KESEHATAN MASYARAKAT DALAM KEBIDANAN

Penulis :

- Sulistyani Prabu Aji
- Astik Umiyah
- Eka Supriyanti
- Arsulfa
- Teta Puji Rahayu
- Diana Noor Fatmawati
- Evi Dwi Prastiwi
- Ummi Kaltsum S. Saleh
- Rika Resmana
- Sri Hernawati Sirait
- Parmiana Bangun
- Agnis Sabat Kristiana
- Nurrasyidah

ISBN 978-623-8051-15-1

KESEHATAN MASYARAKAT DALAM KEBIDANAN

Sulistyani Prabu Aji
Astik Umiyah
Eka Supriyanti
Arsulfa
Teta Puji Rahayu
Diana Noor Fatmawati
Evi Dwi Prastiwi
Ummi Kaltsum S. Saleh
Rika Resmana
Sri Hernawati Sirait
Parmiana Bangun
Agnis Sabat Kristiana
Nurrasyidah

PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

KESEHATAN MASYARAKAT DALAM KEBIDANAN

Penulis :
Sulistyani Prabu Aji
Astik Umiyah
Eka Supriyanti
Arsulfa
Teta Puji Rahayu
Diana Noor Fatmawati
Evi Dwi Prastiwi
Ummi Kaltsum S. Saleh
Rika Resmana
Sri Hernawati Sirait
Parmiana Bangun
Agnis Sabat Kristiana
Nurrasyidah

ISBN : 978-623-8051-15-1

Editor : Oktavianis, S.ST., M.Biomed
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.
Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.
Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :
Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah
Padang Sumatera Barat
Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id
Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, November 2022

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 atas kehadirat NYA sehingga *Book Caphter* Kesehatan Masyarakat Dalam Kebidanan dapat terselesaikan dengan baik.

Penulis sampaikan *book capther* ini pengembangan dari *book chapter* sebelumnya. Rekan-rekan yang tergabung dalam penulisan ini dapat menyelesaikan dengan tepat waktu. Sehingga dapat bermanfaat bagi siapapun yang membutuhkan keilmuan Kesehatan Masyarakat Dalam Kebidanan ini.

Penulis menyadari tulisan ini belum sempurna, sehingga membutuhkan masukan dari publik pembaca sehingga menjadi lebih baik lagi.

Terima kasih rekan-rekan penulis, penerbit dan rekan yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan *Book Capther*.

Penulis, 2022

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR ..... **i**
DAFTAR ISI ..... **ii**
DAFTAR GAMBAR ..... **vii**
DAFTAR TABEL ..... **viii**
BAB 1 KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT **1**
1.1 Pendahuluan 1
1.2 Pengertian Kesehatan Masyarakat 2
1.3 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat 3
1.3.1 Promotif (Peningkatan Kesehatan) 3
1.3.2 Preventif (Pencegahan Penyakit) 4
1.3.3 Kuratif (Pengobatan) 5
1.3.4 Rehabilitatif (Pemeliharaan Kesehatan) 6
1.4 Sejarah Kesehatan Masyarakat 6
1.4.1 Kelompok Pertama (Aliran 1) 6
1.4.2 Kelompok Kedua (Aliran 2) 7
1.5 Perkembangan Kesehatan Masyarakat 8
1.5.1 Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan 8
1.5.2 Periode Ilmu Pengetahuan 8
1.5.3 Sejarah Perkembangan Masyarakat di Indonesia 9
BAB 2 KONSEP *PRIMARY HEALTH CARE* (PHC) **13**
2.1 Latar Belakang 13
2.2 Pengertian 14
2.3 Unsur PHC 15
2.4 Startegi PHC 15
2.5 Karakteristik *Primary Health Care* (PHC): 16
2.6 Hal-hal yang mendorong pengembangan konsep *Primary Health Care* adalah: 17
2.7 Ciri-ciri PHC 17
2.8 Elemen PHC 17
2.9 Prinsip Dasar PHC 18
BAB 3 PENERAPAN KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA **21**
3.1 Pendahuluan 21
3.2 Definisi Kesehatan Masyarakat 21

3.3 Tujuan Kesehatan Masyarakat 22
3.4 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat 22
3.5 Prinsip Kesehatan Masyarakat 23
3.6 Penerapan Kesehatan Masyarakat 24
BAB 4 PONED 30
4.1 Pendahuluan 30
4.2 Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) 31
4.2.1 Pengertian 31
4.2.2 Prinsip Dasar Penanganan Kegawatdaruratan 32
4.2.3 Hirarki pelayanan kesehatan 33
4.2.4 Komponen Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) 33
4.3 Kebijakan Pengelolaan Pelayanan Rujukan Obstetri dan Neonatal Dasar dan Komprehensif (PONED & PONEK) 34
4.4 Penerimaan Pasien di Puskesmas Mampu PONED 38
4.4.1 Kasus yang dirujuk ke Puskesmas mampu PONED, kemungkinan berasal dari: 38
4.4.2 Alur Pelayanan di fasilitas rawat inap Puskesmas 39
BAB 5 PONEK 41
5.1 Latar Belakang 41
5.2 Dasar Hukum 42
5.3 Pengertian 42
5.4 Tujuan 43
5.5 Ruang Lingkup 43
5.6 Mekanisme Alur Pasien 45
5.7 Kriteria Umum RS Mampu PONEK 24 Jam 45
5.8 Sarana Prasarana 46
5.9 Pemantauan dan Evaluasi Kerja PONEK 47
5.10 Perkembangan PONEK 47
BAB 6 PUSAT PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK 50
6.1 Pendahuluan 50
6.2 Pusat Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) 51
6.2.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) 52
6.2.2 Puskesmas Pembantu (Pustu) 53
6.2.3 Puskesmas Keliling (Pusling) 54

6.2.4 Pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes) 56
6.2.5 Pondok Bersalin Desa (Polindes) 59
6.2.6 Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) 59
BAB 7 PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT 64
7.1 Pendahuluan 64
7.2 Pengertian Pusat Kesehatan Masyarakat 65
7.3 Tujuan Puskesmas 65
7.4 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas 66
7.5 Tugas, Fungsi dan Wewenang Puskesmas 66
7.6 Persyaratan Puskesmas 68
7.7 Kategori Puskesmas 68
7.8 Pelayanan Kesehatan di Puskesmas 69
7.8.1 Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) 70
7.8.2 Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) 71
7.9 Pelayanan Kesehatan Kerja di Puskesmas 71
7.10 Jaringan Pelayanan, Jejaring dan Rujukan Puskesmas 72
7.11 Sistem Informasi Puskesmas 73
7.12 Akreditasi Puskesmas 73
BAB 8 KESEHATAN LINGKUNGAN 76
8.1 Pendahuluan 76
8.2 Konsep Kesehatan Lingkungan 76
8.3 Dampak Kesehatan Lingkungan Bagi Kesehatan Ibu dan Anak 80
BAB 9 GIZI KESEHATAN MASYARAKAT 86
9.1 Pendahuluan 86
9.2 Makanan Seimbang 86
9.3 Masalah Gizi Masyarakat 89
BAB 10 KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DALAM KONTEKS KESEHATAN MASYARAKAT 99
10.1 Pendahuluan 99
10.2 Remaja 101
10.3 Kesehatan Reproduksi Remaja 102
10.4 Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja 103
10.3.1 Perilaku Berisiko dan Kurangnya Informasi Yang Benar 103
10.3.2 Kurangnya Akses Pelayanan Kesehatan Reproduksi 104

10.3.3 Kehamilan Dan Persalinan Usia Muda Yang Beresiko Kematian Ibu Dan Bayi 106
10.3.4 Masalah Penyakit Infeksi Menular Seksual Termasuk Infeksi HIV/AIDS 108
10.3.5 Tindak Kekerasan Seksual (Pemerkosaan, Pelecehan Seksual dan Transaksi Seks Komersil) 109
10.3.6 Kehamilan Yang Tidak Diinginkan 110
10.4 Faktor Yang Mempengaruhi Masalah Kesehatan Reproduksi 111
10.5 Upaya Pemerintah Meningkatkan Kesehatan Reproduksi Remaja 111
BAB 11 PROBLEMA LANSIA DALAM PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT 118
11.1 Pendahuluan 118
11.2 Ciri-ciri lanjut usia 122
11.3 Perubahan Fisiologi Lansia 123
11.4 Perkembangan Lanjut Usia 125
11.5 Jenis pelayanan kesehatan terhadap lansia 126
11.6 Permasalahan Lanjut Usia 129
11.7 Solusi Permasalahan 134
11.8 Kesimpulan 134
BAB 12 PENGEMBANGAN WAHANA PERAN SERTA MASYARAKAT 138
12.1 Pendahuluan 138
12.2 Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) 138
12.2.1 Pengertian 139
12.2.2 Tujuan 139
12.2.3 Sasaran 139
12.2.4 Persyaratan Pembentukan Posyandu 139
12.2.5 Pembentukan Posyandu 139
12.2.6 Kegiatan 140
12.2.7 Kader Posyandu 141
12.2.8 Lokasi 142
12.2.7 Penyelenggaraan 142
12.2.8 Pelayanan Kesehatan 143
12.2.9 Pembiayaan 143
12.2.9 Tingkat Perkembangan Posyandu 144

12.3 Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) 144
12.3.1 Pengertian 144
12.3.2 Tujuan 144
12.3.3 Ruang Lingkup Kegiatan 145
12.3.4 Pengembangan dan Pembentukan Poskesdes 145
12.3.5 Pelaksanaan Poskesdes 146
12.3.6 Pembiayaan 147
12.4 Ambulan Desa 148
12.4.1 Pengertian 148
12.4.2 Tujuan 148
12.4.3 Kriteria 148
12.5 Donor Darah Berjalan 148
12.5.1 Pengertian 148
12.5.2 Tahapan 148
12.6 Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin) 149
12.6.1 Pengertian 149
12.6.2 Tujuan 149
12.6.3 Pelaksanaan Tabulin 149
BAB 13 PEMBIAYAAN KESEHATAN 152
13.1 Pendahuluan 152
13.2 Sumber Pembiayaan Kesehatan 153
13.3 Fungsi Pembiayaan Kesehatan 155
13.4 Mekanisme Pembiayaan Kesehatan di Indonesia 156
BIODATA PENULIS

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 : Salah satu contoh Usaha Promotif yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan.....4
Gambar 1.2 : Salah satu jenis Pengobatan kepada Pasien....5
Gambar 1.3 : Pendekatan proaktif.....7
Gambar 4.1 : Alur Rujukan Di Puskesmas Mampu Poned ...39
Gambar 5.1 : Alur Rujukan Maternal dan Neonatal di RS 45
Gambar 9.1 : Tumpeng Gizi Seimbang 87
Gambar 10.1 : Salam GenRe.....113
Gambar 10.2 : Kecakapan Hidup (*Life Skills*) 114

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 : Fasilitas dan Sumber Daya pada Level Pelayanan Kesehatan 37
Tabel 12.1 : Indikator Peringkat Posyandu 144

BAB 1
KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Sulistyani Prabu Aji

1.1 Pendahuluan

Kesehatan masyarakat didefinisikan sebagai "ilmu dan seni mencegah penyakit", memperpanjang hidup, dan meningkatkan kualitas hidup dengan melakukan upaya-upaya terorganisasi dan memberi pilihan informasi kepada masyarakat, organisasi, komunitas, dan individu.

Masalah kesehatan merupakan masalah yang sangat penting yang dihadapi oleh masyarakat saat ini. Semakin maju tekhnologi di bidang kedokteran, semakin banyak penyakit yang terjadi di masyarakat.

Kesehatan Masyarakat adalah kegiatan yang diadakan oleh masyarakat dan/atau sektor swasta untuk menangani masalah terkait mengenai hal yang mempengaruhi situasi kesehatan dari seluruh komunitas atau populasi. Ini mencakup penyakit, keamanan, mutu makanan, dan penyediaan jasa kesehatan. Kesehatan masyarakat melingkupi seluruh spektrum dan tidak hanya pada kategori tertentu. Bagaimanapun, setiap hal ditangani secara individual untuk memastikan kesehatan secara keseluruhan dan tingkat keamanan dari komunitas dipertahankan berada di tingkat optimal. (Alhamda & Sriani, 2015)

Konsep "sehat", World Health Organization (WHO) (WHO, 2013) merumuskan dalam cakupan yang sangat luas, yaitu "keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat". Dalam definisi ini, sehat bukan sekedar terbebas dari penyakit atau cacat.

1.2 Pengertian Kesehatan Masyarakat

Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat (Ikatan Dokter Amerika, AMA, 1948). Kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan dalam mencegah penyakit yang melanda penduduk atau masyarakat. Kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan Praktek (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). (Herlina & Luthfi, 2019)

Kesehatan masyarakat adalah sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran, sanitasi, dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat. Bagaimana pendapat Anda tentang pengertian tersebut? Apakah dengan membaca pengertian itu Anda sudah dapat membayangkan tentang kesehatan masyarakat? Apakah Anda sudah dapat menjelaskan, apa itu kesehatan masyarakat dan bagaimana cara mencapainya kesehatan tersebut. Jika pertanyaan tersebut sudah dapat Anda jawab, berarti Anda sudah dapat menjelaskan pengertian kesehatan masyarakat. (Cholifah, Nisak, & K, 2021)

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

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

Arti lain kesehatan menurut WHO (1947) adalah suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan. Sehat menurut UU 23 tahun 1992 tentang kesehatan menyatakan bahwa kesehatan adalah keadaan

sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang mungkin hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Sehat secara mental (kesehatan jiwa) adalah satu kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, intelektual dan emosional yang optimal dari seseorang dan perkembangan itu berjalan selaras dengan keadaan orang-orang lain. Sehat secara sosial adalah perikehidupan seseorang dalam masyarakat, yang diartikan bahwa seseorang mempunyai cukup kemampuan untuk memelihara dan memajukan kehidupannya sendiri dan kehidupan keluarga sehingga memungkinkan untuk bekerja, beristirahat dan menikmati liburan.

Berdasarkan dua pengertian kesehatan tersebut, dapat disarikan bahwa kesehatan ada empat dimensi, yaitu fisik (badan), mental (jiwa), sosial dan ekonomi yang saling mempengaruhi dalam mewujudkan tingkat kesehatan pada seseorang, kelompok, atau masyarakat. Oleh karena itu, kesehatan bersifat holistik atau menyeluruh, tidak hanya memandang kesehatan dari segi fisik saja. Misalnya: seseorang kelihatan sehat dari segi fisiknya, akan tetapi ia tidak mampu mengendalikan emosinya ketika sedih maupun senang dengan mengekspresikan ke dalam bentuk perilaku berteriak atau menangis keras-keras, atau tertawa terbahak-bahak yang membuatnya sulit untuk bisa kembali ke kondisi normal, maka orang tersebut tidak sehat. Begitu pula orang yang kelihatan sehat dari segi fisiknya, akan tetapi tidak mampu memajukan kehidupannya sendiri dengan belajar, bekerja, ataupun berinteraksi dengan masyarakat sekitarnya, maka orang tersebut tidak bisa dikatakan sehat.

1.3 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Untuk ruang lingkup kesehatan masyarakat menurut (Fatimah, 2020) sendiri meliputi 4 usaha :

1.3.1 Promotif (Peningkatan Kesehatan)

Istilah promotif diartikan sebagai "peningkatan", hal tersebut tidak terlepas dari asal mula digunakannya istilah promotif itu sendiri. Promotif atau promosi kesehatan merupakan terjemahan dari bahasa Inggris promotion of health. (Johan & Fadzlul, 2019).

Istilah ini muncul dari terjemahan lima tingkatan pencegahan (*five levels of prevention*) yang dijelaskan dalam buku yang berjudul

"*Preventive Medicine For The Doctor In His Community*" karangan dari H.R. Leavell dan E.G. Clark.

Usaha Yang Ditujukan Untuk Meningkatkan Kesehatan Yang Meliputi Usaha-Usaha, Peningkatan Gizi, Pemeliharaan Kesehatan Perorangan, Pemeliharaan Kesehatan Lingkungan, Olah Raga Secara Teratur, Istirahat Yang Cukup Dan Rekreasi Sehingga Seseorang Dapat Mencapai Tingkat Kesehatan Yang Optimal. (Syafrudin, 2021)

Promotion of health yang terjemahan aslinya adalah promosi kesehatan, merupakan tingkatan pencegahan pertama, yang oleh para ahli Kesehatan Masyarakat di Indonesia diartikan sebagai peningkatan kesehatan.

Gambar 1.1 : Salah satu contoh Usaha Promotif yang dilakukan oleh Tenaga Kesehatan

1.3.2 Preventif (Pencegahan Penyakit)

Istilah preventif diartikan sebagai "pencegahan". Yang dimaksud dengan preventif kesehatan atau upaya kesehatan preventif adalah suatu upaya melakukan berbagai tindakan untuk menghindari terjadinya berbagai masalah kesehatan yang mengancam diri kita sendiri maupun orang lain di masa yang akan datang. (Susanto, 2020)

Usaha pencegahan suatu penyakit lebih baik dari pada mengobati, hal ini dikarenakan usaha pencegahan suatu penyakit akan memunculkan hasil yang lebih baik dan biaya yang lebih murah. (Anies, 2017)

Usaha Yang Ditujukan Untuk Mencegah Terjadinya Penyakit Melalui Usaha-Usaha Pemberian Imunisasi Pada Bayi Dan Anak, Ibu Hamil, Pemeriksaan Kesehatan Secara Berkala Untuk Mendeteksi Penyakit Secara Dini.

1.3.3 Kuratif (Pengobatan)

Usaha Yang Ditujukan Terhadap Orang Sakit Untuk Dapat Diobati Secara Tepat Sehingga Dalam Waktu Singkat Dapat Dipulihkan Kesehatannya.

Istilah kuratiff diartikan sebagai "penyembuhan". Yang dimaksud dengan kuratif kesehatan atau upaya kesehatan kuratif adalah suatu upaya kesehatan yang dilakukan untuk mencegah penyakit menjadi lebih parah melalui pengobatan.

Upaya kesehatan kuratif juga dapat diartikan sebagai usaha medis yang dilakukan untuk menyembuhkan atau mengurangi rasa sakit yang diderita seseorang. Termasuk dalam tindakan ini adalah mengenal dan mengetahui jenis penyakit pada tingkat awal serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera.

Tujuan utama dari usaha pengobatan (kuratif) adalah pengobatan yang setepat-tepatnya dan secepat-cepatnya dari setiap jenis penyakit sehingga tercapai penyembuhan yang sempurna dan segera.

Upaya kuratif cenderung bersifat reaktif, maksudnya upaya kesehatan kuratif umumnya dilakukan setelah adanya suatu penyakit atau setelah masalah datang. Upaya kesehatan kuratif ini juga cenderung hanya melihat dan menangani penderita penyakit lebih kepada sistem biologis-nya saja.

Dengan kata lain penderita hanya dilihat secara parsial, padahal sebagai manusia seutuhnya, kesehatan seseorang tidak hanya sebatas pada sistem biologis saja tetapi meliputi juga kesehatan psikologis dan sosial.

Gambar 1.2 : Salah satu jenis Pengobatan kepada Pasien

1.3.4 Rehabilitatif (Pemeliharaan Kesehatan)

Istilah rehabilitatif diartikan sebagai "pemulihan". Yang dimaksud dengan rehabilitatif kesehatan atau upaya kesehatan rehabilitatif adalah suatu upaya maupun rangkaian kegiatan yang ditujukan kepada bekas penderita (pasien yang sudah tidak menderita penyakit) agar dapat berinteraksi secara normal dalam lingkungan sosial. (Jannah, 2022)

Usaha rehabilitatif ini memerlukan bantuan dan pengertian dari seluruh anggota masyarakat untuk dapat mengerti dan memahami keadaan mereka (bekas penderita), sehingga memudahkan mereka (bekas penderita) dalam proses penyesuaian dirinya dalam masyarakat dengan kondisinya yang sekarang ini.

Usaha Yang Ditujukan Terhadap Penderita Yang Baru Pulih Dari Penyakit Yang Dideritanya.

1.4 Sejarah Kesehatan Masyarakat

Dalam membicarakan ilmu kesehatan masyarakat yang perlu dikenal adalah 2 tokoh metologi Yunani yaitu ASCLEPIUS dan HIGEIA. ASCLEPIUS dikenal melakukan pengobatan penyakit setelah penyakit tersebut terjadi pada seseorang. Artinya tokoh ini lebih mengutamakan pengobatan atau kuratif, sedangkan HIGEIA lebih menganjurkan kepada pengikutnya dalam pendekatan masalah melalui hidup seimbang, menghindari makanan/minuman beracun, makan makanan yang bergizi, cukup istirahat dan melakukan olah raga, HIGEIA lebih menganjurkan melakukan upaya-upaya alamiah untuk menyembuhkan penyakit. (Raditya, et al., 2021)

Tokoh ini lebih mengutamakan tindakan preventif atau pencegahan penyakit.

Berdasarkan cerita mitos Yunani ASCLEPIUS dan HEGEIA, muncul dua aliran atau pendekatan dalam menangani masalah-masalah kesehatan, yaitu:

1.4.1 Kelompok Pertama (Aliran 1)

Cenderung menunggu terjadinya penyakit. Oleh karena itu kelompok ini dikenal menggunakan pendekatan kuratif (pengobatan).

Pendekatan Kuratif pada Umumnya :

1. Dilakukan terhadap sasaran secara individual, kontak terhadap sasaran (pasien) pada umumnya hanya satu kali saja.

2. Jarak antara petugas kesehatan (dokter, dokter gigi, psikiater dan praktisi-praktisi lain yang melakukan pengobatan penyakit) dengan pasien atau sasaran cenderung jauh.
3. Cenderung bersifat reaktif, artinya kelompok ini umumnya hanya menunggu masalah dating.
4. Cenderung melihat dan menangani klien atau pasien lebih kepada sistem biologis manusia atau pasien dilihat secara partial

1.4.2 Kelompok Kedua (Aliran 2)

Cenderung melakukan upaya-upaya pencegahan penyakit (preventif) dan meningkatkan kesehatan (promotif) sebelum terjadinya penyakit.

Pendekatan preventif pada umumnya:

1. Sasaran atau pasien adalah masyarakat (bukan perseorangan).
2. Masalah yang ditangani pada umumnya juga masalah-masalah yang menjadi masalah masyarakat, bukan masalah individu atau perseorangan.
3. Jarak antara petugas kesehatan masyarakat dengan masyarakat lebih bersifat kemitraan, tidak seperti antar dokter-pasien.
4. Lebih menggunakan pendekatan proaktif, artinya tidak hanya menunggu pasien datang, tetapi harus turun ke masyarakat.

Gambar 1.3 : Pendekatan proaktif

5. Melihat klien sebagai manusia yang utuh, dengan pendekatan yang holistik. Terjadinya penyakit tidak semata-mata karena terganggunya sistem biologi, individual, akan tetapi dalam konteks yang luas seperti aspek biologis, psikologis dan social

1.5 Perkembangan Kesehatan Masyarakat

1.5.1 Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan

Upaya untuk menanggulangi masalah-masalah kesehatan dan penyakit telah dilakukan oleh negara-negara dengan kebudayaan yang paling luas yakni pada zaman Babylonia, Mesir, Yunani dan Roma, pada zaman tersebut juga ditemukan dokumen-dokumen tertulis bahkan peraturan- peraturan tertulis tentang pembuangan air limbah, drainase, pengaturan air minum, pembuangan kotoran. Pada Zaman Romawi kuno telah dikeluarkan peraturan yang mengharuskan masyarakat mencatat tentang pembangunan rumah, binatang-binatang yang berbahaya bahkan ada keharusan pemerintah kerajaan untuk melakukan supervisi atau peninjauan kepada tempat minum masyarakat, warung makan dan tempat-tempat prostitusi. (Achmadi, 2013)

Pada abad ke tujuh kesehatan masyarakat makin dirasakan kepentingannya karena berbagai penyakit menular makin menyerang sebagian besar penduduk dan telah menjadi epidemi bahkan dibeberapa menjadi endemi misal penyakit kolera. Pada abad ke 14 mulai terjadi wabah pes di India dan China, namun upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat secara menyuruh belum dilakukan oleh manusia yang hidup dalam zamannya.

1.5.2 Periode Ilmu Pengetahuan

Bangkitnya ilmu pengetahuan akhir abad ke 18 dan awal abad ke 19 mempunyai dampak yang luas terhadap aspek kehidupan manusia, termasuk kesehatan. Kalau pada abad-abad sebelumnya masalah kesehatan khususnya penyakit hanya dilihat sebagai penomenal biologis dan pendekatan yang lakukan secara biologis dan sempit, maka mulai abad ke 19 masalah kesehatan adalah masalah yang kompleks. Pada abad ini mulai ditemukan berbagai penyebab penyakit dan vaksin sebagai pencegah penyakit. Louis Pasteur menemukan vaksin untuk mencegah penyakit cacar, Josep Lister menemukan asam karbor untuk sterilisasi, William Marton menemukan ether untuk anastesi.

Pada tahun 1832 dilakukan penyelidikan dan upaya-upaya kesehatan masyarakat oleh Edwin Chadwiech dkk, pada saat itu masyarakat Inggris terserang penyakit epidemi wabah kolera, laporan

hasil penyelidikannya adalah masyarakat hidup dikondisi sanitasi yang jelek, sumur penduduk berdekatan dengan air kotor dan pembuangan kotoran manusia, air limbah mengalir terbuka tidak teratur, makanan yang dijual di pasar banyak dikerubung lalat di samping itu ditemukan sebagian besar masyarakat miskin tidak mampu membeli makanan yang bergizi.

