizal et al., 2022).

- c) Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)

Penyelenggaraan pelatihan bagi Petugas Kesehatan dalam Implementasi Upaya Berhenti Merokok (UBM) perlu dilakukan. Sebuah pelatihan dikatakan “sukses” tidak hanya baik dalam hal pelaksanaannya tetapi juga mampu memenuhi tujuannya yaitu memperbaiki atau meningkatkan performansi kerja pesertanya. Peran Petugas Kesehatan di Puskesmas dalam konseling harus lebih maksimal dengan cara membantu memberikan layanan kepada masyarakat bagaimana cara menghindar untuk menjadi seorang perokok, dan bagi yang sudah terlanjur menjadi perokok adalah bagaimana cara berhenti dari ketergantungan merokok. Untuk mewujudkan hal tersebut tentunya harus ada sumber daya manusia (SDM) yang kompeten dalam melaksanakan layanan tersebut, perlu dilakukan pelatihan yang memenuhi standar kompetensi yang dibutuhkan (Fitiriani, 2020).

- d) Jumlah kabupaten/kota yg melakukan pelayanan terpadu (Pandu) PTM

Pelayanan terpadu contohnya adalah posbindu merupakan wujud peran serta masyarakat dalam melakukan kegiatan deteksi dini dan pemantauan faktor risiko PTM seperti penyakit jantung, diabetes yang dilaksanakan secara terpadu, rutin, dan periodik. Upaya pencegahan primer dan sekunder dilakukan dengan berbagai pedoman yang dibuat terutama untuk mengarahkan individu mana yang harus mendapatkan penanganan lebih intensif daripada lainnya sehingga penanganan yang dilakukan lebih efektif. Prinsip ini sangat penting terutama untuk negara berkembang atau negara dengan keterbatasan sumber daya dan dana seperti di Indonesia. Dalam pembinaan dan peningkatan

kemampuan fisik serta optimalisasi pengobatan dengan harapan peserta posbindu bisa sehat, bugar dan produktif maka deteksi dini saat pemeriksaan di posbindu menjadi hal penting untuk dilakukan. Upaya pemeriksaan dan pembinaan kesehatan posbindu harus dilakukan secara berkesinambungan dan komprehensif pada sarana pelayanan kesehatan terstandar. Penanganan secara menyeluruh dilaksanakan dengan pendekatan *five level prevention*, yang meliputi promosi kesehatan, perlindungan khusus, diagnosis dini dan pengobatan yang cepat dan tepat, pembatasan kecacatan serta rehabilitasi (Lina and Saraswati, 2019).

- e) Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini gangguan indera penglihatan

Sebagai contoh adanya pelatihan deteksi gangguan penglihatan yang ditujukan untuk promotor kesehatan di komunitas, seperti kader di Posbindu. Hal ini dapat diintegrasikan pada program untuk penyakit tidak menular di Posbindu, dimana kader merupakan individu yang dekat dengan pasien dan yang melakukan kontak pertama kali terhadap pasien dengan gangguan penglihatan. Kriteria partisipan antara lain dapat membaca dan menulis, memiliki penglihatan yang baik, memiliki kesehatan fisik untuk menjalankan tugas di komunitas, memiliki hubungan yang baik dengan komunitas dan memiliki kemauan untuk melaksanakan kegiatan penapisan penglihatan (Mariska and Halim, 2020).

- f) Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini penyakit kanker di $\geq 80\%$ populasi usia 30-50 tahun sebanyak 514 kabupaten/kota

Kegiatan deteksi dini yang dilakukan contohnya yaitu deteksi dini kanker payudara yang terdiri dari pemeriksaan payudara sendiri, pemeriksaan klinis

payudara dan mammografi. Strategi yang paling efektif untuk mengurangi angka kematian akibat kanker payudara adalah dengan melakukan deteksi dini terkait dengan pengobatan yang tepat. Cara deteksi dini yang mudah, murah dan dapat dilakukan sendiri yaitu dengan pemeriksaan payudara sendiri (SADARI) yaitu terdiri dari melakukan skrining pada populasi asimtomatis dan kepedulian terhadap gejala serta tanda awal akan meningkatkan kemungkinan penyembuhan (Lestari and Wulansari, 2019). Contoh kegiatan lainnya yaitu deteksi dini kanker serviks. Strategi skrining yang paling umum direkomendasikan untuk negara dengan sumber daya terbatas adalah Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA). Data Kemenkes RI (2018), jumlah pemeriksaan cakupan pemeriksaan hanya 2,978% pada tahun 2017. Kesadaran wanita Indonesia yang masih kurang untuk melakukan pemeriksaan IVA tes secara teratur. Di Indonesia, cakupan deteksi dini terhadap kejadian kanker masih berada pada posisi kurang dari 5% sehingga banyak ditemukan kasus kanker leher rahim yang sudah memasuki stadium lanjut. Dalam upaya mengantisipasi dan menurunkan angka kejadian kanker serviks, maka dilakukan program deteksi dini kanker serviks dengan metode IVA merupakan kebijakan pemerintah Indonesia yang sudah terlaksana tetapi belum maksimal. Hal ini dipengaruhi oleh beberapa hal yaitu tingkat pengetahuan tentang kanker serviks yang rendah, rasa malu, takut dan khawatir dari wanita usia subur sebagai sasaran IVA merupakan kendala yang masih dijumpai. (Andarwati et al., 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Aminuddin, I. Wayan Supetran, Masudin, Linda, and Kadar Ramadhan. 2020. *Program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) Dan Deteksi Dini Penyakit Tidak Menular (PTM)*. Poltekita: Jurnal Pengabdian Masyarakat 1(2):64–70. doi: 10.33860/pjpm.v1i2.50.
- Andarwati, Dwi, Indriani, and Sulistyaningsih. 2020. *Deteksi Dini Kanker Serviks Pada Wanita Usia Subur*. Jurnal Keperawatan 12(2):301–6. doi: 10.36911/pannmed.v15i2.671.
- Asmin, Elpira, Ritha Tahitu, Bertha Jean Que, and Eka Astuty. 2021. *Penyuluhan Penyakit Tidak Menular Pada Masyarakat*. Community Development Journal: Jurnal Pengabdian Masyarakat 2(3):940–44. doi: 10.31004/cdj.v2i3.2769.
- Awi, Tiara, Devi Darliana, and Ahyana. 2021. *Pengetahuan Tentang Faktor Risiko Pada Pasien Penyakit Jantung Koroner*. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan V(3):162–67.
- Bustan, M. Nadjib. 2015. *Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. 2020. *Rencana Aksi Program (RAP) Tahun 2020-2024*. Jakarta: Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Kementerian Kesehatan RI.
- Eriyani, Theresia, Widyawati, and Udin Rosidin. 2020. *Deteksi Dini Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Di RW 12 Desa Jayaraga Kecamatan Tarogong Kidul Kabupaten Garut*. Jurnal Kreativitas Pengabdian Masyarakat 3(1):135–41.
- Ernawati, Iin, and Safira Yulita. 2022. *Penyuluhan Peningkatan Pengetahuan Masyarakat Terhadap Hipertensi*. Jurnal Bakti Untuk Negeri 2(2):77–83.

- Fitriani, Nani. 2020. *Efektivitas Pelatihan Implementasi Kawasan Tanpa Rokok (KTR) dan Konseling Upaya Berhenti Merokok (UBM) pada Tenaga Kesehatan*. Jurnal Media Bina Ilmiah 15(5):4524–28.
- Hakim, Nuraini, and Feni Amelia Puspitasari. 2019. *Hubungan Pengetahuan Orangtua Tentang Faktor Risiko Kanker dan Sikap Pencegahan Kanker*. Jurnal Ilmiah Keperawatan Altruistik 2(2):34–41.
- Hosni, Kholida, Dedi Afandi, Jasrida Yunita, Doni Jepisah, and Ahmad Hanafi. 2020. *Analysis of the Implementation of Non-Communicable Disease Control Programs in Posbindu PTM Puskesmas Rokan IV Koto I Districts Rokan Hulu*. Jurnal Kesehatan Komunitas 6(2):135–46. doi: 10.25311/keskom.vol 6.iss2.438.
- Humau, Jesika Enggelina, and Masta Haro. 2021. *Evaluasi Diri Keluarga Dalam Merawat Anggota Keluarga Dengan Stroke*. Journal of Telenursing (JOTING) 3(1):372–81.
- Inderiati, Dewi, Mega Mirawati, Ni Putu Aryadnyani, and Debby Yantina. 2022. *Peningkatan Keterampilan Kader Dalam Skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) Warga Kelurahan Jatiwarna Pondok Melati Bekasi*. Jurnal Pemberdayaan Komunitas MH Thamrin 4(1):84–95.
- Kasron, Susilawati, and Wishnu Subrono. 2022. *Penguatan Peran Kader Kesehatan Dalam Deteksi Dini Resiko Penyakit Jantung Di Kelurahan Tambakreja Kabupaten Cilacap*. Jurnal Abdi Mercusuar 2(1):73–79.
- Kurniasih, Hesti, Katrin Dwi Purnanti, and Rangga Atmajaya. 2022. *Pengembangan Sistem Informasi Penyakit Tidak Menular (PTM) Berbasis Teknologi Informasi*. Jurnal Teknoinfo 16(1):60–65. doi: 10.33365/jti.v16i1.1520.

- Kusumawati, Evi, Teguh Fathurrahman, and Estin Sutriani Tizar. 2020. *Hubungan Antara Kebiasaan Makan Fast Food, Durasi Penggunaan Gadget dan Riwayat Keluarga dengan Obesitas Pada Anak Usia Sekolah (Studi Di SDN 84 Kendari)*. Jurnal Kedokteran & Kesehatan: Tunas Medika 6(2):87–92.
- Lestari, Novi Aji, and Dafid Arifiyanto. 2021. *Gambaran Pengetahuan Dan Upaya Pencegahan Diabetes Melitus: Literatur Review*. Prosiding Seminar Nasional Kesehatan 2021 Lembaga Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 1809–16.
- Lestari, Puji, and Wulansari. 2019. *Pentingnya Pemeriksaan Payudara Sendiri (SADARI) Sebagai Upaya Deteksi Dini Kanker Payudara*. Indonesian Journal of Community Empowerment (IJCE) 1(2):55–58.
- Lina, Nur, and Dian Saraswati. 2019. *Deteksi Dini Penyakit Jantung Koroner Di Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (POSBINDU PTM)*. Jurnal Kesehatan Komunitas Indonesia 15(2):93–104.
- Marbun, Romaden, Arief Setiyoargo, and Vincensia Dea. 2021. *Edukasi Kesehatan Dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular (PTM) Serta Paket Manfaat Bpjs Kesehatan Untuk Penyakit Kronis*. SELAPARANG Jurnal Pengabdian Masyarakat Berkemajuan 4(3):763–66. doi: 10.31764/jpmb.v4i3.5377.
- Mariska, Desi, and Aldiana Halim. 2020. *Modul Pelatihan Deteksi Gangguan Penglihatan Di POSBINDU*. Pusat Mata Nasional Rumah Sakit CICENDO.
- Masitha, Irja Sriani, Nabila Media, Novi Wulandari, and Mohammad Amin Tohari. 2021. *Sosialisasi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Di Kampung Tidar*. Seminar Nasional Pengabdian Masyarakat LPPM Universitas Muhammadiyah Jakarta, 1–8.

- Meiriana, Anita, Laksono Trisnantoro, and Retna Siwi Padmawati. 2019. *Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) Pada Penyakit Hipertensi Di Puskesmas Jetis Kota Yogyakarta*. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia :J KKI 08(02):51–58.
- Pebriyani, Upik, Rakhmi Rafie, Rita Agustina, and Nida Zakariya. 2022. *Gambaran Kepatuhan Pelaksanaan Program Pengelolaan Penyakit Kronis (PROLANIS) BPJS Kesehatan pada Pasien Hipertensi Di UPTD Puskesmas Kedaton Kota Bandar*. Jurnal Kesehatan Tambusai 3(1):328–35.
- Prameswari, Neema Putri. 2019. *Pemanfaatan Senyawa Anti Aterogenik Jamur Tiram Putih (Pleurotus Spp.) dalam Pencegahan Aterosklerosis*. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Kedokteran Indonesia:JIMKI 7(2):60–66.
- Rahman, Hamidah, Ramli Ramli, Hairudin La Patilaiya, Monissa Hi. Djafar, and Musiana Musiana. 2021. *Promosi Kesehatan untuk Meningkatkan Peran Aktif Masyarakat dalam Pencegahan Penyakit Tidak Menular*. BAKTI (Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat) 1(1):1–11. doi: 10.51135/baktivol1iss1pp1-11.
- Rizal, Dede Khaerul, Deni Muhamad Danial, and Erry Sunarya. 2022. *Implementasi Kebijakan Peraturan Daerah Tentang Kawasan Tanpa Rokok di Kota Sukabumi*. JURNAL ILMIAH MUQODDIMAH: Jurnal Ilmu Sosial, Politik Dan Humaniora 6(1):69–76.
- Sekarrini, Rhamafebry. 2022. *Gambaran Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Di Kelurahan Umban Sari Kecamatan Rumbai Pekanbaru Menggunakan Pendekatan Stepwise Who*. HUMANTECH: Jurnal Ilmiah Multi Disiplin Indonesia 1(8):1087–97.

- Simatupang, Rumiris, Dedi Mizwar Tarihoran, Devi Kristina Hutagalaung, Novits Silaban, and Cindy. 2020. *Edukasi Gizi Bagi Penderita Diabetes Melitus*. Jurnal TRIDARMA: Pengabdian Kepada Masyarakat 3(2):245-53.
- Siswanto, Yuliaji, and Ita Puji Lestari. 2020. *Pengetahuan Penyakit Tidak Menular Dan Faktor Risiko Perilaku Pada Remaja*. Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan 2(1):1-6.
- Sudayasa, I. Putu, Muhammad Fathur Rahman, Amiruddin Eso, Jamaluddin Jamaluddin, Parawansah Parawansah, La Ode Alifariki, Arimaswati Arimaswati, and Andi Noor Kholidha. 2020. *Deteksi Dini Faktor Risiko Penyakit Tidak Menular Pada Masyarakat Desa Andepali Kecamatan Sampara Kabupaten Konawe*. Journal of Community Engagement in Health 3(1):60-66. doi: 10.30994/jceh.v3i1.37.
- Sulistyowati, Lily. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2017. *Kebijakan dan Strategi Penerapan dan Perluasan Kawasan Tanpa Rokok Di Indonesia*. 1-29. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Yarmaliza, and Zakiyuddin. 2019. *Pencegahan Dini Terhadap Penyakit Tidak Menular Melalui GERMAS*. Jurnal Pengabdian Masyarakat Multidisiplin 3(2):93-100.
- Irwan. 2016. *Epidemiologi Penyakit Menular*. Yogyakarta: deepublish.[books.google.go.id].
- M, Ivon Valentin, Sudirman, and Yani, Ahmad. *Penyakit Jantung Koroner*. <https://osf.io>.
- Rifai, M and Safitri, D. 2022. *Edukasi Penyakit Hipertensi Warga Dukuh Gebang RT 04/RW 09 Desa Girisuko Kecamatan Panggang Kabupaten Gunungkidul*. Jurnal BUDIMAS 4(2):1-6.
- Suwarjo, Putra A.W, Setianingsih, W.T . 2019. *Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kejadian Stroke*. Jurnal Keperawatan 11(4):251-260. Doi :10.32583/keperawatan.v11i4.530.

- Hestiana, Fita W. 2017. *Faktor-Faktor yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Dalam Pengelolaan Diet Pada Pasien Rawat Jalan Diabetes Mellitus Tipe 2 di Kota Semarang*. *Jurnal of Health Education* 2(2): 138-145.
- Warganegara, E and Nur, Nilda N. 2016. *Faktor Risiko Perilaku Penyakit Tidak Menular*. *Majority* 5(2): 88-94.

BAB 9

PERAN PERAWAT DALAM PENANGGULANGAN PENYAKIT MENULAR DAN TIDAK MENULAR

Oleh Sulistiyani

9.1 Pendahuluan

Pada saat ini, negara Indonesia mengalami masalah ganda dengan adanya peningkatan jumlah kasus penyakit tidak menular (PTM) dan penyakit menular. Peningkatan kasus penyakit tersebut disebabkan karena adanya perubahan gaya hidup atau perilaku masyarakat, faktor lingkungan, transisi demografi, perkembangan teknologi, dan ekonomi dan sosial budaya. Perubahan-perubahan perilaku masyarakat yang saat ini menjadi trend seperti kurang beraktifitas, berolah raga, mengkonsumsi makanan siap saji (*junk food*), dan mengkonsumsi makanan maupun minuman kemasan. Tidak hanya faktor perilaku gaya hidup yang kurang sehat yang menjadi faktor utama peningkatan kasus PTM dan penyakit menular, faktor lainnya adalah berasal dari lingkungan seperti tekanan pekerjaan, hubungan sosial yang kurang harmonis, peningkatan polusi udara dan bahkan kecanggihan teknologi turut meningkatkan perilaku kurang beraktifitas bagi masyarakat. Seiring dengan peningkatan faktor risiko tersebut, maka penderita PTM saat ini tidak hanya berkaitan dengan faktor degeneratif, akan tetapi penderita PTM dengan kategori umur remaja hingga dewasa akhir juga semakin banyak dilaporkan.

Penyakit PTM yang sering dilaporkan antara lain tekanan darah tinggi (hipertensi), stroke, diabetes melitus, hingga *over weight* (obesitas). Sedangkan untuk penyakit menular, kasus penyakit yang masih menjadi perhatian utama pemerintah adalah TBC, HIV/AIDS, Malaria. Tentunya hal tersebut berkaitan dengan kondisi ekonomi masyarakat, lingkungan tempat tinggal yang tidak sehat, kemampuan untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin, serta kesadaran masyarakat untuk menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat yang masih kurang (Kemenkes, 2019; Wati and Ridlo, 2020).

Perkembangan penyakit menular dan tidak menular menjadi salah satu fokus program kebijakan pemerintah agar penyebaran penyakit dapat dikendali. Program kebijakan terkait pengendalian penyakit menular dan tidak menular dilaksanakan dengan berfokus pada kegiatan advokasi kebijakan dan sosialisasi ke masyarakat tentang pengendalian penyakit tidak menular (P2PTM), meningkatkan upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif serta paliatif care secara komperhensif, meningkatkan sumber daya manusia yang kompeten dalam menangani penyakit tersebut, meningkatkan program surveillance, serta memberdayakan masyarakat dalam melaksanakan kebijakan (Kemenkes, 2019).

Sejalan dengan tujuan kebijakan yang telah dikeluarkan oleh pemerintah dalam mengatasi masalah penyakit menular dan tidak menular, maka pelaksanaan kegiatan program diharuskan melibatkan berbagai macam sektor pelayanan kesehatan maupun lintas profesi kesehatan. Salah satu profesi yang turut adalah Perawat. Perawat yang merupakan suatu profesi yang memiliki tugas dan fungsi sebagai pemberi asuhan bagi pasien ketika melaksanakan perannya tidak lepas dari melaksanakan kebijakan pemerintah. Kegiatan program kebijakan pencegahan penyakit menular dan tidak menular

yang dilaksanakan oleh perawat antara lain mengembangkan surveinse kesehatan. Dalam hal ini perawat berperan sebagai kolaborator tim pelaksana kebijakan penanganan penyakit menular dan tidak menular (Wirentanus, 2019).

