



ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

dr. Erlyta Dian Puspitarini, Sp.Rad

Rafika Syulistia, S.K.M., M.K.M

drg. Lyliana Endang Setianingsih, MPH

Early Wulandari Muis

Dr. dr. Ambar Sulianti, M.Kes

Shinta Amelia Astuti, S.Tr.Keb., M.Kes

Dr. Takdir, M.H., M.K.M

H. Ambia Nurdin, AMK., AMd.RMIK., S.Pd., SKM., M.Pd., M. Kes

dr. Ulya Uti Fusrini, M.Biomed

Ir. Sri Sugiharti, M.Kes

Editor: Weni Yuliani, S.Si., M.M., C.Ed

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis:

dr. Erlyta Dian Puspitarini, Sp.Rad

Rafika Syulistia, S.K.M., M.K.M

drg. Lyliana Endang Setianingsih, MPH

Early Wulandari Muis

Dr. dr. Ambar Sulianti, M.Kes.

Shinta Amelia Astuti, S.Tr.Keb., M.Kes

Dr. Takdir, M.H., M.K.M

H. Ambia Nurdin, AMK., AMd.RMIK., S.Pd., SKM., M. Pd., M. Kes

dr. Ulya Uti Fasrini, M.Biomed

Ir. Sri Sugiharti. MKes.



BRAVO PRESS

CV BRAVO PRESS INDONESIA

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis :

dr. Erlyta Dian Puspitarini, Sp.Rad | Rafika Syulistia, S.K.M., M.K.M.

drg. Lyliana Endang Setianingsih, MPH | Early Wulandari Muis

Dr. dr. Ambar Sulianti, M.Kes | Shinta Amelia Astuti, S.Tr.Keb., M.Kes

Dr. Takdir, M.H., M.K.M

H. Ambia Nurdin, AMK., AMd.RMIK., S.Pd., SKM., M. Pd., M. Kes

dr. Ulya Uti Fasrini, M.Biomed | Ir. Sri Sugiharti. MKes.

ISBN : 978-634-7109-59-0

Editor : Weni Yuliani, S.Si., M.M., C.Ed

Penyunting : Wedya Rahmayuni, S.E

Desain Sampul dan Tata Letak : Septia Fakhira Risti, S.Ds

Penerbit : CV BRAVO PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 022/RAU/2024

Redaksi :

Perumahan Indah Harisanda blok f6 Jalan saudara RT 03/RW 06 Kel/Desa

Tuah Madani, Kec. Tuah Madani, Kota Pekanbaru, Riau

Website : www.bravopress.id

Email : bravopressindonesia@gmail.com

Cetakan pertama, Januari 2025

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya, buku yang berjudul *Ilmu Kesehatan Masyarakat* ini dapat terselesaikan dengan baik. Buku ini disusun dengan tujuan untuk memberikan pemahaman yang lebih mendalam mengenai konsep dasar ilmu kesehatan masyarakat, yang mencakup berbagai aspek yang mempengaruhi kesehatan masyarakat di tingkat global, nasional, dan lokal.

Ilmu kesehatan masyarakat memiliki peranan yang sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup manusia. Melalui pendekatan yang komprehensif, ilmu ini tidak hanya berfokus pada penanganan penyakit, tetapi juga pencegahan, promosi kesehatan, serta peningkatan kualitas lingkungan yang sehat. Sebagai disiplin ilmu yang terus berkembang, kesehatan masyarakat mengajak kita untuk melihat kesehatan sebagai hal yang tidak terpisahkan dari faktor sosial, ekonomi, dan budaya.

Penyusunan buku ini dilatarbelakangi oleh kebutuhan untuk menyampaikan informasi yang akurat, jelas, dan mudah dipahami mengenai topik-topik yang relevan dengan kesehatan masyarakat. Harapan kami, buku ini dapat menjadi referensi yang berguna bagi mahasiswa, akademisi, serta praktisi di bidang kesehatan yang ingin memperdalam pemahaman mereka tentang isu-isu kesehatan masyarakat.

Kami menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat kami harapkan untuk perbaikan di masa mendatang. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat dan kontribusi yang berarti bagi pembaca serta perkembangan ilmu kesehatan masyarakat di Indonesia.

Terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini. Semoga karya ini dapat memberikan wawasan dan inspirasi bagi kita semua dalam mewujudkan masyarakat yang lebih sehat dan sejahtera.

Ponorogo, Januari 2025

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR GAMBAR.....	viii
DAFTAR TABEL	ix
BAB 1 KONSEP SEHAT DAN SAKIT	1
A. Pendahuluan	1
B. Konsep Kesehatan	6
C. Bagaimana Seharusnya Kesehatan Didefinisikan?.....	8
D. Definisi Baru Tentang Kesehatan.....	11
E. Penyakit Sebagai Alat Konseptual	14
F. Realitas Penyakit	18
G. Kategori Penyakit.....	20
H. Keyakinan Budaya Tentang Penyakit	25
I. Bagaimana Kesehatan Dipersepsi Dalam Lingkungan Digital Saat Ini – Perspektif Orang Awam	29
DAFTAR PUSTAKA	34
BAB 2 KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT	37
A. Definisi dan Tujuan Kesehatan Masyarakat	37
B. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat.....	44
C. Sasaran Kesehatan Masyarakat	45
DAFTAR PUSTAKA	49
BAB 3 DETERMINAN KESEHATAN DAN PENGARUHNYA PADA KONDISI SEHAT DAN SAKIT	51

A. Pendahuluan.....	51
B. Determinan Kesehatan dan Pengaruhnya Pada Kesehatan	52
C. Peran Determinan Kesehatan Dalam Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat	62
DAFTAR PUSTAKA.....	65
BAB 4 MENGANALISIS PERANAN SOSIAL BUDAYA TERHADAP PERILAKU DAN KEBIASAAN MAKAN, GIZI DAN KESEHATAN	
KESEHATAN	67
A. Pendahuluan.....	67
B. Makan Bukan Sekedar Kebutuhan Biologis.....	69
C. Pengaruh Budaya terhadap Pilihan Makanan dan Kebiasaan Makan.....	72
D. Pengaruh Sosial Budaya Pada Perilaku Makan dan Hasil Kesehatan	74
E. Dampak Tradisi dan Praktik Budaya Terhadap Pilihan Makanan	76
F. Faktor Penentu Sosial Budaya Gizi dan Kesehatan	77
G. Peran status sosial ekonomi dan pendidikan dalam membentuk pengetahuan gizi dan perilaku kesehatan	78
H. Ringkasan interaksi antara sosial budaya, perilaku makan, nutrisi, dan hasil kesehatan	79
I. Kesimpulan.....	80
DAFTAR PUSTAKA.....	81
BAB 5 TABU MAKANAN DAN PANTANGAN MAKANAN	85
A. Pengantar Tabu dan Pantangan Makanan di Indonesia.....	85

B. Tabu dan Pantangan Makanan Saat Menstruasi dan Kehamilan	85
C. Pantangan Makanan Saat Kadar Asam Urat Tinggi	88
D. Pantangan Makanan Keperkasaan Pria.....	94
E. Tabu dan Pantangan Makanan Diet Pelangsingan	97
DAFTAR PUSTAKA	101
BAB 6 MENGANALISIS ALTERNATIF PEMECAHAN MASALAH GIZI	
TERKAIT SOSIO BUDAYA	103
A. Pendahuluan	103
B. Norma Sosial Budaya Menurut Undang-Undang.....	104
C. Masalah Gizi Berdasarkan Sosio Budaya.....	106
D. Penyelesaian Masalah Sosio Budaya Gizi.....	108
E. Indikator Sosio Budaya	110
DAFTAR PUSTAKA	112
BAB 7 MANAJEMEN SISTEM PELAYANAN KESEHATAN (MSPK)	
NASIONAL.....	113
A. Definisi Sistem Kesehatan Nasional	113
B. Dasar Hukum Sistem Kesehatan Nasional.....	117
C. Sistem Kesehatan Nasional (SKN)	119
D. Komponen Sistem Kesehatan Nasional	121
E. Manajemen Kebijakan Kesehatan.....	124
F. Manajemen Pelayanan Kesehatan	128
G. Upaya Pelayanan Kesehatan	131
H. Sistem Pembiayaan Kesehatan.....	134
I. Pengelolaan dan Transparansi:.....	137

BAB 8 PUSKESMAS DAN SERTIFIKASINYA DALAM PELAYANAN KESEHATAN.....141

- A. Pendahuluan.....141
- B. Dasar Hukum Akreditasi Puskesmas.....142
- C. Timeline Penyusunan *Plan Of Action* (POA) Akreditasi Puskesmas.....143
- D. Penilaian Kineja Puskesmas144
- E. Kerangka Penilaian Kinerja Puskesmas145

DAFTAR PUSTAKA.....152

BAB 9 MASALAH GIZI DI INDONESIA DAN GLOBAL153

- A. Pendahuluan.....153
- B. Masalah gizi global.....154
- C. Masalah gizi di Indonesia.....158
- D. Penyebab masalah gizi.....161
- E. Kebijakan dan inisiatif gizi.....163
- F. Penutup.....165

DAFTAR PUSTAKA.....166

BAB 10 MENERAPKAN PROGRAM PEMERINTAH DALAM

KESEHATAN MASYARAKAT DAN GIZI.....169

- A. Masyarakat dan Gizi.....169
- B. Program Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu)169
- C. Program Gizi Seimbang.....173
- D. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)175
- E. Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT).....180

F. Kampanye Sanitasi dan Air Bersih.....	184
G. Program Imunisasi Nasional.....	189
H. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan.....	194
I. Program Penanggulangan <i>Stunting</i>	201
J. Makan Bergizi Gratis (MBG).....	206
DAFTAR PUSTAKA	210
BIODATA PENULIS	212

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1	Komponen Kesehatan (Amzat & Razum, 2014).....	8
Gambar 1. 2	Skema yang menunjukkan lingkup pengaruh terhadap kesehatan(Bradshawi, 2008)	10
Gambar 3. 1	Model Dahlgren & Whitehead Determinan Kesehatan	53
Gambar 5. 1	Alir proses filtrasi, reabsorpsi, dan ekskresi di ginjal manusia.....	93
Gambar 9. 1	Kondisi kelaparan global dalam dua dekade terakhir	155
Gambar 9. 2	Tren angka malnutrisi balita di Indonesia Tahun 2021 - 2023.....	160
Gambar 9. 3	Penyebab masalah gizi dan konsekuensinya.....	162

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1	Perbedaan Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Masyarakat.....	38
Tabel 5. 1	Kandungan Purin Tinggi.....	91
Tabel 5. 2	Kandungan Purin Sedang.....	91
Tabel 5. 3	Kandungan Purin Rendah	92
Tabel 9. 1	Perkembangan capaian tujuan global kedua	158

BAB 1

KONSEP SEHAT DAN SAKIT

Oleh dr. Erlyta Dian Puspitarini, Sp.Rad

A. Pendahuluan

Kesehatan, atau berada dalam kondisi sehat, penting bagi semua orang. Hal ini tidak hanya mempengaruhi perasaan kita, namun juga cara kita berfungsi dan berpartisipasi dalam masyarakat. Konsep ‘sehat’ dan ‘sakit’ tidak hanya menjangkau individu serta mungkin sulit untuk didefinisikan atau diukur. Konsep tersebut mencakup berbagai pengalaman dan peristiwa dimana penafsirannya bersifat relatif terhadap norma-norma dan konteks sosial. Oleh karena itu, individu, kelompok, dan masyarakat dapat memiliki penafsiran yang sangat berbeda mengenai apa yang dimaksud dengan penyakit dan apa artinya berada dalam keadaan sehat.

World Health Organization (WHO) memberikan definisi “Kesehatan adalah suatu keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial yang utuh dan bukan sekedar bebas dari penyakit atau kelemahan” Namun, definisi kesehatan menurut WHO ini tidak lagi sesuai dengan sudut pandang masyarakat saat ini (van der Linden & Schermer, 2022). Banyak analisis kritis menunjukkan bahwa definisi WHO tentang kesehatan menjadi tidak sesuai untuk menghadapi tantangan-tantangan baru yang timbul dari pertumbuhan angka penuaan dan peningkatan jumlah orang

dengan penyakit kronis (Leonardi, 2018) Karena kata 'utuh' dalam definisi ini, banyak orang menjadi tidak dianggap sehat, akibat penyakit kronis atau kecacatannya. Bagi mereka, kesejahteraan yang utuh adalah sesuatu yang utopis dan tidak mungkin dicapai (Van der Linden & Schermer, 2022)

Beberapa pertimbangan kritis mengenai definisi kesehatan oleh WHO antara lain: (Leonardi, 2018)

- ✓ “Kesejahteraan menyeluruh,” yang berarti suatu keadaan yang sangat ekstrim sehingga hampir mustahil untuk dicapai. Tentu saja, hal ini tidak akan pernah bisa dicapai oleh orang lanjut usia atau pasien yang terkena penyakit kronis. Namun demikian, keadaan sejahtera yang utuh juga merupakan masalah bagi orang lain, karena pengalaman umum dalam hidup menunjukkan bahwa sangat tidak mungkin untuk bebas dari gejala fisik dan mental dalam jangka waktu lama. Bukti ilmiah menunjukkan bahwa rata-rata orang dewasa mengalami sekitar 4 gejala sakit dalam satu tahun. Hal ini berarti bahwa kesehatan, yang dipahami sebagai suatu keadaan yang utuh, mungkin hanya bersifat sementara, setidaknya bagi rata-rata orang dewasa.
- ✓ Berkaitan dengan rendahnya tingkat kesesuaian definisi WHO untuk penerapan nyata: definisi ini tidak berguna dalam situasi nyata, karena tidak operasional dan tidak terukur, serta tidak pernah menghasilkan kesehatan yang nyata dan bermanfaat. Walaupun beberapa upaya serius telah dilakukan, kini saatnya

menyadari bahwa mengukur sebuah konsep utopis tidak mungkin dilakukan.

- ✓ Keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh menyiratkan kehidupan yang bebas dari kemiskinan, keburukan, dan kejahatan. Kenyataannya, kejahatan, diskriminasi, kekerasan, penindasan, dan perang, yang pada dasarnya merupakan masalah kehidupan, tidak boleh dianggap sebagai masalah medis. Definisi kesehatan ini secara implisit mencakup masalah eksistensial, argumen moral, pilihan etis, dan dimensi politik, karena alasan ini, hal ini lebih dianggap sebagai pernyataan politis daripada pernyataan ilmiah atau sebuah konsep yang lebih berkaitan erat dengan kebahagiaan dibandingkan kesehatan.
- ✓ Meningkatnya medikalisasi masyarakat. Cakupan definisi yang luas dan konsepsi positif mengenai kesehatan mengarah pada medikalisasi semua aspek kehidupan dan, akibatnya, permasalahan yang termasuk dalam bidang sosial atau bidang lain dipandang sebagai bidang medis. Artinya, setiap penyimpangan kecil, dari segi fisik dan psikologis, berpotensi menimbulkan kerugian kesehatan dan akibatnya menyebabkan permintaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan meningkat.
- ✓ Definisi WHO mengasumsikan bahwa kesejahteraan selalu dikaitkan dengan kesehatan, namun tidak mempertimbangkan bahwa asumsi ini tidak dapat diperbaiki di semua kasus. Ketika individu menghadapi peristiwa negatif, mereka merasakan

kesedihan, bukan kesejahteraan: reaksi ini tidak dapat dianggap sebagai hilangnya kesehatan, jika tidak, setiap orang akan kehilangan kesehatan hampir setiap hari.

- ✓ Definisi WHO mengasumsikan bahwa kesejahteraan fisik, psikologis, dan sosial selalu memiliki korelasi positif di antara keduanya, sebagaimana dilaporkan secara luas dalam literatur namun definisi tersebut tidak dapat memperhitungkan beberapa pengecualian, seperti perilaku pengambilan risiko di mana penurunan kesejahteraan fisik mungkin terkait dengan peningkatan kesejahteraan psikologis atau sosial, atau sebaliknya. Perilaku pengambilan risiko merupakan fenomena kecil namun signifikan yang tidak bisa diabaikan.

Adanya 6 aspek problematis tersebut tidak bisa menyurutkan besarnya kontribusi yang diberikan definisi WHO untuk semua ilmu klinis. Lebih jauh lagi, perlu dicatat bahwa aspek-aspek ini dapat dimengerti jika kita mempertimbangkan konteks tertentu di mana definisi WHO tersebut muncul disaat perang dunia kedua berakhir. Namun, kondisi sosial, budaya, ekonomi, dan epidemiologi adalah hal yang penting dan sudah sangat berubah, sehingga jelas bahwa definisi kesehatan perlu diubah. (Leonardi, 2018).

Pada Konferensi Internasional tentang Pelayanan Kesehatan Primer (PHC) yang diadakan di Alma Ata, Uni Soviet pada tahun 1978, terdapat konsensus bahwa pendekatan PHC adalah kunci untuk mencapai tujuan sosial “Kesehatan untuk Semua” pada tahun 2000. Namun hal ini

terbukti pada tahun 2000, pencapaian target-target tersebut tidak tercapai secara merata, namun demikian, terdapat pula peningkatan sumber daya kesehatan global yang dimobilisasi dan disediakan untuk mendukung upaya pembangunan kesehatan di seluruh dunia. Selain itu, kondisi kesehatan masyarakat di seluruh dunia secara umum meningkat, terutama di negara-negara berkembang, meskipun tidak seragam atau setara. Terbukti bahwa PHC merupakan bagian integral dari sistem kesehatan negara, yang merupakan fungsi utama dan fokus utama, serta pembangunan sosial dan ekonomi masyarakat secara keseluruhan (Leonardi, 2018; Plianbangchang, 2018).

Pada tahun 1986, Piagam Ottawa memperkuat hal ini dengan mendefinisikan promosi kesehatan sebagai “proses yang memungkinkan masyarakat meningkatkan kendali atas kesehatan mereka”. Untuk mencapai keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang utuh, seseorang atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, memenuhi kebutuhan, dan mengubah atau mengatasi lingkungan. Kesehatan dipandang sebagai sumber daya untuk kehidupan sehari-hari, bukan tujuan hidup. Kesehatan adalah konsep positif yang menekankan sumber daya sosial dan pribadi, serta kapasitas fisik. Oleh karena itu, promosi kesehatan bukan hanya tanggung jawab sektor kesehatan, namun lebih merupakan gaya hidup sehat menuju kesejahteraan. Piagam tersebut menguraikan kondisi dan sumber daya yang diperlukan untuk kesehatan termasuk perdamaian, tempat tinggal, pendidikan, makanan, pendapatan, ekosistem yang stabil, sumber daya yang berkelanjutan,

keadilan dan kesetaraan sosial (Canadian Institute for Health Information, 2005; Leonardi, 2018).

B. Konsep Kesehatan

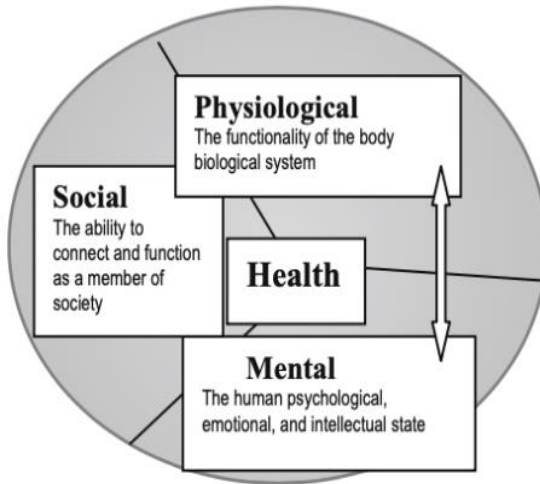
Banyak konsep alternatif kesehatan yang telah dibahas pada beberapa dekade terakhir yang berubah dari kesehatan sebagai bebas dari penyakit menjadi kesehatan sebagai kemampuan seseorang. Konsep kesehatan terkemuka yang telah banyak dibahas dan dikritik oleh para filsuf dikembangkan oleh Boorse, Nordenfelt, dan Nussbaum. Teori biostatistik kesehatan Boorse adalah kualitas deskriptif murni dari suatu organisme, yang berfokus pada fungsi bagian tubuh dan sistem fisiologis yang bebas dari penyakit. *Nordenfelt* menggunakan teori biostatistik Boorse dan berfokus pada 'kemampuan tingkat kedua untuk mencapai tujuan vital' di mana tindakan diorientasikan untuk mencapai kebahagiaan minimal, menjadi kondisi yang disukai orang tersebut. Seperti Nordenfelt, pendekatan kapabilitas Nussbaum juga adalah tentang pencapaian serangkaian kapabilitas dalam hal-hal yang penting dalam kehidupan seseorang. *Nordenfelt* berfokus pada kesehatan seseorang yang berkaitan dengan perkembangan manusia dan pencapaian tujuan-tujuan penting, sedangkan Nussbaum berfokus pada pendefinisian komponen-komponen kehidupan seseorang yang mencerminkan martabat manusia serta kemampuan untuk menjadi dan melakukan hal-hal tertentu. (Van der Linden & Schermer, 2022).

Pandangan yang lebih luas mengenai kesehatan ini diperluas lagi sejak konsep kesehatan positif didalilkan oleh Huber dkk. pada tahun

2011. Kesehatan positif berfokus pada kemampuan seseorang, bukan ketidakmampuan, yang berarti bahwa orang yang menderita penyakit kronis atau disabilitas tidak lagi secara otomatis dianggap 'tidak sehat'. Selain itu, terdapat fokus yang jelas pada ketahanan dan pengelolaan diri dalam tantangan sosial, fisik, dan emosional (Van der Linden & Schermer, 2022)

Saat ini definisi kesehatan bukan sekedar isu teoretis, karena ia mempunyai banyak implikasi terhadap praktik, kebijakan, pelayanan kesehatan, dan promosi kesehatan. Definisi kesehatan mempengaruhi para profesional kesehatan, dan pada gilirannya definisi tersebut sangat mempengaruhi bagaimana kesehatan dikonstruksikan secara sosial di masyarakat modern. Representasi sosial dari kesehatan mempengaruhi tuntutan dan harapan terhadap kesehatan, sistem layanan kesehatan, pembuat kebijakan, dan banyak aspek penting lainnya dari kesehatan. Secara khusus, pandangan terhadap kesehatan mempunyai dampak yang kuat terhadap perilaku kesehatan masyarakat dan juga terhadap kemampuan untuk mengambil keputusan kesehatan yang tepat. Singkatnya, definisi kesehatan mempunyai kepentingan strategis dalam semua bidang kesehatan (Leonardi, 2018).

C. Bagaimana Seharusnya Kesehatan Didefinisikan?



Gambar 1. 1 Komponen Kesehatan (Amzat & Razum, 2014)

1. Komponen Kesehatan

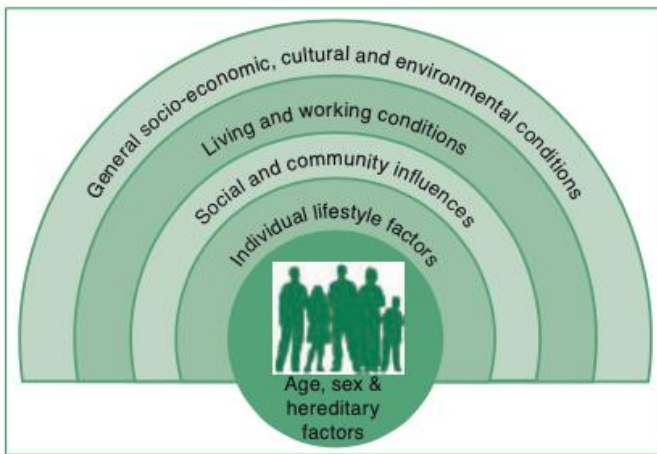
- a. Fisik: adalah komponen fisiologis atau biologis dari definisi tersebut. Komponen ini hanya menyiratkan pemeliharaan *homeostatis* dan sering digunakan untuk menyimpulkan kesehatan tubuh. Seringkali, penyakit merupakan kegagalan fungsi suatu bagian sistem tubuh atau masuknya organisme berbahaya seperti virus atau parasit, sehingga dapat menyebabkan gangguan pada individu yang terkena dampak. Aspek fisiologis ini merupakan kriteria biomedis terpenting dalam penentuan kesehatan. Agar seseorang sehat, komponen

biologisnya harus teratur. Prosedur diagnosis utama melibatkan penentuan apa yang salah dengan komponen tubuh mana pun atau deteksi intrusi apa pun pada antibodi apa pun dengan menelusuri jalur penyakit mulai dari penyebab yang mendasari hingga patologi dalam sistem tubuh manusia dan pemeriksaan terhadap penyakit yang muncul. Menentukan hal ini mungkin memerlukan serangkaian tes laboratorium atau pemeriksaan klinis. Seseorang dapat dinyatakan sehat jika tidak terdeteksi adanya hambatan biologis (Amzat & Razum, 2014; Boruchovitch & Mednick, 2002).

- b. Sosial: komponen yang mewakili aspek perilaku kesehatan manusia. Menjadi anggota masyarakat berarti berada dalam jaringan interaksi sosial dan mampu memenuhi peran dan harapan sosial. Jika seseorang tidak aktif dalam jaringan sosial, hal ini merupakan suatu bentuk patologi sosial, yang merupakan pelanggaran terhadap norma-norma dan nilai-nilai masyarakat. Sosial juga mencakup dimensi spiritual. Aspek spiritual dapat bersifat pribadi bagi individu dengan menghubungkannya dengan dunia realitas dan ketuhanan. Larson (1999) mengamati bahwa sejak definisi kesehatan WHO, kedokteran telah memperlakukan individu sebagai makhluk sosial yang kesehatannya dipengaruhi oleh perilaku dan interaksi sosial (Amzat & Razum, 2014; Boruchovitch & Mednick, 2002)

- c. Mental: ini menunjukkan status psikologis, emosional, dan mental individu. Apatis emosional, fiksasi, dan kepribadian yang tidak dapat menyesuaikan diri merupakan bagian dari manifestasi penyakit. Huber dkk. (2011) mengamati bahwa aspek mental kesehatan menandakan kepemilikan “rasa koherensi,” yang mencakup kemampuan subjektif yang meningkatkan pemahaman, pengelolaan, dan kebermaknaan dalam keadaan apa pun (Amzat & Razum, 2014).

2. Penentu Kesehatan dan Trennya



Gambar 1. 2 Skema yang menunjukkan lingkup pengaruh terhadap kesehatan (Bradshaw, 2008)

Laporan Komisi Makroekonomi dan Kesehatan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) meninjau bukti hubungan antara kemiskinan dan kesehatan, dan menyoroti peran penting investasi di bidang kesehatan untuk mendorong pembangunan dan mengurangi kemiskinan.

Diagram pelangi oleh Dahlgren dan Whitehead yang ditunjukkan pada Gambar 2 memberikan model sederhana dalam kaitannya dengan lapisan pengaruh, dimulai dari individu dan berlanjut ke masyarakat yang lebih luas. Model ini sama sekali bukan model penjelas, namun digunakan sebagai kerangka sederhana untuk mengatur tinjauan tren faktor-faktor penentu kesehatan yang lebih luas. Faktor penentunya antara lain: faktor sosial ekonomi secara umum, faktor budaya dan lingkungan; kondisi hidup dan kerja; faktor sosial dan komunitas; dan faktor gaya hidup individu (Australian Institute of Health and Welfare, nd; Bradshaw, 2008).

D. Definisi Baru Tentang Kesehatan

Berdasarkan perdebatan ilmiah baru-baru ini, kita dapat mempertahankan bahwa setiap definisi kesehatan harus memiliki setidaknya 9 fitur agar dapat berfungsi dengan baik dalam bidang ilmiah klinis (Leonardi, 2018).

1. Kesehatan harus melampaui tidak adanya penyakit atau kelemahan dan parameter biofisik untuk menghindari reduksionisme pengobatan yang sudah lama ada.
2. Kesehatan harus dikonseptualisasikan sebagai sebuah kemampuan karena kesehatan sebagai sebuah konsep menjadi koheren ketika dipahami sebagai sebuah kemampuan, atau lebih tepatnya, sekelompok kemampuan
3. Kesehatan harus dilihat sebagai proses yang berkelanjutan, berulang, dan dinamis, bukan sebagai suatu keadaan yang harus

dicapai untuk menangkap kompleksitas fenomena ini, menghindari pengabaian beberapa aspek dinamis dan berulang dari kondisi sehat.

4. Kesehatan harus dapat dicapai oleh semua orang dalam kehidupan nyata, dalam segala keadaan, di segala usia, tanpa memandang status budaya atau sosial ekonomi, ras, atau agama, agar tidak menjadi sebuah utopia.
5. Kesehatan harus mencakup rasa tidak enak badan dan kesejahteraan, karena kebanyakan orang setiap hari menghadapi peristiwa negatif dan oleh karena itu merasakan kegelisahan, kesedihan, dan emosi yang tidak menyenangkan tanpa melaporkan kehilangan kesehatan. Bagi orang lanjut usia atau mereka yang terkena penyakit kronis, kesehatan hanya dapat dipahami sebagai kemampuan untuk hidup dengan keterbatasan, menerima kekurangan fisik, dan menemukan solusi untuk mengatasi keterbatasan tersebut
6. Kesehatan harus mengatasi pendekatan individualistis, karena kesehatan tidak dapat lagi dianggap sebagai milik individu abstrak yang tidak bergantung pada konteks kehidupan, namun pada saat yang sama, kesehatan tidak dapat direduksi hanya menjadi hasil dari faktor-faktor penentu sosial.
7. Kesehatan harus independen dari wacana moral dan etika, meskipun tidak dapat dihindari bahwa setiap definisi kesehatan merupakan ekspresi implisit dari norma-norma sosial budaya

tertentu. Aspek ini sangat penting karena memungkinkan seseorang untuk menghindari masalah tersebut akibat menggabungkan moral dengan penilaian ilmiah, namun penerapan konkritnya mungkin tidak mudah karena pernyataan yang sarat nilai terlibat dalam beberapa aspek kesehatan.

8. Kesehatan harus didasarkan pada prioritas, nilai, kebutuhan, aspirasi, dan tujuan seseorang untuk mengintegrasikan pengalaman personel pasien ke dalam praktik medis dan untuk mempertimbangkan faktor subjektif yang mempunyai peran penting dalam kesehatan seseorang.
9. Kesehatan harus operasional dan terukur melalui proses yang jelas, konkrit, dan pasti agar menjadi sebuah konsep yang berguna dalam situasi nyata. Tentu saja, seperti halnya semua konsep abstrak, kesehatan tidak dapat diukur secara langsung melainkan hanya melalui indikator-indikator, yang harus dibangun berdasarkan definisi kesehatan.

Perlu dicatat bahwa konsep kesehatan ini, berbeda dengan definisi WHO, mengatasi reduksionisme medis tanpa menimbulkan utopisme. Memang benar, “untuk mengatasi dan mengelola rasa tidak enak badan dan kondisi kesejahteraan diri sendiri” merupakan target kesehatan yang lebih luas dibandingkan dengan target yang ditentukan oleh parameter fisik, namun pada saat yang sama hal ini benar-benar dapat dicapai oleh semua orang, tanpa memandang usia, latar belakang budaya. dan status sosial ekonomi, ras, agama, dan nilai etika. Fakta ini memungkinkan

seseorang untuk menghindari efek paradoks yang ditimbulkan oleh definisi WHO, yang secara tidak sengaja telah membuat sebagian besar orang menjadi tidak sehat sepanjang waktu. Hal ini juga berarti menghindari efek samping yang tidak diinginkan, yang disebabkan oleh definisi WHO, yaitu meningkatnya medikalisasi masyarakat (Boruchovitch & Mednick, 2002; Canadian Institute for Health Information, 2005; Leonardi, 2018)

E. Penyakit Sebagai Alat Konseptual

Kesehatan dipahami dalam model biomedis sebagai tidak adanya penyakit, sedangkan definisi holistik dari WHO menandakan bahwa kesehatan bukan sekedar tidak adanya penyakit. Apapun bentuk definisinya, pertanyaannya sekarang adalah “apa yang dimaksud dengan penyakit?” Salah satu permasalahan utamanya adalah bahwa penyakit sering kali dipahami dari sudut pandang biomedis. Hal ini juga dapat memiliki manifestasi perilaku, terutama yang berkaitan dengan fungsi manusia. Definisi kesehatan itu rumit, begitu pula definisi penyakit. Jika kurang sehat dapat diartikan bukan sekedar tidak adanya suatu penyakit atau kecacatan, maka hal ini berarti bahwa terdapat sejumlah kondisi (medis) yang berhubungan dengan kuman dan non-kuman yang dapat menandakan adanya suatu penyakit (Amzat & Razum, 2014; Australian Institute of Health and Welfare, n.d.).

Boorse membahas tujuh tema utama yang menonjol dalam diskusi tentang apa yang dimaksud dengan kesehatan atau penyakit. Di sini penting untuk mengkaji tujuh tema yang sejalan dengan gagasan penyakit

dan melihat seberapa penting atau tidaknya tema-tema tersebut dalam mengidentifikasi suatu penyakit (Amzat & Razum, 2014).

1. Rasa sakit, penderitaan dan ketidaknyamanan: umumnya apa yang disebut penyakit menyebabkan penderitaan manusia dengan menimbulkan rasa sakit dan ketidaknyamanan, terkadang tak tertahankan, sehingga memerlukan perawatan paliatif, seperti obat penenang terminal. *Whitlow* adalah suatu kondisi khas yang dapat menimbulkan rasa sakit yang luar biasa pada penderitanya, meskipun memerlukan prosedur medis sederhana untuk mengatasinya. Alasan mengapa argumen tentang nyeri mungkin tidak cukup adalah karena terdapat sejumlah prosedur normal yang memerlukan perhatian medis sebagai akibat dari nyeri dan ketidaknyamanan, namun bukan merupakan penyakit, seperti tumbuh gigi, menstruasi, persalinan, dan aborsi.
2. Pengobatan oleh dokter: biasanya penyakit memerlukan perhatian dokter. Suatu penyakit harus bisa diobati. Namun, Boorse menyampaikan bahwa ada beberapa kondisi yang tidak dapat diobati, dan dokter juga menangani sejumlah kondisi yang bukan merupakan penyakit. Dengan medikalisasi kehidupan, terdapat perluasan medis di luar pengobatan penyakit, seperti sertifikasi kebugaran untuk belajar atau bepergian. Terlebih lagi, sunat, modifikasi atau pembesaran tubuh, dan prosedur keluarga berencana tidak dapat dianggap sebagai penyakit tetapi memerlukan perhatian dokter.

3. Normalitas statistik: tingkat kinerja rata-rata suatu spesies menjadi tolok ukur untuk menentukan normalitas dan kelainan. Ada juga ukuran normalitas statistik variabel klinis seperti tekanan darah, metabolisme basal, berat badan, kadar gula, tinggi badan, denyut nadi, dan pernapasan. Setiap ukuran di luar kisaran normal biasanya disebut sebagai kelainan atau kondisi penyakit dan menandakan perlunya perhatian medis.
4. Disabilitas: penyakit yang dapat menyebabkan berbagai bentuk kecacatan. Poliomiелitis adalah contoh khas penyakit yang dapat menyebabkan kelainan bentuk fisik. Dalam kasus lain, suatu penyakit dapat mengurangi partisipasi aktif seseorang dalam jaringan sosial, misalnya ketidakmampuan untuk berjalan atau berdiri. Kehamilan, misalnya, tidak bisa dianggap sebagai penyakit meski memiliki beberapa keterbatasan. Sejumlah penyakit kulit mungkin tidak dihitung sebagai penyakit karena penyakit tersebut mungkin tidak menimbulkan efek yang melumpuhkan.
5. Adaptasi: kemampuan beradaptasi terhadap lingkungan juga termasuk dalam kategori sehat, sedangkan yang tidak fit diduga sakit. Kurangnya adaptasi menghalangi seseorang untuk memenuhi tingkat rata-rata fungsi suatu spesies. Kehadiran pigmentasi *eumelanin* pada kulit orang Afrika berkulit hitam membantu beradaptasi dengan lingkungannya, namun bukan berarti mereka yang memiliki pigmentasi *pheomelanin* tidak dapat bertahan hidup di Afrika atau orang Afrika tidak dapat bertahan hidup di tempat

lain. Lingkungan bahkan dapat menimbulkan penderitaan bagi manusia dalam proses adaptasinya.

6. *Homeostatis*: kesehatan adalah keadaan keseimbangan tubuh, sedangkan penyakit adalah keadaan kegagalan *homeostatis*. Namun proses pertumbuhan manusia seperti yang diamati oleh Boorse sendiri mengarah pada ketidakseimbangan *homeostatis*.
7. Nilai: penyakit tidak diinginkan, kesehatan diinginkan. Kesehatan dengan demikian merupakan nilai sosial dalam masyarakat manusia. Namun, kita juga tidak bisa hanya membedakan penyakit dari sudut pandang yang tidak diinginkan. Kondisi seperti pendek dan jelek tidak bisa dianggap sebagai penyakit meskipun mungkin tidak diinginkan

Penyakit adalah suatu keadaan patologis yang dapat didiagnosis melalui analisis medis yang kompeten. Penyakit juga dapat didefinisikan sebagai suatu keadaan dimana kapasitas manusia berfluktuasi dan merupakan penyimpangan dari standar biomedis atau kondisi normal manusia. Penyakit seringkali memerlukan intervensi medis, namun tidak semua kondisi yang memerlukan intervensi medis merupakan penyakit. Penyakit tidak selalu berarti harus ada agen patologis seperti virus atau bakteri. Kondisi seperti infertilitas, luka tembak, patah tulang, tenggelam, dan bentuk cedera/kecelakaan lainnya juga memenuhi syarat sebagai penyakit karena merupakan pelanggaran terhadap kondisi normal manusia.

F. Realitas Penyakit

Sakit dan penyakit telah menjadi konsep tradisional utama dalam sosiologi dan ilmu kedokteran. Peran penting konsep-konsep ini bagi upaya medis yang berhubungan dengan manusia ditekankan kembali oleh Nordenfeldt (1993). Konsep-konsep ini saling terkait dan memerlukan klarifikasi analitis. Seringkali, orang menggunakan kata yang dapat dipertukarkan. Sebagai alat konseptual dan praktis, keduanya tidaklah sama. Inti dari bagian ini adalah untuk membuat beberapa klarifikasi konseptual atas konsep-konsep ini dan, tidak ikut serta dalam perdebatan tanpa akhir yang terlihat dalam karya-karya berbagai sarjana (termasuk Boorse 1975, 1977; Hesslow 1993; Nordenfeldt 1993; Stempsey 2000; Tengel 2007). Yang lebih penting lagi, para sosiolog lebih banyak menyatakan gagasan tentang penyakit karena ini lebih merupakan konsep perilaku dibandingkan konsep medis. Tidak diragukan lagi, penyakit memiliki sejumlah konteks sosial, moral, dan hukum yang tidak dapat disangkal (Amzat & Razum, 2014; Svalastog et al., 2017).

Secara sederhana, sakit adalah suatu bentuk kelainan fisik atau kelainan medis, sedangkan penyakit adalah wujud dari kelainan, cacat/patologi, atau kecacatan tersebut. Penyakit adalah gambaran suatu kondisi medis yang membatasi kemampuan fungsional seseorang dalam masyarakat. Fabrega (1973) dan Garro (2000) mengamati bahwa penyakit adalah pengalaman universal manusia yang memiliki makna budaya. Mereka mengamati bahwa budaya adalah sebuah alat, yang memungkinkan dan membatasi kemungkinan penafsiran mengenai suatu

penyakit. Penafsiran budaya terhadap penyakit ini tidak dapat dihindari dan penting dalam beberapa hal (Amzat & Razum, 2014).