Pada tahun 1955 pemerintah Amerika telah membentuk Departemen Kesehatan yang pertama kali yang berfungsi untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan bagi penduduk. Pada tahun 1872 telah diadakan pertemuan orang-orang yang mempunyai perhatian terhadap kesehatan masyarakat di New York dan menghasilkan Asosiasi Masyarakat Amerika (*American Public Health Association*).

1.5.3 Sejarah Perkembangan Masyarakat di Indonesia

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia telah dimulai sejak masih dalam masa jajahan pemerintahan Belanda. Agar lebih jelas, ikuti perjalanan waktu sejarah kesehatan masyarakat di Indonesia di bawah ini:

1. Tahun 1888, di Bandung berdiri Pusat Laboratorium Kedokteran yang berperan penting dalam mengembangkan kesehatan masyarakat di Indonesia. Kemudian pada tahun 1938, Pusat Laboratorium ini berubah menjadi Lembaga Eijkman. Selanjutnya diikuti dengan pendirian laboratorium lain di Medan, Semarang, Makassar, Surabaya, dan Yogyakarta. Laboratorium-laboratorium tersebut mempunyai peranan yang sangat penting dalam rangka menunjang pemberantasan penyakit, seperti malaria, lepra, cacar yang telah menyebar di Indonesia. Bahkan juga berperan untuk bidang kesehatan masyarakat yang lain, seperti gizi dan sanitasi.
2. Tahun 1925, seorang petugas kesehatan Pemerintah Belanda bernama Hydrich melakukan pengamatan terhadap masalah tingginya angka kematian dan kesakitan di Banyumas hingga Purwokerto. Ia menyimpulkan bahwa penyebab tingginya angka kematian dan kesakitan itu adalah karena buruknya kondisi sanitasi lingkungan.

   Masyarakat di sana membuang kotorannya di sembarang tempat. Seperti di kebun, kali, selokan, bahkan

di pinggir jalan. Masyarakat di sana juga bahkan mengomsumsi air minum dari sungai yang tercemar. Menurut Hydrich, kondisi sanitasi lingkungan yang buruk itu disebabkan karena perilaku penduduknya sendiri.

Oleh sebab itu, Hydrich memulai upaya kesehatan masyarakat dengan mengembangkan daerah percontohan dengan melaksanakan pendidikan atau penyuluhan kesehatan. Usaha Hydrich dianggap sebagai awal kesehatan masyarakat di Indonesia.

3. Salah satu tonggak penting perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia terjadi pada saat memasuki zaman kemerdekaan dengan diperkenalkannya Konsep Bandung pada tahun 1951 oleh dr. Y. Leimena dan dr. Patah, selanjutnya dikenal dengan nama Patah-Leimena.

   Dalam konsep ini diperkenalkan bahwa aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Dalam mengembangkan sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit dan puskesmas di Indonesia, kedua aspek itu juga tidak boleh dipisahkan.
4. Tahun 1956 Dr. Y Sulianti dalam kegiatan pengembangan masyarakat mendirikan 'Proyek Bekasi' (Tepatnya Lemah Abang). Proyek itu menjadi sebagian proyek percontohan atau model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat pedesaan di Indonesia juga sebagai pusat pelatihan tenaga kesehatan.

   Untuk melancarkan penerapan konsep pelayanan terpadu ini, terpilih 8 desa wilayah pengembangan masyarakat. Yaitu Inderapura (Sumatra Utara), Lampung, Bojong Loa (Jawa Barat), Sleman, Godean (Yogyakarta), Mojosari (Jawa Timur), Kesiman (Bali), dan Barabai (Kalimantan Selatan).

   Kedelapan wilayah tersebut merupakan cikal bakal sistem puskesmas hingga saat ini.
5. Akhirnya tahun 1968, dalam rapat kerja kesehatan nasional dicetuskan bahwa puskesmas merupakan sistem pelayanan kesehatan terpadu, yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah (Departemen Kesehatan) menjadi pusat pelayanan kesehatan masyarakat (puskesmas).

Puskesmas disepakati sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh dan mudah dijangkau, dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan

DAFTAR PUSTAKA

Achmadi, U. F. 2013. *Kesehatan Masyarakat (Teori dan Aplikasinya).* Depok: Raja Grafindo Persada.

Alhamda, S., & Sriani, Y. 2015. *Buku AJjar KEsehatan Masyarakat.* Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta: Deepublish.

Anies. 2017. *Pencegahan Dini Gangguan Kesehatan (Berbagai Penyakit dan Gangguan Kesehatan Yang Perlu diwaspadai dan dicegah secara dini).* Jakarta: Gramedia Digital.

Cholifah, Nisak, U. K., & K, P. A. 2021. *Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat.* Sidoarjo: Universitas Muhammadiyah Sidoarjo.

Fatimah, E. S. 2020. *Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat*. Retrieved from Medcom.id: https://osc.medcom.id/community/ruang-lingkup-kesehatan-masyarakat-983#:~:text=Ruang%20Lingkup%20Kesehatan%20Masyarakat%20Meliputi,Yang%20Cukup%20Dan%20Rekreasi%20Sehingga

Herlina, S., & Luthfi, M. 2019. *Kesehatan Masyarakat (Implementasi, Konsep, SKenario Kasus, dan Dasar Hukum).* Bandung: Intimedia.

Jannah, E. 2022. *Konsep Dasar Kesehatan Masyarakat*. Retrieved from Academia.edu: https://www.academia.edu/27971976/KONSEP_DASAR_KESEHATAN_MASYARAKAT

Johan, H., & Fadzlul, F. 2019. *Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat.* Sleman: Gosyen Publishing.

Raditya, Suryadarma, A., Koesmayadi, G., Emka, H., Rahman, I., Handoyo, P., . . . Prakarsa, P. 2021. *Sejarah Singkat Kesehatan Masyarakat di Indonesia*. Retrieved from Rumah Cemara: https://rumahcemara.or.id/book/sejarah-singkat-kesehatan-masyarakat-di-indonesia/#:~:text=Sejarah%20perkembangan%20kesehatan%20masyarakat%20di,kolera%20yang%20menyebar%20di%20masyarakat.

Susanto, N. 2020. *Epidemiologi PEncegahan Penyakit.* Sleman: Gosyen.

Syafrudin. 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat.* Jakarta: Gramedia Digital.

WHO. 2013. *Konsep Kesehatan.* Jakarta: World Health Organization.

BAB 2
KONSEP *PRIMARY HEALTH CARE* (PHC)

Oleh Astik Umiyah

2.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO) mempromosikan *Pelayanan Kesehatan Dasar atau yang disebut Primary Health Care (PHC) pada tahun 70-an. Kegiatan Primary Health Care (PHC) bertujuan menyajikan pelayanan kesehatan yang berkualitas yang bisa diakses oleh masyarakat dengan mudah.*

Deklarasi Alma Ata pada tahun 1978 yang terselenggara di kota Alma Ata Kazakhstan, membentuk Konferensi Internasional yang didalamnya di hadiri oleh 140 negara termasuk Indonesia, Konferensi tersebut di promotori oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan organisasi PBB bagi Anak (UNICEF).

Primary Health Care (PHC) yang diterapkan di Indonesia mempunyai 3 (tiga) kiat primer yang dapat dilaksanakan pertama kerjasama multisectoral, kebutuhan implementasi teknologi yang disesuai melalui penerapan kebutuhan di masyarakat dan keikutsertaan masyarakat

Primary Health Care (PHC) merupakan sistem pelayanan kesehatan yang bersentuhan atau yang berhubungan pertama dengan individu, keluarga, atau masyarakat dalam sistem pelayanan. Di Indonesia kegiatan tersebut sejalan dengan program Indonesia Sehat yang pelaksanaannya dengan pendekatan keluarga dan GERMAS. Penyelenggaraan *Primary Health Care (PHC) di negara Indonesia diwujudkan dalam bentuk pelaksanaan di Puskesmas, Poskesdes, dan Posyandu disetiap Wilayah yang ada baik di Kecamatan maupun di Kelurahan di masing-masing wilayah kerja.*

Kegitaan *Primary Health Care (PHC) di Puskesmas dilakukan dengan startegi life cycle approach*. Upaya yang diutamakan mengarah pada upaya promotif dan preventif serta diiringi penggalangan UKBM. Pokok isi deklarasi tersebut adalah Pelayanan Kesehatan Dasar (primer) adalah cara pencapaian primer dalam kesehatan bagi seluruh (*Health for all*), mewujudkan sebagai bentuk hak asazi manusia.

Deklarasi Alma Ata di kota Alma Ata Kazakhstan ini seterusnya dikenal melalui: Kesehatan semua untuk tahun 2000 atau 'Health for all by the year 2000".
(Widyawati, 2018)

Tujuan Umum PHC

Berupaya mendeteksi harapan masyarakat atas pelayanan yang dilakukan sampai dapat ditemukan atau diraih derajat kepuasan pada masyarakat yang mendapatkan pelayanan

Tujuan Khusus PHC

1. Memberikan layanan bagi penduduk yang akan dilayani secara keseluruhan.
2. Memberikan layanan yang dapat diterima oleh penduduk yang akan dilayani serta mendpatkan persetujuan.
3. Memberikan layanan kesehatan sesuai dengan ketentuan medis untuk penduduk yang akan dilayani
4. Memberikan layanan semaksimal mungkin serta memakai tenaga dan sumber daya lain untuk mencapai kebutuhan penduduk yang akan dilayani.
   (Mubarok, 2012)

2.2 Pengertian

Primary *Health Care*/Layanan Kesehatan Dasar merupakan pendekatan holistik dalam menyediakan layanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan individu dan komunitas, pendekatan ini menjadi kontak pertama masyarakat dengan sistem layanan kesehatan.

Primary Health Care (PHC) yang berada di Indonesia terkenal luas dengan keberadaan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), klinik dokter, praktek bidan swasta, dan praktek perawat mandiri. Layanan kesehatan yang dilakukan dalam pelayanan meliputi :

1. Pengobatan
2. Pencegahan, dan
3. Promosi Kesehatan, hingga
4. Perawatan rehabilitatif.

Terlaksananya *Primary Health Care (PHC)* di era jaman kesehatan nasional mempunyai peran penting yang dapat memberikan layanan kesehatan primer ditinggak dasar baik secara individu maupun kelompok, mulai dari lapisan masyarakat paling bawah sampai lapisan masyarakat atas (di daerah pedesaan maupun perkotaan)
(CISDI, 2020)

2.3 Unsur PHC

Terdapat 3 unsur PHC diantaranya adalah:

a. Meliputi upaya kesehatan dasar
b. Masyarakat dilibatkan seutuhnya dalam peran serta kesehatan
c. Mengikut andilkan peran sertakan lintas sektor
   (Mubarok, 2012)

2.4 Startegi PHC

Strategi dalam mendukung *Primary Health Care (PHC)* ada 3 strategi, strategi ***pertama*** mengangkat dari inklusi Kementerian Kesehatan RI, yang ***kedua*** sehaluan melalui misi Kementerian Kesehatan, ***ketiga*** program saintifikasi jamu.

Pertama, strategi *Primary Health Care (PHC)* yang mengambil nilai inklusif dalam penerapan pelaksanaan pembangunan kesehatan yang dapat diterapkan diantara 5 (lima) nilai atara lain:

a. Berpihak pada masyarakat (pro-rakyat)
b. Tidak membeda-bedakan (inklusif),
c. Tanggap atau tidak masa bodoh (responsive),
d. Dapat membawa hasil (efektif), dan
e. Bersih.

Kedua, Strategi yang dilakukan dalam implementasi *Primary Health Care (PHC)* yang beriringan melalui misi Kementerian Kesehatan, yaitu:

a. Pemberdayaan masyarakat merupakan strategi untuk meningkatkan status kesehatan di masyarakat baik dalam sisi swasta dan masyarakat madani.
b. Menjamin ketersediaan pelayanan yang paripurna, pelayanan yang merata serta bermutu dan bekualitas sebagai wujud pengamanan kesehatan di masyarakat

c. Tersedianya sumber daya kesehatana yang merata; dan
d. Pemerintahan yang baik dapat diciptakan dengan tata kelolah yang baik.

Ketiga, Stratergi *Primary Health Care (PHC)* yang diterapkan mengacu pada Kementerian Kesehatan yang memunyai salah satu program yaitu **saintifikasi jamu** yang diawali sejak tahun 2010. Tujuannya adalah masyarakat dapat menjangkau adanya obat-obatan, yang dimaksud obat- obatan adalah obat herbal tradisional, dengan maksud obat tradisioanal yang sudah lazim dapat teregister serta memunyai izin edar yang nantinya dapat diintegrasikan di dalam pelayanan kesehatan formal.
(Kementrian Kesehatan RI, 2011)

2.5 Karakteristik Primary Health Care (PHC):

1. Mengimplementasi hasil riset kesehatan sosial, biomedis serta pelayanan kesehatan masyarakat dengan cara mendiskripsikan suasana sosial ekonomi, budaya dan politik masyarakat
2. Difokuskan untuk menanggulangi problem utama kesehatan masyarakat melalui cara preventif (pencegahan), promotif, kuratif dan rehabilitatif.
3. Mengikut sertakan dan mengembangkan keterlibatan lintas sektor dan perspektif pembangunan nasional dan masyarakat di selain sektor kesehatan, terlebih lagi pendidikan, agama, pekerjaan umum, pertanian, industri makanan, peternakan, penerangan, perumahan, perhubungan dan lainnya.
4. Memerlukan dan sekaligus menambah kepercayaan diri masyarakat dalam hal perencanaan, pelaksanaan/perwujudan serta pengorgansasian dan pengendalian dalam *Primary Health Care* serta penggunaan sumber daya yang ada.
5. Menyediakan pelayanan secara paripurna dengan mendahulukan kelompok masyarakat yang amat memerlukan dengan didukung upaya kesehatan terpadu serta adanya timbal balik melalui system rujukan.
6. Meningkatkan peran serta masyarakat dengan di topang oleh tenaga kesehatan professional dengan melibatkan masyarakat

dalam hal ini adalah tenaga kesehatan tradisonal yang terlatih di bidang teknis dan sosial dalam bentuk kerja tim kesehatan

2.6 Hal-hal yang mendorong pengembangan konsep *Primary Health Care* adalah:

1. Kegagalan penerangan teknologi pelayanan medis tanpa disertai orientasi aspek social-ekonomi-politik.
2. Upaya pembangunan kesehatan dapat dilakukan dengan cara menyebarkan pemahaman konsep pembangunan dengan mengikut sertakan sektor lain dalam mengutamakan pentingnya kerjasama lintas rektor, keterpaduan, perluasan/pemerataan, daya jangkau dalam mencapai upaya kesehatan.
3. Pencapai keberhasilan pembangunana Kesehatan di beberapa negara ditempuh melalui startegi pendekatan peran serat masyarakat.
   (Mubarok, 2012)

2.7 Ciri-ciri PHC

1. Melayani masyarakat secara primer
2. Melayani masyarakat dengan maksimal
3. Memberikan layanan yang terorganisir
4. Mengutamakan melayani kesehatan personal maupun kelompok/masyarakat
5. Memberikan layanan kesehatan secara terus menerus
6. Memberikan layanan yang progresif
7. Memberikan layanan yang bertuju pada keluarga
8. Memberikan layanan tanpa memandang dari aspek tertentu.

2.8 Elemen PHC

Pelayanan kesehatan dasar melalui Deklarasi Alma Ata yang mengemukakan bahwa untuk mencapai kesehatan bagi semua tahun 2000, harus mencakup sekurang-kurangnya 8 (delapan) pelayanan dasar yaitu:

a. Pendidikan kesehatan (*Health education*).
   Memberikan edukasi mengenai Kesehatan atau masalah kesehatan primer dan bagaimana cara pencegahan serta pengendalian penyakit
b. Peningkatan pengadaan makanan dan gizi (Promotion of food supplies and proper nutrition).
c. Pengadaan air bersih dan sanitasi dasar (Adequate supply of safe water and basic sanitation).
d. Pelayanan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana (Maternal and child care, including family planning).
e. Imunisasi (Immunization against the major infectious diseases).
f. Preventif dan pembasmian penyakit endemik (Prevention and control of locally endemic diseases).
g. Pengobatan penyakit-penyakit umum (Appropriate treatment of common diseases and injuries).
h. Pengadaan obat esensial (Provision essential drugs)

(Hikmawan, 2012)

2.9 Prinsip Dasar PHC

a. Pemerataan upaya kesehatan, yang dimaksudkan untuk mendistribusikan secara merata perawatan primer sebagai pemenuhan problem kesehatan primer dalam masyarakat dan memberikan pelayanan yang sama kepada segenap perorangan tanpa menilai usia, jenis kelamin, warna kulit, kasta, lokasi baik pedesaan ataupun perkotaan
b. Mengutamakan pada cara preventif, yang dimaksudkan adalah upaya kesehatan yang mecakup semua usaha, pekerjaan dan kegiatan pemeliharaan dan peningkatan derajat kesehatan melalui peran serta individu supaya berperilaku sehat serta mencegah berjangkitnya penyakit.
c. Pelaksanaan tehnologi tepat guna, yang dimaksud adalah tersedianya akses teknologi medis yang bisa di jangkau dan memadai serta dapat dipergunakan di wilayah tersebut.
d. Mengikut sertakan peran masyarakat, maksudnya adalah baik individu, keluarga diberi tanggung jawab terhadap

kesehatannya sendiri serta lingkungan sekitar untuk berkontribusi dalam pembangunan kesehatan di masyarakat.

e. Mengikut sertakan lintas sektor dalam upaya pembagunan kesehatan, maksudnya adalah kesehatan bukan hanya menjadi tugas kesehatan formal tetapi menjadi kepentingan sektor lain juga yang sama. Upaya pembangunan kesehatan yang dapat dilakukan bisa dalam hal mempromosikan kesehatan di masyarakat secara mandiri.

(Mubarok, 2012)

DAFTAR PUSTAKA

CISDI, 2020. *Primary Healthcare.* [Online] Available at: https://cisdi.org/id/gva_event/primary-healthcare/#:~:text=Di%20Indonesia%2C%20Primary%20Health%20Care,primosi%20kesehatan%20hingga%20perawatan%20rehabilitatif. [Accessed Rabu Agustus 2022].

Hikmawan, 2012. *Promosi Kesehatan Dalam Deklarasi Alma Ata.* [Online] Available at: http://hikmawan-s-fkm11.web.unair.ac.id/artikel_detail-6342… [Accessed Senin Agustus 2022].

Kementrian Kesehatan, RI.., 2011. *IMPLEMENTASI PRIMARY HEALTH CARE DI INDONESIA.* [Online] Available at: https://www.kemkes.go.id/article/view/1558/implementasi-primary-health-care-di-indonesia.html [Accessed Selasa Agustus 2022].

Mubarok, W. I., 2012. *Imu Kesehatan Masyarakat.* Jakarta: Salemba Medika.

Widyawati, 2018. *Indonesia Laksanakan Deklarasi Alma Ata.* [Online] Available at: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20181025/3828393/indonesia-laksanakan-deklarasi-alma-ata/#:~:text=Deklarasi%20Alma%20Ata%20merupakan%20bentuk,disponsori%20oleh%20WHO%20dan%20UNICEF. [Accessed Selasa Agustus 2022].

BAB 3
PENERAPAN KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA

Oleh Eka Supriyanti

3.1 Pendahuluan

Ilmu kesehatan masyarakat adalah ilmu yang mempelajari tentang masalah kesehatan yang ada di masyarakat dan untuk memecahkan masalah tersebut yaitu dengan menggunakan berbagai disiplin ilmu. Kesehatan masyarakat merupakan ilmu serta seni yang prakteknya mempunyai batasan permasalahan yang luas. Upaya yang dilakukan oleh tenaga kesehatan khususnya bidan yaitu secara langsung dan tidak langsung untuk memecahkan serta mengatasi masalah kesehatan masyarakat tersebut diantaranya yaitu dengan melakukan pencegahan penyakit, meningkatkan derajat kesehatan, melakukan pengobatan, serta pemeliharaan pada kesehatan fisik, mental, dan sosial (Eliana, 2016).

3.2 Definisi Kesehatan Masyarakat

Menurut Winslow (1920) Kesehatan Masyarakat merupakan suatu Ilmu serta Seni artinya yaitu suatu upaya untuk melakukan pencegahan penyakit, peningkatan derajat kesehatan, serta pengobatan melalui usaha program yang ada di masyarakat.

Menurut Eliana,dkk. (2016), program masyarakat yang dapat diberikan diantaranya :

1. Membina lingkungan menjadi lebih sehat
2. Penyakit menular yang harus diberantas
3. Memberikan pendidikan kesehatan terkait *personal hygene*.
4. Pengelompokkan pelayanan dan perawatan medis guna mendeteksi secara dini serta pemberian pengobatan.
5. Peningkatan derajat kesehatan untuk memenuhi kebutuhan hidup yang lebih baik (Eliana, 2016).

3.3 Tujuan Kesehatan Masyarakat

Tujuan kesehatan masyarakat di Indonesia yaitu dibagi menjadi beberapa bidang baik promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan sasaran semua masyarakat dapat memenuhi derajat kesehatan secara fisik, mental, maupun sosial. Menurut Eliana,dkk. (2016), adapun tujuan kesehatan masyarakat yaitu :

1. **Tujuan Umum**
   Memenuhi standar kesehatan masyarakat secara merata untuk mendapatkan standar kesehatan secara utuh dan mandiri.

2. **Tujuan Khusus**
   a. Meningkatkan pengetahuan diri, kelompok, keluarga, serta masyarakat dalam memahami konsep sehat sakit.
   b. Meningkatkan kemampuan diri, kelompok, keluarga, serta masyarakat untuk mengatasi permasalahan kesehatan yang ada.
   c. Penanganan keluarga, kelompok serta masyarakat yang membutuhkan penanganan khusus sebagai tindak lanjut dari pelayanan kesehatan. (Eliana, 2016).

3.4 Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Menurut Eliana, dkk. (2016), Batasan masalah atau ruang lingkup kesehatan masyarakat terdapat dua disiplin pokok keilmuan, yaitu ilmu bio medis serta ilmu sosial. Disiplin ilmu yang dapat menopang ilmu kesehatan masyarakat yaitu:

1. Kesehatan lingkungan
2. Kesehatan kerja
3. Gizi masyarakat
4. Pendidikan kesehatan
5. Epidemiologi
6. Administrasi kesehatan masyarakat
7. Biostatistik

Pemecahan permasalahan kesehatan masyarakat diselesaikan secara berbagai disiplin artinya kesehatan masyarakat mempunyai ruang lingkup bentangan usaha secara langsung dan tidak langsung untuk menyelesaikannya.

Adapun ruang lingkup usaha kesehatan masyarakat sebagai berikut :

1. Peningkatan Kesehatan (Promotif)
   Promotif merupakan suatu usaha untuk meningkatkan derajat atau status kesehatan seseorang yang mencakup perbaikan gizi, pemeliharaan kesehatan masyarakat dan lingkungan, melakukan olahraga secara rutin, istirahat cukup serta refreshing untuk medapatkan derajat kesehatan yang optimal.
2. Pencegahan (Preventif)
   Preventif merupakan suatu usaha untuk mencegah terjadinya suatu penyakit melalui imunisasi yang diberikan pada ibu hamil, bayi, anak, serta melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin untuk mendeteksi dini suatu penyakit.
3. Pengobatan (Kuratif)
   Kuratif merupakan suatu usaha yang dilakukan kepada orang yang sedang sakit kemudian diobati secara tepat sampai sehat kembali.
4. Pemeliharaan Kesehatan (Rehabilitatif)
   Rehabilitatif merupakan suatu usaha pemeliharaan kesehatan yang dilakukan kepada orang sakit yang sudah sembuh dari penyakitnya. (Eliana, 2016).

3.5 Prinsip Kesehatan Masyarakat

Menurut Eliana, dkk. (2016) prinsip kesehatan masyarakat di Indonesia sebagai berikut :

1. Individu, kelompok, keluarga, serta masyarakat merupakan sasaran pelayanan kesehatan.
2. Pelayanan kesehatan merupakan salah satu dasar atau wadah untuk menyelesaikan atau memecahkan suatu masalah kesehatan yang ada di masyarakat.
3. Masyarakat merupakan prioritas utama dalam pelayanan kesehatan.
4. Tenaga medis adalah tenaga kesehatan yang dipercaya oleh masyarakat.
5. Tenaga kesehatan berperan sebagai sebagai pendidik serta membantu masyarakat dalam memecahkan suatu masalah.

6. Masalah kesehatan yang muncul di masyarakat merupakan salah satu sumber kegiatan yang harus segera diselesaikan.
7. Pada umumnya semua kegiatan di masyarakat dipengaruhi oleh adanya perkembangan dan perubahan yan ada.
8. Bagian dari sistem kesehatan masyarakat yaitu adanya kegiatan kesehatan masyarakat
9. Program kesehatan di masyarakat merupakan hasil dari kegiatan yang ada di masyarakat (Eliana, 2016).

3.6 Penerapan Kesehatan Masyarakat

Salah satu paya penerapan kesehatan masyarakat di Indonesia yaitu :

1. Pemberantasan penyakit, baik menular maupun tidak menular.

   Penyakit menular yaitu suatu penyakit yang dapat menular ke manusia. Penyebabnya yaitu bisa virus, jamur, parasit serta bakteri, Penyakit menular bisa menjadi suatu permasalahan di dalam kesehatan masyarakat karena menimbulkan rasa sakit, cacat fisik, serta kematian.