Perawat sebagai pemberi layanan pertama di masyarakat tentunya memiliki tugas dan fungsi menjalankan program kebijakan pemerintah terutama dalam meningkatkan perilaku kesehatan dan memutuskan mata rantai penularan penyakit (Wasik, 2020). Strategi perawat dalam pengendalian penyakit tidak menular dan menular yaitu meningkatkan upaya promosi perilaku hidup sehat. Dalam hal ini perawat sebagai tenaga profesional ketika menjalankan tugas mendukung kebijakan pemerintah dalam mengendalikan penyakit menular maupun tidak menular, maka dapat menjalankan peran atau tugasnya sebagai pemberi pelayanan atau asuhan keperawatan (*care giver*), sebagai penyuluh atau konselor, manajer asuhan keperawatan, peneliti, dan kolaborasi (Presiden RI, 2014; UU RI, 2014).

9.2 Program Kebijakan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Menular

Program kebijakan pengendalian penyakit tidak menular dan menular dititik beratkan pada meningkatkan pencegahan dan pengendalian penyakit dengan mengutamakan pendekatan faktor risiko dan meningkatnya pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat. Strategi yang dapat diambil oleh pemerintah untuk mencapai tujuan tersebut antara lain:

- a. Memperluas cakupan screening atau deteksi dini PM dan PTM termasuk meningkatkan cakupan standar pelayanan minimal

- b. Mengembangkan program survailans terintegrasi dengan mengembangkan jejaring laboratorium kesehatan masyarakat
- c. Peningkatan inovasi pengendalian vektor, termasuk pengendalian vektor terpadu, dan pengendalian vektor secara biologis
- d. Penguatan tata laksana penanganan penyakit dan cedera;
- e. Penguatan legislasi, kebijakan dan pembiayaan untuk kegawatdaruratan kesehatan masyarakat
- f. Peningkatan advokasi dan komunikasi
- g. Peningkatan program pencegahan resistensi antibiotika, penyakit zoonosis, keamanan pangan, manajemen biorisiko
- h. Penguatan sistem laboratorium nasional
- i. Penguatan reporting dan real time surveillance
- j. Membangun sistem kewaspadaan dini
- k. Membangun kemampuan fasyankes untuk respon cepat
- l. Peningkatan kemampuan SDM (Ditjen P2P, 2024)(Mansyur, 2020).

9.3 Program deteksi dini dalam mencegah penyakit tidak menular dan menular

Perawat sebagai tenaga profesional yang turut membantu melaksanakan program kebijakan dengan berperan aktif dalam melakukan deteksi dini. Deteksi dini penyakit menular maupun tidak menular menjadi bagian yang utama sebagai dasar penentuan perencanaan program dan penentuan strategi pelaksanaan program. Selain itu, perawat yang melaksanakan deteksi dini penyakit secara rutin dan tersistimatis dapat membantu menurunkan komplikasi penyakit menular maupun tidak menular. Perawat ketika melaksanakan deteksi dini penyakit menular dan tidak menular tentunya diharuskan dapat mengenali tanda dan

gejala yang ditunjukkan oleh masyarakat ketika terjangkit penyakit menular maupun tidak menular.

9.3.1 Program deteksi dini pencegahan penyakit Tidak Menular

Pada saat ini pemerintah banyak merancang program pengendalian penyakit menular sebagai upaya untuk menurunkan beban negara dalam membiayai penderita penyakit tidak menular. Salah satu program kebijakan pemerintah yang saat ini dilakukan adalah melaksanakan program screening penyakit tidak menular dengan pendekatan pemberdayaan masyarakat seperti meningkatkan kesadaran masyarakat untuk mengikuti program posyandu, memeriksakan kesehatan secara rutin, dan meningkatkan fasilitas kesehatan primer. Adapun strategi dalam menjalankan program deteksi dini pencegahan penyakit tidak menular di masyarakat antara lain:

1. Meningkatkan advokasi kebijakan yang berpihak terhadap program kesehatan dan sosialisasi P2PTM.
2. Melaksanakan upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif secara komprehensif
3. Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia
4. Mengembangkan dan memperkuat sistem surveilans
5. Penguatan jejaring dan kemitraan melalui pemberdayaan masyarakat

Sedangkan untuk program deteksi dini penyakit tidak menular dapat dilakukan di Posyandu dengan melakukan kegiatan

- a. Pengukuran tekanan darah
- b. Pengukuran gula darah
- c. Pengukuran indeks massa tubuh
- d. Wawancara perilaku berisiko
- e. Edukasi perilaku gaya hidup sehat

Program lain yang dirancang oleh pemerintah yaitu melaksanakan program pelayanan terpadu (PANDU) PTM yang memiliki tujuan penemuan dan penanganan kasus PTM dan manajemen faktor risiko PTM di FKTP secara terpadu. Sedangkan untuk kegiatan pelayanan terpadu PTM meliputi:

1. Screening perilaku merokok
2. Screening obesitas
3. Pemeriksaan TD > 120/80 mmHg
4. Pemeriksaan gula darah sewaktu > 200 mg/dL
5. Pemeriksaan kolesterol atau kolesterol rata-rata
6. Screening kesehatan reproduksi bagi wanita usia 30-50 tahun atau wanita yang pernah berhubungan seksual.

Program lainnya yang turut dirancang oleh pemerintah dalam mengatasi penyakit tidak menular adalah meningkatkan kesadaran masyarakat akan bahaya merokok yang dimulai dari tatanan sekolah dengan menciptakan kawasan bebas rokok di lingkungan sekolah, melakukan screening bagi penderita thalasemi, mengobati pasien katarak, serta melakukan deteksi dini penyakit kanker.

9.3.2 Program deteksi dini pencegahan penyakit menular

Terlepas dari tanda-tanda khas dan gejala infeksi, beberapa orang yang terinfeksi (terutama penduduk yang lemah) mungkin menunjukkan gejala yang kurang jelas. Hal ini membuat infeksi lebih sulit dideteksi sehingga berpotensi menunda pengobatan risiko penularan penyakit. Oleh karena itu perawat dapat mengenali tanda dan gejala penderita penyakit menular atau infeksi saat melakukan surveilans data seperti:

- a) Peningkatan Suhu tubuh mencapai 1°C
- b) Menunjukkan tanda gelisah, bingung, dan mengantuk
- c) Perubahan perilaku yang tidak dapat dijelaskan

- d) Perubahan fungsi tubuh yang tidak dapat dijelaskan seperti hilangnya kontrol kandung kemih karena infeksi seperti infeksi saluran kemih, atau sekunder akibat kebingungan
- e) Perubahan kebiasaan buang air besar atau konsistensi tinja
- f) Kehilangan nafsu makan atau penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan
- g) Kelesuan, peningkatan kelemahan atau jatuh karena alasan yang tidak diketahui
- h) Sesak napas
- i) Palpitasi atau peningkatan denyut jantung (Congress, 2022)

Sedangkan program pencegahan penyakit menular yang difokuskan pemutusan mata rantai penularan penyakit di masyarakat antara lain:

1. Meningkatkan personal hygiene ditatanan rumah tangga dan masyarakat dengan melakukan observasi perilaku masyarakat seperti kebersihan tangan, pernafasan, etika batuk, perawatan kulit serta menghindari penggunaan bersama peralatan mandi seperti handuk, sabun, sikat gigi, dll.
2. Kebersihan Lingkungan
Kebersihan lingkungan dalam pencegahan penyakit menular menjadi salah satu hal yang penting. Penyakit menular sangat mudah ditularkan pada lingkungan yang tidak sehat. Untuk itu, perawat memiliki peranan yang penting untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam hal meningkatkan kesadaran kebersihan lingkungan. Kebersihan lingkungan sendiri meliputi: kebersihan lingkungan rumah secara umumnya (misalnya: memastikan ventilasi rumah terbuka, membersihkan filter AC secara rutin, membersihkan lantai rumah, furniture, kamar mandi, dll). Kebersihan lingkungan yang dapat

dilakukan lagi adalah penggunaan disinfektan, membuang sampah pada tempatnya sesuai dengan jenis sampah, menggunakan air yang bersih.

3. Kebersihan makanan

Peningkatan imunitas masyarakat sebagai upaya mengendalikan penyakit menular merupakan salah satu cara yang sangat efektif dalam memutuskan mata rantai penularan penyakit terutama ditatanan rumah tangga. Dalam proses pengolahan makanan maupun penyajian makanan, sangatlah penting untuk tetap menjaga kebersihan meliputi pemilihan menu makanan yang sesuai dengan kondisi kesehatan, mencuci bahan makanan, mencuci tangan sebelum dan sesudah memasak, membersihkan dapur secara rutin, memilih makanan dengan nilai gizi yang dibutuhkan oleh tubuh, menyediakan makanan tidak berlebihan dalam satu waktu, menyimpan makanan dengan selalu memperhatikan temperature atau suhu freezer agar tidak rusak nilai gizi dari makanan tersebut.

4. Melakukan vaksinasi

Vaksinasi merupakan suatu upaya untuk meningkatkan imunitas secara sekunder bagi masyarakat agar terhindar dari penularan wabah penyakit menular yang ada di lingkungan masyarakat. Melakukan vaksinasi menjadi suatu kewajiban apabila terjadi wabah penyakit di masyarakat. Dengan adanya vaksinasi, maka dapat meningkatkan imunitas masyarakat dan tentunya dapat menurunkan risiko komplikasi penyakit menular, sehingga dapat menurunkan tingkat keparahan penyakit menular bagi penderita.

9.4 Peran Perawat dalam mencegah penyakit tidak menular dan menular

Perawat sebagai tenaga profesional memiliki tugas dan fungsi utama sebagai pemberi asuhan keperawatan. Perawat selama melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Dalam melaksanakan perannya perawat dapat berindak sebagai praktisi klinis, koordinator kegiatan, administrator, dan pendidik kesehatan di masyarakat (Fitriyah, Dwidiyanti and Dwiantoro, 2018). Oleh sebab itu, perawat diharuskan mampu membantu melaksanakan program pemerintah dalam mengendalikan penyakit menular dan tidak menular. Ketika perawat mengendaikan penyakit tersebut, maka tugas dan peran yang dapat dilaksanakan oleh perawat antara lain:

a. Sebagai Care Giver

Perawat dapat menjalankan peran sebagai care giver atau pemberi asuhan keperawatan kepada keluarga guna meningkatkan kesehatan keluarga untuk mencegah penyakit menular maupun tidak menular. Dalam menjalankan fungsi sebagai care giver perawat dapat melaksanakan kegiatan home care, home visit. Ketika perawat melaksanakan peran sebagai care giver pada penanganan penyakit menular dan tidak menular, maka perawat akan lebih berfokus pada penanganan komplikasi, peningkatkan kepatuhan beroban, peningkatkan kesadaran masyarakat untuk melakukan pemeriksaan kesehatan, dan mengatasi gejala yang ditimbulkan oleh penyakit (Fitriyah, Dwidiyanti and Dwiantoro, 2018; Basri *et al.*, 2019)

b. Sebagai Advocate

Perawat dalam melaksanakan peran advokasi ketika melaksanakan penanganan penyakit menular dan tidak menular adalah memperjuangkan hak pasien untuk mendapatkan jaminan kesehatan dengan menjadi anggota

JKN. Penyakit menular dna tidak menular tentunya membutuhkan pengobatan yang lama dan hal tersebut akan berdampak pada kondisi ekonomi pasien untuk kebutuhan pengobatan. Apabila masyarakat tidak memiliki biaya yang cukup untuk melakukan pengobatan, maka perawat dapat menggunakan peran sebagai advokasi dan membantu masyarakat untuk mengurus keanggotaan peserta yang mendapatkan jaminan kesehatan (Ezeonwu, 2015). Selain itu dalam menjalankan peran advokasi pada penanganan penyakit menular dna tidak menular perawat dapat melaksanakan fungsi proteksi bagi pasien, sebagai orang yang dapat menyuarakan hak pasien, penyedia pelayanan berkualitas dan menjalin hubungan internasional yang baik selama proses pemberian layanan kesehatan (Nsiah, Siakwa and Ninnoni, 2019).

c. Sebagai Peneliti

Dalam menjalankan peran peneliti terkait pelaksanaan kebijakan program penanganan penyakit menular dan tidak menular, maka perawat dapat menjalankan fungsi sebagai anggota surveilans data. Tentunya hasil data survailans dapat menjadi indikator untuk mengetahui tingkat penyebaran penyakit maupun mengetahui penyebab peningkatan penyakit PTM dan PM di masyarakat (Peragallo and Gonzalez, 2007; Fitriyah, Dwidiyanti and Dwiantoro, 2018).

d. Sebagai Case Manager

Peran perawat sebagai manajemen kasus dalam pelaksanaan kebijakan program penanganan PTM dan PM merupakan suatu peranan yang sangat penting. Dimana perawat merupakan profesi yang menjadi ujung tombak dari pelayanan kesehatan primer di masyarakat. Peran manajemen kasus dilakukan perawat untuk melakukan perawatan bagi masyarakat yang berisiko tinggi terkena

PTM dan PM. Ketika melaksanakan program kebijakan, maka perawat dapat menjadi manajer dengan melaksanakan kegiatan membuat rancangan program kegiatan, melakukan pengawasan pelaksanaan kegiatan, dan bertanggung jawab untuk berkoodinasi dan melaksanakan perawatan dalam jangka waktu tertentu. Dengan kata lain ketika perawat menjalankan peran sebagai manajer kasus, maka perawat harus memahami lima fitur penting: (1) identifikasi pasien yang memenuhi syarat, (2) Penilaian, (3) pengembangan rencana perawatan individu, (4) implementasi rencana perawatan, dan (5) pemantauan hasil. Pasien umumnya diidentifikasi karena

risiko tinggi untuk pemanfaatan sumber daya yang berlebihan, hasil yang buruk, atau koordinasi layanan yang buruk (Norris *et al.*, 2002; Putra and Sandhi, 2021).

e. Sebagai Health Educator

Perawat dalam menjalankan tugas dan fungsi sebagai pendidik kesehatan dapat melakukan promosi kesehatan di masyarakat untuk mencegah penyakit tidak menular maupun penyakit menular. Ketika perawat menjalankan tugas dan fungsinya, maka perawat dapat melakukan promosi kesehatan yang berkaitan dengan:

1. Diet yang sehat

- a) Cuci sayuran & buah - buahan dengan benar sebelum dimasak.
- b) Kembangkan kebiasaan makan secara berkala.
- c) Hindari makan berlebihan.
- d) Gunakan mendidih, mengukus, memanggang dll. sebagai metode memasak.
- e) Peningkatan buah-buahan musiman yang tersedia secara lokal dan sayuran berdaun hijau di
- f) diet.

- g) Hindari makanan yang digoreng, batasi asupan ghee, minyak.
 - h) Kurangi asupan garam dan gula.
 - i) Hindari asupan minuman aerasi (cola), makanan cepat saji / olahan (keripik, burger,
 - j) samosa dll.).
 - k) Tingkatkan asupan susu, susu mentega, air mineral, air kelapa dll
2. Melakukan aktifitas secara rutin
- a) Lakukan aktifitas ringan secara rutin
 - b) Latihan untuk jangka waktu minimal 30 menit setiap hari, yang dapat dibagi menjadi beberapa interval.
 - c) Mulai membiasakan aktifitas pada tatanan rumah tangga atau keluarga
 - d) Melakukan latihan rutin yang menjadi pekerjaan sehari-hari misalnya ke sekolah, pasar, rumah teman, tempat kerja dll.

Adapun contoh aktifitas yang dapat disampaikan kepada masyarakat seperti:

- a) Berjalan
 - b) Bersepeda
 - c) Joging
 - d) Berenang
 - e) Menari
 - f) Bermain game / olahraga
 - g) Yoga
 - h) Berkebun dan rumah tangga
 - i) tugas-mencuci, mengepel
 - j) Naik turun tangga, dll
3. Promosi bahaya merokok, penggunaan alkohol
4. Rutin dalam mengontrol tekanan darah dan batasi konsumsi gula (Government of India, 2009).

Dalam menjalankan peranan sebagai health education, maka perawat dapat meningkatkan kolaborasi tim, meningkatkan kualitas layanan dengan menggunakan teknologi, mampu meningkatkan kemampuan dalam bekerja dengan multidisiplin ilmu atau interprofesional education dan coloboration (Wijayanti, Kumboyono and ..., 2019).

f. Sebagai Counselor

Perawat dalam menjalankan peran dan fungsi sebagai konselor pada pelaksanaan program kebijakan penanganan PTM dan PM menitikberatkan pada fungsi sebagai pemberi layananan konseling, pemberi motivasi dan dukungan serta pendampingan saat pasien menjalani pengobatan maupun bagi pasien yang putus obat (Lundkvist, 2011). Saat perawat menjalankan fungsi konselor, maka perawat juga dapat mengurangi masalah psikologis akibat dampak yang dapat ditimbulkan karena PTM dan PM. Biasanya perawat akan berkolaborasi dengan tim psikiatri ketika memberikan pelayanan konseling bagi penderita PTM dan PM (Tóthová *et al.*, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

- Basri, A.A. *et al.* 2019. 'Family Caregiver-Based Prevention Among Among Leprosy Patients in Sampang District', *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 2(4), p. 326. doi:10.35654/ijnhs.v2i4.160.
- Congress, I.R. 2022. 'Guidelines on Format Guidelines on Format'.
- Ditjen P2P. 2024. 'Rencana Aksi Program (RAP) tahun 2020-2024', pp. 1–33.
- Ezeonwu, M.C. 2015. 'Community Health Nursing Advocacy: A Concept Analysis', *Journal of Community Health Nursing*, 32(2), pp. 115–128. doi:10.1080/07370016.2015.1024547.
- Fitriyah, E.T., Dwidiyanti, M. and Dwiantoro, L. 2018. 'Roles of Infection Prevention and Control Nurses (IPCNs) in Preparing for Emerging Infectious Diseases', *Holistic Nursing and Health Science*, 1(1), p. 46. doi:10.14710/hnhs.1.1.2018.46-54.
- Government of India. 2009. 'Role in Prevention & Control of Non Communicable Diseases (NCDs)', (8).
- Kemenkes. 2019. 'Buku pedoman manajemen penyakit tidak menular', p. 2.
- Lundkvist, J. 2011. 'Nurses ' counseling to mothers to prevent mother to child transmission of HIV through breastfeeding A qualitative study Nurses ' counseling to mothers to prevent mother to child transmission of HIV through breastfeeding A qualitative study'.
- Mansyur, A.R. 2020. 'Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia', *Education and Learning Journal*, Vol. 1, No, pp. 113–123.
- Norris, S.L. *et al.* 2002. 'The Effectiveness of Disease and Case Management', *American Journal of Preventative Medicine*, 22(02), pp. 15–38.