1. Definisi normatif tentang penyakit, yaitu ketika seseorang dapat dinyatakan sakit. Faktanya, orang terdekat mungkin memainkan peran utama dalam mengidentifikasi penyakit dan merujuk individu ke sektor perawatan yang tepat. Ada kerangka budaya untuk mengenali suatu penyakit melalui tanda dan gejalanya.
2. Kategorisasi etiologi—sebuah upaya untuk menentukan mengapa seseorang sakit. Pengalaman budaya dan sejarah mempengaruhi klasifikasi penyebab penyakit ini. Jika penyakit ini umum terjadi di masyarakat, obatnya mungkin tersedia tanpa banyak proses diagnosis.
3. Evaluasi pilihan terapi. Hal ini sering dipengaruhi oleh klasifikasi etiologi. Masyarakat yang berbeda mempunyai sejumlah penjelasan sebab akibat. Meskipun penyebab alami lebih dominan di masyarakat barat, terdapat klasifikasi etiologi lainnya. Situasi serupa juga terjadi pada masyarakat non-Barat.
4. Reintegrasi ke dalam sistem sosial sesuai dengan persepsi kesejahteraan. Hal ini juga sangat penting karena masyarakat memainkan peran besar dalam menyerap kembali individu yang sebelumnya sakit ke dalam sistem sosial. Hal ini sering menjadi masalah dalam kasus penyakit mental karena stigmatisasi mungkin timbul yang pada akhirnya mempengaruhi prognosis penyakit.

G. Kategori Penyakit

1. Akut

Penyakit akut bisa ringan, sedang, atau berat. Penyakit akut pada dasarnya adalah penyakit yang dapat sembuh dengan sendirinya (*self-limiting disease*), yang sebagian besar ditandai dengan timbulnya gejala secara cepat (Amzat & Razum, 2014). Gejala-gejala ini mungkin sangat parah dan hilang dalam waktu singkat dan, dalam beberapa kasus, dapat mengancam jiwa. Kebanyakan penyakit menular bersifat akut. Istilah “penyakit akut” seringkali merupakan indikasi durasi penyakit dibandingkan dengan penyakit kronis atau sub-akut. Beberapa contoh penyakit akut antara lain influenza atau flu, bronkitis, radang amandel, radang tenggorokan, radang usus buntu, sakit telinga, kegagalan organ, dan kesulitan bernapas. Beberapa penyakit akut diberi awalan “akut” termasuk sindrom pernapasan akut parah (SARS) dan bronkitis akut. Secara spesifik, ciri-ciri penyakit akut antara lain: (Amzat & Razum, 2014)

- a. Self-limiting: penyakit akut mempunyai jangka waktu pendek atau perjalanan singkat yang terbatas. Mudah diprediksi bahwa penyakit ini hanya akan berlangsung beberapa hari. Ini juga berarti bahwa penyakit ini terkadang dapat sembuh dengan sendirinya tanpa intervensi medis.
- b. Serangan yang tiba-tiba atau cepat: sering kali, penyakit akut menimpa manusia tanpa disadari. Seseorang mungkin terbangun di pagi hari dan mendapati dirinya terserang flu. Penyakit ini seringkali berkembang pesat.

- c. Menular: sebagian besar penyakit akut mudah menular bahkan hanya dengan kontak langsung dengan penderitanya. Kadang-kadang penyakit ini menyebabkan wabah (misalnya wabah kolera) dan membunuh banyak orang dalam beberapa hari setelah penyebarannya.
- d. Perawatan mendesak: penyakit akut seringkali memerlukan perhatian medis segera. Jika perawatan segera tidak dilakukan, individu tersebut dapat meninggal dalam beberapa hari atau minggu.
- e. Resolusi cepat: paling sering, respons terhadap pengobatan sangat cepat. Jika seseorang dirawat di rumah sakit, bisa memakan waktu beberapa hari. Artinya, hal itu juga bisa diselesaikan dengan cepat.

2. Kronis

Penyakit ini juga telah menjadi fokus banyak studi sosiologi karena sifat-sifatnya yang khas dan bebannya yang semakin meningkat di seluruh dunia. WHO menetapkan tujuan untuk mengurangi beban penyakit kronis sebesar 2% setiap tahun, sehingga menyelamatkan hingga 35 juta jiwa pada tahun 2015 (WHO 2005). (health) Sasaran ini ditetapkan setelah adanya kesadaran bahwa penyakit kronis merupakan penyebab utama kematian di hampir semua negara, mencakup hingga 60 % dari seluruh penyebab kematian: 4,9 juta orang meninggal akibat penggunaan tembakau; 2,6 juta orang meninggal akibat kelebihan berat badan atau obesitas; 4,4 juta orang meninggal akibat peningkatan kadar kolesterol total; 7,1 juta orang meninggal akibat peningkatan tekanan darah (WHO

2005). Penyakit/penyakit kronis sering kali muncul sebagai suatu kondisi medis, yang membuat seseorang sakit secara persepsi dan terus-menerus. Penyakit kronis utama antara lain penyakit jantung dan stroke (penyakit kardiovaskular), kanker, asma, penyakit paru obstruktif kronik (penyakit pernafasan kronis), diabetes, obesitas, dan hipertensi. Penyakit kronis mempunyai dampak yang signifikan terhadap kesehatan penduduk dan pada tahun 2015 akan menjadi penyebab utama kematian di Nigeria dan banyak negara miskin lainnya (WHO 2005)(Amzat & Razum, 2014; Bradshaw, 2008).

Ciri-ciri penyakit kronis antara lain: (Amzat & Razum, 2014)

- a. Onsetnya lambat: ini adalah ciri utama penyakit kronis. Mungkin diperlukan waktu beberapa tahun untuk mengembangkan atau mewujudkan segala bentuk gejala. Merokok membutuhkan waktu yang lama untuk mempengaruhi perokoknya. Kanker mungkin memerlukan waktu beberapa tahun untuk muncul bahkan ketika seseorang mempunyai risiko. Penyakit kronis memiliki perkembangan yang lambat.
- b. Perjalanan penyakit yang berkepanjangan: Sekalipun penyakit kronis menunjukkan gejala, penderitanya dapat hidup bersamanya selama beberapa tahun, terutama dengan penanganan medis yang tepat. Oleh karena itu, penyakit-penyakit kronis memiskinkan jutaan rumah tangga (yang sudah miskin) karena penyakit-penyakit tersebut sering menghabiskan banyak biaya: penanganannya biasanya berlarut-larut dan mahal.

- c. Biasanya tidak menular: penyakit kronis kadang disebut penyakit tidak menular (PTM). Seseorang tidak dapat tertular sebagian besar penyakit kronis hanya melalui kontak dengan penderitanya. Namun berdasarkan empat atribut penyakit/penyakit kronis lainnya, HIV/AIDS merupakan penyakit kronis yang dapat menular dari satu orang ke orang lain
- d. Penyakit kronis tidak dapat disembuhkan dengan sendirinya: kondisi medis seringkali memburuk seiring bertambahnya usia dan waktu. Hal ini berarti bahwa hal tersebut mempunyai jangka waktu yang panjang dan sering kali tidak dapat diubah. Bahkan ketika patogen penyakit telah dihilangkan, kondisi tersebut dapat muncul kembali.
- e. Dapat diobati tetapi tidak dapat disembuhkan: penyakit kronis dapat dicegah, dan juga dapat ditangani, namun sebagian besar penyakit tidak dapat disembuhkan. Inilah sebabnya mengapa penyakit ini merupakan beban kesehatan utama di dunia saat ini.

3. Trauma/ Injury

Cedera atau kecelakaan juga merupakan bentuk lain dari masalah kesehatan. Cedera biasanya terjadi secara tiba-tiba dan dapat menyebabkan cacat serius atau permanen atau kematian (Amzat & Razum, 2014; Canadian Institute for Health Information, 2005). Sebagian besar kondisi medis ini selalu berada di unit gawat darurat atau masuk dalam daftar prioritas dalam sistem triase mana pun. Kecelakaan di jalan raya merupakan sumber utama kecelakaan khususnya di negara berkembang. Cedera di tempat kerja juga menyebabkan sejumlah besar

kematian setiap tahunnya. Kebanyakan kecelakaan biasanya tidak disengaja dan acak. Cedera atau kecelakaan termasuk tenggelam, luka bakar akibat kebakaran, cedera akibat terjatuh, keracunan, kekerasan antarpribadi, cedera yang disebabkan oleh diri sendiri, dan cedera akibat perang. Diperkirakan, lebih dari 5 juta orang meninggal dan lebih dari 100 juta menderita cedera non-fatal (terkadang cacat permanen) setiap tahunnya (Peden dkk. 2002; WHO 2010). Meskipun persentase kematian akibat cedera lalu lintas jalan secara global adalah sekitar 25 %, persentase kematian di Afrika adalah sekitar 45 % (WHO 2010). Gambar 2.2 menunjukkan distribusi cedera secara global berdasarkan penyebabnya. Penatalaksanaan cedera memerlukan pelayanan kesehatan yang cepat dan tanggap serta instansi terkait lainnya (Amzat & Razum, 2014).

4. Mental

Kesehatan mental hanya mengacu pada tingkat kesejahteraan psikologis seseorang. Hal ini sering kali berkaitan dengan otak sehubungan dengan pikiran, perasaan, sensasi, dan intuisi. Sekitar 14% dari beban penyakit global disebabkan oleh gangguan neuropsikiatri (Prince et al. 2007). Masalah kejiwaan seringkali bermanifestasi dengan perubahan perilaku yang merupakan pelanggaran terhadap norma-norma sosial masyarakat. Gangguan mental merupakan bencana sosial bagi individu dan dapat menyebabkan ketidakmampuan total atau pengecualian dari peran normal dalam masyarakat. Ada dua divisi utama penyakit mental, yang meliputi neurosis (minor) dan psikosis (mayor). Meskipun penyakit yang pertama biasanya tidak melibatkan kerusakan organik (otak), penyakit

yang terakhir biasanya melibatkan kerusakan tersebut. Contoh neurosis meliputi: gangguan obsesif-kompulsif, gangguan kecemasan, gangguan stres pasca trauma, fobia, gangguan disosiatif, depresi ringan, hipokondria, histeria, dan neurosis nifas. Psikosis melibatkan hilangnya kontak dengan kenyataan. Biasanya ini merupakan bentuk gangguan mental yang paling buruk. Contoh psikosis termasuk gangguan bipolar, skizofrenia, depresi, gangguan mental akibat zat, demensia (Alzheimer), gangguan delusi, dan epilepsi. Gangguan mental belum tentu menyebabkan kematian, namun dapat menyebabkan kecacatan—bisa bersifat akut atau kronis. Sartorius (2007) mengamati bahwa stigma yang melekat pada penyakit jiwa merupakan hambatan utama dalam penyediaan layanan bagi penderita gangguan jiwa. Stigma adalah tanda atau label pada orang yang sakit dan generasinya (Amzat & Razum, 2014)

H. Keyakinan Budaya Tentang Penyakit

Penyakit dan kesehatan adalah dua konsep yang melekat pada setiap budaya. Pemahaman yang lebih mendalam mengenai prevalensi dan distribusi kesehatan dan penyakit di masyarakat memerlukan pendekatan komprehensif yang menggabungkan pengetahuan biologis dan medis tentang kesehatan dan penyakit serta isu-isu sosiologis dan antropologis. Dari perspektif antropologis, kesehatan dikaitkan dengan faktor politik dan ekonomi yang memandu hubungan antarmanusia, membentuk perilaku sosial, dan memengaruhi pengalaman kolektif (Escalante et al., 2024).

Pengobatan tradisional Barat selalu berasumsi bahwa kesehatan identik dengan bebasnya penyakit. Dari sudut pandang kesehatan masyarakat, hal ini berarti mempengaruhi penyebab masalah kesehatan dan mencegahnya melalui perilaku sehat dan sehat. Dari antropologi medis hingga pemahaman penyakit, pendekatan ekokultural ini menekankan bahwa risiko lingkungan dan kesehatan sebagian besar disebabkan oleh budaya (Escalante et al., 2024).

Budaya menentukan distribusi sosio-epidemiologis penyakit dalam dua cara:

- a. Dari sudut pandang lokal, budaya membentuk perilaku masyarakat dan membuat mereka lebih rentan terhadap penyakit tertentu.
- b. Dari perspektif global, kekuatan politik dan ekonomi serta praktik budaya menyebabkan masyarakat melakukan hal atau berperilaku terhadap lingkungan dengan cara tertentu

Aktivitas kita sehari-hari ditentukan oleh budaya, yang menyebabkan budaya membentuk perilaku kita melalui homogenisasi perilaku sosial. Masyarakat berperilaku berdasarkan budaya kesehatan tertentu, berbagi prinsip-prinsip dasar yang memungkinkan mereka berintegrasi ke dalam sistem sosial yang erat. Ada ribuan kebudayaan di seluruh dunia, semuanya dengan faktor penentu sosialnya, diatur oleh hukum, tradisi, dan adat istiadat yang memberikan karakterisasi budaya. Oleh karena itu, perlu juga dipikirkan bahwa kebudayaan berperan sebagai gabungan dari warisan tradisional, yang di dalamnya terdapat persepsi tentang hal-hal yang bersifat universal, baik itu kehidupan, kematian,

masa lalu, masa depan, kesehatan dan penyakit. Pendekatan budaya terhadap semua aspek tersebut merupakan bentuk pengaruh doktrinal, “Kebudayaan dipelajari, dibagikan dan dibakukan”, yang berarti dapat dipelajari dan direplikasi secara individu dalam bidang budaya (Escalante et al., 2024).

Kita harus menganggap penyakit sebagai konstruksi budaya; kemudian, persepsi penyakit mengacu pada konsep kognitif yang dibangun pasien/penyakit tentang penyakitnya. Di sini, pentingnya keyakinan budaya tentang ketenangan setelah tes medis negatif, kepuasan setelah konsultasi medis, dan persepsi pasien tentang penyakitnya tentang penggunaan layanan terkait di masa depan memainkan peran mendasar. Di banyak budaya, kita mungkin melewati perawatan di rumah sakit (Australian Institute of Health and Welfare, n.d.; Escalante et al., 2024)

Pengobatan Tradisional Tiongkok (TCM) berusia lebih dari 2.000 tahun. Hal ini didasarkan pada Taoisme dan bertujuan untuk mengembalikan keseimbangan antara organisme dan alam semesta, yang dikenal sebagai yin dan yang, mempromosikan pendekatan holistik. Hal ini didasarkan pada kehadiran Qi, dan karena segala sesuatu adalah energi dalam pola organisasi dan kondensasi yang berbeda, manusia memiliki aspek spiritual, emosional, dan fisik. Pengobatannya fokus pada memanfaatkan dan menyelaraskan energi yang tidak seimbang dan memelihara atau memulihkan proses *homeostatis* individu untuk mencegah wabah penyakit. Karena alasan ini, pengobatan tradisional

Tiongkok, yang telah terbukti aman, efektif dan dengan sedikit efek samping, semakin penting saat ini. Mengingat konsep pencegahan global yang modern dan bagaimana setiap sistem perawatan kesehatan dirancang, kita mungkin berpikir bahwa fokus yang lebih besar pada TCM dalam perencanaan akan memberikan kontribusi signifikan terhadap dampaknya terhadap individu. Tentu saja, hal ini memerlukan pelatihan dan pendidikan profesional kesehatan mengenai dasar-dasar TCM, dan serangkaian penyesuaian pada sistem akan memerlukan pengembangan lebih lanjut yang akan memakan waktu bertahun-tahun (Escalante et al., 2024)

Orang-orang yang tinggal di tepian Sungai Nil lahir dari interaksi yang kompleks antara energi spiritual dan energi nyata. Namun, mereka memahami kehidupan duniawi mereka seolah-olah mereka adalah refleksi singkat dari hantu yang akan menjadi kehidupan abadi mereka. Tubuh, organ, dan naluri manusia berhubungan dengan apa yang mereka sebut Keto: makhluk yang dimasukkan ke dalam dunia fisik yang datang untuk hidup berkat Ka, kekuatan vital manusia memperoleh identitasnya. Disitulah letak esensi intim dari apa yang disebut Freud sebagai ego. Ba (superego) yang berasal dari mistik ditumpangkan pada kekuatan ini, yang menjadi kesatuan yang tidak efektif dengan Sang Pencipta. Untuk kumpulan kekuatan dan substansi yang terbentuk ini, subjek diberi nama yang sesuai dengan ekspresi pendengaran kepribadiannya (Escalante et al., 2024)

Di semua budaya, terdapat klasifikasi budaya mengenai etiologi penyakit atau pemahaman awam tentang penyakit. Hal ini biasanya

didasarkan pada tradisi dan sistem kepercayaan. Hal ini menyiratkan bahwa keyakinan budaya mempengaruhi persepsi etiologi penyakit (Escalante et al., 2024). Sebagian besar keyakinan ini tidak sejalan dengan keyakinan biomedis dan terkadang tidak ilmiah. Terlepas dari penilaian nilai terhadap keyakinan tersebut, realitas keyakinan tersebut tidak dapat dibantah, begitu pula realitas hubungan sebab akibat tersebut. Seringkali para ilmuwan menganggap beberapa kepercayaan lokal tentang kausalitas sebagai hal yang tidak masuk akal, tidak dapat dijelaskan, dan tidak dapat dipertimbangkan dalam penjelasan ilmiah. Namun, kepercayaan lokal relevan dalam memahami kesehatan masyarakat dan dalam menarik intervensi perilaku. Terkadang, keyakinan seperti itu merupakan kesalahpahaman, yang perlu diatasi. Secara spesifik, penyebab penyakit seringkali dibagi menjadi empat jenis: alami, *supranatural*, mistis, dan keturunan/genetik.

I. Bagaimana Kesehatan Dipersepsi Dalam Lingkungan Digital Saat Ini – Perspektif Orang Awam

Masyarakat digital, dimana teknologi informasi telah membawa perubahan mendasar dalam masyarakat, mempunyai karakteristik tertentu. Hal ini memberikan prinsip-prinsip pengorganisasian baru (hubungan dan arena) bagi lembaga-lembaga publik dan swasta, dan juga mengubah hubungan antara publik dan swasta. Dalam masyarakat digital, teknologi informasi telah menjadi lebih dari sekadar alat komunikasi,

penyimpanan, dan berbagi informasi. Oleh karena itu, tidak boleh direduksi menjadi cerita lain yang kita tambahkan ke cerita masyarakat sebelumnya. Sebaliknya, masyarakat telah berubah, dan hal ini perlu dijelaskan dengan istilahnya sendiri.

Bertindak sebagai warga negara dalam masyarakat digital memerlukan keterampilan khusus tentang cara memperoleh pengetahuan dan cara mengakses, menafsirkan, dan menggunakannya dalam lingkungan online. Dalam masyarakat digital, pengetahuan diorganisasikan dalam infrastruktur online tentatif yang dinamis dan tersedia bagi pengguna melalui berbagai alat dan mesin pencari serta algoritma operasinya. Artinya, masyarakat digital membingkai, mengubah, dan menghasilkan pengetahuan dengan cara yang kompleks, dan individu saat ini memerlukan keterampilan untuk membaca lanskap yang terus berubah secara kritis dan menavigasinya dengan aman (Svalastog et al., 2017). Sebagai warga negara, individu perlu mengetahui cara menavigasi lanskap pengetahuan ini untuk memperoleh informasi terkait kesehatan dan mampu memutuskan strategi dan layanan untuk kehidupannya sendiri dan kehidupan orang lain yang ia sayangi.

Beragam produsen berkontribusi pada konten yang dapat ditemukan secara online, yang memungkinkan mereka mengekspresikan pemikiran dan visi mereka, khususnya yang berkaitan dengan kesehatan. Sebuah pertanyaan penting adalah apakah nilai-nilai dan posisi teoretis yang ditentukan oleh masyarakat juga tercermin dalam pemahaman empiris dan persepsi masyarakat awam tentang kesehatan. Para profesional kesehatan dan politisi juga perlu mengetahui apa yang

masyarakat anggap sebagai isu paling penting terkait kesehatan, khususnya apa itu kesehatan, dan faktor-faktor apa saja dalam kehidupan masyarakat yang termasuk dalam kesehatan. Pengetahuan ini diperlukan untuk bertemu individu di berbagai rangkaian layanan kesehatan dan untuk menangani masalah kesehatan di dunia digital.

Study mengenai persepsi individu mengenai kesehatan dan penyakit telah terakumulasi selama beberapa waktu, dan menjadi jelas bahwa hal tersebut mempunyai konsekuensi yang signifikan terhadap perilaku kesehatan seseorang (Australian Institute of Health and Welfare, n.d.). Ditemukan bahwa gender dan usia mempengaruhi persepsi masyarakat terhadap kesehatan, sama seperti latar belakang dan faktor lingkungan mereka. Secara keseluruhan, perspektif masyarakat awam mengenai kesehatan dan penyakit tidak boleh dilihat sebagai konstruksi yang berada di ujung yang berlawanan dalam satu kesatuan, melainkan sebagai dua konstruksi yang berbeda namun saling tumpang tindih. Kesehatan lebih tidak berwujud dan sulit dipahami dibandingkan pengalaman mengenai penyakit, sehingga pengalaman mengenai kesehatan jauh lebih sulit untuk dipelajari (Australian Institute of Health and Welfare, n.d.). Kesehatan dapat dianggap remeh dan tidak menjadi perhatian seseorang sebelum ditantang dalam situasi yang terutama ditandai dengan adanya atau ancaman perubahan, penyakit, atau kehilangan. (Svalastog et al., 2017)

Perspektif awam mengenai kesehatan nampaknya dicirikan oleh tiga kualitas: keutuhan, pragmatisme, dan individualisme. Keutuhan

berhubungan dengan kesehatan sebagai fenomena holistik. Kesehatan merupakan aspek yang terjalin dengan seluruh aspek kehidupan lainnya, kehidupan sehari-hari, kehidupan kerja, kehidupan keluarga, dan kehidupan bermasyarakat. Kesehatan dipandang sebagai sumber daya dan fenomena total, pribadi, dan spesifik situasi. Tidak adanya penyakit saja tidak cukup – situasi kehidupan secara keseluruhan harus dipertimbangkan. Fungsi keluarga dan kesejahteraan anak merupakan bagian penting dalam menikmati kesehatan secara keseluruhan. Mampu hidup sesuai dengan nilai-nilai pribadi juga merupakan persoalan penting (Svalastog et al., 2017). Pragmatisme mencerminkan kesehatan sebagai fenomena yang relatif. Kesehatan dialami dan dievaluasi sesuai dengan harapan masyarakat, berdasarkan usia, kondisi medis, dan situasi sosial. Dengan demikian, kesehatan belum tentu bebas dari penyakit atau hilangnya kemampuan fungsional. Nilai-nilai positif lainnya dalam kehidupan dapat mengkompensasi berbagai jenis kerugian. Terakhir, Individualisme berhubungan dengan kesehatan sebagai fenomena yang sangat pribadi. Persepsi tentang kesehatan bergantung pada siapa Anda sebagai pribadi. Menjadi bagian dari masyarakat dan merasa dekat dengan orang lain tampaknya penting bagi semua orang. Selain itu, nilai-nilai bersifat individual dan karena setiap manusia adalah unik, strategi untuk meningkatkan kesehatan harus bersifat individual (Svalastog et al., 2017).

Masyarakat saat ini adalah masyarakat yang kompleks, berbiaya tinggi, dan berteknologi tinggi dimana warganya perlu terus-menerus belajar dan memperbarui pengetahuan dan keterampilan mereka agar mampu mengatur kehidupan mereka sendiri. Ketika masyarakat digital

dibangun di atas perangkat lunak yang terus diperbarui atau diganti dengan perangkat lunak baru, navigasi telah menjadi 'keterampilan berburu dan meramu' yang baru. Untuk mengapresiasi konsep dan konseptualisasi, pengetahuan telah menjadi kualitas utama dalam masyarakat digital. Konsep kesehatan – khususnya konsep yang kita gunakan untuk menjelaskan, mengobati, menyembuhkan atau mengatasi penyakit – adalah kata-kata yang juga kita gunakan sebagai alat pencarian(Svalastog et al., 2017). Salah satu ciri masyarakat digital adalah bahwa kategori dan pemahaman masa lalu dan masa kini tersedia pada saat yang sama, sehingga melemahkan sistem pendidikan tradisional barat, yang mana akumulasi pengetahuan masa lalu dipahami dan diakui sebagai pendahulu dari pengetahuan masa kini yang terkini(Svalastog et al., 2017). Informasi publik dan intervensi publik sehubungan dengan kesehatan harus mempertimbangkan berbagai pendekatan online ini dan dengan demikian harus bersifat eksplisit dan juga memberikan alasan mengapa dan bagaimana pendekatan tertentu terhadap kesehatan dipilih. Definisi kesehatan yang disajikan di sini juga dipahami sebagai alat navigasi untuk diterapkan dalam lingkungan online. Menyadari hal-hal tersebut dapat membantu navigator untuk memahami dan menafsirkan informasi, teks, atau dokumen yang muncul dalam pertemuan online mengenai isu-isu terkait kesehatan(Svalastog et al., 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Amzat, J., & Razum, O. (2014). Health, Disease, and Illness as Conceptual Tools. In *Medical Sociology in Africa* (pp. 21–37). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-03986-2_2
- Australian Institute of Health and Welfare. (n.d.). *A model for describing health*.
- Boruchovitch, E., & Mednick, B. R. (2002). The meaning of health and illness: some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175–183. <https://doi.org/10.1590/s1413-82712002000200006>
- Bradshawi, D. (2008). *4 Determinants of Health and their Trends SAHR 2008*. 51–70.
- Canadian Institute for Health Information. (2005). *Select highlights on public views of the determinants of health: Quelques points saillants de l'opinion du public sur les déterminants de la santé*. Canadian Electronic Library.
- Escalante, G. N., Ganz, R. N., & Mendez Minetti, D. L. (2024). Influence of culture on disease perception. *Community and Interculturality in Dialogue*, 4, 94. <https://doi.org/10.56294/cid202494>
- Leonardi, F. (2018). The Definition of Health: Towards New Perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735–748. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>

- Plianbangchang, S. (2018). Health and disease concepts: an approach to health development. *Journal of Health Research*, 32(5), 384–386.
<https://doi.org/10.1108/JHR-08-2018-045>
- Svalastog, A. L., Donev, D., Kristoffersen, N. J., & Gajović, S. (2017). Concepts and definitions of health and health-related values in the knowledge landscapes of the digital society. *Croatian Medical Journal*, 58(6), 431–435.
<https://doi.org/10.3325/cmj.2017.58.431>
- Van der Linden, R., & Schermer, M. (2022). Health and disease as practical concepts: exploring function in context-specific definitions. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 25(1), 131–140.
<https://doi.org/10.1007/s11019-021-10058-9>.

BAB 2

KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh: Rafika Syulistia, S.K.M., M.K.M

A. Definisi dan Tujuan Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat dan kedokteran sering disamakan atau dipadankan, terutama oleh masyarakat awam, karena keduanya berfokus pada kesehatan. Namun, meskipun keduanya bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan, ada perbedaan mendasar antara keduanya serta pendekatannya sangat berbeda. Kesehatan masyarakat lebih ditekankan pada upaya promotif dan preventif untuk meningkatkan kesehatan seluruh populasi, sementara kedokteran ditekankan pada penanganan dan perawatan individu yang sakit. Keduanya saling melengkapi dan bekerja bersama-sama untuk mengurangi beban penyakit, meningkatkan derajat kesehatan, serta meningkatkan kualitas hidup. Dengan pendekatannya yang terintegrasi dan kolaboratif, sistem kesehatan dapat lebih efektif dalam menanggulangi berbagai tantangan kesehatan yang dihadapi masyarakat. Adapun untuk lebih jelas perbedaan ilmu kedokteran dan ilmu kesehatan masyarakat dapat dilihat pada tabel di bawah, sebagai berikut :

Tabel 2. 1 Perbedaan Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Aspek	Ilmu Kedokteran	Ilmu Kesehatan Masyarakat
Sasaran	Kesehatan individu	Populasi atau komunitas
Pendekatan	Kuratif & Rehabilitatif	Promotif & Preventif
Tujuan	Mengobati penyakit, memperbaiki kesehatan individu	Memberikan edukasi, mencegah terjadinya penyakit dan meningkatkan kesehatan seluruh populasi
Metode	Tindakan medis langsung, seperti prosedur medis, pengobatan farmakologis, terapi fisik, operasi, atau perawatan kesehatan lainnya yang ditujukan untuk pasien secara pribadi.	Melibatkan kebijakan pemerintah, kampanye edukasi, penyuluhan, regulasi lingkungan, dan intervensi massal untuk mengurangi risiko penyakit.

Aspek	Ilmu Kedokteran	Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fokus	Fokus pada pengobatan jangka pendek hingga menengah	Fokus pada keberlanjutan kesehatan masyarakat dalam jangka panjang
Praktik	Langsung terhadap pasien	Petugas kesehatan turun ke masyarakat untuk mencari dan mengidentifikasi masalah yang ada di masyarakat
Contoh Tindakan	Memberikan resep, tindakan medis langsung kepada pasien	Program vaksinasi, kampanye kesehatan, pengendalian wabah
Contoh profesi	Dokter, ahli bedah, spesialis medis	Sanitarian, epidemiolog kesehatan, ahli kebijakan kesehatan, promotor kesehatan

Winslow dikenal sebagai bapak dalam bidang kesehatan masyarakat. Beliau adalah seorang pakar kesehatan masyarakat sekaligus ahli dalam bidang bakteriologi. Adapun definisi ilmu Kesehatan Masyarakat menurut Winslow (1920)

"Public health is the science and art of preventing disease, prolonging life, and promoting health through organized efforts of society, organizations, public and private, communities, and individuals."

Aspek penting dalam definisi tersebut dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. **Prevensi Penyakit:** kesehatan masyarakat bertujuan pada pencegahan penyakit daripada hanya mengobati penyakit. Ada tiga tingkatan pencegahan penyakit yaitu:
 - a. pencegahan primer: memberikan edukasi kepada masyarakat untuk melakukan pola hidup sehat supaya dapat mencegah penyakit sebelum penyakit itu terjadi.
 - b. pencegahan sekunder: melakukan skrining kesehatan supaya dapat mendeteksi penyakit sedini mungkin sehingga mencegah perkembangan penyakit lebih lanjut.
 - c. Pencegahan tersier: mengurangi dampak dari penyakit yang sudah terjadi, dengan cara mencegah komplikasi dan meminimalkan kerusakan lebih lanjut.
2. **Perpanjangan Umur:** tujuan dari perpanjangan umur bukan hanya menambah jumlah tahun dalam hidup, tetapi juga memperbaiki kualitas hidup dengan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, mengurangi angka kematian akibat penyakit, kecelakaan, atau faktor-faktor lainnya.

- 3. Promosi Kesehatan:** membantu masyarakat agar dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran tentang isu-isu kesehatan dalam mempertahankan kondisi kesehatan yang optimal serta mengubah perilaku individu atau kelompok untuk mengambil tindakan yang lebih sehat.

Selain hal diatas, kesehatan masyarakat juga memerlukan kolaborasi antara berbagai pihak, termasuk pemerintah, organisasi kesehatan, masyarakat, dan individu, untuk mencapai tujuan bersama dalam memelihara kesehatan.

Istilah kesehatan masyarakat terdiri dari dua aspek, yaitu "sehat" dan "masyarakat." Sehat yang dimaksud adalah secara fisik, mental, dan sosial dimana ketiga aspek ini saling berkaitan dan penting dalam mencapai kesejahteraan hidup yang seimbang.

- a. **Kesehatan Fisik:** menerapkan gaya hidup sehat serta kebiasaan positif maka tubuh dapat berfungsi secara maksimal dan juga dapat mencegah berbagai penyakit kronis yang menyebabkan menurunnya kualitas hidup.
- b. **Kesehatan Mental:** keadaan di mana seseorang memiliki keseimbangan yang baik dalam aspek emosional, psikologis, dan sosial. Sehat secara mental umumnya memiliki kemampuan untuk berkomunikasi dengan baik dan berinteraksi secara positif dalam masyarakat.

- c. Kesehatan Sosial: kemampuan dalam membangun dan memelihara hubungan yang baik dengan keluarga, teman, kolega, dan orang lain di sekitar.

Masyarakat adalah sekumpulan individu yang hidup bersama dalam suatu wilayah atau lingkungan tertentu dan saling berinteraksi serta memiliki berbagai latar belakang berbeda. Masyarakat terbagi menjadi dua kelompok, yaitu masyarakat perkotaan dan masyarakat pedesaan.

Masyarakat perkotaan memiliki beberapa ciri, di antaranya jumlah penduduk yang fluktuatif, sifat yang lebih individualistik, jenis pekerjaan yang beragam, interaksi yang lebih dipengaruhi oleh kepentingan daripada hubungan pribadi, serta kehidupan keagamaan yang cenderung lebih fleksibel. Sedangkan masyarakat pedesaan adalah bahwa masyarakat ini memiliki ikatan sosial yang erat, berfokus pada kegiatan pertanian sebagai mata pencaharian utama dan kehidupan keagamaan di masyarakat pedesaan juga lebih kental dengan nilai-nilai tradisional dan gotong royong.

Aspek masyarakat dalam kesehatan masyarakat mengacu pada berbagai faktor yang mempengaruhi keadaan kesehatan suatu kelompok. Faktor-faktor ini meliputi sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan yang saling berinteraksi untuk menentukan kesejahteraan serta kualitas hidup masyarakat.

1. Sosial: mencakup berbagai interaksi antara individu, kelompok, dan masyarakat luas, serta bagaimana cara kita berhubungan dengan orang lain dalam konteks kehidupan sehari-hari.

2. **Ekonomi:** tingkat pendapatan, pekerjaan, dan kondisi ekonomi memiliki dampak besar terhadap akses layanan kesehatan. Individu yang sehat cenderung memiliki produktivitas lebih tinggi dibandingkan yang mengalami gangguan kesehatan.
3. **Budaya:** budaya dapat mempengaruhi cara pandang dan pendekatan terhadap kesehatan. Setiap budaya memiliki cara berbeda dalam menangani penyakit misalnya tradisi adat Jawa dalam rangka 7 bulanan, upacara tingkeban dilakukan oleh keluarga yang baru memiliki bayi. Tujuan dari upacara ini adalah untuk melindungi bayi dari gangguan penyakit dan malapetaka serta sebagai ungkapan rasa syukur atas kesehatan bayi.
4. **Lingkungan:** lingkungan memiliki peran penting dalam menentukan kualitas kesehatan seseorang. Faktor-faktor lingkungan seperti kualitas udara, air, sanitasi, perubahan iklim, dan polusi memiliki dampak langsung terhadap kesehatan fisik dan mental.

Dari uraian diatas, maka dapat diambil kesimpulan bahwa kesehatan masyarakat adalah suatu bidang ilmu yang mempelajari dan mengelola berbagai faktor risiko yang memengaruhi kesehatan populasi atau komunitas melalui upaya promotif, preventif dan kebijakan penyelenggara pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan seluruh populasi atau komunitas tersebut dalam mencapai kesejahteraan seperti, sehat fisik, sehat mental, sehat sosial,

sehingga dapat memperbaiki kehidupan masyarakat dalam jangka panjang baik dari aspek sosial, ekonomi, budaya, dan lingkungan.

B. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Ilmu kesehatan masyarakat adalah ilmu yang bersifat multidisiplin karena melibatkan berbagai disiplin ilmu yang bekerja sama untuk memahami, mencegah, dan mengatasi masalah kesehatan yang terjadi pada individu, kelompok, atau populasi secara keseluruhan. Contoh macam-macam disiplin ilmu yang berkaitan seperti biomedis, lingkungan, sosiologi, antropologi, psikologi. Secara umum, disiplin ilmu yang menjadi dasar atau pilar utama dalam ilmu kesehatan masyarakat antara lain adalah sebagai berikut:

1. Kesehatan lingkungan: mencegah penyebaran penyakit yang terkait dengan faktor lingkungan (penyakit yang ditularkan melalui air, udara, dan vektor), mengendalikan polusi udara, air, tanah yang dapat berisiko bagi kesehatan manusia, memastikan ketersediaan air bersih dan sanitasi yang baik bagi masyarakat.
2. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku: memberikan informasi dan mengedukasi masyarakat mengenai isu kesehatan, memberdayakan individu dan kelompok masyarakat serta mendorong perubahan perilaku hidup sehat.
3. Epidemiologi: mempelajari tentang penyebaran penyakit, faktor risiko penyakit dan cara penanggulangan penyakit.

4. Biostatistik kesehatan: melakukan pengumpulan dan pengolahan data kesehatan serta melakukan interpretasi data
5. Administrasi dan kebijakan kesehatan: berperan dalam merencanakan program-program kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat, menyusun struktur layanan kesehatan yang efisien dan efektif di rumah sakit dan puskesmas, memantau dan mengevaluasi kinerja program kesehatan.
6. Gizi masyarakat: mencegah masalah kesehatan yang disebabkan oleh kurangnya asupan gizi yang tepat serta mempromosikan pola makan yang sehat di seluruh lapisan masyarakat.
7. Keselamatan dan kesehatan kerja: menciptakan lingkungan kerja yang lebih sehat dan aman agar dapat meningkatkan kesejahteraan pada pekerja, mencegah kecelakaan, dan mengurangi penyakit yang terkait dengan pekerjaan.

C. Sasaran Kesehatan Masyarakat

Sasaran kesehatan masyarakat mencakup seluruh lapisan masyarakat seperti : perorangan, keluarga, dan kelompok, baik yang sehat maupun yang tidak sehat. Fokus utama adalah pada mereka yang memiliki risiko tinggi, seperti kelompok rentan atau mereka yang terpapar.

1. Individu/perorangan: kesehatan individu menjadi komponen penting dalam mencapai tujuan kesehatan masyarakat karena perilaku dan keputusan individu dalam menjaga dan meningkatkan

kesehatannya dapat berdampak langsung dalam menciptakan masyarakat yang lebih sehat dan produktif.

2. Keluarga: sasaran keluarga dalam kesehatan masyarakat sangat penting karena keluarga merupakan unit terkecil yang mempengaruhi dan dipengaruhi oleh kesehatan individu anggotanya. Meningkatkan kesehatan keluarga secara keseluruhan dapat berdampak pada peningkatan kualitas hidup individu dan masyarakat.
3. Kelompok: terdiri dari dua orang atau lebih dan dapat memberikan pengaruh kepada individu seperti perilaku, sikap dan nilai. Berikut adalah beberapa contoh kelompok yang rentan terhadap masalah kesehatan
 - a. Kelompok remaja: kesehatan remaja penting sekali untuk diperhatikan, hal tersebut dikarenakan remaja mengalami perubahan dari segi fisik, psikologis, dan sosial. Kementerian Kesehatan RI mengatakan bahwa kesehatan remaja dapat dipengaruhi oleh pola makan yang seimbang, aktivitas fisik yang rutin, kesehatan mental dan emosional stabil. Kesehatan mental yang dimaksud seperti kecemasan dan depresi, perilaku berisiko seperti seks bebas, penggunaan narkoba, kekerasan dalam pacaran, masalah gizi. Intervensi yang dapat dilakukan adalah mengadakan pendidikan kesehatan seksual dan reproduksi, melaksanakan program pencegahan kekerasan, dukungan untuk masalah kesehatan

mental, dan melaksanakan program yang dapat meningkatkan kesadaran remaja dalam menjalani dan menerapkan gaya hidup sehat.