   Menurut para ahli, penyakit menular didefinisikan yaitu penyakit yang dapat ditularkan dari satu orang ke orang yang lain, baik secara langsung maupun tidak langsung. Penyakit menular dapat cirikan dengan adanya suatu *agent* penyakit yang berpindah dan hidup untuk menyerang *host* atau inang (penderita). Dalam dunia kesehatan, penyakit menular merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh *agent* biologi (seperti virus, parasit dan bakteri), bukan disebabkan karena faktor fisik contohnya luka bakar atau faktor kimia contohnya keracunan.

   Berikut adalah jenis penyakit menular serta indikator sasaran pemberantasannya :

   a. Penyakit polio, indikator sasarannya yaitu tercapainya penemuan seluruh penderita *Acute Flacid Paralysis* rate per 100.000 penduduk usia < 15 tahun.
   b. Penyakit TB Paru, indikator sasarannya yaitu adanya peningkatan angka kesembuhan penderita TB Paru.

c. Penyakit ISPA, indikator sasarannya yaitu semua balita penderita pneumonia yang ditemukan segera mendapatkan penanganan pelayanan kesehatan dengan baik.
d. Penyakit HIV/AIDS, indikator sasarannya sebagai berikut:
    1) Sebelum donor darah dilakukan skrining terlebih dahulu.
    2) Penderita penyakit HIV/AIDS mendapatkan penanganan pelayanan kesehatan yang baik.
    3) Penderita penyakit Infeksi Menular Seksual ditangani atau diobati secara tepat.
    4) Semua tempat lokalisasi diwajibkan menggunakan kondom.
e. Penyakit demam berdarah, indikator sasarannya yaitu penderita demam berdarah mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik.
f. Penyakit diare, indikator sasarannya yaitu balita penderita diare mendapatkan pelayanan kesehatan dengan baik.
g. Penyakit malaria, indikator sasarannya yaitu penderita malaria mendapat pelayanan kesehatan yang baik.
h. Penyakit Kusta, indikator sasarannya yaitu bertambahnya penderita Kusta yang selesai berobat (RFT Rate).
i. Penyakit Filaria, indikator sasarannya yaitu penderita Filaria mendapat pelayanan kesehatan yang baik.

Penyakit tidak menular merupakan suatu penyakit yang tidak dapat ditularkan dari penderita kepada orang lain. Biasanya penyakit ini ada karena pola hidup yang tidak sehat seperti adanya penyakit keturunan atau bawaan, cacat fisik, penuaan, gangguan kejiwaan serta kebiasaan merokok. (Rokom, 2013)

Prinsip pencegahan penyakit tidak menular diantaranya yaitu :

a. Mengutamakan tindakan promotif, preventif, melalui berbagai kegiatan pendidikan kesehatan.

b. Melakukan pencegahan pada semua siklus hidup manusia, mulai dari kandungan, bayi, balita, anak sekolah, remaja, dewasa, serta diikuti dengan kebiasaan hidup bersih dan sehat.
c. Menetapkan kebiasaan pola Gizi Seimbang, dengan meningkatkan konsumsi sayur, buah, air serta mengurangi makanan yang mengandung banyak lemak, minyak, gula dan garam.
d. Mengajak masyarakat untuk melakukan kegiatan rutin yaitu menimbang berat badan secara teratur.
e. Melibatkan semua aparat atau perangkat yang ada di masyarakat untuk secara nyata bersinergi dalam pemberantasan penyakit tidak menular (Rokom, 2013).

2. Sanitasi lingkungan yang perlu diperbaiki

Sanitasi lingkungan diartikan sebagai suatu kegiatan yang dapat meningkatkan capaian kondisi lingkungan yang aman dan sehat. Kondisi tersebut mencakup adanya pasokan air bersih dan aman, adanya pembuangan kotoran manusia, hewan maupun pembuangan limbah industri yang efisien, dan makanan terlindungi dari kontaminasi bahan kimia maupun biologis. Sanitasi lingkungan yang buruk bisa menjadi sumber penyakit yang dapat mengganggu kesehatan manusia. Oleh karena itu upaya sanitasi lingkungan sangat penting dalam meningkatkan kesejahteraan lingkungan yang sehat (Notoatmodjo, 2012).

3. Perbaikan lingkungan pemukiman

Lingkungan pemukiman yaitu rumah adalah salah satu kebutuhan dasar manusia. Syarat rumah sehat yaitu rumah yang bersih, dan berventilasi yang cukup. Produktivitas suatu keluarga dirumah dipengaruhi oleh lingkungan yang sehat (Pemkab Kulonprogo, 2018).

4. Penyuluhan kesehatan masyarakat

Penyuluhan kesehatan merupakan suatu kegiatan pendidikan kesehatan yang diberikan dengan cara menyebarkan suatu pesan, informasi, dan menanamkan keyakinan kepada

masyarakat dengan tujuan masyarakat lebih tahu, mengerti dan dapat melakukan tindakan yang berhubungan dengan kesehatan. Tujuan dari penyuluhan kesehatan ini yaitu meningkatnya suatu perubahan perilaku seseorang, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk membina serta memelihara kesehatan, baik fisik, mental maupun sosial (Notoatmodjo, 2012).

5. Penyuluhan perilaku sehat perlu ditingkatkan, adapun indikator sasarannya yaitu:
   a. Rumah tangga sehat semakin meningkat
   b. Bayi yang mendapatkan ASI Eksklusif semakin bertambah
   c. Masyarakat menggunakan garam beryodium
   d. Posyandu dapat berjalan dengan baik

6. Program PHBS
   Program PHBS merupakan salah satu program masyarakat mengenai bagaimana cara berperilaku hidup bersih dan sehat di masyarakat **(Kemenkes RI, 2016)**

7. Meningkatnya peserta BPJS
   Dengan meningkatnya peserta BPJS dapat mengoptimalisasi pelayanan kesehatan yang lebih baik ditujukan kepada masyarakat yang kurang mampu, untuk mendapatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang memadai (Biro Humas Hukum dan Kerjasama, 2022).

8. Pelayanan KIA
   Pelayanan KIA merupakan salah satu prioritas pertama untuk pembangunan kesehatan di Indonesia. Adapun beberapa permasalahan yang muncul dan tantangan yang ada salah satunya yaitu masih adanya perbedaan tingkat sosial ekonomi antara golongan miskin dan kaya, yang berada dikawasan pedesaan maupun perkotaan. Tingginya AKI dan AKB mengindikasikan suatu tingkat kesejahteraan kesehatan masyarakat masih rendah. Upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan kesejahteraan tersebut yaitu dengan adanya pelayanan kesehatan terutama kebidanan kepada masyarakat

seperti Polindes, Puskesmas (PONED), dan Rumah Sakit sebagai sarana rujukan dalam menangani masalah kegawatdaruratan obstetri neonatal (Rokom, 2012).

9. Pembinaan gizi masyarakat
   Upaya untuk melakukan pembinaan gizi di dalam masyarakat tersebut tercantum di Undang-Undang Nomor 36, tahun 2009 yaitu mempunyai tujuan meningkatkan mutu gizi perseorangan serta masyarakat dengan perbaikan cara konsumsi makanan, perilaku akan sadar gizi dan kesehatan sesuai dengan kemajuan ilmu serta teknologi yang ada. Cara untuk mendapatkan target tersebut yaitu dengan meningkatkan penyelenggaraan kegiatan Pos Pelayanan Terpadu yang mempunyai fungsi sebagai wadah pemberdayaan kesehatan masyarakat dalam medapatkan informasi serta keterampilan dari petugas kesehatan (Indra, 2014).

DAFTAR PUSTAKA

Biro Humas Hukum dan Kerjasama. 2022. 'Peningkatan Pelayanan Kesehatan Melalui Program JKN-KIS'. Available at:https://www.kemenkumham.go.id/berita/menkum ham-sambut-positif-peningkatan-pelayanan-kesehatan-melalui-program-jkn-kis.

Eliana, dkk. 2016. *Kesehatan Masyarakat*. Jakarta Selatan: Kemenkes RI. Available at: http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/ Kesehatan-Masyarakat-Komprehensif.pdf%0A%0A.

Indra. 2014. 'Perbaikan Gizi Masyarakat'. Available at: https://sumbarprov.go.id/home/news/3541-perbaikan-gizi-masyarakat.

Kemenkes RI. 2016. 'PHBS'. Available at: https://promkes.kemkes.go.id/phbs.

Notoatmodjo, S. 2012. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta.

Pemkab Kulonprogo.2018. 'Meningkatkan Kesehatan Masyarakat Melalui Lingkungan Keluarga'. Available at: https://kulonprogokab.go.id/v31/detil/5255/meningkatkan-kesehatan-masyarakat-melalui-lingkungan-keluarga.

Rokom. 2012. 'Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak Prioritas Utama Pembangunan Kesehatan'. Available at: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20120515/086605/pelayanan-kesehatan-ibu-dan-anak-prioritas-utama-pembangunan-kesehatan/.

Rokom. 2013. 'Prinsip Pencegahan Penyakit Tidak Menular dan Regulasinya.', *Kemenkes RI*. Available at: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/rilis-media/20130626/488116/prinsip-pencegahan-penyakit-tidak-menular-ptm-dan-regulasinya/.

BAB 4
PONED

Oleh Arsulfa

4.1 Pendahuluan

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara serta masih jauh dari target global SDG untuk menurunkan AKI menjadi 183 per 100.000 KH pada tahun 2024 dan kurang dari 70 per 100.000 KH pada tahun 2030. Kondisi ini mengisyaratkan perlunya upaya yang lebih strategis dan komprehensif, karena untuk mencapai target AKI turun menjadi 183 per 100.000 KH tahun 2024 diperlukan paling tidak penurunan kematian ibu sebesar 5,5% per tahun (Menkes, 2020).
Salah satu upaya yang telah dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan dalam mendukung percepatan penurunan AKI dan AKN (Angka Kematian Neonatal) adalah melakukan optimalisasi penanganan Obstetri dan Neonatal emergensi/komplikasi di tingkat pelayanan dasar melalui Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED) di puskesmas yang didukung oleh rumah sakit mampu Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) dalam suatu Collaborative Improvement PONED-PONEK.

Menurut *The International Federation of Gynecology Obstetrics* (FIGO) terdapat empat pintu untuk keluar dari kematian ibu yaitu: 1) status perempuan dan kesetaraan gender, 2) Keluarga berencana dan Kesehatan reproduksi, 3) persalinan yang bersih dan aman oleh tenaga yang kompeten, 4) PONED-PONEK. Upaya Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi dasar (PONED) hanyalah salah satu upaya yang merupakan upaya terakhir pencegahan kematian ibu hamil dan bayi baru lahir (Kemenkes, 2013).

Masalah Fenomena tiga terlambat juga masih terjadi, yakni terlambat pengambilan keputusan untuk dirujuk ke fasyankes yang tepat, terlambat sampai ketempat rujukan, dan terlambat ditangani dengan tepat. Untuk itu, harus dibangun sinergisme dan system rujukan yang kuat antara FKTP (puskesmas) dan FKRTL (rumah sakit), termasuk peningkatan kompetensi SDM pelayanan maternal.

Penguatan puskesmas PONED dan RS PONEK 24 jam selama 7 hari perlu dilakukan termasuk kemampuan SDMnuntuk memberikan pelayanan PONED dan PONEK. Selain itu, RS juga perlu melakukan audit kematian khususnya maternal perinatal untuk mengetahui penyebab kematian ibu dan bayi baru lahir serta melakukan intervensi sesuai penyebabnya(Mujiati, Lestary and Laelasari, 2014)(Menkes, 2020).

4.2 Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED)

4.2.1 Pengertian

Puskesmas PONED adalah puskesmas rawat inap yang memiliki kemampuan serta fasilitas PONED siap 24 jam untuk memberikan pelayanan terhadap ibu hamil, bersalin dan nifas serta kegawatdaruratan bayi baru lahir dengan komplikasi, baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader di masyarakat, bidan di desa dan puskesmas, dan melakukan rujukan ke RS/RS PONEK pada kasus yang tidak mampu ditangani. Setiap kasus emergensi yang datang di setiap puskesmas mampu PONED harus langsung ditangani, setelah itu baru melakukan pengurusan administrasi. Pelayanan yang diberikan harus mengikuti prosedur tetap.

Berdasarkan pedoman penyelenggaran puskesmas mampu PONED ada 8 (delapan) langkah dalam penetapan Puskesmas mampu PONED yaitu memilih puskesmas rawat inap yang akan dikembangkan menjadi puskesmas mampu PONED, memperhitungkan perkiraan jumlah pasien yang akan dilayani, mempersiapkan kebutuhan sumber daya kesehatan yang diperlukan untuk penyelenggaraan PONED, mempersiapkan gedung pelayanan beserta sarana dan prasarananya, mempersiapkan peralatan yang diperlukan, mempersiapkan obat-obatan dan bahan pakai habis, mempersiapkan sarana pendukung yang dibutuhkan, serta memfungsikan PONED di puskesmas (Susyanty, Lestary and Raharni, 2016).

Puskesmas PONED harus memiliki tenaga kesehatan yang telah dilatih PONED yaitu tim PONED (1 dokter dan 2 paramedis). Selain tim yang dilatih PONED, untuk berfungsinya puskesmas mampu PONED dalam kesatuan sitem rujukan kasus obstetric dan neonatal

emergensi/komplikasi, perlu didukung dengan kemampuan manajemen dalam penyelenggaraan pelayanannya.

Pimpinan Puskesmas mempunyai peran penting untuk telaksananya pelayanan yang berkualitas dan berfungsinya Puskesmas mampu PONED sebagai rujukan antara kasus emergensi/komplikasi obstetric dan neonatal dalam wilayah regional system rujukannya.

Manajemen pelayanan PONED merupakan bagian dari manajemen pelayanan Kesehatan lainnya dalam lingkup Puskesmas sehingga proses perencanaan, penggerakan pelaksanaan serta pengawasan, pengendalian dan penilaian kinerjanya tidak dipisahkan dari proses Puskesmas seutuhnya. Demikian pula dalam proses pemantauan pelaksanaan dan hasil kinerja yang dilakukan melalui lokakarya mini Puskesmas dan lokakarya mini triwulanan dengan lintas sectoral, maka segala sesuatu yang perlu pembahasan dalam pelayanan PONED turut dibahas dalam forum tersebut (Mujiati, Lestary and Laelasari, 2014).

4.2.2 Prinsip Dasar Penanganan Kegawatdaruratan

Kegawatdaruratan dapat terjadi secara tiba-tiba (hamil, bersalin, nifas atau bayi baru lahir), tidak dapat diprediksi. Oleh karena itu, tenaga bidan perlu memiliki kemampuan penanganan kegawatdaruratan yang dilakukan dengan tepat dan cepat(Elisabeth and Purwoastuti, 2015).

Khusus untuk pasien dalam kondisi sakit yang cukup berat atau keadaan gawatdarurat medik, proses rujukan mengacu pada prinsip utama, yaitu:

1. Ketetapan menentukan diagnosis dan menyusun rencana rujukan, yang harus dapat dilaksanakan secara efektif dan efisien, sesuai dengan kemampuan dan kewenangan tenaga dan fasilitas pelayanan
2. Kecepatan melakukan persiapan rujukan dan tindakan secara tepat sesuai rencana yang disusun
3. Menuju atau memilih fasilitas rujukan terdekat secara tepat dan mudah dijangkau dari lokasi (Kemenkes, 2013).

4.2.3 Hirarki pelayanan kesehatan

Pelayanan kebidanan dilakukan sesuai dengan hirarki pelayanan kesehatan yang ada mulai dari:

a. Pelayanan kesehatan tingkat primer
   Pelayanan ini meliputi: Puskesmas dan jaringannya termasuk Polindes/Poskesdes, Bidan Praktik Mandiri, Klinik Bersalin serta fasilitas kesehatan lainnya milik pemerintah maupun swasta. Memberikan pelayanan kebidanan essensial, melakukan promotif, preventif, deteksi dini dan memberikan pertolongan pertama pada kegawat-daruratan obstetri neonatal (PPGDON) untuk tindakan pra rujukan dan PONED di Puskesmas serta pembinaan UKBM termasuk Posyandu
b. Pelayanan kesehatan tingkat sekunder
   Pelayanan ini meliputi: Rumah Sakit Umum dan Khusus baik milik Pemerintah maupun Swasta yang setara dengan RSU Kelas D, C dan B Non Pendidikan, termasuk Rumah Sakit Bersalin (RSB), serta Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA). Memberikan pelayanan kebidanan essensial, melakukan promotif, preventif, deteksi dini, melakukan penapisan (skrining) awal kasus komplikasi mencegah terjadinya keterlambatan penanganan dan kolaborasi dengan nakes lain dalam penanganan kasus (PONEK).
c. Pelayanan kesehatan tingkat tersier di RS type B dan A
   Pelayanan ini meliputi: Rumah Sakit yang setara dengan Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus Kelas A, kelas B pendidikan, milik Pemerintah maupun swasta. Memberikan pelayanan kebidanan essensial, melakukan promotif, preventif, deteksi dini, melakukan penapisan (skrining) awal kasus komplikasi mencegah terjadinya keterlambatan penanganan, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam penanganan kasus PONEK dan asuhan kebidanan/penatalaksanaan kegawatdaruratan pada kasus-kasus kompleks sebelum mendapat penanganan lanjut(Setyarini *et al.*, 2016).

4.2.4 Komponen Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED)

PONED dapat dilayani oleh Puskesmas yang mempunyai kemampuan untuk penanganan kegawatdaruratan obstetric dan neonatal dasar. Puskesmas PONED sebagai tempat rujukan kasus-

kasus dari Polindes dan Puskesmas. Polindes dan Puskesmas nonperawatan disiapkan untuk melakukan pertolongan pertama gawat darurat obstetric dan neonatal dan tidak disiapkan untuk melakukan PONED. Pelayanan yang dapat diberikan puskesmas PONED yaitu pelayanan dalam menangani kegawatdaruratan ibu dan bayi, yaitu:

1. Komponen Pelayanan maternal meliputi:
    1. Kemampuan untuk menangani dan merujuk hipertensi dalam kehamilan (preeklampsia, eklampsia)
    2. Tindakan pertolongan distosia bahu,
    3. Ekstraksi vakum pada pertolongan persalinan,
    4. Perdarahan post partum,
    5. Infeksi nifas,
2. Komponen Pelayanan Neonatal meliputi:
    a. Bayi Berat Lahir Rendah (BBLR),
        1) Hipotermi,
        2) Hipoglekimia,
        3) Ikterus,
        4) Hiperbilirubinemia,
        5) Masalah pemberian minum pada bayi,
    b. Asfiksia pada bayi,
    c. Gangguan nafas pada bayi,
    d. Kejang pada bayi baru lahir,
    e. Infeksi neonatal dan persiapan umum sebelum tindakan kedaruratan obstetri neonatal antara lain kewaspadaan universal (Kusmiran, 2011).

4.3 Kebijakan Pengelolaan Pelayanan Rujukan Obstetri dan Neonatal Dasar dan Komprehensif (PONED & PONEK)

A. Pengertian

Lembaga dimana rujukan kasus diharapkan dapat diatasi dengan baik, artinya tidak boleh ada kematian karena keterlambatan dan kesalahan penanganan

B. Upaya Penanganan Terpadu Kegawatdaruratan meliputi:

1. Di masyarakat

Peningkatan kemampuan bidan terutama di desa dalam memberikan pelayanan esensial, deteksi dini dan penanganan kegawatdaruratan (PPGDON)

2. Di Puskemas
   Peningkatan kemampuan dan kesiapan puskesmas dalam memberikan Penanganan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar (PONED)
3. Di Rumah Sakit
   Peningkatan kemampuan dan kesiapan RS Kab/kota dlm PONEK
4. Pemantapan jarigan pelayanan rujukan obstetri dan neonatal. Koordinasi lintas program, AMP kabupaten/kota dan lain-lain

C. Kegiatan Making Pregnancy Safer (MPS) yang dilakukan untuk Meningkatkan Kesehatan Ibu dan Bayi adalah :

1. Pelayanan Obstetri dasar di tingkat Polindes dan Puskesmas
2. Menyediakan minimal 4 Puskesmas PONED di setiap Kabupaten/Kota
3. Menyediakan 1 Pelayanan PONEK 24 jam di Rumah Sakit Kabupaten/Kota(Elisabeth and Purwoastuti, 2015) (Setyarini *et al.*, 2016)

D. Jenis kriteria pelayanan kesehatan rujukan:

1. Puskesmas PONED
   Puskesmas yang memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan obstetri neonatal emergensi dasar langsung terhadap ibu hamil, bersalin, nifas dan neonatal dengan komplikasi yang mengancam jiwa ibu dan neonatus (Elisabeth and Purwoastuti, 2015)(Setyarini *et al.*, 2016).
   Pelayanan Obstetri Emergensi Dasar, meliputi:
   a. Pemberian oksitosin parenteral
   b. Pemberian antibiotik parenteral
   c. Pemberian sedatif parenteral pada tindakan kuretase digital dan plasenta manual
   d. Melakukan kuretase, plasenta manual, dan kompresi bimanual
   e. Partus dengan tindakan ekstraksi vacum, ekstraksi forcep

Pelayanan Neonatal Emergensi Dasar, meliputi:

a. Resusitasi bayi asfiksia
b. Pemberian antibiotik parenteral
c. Pemberian anti konvulsan parenteral
d. Pemberian Phenobarbital
e. Kontrol suhu
f. Penanggulangan gizi

2. Rumah Sakit PONEK 24 jam

Rumah sakit yang memiliki tenaga dengan kemampuan serta sarana dan prasarana penunjang yang memadai untuk memberikan pertolongan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal dasar dan komprehensif dan terintergrasi selama 24 jam secara langsung terhadap ibu hamil, nifas dan neonatus, baik yang datang sendiri atau atas rujukan kader, bidan, Puskesmas PONED, dan lain-lain(Setyarini *et al.*, 2016).

Kemampuan PONEK meliputi :

a. Pelayanan obstetri komprehensif
   1) Pelayanan obstetri emergensi dasar (PONED)
   2) Transfusi darah
   3) Bedah Caesar
b. Pelayanan Neonatal Komprehensif
   1) Pelayanan neonatal emergensi dasar
   2) Pelayanan neonatal intensif

Kriteria RS PONEK 24 Jam:

1) Memberikan pelayanan PONEK 24 jam secara efektif (cepat, tepat-cermat dan purna waktu) bagi ibu hamil/ibu bersalin, ibu nifas, Bayi Baru Lahir dan ada SOP
2) Memiliki kelengkapan sarana dan tenaga terampil untuk melaksanakan PONED/PONEK (sesuai dengan standar yang dikembangkan) – tim PONEK terlatih
3) Kemantapan institusi dan organisasi, termasuk kejelasan mekanisme kerja dan kewenangan unit pelaksana/tim PONEK- ada kebijakan
4) Dukungan penuh dari Bank Darah/UTD-RS, Kamar Operasi, HCU/ICU/NICU, IGD dan unit terkait lainnya

5) Tersedianya sarana/peralatan rawat intensif dan diagnostik pelengkap (laboratorium klinik, radiologi, RR 24 jam, obat dan penunjang lain)

Tabel 4.1 : Fasilitas dan Sumber Daya pada Level Pelayanan Kesehatan

Tempat	Level	SDM	Jenis Pelayanan
Polindes	1	Bidan/Bidan desa	- Asuhan bayi baru lahir normal - Resusitasi
Puskesmas dengan Rawat Inap	1	- Bidan/perawat - Dokter umum	- Asuhan bayi baru lahir normal - Resusitasi - Gangguan napas ringan - Hipotermia - Hiperbilirubinemia - Kejang - Masalah pemberian ASI (konseling) - BBLR >1750gr - Hipoglikemia - Infeksi ringan - Diare dengan dehidrasi ringan
Rumah Sakit Rujukan	2	- Bidan/perawat - Dokter umum - Dokter Spesialis	- Asuhan bayi baru lahir normal - Resusitasi - Gangguan napas ringan - Hipotermia - Hiperbilirubinemia - Kejang - Masalah pemberian ASI (konseling) - BBLR >1750gr - Hipoglikemia - Infeksi sedang-berat - Diare dengan dehidrasi sedang-berat - Syok

Sumber:(Kusmiran, 2011)

4.4 Penerimaan Pasien di Puskesmas Mampu PONED

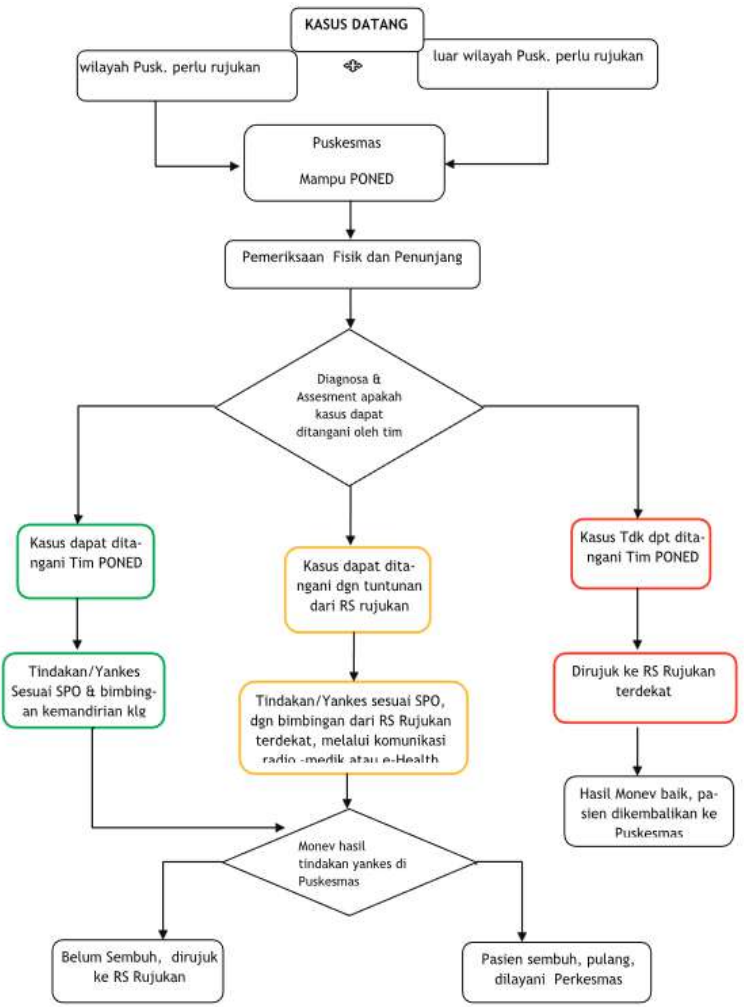
Sistem rujukan adalah suatu sistem penyelenggaraan pelayanan yang melaksakan pelimpahan tanggungjawab timbal balik terhadap kasus penyakit atau masalah kesehatan baik secara vertikal dalam arti dari unit yang berkemampuan kurang ke unit yang lebih mampu atau secara horizontal dalam arti unit-unit yang kemampuannya setara.