- Nsiah, C., Siakwa, M. and Ninnoni, J.P.K. 2019. 'Registered Nurses' description of patient advocacy in the clinical setting', *Nursing Open*, 6(3), pp. 1124–1132. doi:10.1002/nop2.307.
- Peragallo, N. and Gonzalez, R.M. 2007. 'Nursing research and the prevention of infectious diseases among vulnerable populations.', *Annual review of nursing research*, 25(June), pp. 83–117. doi:10.1891/0739-6686.25.1.83.
- Presiden RI. 2014. 'Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan', *Presiden Republik Indonesia*, pp. 1–78. Available at: http://www.pdpersi.co.id/diknakes/data/regulasi/undang_undang/uu362014.pdf.
- Putra, A.D.M. and Sandhi, A. 2021. 'Implementation of nursing case management to improve community access to care: A scoping review', *Belitung Nursing Journal*, 7(3), pp. 141–150. doi:10.33546/bnj.1449.
- Tóthová, V. *et al.* 2014. 'The nurse's role in preventive care in the field of community nursing', *Neuroendocrinology Letters*, 35(January 2015), pp. 26–33.
- UU RI. 2014. 'Undang-Undang RI No. 38', *Tentang Keperawatan*, (10), pp. 2–4.
- Wasik, M.A. 2020. 'The role of the nurse in improving the quality of healthcare', *Journal of Education, Health and Sport*, 10(4), pp. 68–74. doi:10.12775/jehs.2020.10.04.008.
- Wati, P.D.C.A. and Ridlo, I.A. 2020. 'Hygienic and Healthy Lifestyle in the Urban Village of Rangkah Surabaya', *Jurnal PROMKES*, 8(1), p. 47. doi:10.20473/jpk.v8.i1.2020.47-58.
- Wijayanti, D.P., Kumboyono, K. and ... 2019. '... Care From Promotive To Curative in Managing Patients With Acs in Primary Health Care Malang Regency, East Java, Indonesia', ... of *Kerta Cendekia* ..., pp. 208–214. Available at: <http://ejournal-kertacendekia.id/index.php/ICKCNA/article/view/105>.

Wirentanus, L. 2019. 'Peran Dan Wewenang Perawat Dalam Menjalankan Tugasnya Berdasarkan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan', *Media Keadilan: Jurnal Ilmu Hukum*, 10(2), p. 148. doi:10.31764/jmk.v10i2.2013.

BAB 10

SISTEM KESEHATAN NASIONAL (SKN)

Oleh Nordianiwati

10.1 Pendahuluan

10.1.1 Latar Belakang

Sistem adalah kumpulan dari komponen yang memiliki unsur keterkaitan antara satu dengan lainnya (Indrajit, 2001).

Sistem Kesehatan adalah suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*supply*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand*) di setiap wilayah serta negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut dalam bentuk manusia maupun dalam bentuk material. Dalam definisi yang lebih luas lagi, sistem kesehatan mencakup sektor lain seperti pertanian dan lainnya. (WHO, 1996).

Sistem kesehatan di Indonesia telah mulai dikembangkan sejak tahun 1982 yaitu ketika Departemen Kesehatan RI menyusun dokumen sistem kesehatan di Indonesia yang disebut Sistem Kesehatan Nasional (SKN).

Penyusunan dokumen tersebut didasarkan pada tujuan nasional bangsa Indonesia sesuai dengan Pembukaan UUD 1945 yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial. Untuk mencapai tujuan tersebut, maka dibentuklah program

pembangunan nasional secara menyeluruh dan berkesinambungan. Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah. (UU 1945)

Pembangunan Kesehatan yang telah dilaksanakan dan masih menghadapi berbagai masalah yang belum sepenuhnya dapat diatasi. Sehingga diperlukan pemantapan dan percepatan melalui SKN sebagai pengelolaan kesehatan yang disertai berbagai terobosan penting, antara lain program pengembangan Desa Siaga, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K) yang dapat diwujudkan melalui Jampersal.

Terjadinya perubahan lingkungan strategis seperti adanya regulasi penyelenggaraan pemerintahan dan di tingkat global telah terjadi perubahan iklim serta dan upaya percepatan pencapaian *Millenium Development Goals (MDGs)*, sehingga diperlukan penyempurnaan dalam pengelolaan Kesehatan.

10.1.2 Pengertian Sistem Kesehatan Nasional

Sistem adalah suatu keterkaitan di antara elemen-elemen pembentuknya dalam pola tertentu untuk mencapai tujuan tertentu (*System is interconnected parts or elements in certain pattern of work*). Berdasarkan pengertian ini dapat diinterpretasikan ada dua prinsip dasar suatu sistem, yakni: (1) elemen, komponen atau bagian pembentuk sistem; dan (2) *interconnection*, yaitu saling keterkaitan antar komponen dalam pola tertentu.

Sistem kesehatan menurut WHO adalah sebuah proses kumpulan berbagai faktor kompleks yang berhubungan dalam suatu negara, yang diperlukan untuk memenuhi tuntutan dan kebutuhan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Dalam sebuah sistem harus terdapat unsur-unsur *input, proses, output, feedback, impact* dan lingkungan. Sistem kesehatan yang telah di sahkan sesuai SK Menkes bahwa tujuan yang pasti adalah meningkatkan derajat yang optimal dalam bidang kesehatan dan kesejahteraan yang sesuai dengan Pembukaan UUD 1945.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang-undang Dasar 1945.

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang di singkat SKN adalah pengelolaan Kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesiasecara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat Kesehatan setinggi tingginya. (Pepres No.72 thn 2012)

SKN perlu dilaksanakan dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial, antara lain kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, kesadaran masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam mengatasi masalah-masalah tersebut.

SKN disusun dengan memperhatikan pendekatan revitalisasi pelayanan kesehatan dasar (*primary health care*) yang meliputi cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan

merata, pemberian pelayanan kesehatan berkualitas yang berpihak kepada kepentingan dan harapan rakyat, kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan masyarakat, kepemimpinan, serta profesionalisme dalam pembangunan kesehatan.

10.1.3 Landasan Sistem Kesehatan Nasional

1. Landasan idil : Pancasila
2. Landasan konstitusional : UUD 1945, khususnya :
 - a. Pasal 28 A; setiap orang berhak untuk hidup serta berhak c mempertahankan hidup dan kehidupannya
 - b. Pasal 28 B ayat (2); setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang
 - c. Pasal 28 C ayat (1); setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia
 - d. Pasal 28 H ayat (1); setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan, dan ayat (3); setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat
 - e. Pasal 34 ayat (2); negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan, dan ayat (3); negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. (UUD 1945)

10.1.4 Tujuan Sistem Kesehatan Nasional

Tujuan Sistem Kesehatan Nasional adalah terselenggaranya pembangunan kesehatan oleh semua potensi bangsa, baik masyarakat, swasta, maupun pemerintah secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, hingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku maupun antar subsistem SKN. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan prasarana, keuangan dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional.

10.1.5 Manfaat Sistem Kesehatan Nasional

Penyusunan SKN ini dimaksudkan untuk menyesuaikan SKN 2009 dengan E. berbagai perubahan dan tantangan eksternal dan internal, agar dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam pengelolaan kesehatan baik oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, dan lembaga swasta.

Tersusunnya SKN ini mempertegas makna pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak asasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan Tahun 2005-2025 (RPJP-K), memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional.

SKN ini merupakan dokumen kebijakan pengelolaan kesehatan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan (Perpres 72, 2012)

10.1.6 Kedudukan Sistem Kesehatan Nasional

1. Suprasistem SKN

Suprasistem SKN adalah Ketahanan Nasional. SKN bersama dengan berbagai sistem nasional lainnya, diarahkan untuk mencapai Tujuan Bangsa Indonesia seperti yang tercantum dalam Pembukaan UUD 1945, yaitu melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian, abadi dan keadilan sosial. Dalam kaitan ini, undang-undang yang berkaitan dengan kesehatan merupakan kebijakan strategis dalam pembangunan kesehatan.

2. Kedudukan SKN dalam Sistem Nasional Lainnya

Terwujudnya keadaan sehat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yang tidak hanya menjadi tanggung jawab sektor kesehatan, melainkan juga tanggung jawab dari berbagai sektor lain terkait. Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, SKN perlu menjadi acuan bagi sektor lain. Dalam penyelenggaraan pembangunan nasional, SKN dapat bersinergi secara dinamis dengan berbagai sistem nasional lainnya seperti: Sistem Pendidikan Nasional, Sistem Perekonomian Nasional, Sistem Ketahanan Pangan Nasional, Sistem Hankamnas, dan Sistem-sistem nasional lainnya.

3. Kedudukan SKN terhadap Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan di Daerah

yaitu sebagai acuan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.

4. Kedudukan SKN terhadap berbagai sistem kemasyarakatan termasuk swasta

Berbagai sistem kemasyarakatan merupakan bagian integral dari SKN. Dalam kaitan ini SKN dipergunakan sebagai

acuan bagi masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan. Sedangkan potensi swasta merupakan bagian integral dari SKN. Untuk keberhasilan pembangunan kesehatan perlu digalang kemitraan yang setara, terbuka, dan saling menguntungkan dengan berbagai potensi swasta. SKN dapat mewarnai potensi swasta, sehingga sejalan dengan tujuan pembangunan nasional yang berwawasan kesehatan. Dengan mengacu terutama pada kedudukan SKN diatas dan pencapaian tujuan nasional.

10.1.7 Subsistem Sistem Kesehatan Nasional

1. Subsistem Upaya Kesehatan

Subsistem upaya kesehatan diselenggarakan untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Untuk penyelenggaraan subsistem tersebut diperlukan berbagai upaya dengan menghimpun seluruh potensi bangsa Indonesia. Upaya kesehatan tersebut dilaksanakan melalui berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan. Berbagai upaya tersebut memerlukan dukungan penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan, sumber daya manusia kesehatan, ketersediaan sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat.

2. Subsistem Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Untuk mendapatkan dan mengisi kekosongan data kesehatan dasar dan/atau data kesehatan yang berbasis bukti perlu diselenggarakan kegiatan penelitian dan pengembangan kesehatan dengan menghimpun seluruh potensi dan sumber daya yang dimiliki oleh bangsa Indonesia. Pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan terbagi atas penelitian dan pengembangan biomedis dan teknologi dasar kesehatan, teknologi terapan kesehatan dan epidemiologi klinik, teknologi intervensi kesehatan masyarakat, dan

humaniora, kebijakan kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.

3. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber, yakni: Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri. Pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan.

4. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sebagai pelaksana upaya kesehatan, diperlukan sumber daya manusia kesehatan yang mencukupi dalam jumlah, jenis, dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Sumber daya manusia kesehatan yang termasuk kelompok tenaga kesehatan, sesuai dengan keahlian dan kualifikasi yang dimiliki terdiri dari tenaga medis, tenaga kefarmasian, tenaga keperawatan dan kebidanan, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis dan tenaga kesehatan lainnya, diantaranya termasuk peneliti kesehatan.

5. Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

Subsistem ini meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin: aspek keamanan, khasiat/kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan yang beredar; ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.

6. Subsistem Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan

Subsistem ini meliputi kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan, dan informasi kesehatan. Untuk menggerakkan pembangunan kesehatan secara berhasil guna dan berdaya guna, diperlukan manajemen kesehatan. Peranan manajemen kesehatan adalah koordinasi, integrasi, regulasi, sinkronisasi, dan harmonisasi berbagai subsistem SKN agar efektif, efisien, dan transparansi dalam penyelenggaraan SKN tersebut.

7. Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

SKN akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai sasaran pembangunan kesehatan, melainkan juga sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan. Oleh karenanya pemberdayaan masyarakat menjadi sangat penting, agar masyarakat termasuk swasta dapat mampu dan mau berperan sebagai pelaku pembangunan kesehatan. Dalam pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat meliputi pula upaya peningkatan lingkungan sehat oleh masyarakat sendiri dan upaya peningkatan kepedulian sosial dan lingkungan sekitar.

DAFTAR PUSTAKA

- Masalah-Masalah Kesehatan*. 2012, Juni 24.
- Hartina, M. (n.d.). *MAKALAH SISTEM KESEHATAN NASIONAL INDONESIA*. Retrieved from www.academia.edu: https://www.academia.edu/36757807/MAKALAH_SISTEM_KESEHATAN_NASIONAL_INDONESIA
- Indrajit. 2001. Analisis dan perencanaan system berorientasi Object. Bandung: Informatika.Jogiyanto
- Medisku. 2015, Februari 13. *parlanjogja*.
- Minds, R. 2013, July 8. *7 SUBSISTEM SISTEM KESEHATAN NASIONAL 2012*.
- Pepres 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional Roses2. (n.d.).
- Tirta, d. 2011, Februari 12. *SISTEM KESEHATAN NASIONAL (SKN) INDONESIA*.
- Undang Undang Dasar 1945
- WHO. 2016. System Kesehatan Nasional

BAB 11

ASPEK KEBIJAKAN KESEHATAN

Oleh Ryryn Suryaman Prana Putra

11.1 Konsep Kebijakan Kesehatan

Kebijakan diartikan sebagai sejumlah keputusan yang dibuat oleh pihak yang bertanggungjawab dalam bidang kebijakan kesehatan untuk membuat keputusan atau bertindak atas suatu permasalahan. Kebijakan dapat disusun dalam semua tingkatan dari paling bawah sampai pusat dari swasta maupun Negara (Buse et al., 2005). Kebijakan atau "*policy*" secara umum digunakan untuk menunjukkan perilaku seorang aktor dari munculnya kebijakan misalnya seorang pejabat, organisasi maupun lembaga atau sejumlah aktor dalam bidang tertentu (Winarno, 2012).

Kebijakan kesehatan menjadi hal yang penting karena sektor kesehatan merupakan bagian dari ekonomi. Sektor kesehatan ibarat suatu unit yang mengabsorbsi banyak anggaran untuk membayar sumber daya kesehatan. Sebagian menyatakan bahwa kebijakan kesehatan merupakan *driver* ekonomi, itu disebabkan karena adanya inovasi dan investasi dalam bidang teknologi kesehatan, baik itu *biomedical* maupun produksi, termasuk usaha dagang yang ada pada bidang farmasi. Namun yang lebih penting lagi adalah keputusan kebijakan kesehatan melibatkan persoalan hidup dan mati manusia (Buse, Mays & Walt, 2005 dalam Unusa, 2022).

Kebijakan kesehatan adalah tujuan, sasaran, sebagai instrumen, proses dan gaya dari suatu keputusan oleh pengambil keputusan, termasuk implementasi serta penilaian. Dapat pula dikatakan bahwa kebijakan kesehatan adalah bagian dari institusi, kekuatan dari aspek politik yang memengaruhi masyarakat pada

tingkat lokal, nasional dan dunia. Kebijakan kesehatan adalah suatu hal yang peduli terhadap pengguna pelayanan kesehatan termasuk manajer dan pekerja kesehatan. Kebijakan kesehatan dapat dilihat sebagai suatu jaringan keputusan yang saling berhubungan, yang pada prakteknya peduli kepada pelayanan kesehatan masyarakat (Green & Thorogood, 1998).

Kebijakan kesehatan termasuk salah satu kebijakan publik yang merupakan bagian dari sistem kesehatan. Komponen sistem kesehatan meliputi sumber daya, struktur organisasi, manajemen, penunjang lain dan pelayanan kesehatan (Cassels, 1995). Kebijakan kesehatan bertujuan untuk mendesain program-program di tingkat pusat dan lokal, agar dapat dilakukan perubahan terhadap determinan-determinan kesehatan, termasuk kebijakan kesehatan internasional (Hunter 2005; Labonte, 1998; Mohindra, 2007).

11.2 Isu-Isu Kebijakan

Dunn (2000) dalam dalam Vionalita (2020) menjelaskan tentang isu-isu kebijakan berikut :

1. Isu-isu utama (*major issues*) secara khusus ditemui pada tingkat pemerintah tertinggi. Isu yang berhubungan dengan pertanyaan mengenai misi lembaga.
2. Isu-isu sekunder (*secondary issues*), adalah isu yang terletak pada tingkat instansi pelaksana program-program pemerintah pusat. Isu yang kedua dapat berisi prioritas-prioritas program dan definisi kelompok-kelompok sasaran dan penerima dampak. Isu tentang bagaimana menyelesaikan masalah pengungsi dan pemukiman kembali.
3. Isu-isu fungsional (*functional issues*), terletak di antara tingkat program dan proyek, dan memasukan pertanyaan-pertanyaan seperti anggaran, keuangan dan usaha untuk memperolehnya.

4. Isu-isu minor (*minor issues*), adalah isu yang ditemukan paling sering terjadi pada tingkat-tingkat proyek spesifik. Isu-isu minor meliputi personal, staff, keuntungan bekerja, waktu liburan, jam kerja, dan petunjuk pelaksanaan serta peraturan.

11.3 Karakteristik Masalah Kebijakan

Dunn (1988) dalam Vionalita (2020) menjelaskan tentang karakteristik masalah kebijakan yakni sebagai berikut :

1. Interdependensi (saling tergantung), yaitu kebijakan suatu bidang (energi) seringkali mempengaruhi masalah kebijakan lainnya (pelayanan kesehatan). Kondisi ini menunjukkan adanya sistem masalah. Sistem masalah ini membutuhkan pendekatan secara holistik, satu masalah dengan yang lain tidak dapat dipisahkan dan diukur sendirian.
2. Subjektif, yaitu kondisi eksternal yang menimbulkan masalah diidentifikasi, diklasifikasi dan dievaluasi secara selektif. Contohnya pada masalah populasi udara secara objektif dapat diukur (data). Data ini menimbulkan penafsiran yang beragam antara lain gangguan kesehatan, lingkungan, iklim, dan lain-lain atau bahkan muncul situasi problematis, bukan problem itu sendiri.
3. Artifisial, yaitu pada saat diperlukan perubahan situasi problematis, sehingga dapat menimbulkan masalah kebijakan.
4. Dinamis, yaitu masalah dan pemecahannya berada pada suasana perubahan yang terus menerus. Pemecahan masalah justru dapat memunculkan masalah baru, yang membutuhkan pemecahan masalah lanjutan.
5. Tidak terduga, yaitu masalah yang muncul di luar jangkauan kebijakan dan sistem masalah kebijakan.

11.4 Pihak yang Berperan dalam Kebijakan

Howlett dan Ramesh (2003) dalam Vionalita (2020) menjelaskan para pihak yang terlibat dalam kebijakan yaitu sebagai berikut :

1. Aparatur yang dipilih (*elected official*) yaitu berupa eksekutif dan legislative.
2. Aparatur yang ditunjuk (*appointed official*), sebagai asisten birokrat, biasanya menjadi kunci dasar dan sentral *figure* dalam proses kebijakan atau sub sistem kebijakan.
3. Kelompok-kelompok kepentingan (*interest group*), pemerintah dan politikus seringkali membutuhkan informasi yang disajikan oleh kelompok-kelompok kepentingan guna efektifitas pembuatan kebijakan atau untuk menyerang oposisi mereka.
4. Organisasi-organisasi penelitian (*research organization*), berupa universitas, kelompok ahli atau konsultan kebijakan.
5. Media massa (*mass media*), sebagai jaringan hubungan yang krusial diantara negara dan masyarakat sebagai media sosialisasi dan komunikasi dalam melaporkan permasalahan yang dikombinasikan antara peran reporter dengan peran analisis aktif sebagai solusi advokasi.