- b. Kelompok perempuan: rentan menghadapi berbagai masalah seperti kesehatan reproduksi, kehamilan, persalinan, kanker payudara dan serviks, serta kekerasan dalam rumah tangga. Intervensi yang dibutuhkan meliputi program kesehatan ibu dan anak, pemeriksaan kanker payudara dan serviks, penyuluhan mengenai kesehatan seksual dan reproduksi, serta pemberian dukungan psikososial bagi korban kekerasan.
- c. Kelompok ibu hamil dan menyusui: rentan menghadapi masalah seperti komplikasi kehamilan, malnutrisi, serta kematian ibu dan anak. Intervensi yang diperlukan antara lain pemeriksaan antenatal secara berkala, pemberian suplemen gizi, dan program pemberian ASI eksklusif untuk bayi.
- d. Kelompok lansia: rentan mengalami masalah seperti penyakit degeneratif (kanker, diabetes, parkinson, alzheimer, rheumatoid arthritis, dan osteoporosis), gangguan mental (seperti demensia, depresi), kecelakaan, serta risiko jatuh. Intervensi yang diperlukan mencakup program pencegahan penyakit kronis, pemeriksaan kesehatan secara berkala, terapi fisik, dan dukungan untuk kesehatan mental.

- e. Kelompok pekerja: masalah kesehatan para pekerja yang biasanya terjadi adalah kecelakaan kerja serta stres terkait pekerjaan. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah mengadakan program keselamatan dan kesehatan kerja, pemeriksaan kesehatan secara berkala, pelatihan mengenai ergonomi, dan dukungan kesehatan mental bagi pekerja terkait psikologis dan kesejahteraan sosial.
- f. Kelompok masyarakat terpencil dan miskin rentan terhadap masalah: Akses terbatas ke layanan kesehatan, masalah sanitasi dan kebersihan, penyakit infeksi (seperti malaria, diare, tuberkulosis), malnutrisi. Intervensi yang diperlukan: Penyuluhan kesehatan, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan dasar, program sanitasi dan air bersih, serta pemberian gizi tambahan.

DAFTAR PUSTAKA

- Ani, M. et al., (2022). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Padang: PT. Global Eksekutif Teknologi .
- Budiman., (2022). Penyakit Degeneratif. Diakses pada 06 Desember 2024.https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1714/penyakit-degeneratif
- Cholistarisa, D. ., Utami, T. ., Tsani, N. ., Q.A., L. R. ., & Darmadi, D., (2022). Tradisi Tingkeban (Syukuran Tujuh Bulanan Ibu Hamil) Pada Masyarakat Jawa Khususnya Berada di Desa Bajulan, Kecamatan Saradan, Kabupaten Madiun. *Jurnal Review Pendidikan Dan Pengajaran (JRPP)*, 5(2), 190–195. <https://doi.org/10.31004/jrpp.v5i2.10222>
- Kemenkes., Kelompok Usia Remaja 10-18 Tahun. Diakses pada 05 Desember (2024). <https://ayosehat.kemkes.go.id/kategori-usia/remaja>
- Muslimin, D. et al., (2021). Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Kab. Pidie, Provinsi Aceh: Yayasan Penerbit Muhammad Zaini.
- Puspitadewi, T. R. et al., (2022). Ilmu Kesehatan Masyarakat. Sleman, Yogyakarta: Zahir Publishing.
- Rutgers., What Is Public Health?. Diakses pada 03 Desember (2024). <https://sph.rutgers.edu/about/what-public-health>

- Sartika, et al., (2022). Ilmu Kesehatan Masyarakat. In: Bandung: Media Sains Indonesia.
- Surahman & Supardi, S., (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Farmasi : Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM. Jakarta Selatan: Pusdik SDM Kesehatan : Kementerian Kesehatan RI.
- Untari, I., (2017). 7 Pilar Utama Ilmu Kesehatan Masyarakat. Yogyakarta: Thema Publishing.

BAB 3

DETERMINAN KESEHATAN DAN PENGARUHNYA PADA KONDISI SEHAT DAN SAKIT

Oleh: drg. Lyliana Endang Setianingsih, MPH

A. Pendahuluan

Bagi manusia, kesehatan merupakan kebutuhan paling mendasar. Perkembangan peradaban manusia pun tidak terlepas dari perkembangan di bidang kesehatan, sebagai upaya mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan manusia, baik di lingkup individu maupun masyarakat. Berdasarkan pengertian kesehatan menurut Undang-Undang No. 17 tahun 2023, kesehatan adalah kondisi dimana seseorang terbebas dari penyakit dan sejahtera dari aspek mental, fisik, serta sosial secara keseluruhan. Seseorang yang sehat juga berarti bahwa dirinya mampu berfungsi dalam pemenuhan kebutuhan hidupnya, sehingga memungkinkan dirinya hidup produktif. (Silitonga et al., 2024; UU RI No. 17, 2023).

Derajat kesehatan masyarakat menurut teori Hendrik L. Blum, dipengaruhi oleh faktor-faktor, yaitu perilaku masyarakat, kondisi lingkungan, faktor keturunan atau genetik, serta kemudahan dalam akses pelayanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut saling terkait dan akan

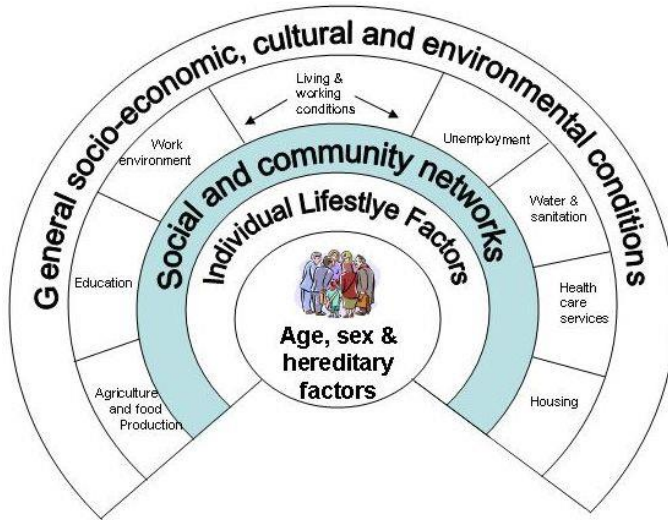
berdampak pada kesehatan masyarakat. Oleh sebab itu, upaya-upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat dilakukan secara serempak dan dengan melibatkan berbagai sektor. (Marpaung et al., 2022).

B. Determinan Kesehatan dan Pengaruhnya Pada Kesehatan

Merujuk pada pengertian kesehatan menurut Undang-undang No. 17 tahun 2023 tentang kesehatan, maka kondisi kesejahteraan masyarakat dari aspek jasmani, rohani, serta sosial ekonomi harus diperhatikan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Melaksanakan perilaku hidup sehat merupakan strategi utama dalam mencapai kondisi sehat jasmani, rohani, serta sosial ekonomi, dan ketiganya harus diterapkan secara bersamaan, dengan memperhatikan pola hidup yang jelas dan teratur. (Hasnidar et al., 2020).

Model Dahlgren dan Whitehead merupakan kerangka kerja yang digunakan untuk menjelaskan tentang keterkaitan antar faktor-faktor dan bagaimana faktor-faktor tersebut berkontribusi pada kondisi kesehatan masyarakat. Kerangka kerja ini telah memudahkan study di bidang kesehatan masyarakat untuk mempelajari lebih dalam tentang pengaruh relatif faktor-faktor penentu kesehatan tersebut terhadap kondisi kesehatan masyarakat. Berbagai studi membuktikan bahwa faktor yang paling dominan dalam mempengaruhi kondisi kesehatan seseorang adalah pola hidup atau faktor perilaku, disusul dengan faktor kondisi

lingkungan, kemudahan akses pelayanan kesehatan, dan faktor genetik atau keturunan. (Health Knowledge, 2007).



Gambar 3. 1 Model Dahlgren & Whitehead Determinan Kesehatan

(Health Knowledge, 2007)

1. Determinan Perilaku Kesehatan

Perilaku atau pola hidup seseorang memiliki peran yang besar dalam berkontribusi pada kondisi kesehatan seseorang. Banyak penyakit terjadi diakibatkan karena penerapan pola hidup yang tidak sehat, sehingga dirinya lalai dalam menjaga kesehatannya. Upaya-upaya yang dilakukan melibatkan kegiatan edukasi kepada masyarakat, yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya penerapan perilaku pola hidup yang sehat. Dalam proses membentuk perilaku

masyarakat, menurut teori Bloom, maka upaya yang dilakukan harus meliputi tiga ranah perilaku, yaitu pengetahuan, sikap, dan perilaku. (Hasnidar et al., 2020).

Berikut adalah penjelasan dari tiga ranah perilaku menurut Teori Bloom:

- a. Pengetahuan, merupakan hasil dari proses penginderaan seseorang terhadap objek dan peristiwa yang terjadi di lingkungannya. Pengetahuan termasuk ke dalam domain yang sangat berperan dalam mempengaruhi perilaku seseorang dan bagaimana seseorang mengambil keputusan dalam hidupnya. Mengacu pada teori Bloom, maka ranah pengetahuan atau kognitif, terdiri dari enam tingkatan, yaitu (1) Mengetahui, (2) Memahami, (3) Mengaplikasikan, (4) Menganalisis, (5) Menyintesis, dan (6) Mengevaluasi. Derajat pengetahuan yang dimiliki seseorang akan menentukan bagaimana seseorang bersikap.
- b. Sikap merupakan reaksi atau respons seseorang terhadap objek atau peristiwa yang terjadi di lingkungannya, dimana reaksi atau respons ini masih tertutup, berupa pandangan atau keyakinan seseorang. Sikap memiliki tingkatan, yaitu menerima dan menanggapi. Sikap juga dibedakan menjadi dua, yaitu sikap positif dan negatif. Sikap seseorang terhadap akan tercermin dalam perilaku atau pola hidup yang diterapkan.
- c. Perilaku merupakan tindakan yang dilakukan oleh seseorang dalam merespons peristiwa yang terjadi dalam hidupnya. Kondisi sehat yang optimal dapat tercapai dengan mengubah perilaku yang

kurang baik menjadi perilaku yang menunjang terciptanya pola hidup sehat. Hal ini diawali dari lingkup keluarga. Konsep perilaku sehat dikembangkan dari Teori Bloom, yang mencakup pengetahuan tentang kesehatan, sikap terhadap kesehatan, dan mempraktikkan perilaku atau pola hidup sehat.

Pola hidup merupakan bagian dari kebutuhan manusia yang dinamis, dan cenderung berubah-ubah sesuai dengan perkembangan zaman dan tren yang terjadi. Seseorang yang berhasil menerapkan kebiasaan disiplin hidup sehat akan mendukung meningkatnya derajat kesehatan dirinya. (Marpaung et al., 2022).

2. Determinan Lingkungan

Kesehatan lingkungan merupakan kondisi yang berpengaruh secara signifikan terhadap derajat kesehatan masyarakat. Kesehatan lingkungan meliputi kondisi perumahan, sistem pembuangan sampah, sistem pembuangan kotoran manusia, ketersediaan air bersih, serta penanganan air limbah. Usaha kesehatan lingkungan merupakan upaya yang dilakukan untuk mengoptimalkan terwujudnya lingkungan yang bersih supaya mendukung peningkatan derajat kesehatan masyarakat. (Marpaung et al., 2022).

Lingkungan dapat dikategorikan menjadi:

- a. Lingkungan fisik → Lingkungan yang meliputi benda-benda yang dapat dilihat, dirasa dan diraba. Lingkungan fisik dapat berupa benda-benda yang tersedia alam dan buatan manusia. Contohnya adalah tanah, air, bebatuan, udara, sampah, perumahan, dll.

- b. Lingkungan biologis →Lingkungan yang meliputi makhluk hidup, baik yang dapat terlihat oleh mata manusia, maupun yang tidak.
- c. Lingkungan social →Lingkungan dimana makhluk hidup (manusia) saling berinteraksi sesamanya dan lingkungan dimana manusia mengelola lingkungan fisik serta biologis.

Hal yang sangat besar pengaruhnya bagi kesehatan manusia adalah terkait sanitasi atau kebersihan lingkungan, karena buruknya mutu sanitasi lingkungan berkontribusi pada banyaknya penyebab penyakit. Berikut ini adalah beberapa contoh buruknya mutu sanitasi lingkungan:

- 1) Limbah rumah tangga yang tidak dikelola dengan baik.
- 2) Tercemarnya air, tanah dan udara, dengan berbagai zat polutan berbahaya.
- 3) Sulitnya akses kepada air bersih, sehingga masyarakat kesulitan menerapkan pola hidup bersih dan sehat.

Mutu sanitasi lingkungan yang baik akan memudahkan masyarakat dalam menerapkan pola hidup bersih dan sehat, yang pada akhirnya bentukan akan berdampak positif bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Sebaliknya mutu sanitasi lingkungan yang buruk akan meningkatkan risiko terjadinya penyakit, karena ada penumpukan agen penyebab penyakit, seperti adanya nyamuk *Aedes Aegypti* penyebab Demam Berdarah Dengue, tercemarnya air tanah dengan bakteri *E. Coli* penyebab infeksi saluran pencernaan, tercemarnya udara dengan zat

polutan seperti CO₂ yang dapat menyebabkan gangguan pernapasan, dan sebagainya. (Marpaung et al., 2022)

Selain mutu sanitasi lingkungan, kondisi rumah dan lingkungan perumahan juga berpengaruh kepada kesehatan seseorang. Kondisi rumah yang sehat memiliki ventilasi yang baik, yang akan memastikan baiknya sirkulasi udara dan tersedianya paparan cahaya matahari yang cukup. Lingkungan perumahan yang baik juga menunjang terciptanya kesehatan warga yang optimal. Lingkungan perumahan yang sehat dapat diwujudkan antara lain dengan tertatanya rumah setiap warga, lingkungan yang bersih dari sampah, dan tersedianya ruang terbuka hijau.

Kondisi lingkungan tempat kerja juga memiliki pengaruh terhadap kesehatan pekerja. Seorang pekerja dapat menghabiskan waktu lebih dari 8 jam setiap harinya, dan 5 hari dalam seminggu, di tempat kerja. Kebersihan dan kenyamanan tempat kerja penting untuk diperhatikan, karena pekerja yang sehat akan dapat bekerja secara produktif dan maksimal. (Hasnidar et al., 2020).

3. Determinan Sosial

Interaksi sosial diartikan sebagai hubungan yang terjadi antar individu, antar kelompok, ataupun antara individu dengan kelompok. Interaksi sosial bersifat dinamis, karena manusia sebagai makhluk sosial juga akan cepat berubah menyesuaikan dengan perkembangan situasi dan kondisi. Interaksi sosial yang baik dapat diwujudkan dengan saling memahami, saling menghargai, serta saling menghormati batas-batas antar individu

dan antar kelompok, yang pada akhirnya akan berdampak positif pada kesehatan mental seseorang. (Hasnidar et al., 2020)

Hubungan sosial di tempat kerja cukup besar pengaruhnya pada kesehatan seseorang, dari semua aspek yaitu kesehatan jasmani, rohani, dan sosial ekonomi. Beban kerja yang sesuai dengan kapasitas pekerja, pengelolaan jadwal yang sesuai dengan kondisi pekerja, penghargaan dan gaji yang memadai, kejelasan pembagian tugas dan jenjang karir, tersedianya asuransi kesehatan dan jaminan hari tua, ruangan serta hubungan yang baik antar rekan kerja, akan menunjang kesehatan pekerja. Kondisi kesehatan pekerja yang optimal tentunya akan memberi manfaat besar pada tempat kerja, karena produktifitas yang maksimal. (Hasnidar et al., 2020)

Lingkungan sosial erat hubungan dengan kondisi ekonomi masyarakat. Masyarakat yang berada di bawah garis kemiskinan akan mengalami tantangan dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Tantangan tersebut berupa kesulitan dalam mengakses pelayanan kesehatan, terbatas dalam mendapatkan pendidikan yang layak, serta ketidakmampuan dalam mendapatkan bahan makanan yang memenuhi gizi seimbang. (Marpaung et al., 2022).

Perkembangan kemampuan seseorang dalam berinteraksi sosial, dipengaruhi oleh pola asuh yang diterima dari orangtua dan keluarganya. Pola asuh masing-masing keluarga tentu berbeda-beda, namun saat ini sudah cukup berkembang ilmu pengetahuan tentang pola asuh yang baik dan benar, yang kerap disosialisasikan kepada orangtua siswa di sekolah.

Pola asuh keluarga yang didasarkan pada kasih sayang dan pendidikan yang memadai memiliki dampak yang positif terhadap pertumbuhan dan perkembangan seorang anak dari segi keterampilan sosial. Dibangunnya hubungan sosial yang baik mulai dari tingkat keluarga, sangat diperlukan untuk membentuk masyarakat dengan keterampilan sosial yang baik. (Hasnidar et al., 2020).

4. Determinan Genetik

Faktor genetik atau keturunan memiliki pengaruh terhadap derajat kesehatan seseorang. Terdapat beberapa penyakit atau kelainan, yang sifatnya hereditas atau diturunkan secara genetik. Faktor genetik ini merupakan faktor yang sudah ada di dalam diri manusia sejak lahir, misalnya penyakit asma bronkial, buta warna, *thalassemia*, hemofilia, serta kecenderungan hipertensi dan diabetes melitus. Walaupun faktor perilaku lebih besar pengaruhnya pada terjadinya penyakit degeneratif seperti hipertensi dan diabetes melitus, namun faktor genetik memiliki peran, sehingga seseorang dengan latar keluarga adanya riwayat penyakit tersebut, tentu harus lebih sadar dalam menerapkan pola hidup yang lebih baik. (Marpaung et al., 2022).

Dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat, faktor genetik penting untuk diperhatikan, sebagai dasar dalam program-program pencegahan terjadinya penyakit. Konseling kesehatan juga perlu dilakukan pada pasangan sebagai salah satu program pra nikah, sehingga masyarakat akan lebih menyadari pentingnya penerapan pola hidup sehat, upaya pencegahan penyakit, yang pada akhirnya diharapkan dapat

melahirkan generasi yang sehat secara jasmani, rohani dan sosial ekonomi. (Marpaung et al., 2022).

Berikut adalah contoh-contoh lain dari upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, sebagai pencegahan terhadap terjadinya penyakit akibat keturunan:

- Perbaikan gizi pada ibu hamil dan menyusui.
- Edukasi kesehatan pada kelompok masyarakat yang memiliki risiko penyakit keturunan.

5. Determinan Akses Pelayanan Kesehatan

Hak setiap warga negara dalam mendapatkan pelayanan kesehatan dijamin dalam Undang-Undang Dasar 1945. Pelayanan kesehatan yang diberikan dapat berupa upaya kesehatan perorangan maupun kelompok masyarakat. Kemudahan masyarakat dalam mengakses pusat pelayanan kesehatan, dan tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, akan sangat berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. (Marpaung et al., 2022)

Terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan demi tercapainya pelayanan kesehatan yang bermutu, yaitu:

- a. Keterampilan tenaga kesehatan, baik keterampilan sesuai kompetensi profesinya, maupun keterampilan dalam berinteraksi dengan pasien dan rekan kerja.
- b. Sarana dan prasarana yang lengkap dan memadai, yang akan menunjang proses penegakan diagnosis dan pelaksanaan perawatan pasien.

- c. Sistem rujukan yang terintegrasi ke dalam sistem informasi kesehatan, di tingkat daerah dan nasional.

Mutu pelayanan kesehatan bergantung pada kerja sama yang baik antara pasien dan keluarganya dengan pihak penyedia pelayanan kesehatan, yang dipengaruhi oleh faktor-faktor individual serta faktor-faktor organisasional dan sistem pelayanan kesehatan. Kolaborasi antar faktor-faktor tersebut berkontribusi pada keberhasilan perawatan pasien dan akan memberikan dampak pengalaman pasien yang baik selama menerima pelayanan kesehatan. Manajemen sumber daya manusia, penggunaan sumber daya asset, dan proses pelayanan kesehatan yang dilaksanakan secara efektif, serta kerja sama yang baik antar semua pihak yang terlibat, akan berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik secara keseluruhan. (Alnaqbi, 2018).

Fasilitas pelayanan kesehatan yang dikelola dengan buruk mungkin memiliki tingkat kesalahan medis dan insiden keselamatan pasien yang tinggi, seperti terjadinya infeksi nosokomial, tertundanya penegakan diagnosis, tidak adanya kontinuitas pelayanan kesehatan, kesalahan pemberian obat, kelelahan staf, komunikasi yang buruk, infrastruktur yang tidak memadai, serta akses yang terbatas ke pelayanan khusus. Pendekatan dari berbagai aspek harus dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah tersebut, termasuk meningkatkan manajemen fasilitas pelayanan kesehatan, peningkatan pendidikan dan pelatihan staf, menyediakan teknologi dan infrastruktur yang memadai, serta menumbuhkan budaya yang berfokus pada pasien. Audit medis secara

rutin, program akreditasi, serta umpan balik dari pasien dapat membantu mengidentifikasi aspek pelayanan yang perlu ditingkatkan untuk memastikan hasil perawatan pasien yang lebih baik. (Alnaqbi, 2018).

C. Peran Determinan Kesehatan Dalam Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat

Kondisi medis yang terutama dipengaruhi oleh pilihan pola hidup yang tidak baik, faktor lingkungan, dan kecenderungan genetik disebut penyakit tidak menular (PTM). Pilihan pola hidup yang buruk seperti pola makan yang buruk, tidak cukup berolahraga, merokok, minum alkohol, dan mengalami stres yang tidak dikelola dengan baik berperan dalam timbulnya dan perkembangan penyakit ini secara bertahap. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia, "penyakit masyarakat kaya" seperti tekanan darah tinggi, serangan jantung, dan kanker paru-paru menyebabkan 70–80% kematian di negara-negara industri dan 40–50% di negara-negara berkembang. (Alnaqbi, 2018).

Edukasi tentang pola hidup sehat, dapat disampaikan kepada masyarakat, yaitu dengan menerapkan hal-hal berikut ini:

1. Pola makan yang sehat

Pembentukan perilaku yang menerapkan pola makan sehat dengan gizi seimbang dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain adalah kemiskinan dan kelaparan, status kesehatan, status sosial ekonomi, serta budaya dan kepercayaan. Oleh karena itu perbaikan dari

berbagai sektor penting dilakukan untuk menanggulangi masalah kecukupan gizi bagi masyarakat.

2. Pola kerja yang baik

Penyedia lapangan pekerjaan sebaiknya membuat desain pekerjaan yang mempertimbangkan beban kerja, jenis pekerjaan, lokasi pekerjaan. Pekerja yang bekerja dengan bahagia tentunya akan lebih produktif.

3. Pola istirahat yang cukup

Kurangnya waktu istirahat dapat menyebabkan gangguan pada metabolisme, yang pada akhirnya akan berpengaruh pada risiko terjadinya penyakit tidak menular. Tentunya masyarakat perlu diedukasi bahwa tidur yang cukup bagi orang dewasa adalah antara 7 – 8 jam.

4. Pola pikir yang positif

Pola pikir seseorang adalah salah satu faktor yang berpengaruh terhadap terjadinya penyakit tidak menular, karena pikiran yang negatif berupa stress dan depresi dapat menyebabkan gangguan pada proses metabolisme manusia. Masyarakat perlu dilatih supaya memiliki kecerdasan emosional dan spiritual. Kedua jenis kecerdasan ini yang akan berkontribusi pada bagaimana seseorang merespon segala permasalahan yang dihadapi dalam hidupnya. Semakin baik seseorang dalam mengelola emosional dan semakin baik dirinya dalam berhubungan dengan Tuhan, maka semakin

besar kemungkinan dirinya dapat menerapkan pola pikir positif yang mendukung kesehatan mentalnya.

5. Olahraga yang teratur

Gerak tubuh yang dilakukan secara rutin merupakan salah satu penerapan pola hidup sehat. Olahraga juga harus dilakukan secara benar. Oleh karena itu tenaga kesehatan terutama yang menguasai bidang kesehatan, perlu untuk mengedukasi masyarakat akan pentingnya olahraga dan bagaimana cara melakukan olahraga secara benar.

Faktor tersedianya pelayanan kesehatan sesuai dengan yang dibutuhkan masyarakat, didukung dengan adanya kebijakan kesehatan yang memiliki tujuan peningkatan status kesehatan masyarakat. Adanya kebijakan kesehatan sebagai salah satu bentuk dari kebijakan publik, secara khusus memiliki sasaran pembangunan sistem kesehatan secara nasional, yang melibatkan baik dari sektor pemerintah maupun swasta. Pemerintah dalam hal ini berperan sebagai pihak yang mengatur dan mengawasi praktik pelayanan kesehatan, serta memastikan tidak adanya praktik pelayanan kesehatan yang membawa kerugian bagi masyarakat. (Shobiha & Yuniasih, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Alnaqbi, S. (2018). Health determinants. In *Disability in American Life: An Encyclopedia of Concepts, Policies, and Controversies: Volume 1: A-L: Volume 2: M-Z* (Vol. 1, pp. V1-333–V1-335). Bloomsbury Publishing Plc. <https://doi.org/10.47604/gjhs.2069>
- Hasnidar, Tasnim, Sitorus, S., Mustar, W., Fhirawati, Yuliani, M., Yuniarto, I., Susilawaty, A., Pattola, R., Sianturi, E., & Sulfianti. (2020). *Ilmu kesehatan masyarakat* (A. Rikki, Ed.; 1st ed.). Yayasan Kita Menulis.
- Health Knowledge. (2007). *Collective and individual responsibilities for health, both physical and mental*. Health Knowledge. <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2h-principles-health-promotion/responsibilities-health-physical-mental>
- Marpaung, D., Putri, N., Manurung, J., Laga, E., Fitriani, Hairuddin, K., Tanjung, R., Sinaga, T., Argaheni, N., Faridi, A., & Andriani, R. (2022). *Dasar – dasar ilmu kesehatan masyarakat* (A. Karim, Ed.; 1st ed.). Yayasan Kita Menulis.
- Shobiha, S. M., & Yuniasih, A. F. (2022). Pengidentifikasian determinan pembangunan kesehatan kabupaten/kota di Indonesia tahun 2018. *Aspirasi: Jurnal Masalah-Masalah Sosial*, 13(1). <https://doi.org/10.46807/aspirasi.v13i1.2404>
- Silitonga, H., Wicaksono, D., Yunita, J., Rany, N., Br Perangin-angin, S., Weynand Nusawakan, A., Rachmawati, F., Asmin, E., Made Ari

Wilani, N., Melly Putri, K., Safitriani, I., & March Syahadat, R. (2024). *Perilaku kesehatan dan promosi kesehatan* (A. Masruroh, Ed.). Widina Media Utama.

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. (2023).

BAB 4

MENGANALISIS PERANAN SOSIAL BUDAYA TERHADAP PERILAKU DAN KEBIASAAN MAKAN, GIZI DAN KESEHATAN

Oleh: Early Wulandari Muis

A. Pendahuluan

Peran sosial budaya dalam memengaruhi perilaku makan, kebiasaan, nutrisi, dan kesehatan merupakan fenomena yang kompleks dan beraneka ragam yang telah dipelajari secara ekstensif dalam bidang ilmu gizi dan kesehatan. Faktor sosial budaya mencakup berbagai variabel, termasuk norma budaya, tradisi, kepercayaan, status sosial ekonomi, pendidikan, dinamika keluarga, dan pengaruh sosial, antara lain.

Salah satu cara mendasar di mana sosial budaya memengaruhi perilaku dan kebiasaan makan adalah melalui norma dan tradisi budaya. Budaya yang berbeda memiliki pola makan, preferensi makanan, dan struktur makan yang berbeda yang tertanam kuat dalam masyarakat mereka. Misalnya, dalam budaya Mediterania, pola makan yang kaya akan buah-buahan, sayuran, biji-bijian utuh, dan minyak zaitun merupakan hal yang tradisional, sedangkan dalam budaya Barat, makanan cepat saji dan

makanan olahan lebih lazim. Perbedaan budaya ini memainkan peran penting dalam membentuk pilihan makanan dan kebiasaan makan individu.

Interaksi antara faktor sosial budaya dan perilaku makan sangat mendalam, yang secara signifikan memengaruhi hasil gizi dan kesehatan. Vandevijvere (n.d.) berpendapat bahwa pilihan makanan bukan sekadar keputusan individu, tetapi berakar dalam praktik budaya, kepercayaan, dan norma sosial. Misalnya, pola makan sering kali mencerminkan nilai-nilai komunitas, larangan agama, dan tradisi historis, yang membentuk cara individu menyikapi makanan. Pemahaman ini menggarisbawahi perlunya kebijakan kesehatan publik untuk mempertimbangkan dimensi sosial budaya ini daripada hanya berfokus pada pilihan individu.

Selain itu (Roudsari et al.,) menekankan bahwa konteks psikologis dan sosial memainkan peran penting dalam membentuk kebiasaan makan. Studi mereka mengungkapkan bahwa norma sosial dan pengaruh keluarga secara signifikan memengaruhi preferensi makanan dan pola konsumsi. Ketika individu menjalani pola makan modern di tengah lanskap budaya yang terus berkembang, menjadi penting untuk mengenali dampak pengalaman makan bersama dan pengaruh teman sebaya terhadap pemilihan makanan (Higgs & Thomas). Dengan demikian, intervensi yang ditujukan untuk mempromosikan makan yang lebih sehat harus memperhitungkan dinamika sosial budaya ini agar efektif.

Selain itu, status sosial ekonomi dan tingkat pendidikan juga memainkan peran penting dalam menentukan akses dan pengetahuan

tentang makanan sehat. Individu berpenghasilan tinggi sering kali mampu membeli produk segar, makanan organik, dan suplemen makanan, sementara mereka yang berpenghasilan rendah mungkin bergantung pada makanan olahan yang lebih murah, yang tinggi kalori dan rendah nutrisi. Demikian pula, individu dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung lebih menyadari pentingnya nutrisi dan membuat pilihan yang tepat tentang diet mereka.

Dinamika keluarga dan pengaruh sosial lebih lanjut berkontribusi dalam membentuk perilaku dan kebiasaan makan. Makanan keluarga, misalnya, merupakan aspek penting dari banyak budaya dan dapat memengaruhi pilihan makanan dan ukuran porsi. Demikian pula, tekanan teman sebaya, pengaruh media, dan norma sosial dapat memengaruhi persepsi individu tentang citra tubuh, diet, dan manajemen berat badan.

B. Makan Bukan Sekedar Kebutuhan Biologis

Makan bukan sekadar kebutuhan biologis; itu adalah tindakan budaya yang mewujudkan praktik, makna, dan nilai sosial. Faktor sosial budaya mencakup berbagai elemen, termasuk tradisi, agama, peran gender, preferensi selera, interaksi sosial, dan kondisi ekonomi, yang semuanya memainkan peran penting dalam membentuk perilaku makan individu dan komunal. Memahami pengaruh ini sangat penting dalam mengatasi tantangan kesehatan masyarakat yang terkait dengan nutrisi dan kesehatan.

1. Identitas dan Tradisi Budaya

Setiap budaya memiliki praktik makanan unik yang menentukan apa yang dianggap dapat diterima atau diinginkan untuk dimakan. Identitas budaya memengaruhi preferensi untuk jenis makanan tertentu, metode memasak, dan pola makan. Misalnya, individu dari budaya Mediterania mungkin memiliki pola makan yang kaya akan minyak zaitun, sayuran, dan ikan, sementara pola makan tradisional di Asia mungkin menekankan pada nasi, produk kedelai, dan sayuran musiman. Tradisi kuliner ini tidak hanya membentuk kebiasaan makan tetapi juga memengaruhi hasil kesehatan, karena beberapa pola makan budaya dikaitkan dengan tingkat penyakit kronis yang lebih rendah.

2. Sosialisasi dan Pengaruh Keluarga

Dinamika keluarga dan teman sebaya memainkan peran penting dalam membentuk kebiasaan makan. Proses sosialisasi sejak masa kanak-kanak hingga remaja secara signifikan menentukan preferensi dan rutinitas makanan. Studi menunjukkan bahwa anak-anak lebih cenderung mengadopsi perilaku makan yang dicontohkan oleh orang tua dan saudara kandung mereka. Makan bersama keluarga sangat penting untuk menanamkan praktik makan yang sehat, mendorong komunikasi, dan menetapkan norma makanan. Sebaliknya, konteks sosial tertentu dapat memperkuat kebiasaan yang tidak sehat, seperti konsumsi makanan cepat saji yang berlebihan di masyarakat tempat-tempat ini berada dan tersebar luas.

3. Faktor Ekonomi

Status sosial ekonomi memengaruhi akses, keterjangkauan, dan pilihan makanan. Individu dari latar belakang yang lebih rendah mungkin memiliki akses terbatas terhadap buah-buahan segar, sayuran, dan biji-bijian utuh karena keterbatasan keuangan dan tinggal di daerah yang kekurangan makanan. Faktor ekonomi tidak hanya menentukan ketersediaan tetapi juga memengaruhi kualitas makanan, di mana pilihan makanan yang lebih murah, padat kalori, tetapi miskin nutrisi menjadi lebih menarik. Akibatnya, kesenjangan gizi muncul di antara kelompok sosial ekonomi yang berbeda, yang berkontribusi terhadap ketidakadilan kesehatan dan prevalensi penyakit terkait makanan.

4. Peran Gender

Gender memainkan peran yang berpengaruh dalam membentuk perilaku makan. Norma sosial sering kali menentukan peran dan pilihan penyiapan makanan dalam keluarga, dengan perempuan secara tradisional bertanggung jawab atas penyiapan makanan. Selain itu, tekanan masyarakat dapat mengakibatkan perilaku makan yang berbeda di antara jenis kelamin, seperti perempuan yang lebih rentan terhadap praktik diet dan pengendalian berat badan. Memahami dinamika ini sangat penting untuk mengatasi asupan gizi dan merancang intervensi yang peka gender.

5. Pengaruh Media dan Teknologi

Media secara signifikan memengaruhi persepsi kita tentang makanan dan citra tubuh, menciptakan konstruksi sosial yang memengaruhi perilaku makan. Iklan, media sosial, dan dukungan selebriti dapat mengarah pada

normalisasi kebiasaan makan tertentu, terkadang mengagungkan makanan yang tidak sehat. Di sisi lain, kampanye kesehatan dapat berfungsi untuk mendidik tentang gizi dan mempromosikan pilihan yang lebih sehat. Evolusi teknologi juga memperkenalkan kebiasaan makan baru, seperti peningkatan pengiriman makanan dan konsumsi makanan siap saji, yang selanjutnya memengaruhi pola makan dan kesehatan.

C. Pengaruh Budaya terhadap Pilihan Makanan dan Kebiasaan Makan

Eksplorasi pengaruh sosial-budaya pada perilaku makan dan nutrisi merupakan bidang studi yang memiliki banyak sisi yang mengungkap interaksi kompleks antara pilihan individu dan faktor-faktor sosial yang lebih luas. Literatur yang diulas di sini memberikan wawasan tentang bagaimana berbagai dinamika sosial-budaya membentuk kebiasaan makan di berbagai populasi.

Dalam tinjauan pemetaan sistematis mereka, (Araba Osei-Kwasi et al., 2016) menyoroti peran penting norma sosial dan identitas dalam memengaruhi perilaku makan di antara kelompok etnis minoritas di Eropa. Mereka menunjukkan bahwa sementara model sosial-ekologis tradisional mengklasifikasikan pengaruh ini sebagai faktor komunitas dan individu, studi cenderung berfokus secara tidak proporsional pada aspek sosial-budaya, seperti akulturasi dan identitas budaya. Penekanan ini dapat mengaburkan pemahaman perilaku makan pada populasi ini, karena banyak faktor yang umum bagi populasi mayoritas—seperti harga dan

ketersediaan pangan—kurang terwakili dalam temuan mereka. Para penulis menganjurkan studi lebih lanjut untuk mengidentifikasi kesamaan dalam pengaruh pola makan di berbagai kelompok, yang dapat meningkatkan efektivitas intervensi pola makan yang disesuaikan untuk kelompok etnis minoritas.

(Andrea Galvez Espinoza, 2017) lebih jauh menjelaskan dimensi sosial-budaya perilaku makan melalui studi partisipatif dengan perempuan Chili dengan status sosial ekonomi rendah. Temuan tersebut mengungkapkan bahwa keluarga memainkan peran penting dalam membentuk preferensi makanan dan praktik konsumsi. Konsep kekeluargaan muncul dengan jelas, karena para peserta sering merujuk pada proses pengambilan keputusan kolektif yang melibatkan anggota keluarga. Pengaruh kekeluargaan ini dapat menghasilkan hasil positif, seperti peningkatan porsi makan keluarga, dan konsekuensi negatif, di mana pilihan pola makan individu dapat terganggu. Studi tersebut menggarisbawahi pentingnya mengenali dinamika kekeluargaan dalam memahami perilaku makan, khususnya dalam budaya Amerika Latin.

(Zou et al., 2022) memperluas pembahasan ke imigran Tiongkok di Amerika Utara, yang menggambarkan bagaimana kepercayaan budaya dan praktik tradisional menginformasikan pilihan pola makan. Para penulis mencatat bahwa pola makan dianggap penting untuk pemeliharaan kesehatan dan pengelolaan penyakit dalam komunitas ini, dengan menyoroti pengaruh Pengobatan Tradisional Tiongkok dan konsep keseimbangan humoral. Tinjauan cakupan mereka menekankan

perlunya intervensi pola makan yang ditargetkan yang mempertimbangkan konteks budaya unik imigran Tiongkok. Dengan menggunakan teori ekososial, para penulis mengidentifikasi faktor-faktor pribadi, keluarga, dan tingkat komunitas yang memengaruhi perilaku pola makan, sehingga memberikan kerangka kerja yang komprehensif untuk memahami kebiasaan makan populasi ini.

Secara bersamaan, studi ini menggambarkan cara rumit di mana faktor sosial budaya membentuk perilaku makan dan hasil kesehatan di berbagai kelompok etnis. Study ini mengungkapkan perlunya mempertimbangkan identitas budaya, hubungan keluarga, dan pengaruh komunitas saat memeriksa kebiasaan makan dan mengembangkan intervensi gizi yang efektif.

D. Pengaruh Sosial Budaya Pada Perilaku Makan dan Hasil Kesehatan

Segudang faktor sosial budaya secara mendalam membentuk perilaku makan individu dan hasil kesehatan secara keseluruhan. Warisan budaya tidak hanya menentukan preferensi makanan tetapi juga kepercayaan seputar nutrisi dan kesehatan, yang menciptakan jaringan pengaruh yang kompleks yang sangat bervariasi di antara berbagai kelompok demografi. Misalnya, warga Amerika keturunan Filipina, yang mengalami peningkatan angka penyakit kardiovaskular, sering kali mempertahankan identitas budaya mereka melalui praktik diet tradisional, namun mereka mungkin juga memiliki keyakinan bahwa praktik ini berkontribusi terhadap risiko

kesehatan (Antonio et al., 2018). Kerangka budaya tersebut menyoroti ketegangan antara melestarikan akar kuliner dan beradaptasi dengan rekomendasi kesehatan.

Demikian pula, populasi yang terpinggirkan, seperti wanita Afrika Amerika yang miskin yang didiagnosis dengan HIV, menghadapi tantangan unik yang berasal dari kesenjangan sistemik dalam akses layanan kesehatan dan sistem dukungan sosial. Intervensi yang memanfaatkan model sosio-ekologis, seperti yang terlihat dalam Project THANKS, bertujuan untuk mengintegrasikan konteks budaya ke dalam strategi kesehatan, yang pada akhirnya mengatasi sifat saling terkait dari kondisi sosio-budaya dan manajemen penyakit kronis (Amutah et al., 2015). Contoh-contoh ini menggarisbawahi pentingnya memahami lanskap sosio-budaya dalam membentuk pilihan diet dan lintasan kesehatan dalam komunitas yang beragam.