4.4.1 Kasus yang dirujuk ke Puskesmas mampu PONED, kemungkinan berasal dari:

1. Rujukan masyarakat:
   a. Datang sendiri sebagai pasien perorangan atau keluarga
   b. Diantar atau dirujuk kader Posyandu, dukun bayi, dan lainnya
   c. Dirujuk dari institusi masyarakat seperti Poskesdes, Polindes dan lainnya
2. Rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama dari wilayah kerja Puskesmas mampu PONED antara lain berasal dari:
   a. Unit rawat jalan puskesmas, Puskesmas pembantu/keliling
   b. Praktik dokterd atau bidan mandiri
   c. Fasilitas pelayanan kesehatan perorangan tingkat pertama lainnya
3. Rujukan dari Puskesmas sekitar

4.4.2 Alur Pelayanan di fasilitas rawat inap Puskesmas

Alur rujukan kasus dapat di lihat pada gambar 4.1



Gambar 4.1 : Alur Rujukan Di Puskesmas Mampu Poned
Sumber : (Kemenkes, 2013)

DAFTAR PUSTAKA

Elisabeth, W.S. and Purwoastuti, E. 2015. 'Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal dan Neonatal', *Yogyakarta: Pustaka Baru Pres* [Preprint].

Kemenkes, R.I. 2013. 'Pedoman penyelenggaraan puskesmas mampu PONED', *Jakarta: Kemenkes RI* [Preprint].

Kusmiran, E. 2011. 'Kesehatan reproduksi remaja dan wanita', *Jakarta: Salemba Medika*, 21.

Menkes, R.I. 2020. *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 21 TAHUN 2020 TENTANG RENCANA STRATEGIS KEMENTERIAN KESEHATAN TAHUN 2020-2024*. Jakarta: Kemenkes RI. Available at: file:///C:/Users/user/Downloads/Renstra Kemenkes Tahun 2020-2024.pdf.

Mujiati, M., Lestary, H. and Laelasari, E. 2014. 'Kesiapan Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar) di Lima Regional Indonesia', *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan*, 24(1), pp. 36–41.

Setyarini, D.I. *et al.* 2016. 'Asuhan Kebidanan Kegawatdaruratan Maternal Neonatal'. Kementerian Kesehatan RI.

Susyanty, A.L., Lestary, H. and Raharni, R. 2016. 'Pelaksanaan program pelayanan obstetri dan neonatal emergensi dasar (PONED) di Kabupaten Karawang', *Indonesian Bulletin of Health Research*, 44(4), pp. 265–278.

BAB 5
PONEK

Oleh Teta Puji Rahayu

5.1 Latar Belakang

Angka Kematian Ibu (AKI) atau *Maternal Mortality Rate* (MMR) dan Angka Kematian Neonatal (AKN) atau *Child Mortality Rate* (CJR) di Indonesia masih sangat tinggi. Indonesia menduduki angka kematian ibu dan anak paling tinggi di antara negara di Asia Tenggara dengan tingkat penurunan yang sangat lambat. Pada KTT PBB tahun 2000, disepakati untuk menetapkan enam Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) pada tahun 2015. Kedua tujuan MDGs tersebut memiliki target dan indikator terkait kesehatan ibu, bayi dan anak. Penelitian perintis tentang kematian neonatal menemukan bahwa berat badan lahir rendah, mati lemas, dan infeksi umumnya dapat dicegah. Kemungkinan penyebab kematian bayi termasuk keterlambatan dalam pengambilan keputusan, rujukan, dan pengobatan. Kematian ibu umumnya disebabkan oleh perdarahan, infeksi, preeklamsia/eklampsia dan aborsi (Harimat Herdarwan, *et al.,* 2018).

Top of Form

Proses persalinan dan perawatan bayi harus dikelola dengan baik dan sistematis di tingkat nasional dan daerah, karena kematian bayi sangat berkaitan erat dengan kualitas pelayanan ibu. Pelayanan Kebidanan dan Neonatal Masyarakat merupakan upaya memberikan pelayanan maternal dan neonatal terpadu berupa Pelayanan Kegawatdaruratan Neonatal dan Obstetri Terpadu (PONEK) dan Pelayanan Kegawatdaruratan dan Kebidanan Neonatal (PONED) di tingkat Puskesmas. PONEK berperan penting dalam menurunkan AKI dan AKB, sehingga PONEK beroperasi 24 jam sebagai bagian dari sistem rujukan dalam pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Kunci sukses PONEK adalah tersedianya tenaga kesehatan yang mumpuni, kelengkapan sarana dan prasarana, serta manajemen yang handal (Kemenkes, 2014).

5.2 Dasar Hukum

Dasar hukum program PONEK (Kementerian Kesehatan RI, 2012), antara lain :

1. UU RI No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan
2. UU RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
3. UU RI No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintah Daerah
4. Permenkes No. 159b/Menkes/SK/Per/II/1998 tentang Rumah Sakit.
5. Kepmenkes No. 1333/Menkes/SK/XII/1999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit.
6. Kepmenkes No. 131/Menkes/SK/XII/2004 tentang Sistem Kesehatan Nasional mengatur tentang upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat.
7. Permenkes No. 1575/Menkes/Per/XI/2005 tentang Organisasi dan Fungsi Departemen Kesehatan.
8. Permenkes No. 1045/Menkes/Per/XI/2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Departemen Kesehatan.
9. Permenkes No. 512/Menkes/Per/VI/2007 tentang Perizinan dan Penyelenggaraan Praktik Kedokteran.

5.3 Pengertian

Pelayanan kegawatdaruratan neonatal dan obstetrik yang komprehensif atau biasa disebut PONEK memiliki fungsi dalam menurunkan AKI dan AKB sesuai dengan tujuan MDGs 4 dan 5 serta menjamin pertumbuhan dan perkembangan anak yang baik dan optimal sesuai potensi genetiknya (Kemenkes, 2012). PONEK merupakan program terpadu yang mencakup tidak hanya peran kebijakan dan manajemen rumah sakit, tetapi juga peran berbagai pemangku kepentingan: dinas kesehatan kabupaten/kota, Puskesmas, dan unsur atau pemangku kepentingan yang peduli dengan kesehatan ibu dan anak. Komprehensif dan dieksekusi dengan baik.

PONEK adalah pelayanan obstetri emergensi komprehensif untuk bayi baru lahir. Tujuan utamanya adalah untuk memungkinkan ibu dan bayi baru lahir diselamatkan melalui program rujukan yang direncanakan kabupaten, kota atau negara bagian. Rumah sakit PONEK 24 jam adalah rumah sakit yang

memberikan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal 24 jam secara lengkap, komprehensif dan terintegrasi (Kemenkes, 2014).

5.4 Tujuan

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2012), tujuan dari program PONEK 24 jam adalah:

1. Adanya kebijakan berbasis rumah sakit dan dukungan administrasi penuh dalam layanan PONEK.
2. Membentuk kelompok rumah sakit PONEK yang ditunjuk oleh direktur rumah sakit dan memiliki surat keputusan atau surat kuasa.
3. Kinerja teknis tim PONEK konsisten dengan standar kinerja administrasi dan standar kinerja klinis.
4. Adanya proses konsultasi dan pengembangan kegawatdaruratan obstetri dan neonatal antara RS PONEK, Puskesmas PONED, Puskesmas penunjang, dokter rawat inap mandiri dan bidan, dan lembaga swasta rumah sakit.
5. Pengelolaan program PONEK akan dikoordinasikan dan disinkronkan antara penyelenggara program dengan pejabat tingkat kabupaten/kota, negara bagian, dan pusat.

5.5 Ruang Lingkup

Rumah sakit yang memiliki PONEK merupakan rumah sakit yang dapat memberikan pelayanan kegawatdaruratan maternal dan neonatal yang komprehensif dan terintegrasi selama 24 jam sehari, 7 hari seminggu. Hal ini harus dapat diukur melalui penilaian kinerja administrasi dan klinis berdasarkan Buku Esensi Neonatal Care dan Buku Paket Pelatihan PONEK. Buku Paket Pelatihan PONEK berisi tentang protokol pelaksanaan staf (Kementerian Kesehatan, 2012).

Cakupan pelayanan PONEK di rumah sakit dimulai dari lini depan, ruang gawat darurat, dan berlanjut melalui ruang operasi/ruang operasi hingga ruang perawatan. Dapat dengan mudah dijelaskan sebagai berikut :

1. Stabilisasi dan kesiapan ruang gawat darurat untuk pengobatan definitif.

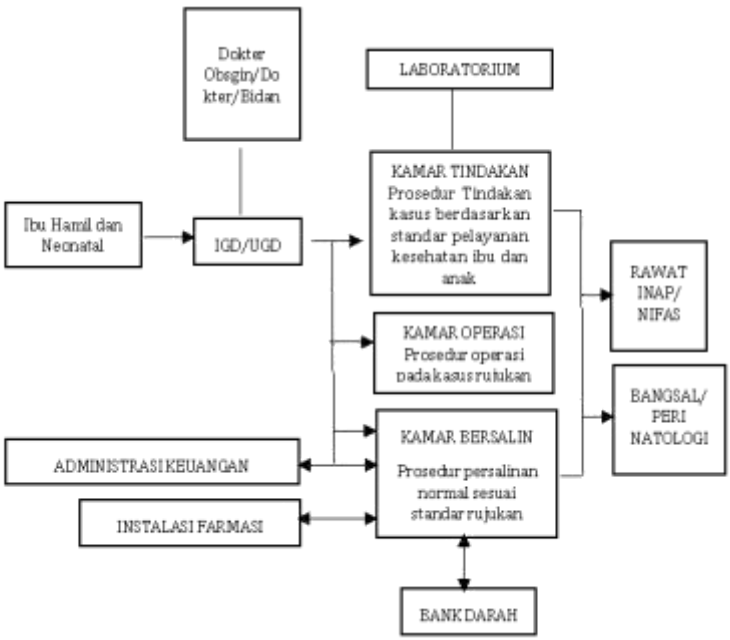
2. Perawatan darurat oleh tim PONEK rumah sakit di ruang gawat darurat.
3. Perawatan bedah yang tepat meliputi laparotomi dan seksio sesarea.
4. Empat. Perawatan menengah dan intensif untuk ibu dan anak.
5. Perawatan prenatal berisiko tinggi.
   1) *Top of Form*
   2) *Bottom of Form*

Ruang lingkup pelayanan kesehatan ibu dan anak PONEK dibagi menjadi dua kelas:

1. PONEK Kelas C
   RS PONEK kelas C memberikan pelayanan kesehatan fisiologis ibu dan bayi baru lahir, pelayanan kesehatan patologi ibu dan bayi baru lahir (sebelum lahir, selama dan setelah melahirkan), pelayanan kesehatan neonatus, pelayanan ginekologi dan pelayanan khusus/unit perawatan intensif serta transfusi darah.
2. PONEK Kelas D
   RS PONEK kelas D juga memberikan 5 pelayanan seperti RS kelas C yaitu memberikan pelayanan kesehatan fisiologis ibu dan bayi baru lahir, pelayanan kesehatan ibu dan bayi baru lahir berisiko, kesehatan (sebelum, selama dan setelah melahirkan), kesehatan neonatus, pelayanan ginekologi dan perawatan intensif neonatus. Fasilitas yang disediakan di rumah sakit kelas D lebih lengkap seperti unit perawatan intensif dan perawatan intensif, perawatan neonatal kelas 2 dan unit perawatan intensif neonatal.

5.6 Mekanisme Alur Pasien

Berikut ini adalah mekanisme aliran rujukan ibu dan bayi ke rumah sakit:



Gambar 5.1 : Alur Rujukan Maternal dan Neonatal di RS
(Sumber: Kementerian Kesehatan RI, 2012)

5.7 Kriteria Umum RS Mampu PONEK 24 Jam

Tidak semua rumah sakit dapat dijadikan rujukan/PONEK. Rumah sakit ini harus memenuhi kriteria tertentu. Menurut Kementerian Kesehatan RI (2012), kriteria umum rumah sakit dengan ketersediaan PONEK 24 jam antara lain:

1. Unit gawat darurat memiliki satu dokter berlisensi yang bertugas menangani kegawatdaruratan umum, obstetri, dan neonatus.
2. Perawat, Bidan dan Dokter dilatih untuk melakukan resusitasi kegawatdaruratan obstetri dan neonatus.
3. Ada prosedur operasi standar untuk penerimaan dan manajemen kegawatdaruratan obstetri neonatus.
4. Jika memungkinkan, tidak ada kebijakan simpanan untuk pasien obstetri neonatus darurat.

5. Menerapkan prosedur pendelegasian khusus.
6. Waktu respons standar di UGD (percobaan 5 menit), ruang bersalin (percobaan <30 menit), dan pusat darah (percobaan <1 jam).
7. Kami memiliki ruang bersalin yang siap untuk operasi yang diinginkan dalam waktu 30 menit.
8. Kedelapan. Kamar bersalin tersedia untuk mengatur operasi yang Anda inginkan dalam waktu 30 menit.
9. Siapkan tim untuk melakukan operasi atau melakukan tugas kapan saja, bahkan saat panggilan.
10. Dukungan dari seluruh aspek tim pelayanan PONEK, antara lain dokter spesialis kandungan, dokter kandungan, dokter anak, dokter/ahli anestesi, penyakit dalam, tenaga medis lainnya, dokter umum, bidan dan perawat.
11. Menyediakan layanan donor darah 24 jam.

5.8 Sarana Prasarana

Pada pelaksanaannya di lapangan, menurut Kementerian Kesehatan RI (2012), rumah sakit PONEK harus memiliki sarana prasarana laboratorium penunjang untuk memberikan pelayanan yang baik, antara lain:

1. Layanan darah
   Layanan darah yang ada di PONEK diantaranya meliputi sediaan/suplai darah, tes darah, dan kolaborasi dengan unit suplai darah yang lain.
2. Pelayanan intensif
   Pelayanan intensif yang ada di PONEK meliputi pemantauan cairan, pengawasan gawat nafas/ventilator, dan perawatan sepsis.
3. Pencitraan
   Pelayanan pencitraan dalam hal ini meliputi radiologi dan USG untuk ibu dan anak.
4. Laboratorium
   Pelayanan laboratorium 24 jam Rumah Sakit PONEK setidaknya menyediakan pemeriksaan darah dan urine secara berkala, kultur darah dan urine, serta pemeriksaan kimia lainnya.

5.9 Pemantauan dan Evaluasi Kerja PONEK

Pemantauan dan evaluasi kinerja PONEK meliputi:

1. Kegiatan monitoring dan evaluasi kinerja harus dilakukan secara mandiri dan tidak bergantung pada siapapun dalam tim PONEK rumah sakit (*self-assessment*). Bisa dilakukan kapan saja, terus menerus dan tepat sasaran.
2. Jika tim PONEK rumah sakit tidak dapat melakukan penilaian mandiri, maka pihak luar dapat dimintai bantuan (non-penilaian sendiri). Badan eksternal adalah rumah sakit yang memenuhi kriteria rumah sakit PONEK yang efektif atau sekelompok profesional yang bertanggung jawab bekerja sama dengan dinas kesehatan setempat untuk menyelenggarakan pelatihan PONEK. Peringkat ini secara bertahap diturunkan, mencoba untuk kembali ke penilaian diri poin 1.
3. Hasil penilaian dapat mencakup tiga kriteria rumah sakit untuk menjadi PONEK Tidak Layak, PONEK Layak, dan PONEK Layak Plus.
4. Hasil evaluasi harus dilaporkan kepada direktur rumah sakit. Departemen kesehatan setempat harus bekerja dengan profesional yang relevan untuk mendapatkan laporan guna mempertahankan keabsahan hasil manfaat.
5. Rumah sakit PONEK yang ingin meningkatkan nilai PONEK dapat melakukannya dengan berbagai cara yang paling sesuai, seperti magang, mahasiswi, atau menyelesaikan pelatihan standar.
6. Upaya memelihara/meningkatkan pelayanan rumah sakit PONEK harus mencakup audit perinatal ibu (AMPs) secara berkala (minimal 3-4 kali per tahun).

5.10 Perkembangan PONEK

Dalam rangka menurunkan angka kematian ibu dan bayi, serta peran kebijakan dan manajemennya, WHO meluncurkan Program Perlindungan Ibu dengan slogan "Make Pregnancy Safer" (MPS). menyediakan kebutuhan. Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan RI telah mengembangkan program tersebut dengan melaksanakan serangkaian paket pembelajaran dan pelatihan PONEK yang bertujuan untuk meningkatkan tenaga kesehatan yang

memberikan pelayanan yang berkualitas kepada ibu, bayi baru lahir dan anak (Mustika Irma, Februari 2018).

Kebijakan pengenalan PONEK sebagai upaya penurunan angka kematian ibu dan bayi di rumah sakit telah ditetapkan sejak tahun 2008. Kehadiran PONEK di semua rumah sakit sangat diperlukan mengingat fungsinya yang sangat penting dalam memberikan pelayanan gawat darurat kepada ibu dan bayi. baru lahir. Oleh karena itu, rumah sakit harus menyediakan dan mempersiapkan tenaga yang kompeten untuk memberikan pelayanan gawat darurat yang komprehensif kepada ibu dan bayi baru lahir, serta menggunakan rumah sakit sebagai pusat rujukan pelayanan ibu dan anak. Pemerintah telah melakukan banyak hal untuk mencapai hal ini. Salah satunya adalah Kepmenkes RI No. 1051/Menkes/SK/XI/2008. Pelaksanaan PONEK juga secara teknis didukung oleh Kepmenkes RI No. 55 Tahun 2012 tentang Pedoman Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Bidang Kesehatan Tahun 2013. Hal ini juga ditingkatkan dengan memberikan pelatihan PONEK secara berkala dan berkelanjutan kepada semua profesional kesehatan yang terlibat, termasuk dokter, perawat dan bidan.

DAFTAR PUSTAKA

Darmawati. 2016. *Implementasi Kebijakan Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (Ponek) Di RSKD Ibu Dan Anak Siti Fatimah Kota Makassar* Tahun 2016. Makassar: Universitas Islam Negeri Alaudin.

Harimat Herdarwan, dkk. 2018. *Implementasi Pelayanan Neonatal Emergensi Komprehensif di Rumah Sakit PONEK di Indonesia.* Jurnal Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan, Vol. 1, No. 2, Desember 2017.

Kemenkes RI Nomor: 1051 tahun 2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan PONEK 24 jam di Rumah Sakit

Kemenkes RI. 2012*. Pedoman Rumah Sakit Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif (PONEK) 24 Jam*. Jakarta: Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Rujukan*.*

Kemenkes RI. 2014. *Rencana Aksi Dirjen Bina Upaya Kesehatan 2015-2019*. Indonesia

Mustika, Irma Febri. 2018. *Evaluasi Implementasi Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Komprehensif* (*PONEK*) *di RSU PKU Muhammadiyah Bantul*. Diakses melalui http://repository.umy.ac.id/handle/123456789/20980 pada tanggal 2 Agustus 2022.

BAB 6
PUSAT PELAYANAN KESEHATAN IBU DAN ANAK

Oleh Diana Noor Fatmawati

6.1 Pendahuluan

Terwujudnya Indonesia maju berdaulat, mandiri, serta memiliki kepribadian yang dilandasi gotong royong adalah Visi presiden 2020-2024. Salah satu misinya membangun sumber daya manusia Indonesia berkualitas serta bertujuan menghasilkan manusia cerdas, adaptif, inovatif, terampil dan berkarakter. Disini faktor kesehatan terutama yang berfokus kesehatan ibu anak menjadi perhatian dan salah satu prioritas untuk pencapaian visi pembangunan SDM yang harus diperhatikan karena termasuk layanan yang penting bagi masyarakat (Sahoo *et al.*, 2021). Mewabahnya kasus covid 19 pada tahun 2020 berdampak pada penurunan cakupan dan layanan kesehatan bagi ibu serta anak. Dari studi yang dilakukan di empat negara dengan penghasilan rendah sampai dengan menengah dan indeks kesehatan ibu dan anak buruk diketahui bahwa pandemi covid 19 menyebabkan kematian ibu dan bayi baru lahir sekitar 30% karena akses layanan yang berkurang pada keluarga berencana, perawatan antenatal dan pengawasan yang memadai (Ahmed *et al.*, 2021). Studi lain dari 118 negara yang penghasilan rendah dan menengah memperkirakan permasalahan menurunnya akses layanan KIA meningkatkan 9,8 – 44,7% kematian balita dan 8,3 – 38,6% kematian ibu setiap bulan menyesuaikan derajat permasalahan (Roberton *et al.*, 2020). Berdasarkan data dari Kementerian Kesehatan juga menunjukkan kunjungan pemeriksaan kehamilan dan layanan kesehatan bagi bayi, balita serta anak menurun, serta tutupnya kegiatan Posyandu sehingga dengan kondisi tersebut sejumlah perhimpunan profesi kesehatan menyerukan untuk lebih meningkatkan lagi perhatiannya dalam upaya perbaikan (Pranita, 2020). Hasil studi literatur review dari 5 artikel menyebutkan bahwa kendala terkait akses dalam pelayanan kebidanan saat pandemi covid 19 karena beberapa hal yaitu kebijakan lockdown,

pemberlakuan jam malam, permasalahan ekonomi, rasa takut tertular virus (Salsa and Dhamanti, 2022). Informasi dari Direktorat Kesehatan Keluarga menunjukkan jumlah kematian ibu sebanyak 1086 dari hasil swab PCR/antigen positif per 14 September 2021. Sedangkan data Pusdatin tercatat kematian bayi sebanyak 302 dari hasil swab/PCR positif (Widyawati, 2021). Dengan adanya beberapa permasalahan tersebut maka Kemenkes melaksanakan koordinasi dengan pihak terkait untuk memperkuat kapasitas dan kapabilitas fasilitas pelayanan kesehatan dalam upaya penurunan AKI dan AKB.

6.2 Pusat Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Pusat Pelayanan KIA merupakan fasilitas kesehatan yang berfokus memberikan layanan kesehatan bagi ibu serta anak untuk menjaga, memelihara kesehatan ibu selama masa kehamilan, bersalin, nifas dan menyusui, bayi, balita dan pra sekolah.

Tujuan umum layanan kesehatan ibu dan anak untuk mewujudkan hidup sehat dengan meningkatkan kesehatan ibu dan keluarga secara optimal sehingga mempercepat penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) serta Angka Kematian Bayi (AKB). Sedangkan tujuan khususnya adalah:

1. Penggunaan teknologi tepat guna untuk memacu peningkatan kemampuan (pengetahuan, perilaku dan sikap) ibu dalam menjaga kesehatan diri dan keluarganya.
2. Secara mandiri dapat melakukan usaha pembinaan kesehatan balita, anak pra sekolah baik di keluarga, kelompok, posyandu serta TK.
3. Layanan kesehatan bayi, balita, ibu hamil, bersalin, nifas dan menyusui dapat diperluas jangkauannya.
4. Mutu layanan kesehatan bagi ibu hamil, bersalin, nifas, menyusui, bayi serta balita semakin meningkat.
5. Partisipasi dan kapasitas masyarakat, keluarga dan anggotanya meningkat untuk mengatasi tantangan kesehatan ibu, bayi serta anak pra sekolah dengan memperkuat peran ibu dalam keluarga.

Program KIA dalam pengelolaannya memiliki prinsip pemantapan, peningkatan jangkauan dan kualitas layanan KIA

dengan efektif serta efisien. Layanan KIA utamanya dilakukan untuk upaya peningkatan :

1. Layanan antenatal yang memiliki mutu baik dan jangkauan luas.
2. Pertolongan persalinan yang difokuskan pada tenaga professional.
3. Penanganan deteksi dini resti untuk ibu hamil yang diakukan tenaga kesehatan, kader serta dukun bayi secara berkesinambungan.
4. Layanan yang bermutu dengan jangkauan luas pada neonatal (bayi kurang dari satu bulan)

6.2.1 Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Puskesmas merupakan fasilitas layanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan perseorangan tingkat dasar yang lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerja. Prinsip dalam penyelenggaraan Puskesmas yaitu:

1. Paradigma sehat, prinsip ini bertujuan mengajak seluruh pihak ikut serta dalam pencegahan serta mengurangi aktivitas yang berisiko pada kesehatan melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
2. Pertanggungjawaban wilayah, pembangunan kesehatan di wilayah kerja menjadi tanggung jawab Puskesmas.
3. Mendorong masyarakat (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat) untuk hidup mandiri dan sehat
4. Akses ke layanan kesehatan. Semua orang harus memiliki akses yang sama ke layanan kesehatan tanpa memandang status sosial, ekonomi, agama, budaya, dan kepercayaan
5. Teknologi tepat guna dimanfaatkan untuk mempermudah layanan, mudah diaplikasikan, dan memiiki dampak minimum (lingkungan)
6. Keterpaduan dan kesinambungan. Menekankan integrasi dan koordinasi dalam pelaksanaan upaya kesehatan masyarakat serta perorangan lintas program dan sektor serta menerapkan sistem Rujukan sesuai ketetapan.