Lebih lanjut Howlett dan Ramesh (2003) dalam Vionalita (2020) menjelaskan bahwa Eksekutif atau Kabinet kebanyakan merupakan pemain kunci dalam sub sistem implementasi kebijakan, dimana tugas pokoknya adalah memimpin negara, di samping itu ada aktor lain yang terlibat dan bekerja sama dengan eksekutif dalam membuat suatu kebijakan yaitu Legislatif. Selain mengadakan fungsi tersebut, Legislatif juga mengontrol kebijakan pemerintah, memberikan masukan terhadap kebijakan yang dibuat sebagai wadah untuk hak bertanya terhadap suatu permasalahan dan mendiskusikannya dengan pemerintah dan juga mengadakan perubahan atas suatu kebijakan. Namun fungsi ini terkadang tidak

optimal sebagai akibat dominannya fungsi yang dimainkan oleh Eksekutif.

11.5 Implementasi Kebijakan Kesehatan

Implementasi diartikan sebagai suatu perbedaan antara yang diinginkan arsitek kebijakan dan hasil akhir dari sebuah kebijakan atau yang terjadi antara harapan kebijakan dan hasil kebijakan. Proses pelaksanaan kebijakan dari pembuat kebijakan untuk direalisasikan oleh pihak-pihak lain untuk mempengaruhi agenda kebijakan (Buse et al., 2005).

Implementasi kebijakan adalah tahap krusial dalam proses kebijakan itu sendiri. Suatu program kebijakan harus diimplementasikan agar mempunyai dampak atau mencapai tujuan yang diinginkan. Menurut van Meter dan van Horn (Winarno B, 2012) membatasi implementasi kebijakan sebagai tindakan-tindakan yang dilakukan individu-individu atau kelompok baik swasta maupun pemerintah untuk mencapai tujuan dalam keputusan kebijakan sebelumnya.

Implementasi Kebijakan menurut Van Meter dan Van Horn (Winarno B, 2012) memfokuskan diri pada aktivitas atau kegiatan-kegiatan yang dilakukan untuk menjalankan keputusan kebijakan yang telah ditetapkan. Implementasi kebijakan tersebut tidak hanya dipengaruhi oleh aktor pelaksana saja namun ada banyak variabel yang mempengaruhi. Beberapa variabel dapat kita lihat dari beberapa teori implemetasi kebijakan antara lain :

1. Model Edward III. Menurut Edward III menyebutkan implementasi kebijakan dipengaruhi oleh empat variabel, yaitu komunikasi, sumber daya, disposisi, struktur birokrasi.
2. Model Van Metter dan Van Horn. Menurut Van Metter dan Horn lima variabel yang mempengaruhi implementasi kebijakan antara lain standar dan sasaran kebijakan, sumber daya, komunikasi antar organisasi dan penguatan

komunitas, karakteristik agen pelaksana, serta kondisi sosial, ekonomi dan politik.

3. Model Grindle. Menurut Grindle terdapat dua variabel besar yang mempengaruhi kebijakan yaitu isi kebijakan dan lingkungan implementasi. Variabel isi kebijakan ini mencakup sejauh mana kepentingan kelompok sasaran atau *target groups* termuat dalam isi kebijakan, jenis manfaat yang diterima, sejauh mana perubahan yang diinginkan dari sebuah kebijakan, apakah letak sebuah program sudah tepat, apakah sebuah kebijakan telah menyebutkan implementasinya dengan rinci, serta apakah sebuah program didukung oleh sumber daya yang memadai. Sedangkan variabel lingkungan kebijakan mencakup seberapa besar kekuasaan, kepentingan, dan strategi yang dimiliki oleh para aktor yang terlibat dalam implementasi kebijakan; karakteristik institusi dan pihak yang sedang berkuasa; serta tingkat kepatuhan dan responsivitas kelompok sasaran (Subarsono, 2005).

11.5 Analisis Kebijakan Kesehatan

Analisis kebijakan negara adalah penggunaan berbagai metode penelitian dan argumen untuk menghasilkan dan memindahkan informasi yang relevan dengan kebijakan sehingga dapat dimanfaatkan di tingkat politik dalam rangka memecahkan masalah kebijakan (Dunn, 1988 dalam Utama, 2004). Analisis kebijakan negara bidang kesehatan adalah penggunaan berbagai metode penelitian dan argumen untuk menghasilkan dan memindahkan informasi yang relevan dengan kebijakan sehingga dapat dimanfaatkan ditingkat politik dalam rangka memecahkan masalah kebijakan kesehatan (Utama, 2004). Analisis kebijakan kesehatan awalnya adalah hasil pengembangan dari analisis kebijakan publik. Akibat dari semakin majunya ilmu pengetahuan dan kebutuhan akan analisis kebijakan dalam bidang kesehatan

itulah akhirnya bidang kajian analisis kebijakan kesehatan muncul (Vionalita, 2020).

Perkembangan studi kebijakan negara yang terjadi, maka berkembang pula istilah analisis kebijakan negara. Perkembangan istilah ini umumnya didasarkan kepada fokus analisis kebijakan negara yang berbeda beda atau dominannya suatu metode yang digunakan. Istilah lain yang dapat dikategorikan sebagai analisis kebijakan negara seperti (1) *Operation Research*, (2) *Applied System Analysis*, (3) *Systems Analysis*, (4) *Management Analysis*, (5) *Cost Benefit Analysis*, (6) *Linier Programing*, (7) *Cost Effectiveness Analysis*, (8) *Computer Simulation*, (9) *Decision Analysis*, dan (10) *Operational Gaming*. Selain itu analisis kebijakan publik dapat dikembangkan dari pendekatan alternatif, seperti (1) Intuisi, berdasarkan petunjuk Tuhan atau pengalaman, (2) Coba-coba (*Trial and Error*), untuk memperoleh umpan balik, (3) Inkremental, yang ditujukan untuk penambahan, atau mendukung kebijakan yang ada dengan memberikan masukan baru untuk pengambilan kebijakan yang bersambung (Utama, 2004).

11.6 Bentuk Analisis Kebijakan

Dunn (1988), Moekijat (1995), dan Wahab (1991) dalam Vionalita (2020) menguraikan beberapa bentuk analisis kebijakan yang lazim digunakan, yakni sebagai berikut :

1. Analisis Kebijakan Prospektif. Bentuk analisis ini berupa penciptaan dan pemindahan informasi sebelum tindakan kebijakan ditentukan dan dilaksanakan. Menurut Wiliam (1971), ciri analisis ini adalah:
 - a. Menggabungkan informasi dari berbagai alternatif yang tersedia, yang dapat dipilih dan dibandingkan.
 - b. Diramalkan secara kuantitatif dan kualitatif untuk pedoman pembuatan keputusan kebijakan.
 - c. Secara konseptual tidak termasuk pengumpulan informasi.

2. Analisis Kebijakan Restropektif. Bentuk analisis ini selaras dengan deskripsi penelitian, dengan tujuannya adalah penciptaan dan pemindahan informasi setelah tindakan kebijakan diambil. Beberapa analisis kebijakan restropektif adalah :
- a. Analisis Berorientasi Disiplin, lebih terfokus pada pengembangan dan pengujian teori dasar dalam disiplin keilmuan, dan menjelaskan sebab akibat kebijakan. Contoh dalam upaya pencarian teori dan konsep kebutuhan serta kepuasan tenaga kesehatan di Indonesia, dapat memberi kontribusi pada pengembangan manajemen SDM original berciri Indonesia (kultural). Orientasi pada tujuan dan sasaran kebijakan tidak terlalu dominan. Dengan demikian, jika ditetapkan untuk dasar kebijakan memerlukan kajian tambahan agar lebih operasional.
 - b. Analisis Berorientasi Masalah, menitikberatkan pada aspek hubungan sebab akibat dari kebijakan, bersifat terapan, namun masih bersifat umum. Contoh dimana pendidikan dapat meningkatkan cakupan layanan kesehatan. Orientasi tujuan bersifat umum, namun dapat memberi variabel kebijakan yang mungkin dapat dimanipulasikan untuk mencapai tujuan dan sasaran khusus, seperti meningkatnya kualitas kesehatan gigi anak sekolah melalui peningkatan program UKS oleh puskesmas.
 - c. Analisis Berorientasi Penerapan, menjelaskan hubungan kausalitas, lebih tajam untuk mengidentifikasi tujuan dan sasaran dari kebijakan dan para pelakunya. Informasi yang dihasilkan dapat digunakan untuk mengevaluasi hasil kebijakan khusus, merumuskan masalah kebijakan, membangun alternatif kebijakan yang baru, dan mengarah pada pemecahan masalah

praktis. Contohnya yakni analisis dapat memperhitungkan berbagai faktor yang mempengaruhi keberhasilan atau kegagalan pelayanan KIA di Puskesmas. Informasi yang diperoleh dapat digunakan sebagai dasar pemecahan masalah kebijakan KIA di puskesmas.

3. Analisis Kebijakan Terpadu. Bentuk analisis ini bersifat komprehensif dan berkesinambungan, menghasilkan dan memindahkan informasi gabungan baik sebelum maupun sesudah tindakan kebijakan dilakukan. Menggabungkan bentuk prospektif dan restropektif, serta secara tetap dalam menghasilkan informasi dari waktu ke waktu dan bersifat multidisipliner.

Bentuk analisis kebijakan di atas, menghasilkan jenis keputusan yang relatif berbeda yang bila ditinjau dari pendekatan teori keputusan (teori keputusan deksriptif dan normatif) maka dapat diuraikan sebagai berikut (Vionalita, 2020):

1. Teori Keputusan Deskriptif, bagian dari analisis retrospektif, mendeskripsikan tindakan dengan fokus menjelaskan hubungan kausal tindakan kebijakan, setelah kebijakan terjadi. Tujuan utama keputusan adalah memahami problem kebijakan, diarahkan pada pemecahan masalah, namun kurang pada usaha pemecahan masalah.
2. Teori Keputusan Normatif, memberi dasar untuk memperbaiki akibat tindakan, menjadi bagian dari metode prospektif (peramalan atau rekomendasi), lebih ditujukan pada usaha pemecahan masalah yang bersifat praktis dan langsung.

11.7 Metodologi Analisis Kebijakan

Dunn (2000) dalam Vionalita (2020) menjelaskan tentang Metodologi Analisis Kebijakan dengan menggabungkan lima prosedur umum, yakni sebagai berikut :

1. Perumusan masalah (definisi) menghasilkan informasi mengenai kondisi-kondisi yang menimbulkan masalah kebijakan.
2. Peramalan (prediksi) menyediakan informasi mengenai nilai atau kegunaan relatif dari konsekuensi di masa mendatang dari penerapan alternatif kebijakan, termasuk tidak melakukan sesuatu.
3. Rekomendasi (preskripsi) menyediakan informasi mengenai nilai atau masalah.
4. Pemantauan (deskripsi) menghasilkan informasi tentang konsekuensi sekarang dan masa lalu dari diterapkannya alternatif kebijakan.
5. Evaluasi, menyediakan informasi mengenai nilai atau kegunaan dari konsekuensi pemecahan atau pengentasan masalah.

11.8 Peran dan Fungsi Analisis Kebijakan Kesehatan

Analisis kebijakan kesehatan memiliki peran dan fungsi sebagai berikut (Vionalita, 2020) :

1. Adanya analisis kebijakan kesehatan akan memberikan keputusan yang fokus pada masalah yang akan diselesaikan.
2. Analisis kebijakan kesehatan mampu menganalisis multidisiplin ilmu. Satu disiplin kebijakan dan kedua disiplin ilmu kesehatan. Pada peran ini analisis kebijakan kesehatan menggabungkan keduanya yang kemudian menjadi sub kajian baru dalam khazanah keilmuan.

3. Adanya analisis kebijakan kesehatan, pemerintah mampu memberikan jenis tindakan kebijakan apakah yang tepat untuk menyelesaikan suatu masalah.
4. Memberikan kepastian dengan memberikan kebijakan/ keputusan yang sesuai atas suatu masalah yang awalnya tidak pasti.
5. Menelaah fakta-fakta yang muncul kemudian akibat dari produk kebijakan yang telah diputuskan/ diundangkan.

11.9 Pendekatan Analisis Kebijakan

Pendekatan yang dapat digunakan dalam analisis kebijakan dapat dijelaskan sebagai berikut (Dunn, 1988 dalam Vionalita, 2020) :

1. Pendekatan Empiris, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu apakah sesuatu itu ada (menyangkut fakta). Pendekatan ini lebih menekankan penjelasan sebab akibat dari kebijakan publik. Misalnya bahwa analisis dapat menjelaskan atau meramalkan pembelanjaan negara untuk kesehatan, pendidikan, transportasi dimana jenis informasi yang dihasilkan adalah penandaan.
2. Pendekatan Evaluatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu berkaitan dengan penentuan harga atau nilai (beberapa nilai sesuatu) dari beberapa kebijakan. Jenis informasi yang dihasilkan bersifat evaluatif. Misalnya setelah menerima informasi berbagai macam kebijakan KIA - KB, analis dapat mengevaluasi bermacam cara untuk mendistribusikan biaya, alat, atau obat-obatan menurut etika dan konsekuensinya.
3. Pendekatan Normatif, memusatkan perhatian pada masalah pokok, yaitu tindakan apa yang semestinya di lakukan. Pengusulan arah tindakan yang dapat memecahkan masalah problem kebijakan, merupakan inti pendekatan normatif dimana jenis informasi bersifat anjuran atau

rekomendasi. Misalnya peningkatan pembayaran pasien puskesmas (dari Rp.300 menjadi Rp.1000) merupakan jawaban untuk mengatasi rendahnya kualitas pelayanan di puskesmas dimana peningkatan ini cenderung tidak memberatkan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdul Wahab Solichin. 1991. *Analisa Kebijakan-dari Formulasi ke Implementasi Kebijakan Negara*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Buse, et al. 2005. *Making Health Policy, Understanding Public Health*. Open University Press McGraw – Hill House. Berkshire England, UK.
- Cassels A. 1995. *Health Sector Reform: Key Issues In Lessdeveloped Countries*. Journal of International Health Development 7(3): 329–49
- Dunn, William N. 1988. *Analisa Kebijaksanaan Publik: Kerangka Analisa dan Prosedur Perumusan Masalah*, diterjemahkan oleh Muhadjir Darwin. Yogyakarta: PT Hanindita Graha Widya.
- Dunn, William N. 2000. *Pengantar Analisa Kebijakan Publik*. Yogyakarta: Gadjah Mada Press.
- Green, J., & Thorogood, N. 1998. *Analysis of Health Policy*. London: A Sociological Approach Longman.
- Howlett, Michael & Ramesh, M. 2003. *Studying Public Policy: Policy Cycles and Policy Subsystems*. Oxford University Press.
- Hunter DJ. 2005. *Choosing or Losing Health?*. Journal of Epidemiology and Community Health 59(12)(December 1): 1010–3
- Labonte R. 1998. *Healthy Public Policy and the World Trade Organization a Proposal for an International Health Presence in Future World Trade/Investment Talks*. Health Promotion International 13(3): 245–56
- Moekijat. 1995. *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia*. Bandung : CV Mandar Maju.
- Mohindra KS. 2007. *Healthy Public Policy in Poor Countries : Tackling Macro-Economic Policies*. Health Promotion International 22(2) (June 1): 163–9.

- Subarsono, AG. 2005. *Analisis Kebijakan Publik*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Unusa. 2022. *Pentingnya Menerapkan Konsep Policy Cycle Dalam Pembuatan Kebijakan Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Universitas Nahdatul Ulama Surabaya
- Utama, Surya. 2004. *Dasar-Dasar Analisis Kebijaksanaan Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara
- Vionalita, Gisely. 2020. *Modul Analisis Kebijakan Kesehatan (KAK 471)*. Universitas Esa Unggul.
- William, Walter, L. 1971. *Social Policy Analisis and Research*. New York : Elsevier.
- Winarno B. 2012. *Teori dan Proses Kebijakan*. Yogyakarta : Media Pressindo.

BAB 12

POLITIK DAN SISTEM POLITIK KESEHATAN

Oleh Westy Tenriawi

12.1. Pendahuluan

Politik dalam bidang Kesehatan merupakan hal penting dan sebenarnya menjadi prioritas para pemilik kekuasaan dan kewenangan, mengapa? Ini menjadi determinan tertinggi dalam bidang kesehatan dimana pusat kebijakan sesungguhnya ada di Politik. Namun dalam implementasinya ini menjadi kaku dan syarat akan kepentingan oleh pihak tertentu yang cenderung tidak paham akan kebutuhan bidang kesehatan.

Pembangunan kesehatan ditujukan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM) yang produktif secara sosial dan ekonomis. Dalam mencapai tujuan tersebut, diperlukan SDM kesehatan yang berkompeten, bertanggung jawab, menjunjung tinggi kode etik, terus-menerus meningkatkan mutunya melalui pendidikan dan pelatihan, dan tersebar merata di seluruh wilayah Indonesia

Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Dalam pengukuran Indeks Pembangunan Manusia (IPM), kesehatan adalah salah satu komponen utama selain pendidikan dan pendapatan sesuai

dengan yang diamanatkan oleh Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi (Kementrian Kesehatan RI, 2018)

Kebijakan kesehatan merupakan aplikasi dari kebijakan publik ketika pedoman yang ditetapkan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Kebijakan kesehatan nasional ditujukan untuk meningkatkan status kesehatan dan kesejahteraan penduduk suatu negara (Ayuningtyas, 2014). Kebijakan kesehatan merupakan segala tindakan pengambilan keputusan yang memengaruhi sistem kesehatan yang dilakukan oleh aktor institusi pemerintah, organisasi, lembaga swadaya masyarakat dan lainnya (Rahmi Yuningsih, 2016)

Politik kesehatan adalah sebuah perkembangan upaya kesehatan masyarakat. Diantara orang-orang, ada banyak pertanyaan mendasar, untuk contoh, 'mengapa kesehatan itu politis?' karena kesenjangan derajat kesehatan masyarakat yang tidak terdistribusi secara merata. Sebagai akibat, upaya untuk mencapai keadilan harus diperjuangkan dan terpenuhi. Kesehatan adalah bagian dari politik karena kebijakan kesehatan menentukan derajat kesehatan dan mungkin diarahkan atau disetujui oleh kebijakan politik intervensi. Selain itu, kesehatan adalah manusia Baik. Politik kesehatan adalah ilmu dan seni memperjuangkan derajat kesehatan masyarakat melalui sistem ketatanegaraan yang dianut oleh suatu daerah atau suatu negara dalam mewujudkan kesehatan masyarakatnya. (Neula Armyttha, 2021)

Banyak bukti menunjukkan bahwa determinan kesehatan paling kuat dalam kehidupan modern kependudukan ini adalah faktor sosial, budaya dan ekonomi (Acheson, 1998; Doyal & Pennell, 1979). Faktor-faktor ini datang dari berbagai sumber dan diakui oleh pemerintah dan badan-badan internasional (Acheson, 1998). Akan tetapi ketidaksetaraan kesehatan ini terus berlanjut

dalam sebuah negara misalnya perbedaan kelas sosial ekonomi, gender dan kelompok etnik diantara mereka. Masih terjadi ketimpangan masalah kemakmuran, kesejahteraan dan sumber daya. (Donkn, Goldblatt, 2022)

Dalam politik, Pelayanan kesehatan kepada setiap lapisan masyarakat wajib terselenggara dengan baik dan transparan, dimana Pertama, kesehatan adalah hak dasar, hak fundamental bagi setiap orang. Pada tingkat internasional, secara implisit maupun ekspilist berbagai dokumen yang berkaitan dengan jaminan hak atas kesehatan seseorang. *Universal Declaration of Human Rights* (UDHR) Pasal 25 menjelaskan bahwa setiap orang berhak atas taraf hidup yang menjamin kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya dan perawatan kesehatannya. *International Covenant on Civil and Political Rights* (ICCPR) Pasal 6 menjelaskan hak untuk hidup (*right to life*). Pasal 12 *International Covenant on Economic, Social and Cultural Right* (ICESCR) menjelaskan bahwa negara mengakui hak setiap orang untuk menikmati standar kesehatan fisik dan mental yang tertinggi (*the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*). (Amran Razak, 2012)

12.2 Pengertian Politik berdasarkan Kepentingan

Dari segi kepentingan penggunaan, kata politik memiliki arti yang berbeda yaitu:

1. Politik dalam Kepentingan Umum yaitu segala usaha untuk kepentingan umum, baik yang berada dibawah kekuasaan pusat, maupun daerah. Jadi, kepentingan umum disini dimaksudkan kepada segala hal yang menyangkut masyarakat umum mencapai cara agar sesuatu yang diinginkan terlaksana. Pelaksanaan dengan koordinasi

yang baik, memungkinkan berjalannya suatu sistem dengan baik dan terkoordinasi.