Pemeriksaan kritis terhadap pengaruh sosial budaya mengungkap interaksi yang kompleks antara pilihan individu dan tekanan eksternal yang membentuk kebiasaan makan. Misalnya, study menunjukkan bahwa remaja sangat rentan terhadap norma teman sebaya dan konteks sosial lingkungan, yang secara signifikan memengaruhi perilaku makan mereka. Secara khusus, (A Must et al., 2014) menyoroti bagaimana otonomi finansial, preferensi rasa, dan norma teman sebaya yang dirasakan secara langsung memengaruhi pilihan makanan remaja Ekuador, yang menunjukkan bahwa lingkungan budaya memainkan peran penting dalam membentuk praktik makan. Selain itu, (Bishop et al., 2014)

menggarisbawahi perlunya melibatkan pemangku kepentingan seperti orang tua dan guru untuk mempromosikan makan sehat di sekolah, yang menunjukkan bahwa upaya budaya kolektif sangat penting untuk memicu perubahan perilaku. Hal ini menyoroti pentingnya faktor kontekstual, termasuk kebiasaan keluarga dan kualitas makanan yang mudah diakses, sebagai hambatan untuk makan sehat di kalangan remaja. Pada akhirnya, memahami dinamika sosial budaya ini sangat penting untuk mengembangkan intervensi gizi yang efektif yang sesuai dengan komunitas sasaran.

E. Dampak Tradisi dan Praktik Budaya Terhadap Pilihan Makanan

Tradisi dan praktik budaya memengaruhi pilihan makanan secara signifikan, tidak hanya membentuk preferensi individu tetapi juga hasil kesehatan masyarakat. Di banyak masyarakat, makanan sangat terkait erat dengan warisan budaya, karena keluarga sering kali mewariskan resep dan metode memasak yang menentukan identitas kuliner mereka. Misalnya, sebuah studi terhadap penduduk perkotaan Indonesia mengungkapkan bahwa kepatuhan terhadap aturan adat dalam konsumsi makanan memoderasi dampak pendidikan terhadap pertimbangan kesehatan, yang menyoroti bagaimana norma sosial setempat dapat menentukan kebiasaan makan ((Mazenda et al., 2015)). Lebih jauh, pedoman diet harus mengenali pengaruh budaya ini agar efektif. Pengembangan pedoman praktik diet untuk imigran Afrika dengan Diabetes Melitus Tipe 2 menggambarkan prinsip ini, yang menunjukkan

bahwa rekomendasi yang disesuaikan secara budaya lebih cenderung mendorong kepatuhan dan meningkatkan hasil kesehatan yang lebih baik ((Enwere et al., 2023)). Contoh-contoh tersebut menggarisbawahi perlunya memahami konteks budaya untuk menangani gizi dan kesehatan secara efektif, yang menekankan hubungan rumit antara budaya dan perilaku diet.

F. Faktor Penentu Sosial Budaya Gizi dan Kesehatan

Memahami gizi dan kesehatan melalui sudut pandang sosial budaya menggarisbawahi kompleksitas perilaku diet dan faktor penentunya. Kepercayaan dan praktik budaya secara signifikan membentuk pilihan makanan, seperti yang terlihat dalam berbagai pengalaman akulturasi di antara kelompok imigran. Misalnya, study menunjukkan bahwa orang Hispanik menunjukkan tingkat obesitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan orang Asia Timur/Tenggara, sebagian besar disebabkan oleh perbedaan dalam integrasi diet dan tingkat stres psikologis yang terkait dengan akulturasi (Doherty et al., 2016). Lebih jauh lagi, sifat literasi pangan yang beragam, yang mencakup pengetahuan tentang keamanan pangan, asal, dan persiapan, secara langsung memengaruhi kemampuan individu untuk membuat pilihan makanan yang lebih sehat (Leal et al., 2019). Faktor penentu sosial budaya ini diperparah oleh faktor eksternal seperti akses ke informasi dan sumber daya, yang menyoroti perlunya intervensi yang disesuaikan. Dengan mengenali berbagai pengaruh ini, strategi kesehatan masyarakat dapat dirancang dengan lebih baik untuk memenuhi kebutuhan unik berbagai komunitas, yang pada akhirnya

mendorong gaya hidup yang lebih sehat dan mengurangi prevalensi penyakit terkait diet.

G. Peran status sosial ekonomi dan pendidikan dalam membentuk pengetahuan gizi dan perilaku kesehatan

Untuk memahami nuansa pengetahuan gizi dan perilaku kesehatan, diperlukan pemeriksaan kritis terhadap status sosial ekonomi dan pendidikan, yang berfungsi sebagai penentu mendasar kesehatan. Individu dari latar belakang rendah sering kali menghadapi hambatan signifikan dalam mengakses pilihan makanan sehat, yang memperburuk risiko mereka terhadap penyakit kronis seperti obesitas dan diabetes. Tidak adanya toko kelontong dengan layanan lengkap di komunitas ini membatasi akses ke makanan bergizi, sehingga memengaruhi kebiasaan makan dan kesehatan secara keseluruhan. Misalnya, perempuan Afrika-Amerika yang hidup dalam kondisi miskin sangat rentan terhadap hasil kesehatan yang buruk, seperti yang dijelaskan secara rinci dalam Project yang berupaya memberdayakan kelompok demografi ini dengan mengatasi tantangan sosial dan lingkungan mereka yang unik (Amutah et al., 2015). Lebih jauh lagi, pendidikan memainkan peran penting dalam membentuk pengetahuan gizi individu, yang memungkinkan pilihan makanan yang tepat. Implikasi dari faktor-faktor ini menggarisbawahi perlunya intervensi yang ditargetkan yang menjembatani kesenjangan

antara pendidikan, akses makanan, dan kesehatan, khususnya di komunitas yang terpinggirkan (Smalls et al., 2013).

H. Ringkasan interaksi antara sosial budaya, perilaku makan, nutrisi, dan hasil kesehatan

Memahami hubungan rumit antara faktor sosial budaya dan perilaku makan mengungkap implikasi signifikan bagi hasil nutrisi dan kesehatan. Pengaruh sosial budaya, termasuk tradisi, norma sosial, dan kesenjangan ekonomi, membentuk preferensi makanan dan aksesibilitas makanan, yang pada akhirnya memengaruhi asupan nutrisi. Misalnya, masyarakat dengan ikatan budaya yang kuat mungkin memprioritaskan makanan tradisional, yang dapat mendukung atau menghambat kesehatan tergantung pada kualitas nutrisi makanan tersebut. Selain itu, status sosial ekonomi berkorelasi langsung dengan pilihan makanan, dengan populasi berpenghasilan rendah sering kali beralih ke pilihan yang padat kalori tetapi miskin nutrisi karena kendala keuangan. Pola makan ini dapat memperburuk kesenjangan kesehatan, yang menyebabkan kondisi seperti obesitas dan diabetes. Lebih jauh, dinamika sosial, seperti pengaruh teman sebaya dan kebiasaan keluarga, dapat memperkuat perilaku makan tertentu, yang menciptakan hubungan siklus antara sosial budaya, nutrisi, dan kesehatan. Mengenali saling ketergantungan ini sangat penting untuk mengembangkan intervensi yang mempromosikan kebiasaan makan yang lebih sehat di berbagai konteks budaya.

I. Kesimpulan

Meskipun faktor-faktor sosial-budaya tidak dapat disangkal memiliki pengaruh terhadap kebiasaan makan dan kesehatan, faktor-faktor tersebut mewakili satu dimensi dari serangkaian pengaruh yang beraneka ragam. Peran sosial budaya dalam perilaku makan, gizi, dan kesehatan memiliki banyak segi dan tertanam dalam konteks individu dan sosial. Mengatasi kesenjangan pola makan dan kesehatan memerlukan pemahaman holistik tentang pengaruh-pengaruh ini, yang memungkinkan inisiatif kesehatan masyarakat menjadi peka terhadap budaya dan efektif. Memahami interaksi antara faktor sosial budaya dan perilaku makan sangat penting untuk memahami pilihan gizi dan hasil kesehatan. Masyarakat membentuk persepsi anggotanya tentang makanan melalui tradisi, norma, dan nilai yang memengaruhi tidak hanya apa yang dikonsumsi tetapi juga bagaimana dan mengapa individu terlibat dalam praktik makan tertentu. Study berkelanjutan tentang dampak sosial budaya sangat penting untuk mengembangkan strategi komprehensif guna mendorong praktik makan yang lebih sehat di berbagai populasi, yang pada akhirnya berkontribusi pada peningkatan hasil kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- A Must, A Ochoa-Avilés, A Tong, A Viridis, Angélica Ochoa-Avilés, BM Popkin, C Abraham, C Kennedy, C Lachat, C Lachat, C Pettinger, CA Bisogni, D Neumark-Sztainer, Daniela Penafiel, DO Abegunde, DS Freedman, E Cerin, E Nago, H De Vries, IM Lee, J Brug, J Brug, J Goldstein, K Baillie, Kathleen Van Royen, L Haerens, Lea Maes, LT Smith, LW Green, M Stead, M Story, M Verloigne, Michel Botbol, Michelle Holdsworth, MY Kubik, N Townsend, Patrick Kolsteren, R Verstraeten, Roosmarijn Verstraeten, RR Lau, S Ebrahim, S Elo, Silvana Donoso, SPJ Kremers, TG Power, Y Wang (2014). A Conceptual Framework for Healthy Eating Behavior in Ecuadorian Adolescents: A Qualitative Study. <https://core.ac.uk/download/46167018.pdf>
- A. H. Roudsari, A. Vedadhir, P. Amiri, N. Kalantari, N. Omidvar, H. Eini-Zinab, S. M. H. Sadati, "Psycho-Socio-Cultural Determinants of Food Choice," Psycho-Socio-Cultural Determinants of Food Choice; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5816913/>.
- Amutah, Ndidiamaka, King, Jerome, Leverett, Constance, Mahadevan, Meena, McIntosh, JodyAnn, Raines, Emily Rose, Ramos, Lauren Juliette (2015). Project THANKS: A Socio-Ecological Framework For An Intervention Involving HIV Positive African American Women With Comorbidities.

<https://digitalscholarship.unlv.edu/cgi/>

[viewcontent.cgi?article=1239&context=jhdrp](https://digitalscholarship.unlv.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1239&context=jhdrp)

Andrea Galvez Espinoza, P. (2017). Influences on eating behavior: A participatory study using photoelicitation with Chilean women of low socioeconomic status and different nutritional status. [PDF]

Antonio, Luisa M., Domingo, Joseph R, Jih, Jane, Kaplan, Celia P, La Chica, Trish, Landicho, Joshua F, Napoles, Anna M, Nguyen, Tung T, Roque, Mary N, Villero, Ofelia O (2018). Application of Photovoice with Focus Groups to Explore Dietary Behaviors of Older Filipino Adults with Cardiovascular Disease.
<https://digitalscholarship.unlv.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1749&context=jhdrp>

Araba Osei-Kwasi, H., Nicolaou, M., Powell, K., Terragni, L., Maes, L., Stronks, K., Lien, N., & Holdsworth, M. (2016). Systematic mapping review of the factors influencing dietary behaviour in ethnic minority groups living in Europe : a DEDIPAC study. [PDF]

Bishop, Daniel, Evans, Adam B., Evans, Donna, Keegan, Richard, Middleton, Geoff (2014). The importance of parents and teachers as stakeholders in school-based healthy eating programs.
<https://core.ac.uk/download/17171089.pdf>

Doherty, Sean, Vitale, Michele, Mr. (2016). ACCULTURATION AND POST-IMMIGRATION CHANGES IN OBESITY, PHYSICAL ACTIVITY, AND NUTRITION: COMPARING HISPANICS AND ASIANS IN THE WATERLOO REGION, ONTARIO, CANADA..
<https://core.ac.uk/download/143687947.pdf>

- Enwere, Charity Ugwuezi (2023). A Culturally Appropriate Diabetes Mellitus Dietary Clinical Guideline for African Immigrants. <https://core.ac.uk/download/595864484.pdf>
- Leal, Isabel, Pimenta, Filipa, Rosas, Raquel, Schwarzer, Ralf (2019). FOODLIT-PRO: Food literacy domains, influential factors and determinants—A qualitative study. <https://core.ac.uk/download/322846652.pdf>
- Mazenda, Adrino, Sari, Ni Putu Wulan Purnama, Tristiana, RR Dian (2015). Health consideration in food consumption: impacts of education level and custom rules adherence. <https://core.ac.uk/download/618286399.pdf>
- Popkin, B. M. (2015). Nutrition transition and the global diabetes epidemic. *Current Diabetes Reports*, 15(5), 64.
- S. Vandevijvere, , "Sociocultural Influences on Food Choices and Implications for ..., "
<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0379572120975874>.
- S. Higgs, J. Thomas, "Social influences on eating," *Social influences on eating*,
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235215461500131X>.
- Smalls, Marquita Noelle Bullock (2013). A Synthesis of the Literature on the Relationship Between Food Access and Overweight and Obesity in African American Adolescents. <https://core.ac.uk/download/12214833.pdf>

Zou, P., Ba, D., Luo, Y., Yang, Y., Zhang, C., Zhang, H., & Wang, Y. (2022).
Dietary Characteristics and Influencing Factors on Chinese
Immigrants in Canada and the United States: A Scoping Review.
[ncbi.nlm.nih.gov](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/)

BAB 5

TABU MAKANAN DAN PANTANGAN MAKANAN

Oleh: Dr. dr. Ambar Sulianti, M.Kes.

A. Pengantar Tabu dan Pantangan Makanan di Indonesia

Di Indonesia, berbagai tabu dan pantangan makan telah dibentuk oleh pengaruh agama, tradisi lokal, dan budaya. Seringkali, masyarakat percaya bahwa tindakan atau makanan tertentu harus dihindari selama kondisi tertentu, karena mereka percaya bahwa hal ini dapat memengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang. Menurut study, mitos biasanya berakar pada nilai-nilai budaya dan dapat berdampak pada pola makan dan kesehatan masyarakat. Berbagai macam tabu dan pantangan makanan di Indonesia seringkali dikaitkan dengan kondisi tertentu misalnya menstruasi, kehamilan, keperkasaan laki-laki, diet pelangsingan, serta penyakit tertentu seperti asam urat

B. Tabu dan Pantangan Makanan Saat Menstruasi dan Kehamilan

Sebagian besar wanita pada usia reproduktif mengalami menstruasi, yang merupakan proses biologis alami. Berbagai perilaku yang dianggap tidak

pantas terkait menstruasi berkembang dalam masyarakat di negara ini, yang berdampak pada bagaimana wanita diperlakukan dan bagaimana mereka melihat diri mereka sendiri selama periode ini. Mitos dan pantangan tentang menstruasi berdampak pada kesehatan fisik, mental, dan sosial wanita, dan menciptakan ketidaksetaraan gender yang harus diperbaiki.

Perempuan yang sedang menstruasi seringkali dianggap kotor dan harus dijaui. Kesehatan mental dan fisik wanita sangat terpengaruh oleh penyebaran tabu ini. Kurang pengetahuan tentang menstruasi adalah salah satu dampak yang paling umum. Sebagai contoh, banyak wanita muda yang merasa malu atau tertekan untuk berbicara tentang masalah menstruasi mereka dengan tenaga medis atau anggota keluarga. Hal ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam penanganan gangguan menstruasi atau sindrom pramenstruasi, yang merupakan masalah kesehatan yang berkaitan dengan menstruasi. Selain itu, menstruasi yang dianggap tabu dapat menyebabkan kecemasan dan stres emosional, yang dapat memperburuk kondisi fisik wanita yang mengalami menstruasi.

Berbagai tabu yang telah berkembang luas di Indonesia adalah melarang perempuan yang sedang menstruasi untuk memotong kuku, memotong rambut, keramas, atau bahkan menyisir yang menyebabkan kerontokan rambut (Maulidah et al., 2023). Di Bali, berkembang tabu pelarangan perempuan yang sedang menstruasi memasuki hutan karena dianggap merusak kesucian dan dapat merusak kesuburan hutan dan lahan pertanian. Tatapan seorang wanita yang sedang menstruasi memiliki kekuatan tertentu untuk menyebabkan gagal panen,

membusukkan makanan, dan sakit pada anak kecil (Hasibuani, 2023). Banyak wanita yang tidak terlibat dalam aktivitas fisik selama menstruasi karena takut melanggar pantangan atau merasa tidak nyaman. Padahal, olahraga kecil selama menstruasi dapat membantu kram dan kelelahan.

Selain tabu perilaku tertentu, terdapat mitos seputar pantangan makanan untuk perempuan yang sedang menstruasi. Banyak orang Indonesia percaya bahwa makanan berikut tidak boleh dimakan saat menstruasi:

- Ikan: Banyak wanita percaya bahwa makan ikan pada perempuan yang sedang menstruasi atau hamil dapat menyebabkan nyeri perut, luka sulit sembuh, kelainan kulit (Laksono & Wulandari, 2021; Sudargo et al., 2022). Padahal ikan mengandung tinggi protein yang sangat dibutuhkan perempuan baik masa menstruasi ataupun kehamilan.
- Durian: Durian sering dianggap sebagai makanan "panas" yang harus dihindari selama menstruasi karena dapat memperburuk gejala menstruasi, seperti kram dan nyeri.
- Makanan Pedas: Makanan pedas dianggap dapat meningkatkan aliran darah dan menyebabkan kram yang lebih kuat, jadi banyak orang menghindarinya saat menstruasi (Romana et al., 2021).
- Minum dingin (es): Banyak mitos berkembang bahwa minum air dingin atau es ketika sedang menstruasi dapat menyebabkan dysmenorrhoe (Romana et al., 2021). Pantangan minum ini dapat

menyebabkan kurangnya asupan air tubuh terlebih ketika cuaca sedang musim kemarau.

C. Pantangan Makanan Saat Kadar Asam Urat Tinggi

Penyakit asam urat memiliki gejala umum, seperti nyeri yang tiba-tiba dan intens pada sendi tertentu, terutama di jempol kaki, lutut, pergelangan kaki, dan pergelangan tangan yang sering disertai dengan pembengkakan, kemerahan, dan panas di area tersebut (Madyaningrum et al., 2020). Rasa nyeri akibat asam urat biasanya muncul secara tiba-tiba di malam hari atau setelah makan makanan yang tinggi purin. Kesalahpahaman umum yang sering terjadi di masyarakat adalah bahwa nyeri tubuh, terutama di sendi, langsung dikaitkan dengan kadar asam urat tinggi. Namun, itu tidak selalu benar.

Kesalahpahaman ini sering menyebabkan ketakutan yang berlebihan dan pengobatan mandiri yang tidak tepat. Banyak orang menghindari makanan tertentu, mengonsumsi obat anti radang yang dijual bebas, atau minum jamu yang mengandung steroid. Ketidakhahaman metabolisme purin dalam menghasilkan asam urat juga menyebabkan pantangan makan jenis makanan tertentu yang sebenarnya kurang ber efek terhadap tingginya asam urat.

Beberapa jenis sayuran sering menjadi kambing hitam dan dihindari pada orang dengan tinggi asam urat, seperti bayam, kangkong, kol, daun singkong, jamur, dan kacang-kacangan. Namun benarkah sayur-sayuran

tersebut harus dipantang? Untuk menjawab hal tersebut, terlebih dahulu kita harus memahami metabolisme asam urat di dalam tubuh.

Asam urat adalah produk akhir metabolisme purin. Adapun purin merupakan salah satu senyawa basa organik penyusun asam nukleat DNA inti sel. Sumber utama purin ada dua, yaitu purin yang dihasilkan dari asupan zat makanan dan purin yang diproduksi sendiri oleh tubuh. Lebih dari 80% purin diproduksi sendiri oleh tubuh manusia, sisanya sekitar 15-20% saja yang diperoleh dari makanan.

Metabolisme DNA adalah awal pembentukan asam urat di dalam tubuh. Turnover seluler adalah proses penggantian sel lama dengan sel baru dalam suatu jaringan atau organ. Proses ini menjaga homeostasis dan fungsi organ. Saat terjadi "turnover seluler", molekul DNA dan RNA yang tidak lagi diperlukan atau rusak dipecahkan oleh tubuh dan diubah menjadi asam nukleat. Proses ini sangat penting untuk memastikan bahwa fungsi seluler berjalan dengan baik dalam berbagai situasi berikut:

1. Saat sel mati karena usia sel habis, maka akan terjadi proses Apoptosis (Kematian Sel Terprogram), enzim nuklease memecah bagian DNA dan RNA menjadi asam nukleat dan nukleotida. Nukleotida ini dapat digunakan kembali atau dipecah menjadi purin dan pirimidin.
2. Pembentukan asam urat dimulai dengan metabolisme dari DNA dan RNA menjadi adenosin dan guanosisin. Jalur katabolisme purin DNA dan RNA mengubah purin menjadi asam urat. Karena waktu paruh RNA lebih pendek daripada DNA, RNA lebih sering dipecah

dan didaur ulang. mRNA dipecah setelah translasi oleh ribonuklease tertentu.

3. Dalam Jalur Metabolisme De Novo dan Salvage, dibentuk nukleotida baru dari prekursor sederhana saat diperlukan, seperti saat proliferasi sel; jalur salvage mendaur ulang nukleotida dari DNA/RNA yang pecah untuk disintesis kembali menjadi asam nukleat baru.
4. Sel-sel dengan tingkat pembelahan tinggi seperti sel darah merah, sel imun, dan sel epitel usus sering mengalami turnover RNA dan DNA yang tinggi, yang menyebabkan degradasi dan sintesis ulang berulang.
5. Purin-purin yang dihasilkan dari hasil pemecahan RNA dan DNA diuraikan di hati (liver) melalui berbagai reaksi biokimia terutama jalur de novo dan salvage. Di sini, enzim xanthine oxidase memainkan peran penting dalam mengubah produk purin, seperti hipoksantin dan xantin, menjadi asam urat. Akhir dari metabolisme purin adalah asam urat. (Becker, 2018).

Dengan demikian asam urat dihasilkan dalam jumlah besar di atas 80% oleh mekanisme internal tubuh. Sisanya sekitar 15-20% asam urat dibentuk dari metabolisme purin yang berasal dari makanan.

Pembentukan asam urat yang berasal dari makan dimulai dari proses pencernaan makanan yang mengandung purin. Purin dapat ditemukan dalam berbagai jenis makanan. Berikut adalah kandungan purin pada berbagai macam makanan.

Kelompok 1 – Kandungan Purin Tinggi, harus dihindari pada penderita hiperurisemia (kadar 100 hingga 1000 mg nitrogen purin per 100 gram makanan)

Tabel 5. 1 Kandungan Purin Tinggi

Otak	Kaldu sapi	Saus tomat
Sarden kaleng	Ayam	Ikan kembung
Daging sapi cincang	Bebek	Tuna kaleng
Tongkol	Jeroan (hati, ampela, usus, otak, ginjal, paru, limpa)	Minuman beralkohol
Cumi, udang		

Kelompok 2 – Kandungan Purin Sedang (9 hingga 100 mg nitrogen purin per 100 gram makanan)

Tabel 5. 2 Kandungan Purin Sedang

Daging kambing (bukan domba)	Ikan (kecuali sarden, kembung)	Kerang
Kacang lentil	Jamur	Bayam
		Asparagus, kol

Kelompok 3 – Kandungan Purin Rendah

Tabel 5. 3 Kandungan Purin Rendah

Susu (kambing dan onta lebih rendah kadarnya)	Cuka	Beras dan olahannya
Teh	Cereal, gandum utuh	Minyak zaitun
Margarin/mentega yang diolah dengan baik	Kacang hijau, almond, hazelnut	Telor
	Agar-agar	Jagung, popcorn
		Makaroni

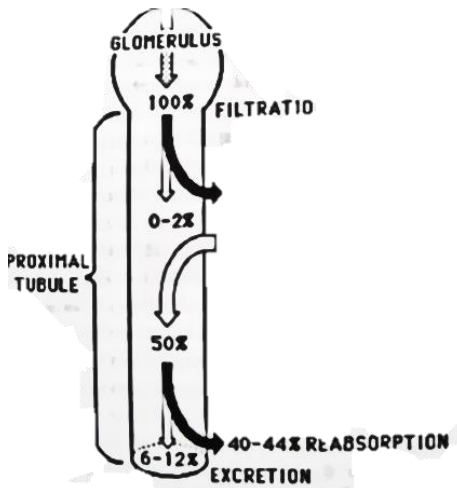
Sumber: Reliant Medical Group Nutrition Department dan berbagai sumber referensi hasil riset.

Selain dari proses pembentukan asam urat dari purin baik yang diproduksi dari dalam tubuh maupun yang bersumber makanan, kita juga perlu memahami proses pembuangan asam urat dari dalam tubuh. Penyebab terbanyak dari hiper urisemia bukan dari terlalu banyak makan makanan yang mengandung purin namun karena penurunan fungsi ginjal. Berikut ini adalah bagaimana proses pengeluaran asam urat dari dalam tubuh melalui ginjal.

- a. Mula-mula Ginjal menyaring darah di glomerulus, sehingga sebagian besar asam urat difiltrasi ke dalam cairan tubular.
- b. Setelah filtrasi, sekitar 90% asam urat yang masuk ke tubulus proksimal akan direabsorpsi kembali ke darah melalui transportasi aktif. Reabsorpsi ini penting untuk menjaga kadar asam urat dalam

tubuh pada tingkat yang wajar. Pada orang normal 98 sampai 100% asam urat direabsorpsi di bagian awal dari tubulus proksimal sel ginjal. Masih di tubulus proksimal kemudian disekresi 50% dan di akhir tubulus Distal 40 sampai 44% direabsorpsi kembali dan 6 sampai 12% diekskresikan ke dalam urine.

- c. Sebagian kecil asam urat yang tersisa dalam darah akan disekresikan kembali ke tubulus distal dan kemudian dikeluarkan melalui urin. Pada akhirnya, kira-kira 10% dari asam urat yang difiltrasi diekskresikan dalam urin. Ekskresi melalui urin membantu menjaga keseimbangan kadar asam urat dalam darah.



Gambar 5. 1 Alir proses filtrasi, reabsorpsi, dan ekskresi di ginjal manusia

Kadar asam urat tinggi dalam darah (hiperurisemia) dapat disebabkan oleh beberapa kondisi, antara lain:

- Mengonsumsi makanan yang tinggi purin
- Gangguan metabolik seperti diabetes mellitus tipe 2, gangguan hematologi seperti leukemia dan limfoma atau gangguan fungsi liver kondisi seperti perlemakan liver
- Gangguan fungsi ginjal
- Kondisi lain yang mempengaruhi kadar asam urat seperti psoriasis meningkatkan pembelahan sel kulit, yang menyebabkan produksi purin berlebih; dan keracunan timbal dapat menghambat ekskresi asam urat karena merusak fungsi ginjal.

D. Pantangan Makanan Keperkasaan Pria

Sebelum kita menganalisis berbagai pantangan makanan yang dianggap menurunkan keperkasaan pria, kita perlu mengetahui secara medis bagaimana keperkasaan pria. Dari ilmu fisiologi tubuh, masalah keperkasaan pria terdiri atas 3 kelainan yaitu disfungsi ereksi, disfungsi ejakulasi, dan kurangnya libido.

Disfungsi Ereksi merupakan ketidakmampuan untuk mendapatkan atau mempertahankan ereksi yang cukup untuk melakukan hubungan seksual dikenal sebagai disfungsi ereksi. Penyebabnya meliputi faktor psikologis seperti stres, depresi, kecemasan, faktor fisik seperti penyakit kardiovaskular, diabetes, hipertensi, gangguan saraf, atau kadar testosteron yang rendah, serta faktor gaya hidup seperti merokok, alkohol, dan obesitas. Dampak disfungsi ereksi dapat menurunkan kualitas

hidup dan hubungan pasangan; menunjukkan aterosklerosis dan kondisi medis yang lebih serius.

Disfungsi Ejakulasi adalah kondisi yang mencakup ejakulasi dini, ejakulasi tertunda, atau ketidakmampuan untuk ejakulasi sama sekali. Penyebabnya meliputi faktor psikologis seperti trauma seksual, kecemasan, depresi, dan faktor fisis seperti kerusakan saraf, prostat, atau efek samping obat-obatan tertentu (seperti antidepresan). Disfungsi ejakulasi dapat menimbulkan kesulitan dalam hubungan seksual; stres emosional pada diri sendiri dan pasangan.

Kurangnya Libido merupakan kondisi penurunan keinginan untuk melakukan aktivitas seksual. Penyebabnya meliputi faktor fisik, seperti ketidakseimbangan hormon (rendahnya testosteron), efek samping obat, atau penyakit kronis. Faktor psikologis, seperti stres, konflik dalam hubungan, dan depresi. Faktor lingkungan, seperti pola tidur yang buruk, gaya hidup yang tidak sehat. Kurangnya libido dapat menyebabkan masalah emosional dan relasional dan mengurangi keintiman dalam hubungan.

Mitos dalam budaya Indonesia tentang makanan yang dianggap dapat meningkatkan kekuatan pria atau makanan yang dianggap sebagai pantangan sering berkembang dan diwariskan dari generasi ke generasi. Tradisi, kepercayaan lokal, atau pengalaman empiris adalah sumber mitos ini, yang seringkali tidak didasarkan pada bukti ilmiah.

Berikut adalah makanan yang dipercaya meningkatkan keperkasaan pria:

1. Telur Ayam Kampung Mentah dan Madu: Orang percaya bahwa makan telur ayam kampung mentah dan madu dapat meningkatkan stamina dan vitalitas pria. Secara ilmiah, telur mengandung banyak protein dan vitamin B, yang membantu produksi energi, tetapi klaim langsung tentang keperkasaan belum didukung oleh bukti ilmiah yang cukup. Selain itu terdapat beberapa bahaya mengonsumsi telur mentah akibat terkontaminasi berbagai parasit. Telur mentah dapat terkontaminasi berbagai parasit, seperti *Salmonella spp.*, *Escherichia coli (E.coli)*, *Listeria monocytogenes*, *Ascaridia galli*, dan *Toxocara spp.* Parasit-parasit ini dapat masuk ke dalam telur melalui induk ayam yang terinfeksi. Untuk mencegah kontaminasi, penting untuk membersihkan telur dan memasak telur sampai matang.
2. Jahe dan Ginseng: Jahe dianggap sebagai afrodisiak alami yang dapat meningkatkan aliran darah, sedangkan ginseng sering dikaitkan dengan libido yang meningkat. Meskipun efektivitasnya dapat bervariasi dari orang ke orang, beberapa study mendukung klaim ini.
3. Daging Kambing: Ada kepercayaan bahwa daging kambing dapat meningkatkan gairah dan stamina pria. Namun, faktanya mengonsumsi terlalu banyak kambing dapat menyebabkan tekanan darah tinggi, yang dapat menghambat fungsi seksual.
4. Kerang dan Tiram: Tiram dianggap sebagai afrodisiak karena mengandung zinc, yang bertanggung jawab atas produksi

testosteron; namun, efeknya tidak langsung meningkatkan keperkasaan.

Adapun berikut makanan yang dianggap menurunkan keperkasaan pria:

- Terong: Sebagian orang percaya bahwa terong dapat mengurangi gairah seksual. Klaim ini tidak didukung oleh bukti ilmiah.
- Kacang Kedelai: fitoestrogen dalam produk kedelai seperti tahu dan tempe dianggap dapat mengurangi kadar testosteron. Namun, study menunjukkan bahwa konsumsi dalam jumlah wajar tidak berdampak negatif pada hormon pria.

Dengan demikian pendidikan nutrisi dan kesehatan seksual harus diberikan kepada masyarakat. Meskipun ada beberapa makanan tertentu yang dapat meningkatkan kesehatan secara umum, tidak ada "makanan ajaib" yang benar-benar meningkatkan keperkasaan. Panduan yang lebih akurat dapat diperoleh dengan berkonsultasi dengan ahli gizi atau dokter.

E. Tabu dan Pantangan Makanan Diet Pelangsingan

Faktor media sosial memegang peran utama dalam menciptakan kepercayaan berbagai makanan yang dipantang dikonsumsi untuk orang yang sedang diet pelangsingan. Beberapa kelompok mempercayai untuk diet pelangsingan maka pantangan yang harus dijalani adalah makan nasi. Ada pula yang mempercayai bahwa untuk diet pelangsingan maka kita dilarang untuk mengkonsumsi segala macam bentuk lemak atau

kolesterol. Benarkah demikian? Apa dampaknya jika kita sama sekali tidak mengonsumsi nasi atau karbohidrat dalam jangka panjang? Adakah dampak tumbuh kembang yang terganggu apabila seseorang pantang makan lemak atau kolesterol? Bukankah alam diciptakan untuk memenuhi kebutuhan manusia? Untuk itu kita perlu memahami mekanisme pembentukan lemak dan kolesterol di dalam tubuh.

Menurut Dietary Guidelines for Americans dan WHO, karbohidrat harus menyumbang 45–65 persen dari kebutuhan energi harian. Ini karena karbohidrat menghasilkan energi lebih cepat dan lebih mudah daripada protein atau lemak. Sekitar 120 gram glukosa diperlukan otak manusia setiap hari, yang hampir setara dengan 60% dari asupan karbohidrat harian orang dengan tingkat aktivitas sedang. Dengan demikian kekurangan karbohidrat dapat menyebabkan tubuh lemas, fungsi kognitif kreatifitas berpikir menurun.

Kolesterol di dalam tubuh berasal dari sekitar 50% bersumber makanan yang kita konsumsi dan 50% dihasilkan di dalam tubuh. Hati adalah satu-satunya organ yang mampu mengeluarkan kolesterol, dengan sekitar 50% kolesterol hati diubah menjadi asam empedu oleh enzim seperti kolesterol 7 α -hidroksilase (CYP7A). Asam empedu membantu penyerapan lemak makanan dan dikeluarkan ke usus. Metabolisme kolesterol di hati merupakan proses penting untuk menjaga homeostasis lipid dan mengendalikan hiperkolesterolemia serta masalah kesehatan lainnya. Hati memainkan peran penting dalam sintesis, pengambilan, penyimpanan, dan ekskresi kolesterol, yang penting untuk pembentukan

membran, pembentukan asam empedu, dan pembentukan prekursor hormon steroid dan vitamin D.

Hati memproses kolesterol dari dua sumber: kolesterol makanan dan jaringan perifer. Lipoprotein densitas tinggi (HDL) mengangkut kolesterol ke hati melalui transpor kolesterol terbalik, sedangkan penyerapan kolesterol dimediasi oleh reseptor lipoprotein, khususnya reseptor lipoprotein densitas rendah (LDL). Untuk berbagai fungsi fisiologis, lemak dan kolesterol adalah biomolekul dan makronutrien penting. Ada banyak bukti ilmiah yang mendukung fungsinya dan menekankan pentingnya menjaga kesehatan umum.

1. Lemak subkutan dan viseral mengisolasi termal, membantu mengatur suhu tubuh, dan berfungsi sebagai perlindungan untuk organ.
2. Kolesterol adalah komponen penting dari membran plasma, yang mengatur fluiditas dan permeabilitasnya,
3. Kolesterol merupakan bahan pembuat hormon steroid tubuh seperti kortisol, aldosteron, estrogen, testosteron, dan progesterone. Dengan demikian diet pantang kolesterol akan menurunkan kesehatan sistem reproduksi.
4. Tubuh memerlukan lemak dalam bentuk Eikosanoid yang merupakan prekursor dari asam lemak esensial seperti omega-3 dan omega-6, yang bertanggung jawab atas peradangan dan kekebalan tubuh

5. Melarutkan vitamin A,D,E,K
6. Kolesterol juga berperan penting dalam pembentukan dan penguatan jaringan, yang melindungi neuron dan memudahkan transmisi impuls yang efektif. Gangguan metabolisme kolesterol terkait dengan penyakit neurodegeneratif.

Meskipun lemak dan kolesterol baik untuk tubuh, konsumsi berlebihan lemak jenuh dan lemak trans dikaitkan dengan peningkatan low-density lipoprotein (LDL) kolesterol, yang menyebabkan aterosklerosis dan penyakit jantung. Selain itu, kekurangan lemak dapat menyebabkan kekurangan asam lemak esensial dan vitamin yang larut dalam lemak, yang dapat mengganggu fungsi fisik.

Dengan demikian kunci-kunci dalam diet pelangsingan adalah sebagai berikut:

- ✓ Kesehatan fungsi hati (liver),
- ✓ Keseimbangan antara kalori makanan yang masuk dan energi (aktivitas) yang dikeluarkan. Untuk meningkatkan energi yang digunakan maka diperlukan olahgerak tubuh.
- ✓ Kelengkapan dan keseimbangan intake makanan dari proporsi karbohidrat, protein, lemak, mineral, vitamin, serat, dan air. Tidak perlu berpantang salah satu jenis makanan, yang penting adalah jangan berlebihan dan komposisi seimbang.
- ✓ Istirahat yang cukup, mengelola stress dengan baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Baumgartner, J. (2016). Chapter 12 - Effects of Omega-3 Fatty Acid Supplementation on Cognition in Children (R. R. Watson & F. B. T.-H. of L. in H. F. De Meester (eds.); pp. 331–375). AOCS Press. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-1-63067-036-8.00012-3>
- Furuhashi, M. (2020). New insights into purine metabolism in metabolic diseases: Role of xanthine oxidoreductase activity. *American Journal of Physiology - Endocrinology and Metabolism*, 319(5), E827–E834. <https://doi.org/10.1152/ajpendo.00378.2020>
- Harper, A. E. (2020). Dietary guidelines for Americans 2020–2025. In U.S. Department of Agriculture Office (Ed.), *The American journal of clinical nutrition* (9th ed.). USDA
- Hasibuan, Y. W. (2023). Pendidikan Haid Menurut Fikih Dan Mitos Tabu. *Jurnal Insan Cendekia*, 4(2), 85–95. <https://doi.org/10.54012/jurnalinsancendekia.v4i2.267>
- Laksono, A. D., & Wulandari, R. D. (2021). Pantangan makanan pada suku Muyu di Papua. *Amerta Nutrition*, 5(3), 251–259.
- Maiuolo, J., Oppedisano, F., Gratteri, S., Muscoli, C., & Mollace, V. (2016). Regulation of uric acid metabolism and excretion. *International Journal of Cardiology*, 213(February 2019), 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2015.08.109>
- Mashnafi, S. Q. (2023). Human cholesterol metabolism. [Maastricht

University]. In Medical timesMaastricht University.
<https://doi.org/10.26481/dis.20230112mq>

Maulidah, I. W., Aqidah, J., Islam, F., Uin, U., Gunung, S., & Bandung, D. (2023). Fikih Wanita tentang Menstrual Hygiene dan Mitos yang Berkembang di Masyarakat dalam Perspektif Islam. Gunung Djati Conference Series, 24, 765–776.

Romana, A. B. Y. H., Tat, F., Subani, N. D., & Rindu, Y. (2021). Peran Orangtua Terhadap Persepsi dan Pengetahuan Remaja Putri Tentang Menarche di Desa Kuanheun. Flobamora Nursing Journal, 1(1), 60–64.

BAB 6

MENGANALISIS ALTERNATIF

PEMECAHAN MASALAH GIZI TERKAIT

SOSIO BUDAYA

Oleh: Shinta Amelia Astuti, S.Tr.Keb., M.Kes

A. Pendahuluan

Permasalahan gizi yang kurang dewasa kini masih banyak ditemukan di banyak negara berkembang, seperti halnya kesuksesan pembangunan nasional sebuah negara yang dipengaruhi oleh ketersediaan sumber daya manusia (SDM) yang mempunyai kualitas yang baik, tangguh, mempunyai mental kuat serta kesehatan yang baik juga ditunjang dengan ilmu pengetahuan serta penggunaan teknologi. Kekurangan gizi akan mengancam keberlanjutan serta mutu dari SDM. Permasalahan dan isu gizi ini juga tidak terlepas dari segi ekonomi dimana sosialisasi tentang isu gizi secara luas masih harus diberikan dan disebarluaskan kepada masyarakat dalam memberikan perubahan pada perilaku terutama dalam bidang kesehatan gizi.