Tugas Puskesmas adalah menjalankan kebijakan kesehatan dalam rangka pencapaian tujuan pembangunan kesehatan sesuai

wilayah kerja melalui integrasi program dengan pendekatan keluarga untuk memperluas sasaran serta mendekatkan layanan kesehatan dengan kunjungan keluarga. Tenaga yang ada di Puskesmas adalah dokter, dokter gigi, , tenaga promosi kesehatan, perawat, bidan tenaga sanitasi lingkungan, nutrisionis, tenaga apoteker dan/atau tenaga teknis kefarmasian dan ahli teknologi laboratorium medik. Beberapa contoh kegiatan yang dilaksanakan di Puskesmas sebagai berikut

1. Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial
    a. Pelayanan promosi kesehatan melalui kegiatan penyuluhan, edukasi, konseling, pemberdayaan, pelatihan kader, advokasi.
    b. Pelayanan kesehatan lingkungan melalui kegiatan layanan konseling, inspeksi, intervensi, pemberdayaan masyarakat dan peningkatan kapasitas.
    c. Pelayanan kesehatan keluarga dengan sasaran ibu serta bayi baru lahir, balita, calon pengantin, pelayanan KB dan lansia serta usaha kesehatan sekolah,
    d. Pelayanan gizi yang terdiri dari deteksi dini, pelayanan pada kasus gizi, pemantauan pertumbuhan balita dan status gizi, konseling cara pemberian makanan pada bayi serta anak, suplementasi gizi.
    e. Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit (tidak menular serta menular)
2. Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan
    a. Pelayanan kesehatan gigi
    b. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer terintegrasi melalui tanaman toga dan meningkatkan keterampilan sumber daya manusia
    c. Kesehatan kerja dan olah raga melalui deteksi dini untuk pembinaan kesehatan kerja, pematauan lingkungan kerja dan pinsip ergonomi, pengendalian dan intervensi lingkungan

6.2.2 Puskesmas Pembantu (Pustu)

Pustu adalah bagian dari Puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan di suatu lokasi dalam wilayah kerja Puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Fungsi dari Pustu untuk mendukung Puskesmas dalam melaksanakan kegiatan sesuai wilayah,

untuk meningkatkan cakupan layanan, memperluas pelayanan dasar dan mutu layanan diwilayah Puskesmas, serta mendukung pelaksanaan kesehatan terutama layanan kesehatan dengan membina peran aktif masyarakat.

Satu pustu yang dibentuk bisa membawahi2 – 3 desa/kelurahan namun tidak menutup kemungkinan bila setiap desa/ kelurahan terdapat satu Pustu karena menyesuaikan kondisi tertentu dan juga sesuai ketetapan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota. Pustu memiliki tenaga bidan dan perawat masing masing satu orang. Pustu adalah bagian yang tidak terpisahkan dengan Puskesmas dengan ruang lingkup yang lebik kecil, namun dalam pendiriannya harus mengikuti standar dan pengelolaannya tetap dipantau untuk pemeliharaan, perawatan, dan pemeriksaan berkala agar tetap berfungsi baik karena Pustu merupakan fasilitas layanan kesehatan yang bisa dijangkau dan dimanfaatkan dengan adanya keterbatasan kondisi tiap daerah. Layanan kesehatan yang diberikan di Pustu antara lain layanan kesehatan masyarakat, KIA, KB dan pengobatan dengan lingkup yang lebih kecil, fasilitas dan layanan yang terbatas. Beberapa peran Pustu antara lain :

1. Menaikkan peluang serta memperluas jangkauan layanan dasar.
2. Penyelenggaraan layanan kesehatan sebagai upaya kesehatan masyarakat.
3. Mengelola kegiatan Posyandu, KIA-KB, Imunisasi, penyuluhan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, surveilans.
4. Berkontribusi menguatkan layanan rujukan.
5. Berkontribusi menguatkan layanan promotif serta preventif (Madolan, 2017)

6.2.3 Puskesmas Keliling (Pusling)

Puskesmas Keliling termasuk bagian layanan Puskesmas yang bergerak sifatnya (mobile), guna peningkatan cakupan serta mutu layanan di wilayah kerja Puskesmas yang tidak terjangkau lokasinya (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Biasanya difokuskan untuk melayani masyarakat yang wilayahnya terpencil/sangat terpencil serta terisolasi (di darat/pulau kecil), selain itu juga sebagai penyediaan transportasi petugas dan logistik dalam aplikasi layanan kesehatan serta untuk promosi program kesehatan (Syncore, 2018). Pusling

dilaksanakan dengan melihat kebutuhan layanan dan dilakukan berkala mengikuti agenda yang sudah disepakati.
Pusling berperan serta di wilayah kerja Puskesmas dalam:

1. Membantu meningkatkan aksesibilitas serta cakupan layanan dasar
2. Menunjang penerapan layanan kesehatan di lokasi yang jauh serta susah untuk dicapai.
3. Menunjang pelaksanaan aktivitas luar gedung seperti, Imunisasi, Posyandu, penyuluhan kesehatan, KIA-KB, layanan kesehatan jiwa, pemberdayaan warga, surveilans, dll.
4. Memberikan dukungan pelayanan rujukan.
5. Memberikan dukungan pelayanan promotif serta preventif.

Aspek yang wajib dicermati dalam pelaksanaan Pusling:

1. Program, kegiatan yang dilaksanakan relatif terbatas untuk peralatan dan tenaga sehingga Dinkes serta Puskesmas perlu menyusun rencana program berkaitan dengan peralatan, tenaga serta obat
2. Tenaga, tim yang bertugas harus bisa koordinasi dan saling kerjasama serta kompeten untuk pemberian layanan
3. Sarana, pemanfaatan sarana disesuaikan kebutuhan serta keadaan, keselamatan serta keamanan petugas juga harus memenuhi persyaratan.
    a. Puskesmas Keliling Darat : fasilitas yang diperlukan kendaraan roda dua atau empat baik yang biasa maupun double gardan
    b. Puskesmas Keliling Perairan, fasilitas yang diperlukan Perahu (*polyetylen/fiberglass/kayu/ketinting*, dll)
4. Pembiayaan perlu dicermati berhubungan dengan opeasional dan pemeliharaan sarana transportasi.
5. Pendukung, perlu adanya subsistem sebagai upaya menunjang penerapan kegiatan Pusling seperti rujukan, pencatatan, pelaporan, komunikasi. Pendukung operasional yang harus disediakan antara lain peralatan, obat serta bahan habis pakai, alat komunikasi serta perlengkapan keselamatan.

6.2.4 Pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes)

Ponkesdes merupakan fasilitas kesehatan yang terletak di desa/ kelurahan. Layanan kesehatan pada ponkesdes mengutamakan upaya yang bersifat promosi serta pencegahab untuk menjamin kesehatan masyarakat di desa/kelurahan (Dinkes Jatim, 2019). Dalam melaksanakan kegiatan Ponkesdes berkoordinasi dengan Pustu serta Polindes. Ponkesdes termasuk dalam jaringan Puskesmas bertanggung jawab kepada Kepala Puskesmas, sedangkan kader di Posyandu dan Posbindu adalah mitra dalam pelaksanaan pelayanan. Apabila terdapat Desa/kelurahan yang tidak memiliki Ponkesdes, maka kedudukan Ponkesdes diambil alih Polindes ataupun Pustu. Tenaga kesehatan di Ponkesdes terdiri dari perawat yang bersinergi dengan bidan desa untuk mewujudkan masyarakat sehat serta sejahtera dengan melaksanakan aktivitas yang berfokus pada 5 poin yaitu :

1. Pelayanan kesehatan promotif. Pelayanan ini bertujuan meningkatkan serta mempertahankan status kesehatan seseorang, sehingga aktivitas yang lebih diutamakan bersifat promosi. Contoh: konsumsi sayur serta buah, aktifitas fisik, minum air putih 10 gelas sehari
2. Pelayanan kesehatan preventif. Kegiatan ini bertujuan untuk pencegahan masalah kesehatan/penyakit pada seseorang. Contoh : melakukan imunisasi, skrining tes kesehatan
3. Pembinaan keluarga. Petugas di Ponkesdes seperti perawat dan bidan melakukan kunjungan rumah berkala sesuai dengan masalah kesehatan/penyakit
4. Pelayanan kegawatdaruratan bertujuan menyelamatkan nyawa pasien sebelum dilakukan prosedur rujukan melalui tindakan pertolongan pertama/stabilisasi kondisi pasien
5. Pengobatan dasar yang dilakukan bersifat simtomatis menggunakan obat bebas dan obat bebas terbatas, sedangkan pemberian kewenangan pengobatan dari dokter Puskesmas ke perawat/bidan Ponkesdes secara delegatif ataupun mandatory melalui surat Kepala Puskesmas

Tujuan diselenggarakannya Ponkesdes yaitu untuk menciptakan keluarga sehat dengan mendorong dan memelihara serta meningkatkan kesehatan perorangan; sebagai usaha pencegahan penyakit di setiap keluarga dengan melakukan pendampingan dan

penguatan peran keluarga dan tujuan terakhir yaitu sebagai penggerak masyarakat sehingga terbentuk lingkungan desa/ kelurahan sehat dengan penerapan PHBS serta mudah mendapatkan layanan kesehatan yang bermutu.

Pelayanan Ponkesdes terbagi menjadi dua jenis yaitu dalam dan luar gedung. Layanan luar gedung meliputi:

1. Kunjungan rumah adalah kegiatan mengunjungi keluarga sasaran dengan masalah kesehatan untuk membantu menyelesaikan masalah
2. Konseling atau bimbingan, penyuluhan yang diberikan kepada sasaran (keluarga, kelompok) oleh bidan/ perawat Ponkesdes.
3. Pembinaan Posbindu, Posyandu, Taman Posyandu yaitu upaya memfasilitasi, mengarahkan, memantau, mengevaluasi kegiatan dalam upaya peningkatan kinerja dan standar pelayanan.
4. Skrining serta investigasi kontak. Skrining adalah proses menemukan kasus penyakit pada populasi dan kelompok yang sehat. Investigasi kontak adalah kegiatan untuk mengidentifikasi kontak dengan pasien, memeriksanya terdapat infeksi serta memberikan pengobatan yang sesuai.
5. Tracking yaitu pencarian kasus penyakit termasuk kontak dekat dan pasien yang tidak melakukan pengobatan.
6. Penyisiran yaitu data penyakit yang belum masuk ke dalam sistem pencatatan dan pelaporan prosedural diambil dan diverifikasi dari laporan rekam medis dan/atau sistem pencatatan dan pelaporan Ponkesdes yang ada.
7. Pendampingan Pengawas Menelan Obat yaitu melakukan pendampingan, pemantauan dan pembinaan kepada PMO.
8. Bidan dan perawat Ponkesdes membantu penyelesaian masalah kesehatan yang teridentifikasi di wilayah kerja dan masalah lain sesuai tugas dan kewenangan.

Sedangkan pelayanan dalam gedung, meliputi:

1. Konseling perorangan yaitu bimbingan, penyuluhan yang diberikan oleh bidan/perawat Ponkesdes kepada sasaran yang melakukan kunjungan sehat/sakit ke Ponkesdes.
2. Pelayanan Kespro-KB Meliputi pelayanan KIE kepada calon pengantin, WUS dan skrining kesehatan pada catin (sesuai

kesepakatan Puskesmas), memberikan kontrasepsi pil KB dan suntik KB. melakukan rujukan ke Puskesmas
3. Pelayanan ANC meliputi pemeriksaan ibu hamil dan rujukan ke Puskesmas untuk layanan ANC terpadu.
4. Pelayanan gawat darurat
5. Pengobatan dasar terbatas

Kegiatan layanan KIA yang dilaksanakan baik di dalam maupun luar Poskesdes yaitu :

1. Layanan kehamilan dan persalinan
   a. pemeriksaan kehamilan, termasuk berat badan, tinggi badan, tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan, lila, tinggi fundus uteri, serta deteksi dini tanda bahaya kehamilan, imunisasi TT, Pencegahan anemia
   b. Konseling terkait gizi selama hamil, proses persalinan maupun KB
   c. Dilaksanakannya kelas kehamilan
   d. Penatalaksanaan kurang energi kronis (KEK) pada kehamilan
   e. Melakukan rujukan kasus kehamilan, persalinan ke fasilitas yang lebih tinggi
2. Layanan kesehatan bagi ibu menyusui meliputi penyuluhan gizi serta KB pasca melahirkan, perawatan BBL, pemberian penyuluhan cara mengatasi masalah kesehatan bayi, balita
3. Layanan kesehatan anak meliputi pemeriksaan kesehatan, penanganan masalah kesehatan bayi serta balita, pemantauan tumbang bayi serta balita, imunisasi dasar dan penyuluhan gizi
4. Penemuan serta penanganan penyakit
   a. Pengamatan epidemiologi sederhana pada penyakit, (menular dan berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa dan faktor risikonya (termasuk kurang gizi) serta kesehatan ibu hamil
   b. Kesiapsiagaan dan penanggulangan bencana serta kegawatdaruratan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2018).

6.2.5 Pondok Bersalin Desa (Polindes)

Polindes merupakan bentuk partisipasi atau keterlibatan masyarakat dalam penyediaan tempat pertolongan persalinan, layanan kesehatan ibu dan anak berikut juga layanan keluarga berencana (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Polindes ini bisa dibentuk di desa yang sudah memiliki bidan desa dan tinggal di lokasi desa tersebut sehingga dalam pelaksanaan layanannya tergantung dari keberadaan bidan karena fokus tugasnya melayani kesehatan ibu dan anak. Tujuan didirikannya Polindes yaitu

1. Mewujudkan masyarakat sehat dan siaga untuk menghadapi masalah kesehatan di desa.
2. Melaksanakan promosi kesehatan untuk meningkatkan wawasan kesehatan
3. Meningkatkan kewaspadaan serta kesigapan masyarakat terhadap resiko serta bahaya yang menimbulkan gangguan kesehatan melalui kegiatan pengamatan, pencatatan serta pelaporan
4. Peningkatan kapasitas masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehatan
5. Pelaksanaan layanan kesehatan dasar yang dilakukan masyarakat dan didukung tenaga kesehatan
6. Mengkoordinasikan penyelenggaraan UKBM lain didesa

6.2.6 Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)

Posyandu merupakan upaya kesehatan berbasis masyarakat yang dilaksanakan oleh, dari dan bersama masyarakat, sebagai upaya pemberdayaan dan kemudahan masyarakat guna memperoleh pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi dan anak balita untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2012). Pelayanan pada posyandu dilakukan oleh kader dan kegiatannya didukung oleh tenaga kesehatan yaitu bidan. Sedangkan sasaran Posyandu adalah bayi dan anak balita, ibu hamil, nifas dan menyusui, pasangan usia subur dan pengasuh anak

Kegiatan Posyandu terbagi menjadi kegiatan utama dan pengembangan/ pilihan. Kegiatan utama pada Posyandu yaitu :

1. Kesehatan ibu anak. Layanan yang diberikan untuk kesehatan ibu mencakup pemeriksaan kehamilan, vaksin TT, pemantauan gizi, konsultasi persiapan persalinan, vitamin A pada masa

nifas dan tablet besi, pemberian ASI. Layanan yang diberikan untuk bayi, anak balita terdiri dari pemantauan tumbang dan deteksi tumbuh kembang sejak dini (penimbangan BB, tinggi badan, lingkar kepala, evaluasi tumbang, penyuluhan dan konseling)

2. Pelayanan Keluarga berencana di Posyandu biasanya penyediaan kondom, pil KB sedangkan suntik KB, IUD dan Implan dilakukan jika ruangan dan peralatan menunjang kegiatan dan juga ada tenaga yang terlatih
3. Imunisasi dasar yang wajib dilakukan pada anak usia dibawah 1 tahun terdiri dari Hepatitis B, BCG, Polio, campak dan DPT-HB-HiB
4. Pencegahan stunting pada anak dengan memantau status gizi
5. Penyuluhan PHBS untuk mencegah dan menanggulangi diare, sedangkan penanganannya dengan oralit dan juga suplemen zinc (Agustin, 2022).

Kegiatan pengembangan/pilihan pada posyandu yang dipilih masyarakat disamping lima kegiatan utama yang telah ditetapkan yaitu, Tanaman Obat Keluarga (TOGA), Pos Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Bina Keluarga Lansia (BKL), Bina Keluarga Balita (BKB) dan program lainnya. Kegiatan tambahan ini dilaksanakan jika kegiatan utama posyandu sudah terlaksana dengan baik.

Tujuan Posyandu secara umum adalah membantu percepatan penurunan angka kematian ibu, bayi serta balita melalui aktivitas pemberdayaan masyarakat. Sedangkan untuk yang khusus yaitu terwujudnya pelaksanaan usaha kesehatan dasar didukung oleh peningkatan peran serta masyarakat, pelaksanaan Posyandu didukung dengan penguatan peran lintas sektor, layanan kesehatan dasar mengalami peningkatan untuk jangkauan dan cakupannya

Manfaat adanya Posyandu untuk masyarakat yaitu

1. Kemudahan akses informasi dan pelayanan kesehatan bagi ibu, bayi, dan balita.
2. Tumbuh kembang balita dapat terpantau untuk pencegahan gizi kurang/buruk.
3. Vitamin A dan imunisasi lengkap diberikan untuk bayi balita.
4. Pemantauan berat badan bumil, diberikannya tablet tambah darah (Fe) dan vaksin Tetanus Toksoid (TT).

5. Vitamin A dan tablet tambah darah (Fe) diberikan untuk Ibu nifas
6. Mendapatkan pendidikan kesehatan terkait ibu dan anak
7. Sedini mungkin kelainan pada bayi, balita, bumil, bufas dan menyusui dapat diketahui untuk segera dilakukan rujukan.
8. Mendapatkan pengetahuan serta pengalaman terkait kesehatan ibu, bayi, balita

Sedangkan manfaat bagi kader yaitu bisa memperoleh info terkait kesehatan yang lengkap dan awal, ikut berperan dalam pemantauan tumbang balita serta kesehatan ibu, peningkatan citra diri di masyarakat serta menjadi contoh karena dianggap panutan dalam masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

Agustin, S. 2022. '6 Kegiatan Posyandu dan Manfaatnya bagi Ibu dan Anak'. Available at: https://www.alodokter.com/ini-kegiatan-posyandu-dan-manfaatnya-bagi-ibu-dan-anak.

Ahmed, T. *et al.* 2021. 'The effect of COVID-19 on maternal newborn and child health (MNCH) services in Bangladesh, Nigeria and South Africa: call for a contextualised pandemic response in LMICs', *International Journal for Equity in Health*. International Journal for Equity in Health, 20(1), pp. 1–6. doi: 10.1186/s12939-021-01414-5.

Dinkes Jatim. 2019. *Panduan Ponkesdes Buku Petunjuk Teknis*. Edited by K. H. Santoso. Surabaya: Dinkes Jatim. Available at: file:///C:/Users/WINDOWS 10/Downloads/toaz.info-buku-ponkesdes-2020pdf-pr_8d9ec3ba3b7a33d182c9233970e3a5a5.pdf.

Kementerian Kesehatan RI. 2012. *Ayo ke Posyandu Setiap Bulan*, *Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Available at: file:///C:/Users/WINDOWS 10/Downloads/files5270buku_saku_Posyandu.pdf.

Kementerian Kesehatan RI. 2018. *Panduan Pos Kesehatan Desa bagi Kader Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Available at: file:///C:/Users/WINDOWS 10/Downloads/files51949buku_saku_poskesdes.pdf.

Kementerian Kesehatan RI. 2019. 'Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas', *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas*.

Madolan, A. 2017. 'Pengertian, Tujuan, Fungsi, Peran dan Persyaratan Puskesmas Pembantu'. Available at: https://www.mitrakesmas.com/2017/10/pengertian-tujuan-fungsi-peran-dan.html.

Pranita, E. 2020. 'Himpunan Profesi Kesehatan Serukan 4 Hal Kesehatan Ibu dan Anak Selama Pandemi'. Available at: ihttps://www.kompas.com/sains/read/2020/08/22/132000823/himpunan-profesikesehatan-serukan-4-hal-kesehatan-ibu-dan-anak-selama?page=all.

Roberton, T. *et al.* 2020. 'Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study', *The Lancet Global Health*. The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license, 8(7), pp. e901–e908. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30229-1.

Sahoo, K. C. *et al.* 2021. 'Challenges in maternal and child health services delivery and access during pandemics or public health disasters in low-and middle-income countries: A systematic review', *Healthcare (Switzerland)*. doi: 10.3390/healthcare 9070828.

Salsa, N. R. and Dhamanti, I. 2022. 'Akses Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak di Puskesmas Selama Pandemi Covid-19', *Poltekita : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 15(4), pp. 433–440. doi: 10.33860/jik.v15i4.878.

Syncore. 2018. 'Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Poliklinik Kesehatan Desa'. Available at: https://blud.co.id/wp/puskesmas-pembantu-keliling-dan-poliklinik-kesehatan-desa/.

Widyawati. 2021. 'Kemenkes Perkuat Upaya Penyelamatan Ibu dan Bayi'. Available at: https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20210914/3738491/kemenkes-perkuat-upaya-penyelamatan-ibu-dan-bayi/.

BAB 7
PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Evi Dwi Prastiwi

7.1 Pendahuluan

Rakernas Jakarta Tahun 1968 pertama kalinya memperkenalkan Konsep Puskesmas. Dalam beberapa konteks definisi Puskesmas yang ada diantaranya yaitu sebagai layanan yang menyediakan perawatan kesehatan perorangan tingkat pertama (rawat jalan) dan juga sebagai komponen penting dari pembangunan manusia dengan berfokus pada aspek ekonomi, sosial dan politik.

Pelayanan kesehatan yang diberikan oleh Puskesmas harus memiliki mutu, kualitas dan dilakukan secara profesional sehingga diharapkan dapat mencapai tujuan pembangunan yang berkelanjutan (SDGs) terkait bidang kesehatan serta cakupan kesehatan universal. Hal tersebut juga akan berkontribusi pada pencapaian lain di luar tujuan kesehatan seperti penyediaan sanitasi dan air bersih, kelaparan, kemiskinan dan lain sebagainya (WHO, 2019)

Pada Tahun 2020 – 2024 Tujuan Pembangunan Indonesia adalah "membentuk sumber daya manusia yang memiliki daya saing, sehat, cerdas, adaptif, inovatif, terampil dan berkarakter." "Dalam Peraturan Presiden No. 18 tahun 2020 tentang RPJMN, disebutkan arah dan kebijakan strategi RPJMN 2020-2024 adalah untuk meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi yang dijabarkan dalam Program Prioritas (PP), Kegiatan Prioritas (KP), Proyek Prioritas (PP) dan Proyek K/L. Masing-masing memiliki indikator dan target tahun 2020-2024 (Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI, 2020)."

"Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa Puskesmas merupakan suatu fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif

dan preventif di wilayah kerjanya." Total keseluruhan Puskesmas di Indonesia pada akhir Tahun 2021 yaitu sebanyak 10.292 dan rasio Puskesmas terhadap kecamatan sebesar 1,4. Berdasarkan hal tersebut akan terlihat kemampuan masyarakat dalam mencapai tempat pelayanan kesehatan. (Kemenkes RI., 2022).

7.2 Pengertian Pusat Kesehatan Masyarakat

"Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya preventif dan promotif di wilayah kerjanya dengan tujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya" (Kementerian Kesehatan RI, 2019).

Puskesmas juga merupakan suatu fasilitas medis yang relatif kecil dengan memberikan perawatan kepada pasien rawat jalan, berpartisipasi dalam program imunisasi dan akibatnya menghasilkan limbah dalam jumlah terbatas. Pelayanan kesehatan di puskesmas harus memastikan bahwa setiap orang menerima perawatan yang komprehensif mulai dari promosi dan pencegahan hingga perawatan, rehabilitasi serta perawatan paliatif yang sedekat mungkin dengan lingkungan tempat tinggal mereka sehari-hari (WHO, 2019).

7.3 Tujuan Puskesmas

Peningkatan suatu kesadaran, kemauan, serta kemampuan diri untuk hidup sehat pada setiap orang dalam upaya mencapai derajat lesehatan masyarakat yang tinggi sebagai bentuk investasi terhadap pembangunan SDM yang dapat menghasilkan secara sosial maupun ekonomi merupakan salah satu tujuan dari pembangunan kesehatan.

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Puskesmas bertujuan untuk dapat menciptakan sebuah Puskesmas sehat, masyarakat yang berperilaku hidup sehat (sadar, mau, dan mampu hidup sehat), pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau, lingkungan sehat dan memiliki derajat kesehatan yang optimal baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Adanya Puskesmas juga untuk dapat mewujudkan kecamatan sehat sehingga tercapai suatu kota atau kabupaten sehat.