2. Dalam Arti Kebijakanaksanaan (*Polyci*) yaitu Penggunaan pertimbangan yang dianggap lebih menjamin terlaksananya suatu tujuan yang dikehendaki. Dalam mencapai suatu tujuan, diperlukan banyak perkiraan dan pertimbangan yang dimaksudkan agar masing-masing pertimbangan tersebut memiliki resiko negatif dan positif. Dan pertimbangan yang lebih baik lah yang akan dijadikan sebuah acuan.
3. Politik Dalam Struktural yaitu kekuasaan, politik, legitimasi, sistem politik, perilaku politik, proses politik, dan juga tidak bisa terlepas dari pentingnya untuk mengetahui seluk beluk dari partai politik. Cara-cara yang digunakan dalam politik pun, adalah cara yang bersifat persuasif dan paksaan. Tanpa paksaan, kebijakanaksanaan hanya berupa atau tinggal sebuah rumusan keinginan.

12.3 Sistem Politik Kesehatan

Beberapa pakar mendefinisikan politik dalam perspektif berbeda berdasarkan ideologi politik (Heywood, 2000; Marsh & Stoker, 2002), dalam (Sukri Palluturi, 2013) yaitu:

- a. Politik sebagai pemerintahan. Politik adalah berhubungan dengan seni pemerintahan dan aktivitas sebuah negara. Ini berhubungan dengan *Behavioralists* dan *Institutionalist* ilmu politik.
- b. Politik sebagai kehidupan publik. Politik adalah berhubungan dengan masalah urusan masyarakat. Cara pandang politik ini berhubungan dengan teori pilihan rasional (*Rational Choice Theory*).
- c. Politik sebagai resolusi konflik. Politik adalah berhubungan dengan ungkapan dan resolusi konflik melalui kompromi, konsiliasi, negosiasi, dan strategi lainnya. Ini berhubungan

- dengan para ahli hubungan internasional (*International Relations Theorists*).
- d. Politik sebagai kekuasaan. Politik adalah proses melalui outcome yang ingin dihasilkan, dicapai dalam produksi, distribusi dan penggunaan sumber daya yang terbatas dalam semua area eksistensi sosial. Cara pandang ini berhubungan dengan ilmu politik Feminist dan Marxist (*Feminist and Marxist political science*).

Kesehatan pun demikian, seringkali kesehatan diartikan dan diinterpretasikan sebagai pelayanan kesehatan (health care). Di United Kingdom bahkan diartikan sebagai pelayanan kesehatan nasional (*The National Health Services*). Konsekuensinya, politik kesehatan secara signifikan sering kali dikonstruksikan menjadi politik pelayanan kesehatan (Freeman, 2000)

Kesehatan adalah politik karena kekuasaan dilaksanakan sepanjang itu sebagai bagian dari sistem ekonomi, sosial dan politik yang lebih luas. Perubahan sistem ini membutuhkan kesadaran dan perjuangan politik.

12.4 Sifat Politik Kesehatan

Kesehatan termasuk aspek kehidupan manusia lainnya merupakan sebuah isu politik dalam banyak hal (Bambra, C., Fox, D., & Scott-Samuel, 2015)

- a. Kesehatan adalah politik karena, sama seperti sumber daya yang lain atau komoditas di bawah sistem ekonomi neoliberalisme, beberapa kelompok sosial mempunyai lebih dari yang lainnya.
- b. Kesehatan adalah politik karena determinan sosialnya (social determinants) adalah mudah diterima dalam intervensi politik dan oleh karena bergantung pada tindakan politik (biasanya).

- c. Kesehatan adalah politik karena hak terhadap standar kehidupan yang layak untuk kesehatan dan kesejahteraan harus menjadi aspek kewarganegaraan dan hak asasi manusia.

Politik dan kesehatan adalah dua hal yang tidak bisa dipisahkan satu sama lain dalam perjalannya yang kemudian menghasilkan 'kebijakan' yang menjadi dasar pengambilan keputusan pada pemimpin dan pemerintah dalam mengakomodir semua kepentingan masyarakat. Pola kebijakan ini sangatlah kompleks dan penuh dinamika.

Politik kesehatan tidak terlepas dari kebijakan pemerintah mengenai penyelesaian masalah dibidang kesehatan. Di dasari dari hak fundanmental yang menyatakan bahwa sehat merupakan hak warga negara. Hal itu menunjukkan bahwa diperlukannya kesepakatan politik mengenai kesehatan masyarakatnya. Dan untuk mewujudkan kesepakatan itu, diperlukan sistem pengambilan keputusan politik yang sehat, guna tercapainya hak fundanmental tersebut.

Kebijakan kesehatan ditentukan karena adanya permasalahan yang ditemukan dalam masyarakat. Penentuan kebijakan tersebut salah satu sistem yang tidak bisa terlepas dari politik. Pengambilan keputusan yang sehat dimaksudkan agar hasil dari kebijakan tersebut tidak menyimpang dan bermanfaat bagi masyarakat luas. Terutama warga negara Indonesia.(Luqman Effendi, S.Sos, 2015)

Adapun yang menjadi kerangka dalam kebijakan kesehatan dalam implementasi politik kesehatan adalah :

- Tahapan formulasi kebijakan:
- Agenda setting
- Policy Formulation
- Policy Adoption

- Policy Implementation
- Policy Assessment
- versus tahapan analisis kebijakan:
- Problem structuring
- Forecasting
- Recommendation
- Monitoring
- Evaluation

12.5 Kekuasaan

Kekuasaan adalah konsep politik penting yang mendasari pengambilan keputusan publik dan alokasi barang dan jasa. Hal ini penting untuk memahami hubungan dalam pelayanan kesehatan dan kesehatan serta untuk isi dan bentuk kebijakan publik yang sehat. Dalam bukunya, Lukes (1975) menguraikan tiga dimensi kekuasaan: (Abd. Rahman ashari, 2016)

- a. Dimensi pertama adalah kekuatan A untuk mempengaruhi perilaku B. Pelaksanaan kekuasaan ini adalah diamati dan terikat pada konflik masyarakat di atas kepentingan (seperti akses ke pendidikan sumber daya-, perumahan yang layak, kesehatan dll). Hal ini dilakukan di arena publik sebagai bagian dari proses pengambilan keputusan.
- b. Dimensi kedua adalah kekuatan A untuk menentukan agenda, mencegah B dari menyuarakan kepentingan mereka pada (kebijakan) dalam proses pengambilan keputusan. Potensi masalah dan konflik disimpan di agenda untuk keuntungan A dan merugikan B. Penggunaan jenis kekuasaan dapat terlihat jelas atau tersembunyi.
- c. Dimensi ketiga adalah kekuatan A untuk menentukan nilai-nilai dan keyakinan B yang harus dipertahankan (misalnya apa yang dianggap sebagai adil, atau siapa mendapat apa). Persepsi dan preferensi B yang dibentuk oleh A sedemikian

rupa sehingga B menerima bahwa ini adalah norma. Dimensi kekuasaan ini dimainkan, misalnya, dalam proses sosialisasi, kontrol informasi, dan pengendalian media massa. Yang terakhir dimensi ini mirip dengan gagasan Gramsci dari 'hegemoni'.

DAFTAR PUSTAKA

- Abd. Rahman ashari. 2016. *Politik dan Kekuasaan*. MAKASSAR.
- Amran Razak. 2012. 'Politik Kesehatan Gratis di Indonesia', *Jurnal AKK*, 1(Pelayanan kesehatan), p. 1.
- Bambra, C., Fox, D., & Scott-Samuel, A. 2015. 'Towards a politics of health. Health Promotion International', *Health Promotion International*, 12, pp. 22–56.
- Donkn, Goldblatt, & L. 2022. *politic in health administration*.
- Freeman, R. 2000. 'The politics of health in Europe.', *University of Manchester Press*, (Politics), pp. 29–35.
- Kementrian Kesehatan RI. 2018. *Undang-Undang Kesehatan*. Jakarta.
- Luqman Effendi, S.Sos, M.K. 2015. *Hubungan Dan pengaruh politik terhadap status kesehatan*. Jakarta.
- Neula Armyttha. 2021. 'LITERATURE REVIEW: THE ROLE AND EFFECTS OF HOSPITAL HEALTH PROMOTION ON HEALTH POLITICS', *IJPH*, 16, p. 2.
- Rahmi Yuningsih. 2016. 'ANALISIS SEGITIGA KEBIJAKAN KESEHATAN DALAM PEMBENTUKAN UNDANG-UNDANG TENAGA KESEHATAN', *Health Policy*, 2(kebijakan kesehatan), pp. 29–45.
- Sukri Palluturi. 2013. 'Pentingnya Politik Kesehatan', *Journal AKK*, 1(Politik kesehatan), pp. 42–46.

BAB 13

KEKUASAAN (POWER) DAN PROSES KEBIJAKAN

Oleh Serlie K.A. Littik

13.1 Pendahuluan

Kekuasaan bersifat fundamental dalam pengkajian kebijakan. Penyusunan kebijakan merupakan perjuangan antar kelompok dengan berbagai kepentingan. Kelompok-kelompok ini saling bersaing (sebagian mendukung, sebagian menolak, tergantung pada kepentingan atau idealisme mereka). Hasil perjuangan tersebut tergantung pada keseimbangan kekuasaan antara para individu dan kelompok yang terlibat serta proses atau peraturan yang ditetapkan. Oleh karena itu, memahami penyusunan kebijakan memerlukan pemahaman terhadap kekuasaan.

13.2 Kekuasaan

Kekuasaan merupakan kemampuan untuk mencapai sesuatu. Dalam kebijakan, kekuasaan dapat dipertimbangkan sebagai hubungan “memiliki kekuasaan (*power*)” atas orang lain. Kekuasaan dapat dilihat ketika seseorang mampu meminta orang lain untuk melakukan suatu hal yang tidak akan dilakukannya sebelumnya demi meraih tujuan pemilik kekuasaan itu. Seorang ahli kebijakan (Buse, Mays and Walt, 2005) membedakan kekuasaan dalam tiga dimensi, yaitu kekuasaan sebagai pengambilan keputusan, kekuasaan sebagai bukan pengambil keputusan, dan kekuasaan sebagai pengendali pemikiran.

- 1) Kekuasaan sebagai pengambil keputusan;
Merujuk kepada individu atau kelompok yang dapat mempengaruhi pengambilan keputusan atas isu yang terjadi. Individu atau kelompok tersebut dapat diketahui jika kita membandingkan kecenderungan/keinginan kelompok yang berkepentingan dengan keputusan yang diambil (kebijakan). Menurut Dahl (1961) dalam (Buse, Mays and Walt, 2005), individu/kelompok ini memiliki status sosial, akses terhadap uang, kekayaan, pekerjaan, dan pengendalian informasi yang penting, meskipun dalam jumlah yang berbeda-beda.
- 2) Kekuasaan sebagai bukan pengambil keputusan;
Meliputi kegiatan membatasi agenda kebijakan kepada pemikiran-pemikiran yang dapat diterima. Hal ini dilakukan dengan cara merubah nilai-nilai dominan yang berlaku di masyarakat, mitos, lembaga, bahkan prosedur politik (manipulasi psikologis), sehingga beberapa isu tetap tersembunyi dan gagal dijadikan agenda untuk dibicarakan dalam ranah politik. Kekuasaan seperti ini biasanya dimiliki kelompok-kelompok dominan di suatu wilayah.
- 3) Kekuasaan sebagai pengendali pemikiran
Mencakup kemampuan untuk mempengaruhi orang lain dengan membentuk cara pandang, cara pikir, dan keinginan mereka sesuai kemauan individu/kelompok pengendali. Hal ini dilakukan melalui proses sosialisasi, pengendalian informasi, dan media massa seperti iklan, pemberian sponsor/sumbangan, dan lain-lain untuk menanamkan keterkaitan dengan individu/kelompok pengendali. Dimensi ini dinilai merupakan bentuk paling tersembunyi, namun paling kuat untuk mencegah penolakan orang-orang karena mereka memahami, atau melihat bahwa tidak ada pilihan lain/tidak dapat diubah.

Isi dan konteks dari kebijakan tertentu akan mempengaruhi pemegang kekuasaan dan seberapa luas pembagiannya dalam proses kebijakan. Meskipun demikian, para ahli melakukan berbagai upaya untuk menyusun teori tentang pembagian kekuasaan dengan mengacu sifat masyarakat dan negara. Teori tersebut adalah:

1. Pluralisme

Pluralisme merupakan paham yang meyakini adanya keberagaman dan perbedaan dalam kehidupan bermasyarakat, termasuk di dalamnya adalah keberagaman kepentingan kelompok tertentu. Teori pluralisme dalam penentuan kebijakan memiliki ciri setiap kelompok atau partai politik tertentu tidak mempunyai kekuasaan mutlak untuk mengambil suatu kebijakan. Setiap kelompok memiliki hak yang sama untuk mengeluarkan pendapat dan membuat pilihan sesuai dengan kepentingan masing-masing kelompok. Negara, sebagai wasit, tidak akan memihak pada kelompok manapun melainkan memutuskan berdasarkan yang terbaik untuk masyarakat. Dalam teori pluralisme, pengambilan keputusan oleh negara bersifat netral dan memihak pada kepentingan masyarakat dengan melibatkan negosiasi antar berbagai kelompok.

2. Pilihan rakyat

Teori ini pada dasarnya sepakat dengan teori pluralisme bahwa kehidupan bermasyarakat terbentuk dari berbagai perbedaan dan keberagaman namun para ahli belum begitu yakin terhadap kenetralan negara. Teori pluralisme menyatakan bahwa penentuan keputusan dilakukan oleh negara dengan dasar kenetralan dan memihak pada masyarakat. Namun menurut para ahli, negara pun merupakan satu kelompok yang memiliki kepentingan sehingga penentuan kebijakan mungkin saja didasarkan pada kepentingan para pelaksana negara, pejabat, atau pegawai

pemerintahan dan bukan didorong atas dasar kepentingan umum melainkan untuk meningkatkan kekuasaan, jabatan, dan meningkatkan pengeluaran publik demi memenuhi keinginan oknum tertentu.

3. Elitisme

Kebijakan didominasi oleh kelompok-kelompok elit/aristokrat tertentu dan bukan atas dasar kepentingan rakyat. Ciri elitisme adalah masyarakat tidak memiliki kekuasaan apapun untuk menentukan kebijakan jika tidak tergolong dalam kelompok elit. Dalam teori ini, kekuasaan didasarkan pada beragam sumber daya seperti kekayaan, hubungan keluarga, keahlian teknis atau lembaga. Teori ini juga mengisyaratkan bahwa kebijakan berada dalam risiko terlalu dipengaruhi oleh kelompok kepentingan tertentu yang dapat menyediakan sumber daya keuangan yang paling besar (Kushel and Bindman, 2004).

Pembagian kekuasaan di atas bergantung kepada konteks dan isu kebijakan. Untuk kepentingan nasional, maka isu tersebut dibuat oleh kekuasaan elit. Sedangkan untuk isu rutin, tergantung kelompok kepentingan.

13.3 Kebijakan

13.3.1 Pengertian

Kebijakan dapat dianalogikan sebagai aturan, praktek, atau keputusan dalam suatu keluarga (Uta Lehmann, 2016). Seorang anggota keluarga tidak secara bebas melakukan semua hal yang mereka inginkan. Ada hal-hal tertentu yang mempengaruhi perilaku mereka dalam keluarga; juga bagaimana keluarga membuat keputusan terkait suatu isu yang mempengaruhi keluarga tersebut secara keseluruhan.

Kebijakan merupakan kumpulan keputusan yang dibuat oleh pihak yang disebut sebagai pembuat kebijakan dimana

pihak tersebut bertanggung-jawab pada bagian/bidang tertentu misalnya bidang kesehatan, pendidikan, dan perekonomian. Kebijakan disusun pada semua tingkatan, misalnya pada tingkat pemerintah pusat dan daerah. Pembuat kebijakan dalam sistem pemerintahan dapat beranggotakan para petinggi dan menteri dalam kabinet yang berhubungan langsung dengan para pimpinan perusahaan pada tingkat nasional maupun badan internasional misalnya seperti *World Health Organization* (WHO). Kebijakan disusun pada sektor pemerintah maupun swasta. Sektor swasta bisa memutuskan kebijakannya sendiri namun dengan sejumlah syarat dan harus dipastikan bahwa kebijakan tersebut telah disusun dan disesuaikan dengan aturan dan hukum yang berlaku.