Indonesia dikenal sebagai bangsa yang mempunyai beraneka ragam jenis budaya serta etnis, suku maupun tata sosial dimana hal ini akan membangun formulasi struktur sosial dalam kehidupan masyarakat, Banyak temuan dari pakar sosiologi serta gizi bahwasanya faktor budaya

juga akan memengaruhi kebiasaan dan pola makan serta jenis dan varian makanan, hal ini dapat mengarah pada masalah dan isu gizi jika faktor makanan tidak dipikirkan. Pengaruh budaya kepada makanan merujuk pada potensi alam maupun faktor pertanian yang berpengaruh.

Kualitas gizi di Indonesia dinilai masih memerlukan banyak perhatian, hal tersebut dinilai dari minimnya nilai gizi masyarakat, permasalahan gizi buruk, penyakit busung lapar di berbagai daerah akibat masalah kemiskinan. Keadaan ini ditentukan oleh beragam faktor contohnya ekonomi, sosial budaya, kebiasaan dan pola hidup. Permasalahan kesehatan, pendidikan atau ilmu pengetahuan. Faktor lain yang turut memengaruhi yakni faktor individu, keluarga serta masyarakat.

B. Norma Sosial Budaya Menurut Undang-Undang

Kebudayaan yang telah menjadi bagian dari masyarakat dan menurun dari satu generasi ke generasi menjadikan keyakinan akan hal-hal tertentu akan terus ada. Keyakinan ini semakin mengalami perkembangan dan akan terus dipertahankan. Adanya sifat lokal ini akhirnya akan menjadi adat yang senantiasa diyakini dalam masyarakat.

Nilai-nilai kearifan lokal masih banyak dipercayai oleh masyarakat dan menjadi bagian dari tradisi. Merujuk pada Melville J.Herkovits, kebudayaan mempunyai sifat yang *superorganic*, sebab berlangsung secara turun temurun. Maka kebudayaan yang diwariskan ini menjadi bagian dalam hidup masyarakat. Hubungan antara kebudayaan dengan

masyarakat membuat kebudayaan dinilai penting bagi masyarakat dan perlu untuk terus dilestarikan.

Kebudayaan nasional dinilai sangat penting bagi Indonesia serta menjadi unsur untuk memelihara rasa nasionalisme dalam masyarakat. Merujuk pada Pasal 32 UUD 1945: “Negara memajukan kebudayaan nasional dimana usaha kebudayaan perlu mengarah kepada kemajuan adab, budaya serta persatuan namun tidak menolak hal-hal baru dari kebudayaan luar untuk memperluas dan menambah kekayaan kebudayaan bangsa dan juga menaikkan derajat kemanusiaan dan bangsa.”

Berdasarkan dari hal-hal tersebut, pemerintah dinilai wajib dalam mengupayakan kemajuan dalam kebudayaan dan melestarikannya untuk menguatkan persatuan serta kesatuan negara. Cagar budaya bermakna penting bagi kebudayaan bangsa, terutama guna menumbuhkan rasa kebanggaan nasional dan menguatkan kesadaran terhadap jati diri bangsa. Maka dari itu, pemerintah wajib memelihara kelestarian benda cagar budaya untuk menjadi warisan budaya bangsa.

Maka dari itu, perlindungan benda cagar budaya perlu dijalankan dan dilestarikan untuk generasi berikutnya.

1. Hakikat Budaya

Singkatnya, budaya mencakup suku kata yakni budi serta daya (akal). Dilihat dari bahasa inggris dinamakan *culture* yakni upaya serta aktivitas dalam mengatur dan memberdayakan sumber daya alam. Hakikat budaya sendiri mencakup ideologi, keyakinan, moral, hukum, adat dan lainnya dimana apabila diartikan dengan bebas yakni berupa

hasil cipta manusia, dengan merujuk pada kebiasaan, kepedulian melalui sentuhan karya seni, Dalam maksud membangun dan menjaga eksistensi komunitas. Apabila budaya tumbuh dalam komunitas, para anggota masyarakat wajib menjaga identitas dan budaya untuk dilestarikan.

2. Sifat Budaya

Berikut ini sejumlah bagian dari sifat kebudayaan:

- a. Terjadi akibat perubahan perilaku dan kebiasaan (*habit*) manusia.
- b. Cenderung mengalami perkembangan.
- c. Tradisi tertentu masih dijalankan dan dilestarikan.
- d. Kebudayaan contohnya musik bersifat abadi.

3. Budaya serta Kebudayaan

Merupakan hasil dari Perbuatan dan tindakan sehari-hari yang selanjutnya berkembang dan dijadikan sebagai pola serta kebiasaan. Budaya setiap suku dan daerah berbeda. Budaya juga memberikan hasil berupa penerapan teknologi digdaya untuk kemajuan kehidupan hidup masyarakat.

C. Masalah Gizi Berdasarkan Sosio Budaya

Gizi dinilai sebagai isu dan masalah yang penting dalam hidup setiap masyarakat, terutama menjamin dan membentuk individu yang dengan kualitas yang baik dan unggul. Merujuk pada *Sustainable Development Goals* (SDG's) dalam persetujuan dari 153 negara PBB, juga Indonesia, penting untuk mengupayakan

kenaikan status gizi, seperti yang disampaikan oleh Presiden Joko Widodo dalam Nawacita poin ke-lima.

Penanganan terhadap masalah dan isu gizi tidak hanya hanya dijalankan dengan cara dan solusi medis dan layanan kesehatan. Penyebab utama munculnya permasalahan dan isu gizi juga banyak ditentukan oleh beragam faktor contohnya kemiskinan, minimnya ketersediaan pangan, buruknya sanitasi, kurangnya pengetahuan gizi, serta pola asuh anak, dan sikap dan pola hidup yang buruk dalam konsumsi makanan. Pola konsumsi makanan ini mendapatkan pengaruh dari budaya.

Definisi makanan serta kecukupan gizi dan pola makan berbeda antara masyarakat di berbagai daerah. Contohnya masyarakat Jawa masih mengutamakan konsumsi nasi sebagai sumber gizi utama, masyarakat Papua umumnya mengutamakan sumber gizi dari sagu dan lainnya. Pola pikir masyarakat masih menganggap jika kebutuhan makan harus dipenuhi dengan sumber karbohidrat tanpa memperhatikan gizi lainnya. Hal ini memperlihatkan jika aspek sosial budaya masih memengaruhi pola serta kebiasaan makan yang ada di masyarakat.

Faktor budaya berdampak pada siapa yang memperoleh asupan makanan, jenis makanan yang diperoleh, serta jumlah konsumsi makanan dalam masyarakat. Budaya serta kebiasaan ini menjadikan asupan makanan seseorang bisa saja lebih sedikit dibandingkan sumber gizi yang seharusnya dia dapatkan. Di Indonesia, banyak dari masyarakat masih menerapkan sistem patriarki. Pada sistem ini, garis keturunan dirujuk dari pihak ayah (laki-laki), status sosial laki-laki tinggi dibandingkan perempuan. Dengan konsekuensi, ayah perlu

diutamakan dalam hal memakan makanan yang disiapkan oleh Ibu. Ayah perlu disediakan jatah makanan lebih dulu dari yang lainnya. Bahkan, sejumlah daerah menerapkan pemisahan makanan yang akan dimakan oleh ayah dengan anggota keluarga yang lainnya. Pola budaya seperti ini masih berdampak pada keadaan dan status gizi anak serta ibu hamil di dalam keluarga sebab adanya patriarki ini merujuk pada adanya ketidaksetaraan gender.

Merujuk pada uraian diatas, terlihat jika pola dan kebiasaan makan sudah menjadi bagian dari nilai-nilai sosial budaya dalam kehidupan masyarakat. Sedangkan pola serta kebiasaan makan berkaitan dengan upaya memelihara kesehatan serta antisipasi penyakit. Minimnya asupan gizi juga akan menaikkan risiko terjangkit infeksi serta penyakit kronis dalam tubuh. Memahami terkait pola, kebiasaan makan, sistem keluarga, serta mengatur makanan yang baik akan membantu petugas Kesehatan untuk menyusun kebijakan serta program kesehatan dalam memperbaiki dan menjaga kondisi gizi serta kesehatan. Maka perancangan strategi kebijakan serta program dalam menaikkan dan menjaga status gizi masyarakat dapat sesuai sasaran. Jika ini terwujud, akan terjadi transformasi kesehatan untuk lebih dari 250 juta masyarakat.

D. Penyelesaian Masalah Sosio Budaya Gizi

Fungsi keluarga dinilai sebagai hal yang penting dan vital. Dalam lingkup masyarakat, keluarga dinilai sebagai sistem dasar untuk membantu menjaga kesehatan serta merawat anggota keluarga dengan baik. Keluarga merawat kesehatan bersama dan merawat jika ada anggota yang sakit. Fungsi utama keluarga yakni memelihara kesehatan, hal ini dapat dijalankan melalui upaya memelihara kesehatan keluarga, menentukan tindakan kesehatan yang sesuai

bagi anggota keluarga, merawat anggota keluarga yang sakit, menjamin kondisi Kesehatan, serta fasilitas pelayanan kesehatan yang utama.

Kesehatan keluarga adalah kondisi seluruh anggota keluarga yang terbebas dari penyakit dan sadar akanantisipasi serta tindakan mengobati penyakit. Kesehatan keluarga perlu menjaga arti fungsi dan interaksi dengan orang lain atau kelompok sosial, politik, ekonomi, serta sistem kesehatan keluarga dengan baik.

Masa balita dinilai sebagai awal tumbuh kembang individu dan memerlukan cukup dalam sumber dan zat gizi, maka perlu konsumsi makanan dengan gizi yang cukup dalam menunjang kesehatan. Disamping itu, peran orang tua juga sangat dibutuhkan seperti mencukupi dan menjaga kebersihan serta sanitasi yang baik, menjaga lingkungan agar bersih, rapi, serta teratur. Permasalahan dan isu gizi ancaman dalam keluarga dan hal juga dikarenakan kurang terpenuhinya kebutuhan terhadap zat gizi dari makanan. Balita dinilai sangat rawan mengalami kekurangan gizi, permasalahan gizi masih banyak ditemukan akibat kasus minimnya gizi contohnya kekurangan seperti anemia besi, yodium, vitamin A, hingga energi protein (KEP).

Fungsi keluarga terkait permasalahan dan isu gizi dinilai penting, sebab berdampak pada kemampuan keluarga dalam menjaga dan menaikkan kesehatan serta status gizi pada anak, khususnya pada balita. Penyebab permasalahan gizi yakni dari pola asuh gizi, jarak kelahiran, sanitasi lingkungan, pelayanan kesehatan, masalah stabilitas rumah tangga, ekonomi, Pendidikan, serta sosial budaya.

E. Indikator Sosio Budaya

Keadaan sosial menempatkan individu dalam struktur sosial masyarakat tertentu. Dalam mengetahui kondisi sosial individu perlu mempertimbangkan sejumlah faktor yakni pekerjaan, penghasilan serta pendidikan. Merujuk pada Andreas Eppink, kebudayaan memuat seluruh definisi terkait nilai, norma, ilmu pengetahuan, struktur sosial, religius dan lainnya yang ada dan dilestarikan dalam masyarakat.

Merujuk pada Edward B. Tylor, kebudayaan bersifat kompleks, dan mencakup unsur seperti pengetahuan, keyakinan, kesenian, moral, hukum, adat istiadat, serta berbagai kemampuan lain yang dimiliki oleh masyarakat. Merujuk pada Selo Soemardjan serta Soelaiman Soemardi, kebudayaan dinilai sebagai hasil karya, rasa, serta cipta dari masyarakat. Dari sejumlah pengertian diatas, dapat deinisi dari kebudayaan yakni berupa sistem pengetahuan yang mencakup sistem ide didalam pikiran manusia, yang diaplikasikan untuk aktivitas dan kehidupan sehari-hari, kebudayaan mempunyai sifat yang abstrak. Realisasi dari kebudayaan yakni berbagai benda hasil ciptaan manusia sebagai mahluk yang mempunyai budaya, baik dalam bentuk serta benda nyata, contohnya pola perilaku, kebiasaan, bahasa, peralatan hidup, tradisi, dan lainnya, yang dijaga dan dilestarikan terus menerus.

Seluruh kelompok masyarakat, mempunyai sistem klasifikasi makanan yang masih ditentukan dari faktor budaya. Setiap kebudayaan mempunyai pengetahuan mengenai bahan serta sumber makanan untuk konsumsi, pengolahan makanan serta cara memperoleh makanan, cara menyiapkan makanan, hingga cara mengonsumsi makanan. Para pakar menuliskan sejumlah

peran makanan yakni sebagai bagian dari ikatan sosial, bentuk solidaritas kelompok, hingga simbolis makanan dengan bahasa. Setiap kebudayaan juga mempunyai aturan dalam memaparkan kepada siapa dan untuk apa makanan dikonsumsi dan lainnya, yang seluruhnya termasuk dalam bagian budaya serta menjadi cara yang diterima serta dilakukan di kehidupan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Adriani, M dan Bambang, W. (2012). *Pengantar Gizi Masyarakat*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Department of Health Dietary Reference Values for Food Energy and Nutrients for the United Kingdom. 1991. *Report on Health and Social Subjects 41*. London, HMSO.
- Ellie Whitney, Sharon Rady Rolfes. (2008). *Understanding Nutrition. The Trace Minerals*. CA, USA. Thompson Higher Education.
- FKM, UI. (2017). *Gizi dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: PT Radja Graimedia Persada.
- Nita, MHD., Diffah, H., Prasodjo, Eti, P., dan Suminah. (2016). *Hubungan Sarapan dan Sosial Budaya dengan Status Gizi Anak SD Pulau Semau Kabupaten Kupang (Relationship Breakfast and Socio-Cultural With Nutritional Status of Children Elementary School in Semau Island Kupang Regency)*. Penelitian Gizi dan Makanan, 39 (2) : 119-127.
- Rahim, FK.. (2014). *Faktor Risiko Underweight Balita Umur 7-59 Bulan*. KEMAS, 9 (2) : 115-121.
- Supariasa, I. N. (2012). *Penilaian Status Gizi*. Jakarta: EGC.

BAB 7

MANAJEMEN SISTEM PELAYANAN KESEHATAN (MSPK) NASIONAL

Oleh: Dr. Takdir, M.H., M.K.M

A. Definisi Sistem Kesehatan Nasional

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) di Indonesia merupakan kerangka kerja yang dirancang untuk memastikan bahwa seluruh penduduk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan merata. Sistem ini berfungsi melalui serangkaian kebijakan, struktur, dan mekanisme yang bekerja sama untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Sistem Kesehatan Nasional adalah struktur dan proses terorganisir yang mencakup kebijakan, regulasi, penyediaan layanan, sumber daya kesehatan, pembiayaan, manajemen, informasi kesehatan, pendidikan, study, dan kerjasama yang bertujuan untuk meningkatkan, memelihara, dan memulihkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

1. Berdasarkan para ahli

Berikut adalah beberapa definisi yang diambil dari para ahli dalam bidang kesehatan masyarakat dan kebijakan kesehatan:

- WHO (*World Health Organization*): Menurut WHO, Sistem Kesehatan Nasional adalah "semua organisasi, institusi, dan sumber daya yang didedikasikan untuk meningkatkan kesehatan.

Ini mencakup empat fungsi utama: penyediaan layanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, serta informasi dan manajemen kesehatan.

- "Blum (1974):Blum mendefinisikan sistem kesehatan sebagai "kompleksitas dari seluruh organisasi, institusi, dan sumber daya yang tujuan utamanya adalah untuk memperbaiki kesehatan populasi
- ."Roemer (1991):Roemer menyatakan bahwa Sistem Kesehatan Nasional adalah "suatu kombinasi dari berbagai sumber daya, organisasi, dan manajemen yang mengatur penyediaan pelayanan kesehatan kepada populasi.
- "Frenk (2010):Frenk mendefinisikan sistem kesehatan sebagai "keseluruhan dari semua organisasi, institusi, dan sumber daya yang tujuan utamanya adalah untuk memperbaiki kesehatan. Sistem ini tidak hanya terbatas pada sektor kesehatan tetapi juga termasuk sektor lain yang mempengaruhi determinan sosial kesehatan.
- "Arahman (2020):Arahman mengartikan Sistem Kesehatan Nasional sebagai "suatu sistem yang terstruktur dan terorganisir, yang mencakup berbagai aspek mulai dari kebijakan, layanan kesehatan, sumber daya, pembiayaan, hingga partisipasi masyarakat, yang secara kolektif bertujuan untuk mencapai status kesehatan yang optimal bagi seluruh populasi.

- "Green dan Kreuter (2005):Menurut Green dan Kreuter, sistem kesehatan adalah "sebuah struktur terorganisir dari interaksi antara manusia, sumber daya, dan informasi yang bertujuan untuk memperbaiki dan memelihara kesehatan manusia."

2. Definisi dalam Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan:

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan tidak memberikan definisi yang eksplisit mengenai "Sistem Kesehatan Nasional" sebagai satu kalimat definitif, namun undang-undang ini menguraikan komponen, tujuan, dan prinsip-prinsip yang membentuk Sistem Kesehatan Nasional. Komponen-komponen dalam Sistem Kesehatan Nasional menurut UU No. 36 Tahun 2009:

- Pelayanan Kesehatan:Tercakup dalam berbagai jenis layanan seperti promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang harus tersedia dan dapat diakses oleh seluruh lapisan masyarakat.
- Pembiayaan Kesehatan:Menjelaskan mengenai sistem jaminan kesehatan nasional yang bertujuan untuk memberikan perlindungan finansial dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat.
- Sumber Daya Kesehatan:Mencakup tenaga kesehatan, obat dan alat kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, serta ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan.

- Manajemen dan Informasi Kesehatan: Sistem manajemen kesehatan yang efektif dan efisien, serta sistem informasi kesehatan yang mendukung pengambilan keputusan berbasis data.
- Pendidikan dan Study : Pendidikan yang menghasilkan tenaga kesehatan yang berkualitas dan study yang mendukung pengembangan sistem kesehatan.

Tujuan Sistem Kesehatan Nasional:

- Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.
- Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.
- Menjamin ketersediaan, pemerataan, dan keterjangkauan pelayanan kesehatan.
- Menjamin pelaksanaan sistem jaminan kesehatan nasional.
- Melindungi masyarakat dari risiko finansial akibat biaya kesehatan.

Prinsip-prinsip dalam Sistem Kesehatan Nasional:

- Keadilan: Memberikan pelayanan kesehatan yang adil bagi seluruh masyarakat tanpa diskriminasi.
- Partisipasi: Melibatkan masyarakat dalam setiap aspek kesehatan, termasuk perencanaan, pelaksanaan, dan pengawasan.

- Akuntabilitas dan Transparansi: Pengelolaan sistem kesehatan yang akuntabel dan transparan.
- Profesionalisme: Tenaga kesehatan yang kompeten, bermutu, dan profesional.
- Berbasis Bukti: Pengambilan keputusan yang didasarkan pada bukti ilmiah dan data yang akurat.

B. Dasar Hukum Sistem Kesehatan Nasional

Dasar hukum Sistem Kesehatan Nasional di Indonesia diatur oleh beberapa undang-undang dan peraturan yang menetapkan kerangka kerja, prinsip, dan komponen utama dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan di Indonesia. Berikut adalah beberapa dasar hukum yang mendukung Sistem Kesehatan Nasional:

1. Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28H 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." Pasal 34 Ayat (3): "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak."
2. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 1 Ayat (1): Menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pasal 4: "Setiap orang berhak atas kesehatan." Pasal 5: "Setiap orang berhak secara mandiri dan

bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya."

3. Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Menetapkan kerangka untuk penyelenggaraan jaminan sosial nasional, termasuk jaminan kesehatan bagi seluruh warga negara Indonesia melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).
4. Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Mengatur pembentukan dan tugas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan sebagai pelaksana jaminan sosial di Indonesia.
5. Peraturan Pemerintah Peraturan Pemerintah No. 47 Tahun 2016 tentang Pelayanan Kesehatan: Mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan oleh pemerintah dan pihak swasta. Peraturan Pemerintah No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan: Mengatur pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional.
6. Peraturan Menteri Kesehatan Berbagai Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) yang mengatur teknis pelaksanaan layanan kesehatan, standar pelayanan, dan pengelolaan sumber daya kesehatan.
7. Keputusan Presiden dan Instruksi Presiden Keputusan Presiden No. 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional: Merupakan dokumen yang memperkuat pelaksanaan sistem kesehatan nasional dengan menetapkan visi, misi, dan strategi nasional kesehatan.

8. Peraturan Daerah Berbagai Peraturan Daerah yang mengatur penyelenggaraan kesehatan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota, sesuai dengan otonomi daerah.

C. Sistem Kesehatan Nasional (SKN)

Landasan SKN: Meliputi landasan idiil (Pancasila), landasan konstitusional (UUD 1945), dan landasan operasional (peraturan perundang-undangan terkait kesehatan).

Landasan sistem kesehatan nasional di Indonesia berfokus pada beberapa pilar utama yang mencakup aspek hukum, kebijakan, dan implementasi praktis. Berikut ini adalah beberapa landasan utama sistem kesehatan nasional di Indonesia:

1. Undang-Undang Dasar 1945: UUD 1945 Pasal 28H ayat (1) menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
2. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan: Undang-undang ini menjadi dasar hukum utama yang mengatur segala aspek kesehatan di Indonesia, mulai dari upaya promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif.
3. Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN): UU ini menjadi dasar dari sistem jaminan

kesehatan nasional yang mencakup BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara jaminan kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia

4. Peraturan Pemerintah dan Peraturan Menteri Kesehatan: Berbagai peraturan pemerintah dan peraturan menteri kesehatan diterbitkan untuk mengatur secara lebih rinci pelaksanaan kebijakan-kebijakan kesehatan, termasuk dalam hal standar pelayanan, distribusi tenaga kesehatan, pengendalian penyakit, dan lain-lain.
5. Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN): RPJMN merupakan dokumen perencanaan pembangunan nasional lima tahunan yang menetapkan prioritas pembangunan di berbagai sektor, termasuk kesehatan. RPJMN mencakup target-target kesehatan yang ingin dicapai dalam periode lima tahun tersebut.
6. Strategi Kesehatan Nasional: Ini mencakup strategi-strategi khusus yang diimplementasikan untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan di Indonesia, seperti program imunisasi nasional, pengendalian penyakit menular, penurunan angka kematian ibu dan anak, serta peningkatan gizi masyarakat.
7. Kerja sama internasional: Indonesia juga menjalin kerja sama dengan berbagai organisasi internasional, seperti WHO, UNICEF, dan organisasi lainnya untuk mendukung sistem kesehatan

nasional melalui bantuan teknis, dana, dan berbagai program kesehatan global.

D. Komponen Sistem Kesehatan Nasional

Termasuk sumber daya manusia kesehatan, pembiayaan kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, makanan, dan minuman, serta fasilitas dan infrastruktur kesehatan

Komponen sistem kesehatan nasional adalah elemen-elemen penting yang membentuk keseluruhan sistem kesehatan dan bekerja bersama untuk mencapai tujuan kesehatan masyarakat. Berikut adalah komponen utama sistem kesehatan nasional di Indonesia:

1. Kebijakan dan Regulasi Kesehatan:

Undang-undang dan peraturan yang mengatur berbagai aspek kesehatan, termasuk penyediaan layanan kesehatan, jaminan kesehatan, standar pelayanan, dan regulasi tenaga kesehatan.

2. Pelayanan Kesehatan:

- Layanan kesehatan primer, sekunder, dan tersier yang disediakan oleh berbagai jenis fasilitas kesehatan seperti puskesmas, klinik, rumah sakit, dan laboratorium.
- Upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan.

3. Sumber Daya Kesehatan:

- Tenaga Kesehatan: Dokter, perawat, bidan, apoteker, dan tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan kesehatan.

- Sarana dan Prasarana: Fasilitas fisik seperti bangunan rumah sakit, klinik, puskesmas, peralatan medis, dan teknologi kesehatan.

4. Jaminan Kesehatan:

- Sistem pembiayaan kesehatan seperti BPJS Kesehatan yang memberikan jaminan kesehatan kepada seluruh masyarakat Indonesia.
- Skema pembiayaan lainnya yang mendukung akses terhadap layanan kesehatan.

5. Manajemen dan Kepemimpinan Kesehatan:

Sistem manajemen yang efektif untuk mengelola sumber daya kesehatan, pengambilan keputusan berbasis data, dan kepemimpinan yang kuat dalam pengelolaan sektor kesehatan.

6. Informasi dan Sistem Kesehatan:

- Sistem informasi kesehatan yang mencakup pengumpulan data, analisis, dan pelaporan yang membantu dalam perencanaan, pengelolaan, dan evaluasi program kesehatan.
- Teknologi informasi yang mendukung komunikasi dan koordinasi antara berbagai komponen sistem kesehatan.

7. Pendidikan dan Pelatihan:

- Program pendidikan dan pelatihan untuk tenaga kesehatan guna meningkatkan keterampilan dan kompetensi mereka.
- Institusi pendidikan yang menghasilkan tenaga kesehatan berkualitas.

8. Study dan Pengembangan:

- Kegiatan study yang dilakukan untuk mengembangkan pengetahuan baru, inovasi, dan teknologi dalam bidang kesehatan.
- Dukungan terhadap study kesehatan oleh pemerintah dan institusi lainnya.

9. Kerjasama dan Kemitraan:

- Kerjasama antara pemerintah, sektor swasta, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat dalam pelaksanaan program-program kesehatan.
- Kolaborasi internasional dengan organisasi kesehatan global untuk mengatasi tantangan kesehatan.

10. Pemberdayaan Masyarakat:

- Upaya untuk meningkatkan kesadaran, partisipasi, dan peran aktif masyarakat dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan mereka.
- Program-program yang berfokus pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit di tingkat komunitas.

Dengan keberadaan dan sinergi antara komponen-komponen ini, sistem kesehatan nasional diharapkan dapat berfungsi secara efektif untuk mencapai tujuan-tujuan kesehatan masyarakat, meningkatkan aksesibilitas, kualitas, dan keadilan dalam pelayanan kesehatan (<https://hpm.fk.ugm.ac.id/materi-kuliah/mkdu-kebijakan-dan-manajemen-pelayanan-kesehatan/>).

E. Manajemen Kebijakan Kesehatan

1. Penyusunan dan Implementasi Kebijakan

Membahas proses pengambilan keputusan dalam kebijakan kesehatan, pendekatan "top-down" dan "bottom-up", serta dinamika implementasi kebijakan baik di tingkat pusat maupun daerah. Pengambilan keputusan dalam kebijakan kesehatan bisa dilakukan melalui pendekatan "top-down" dan "bottom-up", serta memiliki dinamika implementasi yang berbeda di tingkat pusat dan daerah. Proses pengambilan keputusan dalam kebijakan kesehatan dapat dilakukan melalui dua pendekatan utama: "top-down" dan "bottom-up". Kedua pendekatan ini memiliki karakteristik dan proses yang berbeda, serta kelebihan dan kekurangan masing-masing.

a. Pendekatan "Top-Down"

Pendekatan "top-down" adalah proses pengambilan keputusan yang dimulai dari tingkat atas, biasanya dari pemerintah pusat atau otoritas tertinggi dalam sistem kesehatan, dan kemudian diimplementasikan ke bawah melalui berbagai tingkatan administrasi. Adapun prosesnya sebagai berikut :

- **Identifikasi Masalah:** Masalah kesehatan diidentifikasi oleh otoritas tertinggi, seperti kementerian kesehatan atau pemerintah pusat.
- **Analisis dan Formulasi Kebijakan:** Tim ahli dan pembuat kebijakan menganalisis masalah dan merumuskan solusi atau kebijakan. Kebijakan ini biasanya didasarkan pada data nasional.

- **Pembuatan Kebijakan:** Kebijakan kesehatan dibuat dan disahkan oleh badan legislatif atau eksekutif tertinggi.
- **Implementasi:** Kebijakan yang telah disahkan kemudian diteruskan ke level administrasi yang lebih rendah (provinsi, kota, hingga fasilitas kesehatan) untuk diimplementasikan.
- **Pemantauan dan Evaluasi:** Kinerja kebijakan dipantau dan dievaluasi oleh otoritas pusat untuk memastikan efektivitasnya dan melakukan penyesuaian jika diperlukan.

Pendekatan ini memiliki kelebihan Koordinasi dan konsistensi yang lebih baik karena kebijakan berasal dari otoritas tertinggi dan Cepat dalam penerapan karena instruksi langsung dari pusat. Kekurangan pendekatan ini keterlibatan dan input dari masyarakat dan level local yang mungkin tidak sepenuhnya sesuai dengan kebutuhan dan kondisi lokal.

b. Pendekatan "Bottom-Up"

Pendekatan "bottom-up" adalah proses pengambilan keputusan yang dimulai dari tingkat bawah, biasanya dari masyarakat, komunitas lokal, atau level administrasi yang lebih rendah, dan kemudian diakomodasi oleh otoritas yang lebih tinggi. Adapun prosesnya adalah:

- **Identifikasi Masalah:** Masalah kesehatan diidentifikasi oleh komunitas lokal atau fasilitas kesehatan di tingkat bawah.
- **Pengumpulan Input dan Partisipasi:** Partisipasi aktif dari masyarakat dan *stakeholder* lokal dalam mengumpulkan

informasi dan memberikan masukan mengenai masalah kesehatan dan solusi yang diusulkan.

- Pengembangan Rencana Lokal: Rencana kebijakan dikembangkan di tingkat lokal dengan mempertimbangkan kebutuhan dan kondisi spesifik.
- Pengajuan Rencana ke Otoritas Lebih Tinggi: Rencana lokal diajukan ke tingkat yang lebih tinggi untuk persetujuan dan dukungan, baik itu dalam bentuk kebijakan, dana, atau sumber daya lainnya.
- Implementasi dan Penyesuaian: Kebijakan yang telah disetujui diimplementasikan di tingkat lokal dengan penyesuaian sesuai kebutuhan.

Pendekatan ini memiliki kelebihan lebih responsif terhadap kebutuhan dan kondisi lokal, meningkatkan partisipasi dan pemberdayaan masyarakat. Kekurangan pendekatan ini koordinasi yang lebih rumit dan memakan waktu serta kesulitan dalam memastikan konsistensi dan standarisasi kebijakan di berbagai wilayah. Dalam praktiknya, kombinasi dari kedua pendekatan ini sering digunakan untuk mencapai keseimbangan antara kebijakan yang koheren di tingkat nasional dan adaptasi yang sesuai dengan kondisi lokal. Pendekatan "top-down" menyediakan arah dan sumber daya yang jelas dari pusat, sementara pendekatan "bottom-up" memastikan kebijakan yang dihasilkan relevan dan efektif bagi masyarakat lokal.

2. Pendekatan "Top-Down" dalam Kebijakan Kesehatan

Pendekatan Top-Down berarti keputusan dan kebijakan ditetapkan oleh pihak otoritas tertinggi (biasanya pemerintah pusat) dan diimplementasikan ke seluruh lapisan bawah tanpa banyak input dari pihak yang ada di bawah, karena Kebijakan yang dirumuskan di tingkat pusat sering kali berbasis pada analisis makro dan kebijakan nasional. Kelebihan dari pendekatan ini adalah: Konsistensi dan keseragaman kebijakan di seluruh wilayah, kontrol lebih kuat dari pemerintah pusat terhadap pelaksanaan kebijakan, lebih cepat dalam situasi darurat karena keputusan dapat langsung diterapkan tanpa melalui banyak tahap persetujuan. Adapun kekurangan dari pendekatan ini adalah: kurangnya fleksibilitas untuk menyesuaikan dengan kondisi local, potensi resistensi dari pihak yang berada di tingkat bawah karena kurangnya partisipasi dalam proses pengambilan Keputusan, serta biasa mengabaikan kebutuhan spesifik dari daerah atau komunitas tertentu.

3. Pendekatan "Bottom-Up" dalam Kebijakan Kesehatan

Pendekatan Bottom-Up berarti kebijakan dan keputusan dibuat dengan partisipasi aktif dari tingkat lokal atau komunitas, yang kemudian diusulkan ke tingkat yang lebih tinggi, proses ini melibatkan banyak *stakeholder* di tingkat lokal dan menekankan pentingnya input dari berbagai lapisan masyarakat. Kelebihan pendekatan ini adalah: Kebijakan lebih sesuai dengan kebutuhan lokal dan spesifik, meningkatkan partisipasi dan keterlibatan masyarakat serta pihak local, serta meningkatkan rasa memiliki dan tanggung jawab terhadap kebijakan yang dibuat. Adapun kekurangan pada proses pendekatan ini adalah: proses

pengambilan keputusan bisa lebih lambat karena melibatkan banyak pihak, kesulitan dalam memastikan keseragaman kebijakan di seluruh wilayah, potensi konflik kepentingan di tingkat lokal. Kedua pendekatan "top-down" dan "bottom-up" memiliki kelebihan dan kekurangan masing-masing dalam pengambilan keputusan kebijakan kesehatan. Implementasi yang efektif sering kali memerlukan kombinasi kedua pendekatan tersebut, dengan penyesuaian berdasarkan konteks dan kebutuhan spesifik baik di tingkat pusat maupun daerah. Pendekatan yang holistik dan inklusif dapat meningkatkan efektivitas kebijakan kesehatan dan keberhasilan implementasinya.

F. Manajemen Pelayanan Kesehatan

Manajemen pelayanan kesehatan merupakan upaya untuk mengelola sistem dan proses dalam penyediaan layanan kesehatan agar dapat berjalan efektif, efisien, dan berkualitas. Berikut adalah paparan berbagai model manajemen pelayanan kesehatan yang mencakup pendekatan manajemen mutu, desentralisasi pelayanan kesehatan, dan pengelolaan risiko dalam pelayanan kesehatan.

1. Pendekatan Manajemen Mutu.

Pendekatan manajemen mutu adalah strategi untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan secara terus-menerus melalui evaluasi dan perbaikan berkelanjutan. Dimana prinsip utamanya adalah “ Fokus Pada Pasien” dengan menempatkan kebutuhan dan kepuasan pasien sebagai prioritas utama, melakukan evaluasi dan peningkatan berkelanjutan terhadap

proses dan hasil layanan kesehatan, menggunakan data dan indikator untuk mengukur kinerja dan menentukan area yang perlu diperbaiki, melihat pelayanan kesehatan sebagai keseluruhan sistem yang terintegrasi, mengembangkan dan menerapkan standar operasional prosedur (SOP) untuk memastikan konsistensi layanan, meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan berkelanjutan, melakukan audit internal dan eksternal untuk mengevaluasi kinerja layanan kesehatan, meningkatkan partisipasi seluruh staf dalam proses perbaikan mutu dan mendorong komunikasi terbuka.

2. Desentralisasi Pelayanan Kesehatan

Desentralisasi pelayanan kesehatan adalah pemindahan kewenangan dan tanggung jawab pengelolaan layanan kesehatan dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah atau unit lokal. Dimana prinsip utamanya adalah “Pemberdayaan Lokal” memberikan lebih banyak kontrol dan tanggung jawab kepada unit pelayanan kesehatan local, mendorong pengambilan keputusan yang lebih responsif terhadap kebutuhan dan kondisi local, meningkatkan efisiensi dengan mendekatkan pengelolaan pelayanan kesehatan ke masyarakat yang dilayani, mengembangkan kebijakan kesehatan daerah yang sesuai dengan kebutuhan local, menyediakan anggaran, tenaga, dan fasilitas yang memadai untuk unit pelayanan kesehatan local, meningkatkan kapasitas manajemen dan administrasi di tingkat lokal melalui pelatihan dan dukungan teknis, serta mendorong

kerjasama antara pemerintah daerah, LSM, sektor swasta, dan masyarakat.

3. Pengelolaan Risiko dalam Pelayanan Kesehatan

Pengelolaan risiko dalam pelayanan kesehatan adalah proses identifikasi, evaluasi, dan mitigasi risiko yang dapat mempengaruhi keselamatan pasien dan kualitas layanan kesehatan. Adapun tindakan yang dilakukan dalam pengelolaan risiko pelayanan kesehatan adalah: Mengenali potensi risiko yang dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan, mengevaluasi tingkat risiko berdasarkan kemungkinan terjadi dan dampaknya, mengembangkan dan menerapkan strategi untuk mengurangi atau mengelola risiko, melakukan pemantauan berkelanjutan dan review terhadap risiko dan efektivitas tindakan mitigasi, membuat kebijakan dan prosedur pengelolaan risiko yang komprehensif, meningkatkan kesadaran dan pengetahuan staf mengenai risiko dan cara mengelolanya, menggunakan teknologi informasi untuk memantau dan melaporkan insiden risiko serta membangun budaya keselamatan di tempat kerja di mana semua staf merasa bertanggung jawab terhadap keselamatan pasien.

Setiap model manajemen pelayanan kesehatan memiliki fokus dan pendekatan yang berbeda namun saling melengkapi. Pendekatan manajemen mutu berfokus pada peningkatan kualitas secara terus-menerus, desentralisasi pelayanan kesehatan meningkatkan efisiensi dan responsivitas di tingkat lokal, sementara pengelolaan risiko menekankan pada keselamatan dan mitigasi potensi bahaya dalam pelayanan

kesehatan. Integrasi dari berbagai model ini dapat membantu menciptakan sistem kesehatan yang lebih baik, aman, dan responsif terhadap kebutuhan masyarakat.

G. Upaya Pelayanan Kesehatan

Upaya kesehatan dalam pelayanan kesehatan masyarakat mencakup empat jenis utama: upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Masing-masing jenis upaya ini memiliki tujuan dan pendekatan yang berbeda namun saling melengkapi dalam mencapai kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Berikut penjelasan masing-masing upaya tersebut:

1. Upaya Promotif adalah kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dengan cara mempromosikan gaya hidup sehat dan lingkungan yang mendukung kesehatan. Adapun tujuan upaya promotif adalah:
 - Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya hidup sehat.
 - Mendorong perubahan perilaku yang mendukung kesehatan.
 - Menciptakan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Contoh Kegiatan Upaya promotive:

- Pendidikan Kesehatan melalui Kampanye kesehatan melalui media, seminar, dan program edukasi di sekolah dan komunitas.

- Promosi Gaya Hidup Sehat melalui Program-program yang mendorong aktivitas fisik, diet seimbang, dan kebiasaan sehat lainnya.
- Peningkatan Kesadaran melalui sosialisasi tentang bahaya merokok, alkohol, dan penyalahgunaan zat berbahaya.

Kegiatan ini tentunya akan semakin efektif jika dilakukan kerjasama dengan sekolah, tempat kerja, dan komunitas untuk menyebarkan informasi Kesehatan, penggunaan media massa dan sosial untuk kampanye Kesehatan, serta pelatihan kader kesehatan masyarakat untuk menyebarkan pesan kesehatan.

2. Upaya Preventif

Upaya preventif adalah tindakan yang dilakukan untuk mencegah timbulnya penyakit atau masalah kesehatan. Upaya ini dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi risiko terjadinya penyakit, mencegah penyebaran penyakit, meminimalkan dampak kesehatan dari risiko lingkungan dan perilaku. Adapun beberapa bentuk kegiatan yang dilakukan sebagai bentuk upaya preventif adalah layanan Imunisasi seperti program vaksinasi untuk mencegah penyakit menular seperti polio, campak, dan hepatitis, serta layanan skrining kesehatan seperti deteksi dini penyakit melalui pemeriksaan rutin seperti skrining kanker, diabetes, dan hipertensi, layanan Pencegahan Penyakit Menular: Program cuci tangan, penggunaan alat pelindung diri, dan edukasi tentang kebersihan.