7.4 Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Adapun prinsip dalam penyelenggaraan suatu Puskesmas diantaranya adalah :

a. "Paradigma Sehat"
   Adapun bentuk upaya Puskesmas untuk mengajak seluruh pemangku kepentingan berpartisipasi dalam pencegahan dan pengurangan risiko kesehatan yang dihadapi oleh individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui gerakan masyarakat hidup sehat.
b. "Pertanggungjawaban Wilayah"
   Pembangunan kesehatan yang ada di daerah baik kabupaten maupun kota merupakan bagian dari tanggung jawab Puskesmas wilayah tersebut.
c. "Kemandirian Masyarakat"
   Kemandirian hidup sehat di masyarakat dapat ditingkatkan dengan adanya Puskesmas.
d. "Ketersediaan Akses Pelayanan Kesehatan"
   Pelayanan kesehatan yang dapat ditempuh dan digunakan oleh seluruh masyarakat diselengarakan oleh Puskesmas secara adil dan merata.
e. "Teknologi Tepat Guna"
   Pemanfaatan teknologi dilakukan dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas sesuai dengan kebutuhan dan kebermanfaatan.
f. "Keterpaduan dan Kesinambungan"
   Dengan melakukan koordinasi dan integrasi pada pelaksanaan UKP dan UKM lintas program dan sektor serta melaksanakan Sistem Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

7.5 Tugas, Fungsi dan Wewenang Puskesmas

Dalam upaya mencapai tujuan pembangunan kesehatan di suatu wilayah, Tugas Puskesmas yaitu melaksanakan kebijakan kesehatan dan mengintegrasikan program yang dilaksanakan Puskesmas melalui pendekatan keluarga

Adapun beberapa fungsi Puskesmas diantaranya yaitu sebagai berikut:

a. “Penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya”
   Dalam pelaksanaan fungsi UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya, Puskesmas memiliki wewenang untuk :
   1) Membuat agenda kerja menurut hasil analisis problem kesehatan yang ada di masyarakat serta kebutuhan pelayanan kesehatan
   2) Melakukan upaya bersama secara terkoordinasi dalam menyelesaikan suatu masalah serta memberikan penjelasan tentang kebijakan kesehatan
   3) Melakukan interaksi komunikasi, info, pendidikan, dan peran serta masyarakat di bidang kesehatan
   4) Mengikutsertakan masyarakat dalam melakukan pengkajian dan menyelesaikan problematika kesehatan yang ada di setiap tingkat perkembangan masyarakat melalui kerjasama dengan pimpinan wilayah dan sektor lain
   5) Membina institusi, jaringan pelayanan Puskesmas dan juga upaya kesehatan berbasis masyarakat
   6) Merencanakan kebutuhan serta peningkatan kompetensi SDM Puskesmas
   7) Monitor pelaksanaan pembangunan berwawasan kesehatan
   8) Pelayanan Kesehatan yang diarahkan untuk keluarga, kelompok, dan masyarakat berdasarkan faktor biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual
   9) Dokumentasi, pelaporan, dan penilaian terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan
   10) Memberikan rekomendasi terkait permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat kepada Dinkes kabupaten/kota,
   11) Melakukan deteksi dini dan penanggulangan penyakit
   12) Menyelenggarakan kegiatan dengan pendekatan keluarga
   13) Kolaborasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan tingkat pertama dan rumah sakit di wilayah kerjanya, melalui pengoordinasian SDM
b. “Penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya”
   Pelaksanaan dari fungsi penyelenggaraan UKP tingkat pertama, Puskesmas berwenang untuk:

1) Pelayanan kesehatan dasar secara menyeluruh, berkesinambungan, berkualitas, dan holistic
2) Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan upaya peningkatan dan juga pencegahan
3) Pelayanan Kesehatan yang berpusat pada individu, berfokus pada keluarga, dan berorientasi pada kelompok dan masyarakat
4) Pelayanan Kesehatan yang mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung, dan lingkungan kerja
5) Pelayanan Kesehatan dengan prinsip koordinatif dan kerja sama inter dan antar profesi
6) Penyelenggaraan rekam medis
7) Penapisan rujukan sesuai dengan indikasi medis dan Sistem Rujukan

c. "Sebagai wahana pendidikan bidang kesehatan, wahana program internsip, dan/atau sebagai jejaring rumah sakit pendidikan."

7.6 Persyaratan Puskesmas

Persyaratan yang harus diperhatikan diantaranya yaitu :

a. Terdapat di setiap kecamatan
b. Pendirian Puskesmas lebih dari 1 di kecamatan yang sama dengan suatu kondisi tertentu
c. Kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk, dan aksesibilitas terhadap pelayanan kesehatan menjadi faktor pertimbangan dari kondisi tertentu.

Selain persyaratan tersebut di atas, Puskesmas juga harus memenuhi beberapa persyaratan seperti "lokasi, bangunan, prasarana, peralatan, ketenagaan, kefarmasian dan laboratorium klinik."

7.7 Kategori Puskesmas

Pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan berdasarkan pada kondisi masyarakat, maka dibagi menjadi beberapa kategori diantaranya yaitu :

a. “Karakteristik Wilayah Kerja”
   Ditetapkan oleh Bupati / Walikota yang terdiri dari :
   1) “Puskesmas Kawasan Perkotaan”
   2) “Puskesmas Kawasan Pedesaan”
   3) “Puskesmas Kawasan Terpencil”
   4) “Puskesmas Kawasan Sangat Terpencil”
b. “Kemampuan Pelayanan”
   Dibagi menjadi :
   1) “Puskesmas Non Rawat Inap”
      “Puskesmas yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan, perawatan di rumah (*home care*), pelayanan gawat darurat dan dapat menyelenggarakan pelayanan rawat inap pada pelayanan persalinan normal.”
   2) “Puskesmas Rawat Inap”
      “Puskesmas yang diberikan tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan pelayanan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya.”

7.8 Pelayanan Kesehatan di Puskesmas

Puskesmas dalam menyusun suatu strategi untuk menguatkan pelayanan kesehatan dasar adalah adanya pembagian tupoksi, mempertangguh kelembagaan dan SDM puskesmas, peningkatan efektivitas anggaran, pengelolaan logistik obat dan alat kesehatan, peningkatan manajemen dan mutu pelayanan puskesmas serta kebijakan afirmasi bagi Puskesmas di DTPK (Bappenas, 2018).

“Peraturan Menteri Kesehatan RI RI nomor 4 Tahun 2019 menyebutkan bahwa pelayanan yang bersifat peningkatan/promotif dan pencegahan/preventif mencakup:”

a. “Peningkatan kesehatan”
b. “Perlindungan spesifik”
c. “Diagnosis dini dan pengobatan tepat”
d. “Pencegahan kecacatan”
e. “Rehabilitasi” (Kementerian Kesehatan RI, 2019)

Pelaksanaan UKM (Upaya Kesehatan Masyarakat) dan UKP (Upaya Kesehatan Perorangan) tingkat pertama merupakan 2 hal yang wajib diselenggarakan oleh puskesmas guna mencapai :

a. "Standar pelayanan minimal kota/ kabupaten di bidang kesehatan"
b. "Program Indonesia Sehat"
c. "Kinerja Puskesmas dalam penyelengaraan Jaminan Kesehatan Nasional"

7.8.1 Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM)

"UKM bertujuan untuk memelihara dan juga meningkatkan kesehatan masyarakat dengan menitikberatkan pada suatu kegiatan yang bersifat pencegahan dan yang menjadi sasaran kegiatan adalah keluarga, kelompok serta masyarakat."

Pengelompokkan UKM meliputi pelayanan :

a. UKM Esensial
    1) Promkes
        a) Promosi PHBS
        b) Promosi gizi yang seimbang
    2) Kesehatan Lingkungan
        a) Air bersih
        b) Lingkungan rumah sehat
        c) Makanan dan minuman sehat
    3) Kesehatan Keluarga
        a) Pelayanan KIA
        b) Pelayanan Kesehatan Remaja, WUS, PUS, dan Lansia
    4) Gizi
        a) Pencegahan dan Penanganan kekurangan gizi
        b) Program Pemantauan status gizi balita
        c) Pemberian Makanan Tambahan, vitamin A pada balita, Fe, kapsul Yodium
    5) Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
        a) Analisa penyakit.
        b) Pelaporan kasus PM
        c) Pemberian imunisasi.
        d) Pemberantasan vektor

b. “UKM Pengembangan”
   “Upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya bersifat inovatif dan/atau disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja, dan potensi sumber daya yang tersedia di Puskesmas.”

7.8.2 Upaya Kesehatan Perorangan (UKP)

“Upaya yang menitikberatkan pada peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat suatu penyakit serta pemulihan kesehatan individu merupakan sasaran dari Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP).”

“Fungsi dari UKP Tingkat pertama yaitu memberikan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan kesehatan, keamanan, keselamatan pasien, petugas, pengunjung serta lingkungan kerja (Kementerian Kesehatan RI, 2019).” “UKP tingkat pertama yang dilaksanakan tersebut harus sesuai dengan standar pelayanan, standar prosedur operasional, dan etika profesi.” “UKP tingkat pertama dilakukan dalam bentuk pelayanan :”

a. “Rawat Jalan, baik kunjungan sehat maupun sakit”
b. “Pelayanan Gawat Darurat”
c. “Pelayanan Persalinan Normal”
d. “Perawatan di Rumah”
e. “Rawat Inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan”

Pelaksanaan UKM dan UKP Puskesmas meliputi :

a. “Manajemen Puskesmas”
b. “Pelayanan Kefarmasian”
c. “Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat”
d. “Pelayanan Laboratorium”
e. “Kunjungan Keluarga”

7.9 Pelayanan Kesehatan Kerja di Puskesmas

Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK). merupakan salah satu bentuk upaya puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan kerja bagi pekerja yang dilakukan melalui adanya pembentukan Gerakan Pekerja Perempuan Sehat Produktif (GP2SP) untuk

meningkatkan kepedulian dan mewujudkan upaya memperbaiki kesehatan pekerja/buruh perempuan sehingga dapat meningkatkan produktivitas kerja dan meningkatkan kualitas generasi penerus dalam implementasinya.

Pos Upaya Kesehatan Kerja (Pos UKK) pada tahun 2020 telah terbentuk sebanyak 8.553 dan GP2SP sebanyak 671 yang menyelenggarakan kesehatan kerja dan pelayanan kesehatan kerja di tempat kerja (KEMENTERIAN SEKRETARIAT NEGARA, 2019).

"Peraturan Pemerintah No 88 Tahun 2019 tentang Standar Kesehatan Kerja dalam upaya peningkatan kesehatan terdiri dari :"

a) "Peningkatan pengetahuan kesehatan"
b) "Pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat"
c) "Pembudayaan keselamatan dan Kesehatan Kerja di Tempat kerja"
d) "Penerapan gizi kerja"
e) "Peningkatan kesehatan fisik dan mental"

7.10 Jaringan Pelayanan, Jejaring dan Rujukan Puskesmas

Untuk dapat mewujudkan Puskesmas yang sehat perlu didukung oleh jaringan pelayanan Puskesmas dan jejaring Puskesmas yang terdiri dari :

a. "Puskesmas Pembantu"
   Memberikan pelayanan kesehatan secara permanen di suatu lokasi dalam wilayah kerja Puskesmas.
b. "Puskesmas keliling"
   Memberikan pelayanan kesehatan yang sifatnya bergerak (*mobile*), untuk meningkatkan jangkauan dan mutu pelayanan bagi masyarakat di wilayah kerja Puskesmas yang belum terjangkau oleh pelayanan dalam gedung Puskesmas.
c. "Praktik Bidan Desa"
   "Praktik bidan yang memiliki Surat Izin Praktik Bidan (SIPB) di Puskesmas, dan bertempat tinggal serta mendapatkan penugasan untuk melaksanakan praktik kebidanan dari Pemerintah Daerah pada satu desa/kelurahan dalam wilayah kerja Puskesmas yang bersangkutan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan."

"Jejaring Puskesmas meliputi upaya kesehatan yang bersumberdaya masyarakat, Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), klinik, rumah sakit, apotek, laboratorium, tempat praktik mandiri Tenaga Kesehatan, dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya. Jejaring Puskesmas wajib melaporkan kegiatan dan hasil kegiatan pelayanan kesehatan kepada Puskesmas di wilayah kerjanya secara berkala setiap bulan. "

"Sanksi administrasi akan diberikan oleh pejabat yang berwenang bagi Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang tidak melaporkan hasil penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada Puskesmas di wilayah kerjanya berupa teguran lisan, teguran tertulis, penghentian kegiatan sementara, dan/atau pencabutan izin operasional. Pelaporan dikecualikan bagi apotek dan laboratorium." Rujukan UKM UKP diselenggarakan Puskesmas sebagai bagian dari bentuk upaya pelayanan kesehatan.

7.11 Sistem Informasi Puskesmas

Sistem informasi puskesmas meliputi :

a. "Pencatatan dan pelaporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya"
b. "Pencatatan dan pelaporan keuangan Puskesmas dan jaringannya"
c. "Survei Lapangan"
d. "Laporan Lintas Sektor Terkait"
e. "Laporan Jejaring Puskesmas di Wilayah Kerjanya"

7.12 Akreditasi Puskesmas

"Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 menyatakan bahwa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan puskesmas wajib dilakukan Akreditasi Puskesmas yang dilakukan secara berkala paling sedikit 3 (Tiga) Tahun sekali." Dengan adanya Akreditasi Puskesmas diharapkan dapat membangun tata kelola yang lebih baik secara bertahap dan berkesinambungan melalui perbaikan tata kelola seperti :

a. "Manajemen secara institusi"
b. "Manajemen Program"
c. "Manajemen Risiko"

d. “Manajemen Mutu”

“Berdasarkan SE Nomor HK.02.01/MENKES/455/2020 tentang Perizinan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada Masa Pandemi Covid 19, tidak ada pelaksanaan akreditasi puskesmas karena masih dalam kondisi pandemi” (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

Bappenas. 2018. *Penguatan Pelayanan Kesehatan Dasar di Puskesmas*. Jakarta: Bappenas.

Kemenkes RI. 2022. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2021*. Jakarta: Kemenkes RI. Available at: file:///C:/Users/WINDOWS 10/Downloads/Profil-Kesehatan-2021.pdf.

Kementerian Kesehatan RI. 2019. 'Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas', *Peraturan Menteri Kesehatan RI No 43 tahun 2019 tentang Puskesmas*.

Kementerian Kesehatan RI. 2019. *Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes RI.

Kementerian Kesehatan RI. 2020. *Perizinan dan Akreditasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan Penetapan Rumah Sakit Pendidikan Pada Masa Pandemi Covid 19*. Jakarta: Kemenkes RI.

KEMENTERIAN SEKRETARIAT NEGARA. 2019. *Peraturan Pemerintah No 88 Tahun 2019 tentang Kesehatan Kerja*. Jakarta: KEMENTERIAN SEKRETARIAT NEGARA.

Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI. 2020. *RPJMN Tahun 2020 – 2024*. Jakarta: Menteri Hukum dan Hak Asasi Manusia RI.

BAB 8
KESEHATAN LINGKUNGAN

Oleh Ummi Kaltsum S. Saleh

8.1 Pendahuluan

Permukiman dan lingkungan hidup merupakan kebutuhan dasar manusia dan penentu penting kesehatan masyarakat. Lingkungan yang sehat adalah hak asasi manusia dan investasi bagi keberhasilan pembangunan nasional. (Astoeti *et al.*, 2021). Kesehatan lingkungan yang ideal meliputi kriteria rumah sehat, akses perbaikan fasilitas sanitasi (fasilitas air bersih, toilet, fasilitas pembuangan air limbah, dan fasilitas tempat sampah), dan perilaku higiene individu dan masyarakat. Berdasarkan penelitian Kementerian Kesehatan RI, hanya 32% penduduk yang menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat. Selanjutnya, kondisi sanitasi lingkungan yang tidak sehat berisiko terhadap kesehatan masyarakat. Pencapaian akses sanitasi dan kebersihan lingkungan yang memadai merupakan target internasional dan output salah satu sektor kesehatan dari *Sustainable Development Goals* (SDGs) tahun 2030 yang harus dicapai sebesar 100% (Ainy, Susanto and Susumaningrum, 2021).

Kesehatan lingkungan adalah bagian dari kesehatan masyarakat yang tujuan utamanya adalah mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Kesehatan lingkungan dikaitkan dengan mengenali, menilai, memahami, dan mengendalikan dampak manusia terhadap lingkungannya dan dampak lingkungan terhadap masyarakat umum (S, 2019).

8.2 Konsep Kesehatan Lingkungan

Masalah kesehatan lingkungan merupakan masalah yang mendapat perhatian cukup besar. Karena penyakit bisa timbul dan menjangkiti manusia karena lingkungan yang tidak bagus. Kesehatan lingkungan mencakup kebersihan, sanitasi dan banyak aspek lingkungan lainnya yang memengaruhi kesehatan. *World*

Health Organization (WHO) mendefinisikan kesehatan lingkungan adalah suatu keseimbangan ekologi antara manusia dengan lingkungannya agar dapat menjamin keadaaan sehat dari manusia. Dalam hal ini kesehatan lingkungan membahas semua faktor fisik, kimia, dan biologis di luar seseorang dan semua faktor terkait yang memengaruhi perilaku mencakup penilaian dan pengendalian faktor-faktor lingkungan yang berpotensi memengaruhi kesehatan (S, 2019).

Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan (HAKLI) mendefinisikan kesehatan lingkungan sebagai suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia. Menurut Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 tercantum dalam Pasal 162, Kesehatan Lingkungan sebagai salah satu upaya kesehatan ditujukan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik fisik, kimia, biologi, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Kesehatan Lingkungan diselenggarakan melalui upaya penyehatan, pengamanan, dan pengendalian, yang dilakukan terhadap lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi, serta tempat dan fasilitas umum (Pemerintah Republik Indonesia, 2009).

Peraturan perundangan melalui Kepmenkes RI Nomor 4788 tahun 2021 menyebutkan kesehatan lingkungan adalah upaya pencegahan penyakit dan/atau gangguan kesehatan dari faktor risiko lingkungan untuk mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat, baik dari aspek fisik, kimia, biologi, maupun sosial (Menkes RI, 2021). Maka dapat disimpulkan bahwa kesehatan lingkungan yaitu upaya untuk menciptakan atau mewujudkan suatu lingkungan yang bersih dan sehat berlandaskan pada etika lingkungan sehingga dapat mendukung kehidupan manusia. Menjaga kebersihan dan kesehatan lingkungan merupakan cara yang lebih efektif dalam mencegah timbulnya berbagai penyakit daripada mencegah atau memberantas suatu penyakit yang telah berkembang menjadi wabah.

Kontribusi lingkungan dalam mewujudkan derajat kesehatan merupakan hal yang esensial disamping masalah perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan dan faktor keturunan. Lingkungan memberikan kontribusi terbesar terhadap timbulnya masalah kesehatan

masyarakat. Ruang lingkup kesehatan lingkungan menurut WHO adalah:

1. Penyediaan air minum
2. Pengelolaan air buangan dan pengendalian pencemaran
3. Pembuangan sampah padat
4. Pengendalian vektor
5. Pencegahan / pengendalian pencemaran tanah oleh ekskreta manusia
6. Hygiene makanan termasuk hygiene susu
7. Pengendalian pencemaran udara
8. Pengendalian radiasi
9. Kesehatan kerja
10. Pengendalian kebisingan
11. Perumahan dan permukiman
12. Aspek kesehatan lingkungan dan transportasi udara
13. Perencanaan daerah dan perkotaan
14. Pencegahan kecelakaan
15. Rekreasi umum dan pariwisata
16. Tindakan-tindakan sanitasi yang berhubungan dengan keadaan epidemi/wabah. Bencana alam dan perpindahan penduduk
17. Tindakan pencegahan yang diperlukan untuk menjamin lingkungan (Waangsir, 2022).

Menurut Entjang (2000), bahwa kesehatan lingkungan merupakan unsur yang memiliki peranan penting. Kondisi lingkungan yang buruk telah mengakibatkan berkembangnya populasi nyamuk, lalat dan vektor-vektor penyakit lainnya. Perkembangan tersebut terdapat pada permukiman kumuh, dan sumber air yang tidak sehat karena pengelolaan lingkungan yang kurang baik. Demikian juga perkembangan pola penyakit berbasis lingkungan yang disebabkan oleh sanitasi lingkungan yang buruk, dan kontak langsung dengan sumber air yang tercemar, perumahan yang tidak layak huni, dan penyakit menular lainnya yang berasal dari hewan. Berdasarkan hal tersebut, Pemerintah Indonesia melalui Kementerian Kesehatan Republik Indonesia mengambil langkah strategis untuk mencegah dan menanggulangi penyakit berbasis lingkungan melalui pengelolaan sanitasi dasar dan lingkungan. Upaya tersebut dilaksanakan melalui

program kesehatan baik dalam sistem kesehatan nasional maupun dalam rencana jangka menengah dan panjang. Beberapa program prioritas tersebut antara lain (1) penyediaan sumber air minum sehat, (2) pengelolaan limbah industri dan limbah rumah tangga, (3) peningkatan dan pengawasan rumah sehat, (4) pemberantasan sarang nyamuk dan pengendalian populasi nyamuk, dan pencegahan penderita penyakit berbasis lingkungan dan (5) pemantauan kualitas udara (Demung and Yasa, 2019).

Beberapa indikator penyehatan lingkungan yang direkomendasikan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia antara lain persentase rumah sehat mencapai 80%, sanitasi tempat umum 80%, penyediaan air bersih, kelembagaan pelayanan kesehatan lingkungan yang dibina 70%, rumah tangga yang memiliki jamban keluarga 90%, adanya fasilitas pembuangan air limbah. Masalah kesehatan lingkungan seperti perumahan, feses, penyediaan air bersih, pembuangan sampah, dan pembuangan air limbah, mempengaruhi kesehatan masyarakat terutama pada masalah kesehatan lingkungan rumah tangga.

Pasal 7 Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun 2014 tentang Kesehatan Lingkungan disebutkan bahwa kualitas lingkungan yang sehat ditentukan melalui pencapaian atau pemenuhan Standar Baku Mutu Kesehatan Lingkungan dan Persyaratan Kesehatan. Lebih lanjut dijelaskan bahwa media lingkungan yang ditetapkan untuk memenuhi Standar Baku Mutu dimaksud adalah meliputi media air, udara, tanah, pangan, sarana dan bangunan dan vector dan binatang pengganggu. Media lingkungan yang ditetapkan diatas berada pada lingkungan permukiman, tempat kerja, tempat rekreasi dan tempat atau fasilitas umum (Pemerintah Republik Indonesia, 2014).

Salah satu unsur determinasi dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat adalah kesehatan lingkungan. Kondisi dan kualitas lingkungan sangat berperan dalam menimbulkan dan menularkan penyakit. Peran lingkungan dalam penularan penyakit dibedakan atas:

1. Lingkungan sebagai faktor predisposisi (faktor kecenderungan);
2. Lingkungan sebagai penyebab penyakit (penyebab langsung penyakit);
3. Lingkungan sebagai media transmisi penyakit (sebagai perantara penularan penyakit);

4. Lingkungan sebagai faktor yang mempengaruhi perjalanan suatu penyakit (faktor penunjang).

Peran petugas kesehatan lingkungan khususnya dan tenaga kesehatan pada umumnya mencakup fungsi kesehatan masyarakat menjadi penting dalam meningkatkan kesehatan manusia dan melindunginya dari bahaya lingkungan, mengembangkan hubungan antara masyarakat dan otoritas lokal, dan antara tingkat administrasi lokal dan yang lebih tinggi, bertindak secara independen untuk memberikan nasihat tentang masalah kesehatan lingkungan; merancang dan mengembangkan rencana aksi untuk kesehatan lingkungan, Memulai dan melaksanakan program kesehatan/kebersihan, sanitasi dan lingkungan untuk mempromosikan pemahaman tentang prinsip-prinsip kesehatan lingkungan, Menegakkan undang-undang lingkungan, Memantau dan mengevaluasi kegiatan, program dan proyek kesehatan lingkungan.

8.3 Dampak Kesehatan Lingkungan Bagi Kesehatan Ibu dan Anak

Kondisi kesehatan lingkungan yang menurun memengaruhi kesehatan manusia termasuk kesehatan reproduksi yang disebabkan oleh pencemaran lingkugan (Waangsir, 2022). Penyakit pada ibu dan anak yang mungkin terkait dengan paparan lingkungan merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama di seluruh dunia. Para peneliti di banyak negara telah melakukan riset yang dirancang untuk menilai konsekuensi dari paparan polutan lingkungan terhadap kesehatan prenatal. Di AS, *National Children's Study* (NCS) yang melibatkan 100.000 wanita hamil dari berbagai lokasi di seluruh AS diidentifikasi hubungan paparan polutan lingkungan sejak masa hamil, kanak-kanak menuju dewasa. Di Denmark, mengumpulkan data dari periode prenatal 18 bulan sampai setelah melahirkan pada 100.000 kelahiran hidup. Di Spanyol, menindaklanjuti sampel 3.100 ibu hamil dan bayinya. Di Jepang, ada studi Kohort Hokkaido yang dilakukan pada sekelompok anak, ibu hamil sehat dan berencana mengatur kelahiran hidup dari 60.000 individu yang akan dilakukan antara 2010 dan 2020. Studi-studi ini menyelidiki spektrum yang luas dari polutan lingkungan dan efeknya, termasuk hasil dari kehamilan, perkembangan

saraf, asma, obesitas, dan perkembangan pubertas, secara berurutan untuk menentukan bagaimana paparan lingkungan sebelum dan sesudah kelahiran mempengaruhi pertumbuhan, perkembangan, dan kesehatan dari awal kehidupan janin sampai dewasa (Ha *et al.*, 2009).