13.3.2 Faktor yang mempengaruhi

Faktor-faktor yang mempengaruhi kebijakan kesehatan menurut Leichter (1979) dalam (Buse, Mays and Walt, 2005) adalah sebagai berikut:

a. Faktor Situasional

Faktor situasional adalah faktor yang tidak tetap atau tidak secara terus menerus berdampak pada kebijakan melainkan hanya pada kondisi tertentu saja seperti bencana atau perang. Misalnya Pandemi *Coronavirus Disease of 2019* (COVID-19) memicu diberlakukannya kebijakan Pemberlakuan Pembatasan Kegiatan Masyarakat (PPKM) dan kewajiban vaksin untuk pelaku perjalanan serta mengenakan masker.

b. Faktor Struktural

Faktor struktural merupakan faktor yang tetap atau tidak berubah. Faktor ini mencakup sistem politik yang meliputi transparansi sistem dimana membuka peluang bagi masyarakat untuk mengambil bagian dalam pembahasan dan penentuan kebijakan. Faktor struktural lainnya adalah keadaan secara demografi juga perkembangan teknologi. Misalnya pada

daerah dengan jumlah masyarakat usia lansia paling banyak, maka kebijakan yang dibuat adalah lebih banyak menyediakan layanan kesehatan bagi para lansianya.

c. Faktor Budaya

Faktor budaya pun menjadi faktor yang memiliki pengaruh terhadap kebijakan misalnya pada masyarakat dengan menjunjung tinggi adanya jabatan dan kedudukan, maka akan sulit untuk membangun komunikasi yang baik karena adanya perbedaan kedudukan. Faktor lain dalam budaya yakni bahasa dimana untuk kelompok tertentu yang tidak memahami bahasa kaum mayoritas, akan sulit mendapatkan informasi ataupun layanan. Misalnya pada daerah dimana wanita harus ditemani suami ketika mengunjungi fasilitas kesehatan, maka dapat dibuat kebijakan kunjungan rumah.

d. Faktor Internasional

Faktor internasional yang mempengaruhi kebijakan adalah adanya ketergantungan dan kerja sama antar Negara. Banyak masalah kesehatan yang membutuhkan adanya kerja sama dengan negara lain misalnya dalam penanganan COVID-19 dan pemberantasan HIV/AIDS, Tuberculosis, Polio, serta Malaria. Di bawah koordinasi WHO, masing-masing negara melakukan tindakan preventif seperti melakukan vaksin, dan berkoordinasi antar negara untuk menjaga perbatasan negara masing-masing.

13.3.3 Proses Kebijakan

Proses kebijakan mencakup bagaimana kebijakan mulai dikembangkan/disusun, dinegosiasikan, dikomunikasikan, diimplementasikan, dan di evaluasi (Buse, Mays and Walt, 2005). Proses kebijakan publik dapat dikatakan sebagai rangkaian upaya membuat pilihan-pilihan kebijakan beserta langkah-langkahnya dengan mempertimbangkan seluruh faktor di sekitar lingkungan kebijakan. Proses pembuatan

kebijakan ini berbeda-beda, tidak saja antar sistem politik, melainkan juga dalam sistem politik yang sama (karena pembuatannya melalui proses yang berbeda dengan kebijakan lainnya).

Proses penyusunan kebijakan (William N. Dunn, 2003; Buse, Mays and Walt, 2005) sebagai berikut:

a. Identifikasi masalah dan isu.

Pada tahap ini akan ditentukan isu-isu publik apa yang akan ditangani untuk ditetapkan dalam agenda politik (*agenda setting*). Tahap ini merupakan tahapan yang krusial. Masalah/isu kebijakan adalah kebutuhan, nilai, dan peluang mengadakan perbaikan melalui tindakan pemerintah. Terdapat empat sumber kebutuhan kebijakan menurut (Lembaga Administrasi Negara/LAN, 2012) yakni Aturan Perundang-undangan, Program Legislasi, Isu-isu Aktual, dan Dokumen Perencanaan (Jangka Pendek, Menengah, Panjang, Rencana Strategik). Keberhasilan pelaku kebijakan dalam mengidentifikasi permasalahan publik akan sangat menentukan keberhasilan dari intervensi atau pendekatan yang diambil, sebagai upaya penyelesaian masalah. Adapun isu dan masalah yang ada akan mendapat perhatian besar dari masyarakat dan berbagai pihak lain yakni kelompok elit, berkepentingan, dan media massa.

Isu/masalah mendapatkan perhatian besar apabila disertai alasan-alasan mendasar misalnya menyangkut kepentingan banyak orang, mencapai batas krisis yang membutuhkan penyelesaian segera, memiliki dampak bagi masyarakat luas, berkaitan dengan nilai hidup dalam masyarakat, dan berdampak pada anggaran publik. Penyebabnya dapat berupa masalah yang sudah terjadi pada masa lalu namun belum terdapat penyelesaian, masalah yang benar-benar baru, akibat kebijakan terdahulu, atau dikarenakan realisasi yang buruk.

Selain memahami masalah, pelaku kebijakan juga bertanggung jawab hingga pada pemecahan atau penyelesaian isu tersebut yang kemudian dimasukkan kedalam agenda tindakan publik (*agenda-setting*) hingga pada pembahasan formal. Fischer dkk (eds.), 2007 menjelaskan bahwa agenda merupakan kumpulan masalah, penyebab, simbol-simbol, dan elemen lain dari masalah publik yang mendapatkan perhatian dari berbagai pihak baik legislatif maupun eksekutif. Adapun isi agenda berupa strategi terbaik dalam penyelesaian, tindakan yang perlu dilakukan pemerintah, keputusan penyerahan pada pihak swasta atau tidak, instansi lain non profit, atau saling bemitra

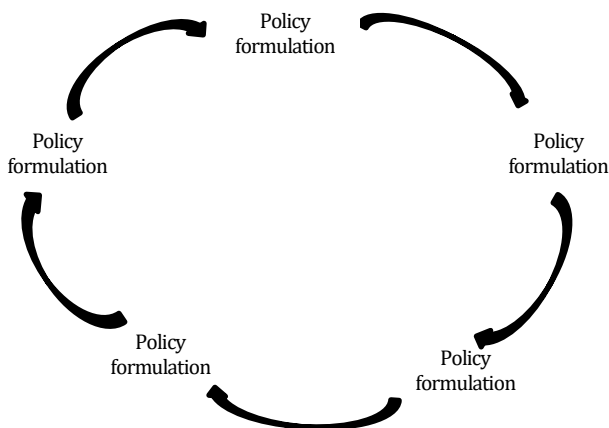
b. Perumusan/formulasi kebijakan

Perumusan kebijakan merupakan tahap paling penting dalam proses kebijakan. Tahap ini dilakukan dengan mengidentifikasi kebijakan yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah melalui proses *forecasting* (konsekuensi dari setiap kebijakan dapat ditentukan). Informasi yang diperlukan pada saat perumusan kebijakan adalah apa masalah kebijakan, *outcome* seperti apa yang diharapkan dari kebijakan di masa yang akan datang, kebijakan apa yang ideal untuk menghasilkan *outcome* kebijakan yang diharapkan, apa hasil dari kebijakan yang diterapkan, seberapa efektif suatu kebijakan dan apakah kebijakan tersebut mampu memecahkan masalah yang ditimbulkan. Aktor-aktor yang terlibat dalam formulasi kebijakan adalah aktor/Lembaga di dalam maupun di luar pemerintahan, antara lain media massa, kelompok kepentingan, masyarakat, dan para elit politik. Masalah utama yang dihadapi dalam formulasi kebijakan adalah bagaimana merumuskan apa sebenarnya masalah kebijakan yang

- harus dipercahkan setelah suatu isu masuk dalam agenda pemerintah.
- c. Adopsi kebijakan dengan mengidentifikasi opsi kebijakan melalui dukungan eksekutif dan legislatif, dimana sebelumnya telah melalui proses usulan atau rekomendasi kebijakan terlebih dahulu;
 - d. Implementasi kebijakan dimana pada tahap ini kebijakan yang telah disetujui dilaksanakan oleh beberapa organisasi atau unit administrasi dengan mengerahkan dana dan sumber daya untuk mendukung berjalannya implementasi dengan baik. Implementasi kebijakan adalah kegiatan mendistribusikan keluaran kebijakan dilakukan oleh para pelaksana kepada kelompok sasaran. Pada tahap ini dilakukan monitoring kebijakan. Kondisi lingkungan, hubungan antar organisasi, sumber daya, dan karakteristik institusi implementor merupakan factor-factor yang mempengaruhi kinerja imlementasi (Rondinelli, D.A., Nellis, J.R., Cheema, G., 1983).
 - e. Evaluasi kebijakan merupakan tahapan mengevaluasi kebijakan yang telah dilaksanakan. Kebijakan merupakan produk penilaian subjektif dari manusia, bersifat dinamis, dan tidak lepas dari risiko kegagalan. Selain itu diperlukan penyesuaian dengan dinamika perubahan lingkungan Tujuan evaluasi kebijakan adalah menilai *content* kebijakan apakah sesuai tujuan penetapan, dan terimplementasi dengan baik, serta mengukur tingkat ketercapaian tujuan dan sasaran kebijakan sehingga mampu menjelaskan keberhasilan/kegagalan pengembangan kebijakan. Tahapan ini sangat menentukan apakah suatu kebijakan dapat diubah atau dibatalkan serta kebijakan baru yang ditetapkan. Menurut (Ayuningtyas, 2014), kebijakan dapat dievaluasi dengan indicator efektivitas (ketepatan waktu dalam mencapai

tujuan), efisiensi (menilai besarnya pengorbanan dibandingkan hasil), ketepatan dalam menjawab masalah, pemerataan (manfaat dan biaya dari kegiatan telah terdistribusi secara adil dan merata), *responsiveness* (kesesuaian hasil kebijakan dengan aspirasi dan kebutuhan masyarakat), dan *appropriateness* (persepsi masyarakat tentang keuntungan dan besarnya manfaat yang mereka rasakan).

Pandangan lain dari (Jay M Shafritz and E.W. Russel, 1997) menegaskan bahwa proses pembuatan kebijakan merupakan sebuah siklus (Gambar 13.1), dimulai dari *agenda setting* dimana isu publik diidentifikasi sebagai isu politik, lalu perumusan kebijakan. Kemudian memutuskan untuk melaksanakan kebijakan atau tidak, kemudian melaksanakan kebijakan (*implementation*), lalu mengevaluasi kebijakan (baik berupa program atau kegiatan) dan dampaknya, serta memberikan umpan balik, khususnya memutuskan apakah kebijakan tersebut perlu dilanjutkan, diubah atau dihentikan.



Gambar 13.1 : Proses Pembuatan Kebijakan
(Sumber : (Jay M Shafritz and E.W. Russel, 1997)7)

Pada tahun 1965, David Easton dalam (Buse, Mays and Walt, 2005) menunjukkan model sistem penyusunan kebijakan untuk menyederhanakan pengambilan keputusan politik. Sistem politik terkait dengan keputusan mengenai barang/jasa, hak/kewajiban, individu/kelompok, dan lingkungan. Model sistem politik Easton dikembangkan dengan asumsi negara bersifat netral, dan mengembangkan kebijakannya dengan menyeimbangkan tuntutan daripada mempertimbangkan kekuasaan dari kelompok yang membuat tuntutan berbeda dalam sistem. Model sistem politik Easton disajikan dalam Gambar 13.2.



Gambar 13.2 : Model Sistem Politik Easton
(Sumber : David Easton dalam(Buse, Mays and Walt, 2005))

Gambar 13.2 menjelaskan bahwa input berupa tuntutan, sumber daya, dan dukungan dimasukkan dalam proses penyusunan kebijakan untuk menghasillkan output berupa kebijakan umum barang dan jasa. Pembuatan keputusan oleh masyarakat dianggap sebagai *black box* karena tidak banyak keterangan terkait bagaimana perubahan dari input menjadi output terjadi. Model Easton ini menjelaskan mengapa sistem politik bersifat responsive terhadap tekanan masyarakat.

Namun model ini gagal membahas isu penyeimbang kekuasaan dalam masyarakat.

Idealnya, penyusunan suatu kebijakan diawali dengan analisis sistem kesehatan secara menyeluruh (dari pusat hingga ke daerah), baik fungsi maupun tujuannya. Analisis diperlukan untuk mengungkap sifat kebijakan termasuk informasi tentang isu-isu yang akan ditangani dan dampak yang mungkin timbul sebagai akibat dari kebijakan yang diterapkan (William N. Dunn, 2003). Berbekal data hasil analisis tersebut, dilakukan analisis kebijakan oleh para analis, untuk diambil keputusan oleh *stakeholder*. Keputusan tersebut kemudian di adopsi dan diimplementasikan. Untuk itu, analisis kebijakan sangat diperlukan dalam proses penyusunan kebijakan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayuningtyas, D. 2014. *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Buse, K, Mays, N. and Walt, G. 2005. *Making Health Policy (online)*. Open University Press. Available at: <http://lib.mylibrary.com.ez.lshtm.ac.uk/Open.aspx?id=385220>.
- Cheema, Shabbir, G., Dennis A., Rondinelli. 1983. *Decentralization and Development Policy Implementation in Developing Countries*. Beverly Hills, CA,: Sage Publication.
- Jay M Shafritz and E.W. Russel. 1997. *Introduction Public Administration*. New York: Longman.
- Kushel, M. and Bindman, A.B. 2004. 'Health care lobbying: time to make patients the special interest.', *The American journal of medicine*. United States, pp. 496–497. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2004.02.011>.
- Lembaga Administrasi Negara/LAN. 2012. *Pedoman Perumusan Kebijakan (Edisi Revisi)*. Jakarta: Pusat Kajian Manajemen Kebijakan.
- Rondinelli, D.A., Nellis, J.R., Cheema, G., S. 1983. *Decentralization in Developing Countries, Encyclopedia of Public Administration and Public Policy, Second Edition (Print Version)*. Washington D.C: The World Bank. Available at: <https://doi.org/10.1201/noe1420052756.ch96>.
- Uta Lehmann. 2016. *Understanding and Analysing Health Policy*. South Africa.
- William N. Dunn. 2003. *Pengantar-Analisis-Kebijakan-Publik*. II. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

BAB 14

ADVOKASI KEBIJAKAN KESEHATAN

Oleh Kusuma Estu Werdani

14.1 Pendahuluan

Sumber daya manusia (SDM) memiliki peran penting untuk mendukung keberhasilan pembangunan nasional dalam sebuah negara. Hal ini dikarenakan SDM inilah unsur utama yang aktif dan hidup, baik dalam pengelolaan sumber daya yang ada maupun pengambil keputusan atau pembuat kebijakan dalam sistem pemerintahan. Selain itu, pentingnya sebuah Indeks Pembangunan Manusia (IPM) sebagai suatu tolak ukur kualitas SDM sebuah negara yang menunjukkan posisinya apabila dibandingkan dengan SDM negara lain.

Indeks pembangunan manusia memiliki tiga unsur utama yaitu pendidikan, ekonomi, dan kesehatan. Kesehatan sebagai hak asasi manusia diakui menjadi sebuah investasi pembangunan dalam sebuah negara. Peningkatan kualitas kesehatan masyarakat yang selalu ditargetkan dalam pembangunan kesehatan nasional, ternyata tidak mudah untuk diwujudkan. Hal ini bisa dilihat dari definisi sehat yang ditetapkan oleh *World Health Organization* (WHO) yaitu keadaan sempurna secara fisik, mental, serta sosial, dan tidak hanya terbebas dari penyakit dan kecacatan.

Upaya-upaya yang dilakukan oleh pemerintah untuk mewujudkan kualitas kesehatan masyarakat dapat dilihat pada target-target pembangunan kesehatan nasional yang terus ditingkatkan dan dikembangkan setiap tahunnya. Berdasarkan Rencana Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2015-2019, ada empat target utama kesehatan yang harus dicapai tahun 2019,

antara lain: a) meningkatkan status kesehatan dan gizi masyarakat, b) meningkatkan pengendalian penyakit menular dan tidak menular, c) meningkatkan pemerataan dan mutu pelayanan kesehatan, dan d) meningkatkan perlindungan finansial, ketersediaan, penyebaran, mutu obat, serta sumber daya kesehatan (Kemenkes RI, 2018).

Permasalahan kesehatan masyarakat di Indonesia saat ini masih berfokus pada masih rendahnya kemauan dan kemampuan masyarakat dalam berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Padahal, PHBS menjadi salah satu kunci untuk menurunkan berbagai permasalahan kesehatan yang ada, seperti Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), kesehatan anak, penyakit infeksi/ menular, penyakit degenerative, kesehatan remaja, kesehatan lansia, penyakit baru (*new emerging disease*), kesehatan jiwa, dan penyakit akibat bencana. Seluruh permasalahan tersebut sangat mempengaruhi usia harapan hidup penduduk yang akan berujung pada Indeks Pembangunan Manusia di Indonesia. Oleh karena itu, seluruh masyarakat perlu untuk bersama-sama meningkatkan kemauan dan kemampuannya untuk memiliki PHBS yang lebih baik lagi.

Peningkatan PHBS di masyarakat diyakini dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Pemerintah telah berupaya untuk menetapkan berbagai macam kebijakan untuk mendukung hal tersebut. Salah satu program yang masih terus berjalan adalah GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) yang menjadi program sistematis dan terencana untuk dilakukan bersama-sama oleh seluruh komoponen bangsa dengan kesadaran, kemauan, dan kemampuan berperilaku sehat sehingga dapat berdampak pada peningkatan kualitas hidup. Adanya kebijakan yang baik dari pemerintah pusat masih tetap membutuhkan dukungan pemerintah daerah atau pejabat public yang berwenang untuk

mendukung secara konsekuen dan konsisten. Akan tetapi, pada kenyataannya masih banyak pemerintah daerah (kabupaten/kota) yang memberikan dukungan masih rendah, terutama dalam menetapkan kebijakan public yang berfokus pada upaya promotif dan preventif dalam bidang kesehatan. Hal ini pastinya berdampak pada semakin tingginya biaya kesehatan yang lebih banyak dialokasikan pada upaya kuratif dan rehabilitatif.

Perhatian dan kepedulian pemerintah untuk mengoptimalkan upaya promotif dan preventif masih belum memadai sepenuhnya. Hal ini terlihat bahwa upaya promotif dan preventif yang belum diangkat sebagai isu penting dalam sistem pemerintah daerah sehingga berdampak pada minimnya anggaran yang diperuntukkan upaya promotif dan preventif. Peningkatan kepedulian dan perhatian pemerintah atau pelaku kebijakan tersebut membutuhkan peran pihak ketiga sebagai pelaku advokasi kesehatan untuk memberikan intervensi.

14.2 Definisi

Advokasi adalah adalah kombinasi kegiatan individu dan sosial yang dirancang untuk memperoleh komitmen politis, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan sistem yang mendukung tujuan atau program kesehatan tertentu. Secara sederhana, ada dua hal yang menjadi kunci dalam advokasi ini, yaitu *valid information* sebagai input dan *persuasive* sebagai prosesnya sehingga bisa disimpulkan advokasi sebagai upaya atau proses untuk memperoleh komitmen yang dilakukan secara persuasive untuk mempengaruhi kebijakan public dengan menggunakan informasi yang akurat dan tepat.

Advokasi kesehatan adalah advokasi yang dilakukan untuk memperoleh komitmen atau dukungan dalam bidang

kesehatan, atau yang mendukung pengembangan lingkungan dan perilaku sehat.

Ada empat kata kunci advokasi:

1. Memengaruhi (*influencing*)
2. Proses yang disengaja (*deliberate process*)
3. Pengambil keputusan (*policy makers*)
4. Mempunyai pengaruh bagi banyak orang (*affect the well-being of many people*)

Jenis advokasi ada dua macam, yaitu:

1. Personal
Jenis ini menyampaikan permasalahan dan usulan ke pengambil keputusan yang mempunyai dampak khusus pada yang melakukan advokasi atau orang yang diwakili, serta cenderung lebih fokus pada permasalahan yang khusus.
2. *Issue-based*
Jenis ini menyampaikan presenting permasalahan dan usulan ke pengambil keputusan sebagai perwakilan dari kelompok yang lebih besar atau berdampak pada kelompok yang lebih besar, serta cenderung permasalahan yang lebih luas.