3. Upaya Kuratif adalah tindakan yang dilakukan untuk mengobati penyakit atau masalah kesehatan yang sudah terjadi dengan tujuan

untuk menyembuhkan penyakit atau mengurangi gejalanya, mengurangi komplikasi dan mencegah kondisi kesehatan yang memburuk, mengembalikan fungsi normal tubuh. Hal ini dilakukan dengan cara Pengobatan Medis: Pemberian obat-obatan, operasi, dan terapi lainnya untuk mengobati penyakit, Perawatan di Rumah Sakit: Pelayanan kesehatan di fasilitas rawat inap untuk kondisi akut atau kronis, serta Pengelolaan Penyakit Kronis: Program manajemen penyakit untuk kondisi seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung. Adapun kegiatan pendukung Upaya kuratif adalah:

- Menyediakan layanan medis yang berkualitas di puskesmas, klinik, dan rumah sakit.
 - Penggunaan teknologi medis terbaru untuk diagnosis dan pengobatan.
 - Pelatihan tenaga kesehatan untuk meningkatkan kemampuan pengobatan.
4. Upaya Rehabilitatif adalah tindakan yang dilakukan untuk memulihkan kemampuan fisik, mental, dan sosial seseorang setelah mengalami penyakit atau cedera, dengan tujuan mengembalikan fungsi dan kemandirian individu, meningkatkan kualitas hidup penderita penyakit kronis atau cacat, mendukung integrasi kembali ke masyarakat. Adapun bentuk kegiatan upaya kuratif adalah:
- Fisioterapi: Terapi fisik untuk memulihkan fungsi otot dan sendi setelah cedera atau operasi.

- **Rehabilitasi Psikososial:** Dukungan mental dan sosial bagi penderita gangguan mental atau penyalahgunaan zat.
- **Pendidikan dan Pelatihan:** Program pelatihan untuk membantu pasien mengembangkan keterampilan baru atau menyesuaikan dengan keterbatasan fisik.

Upaya kesehatan yang mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan masyarakat. Pendekatan yang holistik dan berkesinambungan dalam keempat upaya ini dapat meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan, mencegah penyakit, mengobati masalah kesehatan yang ada, dan memulihkan fungsi serta kualitas hidup individu. Dengan sinergi antara keempat upaya ini, tujuan kesehatan masyarakat yang optimal dapat dicapai (<https://repository.uin-suka.ac.id/bitstream/handle/123456789/29131/>)

H. Sistem Pembiayaan Kesehatan

1. Sumber Pembiayaan:

Pendanaan sistem kesehatan nasional merupakan aspek kritis dalam menjamin akses dan kualitas layanan kesehatan bagi seluruh penduduk. Sumber dana untuk mendukung sistem kesehatan nasional biasanya berasal dari beberapa sumber utama, termasuk dana pemerintah, asuransi kesehatan, dan sumber dana lainnya. Berikut adalah pembahasan rinci mengenai masing-masing sumber dana tersebut:

- Dana Pemerintah. Dana pemerintah adalah anggaran yang dialokasikan oleh pemerintah untuk mendukung penyediaan layanan kesehatan, termasuk pembangunan infrastruktur, penyediaan obat-obatan, gaji tenaga kesehatan, dan program kesehatan masyarakat. Adapun sumber Anggaran berasal dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN): Dana yang dialokasikan oleh pemerintah pusat serta anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD): Dana yang dialokasikan oleh pemerintah daerah.
- Asuransi Kesehatan. Asuransi kesehatan adalah mekanisme pendanaan kesehatan di mana individu atau perusahaan membayar premi kepada perusahaan asuransi untuk mendapatkan perlindungan terhadap biaya pelayanan Kesehatan. Adapun Jenis Asuransi Kesehatan: Asuransi Kesehatan Nasional: Program yang dikelola oleh pemerintah, seperti BPJS Kesehatan di Indonesia dan asuransi Kesehatan Swasta: Asuransi kesehatan yang dikelola oleh perusahaan swasta. Sumber dana berasal dari Premi: Pembayaran rutin yang dilakukan oleh individu atau pemberi kerja kepada perusahaan asuransi. Subsidi Pemerintah: Dalam beberapa kasus, pemerintah memberikan subsidi untuk premi bagi kelompok rentan atau berpenghasilan rendah.
- Sumber dana lainnya mencakup berbagai sumber pendanaan selain dana pemerintah dan asuransi kesehatan, termasuk dana

dari sektor swasta, donor internasional, dan kontribusi masyarakat.

2. Jenis Sumber Dana:

- Pembayaran Langsung (Out-of-Pocket): Pembayaran langsung oleh pasien untuk layanan kesehatan yang tidak ditanggung oleh asuransi atau subsidi.
- Donor Internasional: Bantuan dari organisasi internasional, pemerintah asing, dan LSM untuk mendukung program kesehatan di negara berkembang.
- Corporate Social Responsibility (CSR): Kontribusi dari perusahaan swasta untuk program kesehatan melalui kegiatan CSR.
- Filantropi dan Amal: Sumbangan dari individu atau organisasi filantropi untuk mendukung proyek-proyek kesehatan.

Sistem kesehatan nasional yang kuat dan berkelanjutan memerlukan kombinasi yang efektif dari berbagai sumber pendanaan. Dana pemerintah, asuransi kesehatan, dan sumber dana lainnya masing-masing memiliki peran penting dalam mendukung berbagai aspek layanan kesehatan. Dengan pengelolaan yang baik, koordinasi antara berbagai sumber dana ini dapat membantu mencapai tujuan kesehatan masyarakat yang lebih baik, adil, dan merata.

I. Pengelolaan dan Transparansi:

Pengelolaan dana yang transparan dan akuntabel sangat penting untuk memastikan keberlanjutan dan keadilan dalam sistem kesehatan. Berikut penjelasan mengenai pentingnya pengelolaan dana yang baik dalam konteks sistem kesehatan:

1. Meningkatkan Kepercayaan Publik dengan melakukan
 - **Transparansi: Informasi Terbuka** Menyediakan informasi yang jelas dan terbuka mengenai alokasi dan penggunaan dana kesehatan kepada publik, **Pelaporan yang Rutin:** Menerbitkan laporan keuangan dan kinerja secara berkala yang dapat diakses oleh masyarakat.
 - **Akuntabilitas: Pertanggungjawaban:** Pihak yang mengelola dana harus bertanggung jawab atas keputusan dan tindakan mereka terkait pengelolaan dana. **Pengawasan dan Audit:** Melakukan audit independen dan pengawasan yang ketat untuk memastikan tidak ada penyalahgunaan dana.
2. Mencegah Korupsi dan Penyalahgunaan Dana
 - **Transparansi: Pencegahan Korupsi:** Informasi yang transparan mengenai aliran dana membantu mencegah korupsi dan penyalahgunaan dana, **Pemantauan Real-Time:** Penggunaan teknologi untuk memantau penggunaan dana secara real-time.
 - **Akuntabilitas: Sistem Pelaporan:** Mengimplementasikan sistem pelaporan yang ketat untuk melaporkan setiap pengeluaran dan alokasi dana, **Sanksi dan Tindakan Hukum:** Menerapkan sanksi

dan tindakan hukum yang tegas terhadap pelanggaran dan penyalahgunaan dana.

3. Mengoptimalkan Alokasi Sumber Daya

- **Transparansi: Perencanaan Terbuka:** Melibatkan berbagai pemangku kepentingan dalam proses perencanaan alokasi dana untuk memastikan kebutuhan yang tepat, **Data Terbuka:** Menyediakan data penggunaan dana yang dapat diakses oleh publik dan digunakan untuk analisis lebih lanjut.
- **Akuntabilitas: Pengukuran Kinerja:** Menggunakan indikator kinerja untuk mengukur efektivitas penggunaan dana, **Evaluasi Berkelanjutan:** Melakukan evaluasi berkelanjutan untuk memastikan dana dialokasikan ke area yang paling membutuhkan.

4. Mendorong Keberlanjutan Sistem Kesehatan

- **Transparansi: Komunikasi Terbuka:** Mengkomunikasikan secara terbuka mengenai sumber dan penggunaan dana untuk membangun dukungan publik dan politik, **Rencana Jangka Panjang:** Membuat dan mengumumkan rencana penggunaan dana jangka panjang yang dapat diakses oleh publik.
- **Akuntabilitas: Pengelolaan Berbasis Kinerja:** Mengelola dana berdasarkan kinerja dan hasil yang dicapai, **Pemantauan dan Penyesuaian:** Memantau hasil dan menyesuaikan strategi pengelolaan dana sesuai dengan perubahan kebutuhan dan konteks.

5. Meningkatkan Keadilan dalam Akses dan Kualitas Layanan Kesehatan

- **Transparansi:** Distribusi Dana yang Adil: Informasi yang transparan mengenai distribusi dana membantu memastikan bahwa sumber daya dialokasikan secara adil. Pemetaan Kebutuhan: Menggunakan data transparan untuk memetakan kebutuhan kesehatan di berbagai daerah.
- **Akuntabilitas:** Pemantauan Kesetaraan: Melakukan pemantauan dan evaluasi terhadap kesetaraan akses dan kualitas layanan kesehatan, Tindakan Korektif: Mengambil tindakan korektif jika ditemukan ketidakadilan dalam distribusi dan penggunaan dana.

Pengelolaan dana yang transparan dan akuntabel sangat penting untuk memastikan keberlanjutan dan keadilan dalam sistem kesehatan. Dengan transparansi dan akuntabilitas, dana dapat digunakan secara efisien, mengurangi risiko korupsi, meningkatkan kepercayaan publik, dan memastikan bahwa semua individu memiliki akses yang adil terhadap layanan kesehatan berkualitas. Ini akan membangun sistem kesehatan yang lebih kuat, tangguh, dan berkelanjutan (<https://repositori.dosen.ulm.ac.id/bitstream/handle/123456789/29131/>).

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A. (2010). **Pengantar Administrasi Kesehatan**. Binarupa Aksara, Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). **Pedoman Manajemen Puskesmas**. Depkes RI, Jakarta.
- Effendy, N. (2009). **Dasar-dasar Manajemen Kesehatan**. Rineka Cipta, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). **Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019**. Kemenkes RI, Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). **Profil Kesehatan Indonesia 2018**. Kemenkes RI, Jakarta.
- Mukti, A.G., & Laksono, T.R. (2003). **Manajemen Kesehatan Masyarakat**. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
- Murray, C.J.L., & Frenk, J. (2000). **A Framework for Assessing the Performance of Health Systems**. Bulletin of the World Health Organization, 78(6), 717-731.
- Rifkin, S.B. (2009). **Community Health Management**. Oxford University Press, Oxford.
- Suwandono, A., & Jurnal, Y. (2012). **Manajemen Pelayanan Kesehatan di Indonesia**. Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- World Health Organization (WHO). (2007). **Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action**. WHO, Geneva.

BAB 8

PUSKESMAS DAN SERTIFIKASINYA DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Oleh: H. Ambia Nurdin, AMK., AMd.RMIK., S.Pd., SKM., M. Pd., M. Kes

A. Pendahuluan

Puskesmas merupakan singkatan dari pusat kesehatan masyarakat yang tertuang dalam peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019. Penggagas Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) Indonesia adalah Dokter Johannes Leimena dan Dokter Abdoel Patah. Puskesmas memang digagas pada zaman Presiden Soekarno, tetapi dikerjakan pada zaman Presiden Soeharto. Gagasan Leimena dan Patah ini diteruskan di era pemerintahan Orde Baru di bawah kepemimpinan Presiden Soeharto. Patut dipuji sikap Presiden Soeharto (Ferizal, 2021).

Puskesmas adalah sebuah fasilitas pelayanan dibidang kesehatan yang diselenggarakan sebagai bentuk dari upaya kesehatan yang berbasis masyarakat (UKM/upaya kesehatan masyarakat) maupun berbasis perseorangan (UKP/Upaya kesehatan perseorangan) pada tingkat pertama. (Ayi Nurhidayah, 2023). Sesuai kebijakan pemerintah Indonesia dalam RPJM tahun 2020-2024 fokus pada pemanfaatan atas tersedianya fasilitas pelayanan kesehatan yang layak, upaya meningkatkan akses, kualitas pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta dengan penekanan pada penguatan pelayanan kesehatan dasar dan peningkatan

upaya *promotif* dan *prefentif* didukung oleh inovasi dan pemanfaatan teknologi (Titie Purwaningsari, Atty Tri Juniati, 2022).

Seiring perkembangan teknologi dan tuntutan masyarakat akan pelayanan, begitu pula perkembangan dunia kesehatan yang semakin pesat berbanding lurus dengan kesadaran setiap orang untuk berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu (Titie Purwaningsari, Atty Tri Juniati, 2022). Sehingga penyelenggara pelayanan kesehatan juga dituntut untuk menunaikan harapan setiap orang dalam memberikan pelayanan yang bermutu. Upaya yang bisa dilakukan dalam perbaikan pelayanan publik salah satunya melalui survei kepuasan masyarakat terhadap pengguna layanan dengan mengukur kepuasan masyarakat pengguna layanan (Akhun, 2023).

B. Dasar Hukum Akreditasi Puskesmas

Dasar hukum dilaksanakannya Akreditasi Puskesmas Indonesia berdasarkan fakta sejarah antara lain (Ferizal, 2021):

1. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 71 Tahun 2013 tentang Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional.
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2019 tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 46 Tahun 2015 Tentang Akreditasi Puskesmas, Klinik

Pratama, Tempat Praktik Mandiri dokter, dan Tempat Praktik Mandiri Dokter Gigi

Akreditasi adalah alat untuk mengukur pencapaian puskesmas terhadap standar pelayanan yang ditetapkan. Puskesmas merupakan organisasi fungsional yang menyelenggarakan upaya kesehatan yang menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima dan terjangkau oleh masyarakat diiringi peran serta aktif masyarakat serta menggunakan hasil perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi tepat guna. Puskesmas dengan standar layanan terbaik akan mendapatkan status akreditasi paripurna, diikuti dengan akreditasi utama, madya dan dasar (Titie Purwaningsari., Atty Tri Juniati., 2022).

Akreditasi puskesmas adalah bentuk pengakuan atau penghargaan dari Lembaga Independen penyelenggara Akreditasi yaitu Komite Akreditasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (KA FKTP) Nasional yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan. Tujuan utama penilaian akreditasi FKTP adalah meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan secara berkesinambungan (Rahmi La Silopu, 2019).

C. Timeline Penyusunan *Plan Of Action* (POA) Akreditasi Puskesmas

Bagian penting dalam menentukan timeline pelaksanaan kegiatan adalah perencanaan yang matang. Perencanaan yang dibuat sesuai dengan petunjuk teknis penyelenggaraan puskesmas dan waktu pelaksanaan yang

diatur menyesuaikan dengan kondisi serta kemampuan sumber daya yang dimiliki.

Perencanaan akreditasi disusun di awal tahun dengan melibatkan semua staf dan penanggung jawab pelayanan. Menyelenggarakan pertemuan akreditasi dalam mini lokakarya puskesmas bermanfaat untuk memberikan pendapat dan analisa masalah yang tepat, merumuskan kesepakatan bersama dan sekaligus sebagai sarana sosialisasi program akreditasi. Pengumpulan data awal atau informasi bersumber dari hasil diskusi, rapat, pengamatan langsung serta informasi kesehatan lainnya. Proses ini dapat menghindari kejadian tumpang tindih dalam pembuatan POA akreditasi dan program puskesmas lebih efektif dan efisien.

D. Penilaian Kinerja Puskesmas

Salah satu cara untuk menilai mutu dan kualitas pelayanan puskesmas dilakukan dengan akreditasi. Dengan implementasi standar akreditasi akan menjamin manajemen puskesmas, penyelenggaraan program kesehatan dan pelayanan klinis yang berkesinambungan. Melalui akreditasi diharapkan manajemen puskesmas dapat menerapkan prosedur standar dengan baik sehingga pasien merasa puas dengan pelayanan yang diberikan (Khotimah, 2021).

Manajemen sumber daya dan mutu merupakan satu kesatuan sistem pengelolaan puskesmas yang tidak terpisah satu dengan lainnya, yang harus dikuasai sepenuhnya oleh tim manajemen puskesmas dibawah kepemimpinan kepala puskesmas, dalam upaya mewujudkan

kinerja puskesmas yang bermutu, mendukung tercapainya sasaran dan tujuan penyelenggaraan upaya kesehatan di puskesmas, agar dapat mengatasi masalah-masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat di wilayah kerjanya (Titie Purwaningsari., Atty Tri Juniati., 2022).

Pelayanan kesehatan di puskesmas merupakan tumpuan sistem pelayanan kesehatan ditingkat wilayah dan merupakan komponen dasar dalam meningkatkan outcome kesehatan masyarakat dan akuntabilitas dengan menunjukkan hasil-hasil krusial yang telah dicapai pemerintah daerah di sektor kesehatan kepada pemangku kepentingan (Vanchapo, 2024).

E. Kerangka Penilaian Kinerja Puskesmas

Kerangka penilaian kinerja puskesmas adalah suatu sistem yang dirancang untuk mengukur dan mengevaluasi efektifitas, efisiensi dan kualitas layanan yang diberikan oleh puskesmas dalam menyediakan layanan kesehatan primer (*primary health care*) kepada masyarakat.

Ada beberapa aspek yang tercakup dalam penilaian kinerja puskesmas yaitu sebagai berikut:

- ✓ Indikator Kinerja Inti (*Key Performance Indicator/KPI*)

KPI adalah indikator yang digunakan untuk mengukur dan memantau pencapaian tujuan kinerja puskesmas dalam berbagai aspek pelayanan kesehatan. KPI dirancang untuk mencerminkan kinerja utama yang mempengaruhi kualitas pelayanan dan efektifitas pengelolaan sumber daya. KPI di puskesmas umumnya mencakup

cakupan imunisasi, angka kunjungan pelayanan kesehatan, tingkat penyembuhan penyakit tertentu, efisiensi manajemen sumber daya manusia dan anggaran.

✓ Standar Pelayanan Minimal (SPM)

SPM adalah ketentuan mengenai jenis dan mutu pelayanan dasar yang merupakan urusan pemerintah wajib yang berhak diperoleh setiap warga negara secara minimal. SPM Puskesmas mencakup berbagai indikator yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan dasar (wajib). SPM ditetapkan oleh pemerintah untuk menjamin tersedianya pelayanan kesehatan dasar merata, terjangkau dan berkualitas bagi seluruh masyarakat, terutama diwilayah yang oleh puskesmas.

SPM Puskesmas yang telah ditetapkan Kemenkes RI meliputi:

- Pelayanan kesehatan ibu hamil
- Pelayanan kesehatan ibu bersalin
- Pelayanan kesehatan bayi baru lahir
- Pelayanan kesehatan balita
- Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar
- Pelayanan kesehatan pada usia produktif
- Pelayanan kesehatan pada usia lanjut
- Pelayanan kesehatan pada penderita hipertensi
- Pelayanan kesehatan pada penderita diabetes melitus
- Pelayanan kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat.
- Pelayanan kesehatan orang dengan terduga tuberkulosis

- Pelayanan kesehatan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (Human Immunodeficiency Virus).

SPM Puskesmas juga mencakup indikator yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan pengembangan. Dan dapat dikembangkan sesuai kebutuhan daerah masing-masing dengan mempertimbangkan masalah kesehatan prioritas, jumlah penduduk, ketersediaan dan kecukupan anggaran kesehatan, epidemiologi penyakit, keterjangkauan dan aksesibilitas.

Pelayanan kesehatan pengembangan yang dapat dilaksanakan puskesmas diantaranya:

- a) Pelayanan kesehatan gigi masyarakat
- b) Pelayanan kesehatan tradisional komplementer terintegrasi
- c) Pelayanan kesehatan kerja dan olah raga

1. Komponen Penilaian Kinerja Puskesmas

Tujuan sistem pengukuran kinerja pada prinsipnya ada dua, yaitu akuntabilitas dan peningkatan kinerja. Penilaian kinerja puskesmas dilakukan untuk memastikan bahwa fasilitas kesehatan tingkat pertama ini mampu memberikan layanan yang efektif dan efisien dan berkualitas kepada masyarakat.

Komponen utama yang biasanya digunakan dalam penilaian kinerja puskesmas adalah:

a. Kinerja Pelayanan Kesehatan

Kinerja pelayanan kesehatan mengukur kualitas dan cakupan layanan kesehatan yang diberikan oleh puskesmas, yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan fokus pada upaya menjaga dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui pelayanan yang mudah diakses dan berkualitas.

Indikator yang digunakan misalnya cakupan imunisasi, angka kunjungan ibu hamil, pengobatan penyakit menular dan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan.

b. Kinerja Manajerial

Kinerja manajerial mencerminkan seberapa baik puskesmas dikelola dari segi operasional, pengelolaan sumber daya, dan administrasi. Manajemen yang efektif diperlukan untuk memastikan bahwa puskesmas dapat menjalankan pelayanan kesehatannya dengan optimal.

Manajemen yang baik memastikan bahwa puskesmas dapat memenuhi kebutuhan masyarakat, menggunakan dana dengan bijaksana, serta mampu mempertahankan kualitas pelayanan.

Kinerja manajerial ini mencakup:

- Efisiensi Operasional: meliputi manajemen waktu, penggunaan sarana dan prasarana serta alokasi tenaga kerja yang tepat.

- Pengelolaan keuangan: penggunaan anggaran secara transparan dan efisien untuk menunjang operasional puskesmas
- Pengelolaan Sumber Daya: meliputi pengelolaan tenaga kesehatan, obat-obatan dan alat kesehatan.
- c. Kinerja SDM dan Komponen Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan adalah komponen penting dalam layanan puskesmas. Penilaian ini mencakup kemampuan profesional, kompetensi serta distribusi tenaga kesehatan lain yang bekerja di puskesmas.

Komponen ini juga mempertimbangkan seberapa baik tenaga kesehatan bekerja sesuai dengan prosedur standar pelayanan, serta bagaimana tenaga kesehatan berinteraksi dengan pasien.
- d. Kinerja Pengelolaan Fasilitas dan Sarana Prasarana

Fasilitas dan sarana prasarana yang memadai penting untuk mendukung operasional pelayanan puskesmas. Penilaian ini mencakup kelengkapan peralatan medis, kondisi bangunan puskesmas, ketersediaan obat-obatan serta sarana lain yang menunjang layanan kesehatan.

2. Sasaran Kinerja Upaya Kesehatan Masyarakat

- a. Komitmen kepala puskesmas bersama penanggung jawab untuk meningkatkan kinerja UKM.
- b. Penanggung jawab UKM puskesmas bersama pelaksana program melakukan upaya peningkatan cakupan program.

- c. Keterlibatan lintas program dan lintas sektor dalam pertemuan monitoring dan evaluasi kinerja.
- d. Melaksanakan survey mawar diri (SMD) untuk menganalisa kebutuhan sasaran atau masyarakat tentang kesehatan dan untuk mendapatkan masukan tentang perbaikan kinerja.
- e. Kepala puskesmas dan penanggung jawab UKM menyusun rencana kaji banding puskesmas dengan pencapaian cakupan program yang baik

3. Pelayanan Bermutu Puskesmas

Pemahaman perbaikan mutu berkelanjutan dilihat dari sudut pandang pemberi pelayanan, pembuat kebijakan dan dari sudut pandang pemilik pelayanan bisa menyesuaikan dan dapat dibuat dalam satu matrik, dengan acuan 10 point berikut ini, yaitu (Khotimah, 2021):

- a. Pasien diutamakan.
- b. Pasien dimudahkan aksesnya kepada layanan dan program pelayanannya.
- c. Pasien dilayani sesuai standar- SOP.
- d. Pasien dijamin keselamatannya.
- e. Pasien dilayani di fasilitas yang nyaman.
- f. Pasien dilayani dengan sarana dan prasarana yang memenuhi standard.
- g. Pasien dilayani dengan tenaga yang kompeten, profesional, ramah dan memanusiakan pasien.

- h. Kepuasan pasien dipenuhi sebanyak yang bisa dilakukan sesuai harapan.
- i. Pasien dilayani secara efektif dan efisien sehingga lebih banyak pasien yang terakomodasi.
- j. Pasien dilayani secara adil dan merata.

Sepuluh point pelayanan kesehatan bermutu di puskesmas di atas bisa dijadikan indikator untuk melakukan monitoring dan evaluasi bagi karyawan puskesmas, kepala puskesmas, penanggung jawab program maupun pelaksana program.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhun, N. (2023). *Interaktif & Interkoneksi PINTAR AKREDITASI PUSKESMAS*. Retrieved from <https://play.google.com/store/apps/details?id=com.adobe.reader>
- Ayi Nurhidayah, M. ke. (2023). *Manajemen Puskesmas: Konsep, Praktik dan Inovasi* (C. Pertama, Ed.). Kaizenpublisher.
- Ferizal. (2021). *Sejarah Akreditasi Puskesmas Indonesia* (Cetakan Pe). CV Jejak.
- Khotimah, K. (2021). *Belajar Akreditasi Bersama dr. Kus Sularso*. Guepedia.
- Rahmi La Silopu. (2019). *10 Langkah Sukses Akreditasi Puskesmas* (Cetakan Pe). CV Adiprima Pustaka.
- Titie Purwaningsari, & Atty Tri Juniati, A. A. (2022). *Budaya Kerja Mutu Pelayanan Puskesmas* (C. Pertama, Ed.). Cipta Media Nusantara.
- Vanchapo, A. R. (2024). *Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan* (Pertama). Yayasan Cendikia Mulia Mandiri.

BAB 9

MASALAH GIZI DI INDONESIA DAN GLOBAL

Oleh: dr. Ulya Uti Fasrini, M.Biomed

A. Pendahuluan

Gizi merupakan inti dari kesehatan manusia, yang mempengaruhi pertumbuhan, perkembangan, dan kesejahteraan secara keseluruhan. Meskipun ada kemajuan global dalam bidang kesehatan dan gizi, kesenjangan masih tetap ada, yang termanifestasi dalam beban ganda malnutrisi-kekurangan gizi dan kelebihan gizi-yang mempengaruhi populasi di seluruh dunia. Di Indonesia, kompleksitas tantangan ini terlihat jelas, dengan isu-isu seperti *stunting*, kekurangan gizi mikro, dan meningkatnya prevalensi obesitas yang menyatu dalam lanskap sosial-budaya dan ekonomi yang beragam. Masalah-masalah gizi ini tidak hanya mengancam kesehatan individu, tetapi juga menghambat kemajuan nasional dan global dalam mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan. Bab ini membahas seluk-beluk masalah gizi di Indonesia dan dalam skala global, menyoroti penyebabnya, implikasinya, dan tindakan kolektif yang diperlukan untuk mengatasinya secara efektif.

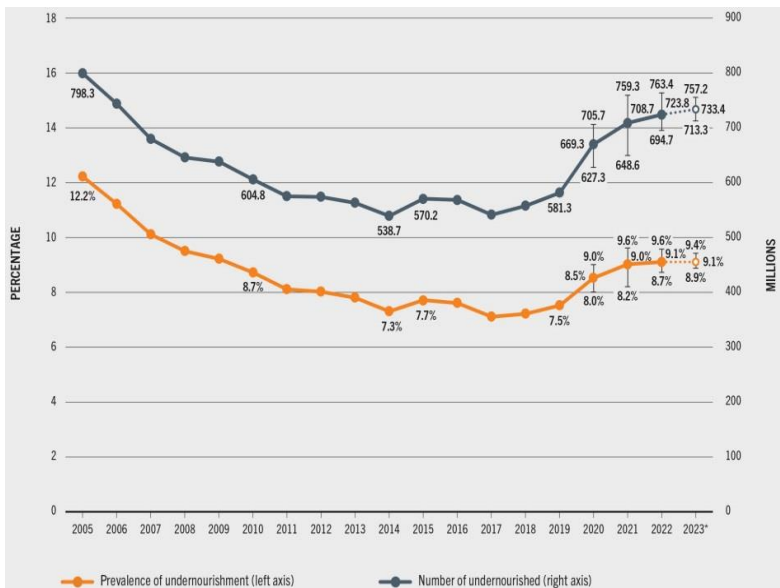
B. Masalah gizi global

Masalah gizi dalam semua bentuk saling berkaitan, baik secara langsung atau tidak langsung. Kondisi ini menjadi salah satu penyebab kematian dan disabilitas terbesar di dunia. Masalah gizi dapat dibagi menjadi gizi kurang (*undernutrition*), defisiensi vitamin atau mineral, kelebihan gizi (*overweight* atau obesitas), dan penyakit tidak menular yang berkaitan dengan gizi (*World Health Organization, 2024*). Kondisi kekurangan gizi, obesitas, dan ketidakseimbangan mikronutrien ini mendasari berbagai penyakit terkait diet seperti diabetes, hipertensi, dan gangguan kardiometabolik yang sering ditemukan bersamaan pada satu individu (Masters et al., 2022).

Berikut beberapa masalah gizi yang masih menjadi perhatian di dunia:

1. Gizi kurang
 - a. *Stunting*. Menurut *Fact sheet* dari Badan Kesehatan Dunia (*World Health Organization, WHO*), secara global balita yang mengalami *stunting* berkisar 149 juta.
 - b. *Wasting*. Kurus merupakan masalah gizi lainnya akibat kekurangan makronutrien dalam waktu dekat (akut). Menurut WHO, 45 juta balita diperkirakan berada pada status gizi kurus pada tahun 2022.

- c. Defisiensi mikronutrien. Sampai saat ini, kekurangan yodium, vitamin A, dan besi masih menjadi masalah kesehatan masyarakat global yang penting.
2. Gizi lebih. WHO menyebutkan pada tahun 2022 2,5 milyar penduduk dunia dewasa mengalami berat badan lebih, dimana 890 jutanya menderita obesitas. Sedangkan, hampir 400 juta lainnya mengalami berat badan kurang. Sedangkan anak balita pada tahun 2022, menurut laporan WHO, sebanyak 37 juta balita mengalami berat badan lebih atau obesitas.



Gambar 9. 1 Kondisi kelaparan global dalam dua dekade terakhir

Sumber: FAO (2024)

3. Ketidakamanan dan ketidaksetaraan pangan. Laporan terbaru *The State of Food Security and Nutrition in the World 2024* (Gambar 11.1) menyatakan sekitar satu dari sebelas orang di dunia mengalami kelaparan, terlebih lagi di Afrika dimana satu dari lima orang mengalami hal tersebut. Sorotan lain dari laporan tersebut adalah ketidakamanan pangan yang melanda lebih kurang 900 juta penduduk dunia, dengan kategori ketidakamanan pangan yang berat.
4. Perubahan iklim dan lingkungan. Perubahan iklim dapat mempengaruhi jumlah, varietas, dan kualitas makanan yang dapat diakses oleh anak dan keluarganya. Semakin tinggi kadar CO₂ di atmosfer akan membuat hasil panen semakin berkurang kandungan zat gizinya. Selain itu, akibat gelombang panas, hasil panen menjadi lebih sedikit, termasuk kandungan protein dan mikronutrien, yang diperparah dengan polusi udara, banjir, dan kekeringan. Kondisi ini dapat memperberat ketidakamanan pangan yang telah terjadi dan memperberat defisiensi zat gizi pada kelompok yang rentan (Dietz, 2020).
5. Transisi diet dan makanan ultra-proses. Peralihan makanan dari makanan tradisional menjadi makanan olahan mempengaruhi kejadian malnutrisi, baik kekurangan gizi maupun kelebihan berat badan. Pada satu sisi, masalah kelaparan dunia mulai teratasi dengan munculnya makanan-makanan olahan yang lebih mudah diakses, akan tetapi, di sisi lain kondisi ini juga berkaitan dengan masalah gizi yang muncul di masyarakat. Makanan yang diproses

ultra pada dewasa akan meningkatkan berat badan, sedangkan pada anak dapat mendorong terjadinya peningkatan berat badan maupun kekurangan gizi. Makanan yang *ultra-processed* ini banyak yang mengandung gula tinggi, sehingga menyebabkan energi yang masuk dan diubah menjadi lemak, lebih banyak. Di sisi lain, minuman yang *ultra-processed* tersebut pada anak, juga menekan rasa lapar, sehingga anak malas makan. Dengan demikian, kebutuhan asupan gizi menjadi tidak terpenuhi dan berujung pada kekurangan gizi.

6. Tantangan yang muncul mendadak. Beberapa masalah kritis, selain perubahan iklim, seperti bencana alam, wabah, dan konflik yang meluas di suatu wilayah menjadi masalah lain yang mempengaruhi perkembangan masalah gizi. Masalah ini lebih disebabkan oleh akses terhadap pangan. Masalah gizi tidak dapat dilepaskan dari keamanan pangan, dimana ketersediaan pangan yang dapat diakses dan diasup keluarga mempengaruhi status gizi individu. Di samping itu munculnya wabah penyakit yang mempengaruhi mobilitas dan produktivitas semua lini produksi pangan, menjadi faktor yang mendapatkan perhatian, terutama pasca pandemi COVID19.
7. Tujuan global dan kesenjangannya. Tujuan global, yang lebih dikenal dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs), poin kedua menyebutkan tentang *zero hunger* yang berarti pada tahun 2030 masalah kelaparan teratasi, pencapaian keamanan pangan dan peningkatan gizi, dan peningkatan agrikultur yang berkelanjutan.

Laporan perkembangan SDGs 2024 (United Nations, 2024) menjabarkan kesenjangan antara tujuan global nomor 2 dengan kondisi saat ini disajikan dalam Tabel 11.1.

Tabel 9. 1 Perkembangan capaian tujuan global kedua

	Target	Kemajuan
2.1	Kekurangan gizi dan keamanan pangan	Mengalami penurunan
2.2	Malnutrisi	Stagnan
2.3	Produsen pangan skala-kecil	Data tidak cukup
2.4	Agrikultur berkelanjutan	Data tidak cukup
2.5	Sumber daya genetik untuk agrikultur	Ada kemajuan sedang, tapi membutuhkan akselerasi
2.a	Investasi dalam agrikultur	Mengalami penurunan
2.b	Subsidi ekspor agrikultur	Sesuai target
2.c	Anomali harga pangan	Mengalami penurunan

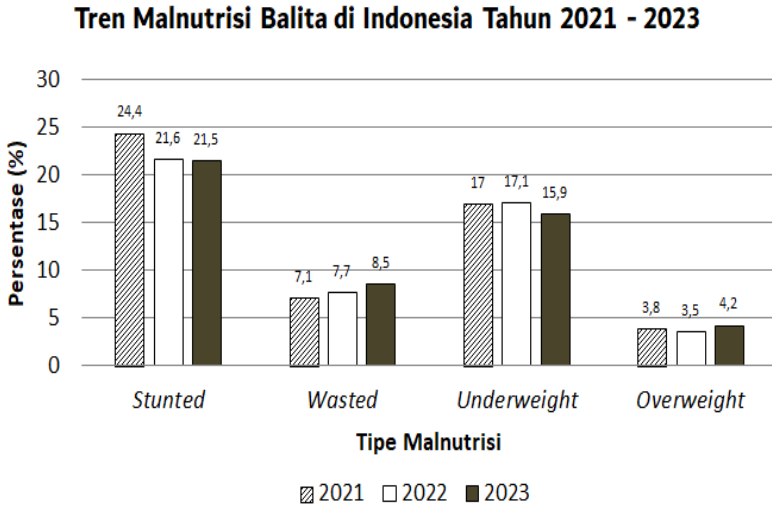
C. Masalah gizi di Indonesia

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2019 Tentang Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi Pasal 4 Ayat 1 menyebutkan tentang indikator masalah gizi di Indonesia. Indikator tersebut adalah persentase balita berat badan kurang, balita pendek, balita gizi kurang, remaja putri anemia, ibu hamil anemia, ibu hamil risiko kurang energi kronik, dan bayi dengan berat badan lahir rendah. Semua indikator tersebut merupakan bagian dari malnutrisi kekurangan gizi. Akan tetapi, saat ini Indonesia sudah menghadapi beban gizi lapis tiga (*triple burden*

of malnutrition) yaitu kekurangan gizi, gizi lebih, dan defisiensi mikronutrien. Masalah gizi ini dialami oleh anak dan dewasa.

Indikator kunci masalah gizi di Indonesia dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. *Stunting*. Istilah lain dari *stunting* adalah perawakan pendek. Pemerintah Indonesia telah memasukkan upaya penurunan angka *stunting* ini ke dalam Rencana Pembangunan Nasional Jangka Menengah 2020 – 2024. Meskipun demikian, upaya konvergensi *stunting* ini sebenarnya telah dimulai dari tahun 2018 pada daerah-daerah yang disebut sebagai lokus *stunting*.
2. *Wasting*. Status gizi kurus ini terjadi pada sekitar dua juta balita, dimana lebih dari 460 ribu balita tersebut merupakan sangat kurus, yang mempunyai risiko kematian lebih tinggi.
3. Defisiensi mikronutrien (zat gizi mikro). Kekurangan mikronutrien dialami oleh semua golongan umur. Termasuk pada kelompok berisiko antara lain ibu, remaja, dan anak. Pada kelompok berisiko ini, ditemukan satu dari enam ibu mengalami kurang energi kronis (KEK), sedangkan anemia dialami oleh lebih dari seperempat ibu hamil dan satu dari empat remaja putri. Anemia sering ditemukan bersamaan dengan kondisi *underweight*, sehingga ibu dengan kondisi ini mempunyai risiko yang lebih besar untuk melahirkan bayi dengan berat badan lahir rendah (BBLR). Bayi dengan BBLR ini lebih lanjut akan cenderung bertumbuh menjadi anak yang pendek.



Gambar 9. 2 Tren angka malnutrisi balita di Indonesia Tahun 2021 - 2023

Sumber: 2021 – 2022 SSGI, 2023 SKI

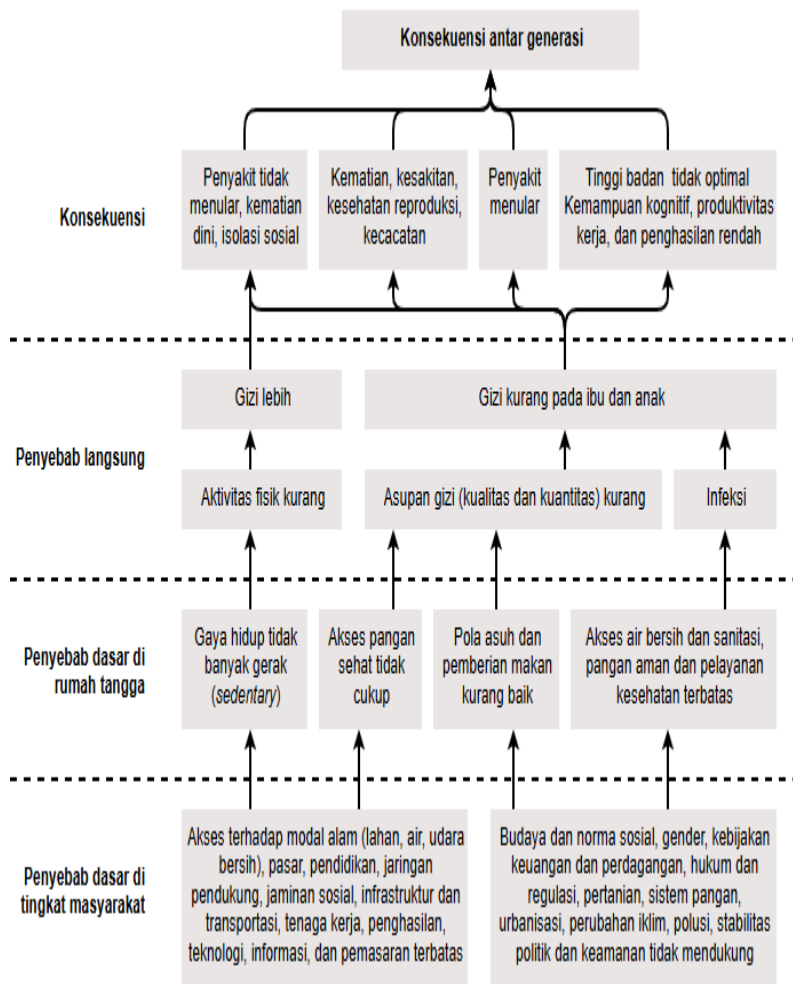
4. *Overweight* dan obesitas. Status gizi lebih di Indonesia dialami oleh hampir satu juta anak balita, satu dari lima anak usia sekolah dasar, dan satu dari tujuh remaja usia 13 – 18 tahun. Proyeksi di masa depan dengan kondisi demikian menunjukkan tantangan kesehatan masyarakat di masa depan.