Pencemaran lingkungan bersumber dari udara, air dan tanah. Udara yang sudah tercemar dapat mengganggu kehidupan manusia. Polusi udara semakin mempengaruhi ibu dan kesehatan janin. Polutan udara biasa terhirup oleh ibu hamil, seperti: nitrogen dioksida, karbon monoksida, belerang, dioksida, dan ozon, menimbulkan risiko bagi janin dan kesehatan bayi dan telah dikaitkan dengan berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, dan penyakit pernapasan. Otak janin yang sedang berkembang dipengaruhi oleh paparan bahan kimia dan polusi udara. Hasil penelitian oleh (Sullivan and Monk, 2020) yang telah mengumpulkan sampel darah, urin, dan rambut ibu telah terungkap paparan luas selama kehamilan untuk banyak bahan kimia, banyak di antaranya diketahui memiliki efek buruk bagi kesehatan. Misalnya, bahan kimia yang mudah dimetabolisme (seperti seperti paraben, bisphenol A, ditemukan dalam plastik dan produk perawatan diri) dan logam berat (seperti timbal dan merkuri, ditemukan dalam air yang terkontaminasi atau partikel cat) diketahui mempengaruhi pertumbuhan janin dan menyebabkan hasil kelahiran yang buruk, termasuk berat badan lahir rendah, kelahiran prematur, dan keterlambatan perkembangan. Studi telah menunjukkan bahwa hasil yang merugikan ini meningkat pada lebih banyak perempuan yang kurang beruntung secara sosial. Kebijakan untuk mengurangi kemacetan lalu lintas dan karbon emisi berdampak positif bagi semua warga negara, termasuk yang belum lahir.

Pencemaran air disebabkan masuknya zat asing yang melebihi daya serap air. Logam berat sepereti timbal, tembaga kadmium merkuri dan kromium memiliki dampak berbahaya jika diserap tubuh melalui saluran pencernaan. Menelan organisme air yang mengandung logam berat dapat menyebabkan sakit tenggorokkan, sakit kepala, dermatitis, alergi dan anemia, gangguan ginjal. Bagi ibu hamil bisa menganggu kesehatan ibu, aborsi spontan, dan BBLR (berat badan lahir rendah). Ibu hamil yang terpapar merkuti dapat mengakibatkan gangguan pada janin seperti kerusakan otak, cacat intelektual, penglihatan buruk dan kemampuan bicara menjadi terlambat. Efek

timbal pada ibu hamil memengaruhi perkembangan embrio (Waangsir, 2022).

Sumber pencemar udara dan air umumnya juga menjadi pencemar tanah. Misalnya gas karbondioksida, nitrogen oksida, sulfue oksida adalah zat polutan udara yang larut dalam air hujan dan turun hingga tanah yang dapat menyebabkan hujan wabah asam mengakibatkan wabah polusi di tanah. Dampak pencemaran tanah bagi ibu hamil diduga dapat meningkatkan risiko janin tumbuh lambat, sakit kepala, pusing, kelelahan, iritasi mata, ruam kulit, kerusakan saraf dan otot (Waangsir, 2022).

Praktik kebersihan yang buruk dapat menyebabkan ibu hamil menderita diare, yang pada gilirannya dapat menyebabkan janin kehilangan nutrisi yang penting untuk pertumbuhan. Kebanyakan ibu hamil mencuci tangan mereka dengan baik dengan sabun di air mengalir (60,9%). Waktu yang disarankan untuk mencuci tangan adalah sebelum menyiapkan makanan, setiap saat tangan kotor, setelah buang air besar, setelah menggunakan pestisida (jika menggunakan), dan jika mereka memiliki bayi, setelah membantu bayi buang air besar dan sebelum menyusui bayinya. atau sanitasi lingkungan, hamil ibu dengan fasilitas air bersih yang baik adalah lebih dari setengahnya (58,7%). Penggunaan sumber air minum yang digunakan di rumah tangga, lebih dari setengahnya menggunakan air isi ulang dan air sumur terpelihara. Untuk pembuangan limbah fasilitas, sebagian besar ibu hamil berada di kategori kurang baik (63,1%). Ibu hamil masih memiliki lokasi septik tank <10 m dari sumber air minum air/air bersih. Berkenaan dengan pembuangan limbah fasilitas, sebagian besar ibu hamil (89,1%) masih memiliki fasilitas pembuangan sampah yang buruk, masih membuka tong sampah, membakar sampah, dan membuang sampah ke sungai (Widhi, Damayanthi and Khomsan, 2021).

Kebersihan pribadi dan lingkungan juga memainkan peran penting dalam masalah kesehatan anak seperti malnutrisi, termasuk stunting, berkaitan dengan sering terjadi infeksi pada anak (diare), sedangkan kebiasaan buruk tidak mencuci tangan dengan sabun dengan benar juga dapat meningkatkan frekuensi diare. Hal-hal yang dianggap sepele seperti buang air besar sembarangan juga bisa berdampak besar pada kesehatan, status gizi, dan perekonomian suatu bangsa. Stunting pada anak merupakan konsekuensi kronis dari

konsumsi makanan berkualitas rendah secara terus menerus, penyakit menular dan masalah lingkungan. (Widhi, Damayanthi and Khomsan, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

Ainy, F. N., Susanto, T. and Susumaningrum, L. A. 2021. 'The relationship between environmental sanitation of family and stunting among under- five children: A cross-sectional study in the public health center of Jember, Indonesia', *Nursing Practice Today*, 8(3), pp. 173–178. doi: 10.18502/npt.v8i3.5932.

Astoeti, D. D. *et al.* 2021. 'Relationship between water quality , sanitation and hygiene on environmental health of community settled on Kahayan River Bank , Palangka Raya', in *2nd Biennial Conference of tropcal Biodiversity*. IOP Publishing, pp. 1–11. doi: 10.1088/1755-1315/886/1/012067.

Demung, I. W. and Yasa, I. G. . M. 2019. 'THE EFFECT OF ENVIRONMENTAL SANITATION AND HEALTH SERVICES TO LIFE EXPECTANCY IN WEST NUSA TENGGARA PROVINCE', *South East Asia Journal of Contemporary Business, Economics and Law*, 20(5), pp. 51–56.

Ha, M. *et al.* 2009. 'The Mothers and Children ' s Environmental Health (MOCEH) study', *European Journal of Epidemiology*, 24(August), pp. 573–583. doi: 10.1007/s10654-009-9370-7.

Menkes RI. 2021. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/Menkes/4788/2021 Tentang Standar Tenaga Sanitas Lingkungan*. Indonesia.

Pemerintah Republik Indonesia. 2009. *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan*. Indonesia.

Pemerintah Republik Indonesia. 2014. *Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 66 Tahun 2014 Tentang Kesehatan Lingkngan*. Indonesia.

S, L. H. 2019. 'Environmental Health and Sanitation', *International Journal of Trend in Scientific Research and Development*, 3(3), pp. 912–915.

Sullivan, A. O. and Monk, C. 2020. 'Maternal and Environmental Influences on Perinatal and Infant Development', *future of children*, 30(2), pp. 11–34.

Waangsir, F. W. 2022. 'Isu Kesehatan Lingkungan', in Ernawati, Damalita, A. F., and Nurfantri (eds) *Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Masa Pandemi Covid-19*. 1st edn. Malang: Rena Cipta Mandiri, pp. 37–60.

Widhi, A. S., Damayanthi, E. and Khomsan, A. 2021. 'Personal Hygiene and Environment Sanitation of Pregnant Mothers and Their Relationship to Birth Outcomes', *Jurnal Gizi dan Pangan*, 16(28), pp. 73–80.

BAB 9
GIZI KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Rika Resmana

9.1 Pendahuluan

Indonesia merupakan negara berkembang yang masih dihadapkan pada permasalahan gizi. Jenis permasalahan gizi yang sedang dihadapi saat ini yaitu masalah gizi ganda (*double burden*), yang mana permasalahan gizi kurang belum selesai, muncul masalah gizi lainnya yaitu masalah gizi lebih (Mardalena and Suryani, 2016).

Masalah gizi merupakan bagian dari hal utama yang perlu diperhatikan, karena sumber daya manusia dengan tingkat kesehatan, kecerdasan dan produktivitas kerja yang tinggi, merupakan salah satu ciri bangsa yang maju dan hal tersebut berkaitan erat dengan keadaan gizi. (Thamaria, 2017)

Bagaimana masalah gizi dapat terjadi?, Gizi memiliki peranan besar dalam mencapai kesehatan optimal individu. Jika kebutuhan nutrisi individu tidak terpenuhi secara cukup dan seimbang, maka dapat berpengaruh terganggunya proses metabolisme dan dapat menimbulkan masalah gizi. Sebaliknya jika kebutuhan nutrisi terpenuhi secara berlebih, berisiko meningkatkan berat badan secara berlebih pula dan menimbulkan masalah kesehatan. Penerapan gizi seimbang dapat menghasilkan status gizi dan kesehatan yang optimal (Pritasari, Damayanti and Lestari, 2017).

9.2 Makanan Seimbang

Ilmu gizi merupakan ilmu yang mempelajari mengenai makanan yang berkaitan dengan kesehatan. Sedangkan pengertian dari makanan yaitu bahan yang mengandung berbagai zat-zat gizi yang dapat berguna bagi kesehatan tubuh (Sunita Almatsier, 2001).

Setiap jenis makanan mengandung unsur gizi yang berbeda, maka setiap orang perlu mengkonsumsi beranekaragam makanan dalam kesehariannya sesuai dengan pedoman gizi seimbang.

Gizi seimbang diartikan sebagai makanan dengan komposisi nutrisi yang sesuai kebutuhan tubuh dengan memperhatikan jenis yang beranekaragam, serta diseimbangkan dengan kegiatan aktivitas fisik, perilaku hidup bersih, untuk mempertahankan berat badan normal (Kemenkes RI, 2014).

Pedoman gizi seimbang merupakan pengganti slogan "empat sehat lima sempurna" yang memiliki empat pilar, meliputi :

1. Mengonsumsi anekaragam pangan

   Setiap jenis makanan mengandung unsur gizi yang berbeda maka mengkonsumsi anekaragam makanan merupakan hal yang perlu diperhatikan. Asupan jenis makanan beranekaragam dibarengi dengan mengkonsumsi makanan seimbang, akan sangat mendukung kesehatan yang optimal. Makanan beraneka ragam merupakan makanan yang mengandung nutrisi, sesuai yang diperlukan tubuh baik kualitas maupun kuantitas. Secara umum makanan tersebut dikenal dengan istilah triguna makanan, yaitu makanan yang mengandung sumber tenaga, sumber pembangun dan sumber pengatur.

Gambar 9.1 : Tumpeng Gizi Seimbang
Sumber :(Kemenkes RI, 2014)

2. Membiasakan perilaku hidup bersih
   Membiasakan perilaku hidup bersih merupakan suatu upaya untuk mengurangi risiko dari terpaparnya sumber infeksi. Salah satu contoh berperilaku hidup bersih diantaranya selalu mencuci tangan menggunakan sabun dengan air bersih mengalir pada waktu sebelum makan atau setelah dari kamar kecil. Selain itu membiasakan melakukan menutup makanan agar terhindar dari berbagai kuman penyakit, menutup mulut dan hidung ketika batuk atau bersin dan selalu menggunakan alas kaki saat keluar rumah.
3. Melakukan aktivitas fisik
   Aktivitas fisik terutama olahraga yaitu kegiatan fisik dengan tujuan untuk menyeimbangkan antara pemasukan dan pengeluaran energi dalam tubuh, selain berfungsi untuk memperlancar system metabolisme tubuh.
4. Mempertahankan Berat Badan normal
   Satu indikator yang menunjukkan bahwa tubuh telah mengalami keseimbangan gizi, yaitu telah tercapainya BB yang normal sesuai tinggi badannya. Indikator yang umum digunakan untuk mengukur BB normal yaitu Indeks Masa Tubuh (IMT). Rumus perhitungan IMT sebagai berikut: (Thamaria, 2017)

$$\text{IMT} = \frac{\text{Berat Badan (kg)}}{\text{Tinggi Badan (m) x Tinggi Badan (m)}}$$

Fungsi triguna makanan yaitu

(1) Zat Tenaga
   Makanan sumber zat tenaga yang utama adalah makanan yang bersumber dari karbohidrat, lemak dan protein. Makanan tersebut digunakan tubuh sebagai bahan bakar dalam melakukan aktivitas sehari hari.

(2) Zat pembangun
   Makanan sumber zat pembangun berperan untuk pembentukan sel-sel dalam tubuh, pemeliharaan sel dalam tubuh serta mengganti sel-sel yang rusak. Makanan sumber zat pembangun yaitu makanan sumber protein, mineral dan air.

(3) Zat pengatur

Tubuh memerlukan zat pengatur yaitu pengaturan keseimbangan cairan, keseimbangan asam basa, proses oksidasi, kerja syaraf dan otot, mengatur suhu tubuh, peredaran darah, pengeluaran sisa ekresi dan kerja metabolisme tubuh lainnya. Sumber zat pengatur tang utama adaalh makanan yang mengandung protein, vitamin, mineral dan air.

Asupan pangan berhubungan dengan kondisi status gizi seseorang. Asupan pangan yang cukup berpeluang menghasilkan kesehatan yang optimal, sedangkan asupan pangan yang tidak seimbang cenderung dapat menimbulkan masalah gizi (Thamaria, 2017).

9.3 Masalah Gizi Masyarakat

Status gizi berhubungan dengan makanan yang dikonsumsinya. Jika seseorang mengkonsumsi makanan seimbang (sesuai kebutuhan tubuh) dalam kesehariannya, maka berkecenderungan orang tersebut memiliki kesehatan gizi yang optimal. Namun jika seseorang sering mengalami kekurangan ataupun kelebihan zat gizi dikesehariannya dalam jangka waktu lama, maka cenderung akan berdampak buruk terhadap kesehatan orang tersebut. Kondisi ini lebih umum dikenal dengan istilah gizi salah atau *malnutrition* (Mardalena and Suryani, 2016).

Gizi salah meliputi gizi kurang dan gizi lebih. Jenis masalah gizi yang sedang dihadapi yaitu :

(1) Masalah Kekurangan Energi Protein (KEP)

Secara umum penyebab terjadinya kekurangan energi protein yaitu karena kekurangan makan sumber energi dan sumber protein dalam jangka waktu yang cukup lama. Dampak terjadinya kekurangan energi protein berhubungan dengan kualitas manusia, terutama jika terjadi pada kelompok anak yang sedang mengalami pertumbuhan. Terjadinya masalah kurang energi protein pada balita, terlihat dari rendahnya cadangan lemak serta otot tubuhnya, sehingga nampak gambaran balita yang kurus. Kondisi ini menggambarkan

bahwa asupan gizi anak tersebut rendah, dan cenderung memiliki daya tahan tubuh kurang, yang berdampak anak mudah sakit. Kondisi ini mengakibatkan tingginya angka morbiditas dan mortalitas.

Hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa sebanyak 17,7% balita, menderita gizi kurang dan gizi buruk dengan diantaranya terdapat 10,2% balita dalam status gizi kurus dan sangat kurus. Data tersebut telah terjadi penurunan jika dibandingkan dengan data Riskesdas tahun 2013 yaitu sebesar 19,6% balita dengan status gizi kurang dan gizi buruk serta 12,1% balita dalam kondisi kurus dan sangat kurus. Upaya menurunkan jumlah balita kurus terus dilanjutkan, meskipun presentase balita kurus sudah jauh lebih rendah (Kemenkes RI, 2018).

Terjadinya KEP pada anak, dapat diketahui dari lambatnya pertumbuhan, yang tercermin dari panjang atau tinggi badan kurang dari ukuran standar. Anak dengan kondisi pendek atau sangat pendek, cenderung disebabkan karena asupan gizi yang kurang dari kebutuhannya dalam waktu yang relatif lama. Lambatnya pertumbuhan pada masa balita, cenderung berdampak pada kecerdasan otak yang kurang dimasa dewasa nanti. Salah satu upaya agar pertumbuhan anak baik, yaitu dengan memperhatikan asupan nutrisi dari mulai sejak masih dalam kandungan sampai masa pertumbuhan berakhir (laki laki sampai usia $\pm$25 tahun dan perempuan sampai $\pm$20 tahun) (Thamaria, 2017).

Masalah stunting di Indonesia masih menjadi masalah kesehatan yang utama. Hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa proporsi balita pendek dan sangat pendek sebesar 30,8% artinya dari 10 anak balita terdapat 3 anak balita yang memiliki tinggi badan pendek dan sangat pendek. Data Riskesdas 2013 menunjukkan proporsi balita pendek dan sangat pendek yang lebih buruk dibandingkan data Riskesdas tahun 2018. Proporsi balita stunting (pendek dan sangat pendek) dari hasil Riskesdas 2013 sebesar 37,2% (Kemenkes RI, 2018).

Penanganan masalah gizi yang banyak terjadi pada kelompok balita, perlu disesuaikan dengan penyebab

terjadinya masalah gizi. Namun program seribu hari pertama kehidupan (1000 HPK), efektif dalam memperbaiki tumbuh kembang anak yang memiliki masalah gizi khusus nya KKP. Dalam kegiatan 1000 HPK perlu dilakukan dua jenis intervensi, yaitu intervensi gizi spesifik dan intervensi gizi sensitif. Intervensi gizi spesifik berkontribusi dalam pengentasan masalah gizi sebesar 70-80%, sedangkan intervensi gizi sensitif berkontribusi sebesar 20-30%. intervensi gizi sensitif diartikan sebagai upaya efektif dalam membantu pengentasan masalah gizi yang dilaksanakan sektor luar kesehatan antara lain kementerian pertanian, kementerian pendidikan, kementerian pekerjaan umum, kementerian sosial dan kementerian lain, untuk sama sama melakukan perbaikan dalam masalah kemiskinan, pendidikan, air bersih, sanitasi dan kesehatan lingkungan. Intervensi gizi spesifik merupakan upaya membantu dalam perbaikan masalah gizi yang dilakukan kementrian kesehatan (Thamaria, 2017).

Direktorat Gizi Masyarakat Kementerian Kesehatan telah melakukan program gizi pada kelompok sasaran prioritas. Program gizi pencegahan stunting yang telah dilakukan, yaitu:

1. Suplementasi Tablet Tambah Darah pada Remaja Putri
2. Suplementasi Tablet Tambah Darah pada Ibu Hamil
3. Pemberian Makanan Tambahan pada Ibu Hamil KEK
4. Konseling Pemberian Makan Bayi dan Anak (IMD, ASI Eksklusif, MP ASI dan menyusui sampai usia 2 tahun)
5. Suplementasi Vitamin A untuk bayi dan balita
6. Pemantauan Pertumbuhan
7. Pemberian Makanan Tambahan untuk Balita Gizi Kurang
8. Manajement Terpadu Balita Gizi Buruk

(Kemenkes RI, 2020a)

(2) Masalah Anemia Gizi

Masalah gizi di Indonesia berikutnya yaitu masalah anemia gizi. Anemia merupakan suatu keadaan yang mana kandungan hemoglobin lebih kecil dari batas normal (11 mg/dl). Salah satu sebab terjadinya anemia diantaranya karena tubuh kekurangan zat besi juga protein dari makanan. Kondisi

ini berisiko memiliki kadar hemoglobin yang rendah (Mardalena and Suryani, 2016).

Hemoglobin dalam tubuh berfungsi sebagai alat transportasi, yang mana zat gizi yang masuk ke dalam tubuh akan diangkut untuk dikirim ke dalam sel-sel jaringan tubuh yang memerlukan. Jadi jika seseorang mengkonsumsi dengan jumlah nutrisi yang cukup, namun jika hemoglobin atau alat transportasi tidak memenuhi, maka sel-sel jaringan tubuh pun akan mengalami kekurangan asupan zat gizi (Thamaria, 2017).

Masalah anemia gizi di Indonesia, masih cukup tinggi hasil Riskesdas 2018 menunjukkah bahwa prevalensi anemia pada ibu hamil sebesar 48,9% (Kemenkes RI, 2018). Maka diperlukan berbagai upaya dalam menangani masalah anemia gizi ini. Terutama anemia yang banyak terjadi pada ibu hamil akan berisiko tinggi untuk melahirkan bayi berat lahir rendah, bayi prematur juga berisiko terjadi perdarahan saat melahirkan. Selain hal itu banyak hasil penelitian yang menjelaskan dampak dari kejadian anemia pada kelompok usia remaja dan dewasa dengan berbagai variabel lainnya, diantaranya anemia berhubungan dengan rendahnya produktivitas kerja, juga anemia berhubungan dengan kecenderungan rendahnya hasil prestasi belajar pada remaja (Thamaria, 2017).

Berbagai penyebab dimungkinkan terjadi anemia, diantaranya yaitu terjadinya perdarahan kronik, asupan diet tidak cukup akan kandungan zat besi, terganggunya absorpsi zat besi karena makanan tertentu, atau karena meningkatnya kebutuhan zat besi seperti pada kondisi hamil, menstruasi, donor darah, atau hemoglobinuria. Secara tidak langsung, beberapa faktor lainnya yang berhubungan dengan meningkatnya prevalensi anemia yaitu pendidikan, ekonomi serta demografi khusunya wilayah endemis malaria.

Upaya pencegahan dan penanggulangan anemia, yaitu meningkatkan asupan makanan sumber zat besi dengan pola makan gizi seimbang, terutama makanan sumber hewani kaya zat besi (besi *heme*) seperti hati, ikan, daging dan unggas, serta makanan sumber nabati kaya zat besi (besi *non-heme*) seperti sayuran hijau dan kacang kacangan.

Upaya pencegahan lainnya yaitu fortifikasi bahan makanan dengan zat besi. Beberapa jenis bahan makanan yang telah difortifikasi antara lain minyak goreng, tepung terigu, beras, mentega, dan beberapa makanan ringan.

Suplementasi TTD merupakan upaya pencegahan dan penanggulangan anemia jika zat besi dari makanan tidak mencukupi kebutuhan tubuh. Suplementasi TTD dilakukan secara rutin selama jangka waktu tertentu dengan dosis yang tepat bertujuan untuk meningkatkan kadar hemoglobin secara cepat yang selanjutnya dapat meningkatkan simpanan zat besi dalam tubuh.

Prevalensi anemia berhubungan pula dengan kejadian beberapa penyakit penyerta seperti kurang energi kronik, kecacingan, malaria, tuberkulosis (TBC), HIV/AIDS, dan penyakit lainnya, sehingga penanganan kasus tersebut akan lebih luas. (Kemenkes, 2018)

(3) Masalah Kekurangan Vitamin A

Vitamin A merupakan nutrisi esensial penting untuk mendukung berbagai fungsi tubuh termasuk pertumbuhan dan perkembangan serta pemeliharaan integritas sel epitel dan mendukukung fungsi tubuh lainnya. Fungsi utama dari vitamin A adalah sebagai zat untuk menjaga kesehatan mata. Defisiensi vitamin A terjadi karena kurangnya konsumsi makanan sumber vitamin A (Mardalena and Suryani, 2016). Tanda awal terjadinya defisiensi vitamin A yaitu rabun senja. Kondisi rabun senja perlu penanganan segera, karena jika terlambat akan penanganan dapat mengakibatkan serosis konjungtiva, dan akan muncul bercak bitot, serta kemudian berlanjut serosis kornea dan menjadi keratomalasea yang akhirnya mengakibatkan kebutaan.

Penyebab utama terjadinya defisiensi vitamin A adalah kurang konsumsi makanan sumber vitamin A yang diperburuk dengan terjadinya penyakit infeksi, seperti campak dan diare. Terjadinya infeksi dalam tubuh akan menghambat kemampuan penyerapan zat-zat gizi termasuk mengikis habis simpanan vitamin A dalam tubuh. Bentuk vitamin A yang diperlukan tubuh yaitu retinol. Sumber utama makanan yang mengandung vitamin A, terdapat pada makanan hewani seperti hati, telur,

dan lainnya, sedangkan sumber vitamin A dalam makanan sumber nabati seperti pada buah-buahan dan sayuran yang mengandung beta karoten. Beta karoten adalah salah satu jenis karotenoid yang merupakan zat pigmen pada sayur dan buah berwarna merah, kuning, dan oranye. Beta caroten dalam tubuh akan mengalami perubahan bentuk menjadi retionol, yang bermanfaat bagi kesehatan mata (Mardalena and Suryani, 2016).

Program pelaksanaan intervensi dalam penanganan gejala rabun senja dan xeroptalmia pada anak-anak telah dilakukan, namun jumlah anak dengan gejala subklinik secara global masih sangat besar. Terdapat sekitar 3 juta anak menderita defisiensi vitamin A sub klinik, dan dalam waktu satu tahun setengah dari mereka meninggal karena kehilangan penglihatannya. Defisiensi vitamin A sub-klinik dapat mengurangi kemampuan kekebalan tubuh, meningkatkan kerentanan anak-anak terhadap infeksi, meningkatkan jumlah kesakitan, memperlambat pertumbuhan fisik, serta meningkatkan kematian akibat beberapa penyakit infeksi. Defisiensi vitamin A sub klinik yaitu seseorang dengan konsentrasi vitamin A rendah atau konsentrasi serum retinol dalam darah kurang dari 20 µg/dl. (Mardalena and Suryani, 2016).