Esensi advokasi yang baik meliputi:

1. Identifikasi dan mampu menjelaskan pesan atau permasalahan yang alat yang dilakukan
2. Memahami permasalahan lebih baik daripada siapa saja yang berada di pemerintahan
3. Mampu menempatkan permasalahan sehingga cukup tepat dengan agenda pemerintah dan siklus pemilihan atau mampu untuk menetapkan agenda baru
4. Membangun hubungan yang telah ada dengan pemberi pengaruh kebijakan atau menciptakan hubungan

14.3 Tujuan Advokasi Kesehatan

Kegiatan advokasi memiliki tujuan untuk mendorong para pejabat public/ pemerintah menetapkan kebijakan-kebijakan public yang dapat menyelesaikan permasalahan kesehatan masyarakat. Melalui kegiatan advokasi, pejabat public diharapkan akan lebih memahami segala bentuk permasalahan kesehatan yang sedang terjadi di masyarakat sehingga akan berdampak pada penetapan prioritas masalah kesehatan ke dalam agenda pemerintahan.

Pejabat publik dapat memberikan berbagai bentuk dukungan, antara lain:

1. **Komitmen politis (*political commitment*)**

Komitmen politis adalah komitmen para pejabat publik atau berbagai pihak terkait untuk ikut berperan dalam menyelesaikan berbagai masalah kesehatan masyarakat yang berada di bawah wilayah kekuasaan pejabat publik. Komitmen ini menjadi langkah awal bagi pejabat publik untuk menetapkan rencana-rencana aksi ke depannya.

2. **Dukungan kebijakan (*policy support*)**

Dukungan kebijakan adalah dukungan nyata yang diberikan oleh para pejabat publik dan para pimpinan institusi terkait dalam menetapkan kebijakan publik untuk mengatasi permasalahan kesehatan di wilayah kekuasaannya. Dukungan kebijakan melalui penetapan undang-undang, peraturan pemerintah, peraturan daerah, surat keputusan, dan instruksi / surat edaran yang mementingkan aspek kesehatan dalam segala bidang pemerintahan.

3. **Penerimaan sosial (*social acceptance*)**

Penerimaan sosial adalah suatu program kesehatan yang telah diterima oleh masyarakat, terutama tokoh-tokoh yang memiliki peran dalam mempengaruhi masyarakat. Kebijakan kesehatan yang telah ditetapkan oleh pejabat

publik guna menyelesaikan masalah kesehatan yang telah diadvokasikan sebelumnya, maka langkah berikutnya adalah mensosialisasikan kebijakan tersebut kepada masyarakat. Para tokoh masyarakat menjadi kelompok penting dan potensial untuk tahap penerimaan sosial ini. Apabila tokoh masyarakat ini sudah menerima, maka akan lebih mudah memberikan dampak kepada masyarakat lain untuk melakukan penerimaan yang sama.

4. Dukungan sistem (*system support*)

Dukungan sistem ini adalah tahap adanya sistem atau organisasi kerja yang memasukkan program kesehatan dalam program kerjanya (*partnership*). Hal ini dibutuhkan karena keberhasilan program kesehatan tidak hanya cukup dilakukan oleh instansi/ organisasi yang bergerak di bidang kesehatan saja, tetapi perlu adanya kerja sama lintas sektor (non-kesehatan) juga. Misalnya, program perbaikan gizi masyarakat yang tidak hanya membutuhkan peran dinas kesehatan dan jaringannya saja, tetapi juga dapat didukung oleh dinas peternakan, dinas perikanan, dinas pertanian, dan dinas-dina lain terkait.

14.4 Sasaran dan Pelaku Advokasi Kesehatan

Sasaran advokasi kesehatan adalah pihak-pihak yang berada dalam sistem pemerintahan atau non-pemerintahan dan berperan penting dalam mempengaruhi dan mendukung dalam penetapan kebijakan dan pengambilan keputusan terkait upaya kesehatan. Sasaran advokasi ini antara lain Lembaga perwakilan rakyat, mitra dalam kelompok pengusaha/ swasta, media massa, badan penyandang dana, Lembaga swadaya masyarakat, tokoh-tokoh masyarakat, tokoh-tokoh agama, *public figure*, organisasi profesi, dan kelompok-kelompok potensial lainnya di masyarakat. Wujud peran dari para kelompok sasaran advokasi ini tidak selalu mendukung

kebijakan atau program kesehatan yang berlaku, tetapi bisa juga melakukan penolakan atau kontra terhadap hal tersebut.

Pelaku advokasi kesehatan adalah pihak-pihak yang memiliki kepedulian terhadap upaya kesehatan sehingga bertindak untuk mendapatkan dukungan dari pihak lain. Pelaku advokasi dapat berasal dari kelompok pemerintah, swasta, perguruan tinggi, organisasi profesi, organisasi berbasis masyarakat/ agama, Lembaga swadaya masyarakat, dan tokoh-tokoh masyarakat/ agama. Para pelaku advokasi memiliki peran untuk melakukan pendekatan secara persuasive kepada kelompok sasaran advokasi kesehatan. Para pelaku advokasi ini perlu untuk memposisikan dirinya sebagai pihak yang dapat dipercaya, dihargai, dan dihormati sehingga akan memiliki *power* untuk memberikan intervensi kepada pihak sasaran advokasi.

14.5 Tahapan Advokasi Kesehatan

1. Analisis

a. Analisis Isu

Tahap ini dilakukan dengan melakukan identifikasi isu-isu yang menjadi fokus dalam kegiatan advokasi kesehatan. Isu-isu tersebut harus dirumuskan berdasarkan data atau informasi yang tersedia. Data tersebut sangat penting sebagai dasar untuk menetapkan masalah, alternatif solusi, dan tujuan advokasi yang akan dilakukan. Adanya data yang valid dan lengkap akan menjadi kekuatan tersendiri dalam melakukan persuasi kepada kelompok sasaran advokasi kesehatan. Para pelaku advokasi kesehatan perlu untuk memastikan sumber-sumber data yang dapat dipercaya melalui kajian literatur, survei pendahuluan, pengumpulan data-data sekunder, dan lain sebagainya.

Analisis isu ini dapat dilakukan dengan mencoba menganalisis beberapa hal berikut:

- 1) Hubungan isu dengan masalah kesehatan prioritas
- 2) Dampak isu yang dirasakan oleh sebagian besar atau sebagian kecil masyarakat
- 3) Ketersediaan data yang akurat terkait isu
- 4) Kemungkinan hasil isu untuk memperbaiki status kesehatan masyarakat
- 5) Keterkaitan isu dengan sektor lain
- 6) Isu yang diangkat dapat memperkuat nilai (value) pejabat publik
- 7) Kemungkinan isu dapat memperkuat jejaring LSM/lintas sektor

b. Analisis Publik

Tahap ini adalah kegiatan untuk mendapatkan informasi secara mendalam tentang pandangan publik terkait isu-isu kesehatan yang sedang diadvokasikan. Analisis publik ini akan menjadi dasar untuk pemilihan bentuk aksi dan tindakan, serta media dan saluran informasi yang akan digunakan. Analisis publik dapat dilakukan dengan memanfaatkan berbagai hasil penelitian, *need-assessment*, dan hasil peninjauan/pendekatan pribadi, khususnya untuk sasaran individu.

Beberapa hal yang dapat ditelaah dalam melakukan analisis publik, antara lain:

- 1) Unsur/instansi pemerintah yang berwenang membuat kebijakan publik terkait dengan upaya pemecahan masalah kesehatan tersebut;
- 2) Bentuk kebijakan yang bisa dibuat/ dilaksanakan oleh masing-masing unsur/instansi pemerintah itu;

- 3) Nilai kepentingan (*value*) yang berkembang pada masing-masing unsur/ instansi pemerintah tersebut terhadap masalah ini;
- 4) Praktek perilaku yang terjadi dalam masing-masing unsur/instansi pemerintah tersebut dalam masalah ini;
- 5) Potensi sumber daya (*resources*) yang dimiliki masing-masing unsur/instansi pemerintah tersebut dalam kaitan mengatasi masalah;
- 6) Pihak/ kelompok masyarakat yang kemungkinan akan mendapat manfaat apabila masalah ini ditanggulangi/ proses advokasi berhasil;
- 7) Praktek perilaku masing-masing kelompok masyarakat tersebut terhadap masalah;
- 8) Potensi sumber daya (*resources*) yang dimiliki masing-masing kelompok masyarakat tersebut dalam kaitan mengatasi masalah.

c. Analisis Kebijakan

Analisis kebijakan adalah kegiatan pengkajian terhadap kebijakan lama tetapi belum berjalan dengan baik atau kebijakan baru untuk mengantisipasi adanya permasalahan yang mungkin muncul. Analisis kebijakan ini sangat berpengaruh dalam pelaksanaan mobilisasi dan pelaksanaan kegiatan advokasi kesehatan.

Beberapa hal yang dapat ditelaah dalam melakukan analisis kebijakan, antara lain:

- 1) Ketersediaan kebijakan yang mendukung upaya pemecahan masalah kesehatan tersebut;
- 2) Pengaruh dan efektifitas penerapan kebijakan yang sudah ada dalam mendukung tujuan tercapainya upaya pemecahan masalah kesehatan tersebut;

- 3) Kebijakan yang perlu dikembangkan untuk mendukung upaya pemecahan masalah kesehatan tersebut sehingga tujuan yang ditetapkan dapat tercapai;

d. Analisis Lain

Analisis lain meliputi beberapa hal penting yang perlu dipersiapkan sebelum melakukan advokasi kesehatan selain tiga analisis sebelumnya. Analisis tersebut antara lain:

- 1) Analisis tentang program-program komunikasi yang potensial untuk mendukung kegiatan advokasi.
- 2) Analisis tentang stakeholder (mitra kerja) terkait dengan pengembangan kebijakan publik berwawasan kesehatan.
- 3) Analisis tentang jejaring yang mampu melakukan/mendukung kegiatan advokasi kesehatan sehingga tujuan yang diharapkan dapat tercapai.
- 4) Analisis terhadap sumber daya yang dibutuhkan untuk melaksanakan kegiatan advokasi kesehatan.

2. Penyusunan Strategi Advokasi

Strategi advokasi adalah teknik dan pesan-pesan yang diinginkan oleh para advocator untuk mencapai tujuan advokasi. Penyusunan strategi advokasi ini semacam perencanaan beberapa aksi yang akan dilakukan. Sebagaimana tahap perencanaan pada umumnya, ada beberapa hal yang perlu diperjelas pada tahap penyusunan strategi advokasi, antara lain:

- a. Pembentukan kelompok kerja atau jejaring advokasi;
- b. Identifikasi sasaran advokasi;
- c. Pengembangan tujuan advokasi;
- d. Penentuan rencana aksi advokasi, yang meliputi:
 - 1) Penyelenggaraan forum komunikasi

- 2) Pengembangan pesan dan media advokasi
 - 3) Penyiapan dan pendayagunaan tenaga advokasi
 - 4) Perancangan metode advokasi
 - 5) Perencanaan komunikasi efektif untuk advokasi
 - 6) Penjadwalan kegiatan advokasi
 - 7) Perancangan proses pembuatan dukungan kebijakan
- e. Penentuan indicator (input, proses, output);
 - f. Penentuan sumber daya yang dibutuhkan.

3. Penggalangan Kemitraan (Mobilisasi)

Kegiatan mobilisasi ini memiliki tujuan untuk membangun kebersamaan, kekuatan, dan dukungan untuk pelaksanaan advokasi. Mobilisasi ini sangat penting untuk membuat “nilai kepentingan” dari beberapa kelompok yang terkait.

4. Pelaksanaan Advokasi

Pelaksanaan advokasi ini dilakukan melalui kegiatan komunikasi, baik secara individual, kelompok, atau massa, mengacu pada rencana yang telah disusun. Seluruh pihak perlu untuk membangun kesepakatan bahwa proses advokasi ini adalah “tindakan bersama”. Proses advokasi ini dilakukan secara terus menerus dan konsisten sampai tujuan advokasi yang ditetapkan dapat tercapai

5. Evaluasi

Pelaksanaan evaluasi mengacu pada indikator yang telah ditetapkan pada proses perencanaan, yang meliputi indikator input, proses, output, dan dampak dari advokasi yang telah dilakukan. Ada beberapa aspek yang perlu dievaluasi secara berkala, antara lain:

- a. Kegiatan dan kemampuan mitra atau jejaring dalam mencapai tujuan advokasi;
- b. Kegiatan komunikasi advokasi;
- c. Kejelasan isi pesan yang disampaikan;
- d. Kekuatan media advokasi yang digunakan;

- e. Pemahaman, ketertarikan, kepedulian serta tindakan sasaran advokasi dalam memberikan dukungan kebijakan maupun sumberdaya untuk program kesehatan;
- f. Realisasi dukungan dari sasaran advokasi;
- g. Dampak kegiatan advokasi terhadap pencapaian tujuan program kesehatan.

6. Kestinambungan

Tujuan akhir dari advokasi adalah adanya perubahan nilai dan perilaku sasaran penentu atau pengambil kebijakan. Proses pengembangan suatu kebijakan memerlukan waktu yang panjang dan pengawalan yang ketat. Untuk memudahkan pelaksanaan, kebijakan yang sudah ditetapkan perlu untuk diterjemahkan menjadi kebijakan operasional atau kebijakan teknis kepada pihak-pihak yang terkait dalam proses implementasi kebijakan. Salah satu bentuk implementasi adalah mengusulkan sumberdaya (dana, tenaga, sarana) yang dibutuhkan, untuk melaksanakan program kesehatan masyarakat di berbagai jenjang administrasi.

14.6 Pendekatan Advokasi Kesehatan

1. Melibatkan Pemimpin

Pemimpin merujuk pada mereka yang mempunyai pengaruh kuat dalam memfasilitasi perubahan populasi dan kesehatan di tingkat nasional. Ada tiga tipe pemimpin, yaitu:

- a. *Law makers*: mereka yang membuat hukum/ regulasi
- b. *Policy makers*: mereka yang membuat kebijakan
- c. *Decision makers*: mereka yang melaksanakan kebijakan

Strategi untuk menemui pemimpin, antara lain:

- a. Formal, dengan cara mengundang pemimpin dalam sebuah kegiatan formal berupa rapat, seminar, atau konferensi.
- b. Informal, dengan cara menemui pemimpin di tempat berkumpulnya masyarakat, festival, kegiatan olah raga, atau rumah.

2. Membangun Kerjasama

Kerjasama dibentuk oleh kelompok atau individu yang bergabung bersama untuk mencapai tujuan yang sama. Cara membangun Kerjasama yang efektif dengan memulai menanyakan pada diri sendiri sebelum melakukan pendekatan kepada *partner* yang potensial dengan beberapa pertanyaan berikut:

- a. Siapa yang mengkonstitusikan Kerjasama?
- b. Siapa yang memimpin Kerjasama?
- c. Bagaimana sumber diperhitungkan?
- d. Seberapa besar kerjasamanya?
- e. Haruskah dibatasi pada tingkat nasional atau tingkat yang lain dilibatkan juga?

3. Memobilisasi Kelompok Komunitas

Mobilisasi kelompok komunitas memiliki tujuan berikut:

- a. Untuk mendapatkan perhatian dari pemimpin populasi kunci dan mendorong mereka untuk melakukan aksi
- b. Memberikan umpan balik pada kebutuhan dan perasaan komunitas
- c. Membantu perencana utk mengumpulkan data, testimonia dan informasi lain yang menambah issue
- d. Diseminasi informasi tentang publik dan menciptakan dukungan publik terhadap issue yang diadvokasikan

Cara mengorganisasikan kelompok komunitas antara lain:

- a. Melibatkan pemimpin komunitas, pemimpin berpengaruh dan pimpinan agama

- b. Identifikasi kelompok masyarakat yang ada
- c. Identifikasi saluran komunikasi komunitas yang ada untuk diseminasi informasi
- d. Organisasikan kelompok (identifikasi anggota kelompok, pemimpin kelompok dan buat TOR)
- e. Mobilisasi kelompok melalui pertemuan (kelurahan, desa dsb), diskusi kelompok, media tradisional atau panggung hiburan)

4. Membangun Kapasitas

Membangun kapasitas adalah kegiatan melembagakan kemampuan untuk mengelola program yang komprehensif dan membangun *critical-mass* pendukung yang memiliki keterampilan advokasi. Kegiatan membangun kapasitas dapat dilakukan dengan pelatihan dan memberikan bantuan teknis oleh organisasi tertentu. Tujuan membangun kapasitas antara lain: a. pengembangan kepemimpinan; b. memperluas jaringan advokasi; c. mempertahankan pemahaman dan keterampilan; d. mengikuti trend dan tantangan yang baru.

5. Bekerja dengan Media

Media massa digunakan untuk menarik perhatian masyarakat terhadap masalah kesehatan sehingga dapat memperkuat jejaring dan kegiatan advokasi. Media Massa sangat penting berperan dalam membentuk opini publik. Media massa juga sangat kuat dalam mempengaruhi persepsi public atas isu atau masalah tertentu.

Macam media massa yang dapat digunakan antara lain:

- a. TV (lokal dan nasional)
- b. Radio
- c. Cetak (koran, majalah, newsletters, tabloid)
- d. Websites

14.7 Metode Advokasi Kesehatan

Ada beberapa metode advokasi yang dapat dilakukan oleh para pelaku advokasi kesehatan.

1. Lobi

Lobi adalah aktivitas perbincangan secara informal para pengambil keputusan dan pembuat kebijakan tentang isu-isu strategis kesehatan yang sedang menjadi perhatian atau kekhawatiran di tengah-tengah masyarakat dan membutuhkan solusi. Metode komunikasi yang paling efektif dilakukan saat melakukan lobi adalah komunikasi interpersonal. Meskipun lobi dilakukan secara informal, tetapi ada hal-hal penting yang juga perlu dipersiapkan oleh tim pelaku advokasi, antara lain:

- a. Data dan argumen yang valid dan kuat untuk disampaikan kepada pejabat publik atau pemangku kebijakan;
- b. Waktu dan tempat untuk bertemu pejabat publik atau pemangku kebijakan sesuai dengan jadwal janji temu yang sudah disepakati;
- c. Prinsip melobi dalam advokasi kesehatan adalah "*low profile, high pressure*" karena perbincangan dilakukan secara informal tetapi kontennya berisi penekanan terhadap sesuatu hal yang penting.

2. Petisi

Petisi adalah metode advokasi yang dilakukan secara formal dan tertulis dalam menyampaikan ide/ gagasan dengan tujuan memberikan tekanan kolektif terhadap para pejabat publik yang berpengaruh atau pembuat kebijakan. Beberapa karakteristik dari petisi antara lain:

- a. Berupa pernyataan singkat yang ditulis secara jelas tentang isu tertentu dan tindakan yang akan dilakukan;

- b. Tercantum nama dan tanda tangan individu dan organisasi, serta identitas pihak-pihak yang mendukung petisi;
- c. Semakin banyak yang mendukung petisi, maka semakin meningkat peluang perhatian publik untuk menerima petisi

3. Debat

Debat merupakan metode advokasi kesehatan dalam kelompok yang mengangkat dan membahas berbagai isu kesehatan dari kelompok yang pro dan kontra. Adanya debat ini memberikan peluang bagi advokator untuk menelaah isu dari berbagai perspektif dan pandangan. Debat dapat dilakukan dengan menggunakan media massa, baik cetak maupun elektronik, berupa TV, radio, koran, dan lain sebagainya. Kualitas debat sangat dipengaruhi oleh narasumber dan moderator yang terlibat dalam kegiatan diskusi dalam membahas isu-isu tertentu, khususnya dalam menetapkan arah diskusi dan alokasi waktu yang tersedia. Adanya keterlibatan kelompok sasaran advokasi (publik) yang lebih aktif dalam kegiatan debat ini, maka pembahasan masalah kesehatan lebih bervariasi dan mendalam, baik dari aspek-aspek positif maupun negative. Hal ini sangat bermanfaat bagi advokator dalam melakukan fokus dan penekanan untuk memperkuat data atau informasi saat melakukan advokasi.