Data masalah gizi balita pada tahun 2023 menunjukkan bahwa masalah gizi *stunting* di Indonesia masih pada kategori tinggi, sedangkan *wasting* berada pada kategori medium, dan *overweight* berada pada kategori rendah. Berikut nilai ambang masalah kesehatan berdasarkan status gizi balita (de Onis et al., 2019):

Tingkat masalah kesehatan	<i>Wasting</i> dan <i>overweight</i>	<i>Stunting</i>
Sangat rendah	< 2,5%	< 2,5%
Rendah	2,5 – <5%	2,5 – 10%
Medium	5 – <10%	10 – <20%
Tinggi	10 – <15%	20 – <30%
Sangat tinggi	≥ 15%	≥ 30%

D. Penyebab masalah gizi

Masalah gizi kurang terutama anak, di Indonesia, adalah diet yang tidak cukup dan praktik pemberian makanan yang kurang baik, ditambah lagi dengan akses terhadap pelayanan kesehatan yang terbatas. Sedangkan untuk masalah gizi lebih, lebih banyak disebabkan oleh gaya hidup santai yang tidak banyak gerak (*sedentary*) dan aktivitas fisik yang kurang. Ditambah lagi dengan peralihan makanan dari tradisional menjadi makanan olahan, apalagi yang telah diproses berulang, *ultra-processed food*. Gambar 11.2 menjelaskan tentang penyebab masalah gizi.



Gambar 9. 3 Penyebab masalah gizi dan konsekuensinya

Sumber: Diadopsi dan modifikasi dari ASEAN, UNICEF, WHO dalam Regional Report on Nutrition Security in ASEAN Volume 2, 2016

E. Kebijakan dan inisiatif gizi

Pemerintah Indonesia telah berkomitmen untuk mengalokasikan dana untuk melakukan intervensi gizi spesifik dan sensitif di Indonesia. Melalui upaya konvergensi *stunting*, pemerintah menargetkan penurunan *stunting* secara konsisten 3,5 persen setiap tahunnya. Harapannya, pada tahun 2024 angka *stunting* dapat mencapai 14%.

Upaya yang dilakukan pemerintah antara lain menyusun kebijakan pangan dan gizi yang dikenal dengan Rencana Aksi Pangan dan Gizi (RAN-PG). Upaya ini menjawab komitmen global dalam pembangunan berkelanjutan (SDGs), *The World Health Assembly* (2012), dan *The UN Decade of Action on Nutrition* 2016 – 2025. Dalam RAN-PG kerangka pikir ketahanan pangan dan gizi diproses melalui perencanaan bertingkat, yang diteruskan pada penganggaran sehingga program pangan dan gizi yang direncanakan dapat dilaksanakan dengan capaian yang optimal (Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2021).

Inisiatif gizi lainnya yang bersifat global maupun nasional antara lain *Scaling up Nutrition*, Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (Germas), dan *Micronutrient Initiative*. Berbagai organisasi profesi dan keilmuan juga dapat menjadi pemegang kepentingan yang kritis, yang dapat menjadi mitra strategis pemerintah dalam mengatasi masalah gizi.

Masalah gizi berdampingan dengan keamanan pangan. Oleh karena itu, selain intervensi gizi spesifik dan sensitif, maka beberapa hal berikut juga dapat menjadi tawaran solusi yang aplikatif:

- a. Mengurangi sampah makanan. Sudah saatnya masyarakat Indonesia menyadari bahwa sampah makanan yang dihasilkan, dengan kategori “dapat dimakan” mencapai 34%. Apabila rumah tangga melakukan perencanaan yang baik dalam masalah pemilihan makan, restoran dan penyedia layanan makanan lainnya memberlakukan “makan tanpa sisa” kepada pelanggannya, maka sampah makanan yang masih layak dimakan ini dapat dikurangi.
- b. Membangun sistim agrikultur yang tangguh dan mampu beradaptasi dengan perubahan iklim. Perubahan iklim seperti gelombang panas, sebagai salah satu dampak dari efek rumah kaca, merusak panen dan mengurangi zat gizi yang terkandung di dalam sumber pangan. Dampak lain perubahan iklim juga terjadinya bencana hidrometereologi, seperti hujan badai dan banjir. Kondisi ini juga merusak lahan pertanian dan perkebunan yang menghasilkan makanan bersumber nabati, dimana sebagian besarnya adalah makanan pokok.
- c. Inovasi pangan dan gizi. Pemerintah dapat berkolaborasi dengan berbagai pihak yang berkepentingan untuk mengembangkan produk pangan yang sehat, bergizi, namun terjangkau dan dapat diproduksi secara berkelanjutan. Upaya ini juga dapat memberi manfaat lebih dengan pemanfaatan pangan lokal. Di satu sisi mengatasi masalah ketersediaan pangan dan di sisi lain mendorong masyarakat menjadi mandiri dan mampu mengoptimalkan sumber daya alam yang terdekat dengan mereka.

F. Penutup

Mengatasi tantangan gizi di Indonesia dan secara global bukan hanya merupakan prioritas kesehatan, tetapi juga merupakan keharusan moral untuk membangun masa depan yang berkelanjutan. Koeksistensi antara kekurangan gizi, kelebihan gizi, dan penyakit yang berkaitan dengan pola makan menuntut strategi multisektoral holistik yang mengintegrasikan pendidikan, kebijakan, dan inovasi. Dengan memperkuat sistem pangan, mempromosikan akses yang adil terhadap makanan bergizi, dan mengatasi faktor penentu sosial-ekonomi, kita dapat memutus siklus malnutrisi. Upaya kolaboratif di tingkat lokal, nasional, dan global sangat penting untuk memastikan bahwa tidak ada yang tertinggal dalam perjalanan menuju kesehatan dan kesejahteraan yang optimal.

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2021). *Rencana Aksi Nasional Pangan dan Gizi 2021-2024*. BAPPENAS.
- de Onis, M., Borghi, E., Arimond, M., Webb, P., Croft, T., Saha, K., De-Regil, L. M., Thuita, F., Heidkamp, R., Krasevec, J., Hayashi, C., & Flores-Ayala, R. (2019). Prevalence thresholds for wasting, overweight and *stunting* in children under 5 years. *Public Health Nutrition*, 22(1), 175–179. <https://doi.org/10.1017/S1368980018002434>
- Dietz, W. H. (2020). Climate change and malnutrition: We need to act now. *Journal of Clinical Investigation*, 130(2), 556–558. <https://doi.org/10.1172/JCI135004>
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. (2024). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2024 – Financing to end hunger, food insecurity and malnutrition in all its forms datasets*. <https://doi.org/10.4060/cd1254en-fig01>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 14 Tahun 2019 Tentang Pelaksanaan Teknis Surveilans Gizi, Pub. L. No. 14/2019, 81*. <https://www.kemkes.go.id>
- Masters, W. A., Finaret, A. B., & Block, S. A. (2022). The economics of malnutrition: Dietary transition and food system transformation. In C. B. Barrett & D. R. Just (Eds.), *Handbook of Agricultural*

Economics (Vol. 6, pp. 4997–5083). Elsevier.
<https://doi.org/10.1016/bs.hesagr.2022.03.006>

United Nations. (2024). *The Sustainable Development Goals Report 2024*. United Nations Publications.
<https://unstats.un.org/sdgs/report/2024/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2024.pdf>

World Health Organization. (2024). *Malnutrition. Fact Sheet*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>.

BAB 10

MENERAPKAN PROGRAM PEMERINTAH DALAM KESEHATAN MASYARAKAT DAN GIZI

Oleh: Ir. Sri Sugiharti. MKes.

A. Masyarakat dan Gizi

Menerapkan program pemerintah dalam kesehatan masyarakat dan gizi merupakan langkah strategis yang sangat penting dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Program-program ini biasanya difokuskan pada pencegahan penyakit, peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, serta perbaikan pola makan dan status gizi masyarakat.

B. Program Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu)

Kegiatan di Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu) sangat beragam dan bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu, bayi, balita, anak remaja, usia produktif, Lansia serta masyarakat secara umum. Posyandu adalah pusat layanan kesehatan yang dilaksanakan secara langsung oleh kader-kader kesehatan yang telah dilatih, dengan bimbingan dari puskesmas setempat. Posyandu adalah program kesehatan berbasis masyarakat di Indonesia yang menyediakan layanan dasar kesehatan, khususnya untuk

ibu dan anak. Beberapa kegiatan Posyandu meliputi: Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan anak, Imunisasi, Konsultasi gizi untuk ibu hamil dan balita, Penyuluhan tentang ASI eksklusif dan pola makan sehat. Secara rinci kegiatan tersebut sebagai berikut :

1. Pemantauan Pertumbuhan dan Perkembangan Balita

Penimbangan rutin yang dilakukan dengan sasaran setiap balita dengan cara ditimbang secara berkala untuk memantau pertumbuhannya, apakah sesuai dengan standar atau mengalami gangguan gizi. Pengukuran tinggi badan dan lingkaran kepala Untuk mengidentifikasi masalah pertumbuhan dan gizi buruk, seperti *stunting*. Pemberian Kartu Menuju Sehat (KMS) yang merupakan alat untuk mencatat perkembangan balita dan menilai status gizinya berdasarkan hasil penimbangan.

2. Imunisasi

Pemberian vaksin di Posyandu, bayi dan balita akan mendapatkan berbagai vaksinasi penting seperti BCG, Polio, DPT, Hepatitis B, dan Campak. Tujuannya adalah untuk melindungi anak dari penyakit menular berbahaya. Pemantauan cakupan imunisasi Kader Posyandu akan mencatat dan memantau anak-anak yang belum mendapatkan imunisasi lengkap.

3. Penyuluhan Gizi dan Kesehatan

Edukasi tentang gizi seimbang dengan sasaran Ibu dan keluarga diberikan informasi mengenai pentingnya memberikan makanan bergizi kepada anak-anak, terutama terkait pemberian ASI

eksklusif, MPASI (makanan pendamping ASI), dan makanan bergizi untuk anak. Penyuluhan tentang kesehatan ibu hamil dan menyusui dengan memberikan Informasi tentang perawatan selama kehamilan, asupan nutrisi ibu hamil, dan pentingnya perawatan bayi baru lahir disampaikan secara rutin.

4. Konsultasi dan Penyuluhan Kesehatan Ibu Hamil

Pemantauan kesehatan ibu hamil: Ibu hamil diperiksa kesehatannya secara rutin, termasuk pemantauan tekanan darah, berat badan, dan kandungan zat besi. Pemberian tablet tambah darah. Ibu hamil biasanya diberikan tablet zat besi untuk mencegah anemia. Penyuluhan persiapan persalinan. Ibu hamil diajarkan tentang tanda-tanda bahaya persalinan, cara merawat diri setelah melahirkan, serta pentingnya merencanakan persalinan di fasilitas kesehatan.

5. Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Distribusi makanan bergizi diberikan pada Anak-anak yang terindikasi kurang gizi atau berisiko mengalami masalah gizi akan mendapatkan makanan tambahan berupa biskuit bergizi, susu, atau makanan yang diolah dari bahan lokal. Pemberian makanan bergizi untuk ibu hamil yang kekurangan gizi atau berisiko *stunting* juga mendapatkan PMT.

6. Pemberian Vitamin A dan obat Cacing

Suplementasi Vitamin A dilakukan dua kali setahun yang sangat penting untuk menjaga kesehatan mata dan meningkatkan daya tahan tubuh anak-anak.

7. Program Keluarga Berencana (KB)

Konseling dan penyuluhan KB melalui Posyandu diperuntukkan pasangan usia subur mendapatkan penyuluhan tentang berbagai metode kontrasepsi. Pelayanan di Posyandu juga menyediakan layanan kontrasepsi sederhana, seperti pil KB dan suntik KB. Kader juga akan merujuk peserta ke puskesmas jika memerlukan layanan KB seperti penggunaan IUD, Implant MOP, MOW.

8. Pengendalian Penyakit

Penyuluhan tentang pencegahan penyakit menular di Posyandu memberikan edukasi terkait penyakit-penyakit menular seperti diare, ISPA, dan penyakit yang dapat dicegah dengan vaksinasi. Pemantauan status kesehatan yang dilakukan oleh Kader akan memantau tanda-tanda penyakit tertentu, seperti gizi buruk atau demam berdarah, untuk dilaporkan dan ditangani lebih lanjut oleh puskesmas.

9. Penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Kampanye cuci tangan pakai sabun dilakukan oleh Kader dengan memberikan edukasi tentang pentingnya cuci tangan sebelum makan dan setelah buang air besar untuk mencegah penyebaran penyakit. Edukasi kebersihan lingkungan dilakukan Penyuluhan tentang pentingnya menjaga kebersihan rumah, penggunaan jamban yang sehat, serta pengelolaan sampah dengan benar.

10. Pelayanan Kesehatan Lansia

Pemeriksaan kesehatan rutin untuk Lansia dilayani di Posyandu melalui pemeriksaan tekanan darah, kadar gula darah, dan

pemeriksaan kesehatan umum lainnya. Penyuluhan kesehatan untuk lansia diberikan kepada lansia mengenai cara hidup sehat di usia lanjut, termasuk pola makan yang baik dan aktivitas fisik yang sesuai.

C. Program Gizi Seimbang

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan sering kali menyosialisasikan Program Gizi Seimbang meliputi pedoman pola makan dengan asupan yang seimbang, aktivitas fisik yang teratur, menjaga kebersihan diri, dan memantau berat badan yang ideal.

Pada prinsipnya untuk Program Gizi Seimbang memiliki empat pilar utama:

1. Mengonsumsi makanan beraneka ragam
Tidak ada satu jenis makanan yang bisa memenuhi semua kebutuhan tubuh, sehingga diperlukan variasi makanan dari berbagai kelompok pangan. Dalam pedoman ini, masyarakat dianjurkan untuk mengonsumsi karbohidrat, protein, lemak, vitamin, dan mineral dari berbagai sumber makanan.
2. Menjaga pola hidup aktif dan berolahraga secara teratur
Aktivitas fisik seperti berolahraga membantu dalam menjaga keseimbangan energi dan mencegah obesitas serta penyakit degeneratif. Olahraga minimal 30 menit sehari dianjurkan untuk semua kelompok umur.

3. Memantau berat badan ideal secara teratur

Berat badan yang ideal adalah indikator penting dari status gizi seseorang. Oleh karena itu, masyarakat diimbau untuk rutin memeriksa berat badan dan menjaga keseimbangan antara asupan makanan dan pengeluaran energi.

4. Menjaga kebersihan diri dan lingkungan:

Kebersihan pribadi dan lingkungan yang baik sangat penting dalam mencegah berbagai penyakit infeksi yang bisa mempengaruhi status gizi, seperti diare dan cacingan. Kebiasaan seperti mencuci tangan sebelum makan, menjaga kebersihan makanan, serta kebersihan air harus dilakukan.

Sebagai bagian dari kampanye Gizi Seimbang, pemerintah meluncurkan konsep Isi Piringku sebagai panduan praktis untuk menyusun makanan sehari-hari. Isi Piringku menekankan pembagian porsi makanan dalam satu piring yang berupa

- a. 50% piring berisi buah-buahan dan sayuran. Sayuran sebaiknya lebih banyak dari buah-buahan, karena keduanya mengandung serat, vitamin, dan mineral yang penting bagi tubuh.
- b. 50% piring lainnya berisi sumber karbohidrat dan protein: Karbohidrat bisa berasal dari nasi, roti, jagung, atau sumber pangan pokok lainnya, sedangkan protein bisa diperoleh dari sumber hewani (daging, ikan, telur, susu) dan nabati (kacang-kacangan, tahu, tempe).

➤ Manfaat Program Gizi Seimbang

Program Gizi Seimbang dirancang untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan yang disebabkan oleh pola makan yang kurang baik, seperti kekurangan gizi termasuk *stunting* akibat kekurangan asupan nutrisi pada anak-anak, obesitas yang merupakan Pola makan yang tidak sehat dan minim aktivitas fisik menyebabkan meningkatnya prevalensi obesitas dan penyakit seperti diabetes, hipertensi, dan jantung. Menerapkan gizi seimbang membantu masyarakat menjadi lebih sehat dan produktif, yang berujung pada peningkatan kualitas hidup. Dengan menerapkan pedoman Gizi Seimbang, diharapkan masyarakat dapat memiliki pola makan dan gaya hidup yang lebih sehat, yang pada akhirnya akan meningkatkan kesehatan secara keseluruhan di Indonesia.

D. Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK)

Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) adalah salah satu strategi pemerintah Indonesia untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh dengan mendekatkan layanan kesehatan kepada seluruh keluarga. Program ini diluncurkan oleh Kementerian Kesehatan dalam upaya mendukung tercapainya visi "Indonesia Sehat" melalui pendekatan yang berfokus pada kesehatan keluarga. PIS-PK adalah program inovatif yang menempatkan keluarga sebagai pusat dari layanan kesehatan, dengan fokus pada pencegahan penyakit dan promosi hidup sehat. Dengan pendekatan yang

komprehensif, PIS-PK diharapkan mampu meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh, mengurangi angka penyakit, dan mencapai tujuan Indonesia Sehat. Implementasi yang baik dari program ini dapat membawa dampak positif besar terhadap kesehatan keluarga dan masyarakat luas di Indonesia.

Tujuan utama PIS-PK adalah meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi setiap keluarga di Indonesia. Secara khusus untuk mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi oleh anggota keluarga, melakukan intervensi dini, serta mendorong keluarga untuk hidup sehat secara mandiri. PIS-PK dilaksanakan dengan prinsip preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan), kuratif (pengobatan), dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan).

Pendekatan keluarga berarti bahwa layanan kesehatan tidak hanya diberikan kepada individu, tetapi kepada keluarga sebagai satu kesatuan. Setiap keluarga dipandang sebagai unit yang penting dalam mencapai kesehatan masyarakat. Dengan pendekatan ini, tenaga kesehatan, terutama dari puskesmas, melakukan kunjungan ke rumah-rumah untuk memberikan layanan kesehatan, serta mendata kondisi kesehatan seluruh anggota keluarga.

Langkah-langkah Pelaksanaan PIS-PK sebagai berikut:

1. Pendataan Keluarga

Tenaga kesehatan dari puskesmas melakukan kunjungan ke rumah-rumah untuk mendata kondisi kesehatan setiap keluarga. Pendataan ini melibatkan pemeriksaan kesehatan dasar dan

penilaian kebutuhan kesehatan, baik fisik maupun mental, dari seluruh anggota keluarga. Data ini kemudian dimasukkan ke dalam Profil Kesehatan Keluarga yang digunakan untuk pemantauan berkelanjutan.

2. Identifikasi Masalah Kesehatan

Setelah pendataan, tenaga kesehatan akan mengidentifikasi masalah kesehatan utama yang dihadapi oleh keluarga. Masalah kesehatan ini dapat berupa penyakit menular, penyakit tidak menular, kekurangan gizi, atau kondisi lain yang memerlukan intervensi lebih lanjut

3. Intervensi Kesehatan

Berdasarkan hasil identifikasi masalah, tenaga kesehatan akan memberikan intervensi yang sesuai. Misalnya, jika ditemukan anggota keluarga yang belum menerima imunisasi, akan dilakukan imunisasi; jika ditemukan anggota keluarga dengan tekanan darah tinggi, akan diberikan penyuluhan dan perawatan lebih lanjut. Selain itu, mereka juga memberikan edukasi kesehatan, seperti penyuluhan mengenai pola makan sehat, pentingnya kebersihan lingkungan, dan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

4. Monitoring dan Evaluasi

Kesehatan keluarga dipantau secara berkala melalui kunjungan rumah dan evaluasi data kesehatan. Data ini menjadi dasar bagi puskesmas untuk menentukan intervensi selanjutnya. Tenaga kesehatan juga melakukan evaluasi apakah keluarga sudah mulai

menerapkan perilaku hidup sehat dan apakah masalah kesehatan yang teridentifikasi sudah teratasi.

Untuk menilai apakah suatu keluarga dikategorikan sebagai "keluarga sehat," program PIS-PK menetapkan 12 indikator kesehatan keluarga yang harus dicapai:

- a. Keluarga mengikuti program Keluarga Berencana (KB)
- b. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
- c. Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap
- d. Bayi mendapatkan ASI eksklusif selama 6 bulan
- e. Pertumbuhan balita dipantau secara rutin
- f. Penderita tuberkulosis paru mendapatkan pengobatan sesuai standar
- g. Penderita hipertensi melakukan pengobatan secara teratur
- h. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak terlantar
- i. Tidak ada anggota keluarga yang merokok
- j. Keluarga memiliki akses air bersih
- k. Keluarga memiliki akses atau menggunakan jamban sehat
- l. Anggota keluarga ikut dalam jaminan kesehatan nasional (JKN)

Keluarga yang belum mencapai indikator-indikator ini akan mendapatkan perhatian khusus dari tenaga kesehatan untuk mencapai target kesehatan yang optimal. Manfaat Program PIS-PK :

- Dengan pendekatan yang mendekatkan pelayanan ke rumah tangga, program ini membantu masyarakat mendapatkan akses kesehatan lebih mudah, terutama di daerah terpencil.
- Dengan kunjungan rumah dan pemantauan langsung, masalah kesehatan dapat dideteksi lebih awal, sehingga bisa segera diintervensi sebelum menjadi lebih serius.
- Edukasi dan penyuluhan yang diberikan membantu masyarakat memahami pentingnya hidup sehat dan cara-cara sederhana untuk menjaga kesehatan mereka
- Program ini berkontribusi dalam mengurangi prevalensi penyakit menular, penyakit tidak menular, serta masalah kesehatan lainnya melalui pencegahan dan promosi kesehatan.
- PIS-PK berperan penting dalam pencapaian target-target kesehatan nasional, seperti penurunan angka kematian ibu dan bayi, pengendalian penyakit menular, serta pengurangan prevalensi *stunting* dan malnutrisi.

Meskipun program ini memiliki banyak manfaat, ada beberapa tantangan dalam implementasinya, seperti Di beberapa daerah, terutama daerah terpencil, jumlah tenaga kesehatan yang tersedia masih terbatas, Kendala geografis, seperti daerah pegunungan atau pulau-pulau terpencil, membuat kunjungan rumah menjadi sulit dilaksanakan secara rutin. Tidak semua masyarakat mudah menerima atau mau mengubah perilaku hidup mereka, sehingga penyuluhan kesehatan perlu dilakukan secara terus-menerus.

E. Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT)

Pemberian Makanan Tambahan (PMT) merupakan program pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan status gizi dan kesehatan masyarakat, khususnya kelompok yang rentan terhadap kekurangan gizi, seperti balita, ibu hamil, ibu menyusui, dan anak-anak usia sekolah. Program ini merupakan salah satu upaya penting dalam mengatasi masalah malnutrisi dan *stunting* di Indonesia, yang masih menjadi tantangan kesehatan masyarakat.

Sasaran Pemberian Makanan Tambahan (PMT) difokuskan pada kelompok yang paling berisiko mengalami masalah gizi, yaitu:

1. Balita dan anak usia di bawah 5 tahun merupakan kelompok yang paling rentan terhadap kekurangan gizi, terutama pada periode 1000 hari pertama kehidupan (sejak masa kehamilan hingga anak berusia 2 tahun).
2. Ibu hamil dan menyusui yang kekurangan gizi dapat mengalami masalah kesehatan serius dan juga berdampak pada janin dan bayi.
3. Anak sekolah (khususnya usia SD) menjadi sasaran PMT untuk meningkatkan konsentrasi belajar dan mengurangi angka anemia atau kekurangan gizi.

Adapun tujuan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) sebagai berikut:

- Memperbaiki status gizi anak dan ibu hamil: Pemberian makanan tambahan dirancang untuk memenuhi kebutuhan gizi yang tidak terpenuhi melalui pola makan sehari-hari.
- Mencegah dan mengurangi prevalensi malnutrisi: Dengan memberikan makanan tambahan, program ini bertujuan untuk mencegah kekurangan gizi (malnutrisi), seperti kekurangan energi protein (KEP), anemia, dan *stunting*.
- Meningkatkan daya tahan tubuh dan kesehatan : PMT membantu meningkatkan sistem kekebalan tubuh, sehingga anak-anak dan ibu hamil lebih tahan terhadap penyakit.
- Mendukung perkembangan fisik dan mental : Dengan asupan gizi yang cukup, diharapkan terjadi peningkatan dalam perkembangan fisik dan mental, terutama pada balita dan anak usia sekolah.

Bentuk dan Jenis Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dapat berupa:

- Makanan lokal
Makanan tambahan dapat berupa makanan yang diolah dari bahan-bahan lokal yang tersedia di daerah tersebut. Contohnya bisa berupa bubur kacang hijau, tempe, tahu, ikan, sayuran, dan buah-buahan. Tujuannya adalah untuk mendorong pemanfaatan bahan pangan lokal yang kaya gizi.
- Makanan olahan khusus

Pemerintah juga sering memberikan makanan tambahan berupa produk olahan seperti biskuit atau bubur instan yang diformulasikan khusus untuk memenuhi kebutuhan gizi ibu hamil, balita, dan anak-anak. Biskuit ini biasanya kaya akan zat besi, protein, dan mikronutrien lain yang penting untuk perkembangan anak dan ibu.

- Makanan tinggi energi dan protein:
PMT seringkali mengandung makanan dengan energi tinggi, protein, serta vitamin dan mineral penting. Hal ini dirancang untuk membantu memperbaiki kekurangan gizi pada balita dan ibu hamil yang memerlukan asupan tambahan.

Manfaat Pemberian Makanan Tambahan (PMT) sebagai berikut:

1. Dengan intervensi PMT, banyak anak balita dan ibu hamil yang dapat terhindar dari kekurangan gizi berat.
2. Asupan gizi yang cukup membantu perkembangan fisik dan mental anak, yang pada akhirnya berdampak positif terhadap kemampuan belajar dan produktivitas mereka di masa depan.
3. PMT menjadi salah satu strategi utama dalam penanggulangan *stunting* di Indonesia, yang merupakan masalah kronis yang mempengaruhi perkembangan anak secara jangka panjang.
4. Ibu hamil dan menyusui yang menerima PMT lebih sehat dan kuat, sehingga mampu melahirkan dan merawat anak yang sehat.

Beberapa tantangan yang dihadapi dalam pelaksanaan PMT meliputi:

- Di beberapa daerah yang sulit dijangkau, distribusi makanan tambahan bisa terhambat karena masalah geografis, infrastruktur, atau keterbatasan sumber daya manusia.
- Tidak semua masyarakat menerima makanan tambahan dengan baik, terutama jika mereka tidak terbiasa dengan makanan yang diberikan. Oleh karena itu, program ini sering kali membutuhkan pendekatan yang baik dan penyuluhan yang efektif agar masyarakat memahami manfaat PMT
- Terkadang, alokasi anggaran untuk PMT terbatas, sehingga program tidak dapat menjangkau semua yang membutuhkan atau tidak bisa diberikan secara berkala dalam jangka panjang.

Pemberian makanan tambahan (PMT) penyuluhan di Posyandu diberikan kepada balita usia 6-59 bulan sebagai salah satu media edukasi kepada ibu/pengasuh balita dalam menerapkan pola konsumsi bergizi seimbang sejak dini. Pemberian makanan bayi dan balita diharapkan dapat memenuhi 4 standar emas Pemberian Makan Bayi dan Anak (PMBA) melalui edukasi terus-menerus oleh kader di Posyandu dan dapat diterapkan dalam kehidupan sehari-hari untuk mendukung balita mengkonsumsi makanan beraneka ragam serta mengandung protein hewani yang tinggi dalam

pemenuhan gizi seimbang yang optimal untuk generasi emas penerus bangsa (Kemenkes, 2021).

F. Kampanye Sanitasi dan Air Bersih

Di Indonesia, masalah sanitasi yang buruk dan kurangnya akses air bersih masih menjadi tantangan besar, terutama di daerah pedesaan dan wilayah terpencil. Sanitasi yang buruk sering kali menyebabkan penyakit seperti diare, infeksi saluran pencernaan, *stunting*, hingga penyakit kulit. Kurangnya air bersih juga memperburuk masalah kesehatan, terutama dalam hal kebersihan pribadi dan lingkungan.

Kampanye Sanitasi dan Air Bersih adalah salah satu program penting dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat melalui penyediaan akses terhadap sanitasi yang layak dan air bersih. Pemerintah Indonesia, bekerja sama dengan berbagai organisasi internasional, lembaga swadaya masyarakat, serta sektor swasta, telah melakukan berbagai kampanye dan program untuk memastikan masyarakat mendapatkan akses sanitasi yang memadai dan air bersih yang berkualitas. Keduanya adalah komponen krusial dalam mencegah berbagai penyakit menular dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

Beberapa data terkait masalah sanitasi dan air bersih di Indonesia yaitu Kurangnya akses air bersih . Sebagian masyarakat di daerah pedalaman dan wilayah perkotaan dengan kepadatan tinggi masih sulit mendapatkan air bersih yang layak. Di beberapa daerah, masih banyak

keluarga yang tidak memiliki jamban yang layak, sehingga mereka buang air besar di tempat terbuka, yang berpotensi menyebarkan penyakit.

Kampanye / sosialisasi air bersih ini memiliki beberapa tujuan utama:

1. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya sanitasi yang baik dan akses air bersih, Kampanye ini bertujuan untuk mengedukasi masyarakat mengenai pentingnya menjaga kebersihan lingkungan, menggunakan jamban yang layak, serta memanfaatkan air bersih untuk kebutuhan sehari-hari.
2. Kampanye ini mendorong pembangunan jamban dan fasilitas sanitasi di rumah-rumah serta fasilitas umum, sehingga setiap individu bisa menggunakan fasilitas yang sehat dan aman.
3. Kampanye ini mengupayakan agar seluruh masyarakat mendapatkan akses air bersih yang layak dan memadai untuk keperluan sehari-hari, seperti memasak, mencuci, mandi, dan minum.
4. Dengan akses sanitasi yang baik dan air bersih, risiko penularan penyakit seperti diare, kolera, disentri, dan penyakit kulit dapat ditekan.

Komponen Utama Kampanye Sanitasi dan Air Bersih sebagai berikut:

➤ Edukasi dan Penyuluhan

Dilakukan melalui berbagai media, seperti televisi, radio, media sosial, poster, dan kampanye langsung di lapangan. Penyuluhan tentang pentingnya mencuci tangan dengan sabun, menggunakan jamban yang sehat, serta cara pengelolaan air bersih yang benar menjadi

fokus utama. juga menjadi sarana penyuluhan bagi masyarakat terkait sanitasi dan pentingnya menggunakan air bersih, terutama bagi ibu hamil, ibu menyusui, dan balita.

➤ Program Community-Led Total Sanitation (CLTS)

Program ini dikenal di Indonesia sebagai Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), yang mendorong masyarakat untuk mengubah perilaku mereka sendiri terkait sanitasi, termasuk menghentikan kebiasaan buang air besar sembarangan (BABS). STBM memiliki lima pilar utama, yaitu: (1) Stop BABS, (2) Cuci Tangan Pakai Sabun (CTPS), (3) Pengelolaan Air Minum dan Makanan yang Aman, (4) Pengelolaan Sampah Rumah Tangga yang Aman, dan (5) Pengelolaan Limbah Cair Rumah Tangga yang Aman.

➤ Penyediaan Infrastruktur Sanitasi

Pemerintah, bersama pihak swasta dan lembaga internasional, telah membangun fasilitas sanitasi dasar di banyak wilayah, termasuk pembangunan jamban sehat, sistem pengolahan air limbah, serta instalasi pipa air bersih. Di daerah terpencil, penyediaan sanitasi komunal juga dilakukan untuk memberikan akses sanitasi bagi masyarakat yang belum memiliki fasilitas pribadi di rumahnya.

➤ Pengembangan Sistem Air Bersih

Pengembangan dan perbaikan sistem distribusi air bersih dilakukan dengan membangun jaringan pipa, sumur bor, dan instalasi pengolahan air di wilayah-wilayah yang sulit mendapatkan air bersih. Di beberapa daerah dengan ketersediaan air terbatas, dilakukan proyek penampungan air hujan untuk digunakan sebagai air bersih.

➤ Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Kampanye sanitasi dan air bersih juga termasuk dalam promosi PHBS yang menekankan pentingnya kebiasaan sehat seperti mencuci tangan dengan sabun, mengelola sampah dengan benar, serta menjaga kebersihan diri dan lingkungan.

Dampak Positif Kampanye Sanitasi dan Air Bersih sebagai berikut:

1. Dengan peningkatan akses sanitasi dan air bersih, prevalensi penyakit seperti diare, kolera, disentri, dan infeksi kulit menurun signifikan di beberapa daerah yang telah mendapatkan intervensi program ini.
2. Sanitasi yang baik dan akses air bersih berkontribusi pada peningkatan kesehatan secara umum, sehingga masyarakat lebih produktif dan terhindar dari berbagai masalah kesehatan.
3. Akses sanitasi yang baik dan air bersih juga berperan dalam mengurangi *stunting*, karena infeksi diare dan penyakit yang disebabkan oleh sanitasi buruk berhubungan erat dengan gangguan pertumbuhan anak.
4. Kampanye ini juga membantu meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kebersihan lingkungan, termasuk pengelolaan sampah yang benar dan penggunaan air bersih secara efisien.

Tantangan dalam Implementasi Kampanye sebagai berikut:

- Meskipun kampanye telah berjalan, masih ada sebagian masyarakat yang belum memahami sepenuhnya pentingnya sanitasi yang layak dan akses air bersih.
- Di beberapa daerah, terutama di wilayah pedesaan dan terpencil, infrastruktur untuk sanitasi dan distribusi air bersih masih kurang memadai, sehingga tidak semua penduduk mendapatkan akses yang layak
- Meskipun sudah ada edukasi dan penyuluhan, perubahan perilaku, seperti kebiasaan buang air besar sembarangan, seringkali membutuhkan waktu yang lama.
- Keterbatasan anggaran untuk pembangunan infrastruktur sanitasi dan air bersih di berbagai daerah masih menjadi tantangan besar, terutama di wilayah yang sulit dijangkau.

Kampanye Sanitasi dan Air Bersih merupakan bagian penting dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup masyarakat Indonesia. Dengan edukasi yang berkelanjutan, pembangunan infrastruktur, dan perubahan perilaku, program ini diharapkan mampu mengurangi risiko penyakit menular, meningkatkan akses sanitasi dan air bersih, serta mencapai tujuan Indonesia yang lebih sehat. Namun, tantangan seperti akses ke wilayah terpencil, infrastruktur yang terbatas, dan pendanaan masih perlu terus diatasi untuk mencapai hasil yang optimal di seluruh wilayah Indonesia.

G. Program Imunisasi Nasional

Program Imunisasi Nasional adalah komponen penting dari sistem kesehatan masyarakat Indonesia. Melalui imunisasi yang sistematis dan luas, Indonesia berusaha melindungi generasi muda dari penyakit-penyakit menular yang berbahaya. Program ini tidak hanya berfokus pada bayi dan anak-anak, tetapi juga pada populasi lain yang rentan, seperti ibu hamil dan anak-anak usia sekolah. Tantangan dalam pelaksanaan, seperti akses ke wilayah terpencil dan penolakan imunisasi, masih harus diatasi agar program ini bisa mencapai tujuannya secara maksimal, yakni menciptakan masyarakat yang lebih sehat dan terlindungi dari penyakit.

Adapun tujuan program imunisasi nasional adalah :

1. Dengan memberikan imunisasi secara luas, program ini bertujuan untuk melindungi masyarakat dari penyakit berbahaya seperti polio, difteri, campak, hepatitis B, dan penyakit lainnya yang dapat dicegah dengan vaksin.
2. untuk menciptakan kekebalan kelompok, di mana sebagian besar populasi sudah kebal terhadap penyakit, sehingga mereka yang belum atau tidak bisa diimunisasi juga terlindungi.
3. Dengan adanya vaksinasi yang meluas, angka kesakitan dan kematian akibat penyakit yang bisa dicegah dengan imunisasi dapat ditekan secara signifikan.
4. Dalam jangka panjang, program imunisasi bertujuan untuk memberantas penyakit tertentu, seperti polio dan campak,

sehingga penyakit tersebut tidak lagi menjadi ancaman kesehatan masyarakat.

Program Imunisasi Nasional menargetkan beberapa kelompok populasi utama, yaitu:

- Bayi dan balita: Kelompok ini merupakan target utama karena bayi dan anak-anak usia dini lebih rentan terhadap penyakit menular. Imunisasi dasar lengkap diberikan sejak bayi lahir hingga usia 1 tahun.
- Ibu hamil: Beberapa vaksin, seperti vaksin tetanus toksoid (TT), diberikan kepada ibu hamil untuk melindungi ibu dan bayi yang baru lahir dari tetanus neonatorum.
- Anak usia sekolah: Program imunisasi lanjutan, seperti imunisasi campak rubela (MR) dan difteri tetanus (DT), diberikan kepada anak-anak usia sekolah dasar untuk melengkapi kekebalan mereka.
- Populasi dewasa dalam kondisi tertentu: Orang dewasa juga dapat menjadi sasaran imunisasi dalam kondisi tertentu, seperti vaksinasi untuk meningitis, hepatitis B, atau vaksinasi dalam situasi wabah penyakit tertentu.

Berikut adalah beberapa jenis vaksin yang diberikan dalam Program Imunisasi Nasional:

1. BCG (Bacillus Calmette-Guérin): Vaksin untuk mencegah tuberkulosis (TB). Biasanya diberikan pada bayi sebelum usia 2 bulan.

2. Hepatitis B: Vaksin untuk mencegah infeksi hepatitis B, yang dapat menyebabkan kerusakan hati. Diberikan pada bayi sesaat setelah lahir, dan diulang pada usia 1 bulan dan 6 bulan.
3. Polio: Vaksin ini melindungi dari polio, penyakit yang menyebabkan kelumpuhan. Vaksin polio diberikan dalam bentuk tetes (OPV) atau suntikan (IPV) pada bayi.
4. DPT-HB-Hib: Vaksin ini melindungi dari difteri, pertusis (batuk rejan), tetanus, hepatitis B, dan *Haemophilus influenzae* tipe b (penyebab meningitis dan pneumonia). Vaksin ini diberikan secara bertahap pada bayi sejak usia 2 bulan, 3 bulan, dan 4 bulan.
5. Campak: Vaksin untuk mencegah penyakit campak. Diberikan pertama kali pada bayi usia 9 bulan, kemudian diberikan lagi dalam program imunisasi lanjutan pada usia sekolah.
6. MR (Measles-Rubella): Vaksin gabungan untuk mencegah penyakit campak dan rubella, yang diberikan pada anak-anak usia 9 bulan hingga 15 tahun.
7. HPV (Human Papillomavirus): Vaksin ini diberikan kepada anak perempuan untuk mencegah kanker serviks. Program vaksinasi HPV diberikan di beberapa wilayah Indonesia sebagai bagian dari imunisasi nasional bagi anak sekolah usia 9-13 tahun.

Jadwal imunisasi untuk anak di Indonesia mengikuti rekomendasi dari Kementerian Kesehatan dan Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI). Berikut adalah jadwal imunisasi dasar yang umum diberikan:

- Hepatitis B: Diberikan pada saat bayi baru lahir (0 bulan).

- BCG: Diberikan pada usia 0-2 bulan.
- Polio: Diberikan dalam bentuk OPV pada usia 0, 2, 3, dan 4 bulan, serta IPV pada usia 4 bulan.
- DPT-HB-Hib: Diberikan pada usia 2, 3, dan 4 bulan.
- Campak/MR: Diberikan pada usia 9 bulan dan 18 bulan.

Selain itu, ada imunisasi lanjutan pada usia sekolah dasar seperti: DT (Difteri Tetanus): Diberikan pada anak usia sekolah dasar. Td (Tetanus Difteria). Diberikan pada anak kelas 5 atau usia 10 tahun ke atas.

Pelaksanaan program imunisasi nasional sebagai berikut:

- a. Program imunisasi nasional biasanya dilaksanakan di fasilitas kesehatan seperti puskesmas, posyandu, serta rumah sakit. Posyandu sering menjadi ujung tombak dalam memberikan imunisasi dasar kepada bayi dan balita di berbagai wilayah.
- b. Untuk anak-anak usia sekolah, imunisasi biasanya dilakukan di sekolah melalui kerja sama dengan puskesmas setempat. Tim kesehatan dari puskesmas akan datang ke sekolah-sekolah untuk memberikan vaksin.
- c. Pemerintah juga melakukan kampanye imunisasi massal, terutama saat menghadapi wabah atau untuk mencapai target imunisasi tertentu, seperti kampanye Imunisasi Measles-Rubella (MR) atau kampanye Sub Pekan Imunisasi Nasional (Sub PIN) untuk polio.

Manfaat program imunisasi nasional sebagai berikut:

- Imunisasi melindungi anak-anak dari penyakit yang dapat menyebabkan kecacatan, komplikasi serius, bahkan kematian.
- Dengan meningkatkan cakupan imunisasi, risiko terjadinya wabah penyakit menular dapat diminimalkan.
- Dengan mencegah penyakit menular, imunisasi dapat mengurangi biaya pengobatan yang ditanggung oleh keluarga maupun pemerintah.
- Program imunisasi berkontribusi dalam pencapaian *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya dalam upaya menurunkan angka kematian anak dan mencegah penyakit menular.

Tantangan dalam pelaksanaan program imunisasi nasional sebagai berikut:

1. Beberapa daerah terpencil masih sulit dijangkau oleh program imunisasi, baik karena masalah infrastruktur maupun keterbatasan fasilitas kesehatan.
2. Meskipun program imunisasi bersifat wajib, masih ada orang tua yang tidak membawa anaknya untuk imunisasi karena kurangnya pemahaman atau karena informasi yang salah, seperti mitos tentang bahaya vaksin.
3. Ada kelompok masyarakat yang menolak imunisasi karena alasan kepercayaan atau informasi yang salah terkait efek samping vaksin. Hal ini dapat menghambat keberhasilan program imunisasi di daerah tertentu.

Beberapa kali terjadi tantangan dalam memastikan ketersediaan dan distribusi vaksin, terutama di daerah-daerah yang sulit diakses.

Kesimpulan dari Kegiatan penyuluhan yang dilaksanakan berjalan dengan baik oleh ibu, kegiatan tampak antusias dalam mengikuti kegiatan penyuluhan pemenuhan manfaat imunisasi pada bayi dan balita. Hal ini dibuktikan dengan antusias ibu hamil menjalankan kegiatan dengan teratur dan tertib juga mendengarkan penyuluhan tentang manfaat imunisasi pada bayi dan balita (Hastuty *et al.*, 2022).

H. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan) adalah salah satu program pemerintah Indonesia yang bertujuan untuk memberikan jaminan kesehatan yang merata dan terjangkau bagi seluruh warga negara. Program ini merupakan bentuk implementasi dari amanat Undang-Undang Dasar 1945 dan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Melalui JKN, diharapkan semua lapisan masyarakat, tanpa memandang status ekonomi, dapat memperoleh akses pelayanan kesehatan yang berkualitas.

Program JKN memiliki beberapa tujuan utama, antara lain:

1. JKN bertujuan untuk menjamin bahwa setiap warga negara memiliki akses terhadap layanan kesehatan dasar yang berkualitas tanpa mengalami kesulitan finansial.
2. Program ini dirancang untuk memperluas akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, baik di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) seperti puskesmas dan klinik, maupun di rumah sakit.
3. Dengan adanya JKN, biaya kesehatan yang tinggi dapat dikurangi karena peserta hanya perlu membayar premi yang terjangkau, dan layanan kesehatan yang dibutuhkan akan ditanggung oleh BPJS Kesehatan.
4. Program ini berupaya untuk menciptakan kesetaraan akses terhadap pelayanan kesehatan di seluruh wilayah Indonesia, termasuk di daerah terpencil dan sulit dijangkau.

BPJS Kesehatan menyelenggarakan program JKN dengan konsep asuransi kesehatan sosial, di mana setiap peserta diwajibkan membayar iuran bulanan atau premi sesuai dengan kelas kepesertaannya. Berikut adalah penjelasan mengenai mekanisme dan manfaat JKN:

a. Kepesertaan BPJS Kesehatan

Kepesertaan dalam BPJS Kesehatan bersifat wajib bagi seluruh warga negara Indonesia dan warga negara asing yang bekerja di Indonesia minimal selama 6 bulan. Terdapat dua jenis peserta dalam program JKN, yaitu Termasuk pegawai negeri sipil (PNS),

anggota TNI/Polri, pegawai BUMN/BUMD, dan karyawan swasta. Iuran peserta PPU dibayarkan oleh pemberi kerja (sebagian besar) dan oleh pekerja (sebagian kecil), Termasuk pekerja mandiri, pengusaha, dan masyarakat umum lainnya. Mereka membayar iuran secara mandiri sesuai dengan kelas pelayanan yang dipilih (Kelas 1, Kelas 2, atau Kelas 3).

b. Manfaat Layanan Kesehatan JKN

Peserta BPJS Kesehatan berhak mendapatkan berbagai jenis layanan kesehatan yang mencakup: Dilayani di fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) seperti puskesmas, klinik, atau dokter keluarga yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Layanan ini mencakup konsultasi, pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan medis dasar. Jika kondisi kesehatan peserta memerlukan penanganan yang lebih lanjut, peserta akan dirujuk ke rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Layanan di tingkat lanjut mencakup perawatan rawat inap, rawat jalan, tindakan operasi, serta pemeriksaan dan pengobatan spesialis. Peserta JKN berhak mendapatkan pelayanan kesehatan darurat di fasilitas kesehatan mana pun tanpa perlu rujukan terlebih dahulu, dan seluruh biaya akan ditanggung oleh BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan juga menanggung biaya obat-obatan dan alat kesehatan sesuai dengan formularium nasional dan standar yang telah ditetapkan.

c. Iuran JKN

Tarif Kapitasi adalah besaran pembayaran per kapita perbulan yang dibayar di muka oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berdasarkan jumlah peserta yang terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan.(Permenkes, 2023). Besarnya iuran yang dibayarkan oleh peserta berbeda-beda tergantung pada kelas layanan yang dipilih:

- Kelas 1: Peserta membayar iuran yang lebih tinggi dan berhak mendapatkan fasilitas rawat inap di ruang perawatan Kelas 1.
- Kelas 2: Peserta membayar iuran yang lebih rendah dibanding Kelas 1 dan mendapatkan fasilitas rawat inap di ruang perawatan Kelas 2.
- Kelas 3: Peserta membayar iuran paling rendah dan mendapatkan fasilitas rawat inap di ruang perawatan Kelas 3. Peserta dari golongan masyarakat miskin dan tidak mampu, yang termasuk dalam Penerima Bantuan Iuran (PBI), iurannya dibayarkan oleh pemerintah.

Alur Pelayanan Kesehatan dalam JKN :

1. Pelayanan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP): Peserta pertama kali harus mengunjungi FKTP yang dipilih saat pendaftaran BPJS Kesehatan, seperti puskesmas, klinik, atau dokter keluarga. FKTP ini menjadi tempat utama untuk konsultasi kesehatan dan mendapatkan pengobatan awal.

2. Sistem Rujukan Berjenjang: Jika kondisi pasien tidak bisa ditangani di FKTP, mereka akan dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat lanjut seperti rumah sakit. Sistem ini memastikan peserta mendapatkan penanganan medis yang sesuai dengan kondisi kesehatannya, dan BPJS Kesehatan akan menanggung biaya rujukan ini.
3. Pelayanan Gawat Darurat: Dalam situasi darurat, peserta bisa langsung mengunjungi rumah sakit terdekat yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan tanpa harus melalui FKTP terlebih dahulu.

Keuntungan Program JKN melalui BPJS Kesehatan sebagai berikut:

- Keterjangkauan Biaya: Program JKN memberikan jaminan kesehatan dengan biaya yang relatif terjangkau bagi masyarakat luas. Bahkan bagi kelompok yang tidak mampu, pemerintah menyediakan bantuan melalui skema Penerima Bantuan Iuran (PBI).
- Dengan cakupan layanan yang meliputi seluruh wilayah Indonesia, termasuk daerah terpencil, peserta JKN dapat memperoleh akses ke layanan kesehatan tanpa harus memikirkan beban biaya besar.
- Program ini mencakup hampir semua jenis layanan kesehatan, mulai dari rawat jalan, rawat inap, hingga tindakan medis yang kompleks, sehingga memberikan perlindungan kesehatan yang menyeluruh bagi peserta.
- JKN melalui BPJS Kesehatan menjamin seluruh lapisan masyarakat, dari pekerja formal hingga informal, dari masyarakat

mampu hingga tidak mampu, mendapatkan perlindungan kesehatan yang sama.

Tantangan Program JKN melalui BPJS Kesehatan sebagai berikut:

- Tingkat Kepesertaan yang Belum Merata : Meskipun kepesertaan JKN diwajibkan untuk seluruh penduduk, masih ada sebagian masyarakat yang belum terdaftar dalam program ini, terutama di kalangan pekerja informal dan masyarakat di daerah terpencil.
- Defisit Keuangan BPJS Kesehatan: Salah satu tantangan utama adalah masalah defisit anggaran. Hal ini terjadi karena jumlah iuran yang dikumpulkan tidak sebanding dengan jumlah klaim yang harus dibayarkan, terutama untuk kasus-kasus penyakit kronis dan pelayanan kesehatan tingkat lanjut.
- Kualitas Pelayanan di Fasilitas Kesehatan: Beberapa fasilitas kesehatan, terutama di daerah pedesaan, masih kekurangan tenaga medis, peralatan, dan infrastruktur yang memadai. Hal ini berdampak pada kualitas pelayanan yang diterima oleh peserta BPJS Kesehatan.
- Antrian dan *Overcrowding*: Di beberapa rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, terjadi penumpukan pasien sehingga antrian menjadi panjang. Hal ini disebabkan oleh banyaknya peserta yang membutuhkan pelayanan kesehatan dalam waktu bersamaan.

Upaya Perbaikan dalam Program JKN sebagai berikut:

1. Peningkatan Cakupan Kepesertaan : Pemerintah terus mendorong seluruh masyarakat untuk terdaftar sebagai peserta JKN, termasuk melalui sosialisasi yang lebih intensif dan kemudahan akses pendaftaran.
2. Perbaikan Manajemen Klaim dan Keuangan: BPJS Kesehatan bersama dengan pemerintah terus berupaya mencari solusi untuk mengatasi defisit anggaran, termasuk dengan melakukan penyesuaian iuran dan memperbaiki manajemen klaim.
3. Peningkatan Kualitas Pelayanan : Pemerintah dan BPJS Kesehatan terus berupaya meningkatkan kualitas pelayanan di fasilitas kesehatan, baik dari segi infrastruktur, peralatan medis, maupun tenaga kesehatan, terutama di wilayah yang kekurangan fasilitas.
4. Pengembangan Sistem Digitalisasi: Untuk mengatasi masalah antrian panjang dan mempercepat pelayanan, BPJS Kesehatan telah memperkenalkan layanan digital seperti Mobile JKN, yang memungkinkan peserta untuk mengakses informasi dan layanan BPJS Kesehatan melalui aplikasi. Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan adalah langkah besar dalam menyediakan akses kesehatan yang terjangkau dan berkualitas bagi seluruh masyarakat Indonesia. Meskipun terdapat tantangan dalam pelaksanaannya, program ini telah memberikan

I. Program Penanggulangan *Stunting*

Program Penanggulangan *Stunting* merupakan langkah penting dalam meningkatkan kualitas hidup anak-anak Indonesia, terutama di masa depan. Dengan pendekatan multisektor yang melibatkan berbagai aspek kehidupan seperti kesehatan, gizi, sanitasi, dan pendidikan, program ini diharapkan mampu menurunkan angka *stunting* secara signifikan. Pemerintah terus berupaya untuk memastikan bahwa setiap anak di Indonesia tumbuh sehat dan memiliki masa depan yang lebih baik, terbebas dari risiko *stunting*. Pemerintah telah menargetkan penurunan angka *stunting* di Indonesia, mengingat masalah ini berdampak pada perkembangan fisik dan mental anak. Program penanggulangan *stunting* melibatkan berbagai kementerian dan lembaga untuk memberikan intervensi gizi spesifik dan sensitif. *Stunting* memiliki dampak jangka panjang terhadap perkembangan fisik dan kognitif anak, serta meningkatkan risiko penyakit pada masa selanjutnya.

1. Pengertian *Stunting*

Stunting disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam jangka panjang, terutama selama periode penting perkembangan anak, yaitu pada 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK). *Stunting* dapat mengakibatkan perkembangan otak yang terhambat, gangguan kognitif, serta menurunkan produktivitas dan kualitas hidup anak di masa dewasa.

2. Penyebab *Stunting*

Beberapa faktor utama yang menyebabkan *stunting*, antara lain:

- Gizi buruk: Asupan gizi yang tidak memadai pada ibu selama kehamilan dan pada anak setelah lahir, terutama kekurangan protein, vitamin, dan mineral penting.
- Infeksi berulang: Anak yang sering menderita infeksi, seperti diare dan pneumonia, terutama jika tidak diobati dengan baik, lebih rentan mengalami *stunting* karena tubuhnya kesulitan menyerap nutrisi.
- Akses terhadap air bersih dan sanitasi yang buruk: Sanitasi yang buruk dapat meningkatkan risiko infeksi dan penyakit yang mengganggu penyerapan nutrisi dalam tubuh anak.
- Kurangnya akses terhadap pelayanan kesehatan: Akses yang terbatas terhadap fasilitas kesehatan, terutama selama kehamilan dan masa awal kehidupan anak, dapat menghambat upaya pencegahan *stunting*.
- Pola asuh yang tidak memadai: Kurangnya pengetahuan ibu dan keluarga tentang pentingnya asupan gizi yang baik dan pola asuh yang tepat selama 1000 HPK.

3. Tujuan Program Penanggulangan *Stunting*

- a. Target utama program ini adalah menurunkan angka *stunting* secara signifikan di Indonesia. Pemerintah menargetkan angka *stunting* menjadi 14% pada tahun 2024, sesuai dengan standar WHO.

- b. Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang gizi: Program ini bertujuan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat, terutama ibu hamil dan keluarga, mengenai pentingnya asupan gizi yang cukup dan pola asuh yang tepat.
 - c. Memastikan akses terhadap layanan kesehatan: Program ini bertujuan memastikan bahwa ibu hamil dan anak-anak memiliki akses ke layanan kesehatan yang memadai, termasuk pemeriksaan kehamilan, pemberian ASI eksklusif, dan imunisasi.
 - d. Meningkatkan akses terhadap air bersih dan sanitasi: Sanitasi yang baik dan akses terhadap air bersih menjadi salah satu fokus utama dalam program ini, mengingat dampaknya terhadap kesehatan anak.
4. Strategi Program Penanggulangan *Stunting*
- Pendekatan multisektor
 Penanggulangan *stunting* melibatkan berbagai sektor, seperti kesehatan, pendidikan, pertanian, infrastruktur, dan sosial. Pemerintah pusat dan daerah bekerja sama dengan kementerian terkait, LSM, sektor swasta, serta masyarakat untuk memastikan keterpaduan upaya penanggulangan
 - Intervensi gizi spesifik dan gizi sensitif
 Intervensi gizi spesifik berfokus pada perbaikan langsung status gizi, seperti promosi ASI eksklusif, pemberian makanan pendamping ASI yang bergizi, suplemen vitamin dan mineral, imunisasi, dan pengobatan infeksi. Intervensi gizi sensitif mencakup program di sektor non-kesehatan yang dapat

memengaruhi gizi anak, seperti penyediaan air bersih, sanitasi, pemberdayaan ekonomi keluarga, pendidikan gizi, dan pembangunan infrastruktur kesehatan.

- Pendekatan 1000 Hari Pertama Kehidupan (HPK): Fokus utama program adalah pada periode 1000 HPK, di mana pertumbuhan dan perkembangan anak sangat bergantung pada nutrisi yang didapatkan sejak dalam kandungan hingga usia dua tahun. Selama periode ini, ibu hamil diberi perhatian khusus terkait kesehatan kehamilan, asupan gizi, dan pemberian ASI eksklusif.
- Peningkatan kualitas dan akses layanan kesehatan melalui Peningkatan layanan posyandu untuk memantau perkembangan balita, Peningkatan kapasitas tenaga kesehatan dalam mendeteksi dini dan menangani kasus *stunting* dan Penyediaan suplemen dan makanan tambahan untuk ibu hamil dan anak yang mengalami risiko kekurangan gizi.
- Program penyuluhan dan edukasi mencakup kampanye penyuluhan kepada masyarakat tentang pentingnya gizi seimbang, ASI eksklusif, pemberian makanan bergizi, serta kebiasaan hidup bersih dan sehat. Program ini juga melibatkan kader posyandu dan petugas kesehatan untuk memberikan edukasi kepada ibu hamil dan keluarga.
- Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT): Ibu hamil dan anak-anak yang berisiko *stunting*, terutama di daerah miskin dan terpencil, diberikan bantuan makanan tambahan yang kaya gizi. PMT diberikan melalui posyandu atau fasilitas kesehatan untuk

memastikan kecukupan gizi selama masa kehamilan dan pertumbuhan anak.

5. Upaya Pemerintah untuk Mengatasi Tantangan

- Penguatan koordinasi antar sektor: Pemerintah memperkuat kerja sama lintas sektor untuk mengintegrasikan program kesehatan, gizi, pendidikan, dan sanitasi. Kolaborasi antara pemerintah pusat, daerah, swasta, serta masyarakat sangat penting dalam penanggulangan *stunting*.
- Penggunaan teknologi dan digitalisasi: Dalam memantau perkembangan anak dan memberikan informasi kepada masyarakat, pemerintah mulai menggunakan teknologi informasi, seperti aplikasi berbasis mobile, untuk meningkatkan pemantauan dan distribusi informasi tentang *stunting*.
- Peningkatan anggaran dan bantuan sosial : Pemerintah telah meningkatkan alokasi anggaran untuk program-program kesehatan dan sosial yang berfokus pada pengurangan *stunting*, seperti melalui PKH dan Program Pemberian Makanan Tambahan (PMT).

6. Tantangan dalam Penanggulangan *Stunting*

- ❖ Akses ke daerah terpencil: Banyak wilayah terpencil yang masih sulit dijangkau oleh program kesehatan dan edukasi. Hal ini membuat beberapa anak di daerah tersebut tidak mendapatkan asupan gizi yang cukup dan layanan kesehatan yang memadai.
- ❖ Kesadaran dan pengetahuan masyarakat: Masih banyak masyarakat yang belum menyadari pentingnya gizi yang cukup,

pola asuh yang baik, serta sanitasi dan kebersihan lingkungan yang baik dalam pencegahan *stunting*

- ❖ Ketimpangan ekonomi: Keluarga dengan kondisi ekonomi yang lemah lebih sulit untuk menyediakan makanan bergizi dan mendapatkan akses layanan kesehatan yang optimal, sehingga anak-anak dari keluarga miskin lebih berisiko terkena *stunting*.

Berdasarkan uraian tersebut harapannya tenaga kesehatan khususnya bidan dan kader Posyandu serta pihak terkait lainnya untuk meningkatkan promosi kesehatan nutrisi bagi bayi dan balita serta pada saat ibu hamil guna menambah wawasan ibu terutama pada ibu dengan pendidikan dasar agar mereka dapat memperoleh lebih banyak informasi yang tidak mereka peroleh pada jenjang pendidikan yang lampau (Rambe, 2020).

J. Makan Bergizi Gratis (MBG)

Salah satu Asta Cita visi pemerintahan Presiden RI Prabowo Subianto, khususnya Asta Cita ke 4 yaitu Memperkuat pembangunan sumber daya manusia (SDM), sains, teknologi, pendidikan, kesehatan, prestasi olahraga, kesetaraan gender, serta penguatan peran perempuan, pemuda, dan penyandang disabilitas. Percepatan penurunan angka *stunting* ini menjadi salah satu fokus kita di dalam upaya perbaikan gizi nasional. Karenanya pemerintahan Presiden Prabowo Subianto mengupayakan program makanan bergizi gratis untuk anak-anak sekolah.

Data menunjukkan, Indonesia masih memiliki tantangan serius dalam masalah gizi. Berdasarkan survei SSGI, angka prevalensi *stunting* pada balita Indonesia masih berada pada kisaran 21,6 persen di tahun 2022, dan di 2023 di 21,5 persen.

Strategi komprehensif dan terintegrasi guna memastikan seluruh kebijakan program perbaikan gizi berjalan efektif dan tepat sasaran. Seluruh program makanan bergizi gratis harus melibatkan kolaborasi pemangku kepentingan terkait untuk dikonvergensi sehingga bisa komprehensif dan terintegrasi.

Program Makan Bergizi Gratis (MBG): Pemerintah akan fokus pada pemenuhan gizi ibu hamil, balita, dan anak sekolah melalui program MBG, yang juga melibatkan pemberdayaan UMKM dan koperasi dalam penyediaan bahan pangan lokal. Target 2025: 100% ibu hamil dan menyusui, serta 52% anak sekolah akan mendapatkan manfaat dari program MBG. Pemberdayaan masyarakat lokal dan bahan pangan sesuai preferensi lokal akan menjadi prioritas untuk meningkatkan kesejahteraan petani dan pelaku usaha kecil.

Program makan bergizi gratis direncanakan akan menyasar balita, anak SD hingga SMA, ibu hamil, dan ibu menyusui. Pendekatan makan gratis untuk kalangan mana pun (*universal free meal*) yang berisiko sangat tidak efisien, pemerintah sebaiknya menyasar kelompok spesifik rentan agar program ini efektif dalam mengatasi tengkes. Kelompok yang perlu diprioritaskan mendapatkan makanan bergizi gratis adalah ibu hamil, ibu menyusui, balita, serta anak dan remaja perempuan.

Fokus pencegahan *stunting* terutama untuk mempersiapkan calon ibu yang sehat, baik lewat pemenuhan asupan gizi maupun edukasi seputar gizi dan pola asuh anak yang berperan besar terhadap pencegahan tengkes. Dengan begitu, ibu bisa menjalani proses pembuahan yang sehat secara fisik, mental, dan sosial. Tumbuh kembang anak dari tahap pembuahan hingga usia 24 bulan setelah dilahirkan juga harus sangat diperhatikan, termasuk soal pemberian gizi yang sesuai dan pencegahan infeksi.

Karena efek makan bergizi gratis terhadap *stunting* tidak bersifat langsung dan baru bisa dirasakan lebih dari 10 tahun, pemerintah juga perlu fokus memperbaiki status gizi anak dan remaja perempuan agar kelak mereka menjadi ibu yang sehat saat hamil dan melahirkan.

Pelaksanaan program makan bergizi gratis dengan skala penuh direncanakan terlaksana pada tahun 2029 dengan perkiraan jumlah penerima manfaat mencapai 82 juta orang. Kebutuhan anggarannya mencapai Rp800 miliar hingga Rp1,2 triliun per hari.

Kajian yang dilakukan memberikan bukti kuat tentang efektivitas program makan gratis di sekolah dalam meningkatkan status gizi siswa sekolah dasar di berbagai negara. Program ini secara signifikan meningkatkan keragaman makanan, menurunkan prevalensi wasting, dan berkontribusi pada peningkatan skor IMT/U serta menurunkan prevalensi anemia melalui makanan fortifikasi. Meskipun program ini menunjukkan hasil yang menjanjikan, pengaruhnya terhadap *stunting* tidak selalu konsisten dan memerlukan penyelidikan lebih lanjut untuk memahami

faktor-faktor yang berkontribusi pada ketidak konsistenan ini. Untuk mencapai hasil yang optimal, program perlu disesuaikan dengan kondisi setempat dan melibatkan berbagai pihak, termasuk pemerintah, sekolah, dan masyarakat. Penting untuk mempromosikan program makan gratis di sekolah sebagai intervensi strategis untuk mengatasi kekurangan gizi, terutama di negara berkembang. Untuk meningkatkan efektivitas program, perlu ada upaya untuk memperkuat kolaborasi lintas sektor, meningkatkan kualitas dan keragaman makanan yang disediakan, dan menangani faktor-faktor yang berkontribusi pada *stunting*, seperti akses terhadap layanan kesehatan dan pendidikan gizi. Diperlukan juga penyesuaian program agar sesuai dengan kebutuhan dan konteks lokal. Kajian lebih lanjut mengenai dampak jangka panjang dari program ini, termasuk pada hasil pendidikan dan kesehatan, sangat dibutuhkan. Dengan memahami faktor-faktor yang berkontribusi pada kesuksesan program, kita dapat secara efektif meningkatkan kualitas hidup anak-anak dan membangun masa depan yang lebih sehat (Devi and Jatra, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Darmawanti, B. (2022). *Isi Piringku: Pedoman Makan Kekinian Orang Indonesia*. Kemenkes. Jakarta. Retrieved from <https://ayosehat.kemkes.go.id/isi-piringku-pedoman-makan-kekinian-orang-indonesia>
- Devi, N. W. C., & Jatra, I. M. (2022). 肖沉 1, 2, 孙莉 1, 2Δ, 曹杉杉 1, 2, 梁浩 1, 2, 程焱 1, 2. *Tjyybjb.Ac.Cn*, 27(2), 58–66. Retrieved from <http://117.74.115.107/index.php/jemasi/article/view/537>
- Dianti, Y. (2023). *Panduan Pengelolaan Posyandu Bidang Kesehatan*. Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952, 5–24. Retrieved from <http://repo.iain-tulungagung.ac.id/5510/5/BAB%202.pdf>
- Fitriani, R. (2020). Hubungan antara pengetahuan gizi seimbang, citra tubuh, tingkat kecukupan energi dan zat gizi makro dengan status gizi pada siswa SMA Negeri 86 Jakarta. *Journal Health & Science: Gorontalo Journal Health and Science Community*, 4(1), 29–38. <https://doi.org/10.35971/gojhes.v4i1.5041>
- Hastuty, M., et al. (2022). Penyuluhan tentang pentingnya imunisasi dasar lengkap pada anak di Desa Bangun Sari Kecamatan Kampar Kiri Hilir. *Community Development Journal: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 3(3), 2085–2087. <https://doi.org/10.31004/cdj.v3i3.10193>

- Kemenkes RI. (2020). *Petunjuk teknis pelayanan puskesmas pada masa pandemi Covid-19*. Kemenkes RI. Retrieved from <https://covid19.kemkes.go.id/protokol-covid-19/petunjuk-teknis-pelayanan-puskesmas-pada-masa-pandemi-covid-19/#.X6z9Be77TIU>
- Kemenkes. (2021). *Buku saku kader kesehatan pemberian makanan tambahan (PMT)*. Kementrian Kesehatan RI.
- Permenkes. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 69(555), 1–53.
- Rambe, N. L. (2020). *Majalah Kesehatan Indonesia. Jurnal Ilmiah Kebidanan Imelda*, 1(2), 45–49.

BIODATA PENULIS



dr. Erlyta Dian Puspitarini, Sp.Rad

Penulis lahir di Ponorogo, 15 Juli 1980. Saat ini merupakan staff di RSU Kota Tarakan Kalimantan Utara. Memperoleh gelar dokter umum dari Universitas HangTuah Surabaya pada tahun 2005 dan gelar Spesialis Radiologi dari Universitas Airlangga Surabaya pada tahun 2019.

---000---

BIODATA PENULIS



Rafika Syulistia, S.K.M., M.K.M

Penulis bernama Rafika Syulistia, biasanya dipanggil Fika. Saat ini penulis tinggal di kota Depok. Penulis menempuh jenjang pendidikan S-1 di Universitas Diponegoro, Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan minat Kesehatan Lingkungan kemudian melanjutkan pendidikan S-2 di Universitas Indonesia, Fakultas Kesehatan Masyarakat dengan minat Kesehatan Lingkungan. Penulis gemar mengikuti kegiatan kemanusiaan tanggap bencana bersama Iluni UI dan turut serta turun ke lapangan membantu kegiatan vaksinasi massal Covid-19. Selain itu, penulis juga gemar mengikuti kegiatan pelatihan terkait bidang kesehatan lingkungan seperti *Food Safety System Certification*, *Hazard Analysis Critical Control Point*, Sistem Manajemen Keamanan Pangan, Pengendalian Pencemaran Udara, Pengendalian Pencemaran Air, Pengendalian Limbah B3, Dasar-Dasar Dokumen Lingkungan Hidup, dll.

---000---

BIODATA PENULIS



drg. Lyliana Endang Setianingsih, MPH

Penulis adalah dosen Program Studi Sarjana Administrasi Kesehatan Universitas Medika Suherman. Saat ini juga beraktifitas sebagai praktisi di bidang kedokteran gigi.

Penulis lahir di Jakarta tanggal 29 Oktober 1980. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia, dan Pendidikan S2 pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan peminatan Manajemen Rumah Sakit Universitas Gadjah Mada.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: lyliana.thia@gmail.com

---000---

BIODATA PENULIS



Early Wulandari Muis

Peneliti pada Badan Riset dan Inovasi Nasional. Putri daerah asal Konawe Sulawesi Tenggara, lahir di Puday pada 13 April 1980. Menyelesaikan pendidikan pascasarjana S2 tahun 2011 di Universitas Gadjah Mada dengan peminatan Antropologi Kesehatan, yang sebelumnya di tahun 2004 telah menempuh Pendidikan sarjana S1 di Universitas Haluoleo pada jurusan Antropologi. Beberapa karyanya yang sudah dibukukan: Bunga Rampai Folklor dan Folklife dalam Tumbuhan Moronene dalam Mitos Masyarakat Suku Moronene (Penerbit Ombak, 2013), Relasi Kata Moro dalam Tata Nama Tumbuhan; Sentuhan Linguistik dalam Etnobotani Suku Moronene (Hokuto Publishing Inc., Kyoto, Jepang, 2016), Pengelolaan Hutan Masyarakat Moronene menurut Adati Totongano Wonua Sebuah Kajian Etnoekologi (Diandra Primamitra Media, 2021), Penguatan Tradisi untuk Ketahanan Keluarga Terhadap *Stunting* (Penerbit Insan Cendekia Mandiri, 2022). Tradisi Perlindungan

Sosial Pencegahan *Stunting* (Penerbit BRIN, 2022). Penulis bisa dihubungi melalui: Facebook dan Instagram dengan nama akun Early Moeis.

Penulis dapat dihubungi melalui Email: earlywm_kdi04@yahoo.com

---000---

BIODATA PENULIS



Dr. dr. Ambar Sulianti, M.Kes.

Dosen Program Studi Psikologi Fakultas Psikologi UIN Sunan Gunung Djati (Bandung).

Penulis lahir di Jawa Barat 1973. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Program Studi Psikologi Fakultas Psikologi UIN Sunan Gunung Djati. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Fakultas Kedokteran Universitas Padjadaran (1991-1995), melanjutkan Profesi Kedokteran (1995-1997), melanjutkan S2 Ilmu Kedokteran Universitas Padjadjaran (2000-2003), dan melanjutkan S3 pada Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran (2009-2013). Penulis menekuni bidang penelitian dan penulisan karya ilmiah di bidang Ilmu Kedokteran Dasar, Ilmu Kedokteran Terapan, Parasitologi, Biologi Aplikasi, TCM, Kedokteran Komplementer, Biopsikologi, Psikologi Kesehatan, dan Perilaku Kesehatan.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ambarsulianti@uinsgd.ac.id

---000---

BIODATA PENULIS



Shinta Amelia Astuti, S.Tr.Keb., M.Kes

Penulis lahir di Bekasi tanggal 14 September 1992 dan merupakan anak pertama dari 2 bersaudara. Akrab dipanggil dengan panggilan Amel. Lulusan Program Studi DIII Kebidanan STIKes Ngudi Waluyo, dilanjutkan dengan DIV Kebidanan Pendidik Universitas Ngudi Waluyo, dan menyelesaikan Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Negeri Semarang. Beliau pernah bekerja sebagai Sekretaris Divisi Hematologi-Onkologi Pediatri RSUP Dr Kariadi Semarang dan Dosen Program Praktisi Mengajar KEMENDIKBUD. Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen Tetap pada Program Studi DIII Optometri di Akademi Refraksi Optisi Kartika Indera Persada Jakarta.

Penulis dapat dihubungi melalui email : shinta.amel149@gmail.com

---000---

BIODATA PENULIS



Dr. Takdir, M. H., M. K. M

Penulis adalah dosen tetap di IAIN Palopo, lahir di Makassar pada 24 Juli 1979. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana (S1) Ilmu Hukum di Universitas Hasanuddin Makassar, Magister (S2) Ilmu Hukum di Universitas Hasanuddin Makassar, serta Program Doktor (S3) Ilmu Hukum di Universitas Hasanuddin Makassar. Selain itu, penulis juga menyelesaikan Program Magister (S2) Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Mega Buana, Kota Palopo.

Buku-buku yang telah ditulis dan diterbitkan oleh penulis antara lain: Pengantar Hukum Kesehatan (ISBN: 9786028497589), Mengurai Kasus Korupsi dengan Pembalikan Beban Pembuktian (ISBN: 9786236428232), Monograf Moderasi Beragama: Upaya Deradikalisasi (ISBN: 9786236428764), Memahami Praktik Persidangan (ISBN: 9786236428610), Bank Syariah atau Tidak Syariah? (ISBN: 9786239664794), Biografi Prof. Dr. H.M. Iskandar: Kiprah Wija to Luwu Membangun Peradaban (ISBN: 9786236428504), Petronase Politik dalam Perspektif Hukum Islam (ISBN: 9786234970944), Pembiayaan

Syariah: Perspektif Hukum Islam & Hukum Positif (ISBN: 9786236428306), Metode Penelitian & Penulisan Hukum (ISBN: 978-623-8598-65-6), Hukum Acara Pidana (ISBN: 978-623-514-006-3), dan Hukum Adat Indonesia: Sejarah dan Perkembangannya (ISBN: 978-623-8634-28-6).

---000---

BIODATA PENULIS



H. Ambia Nurdin, AMK., AMd.RMIK., S.Pd., SKM., M. Pd., M. Kes

Dosen Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Ilmu Kesehatan Universitas Abulyatama Aceh.

Penulis lahir di Samalangan tanggal 25 Maret 1973. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Ilmu Kesehatan Universitas Abulyatama Aceh. Penulis Menyelesaikan Pendidikan Akademi Keperawatan Teungku Fakinah Banda Aceh pada Tahun 1998, Melanjutkan Pendidikan pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Aceh, tamat tahun 2002, Fakultas Keguruan dan Ilmu Pendidikan Universitas Serambi Mekkah Program Studi Pendidikan Kimia Tamat Tahun 2002, Program Studi Administrasi Pendidikan Program Pascasarjana Magister Pendidikan (M.Pd) Universitas Syiah Kuala Banda Aceh Tamat tahun 2012, Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Malahayati Bandar Lampung Tamat tahun 2014 dan Akademi Perekam

Medis dan Informasi Kesehatan Yayasan sihat Beurata Banda Aceh tamat tahun 2023.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail:
ambianurdin_fkm@abulyatama.ac.id

---000---

BIODATA PENULIS



dr. Ulya Uti Fasrini, M.Biomed

Penulis lahir di Padang pada 10 November 1978, adalah staf Departemen Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Andalas dan mengampu mata kuliah terkait gizi di berbagai program studi. Ia lulus dari Fakultas Kedokteran Universitas Andalas dan merupakan anak keempat dari pasangan (alm) Hasmi Ahmad dan Nurhelmi Djamaan. Ulya aktif menulis sejak SMP dan mulai mempublikasikan karya ilmiah sejak pendidikan sarjana, dengan fokus pada gizi dan kecerdasan, pangan fungsional, evaluasi pendidikan tinggi, serta kebencanaan. Sebagai pendidik dan relawan, ia juga aktif dalam peningkatan kapasitas masyarakat di lapangan, dengan harapan tulisan dan pengalamannya dapat membuka peluang bagi mereka yang membutuhkan.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ulyautifasrini@gmail.com

---000---

BIODATA PENULIS



Ir. Sri Sugiharti. MKes.

Peneliti Ahli Madya Pusat Penelitian Kependudukan BRIN, tergabung dalam kelompok Penelitian Social Determinants of Population Health (SDPH)/Determinan Sosial Kesehatan Penduduk dengan kepakaran kesehatan masyarakat. Beberapa karya penelitian telah dihasilkan terkait dengan keluarga berencana dan pembangunan keluarga dalam konteks pendekatan siklus hidup kesehatan keluarga yang mencakup berbagai siklus kehidupan mulai bayi, anak, remaja, Ibu hamil, dewasa/ibu, dan lanjut usia. Beberapa kegiatan dalam mendukung penelitian antara lain sebagai Pengurus Pergizi Pangan DIY, Pengurus Indonesia Ramah Lansia, dan Reviewer Jurnal. Pendidikan yang ditempuh jenjang sarjana di Fakultas Pertanian Universitas Sebelas Maret Surakarta selanjutnya meraih gelar Magister Gizi dan Kesehatan dari Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Pengalaman bekerja di BKKBN Kabupaten Kulon Progo, BKKBN Daerah Istimewa Yogyakarta dan Pusat Riset

Kependudukan Badan Riset Inovasi nasional Sejak tahun 2021 sampai sekarang.

Penulis dapat dihubungi melalui e-mail:: srisugiharti590@gmail.com atau sris015@brin.go.id

ID Orcid : <https://orcid.org/0009-0007-1274-3863>

---000---

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Buku ini membahas berbagai aspek penting dalam bidang kesehatan masyarakat dan gizi, dimulai dari konsep dasar tentang sehat dan sakit, serta faktor-faktor yang mempengaruhi keduanya. Pembaca akan diajak untuk memahami pengertian kesehatan yang lebih luas, yang mencakup aspek fisik, mental, dan sosial. Selain itu, buku ini juga mengupas tentang pentingnya upaya kolektif dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, dengan pendekatan yang berfokus pada determinan kesehatan, seperti faktor sosial, ekonomi, dan budaya yang mempengaruhi kualitas hidup.

Selain itu, buku ini menjelaskan peran budaya dalam membentuk kebiasaan makan dan pola gizi yang dapat mempengaruhi status kesehatan individu dan masyarakat. Berbagai kebiasaan makanan yang dipengaruhi oleh sosial budaya turut dibahas, termasuk tabu atau pantangan makanan yang ada dalam masyarakat tertentu. Selain itu, buku ini juga menawarkan alternatif solusi dalam mengatasi masalah gizi, terutama yang berkaitan dengan faktor sosial dan budaya, dengan pendekatan yang berbasis pada kenyataan di lapangan.

Buku ini juga memberikan wawasan mengenai sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, dengan fokus pada puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan primer yang memiliki peran besar dalam pemerataan layanan kesehatan. Program-program pemerintah terkait kesehatan masyarakat dan gizi juga dibahas secara mendalam, memberikan gambaran bagaimana kebijakan tersebut diterapkan di tingkat nasional dan berdampak pada masyarakat luas. Dengan gaya bahasa yang mudah dipahami, buku ini cocok untuk berbagai kalangan yang ingin mendalami isu-isu kesehatan masyarakat dan mencari solusi praktis untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.



No.022/RAU/2024

IKAPI

ISBN 978-634-7109-59-0



9

786347

109590