4. Dialog

Dialog ini memiliki kesamaan dengan metode debat, yaitu menggunakan pendekatan kelompok. Pelaksanaan dialog membutuhkan dukungan dari media massa, khususnya media elektronik, guna memperluas jangkauan ke masyarakat. Metode ini memberi peluang yang cukup baik untuk mengungkapkan isu/ aspirasi/ pandangan khalayak sasaran terhadap program kesehatan. Adanya aspirasi/

pandangan masyarakat tentang isu kesehatan ini dapat meningkatkan urgensi dari isu tersebut sehingga dapat meningkatkan perhatian pejabat publik atau pemangku kebijakan untuk segera mengatasinya.

5. Negosiasi

Negosiasi merupakan metode advokasi yang melibatkan beberapa pihak yang memiliki kepentingan berbeda-beda guna mencapai sebuah kesepakatan untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang sedang menjadi fokus perhatian. Pihak yang terlibat dalam negosiasi perlu untuk memiliki keterampilan tawar-menawar secara terbuka dan pemahaman yang baik tentang isu yang menjadi pokok pembahasan negosiasi. Ada tiga faktor kunci negosiasi yaitu mau mendengarkan, mengamati dan menyampaikan. Karakteristik negosiasi, antara lain:

- a. Terdapat dua atau lebih pihak, baik individu, kelompok, maupun organisasi;
- b. Terdapat konflik kebutuhan dan keinginan antar-dua pihak atau lebih;
- c. Para pihak bernegosiasi dengan pilihan;

Adapun langkah melakukan negosiasi adalah: pertama, tahap persiapan yang meliputi penetapan tujuan, penilaian lawan, pengumpulan data, dan pembuatan strategi; kedua, pelaksanaan yang meliputi pengumpulan data tambahan, penilaian ulang, dan pengajuan tawaran; ketiga, penutupan yaitu pencapaian kesepakatan negosiasi.

6. Presentasi

Presentasi merupakan pemaparan adalah isu strategis tentang masalah kesehatan yang disampaikan dalam bahasa yang baik, cukup menyentuh, efektif, tidak berbelit-belit, dapat dimengerti dan dipahami dengan cepat dan jelas. Metode ini sering digunakan yang bertujuan untuk menyamakan persepsi, menumbuhkan kebersamaan dan

membangun komitmen. Data dan informasi yang valid dan akurat menjadi bahan presentasi yang penting untuk memperkuat dukungan dari pejabat publik atau pemangku kebijakan. Materi yang dipresentasikan perlu direncanakan secara matang, baik isi materi maupun media presentasi yang digunakan, sehingga materi akan lebih mudah disampaikan dan menarik perhatian audiens.

7. Seminar

Seminar adalah metode advokasi terencana yang resmi dengan tujuan membahas isu strategis secara ilmiah yang dilakukan bersama beberapa pejabat publik sebagai sasaran advokasi. Kegiatan seminar ini dapat diikuti sekitar 20-30 peserta yang dipimpin oleh seorang pakar/ ahli terkait isu yang sedang dibahas. Seminar ini bertujuan untuk mencapai keputusan atau rekomendasi terhadap upaya pemecahan masalah kesehatan tertentu dari hasil kesepakatan bersama semua peserta seminar. Teknik seminar juga menguntungkan dalam menyamakan persepsi, menumbuhkan kebersamaan dan membangun komitmen dalam mendukung kebijakan dan penerapan serta memberi kesempatan diskusi dengan para peserta seminar secara aktif. Dalam penerapan teknik seminar diperlukan kemampuan untuk menggunakan dan memanfaatkan berbagai teknik komunikasi serta penggunaan alat bantu penyajian yang berkembang kecanggihannya.

8. Studi banding

Studi banding merupakan metode advokasi dengan mengajak sasaran advokasi mengunjungi suatu daerah untuk mengetahui permasalahan kesehatan yang ada secara langsung. Teknik ini bertujuan untuk memberikan gambaran dan informasi secara nyata kepada sasaran advokasi. Selanjutnya, sasaran advokasi dapat melakukan

analisa dan menetapkan langkah-langkah untuk mengatasi permasalahan yang ada, serta mempunyai gambaran terhadap dukungan yang harus diberikan.

9. Pengembangan kelompok peduli

Pengembangan kelompok peduli adalah metode advokasi dengan cara menghimpun kekuatan, baik perorangan maupun organisasi, dalam suatu jaringan kerjasama untuk menyuarakan/memperjuangkan isu yang diadvokasikan yang biasa disebut sebagai “**koalisi**”. Koalisi ini memiliki jaringan yang kuat dalam ide/gagasan meskipun secara organisasi tidak terlalu ketat keterikatannya.

10. Penggunaan media massa

Media massa sangat berperan dalam mendukung keberhasilan advokasi kesehatan, baik melalui pembentukan opini, menyamakan persepsi, dan maupun dalam memberikan tekanan. Media massa memiliki potensi untuk menyebarkan informasi dan mempengaruhi khalayak publik lebih efektif dan efisien. Media massa yang dapat digunakan meliputi media massa elektronik (TV, radio, website, media sosial) dan cetak (koran, majalah, tabloid, dan lain-lain). Kedekatan dengan pemilik atau pengelola media massa sangat penting untuk mempermudah penyampaian isu-isu strategis yang akan dipublikasikan.

DAFTAR PUSTAKA

- Maulana, HDJ. 2009. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: EGC
- Siregar PA, Harahap RA, Aidha Z. 2020. *Promosi Kesehatan Lanjutan dalam Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Kencana
- Kemenkes RI. 2018. 4 Target Kesehatan ini Harus Tercapai di 2019 [online]. Jakarta: Kemenkes RI
- Rizal, MC. 2021. Negosiasi dan Lobi: Catatan Singkat Pelatihan Advokasi. *Opini Hukum dan Hak Asasi Manusia*. 1(2021): 37-40
- Kemenkes RI. 2013. Kurikulum dan Modul Pelatihan Teknis tentang Pengelolaan Advokasi Kesehatan. Jakarta: Kemenkes RI
- Nurdin, AB. 2008. Strategi Advokasi Program Promosi Kesehatan terhadap Dukungan dan Kebijakan Publik di Kabupaten Donggala Tahun 2008. Makassar: Unhas Makassar

BIODATA PENULIS



Dr.Ns. Suprpto, M.Kes

Dosen Program Studi Diploma Tiga Keperawatan
Politeknik Sandi Karsa

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2004 silam. Hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Akademi Keperawatan dan berhasil lulus pada tahun 2007. Penulis kemudian melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan profesi Ners dan berhasil menyelesaikan pada tahun 2012. Kemudian penulis menyelesaikan studi Magister Kesehatan pada tahun 2013 dan pada tahun 2021 penulis menyelesaikan Program Doktorat dibidang Ilmu Administasi Publik. Penulis memiliki kepakaran dibidang Kesehatan Masyarakat. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Selain itu penulis Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti penulis juga aktif sebagai editor in chief, review jurnal nasional terakreditasi dan beberapa jurnal international bereputasi serta menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta

ini. Atas dedikasi dan kerja keras dalam menekuni menjadi Dosen, LLDIKTI 9 memberikan penghargaan sebagai salah satu Dosen Tetap Yayasan dengan masa pengabdian 10 tahun pada tahun 2022. Email; atoenurse@gmail.com

BIODATA PENULIS



Arina Nuraliza Romas, SKM., MPH.

Dosen Jurusan Keselamatan dan Kesehatan Kerja

Penulis lahir di Kebumen tanggal 19 Agustus 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di Politeknik Rukun Abdi Luhur Kudus. Menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di STIKes Surya Global Yogyakarta pada tahun 2017 dan melanjutkan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat peminatan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) di FKMK Universitas Gadjah Mada.

BIODATA PENULIS



Ayu Khoirotul Umaroh, SKM., MKM

Dosen Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Penulis lahir di Nganjuk, 9 Januari 1993. Menikah dengan Jothat Khoerudin, S.Pd dan memiliki dua putri bernama Asma' Hamda Sakhiya (6,5 tahun) dan Khaulah Izzati Izzah (2 tahun). Pendidikan terakhir penulis adalah S2 di Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia tahun 2019-2021. Sebelumnya penulis menyelesaikan gelar sarjana di Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Muhammadiyah Surakarta tahun 2011-2015. Secara akademik, penulis aktif dalam melakukan penelitian yang terpublikasi di jurnal nasional dan internasional dan pengabdian kepada masyarakat yang terpublikasi di jurnal nasional. Selain itu, penulis juga memiliki publikasi *book chapter* pertamanya, dengan judul Pendidikan dan Promosi Kesehatan tahun 2022 yang diterbitkan oleh PT. Global Eksekutif Teknologi. Mata kuliah yang diampu oleh penulis meliputi Sosiologi Antropologi Kesehatan, Dinamika Kelompok, Komunikasi Kesehatan,

Advokasi Kesehatan, Pengembangan Media, dan Manajemen Data.

BIODATA PENULIS



Ns. Ni Luh Made Asri Dewi, M.Kep

Dosen Program Studi Diploma III Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan KESDAM IX/Udayana

Penulis lahir di Dauhwaru tanggal 20 Maret 1985. Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Diploma III Keperawatan Stikes KESDAM IX/Udayana. Menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi Ners pada jurusan Prodi Ilmu Keperawatan Stikes Wira Husada Yogyakarta, dan melanjutkan S2 Keperawatan pada jurusan Magister Keperawatan di Universitas Jenderal Achmad Yani Cimahi Bandung. Penulis aktif dalam melakukan penelitian, pengabdian kepada masyarakat dan menulis buku. Pada tahun 2020 penulis lolos Hibah Kemenristekdikti dengan skema Penelitian Dosen Pemula (PDP), lolos Hibah DPD PPNI Denpasar tahun 2022, dan saat ini peneliti melakukan penelitian hibah internal kampus Stikes KESDAM IX/Udayana.

BIODATA PENULIS



Lia Fitriyani, SKM., MKM

Dosen Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan Institut Kesehatan dan Teknologi PKP DKI Jakarta

Penulis lahir di Bogor tanggal 25 April 1994. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Institut Kesehatan dan Teknologi Pondok Karya Pembangunan (PKP) DKI Jakarta. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Kesehatan Masyarakat di Universitas Pembangunan Nasional “Veteran” Jakarta dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat di Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Jakarta. Penulis menekuni bidang menulis dibidang kesehatan.

BIODATA PENULIS



Ns. Ichlas Tribakti.,S.Kep.,M.Kep

Dosen Program Studi Keperawatan Stikes Ummi Bogor

Penulis lahir di Bonea tanggal 02 Desember 1991. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan di Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna (2012-2017), Profesi Ners di Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna (2018-2019), Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta (2019-2021).

Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Stikes Ummi Bogor, Mengajar di Prodi Sarjana Keperawatan dan Prodi Profesi Ners serta menjabat sebagai Kepala Bidang Kemahasiswaan dan Alumni.

Email : ichlastribakti85@gmail.com

BIODATA PENULIS



Muhammad Al Rajab, SKM., MKM

Dosen Program Studi Administrasi Rumah Sakit
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Pelita Ibu

Penulis lahir di Kendari tanggal 5 Februari 1989. Penulis adalah dosen tetap pada program studi Administrasi Rumah Sakit STIKES PELITA IBU Kendari. Menyelesaikan Pendidikan DIII Jurusan Gizi, Kemudian Melanjutkan Pendidikan S1 Pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan dan Melanjutkan lagi Pendidikan S2 Pada jurusan Kesehatan Masyarakat Peminatan Administrasi Rumah Sakit.

BIODATA PENULIS



Dr. Marylin Susanti Junias, ST., M.Kes.

Dosen Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Jakarta tanggal 11 Desember 1973. Penulis adalah dosen tetap (homebase) pada Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat, tetapi juga sebagai dosen pada S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana Kupang. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Teknik Arsitektur Universitas Katholik Widya Mandira Kupang (2001) dan melanjutkan S2 pada Jurusan/ prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya (2004). Selanjutnya penulis menyelesaikan program Doktoralnya pada tahun 2017 di prodi Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga Surabaya. Penulis selalu berusaha meningkatkan kualitasnya dengan melakukan penelitian dan pengabdian pada masyarakat, baik mandiri maupun Bersama tim yang sama keilmuannya, maupun yang lintas keilmuan. Sudah banyak hasil penelitian yang direkognisi dalam jurnal terakreditasi sinta maupun jurnal terindeks. Demikian juga menulis buku ajar maupun buku referensi bersama (perchapter). Hal ini mendukung materi yang disampaikan dalam pembelajaran mata kuliah diampunya, seperti Kesehatan lingkungan, Kesehatan

Lingkungan Permukiman, Penyediaan Air Bersih dan beberapa mata kuliah lainnya

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail:
marylin.junias73.mj@gmail.com

BIODATA PENULIS



Ns. Sulistiyan, M.Kep

Dosen Program Studi Profesi Ners

Jurusan Keperawatan, Politeknik Kesehatan KEMENKES Jayapura

Penulis lahir di Jayapura tanggal 13 Oktober 1983. Riwayat Pendidikan diawali dari lulus pendidikan D3 Keperawatan pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jayapura pada tahun 2004. Penulis kemudian melanjutkan jenjang Pendidikan SI Keperawatan dan Ners di Universitas Brawijaya tahun lulus 2012. Kemudian pada tahun 2017 penulis melanjutkan Pendidikan jenjang S2 Keperawatan peminatan Keperawatan Komunitas pada Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro dan lulus pada tahun 2019. Mata kuliah yang penulis ampuh meliputi Komunikasi dalam Keperawatan, Falsafah keperawatan, Keperawatan Komunitas, Keperawatan keluarga, dan keperawatan Gerontik. Email: is.listi83@gmail.com

BIODATA PENULIS



Nordiniwati, SKM, M.Kes

Dosen Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda

Penulis lahir di Samarinda tanggal 26 Maret 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda. Menyelesaikan Pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan lulus tahun dan melanjutkan Pendidikan S2 di Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang lulus tahun.

Pengalaman bekerja di Bank Bukopin Cabang Samarinda, bekerja di Farmasi IFARS tahun dan menjadi tenaga Honorer di Puskesmas Sempaja Kota Samarinda dan menjadi Dosen tetap Program Studi Kesehatan Masyarakat Masyarakat Universitas Widya Gama Mahakam Samarinda dari tahun 2017 sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



Ryryn Suryaman Prana Putra, SKM, M.Kes.

Dosen Tetap Program Studi S1 Adminsitasi Rumah Sakit
Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar

Penulis adalah anak pertama dari bapak Jamaluddin dan Mastang. Pada tahun 2014 menyelesaikan Pendidikan Strata 2 di Prodi Kesehatan Masyarakat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar. Pada tahun 2011 sampai 2015 penulis menjadi asisten dosen, staf administrasi, dan pengelola jurnal artikel ilmiah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Universitas Hasanuddin Makassar. Sejak tahun 2015 sampai sekarang penulis bekerja sebagai Dosen Tetap pada Program Studi S-1 Administrasi Rumah Sakit Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Makassar dan sejak tahun 2021 sampai sekarang menjabat sebagai Ketua Bidang Penelitian pada Lembaga Penelitian dan Pengabdian kepada Masyarakat Institut Ilmu Kesehatan Pelamonia Ksdam XIV Hasanuddin Makassar. Buku yang telah ditulis oleh penulis adalah Buku Monograf "Pengaruh Penerapan Pelayanan Prima terhadap Kepuasan Pasien Rawat Jalan di RSUD Labuang Baji Makassar", Buku Monograf "Analisis GAP Harapan dan

Kenyataan Pasien JKN terhadap Kualitas Pelayanan Rawat Jalan dengan Metode SERVQUAL dan *Importance Performance Analysis* di RSUD H. Padjonga Daeng Ngalle Kabupaten Takalar”, Buku Manajemen Pemasaran, Buku Manajemen Rumah Sakit (Teori Dan Aplikasi), Buku Metodologi Penelitian Kuantitatif Dan Kualitatif, Buku Hukum Kesehatan dan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Buku Hukum Kesehatan, Buku Ekonomi Kesehatan, Buku Gizi Kronis pada Anak Stunting, dan Buku Penelitian Ilmu Kesehatan.

BIODATA PENULIS



Westy Tenriawi

Dosen Program Studi Sanitasi Lingkungan
Politeknik Indonesia Makassar

Penulis lahir di Makassar pada tgl 24 Desember 1985, Penulis adalah dosen tetap program studi Sanitasi lingkungan Politeknik Indonesia Makassar. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin kemudian S2 Administrasi Kebijakan Kesehatan (AKK) Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin Makassar dengan predikat lulusan terbaik tahun 2018, Penulis mulai menekuni bidang menulis pada tahun 2019 dengan tulisan opini di media cetak maupun media elektronik, kemudian buku pertama dengan judul Mata legislator.

BIODATA PENULIS



Dr. Serlie K.A. Littik, SP., MKM

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana

Penulis lahir di Kupang tanggal 23 September 1977. Menyelesaikan S1 Sosial Ekonomi Pertanian Universitas Nusa Cendana pada tahun 2001, S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia pada tahun 2005, dan S3 Ilmu Kesehatan Universitas Airlangga pada tahun 2017. Sejak tahun 2006 telah menjadi dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Nusa Cendana sampai dengan sekarang.

BIODATA PENULIS



Kusuma Estu Werdani, S.K.M.,M.Kes

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta

Penulis lahir di Pacitan pada April 1988 telah memulai karir sebagai dosen di Universitas Muhammadiyah Surakarta sejak Februari 2014. Lulus sarjana pada tahun 2010 dari Universitas Diponegoro, penulis melanjutkan studi magisternya di Universitas Sebelas Maret Surakarta pada tahun 2011 dan lulus pada tahun 2013. Penulis sekarang aktif sebagai Ketua Editor Jurnal terakreditasi nasional dan reviewer jurnal nasional dan internasional. Penulis telah menyusun buku ajar berjudul Ilmu Kependudukan berwawasan Kesehatan Masyarakat dan Organisasi Manajemen Kesehatan. Selain itu, karya-karya ilmiahnya juga telah dipublikasikan di jurnal-jurnal nasional dan internasional bereputasi, serta sertifikat Hak Kekayaan Intelektual (HKI). Penulis memiliki konsentrasi kebidangan dalam administrasi kebijakan kesehatan, khususnya kesehatan ibu dan anak (KIA) dan kesehatan remaja.