Terdapat 3 jenis intervensi yang telah dilakukan pemerintah untuk mencegah terjadinya defisiensi vitamin A atau intervensi pada kelompok berisiko yaitu

1. Suplementasi kapsul vitamin A
2. Peningkatan konsumsi makanan sumber vitamin A atau makanan dengan fortifikasi vitamin A
3. Melakukan pengontrolan kelompok berisiko defisiensi vitamin A

(Mardalena and Suryani, 2016).

(4) Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI)

Iodium adalah zat gizi mikro mineral sebagai komponen hormon tiroksin. Dalam keseharian, iodium harus didapatkan dari asupan makanan dan minuman, karena iodium tidak dapat

diproduksi tubuh manusia. Anjuran asupan iodium pada setiap kelompok umur berbeda:

- 0-1 tahun : 50 µg/hari
- 1-6 tahun : 90 µg/hari
- 7-12 tahun : 120 µg/hari
- >12 tahun : 150 µg/hari
- ibu hamil/ibu menyusui : 200 µg/hari
  (Mardalena and Suryani, 2016).

GAKI disebabkan kurangnya asupan makanan atau minuman yang mengandung cukup iodium dalam waktu cukup lama. GAKI banyak terjadi pada berbagai negara termasuk Indonesia. GAKI lebih banyak terjadi pada wilayah dataran tinggi atau pegunungan (Thamaria, 2017).

Defisiensi iodium pada bayi baru lahir berpengaruh pada fungsi tiroid dan berdampak buruk terhadap perkembangan otak secara dini. Defisiensi iodium pada anak dan remaja mengakibatkan gondok, hipotiroidisme Juvenile dan terhambatnya perkembangan fisik. Defisiensi pada dewasa, menimbulkan gejala cepat lelah, lemas, produktifitas rendah, gondok, hipertiroidisme dan hipotiroidisme, sedangkan defisiensi pada ibu hamil menyebabkan keguguran spontan, lahir mati dan kematian bayi, dan dimungkinkan dapat mengakibatkan terjadinya cebol saat dewasa. Jika terdapat seorang bayi dilahirkan dari ibu dengan masalah gondok, maka bayi berisiko menderita kekurangan yodium. Bayi dengan kondisi kekurangan iodium dan tanpa ditangani, maka pada usia satu tahun, berisiko terjadi pembesaran kelenjar tiroid (Mardalena and Suryani, 2016).

Penanggulangan GAKI meliputi :

1. Mewajibkan dalam sehari hari menggunakan garam yang telah difortifikasi iodium 30-80 ppm
2. Suplementasi yodium
3. Suntikan minyak beryodium/Lipiodol
4. Kapsul minyak beryodium.

Pencegahan GAKY pada wilayah endemik melalui pemberian garam beryodium atau pemberian kapsul minyak

beryodium setiap 3 bulan, 6 bulan atau 12 bulan, atau suntikan ke dalam otot setiap 2 tahun (Mardalena and Suryani, 2016).

(5) Masalah Kelebihan Gizi

Obesitas adalah suatu kondisi kesehatan dengan keadaan lemak tubuh yang berlebih (Mardalena and Suryani, 2016). Lemak dalam tubuh mempunyai manfaat sebagai cadangan energi, namun jika kesediaan cadangan lemak tubuh terlalu berlebih, akan berdampak kurang baik terhadap kesehatan. Kebutuhan konsumsi lemak menurut anjuran WHO ialah sebanyak 15-30% dari kebutuhan energi total (Azrimaidaliza *et al.*, 2020). Secara umum penyebab terjadinya obesitas yaitu karena asupan makanan atau minuman yang dikonsumsi secara berlebih dari kecukupannya.

Terdapat beberapa metode dalam mengukur penilaian status gizi. Jenis pengukuran status gizi yang paling mudah dilakukan di masyarakat yaitu diantaranya menggunakan cara mengukur antropometri. Rumus IMT adalah sebagai berikut :(Kemenkes RI, 2020b)

$$IMT = \frac{BB}{TB/PB\ (m) \times TB/PB\ (m)}$$

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 2 tahun 2020 bahwa kategori hasil perhitungan IMT, dibagi dalam lima kategori yaitu gizi buruk, gizi kurang, gizi baik, gizi lebih dan obesitas. Kategorik obesitas diklasifikasi menjadi obesitas ringan IMT 30,0–34,9, obesitas sedang IMT 35,0–39,9 dan obesitas berat IMT ≥40,0 kg/m2 (Thamaria, 2017).

Dampak terjadinya masalah kelebihan berat badan, yaitu berisiko menderita penyakit jantung, atherosklerosis, diabetes mellitus, gangguan ortopedi, gangguan pada kesehatan mental, dan fungsi kognitif. Sedangkan dampak terjadinya obesitas pada anak yaitu anak menjadi kurang aktif dan anak menjadi

malas karena beban tubuh yang besar dan menurunkan fungsi kognitif,.

Berdasarkan data Riskesdas tahun 2018, prevalensi balita gemuk mencapai 8,0% dan prevalensi berat badan lebih pada usia dewasa (>18 tahun) dengan indikator IMT ≥25,0-<27,0 yaitu 13,6%. Data lainnya untuk status gizi obesitas dengan indikator IMT ≥27,0 memiliki prevalensi lebih tinggi yaitu 21,8%. (Kemenkes RI, 2018).

Penatalaksanaan obesitas dianjurkan melalui berbagai cara, antara lain:

(1) Perubahan gaya hidup, perilaku dan diet
Melakukan diet yang tepat dengan mengurangi asupan kalori dan meningkatkan aktivitas fisik, dikombinasikan dengan perubahan perilaku merupakan suatu kombinasi strategis dalam menurunkan berat badan. Disamping itu perlu kecermatan dalam memilih jenis makanan dengan kandungan rendah kalori seperti sayur-sayuran dan buah-buahan atau dengan memilih makanan dengan kandungan tinggi serat, dan membatasi konsumsi makanan dengan kandungan gula tinggi (makanan manis) serta membatasi makanan tinggi lemak.

(2) Melakukan pembedahan
Pembedahan dilakukan sebagai upaya akhir dalam upaya menurunkan berat bedan. Umumnya pembedahan dilakukan pada obesitas dengan kondisi IMT 35,0-39,9 kg/m2 atau IMT 40 kg/m2 dengan penyakit penyerta kardiopulmonar atau DM tipe 2, atau adanya gangguan gaya hidup.

(3) Obat-obat anti obesitas
Umumnya obat yang diberikan bertujuan untuk menekan nafsu makan (Thamaria, 2017).

DAFTAR PUSTAKA

Azrimaidaliza *et al.* 2020. *Buku Ajar Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat*. Padang. Available at: http://repo.unand.ac.id/38178/1/Buku Ajar Dasar Ilmu Gizi Kesehatan Masyarakat.pdf.

Kemenkes. 2018. *Pedoman dan Pencegahan Penanggulangan Anemia Pada Remaja Putri dan Wanita Usia Subur (WUS)*.

Kemenkes RI. 2014. *Pedoman Gizi Seimbang*.

Kemenkes RI. 2018. 'Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018', *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), pp. 1689–1699.

Kemenkes RI. 2020a. *Rencana aksi kegiatan Direktorat Gizi Masyarakat Tahun 2020-2025*.

Kemenkes RI. 2020b. *Standar Antropometri Anak*.

Mardalena, I. and Suryani, E. 2016. *Ilmu Gizi*.

Pritasari, Damayanti, D. and Lestari, N.T. 2017. *Gizi Dalam Daur Kehidupan*. Jakarta.

Sunita Almatsier. 2001. *Prinsip Dasar Ilmu Gizi*. Jakarta.

Thamaria, N. 2017. *Penilaian Status Gizi*. Jakarta.

BAB 10
KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DALAM KONTEKS KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Sri Hernawati Sirait

10.1 Pendahuluan

Remaja adalah tunas bangsa, generasi penerus dan tumpuan harapan bangsa yang akan melanjutkan cita-cita bangsa menuju Indonesia yang bermartabat. Sehingga sebagai generasi penerus, kelompok remaja merupakan aset atau modal utama sumber daya manusia bagi pembangunan bangsa di masa yang akan datang. Kelompok remaja yang berkualitas memegang peranan penting dalam mencapai kelangsungan serta keberhasilan tujuan pembangunan nasional, sehingga perlu mendapat perhatian yang serius untuk meningkatkan kualitasnya (Siswantara, Soedirham, & Muthmainnah, 2019).

Remaja mengalami pertumbuhan dan perkembangan pesat pada aspek fisik, psikologis dan juga intelektual. Beberapa karakteristik remaja yaitu memiliki keingintahuan yang besar, menyukai petualangan dan tantangan serta berani menanggung risiko atas perbuatannya tanpa didahului oleh pertimbangan yang matang. Hal ini menimbulkan banyak permasalahan pada remaja, salah satunya adalah permasalahan mengenai kesehatan reproduksi (Fitriana & Siswantara, 2018).

Permasalahan seputar kesehatan reproduksi remaja sudah menjadi topik utama di dunia internasional. Situasi yang sering terjadi di Indonesia, remaja putri merasa lebih takut pada risiko sosial seperti kehilangan keperawanan, hamil di luar nikah yang akan menjadi bahan percakapan dimasyarakat dibanding risiko seksual yang terjadi, yang melibatkan kesehatan reproduksi dan kesehatan seksualnya (Lestyoningsih, 2018).

Kesehatan reproduksi merupakan suatu kondisi yang menjamin bahwa fungsi reproduksi, khususnya proses reproduksi, dapat berlangsung dalam keadaan sejahtera baik secara fisik, mental dan sosial dan bukan saja terbebas dari penyakit atau gangguan fungsi alat reproduksi. Sehubungan dengan itu WHO, 2007 menyebutkan kesehatan reproduksi berkaitan dengan fungsi, proses dan sistem reproduksi dalam siklus kehidupan. Dengan demikian, kesehatan reproduksi merupakan komponen yang penting dalam konteks kesehatan masyarakat (Emilia, Prabandari, & Supriati, 2019).

Kesehatan mayarakat adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan fisik dan mental yang dilakukan melalui usaha-usaha masyarakat yang terorganisir, batasan ini mencakup pula upaya kegiatan masyarakat dalam mengadakan pelayanan kesehatan reproduksi remaja (Purwoastuti & Walyani, 2015). Pelayanan kesehatan reproduksi remaja yaitu memberikan pemahaman dan kesadaran agar menyadari pentingnya mempelajari kesehatan reperoduksi remaja yang dapat berdampak pada perilaku hidup sehat dan juga bertanggung jawab kepada masalah kondisi kesehatan reproduksinya setiap hari, cara yang ditempuh dengan melakukan upaya promosi kesehatan, konsultasi dengan permasalahan khusus dan memberikan support dalam melaksanakan kegiatan positif yang melibatkan remaja (Kadek Alit Arsani, 2013).

Remaja mempunyai masalah yang sangat kompleks karena mereka tidak dipersiapkan pengetahuan tentang aspek yang berhubungan dengan masa peralihan dari masa anak ke usia dewasa. Masalah yang paling menonjol di kalangan remaja adalah masalah tentang TRIAD KRR. TRIAD KRR merupakan tiga ancaman dasar kesehatan reproduksi remaja yang meliputi seksualitas, HIV dan AIDS, serta Napza (Noor, Husaini, Putri, Rosadi, Anhar, & Nurlaili, 2021).

Permasalahan prioritas kesehatan reproduksi pada remaja dapat dikelompokkan sebagai berikut: kehamilan yang tidak diinginkan atau kehamilan diluar nikah, yang seringkali berakibat melakukan aborsi yang tidak aman dan menimbulkan beberapa komplikasinya, Kehamilan pada usia dini dan persalinan usia muda yang menambah risiko angka kesakitan dan angka kematian ibu

dan masalah penyakit infeksi menular seksual (PIMS), termasuk infeksi HIV/AIDS. Tindak kekerasan seksual seperti pemerkosaan, pelecehan seksual dan transaksi seks komersial (Rahayu, Noor, Yulidasa, Rahman, & Putri, 2020).

Upaya pemerintah dalam menangani permasalahan remaja adalah dengan pembentukan Program Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR). Program ini dapat dilaksanakan di dalam gedung fasilitas kesehatan maupun di luar gedung fasilitas kesehatan. Pelaksanaan PKPR di dalam fasilitas kesehatan seperti di Rumah Sakit dan Puskesmas, sedangkan diluar fasilitas kesehatan seperti sekolah, karang taruna, gereja atau tempat dimana remaja sering berkumpul. Tujuan dari program PKPR adalah meningkatkan penyediaan pelayanan kesehatan remaja yang berkualitas, meningkatkan pemanfaatan puskesmas oleh remaja untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan remaja dalam pencegahan masalah kesehatan dan meningkatkan keterlibatan remaja dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan kesehatan remaja (Arsani, Agustini, & Purnomo, 2013).

10.2 Remaja

Remaja adalah individu baik laki-laki atau perempuan yang berada pada masa/usia antara anak-anak dan dewasa. Menurut *World Health Organization* (WHO) batasan usia remaja yaitu antara 10-19 tahun. Berdasarkan *United Nations* (UN) batasan usia anak muda (*youth*) yaitu antaar 15-24 tahun. Selanjutnya digabungkan dalam batasan kaum muda (*young people*) yaitu usia antara 10-24 tahun (Nasution, 2012).

Pada proses pertumbuhan dan perkembangan menuju dewasa, berdasarkan kematangan psikososial dan seksual, semua remaja akan melalui periode sebagai berikut (Rahayu, Noor, Yulidasa, Rahman, & Putri, 2020):

a. Masa remaja awal/dini (*early adolescence*): usia 10-13 tahun :
    1) Memiliki perasaan ingin bebas
    2) Lebih banyak memperhatikan keadaan tubuhnya dan mulai berfikir khayal (abstrak)
    3) Merasa suka lebih dekat dengan teman sebaya

b. Masa remaja pertengahan (*middle adolescence*): usia 14-16 tahun
    1) Keinginan yang kuat untuk mencari identitas diri
    2) Keinginan untuk berkencan atau tertarik pada lawan jenis
    3) Kemampuan berfikir abstrak (berkhayal) semakin berkembang
    4) Timbul perasaan cinta yang mendalam
    5) Berkhayal mengenai hal-hal yang bekaitan dengan seksual
b. Masa remaja lanjut (*late adolescence*): usia 17-19 tahun
    1) Menampakkan pengungkapan kebebasan diri
    2) Memiliki citra (keadaan, gambaran, peranan) terhadap dirinya sendiri
    3) Dapat mewujudkan perasaan cinta
    4) Memiliki kemampuan berfikir khayal atau abstrak
    5) Lebih selektif mencari teman sebaya

10.3 Kesehatan Reproduksi Remaja

Kesehatan reproduksi adalah keadaan sehat yang menyeluruh, meliputi aspek fisik, mental dan sosial dan bukan sekadar adanya penyakit atau gangguan di segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi, fungsi maupun proses reproduksi itu sendiri. Kesehatan reproduksi dapat menikmati kehidupan seks yang aman dan menyenangkan dan mereka memiliki kemampuan untuk bereproduksi, serta kebebasan untuk menetapkan dan seberapa sering mereka bereproduksi.

Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR) adalah kesehatan reproduksi di kalangan remaja. Beberapa pengetahuan dasar tentang kesehatan reproduksi yang perlu diketahui remaja antara lain pengenalan mengenai sistem, proses, dan fungsi alat reproduksi, bahaya napza (narkotika, alkohol, psikotropika, dan zat adiktif) pada kesehatan reproduksi, penyakit menular seksual, HIV dan AIDS serta dampaknya terhadap kesehatan reproduksi, pendewasaan usia kawin dan perencanaan kehamilan, tumbuh kembang anak dan remaja (akil balig, masa subur, anemia, dan lain-lain), kehamilan dan persalinan (Nasution, 2012).

10.4 Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja

Masalah kesehatan reproduksi remaja selain berdampak secara fisik, juga dapat berpengaruh terhadap kesehatan mental dan emosi, keadaan ekonomi dan kesejahteraan sosial dalam jangka panjang. Dampak jangka panjang tersebut tidak hanya berpengaruh terhadap remaja itu sendiri, tetapi juga terhadap keluarga, masyarakat dan bangsa pada akhirnya. Permasalahan kesehatan reproduksi pada remaja dapat dikelompokkan sebagai berikut: (1) perilaku berisiko dan kurangnya informasi yang benar; (2) kurangnya akses pelayanan kesehatan reproduksi; (3) kehamilan dan persalinan usia muda yang berisiko pada kematian ibu dan bayi; (4) masalah PMS termasuk infeksi HIV/AIDS; (5) tindak kekerasan seksual, seperti : pemerkosaan, pelecehan seksual dan transaksi seks komersial; dan (6) kehamilan yang tak dikehendaki, yang sering kali menjurus kepada aborsi yang tidak aman dan komplikasinya (Anas, 2012).

10.3.1 Perilaku Berisiko dan Kurangnya Informasi Yang Benar

Seperlima jumlah penduduk di Indonesia adalah remaja, dimana para remaja ini berpeluang berperilaku berisiko tanpa mewaspadai akibat jangka panjangnya. Para remaja banyak mengadopsi perilaku berisiko melalui pergaulan yang tidak sehat dan kurangnya memperoleh informasi yang benar dan terarah. Era globalisasi dan keterbukaan informasi, misalnya internet membuat segala bentuk informasi menjadi sangat mudah didapat, sayangnya sangat sulit untuk membendung informasi yang dapat merusak kepribadian remaja, misalnya pornografi dan kehidupan seksual bebas.

Rasa ingin tahu remaja yang tinggi (*high curiousity*), cenderung membuat mereka ingin berpetualang menjelajah segala sesuatu dan mencoba segala sesuatu yang belum pernah dialaminya. Bahkan, selama remaja menjalani hubungan (pacaran), informasi yang mereka dapatkan cenderung salah. Selain didorong oleh keinginan menjadi seperti orang dewasa menyebabkan remaja ingin mencoba melakukan apa yang sering dilakukan orang dewasa, termasuk yang berkaitan dengan masalah seksualitas. Kurangnya informasi yang benar tentang kesehatan reproduksi, memaksa remaja mencari akses dan melakukan eksplorasi sendiri.

Mereka mempelajari seks dari internet, buku, majalah dan film pornoaksi dan pornografi yang memaparkan kenikmatan hubungan seks tanpa mengajarkan tanggung jawab dan risiko yang harus dihadapi, menjadi acuan bagi para remaja. Hasilnya, remaja yang beberapa generasi lalu masih malu-malu kini sudah melakukan hubungan seks di usia dini, yakni 13-15 tahun (Noor, Husaini, Putri, Rosadi, Anhar, & Nurlaili, 2021).

Penelitian yang dilakukan BBKBN-LDFEUI (2008), didapatkan, bahwa dari 2,4 juta aborsi sebesar 21% (700 – 800 ribu) dilakukan oleh remaja, sedangkan *premenstrual syndrome* (PMS) pada remaja 4,18%. Catatan Dinas Kesehatan menunjukkan Kasus AIDS DKI Jakarta tahun 2007 dimana ditemukan sebanyak 1.122 kasus baru dan 5.117 kumulatif di antaranya adalah remaja, sedangkan di Jawa Barat sebanyak 211 kasus baru, 3.939 kasus kumulatif. Dari penelitian monitoring pendidikan 2007 oleh *Education Network for justice* di beberapa kota di Indonesia, salah satunya adalah Jawa Barat, menunjukan 28,10% menikah pada usia dibawah 18 tahun 76,03% di antaranya dilakukan oleh wanita. Adapun kasus kematian akibat penyakit komplikasi dari aborsi sebanyak 8% dan penyakit menular lainnya sebanyak 12%. Hasil BKBI Jawa Barat Tahun 2008 menunjukkan 57% remaja usia 15-24 tahun merupakan pekerja seks komersial (Aritonang, 2015).

10.3.2 Kurangnya Akses Pelayanan Kesehatan Reproduksi

Data PILAR PKBI Jawa Tengah, menyebutkan bahwa pada bulan Januari sampai dengan Desember tahun 2011, telah tercatat 79 orang berkonsultasi masalah kehamilan tidak diinginkan (kehamilan pra nikah) dan 847 orang di antaranya berkonsultasi seputar kesehatan reproduksi. Di antara dari mereka adalah berusia 20-24 tahun dengan tingkat pendidikan yaitu perguruan tinggi atau berstatus sebagai mahasiswa (PILAR, 2011). Data ini meningkat jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya, pada tahun 2010, telah tercatat 111 orang berkonsultasi karena kasus kehamilan tidak dinginkan (KTD). Dari jumlah tersebut, 78% di antaranya adalah kasus tersebut dialami oleh remaja yang belum menikah (PILAR, 2010). Data tersebut menunjukkan penurunan akses informasi kesehatan reproduksi oleh remaja sehingga yang ditakutkan adalah pencarian informasi dari sumber-sumber yang

salah dan tidak bertanggungjawab semakin banyak terjadi. Penurunan akses tersebut mungkin disebabkan karena masih minimnya pusat-pusat layanan kesehatan reproduksi remaja, belum maksimalnya fasilitasi layanan serta masih rendahnya kesadaran akan pentingnya kesehatan reproduksi remaja. Keadaan ini berbanding terbalik dengan kasus masalah kesehatan reproduksi remaja yang semakin hari semakin mengalami peningkatan. Ini menunjukkan informasi dan pengetahuan kesehatan reproduksi dan seksualitas yang penting bagi remaja tidak dibarengi dengan fasilitas layanan yang memadai dan sesuai dengan kebutuhan remaja.

Sekolah memiliki andil yang besar dalam intervensi pencegahan kehamilan pada remaja dan upaya pencegahan agar remaja tidak melakukan perilaku seksual pranikah serta masalah prilaku terkait kesehatan reproduksi remaja putri. Pelayanan kesehatan sekolah bertugas memfasilitiasi respon positif perkembangan anak atau remaja, melakukan promosi kesehatan dan keselamatan, memberikan intervensi masalah kesehatan actual dan potensial pada remaja, melakukan kolaborasi aktif dengan pelayanan kesehatan lain untuk membangun kapasitas anak atau remaja dan keluarga untuk beradaptasi, manajemen diri sendiri, advokasi diri dan belajar. Model Kesehatan Reproduksi Berbasis Masalah (KRBM) lebih terfokus kepada masalah utama yang sedang dialami remaja putri melalui pelayanan di sekolah bekerjasama dengan keluarga, lingkungan dan kebijakan, untuk hasil yang efektif dapat meningkatkan perilaku remaja, khususnya perilaku pacaran yang sehat, perilaku mengatakan tidak untuk seks pranikah dan perilaku pengambilan keputusan remaja untuk mencegah seks pranikah, dalam upaya pendidikan kesehatan reproduksi remaja (KRR). Model ini dapat menjadi model bagi puskesmas untuk menghidupkan program pelayanan kesehatan di sekolah

Akses kebutuhan layanan kesehatan reproduksi di kalangan mahasiswa dipengaruhi oleh persepsi-persepsi mereka yaitu persepsi kerentanan terhadap PMS dan KTD, keparahan/keseriusan akibat PMS dan KTD, manfaat layanan kesehatan reproduksi remaja, serta hambatan yang dihadapi bila

mengakses layanan kesehatan reproduksi remaja di kampus (Zainafree, 2015).

10.3.3 Kehamilan Dan Persalinan Usia Muda Yang Beresiko Kematian Ibu Dan Bayi

Kebiasaan seks pranikah mengharuskan perempuan memilih antara menggugurkan kandungan atau mengasuh anak di luar nikah, keduanya sama-sama memiliki resiko terancam kesehatan fisik, mental dan sosial. Perempuan yang melahirkan pada usia muda (di bawah 20 tahun) akan berakibat buruk pada kesehatan ibu dan anak yang dilahirkan karena kesehatan bayi sangat dipengaruhi oleh usia ibu waktu melahirkan. Akibat buruk tersebut antara lain: *Pertama*, kematian ibu. Ibu yang melahirkan di bawah usia 20 tahun mendapat resiko kematian yang lebih tinggi dibandingkan dengan ibu yang melahirkan pada umur 20-30 tahun. *Kedua*, kematian bayi. Bayi yang lahir dari ibu muda (usia di bawah 20 tahun) lebih sering mengalami kejadian *premature* (lahir sebelum waktunya, berat badan bayi baru lahir kurang) dan angka kematian bayi tinggi. Berat badan kurang pada bayi yang dilahirkan oleh ibu muda dapat menimbulkan cacat bawaan fisik atau mental pada bayi seperti ayan, kejang, kebutaan, ketulian dan lain-lain. Belum lagi, persoalan yang berkaitan dengan persalinan pada ibu yang belum cukup umur di antaranya; perdarahan yang banyak, kurang darah, keracunan hamil, preklamsia dan eklamsia.

Ada beberapa faktor biologis dan sosial yang berhubungan dengan kelahiran prematur, seperti usia kehamilan yang masih muda. Ini sangat relevan di Asia Selatan di mana diperkirakan 30% anak perempuan melahirkan sebelum ulang tahun ke-18 mereka. Selanjutnya, bayi prematur memiliki peningkatan risiko terkena peradangan, baik sebelum lahir maupun setelah lahir, yang mengganggu perkembangan saraf (Miller, Marpathia, Wells, Morja, Manandhar, & Saville, 2022).

Perkawinan dalam usia muda berdampak pada kesehatan sosial remaja, yaitu perceraian yang dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan remaja yang menikah di atas usia 20 tahun. Hal ini terjadi karena perkawinan pada usia muda dianggap mengurangi atau membatasi kebebasan pribadi. Dalam hal ini, seseorang tidak dapat berbuat seperti waktu masih bujangan atau

gadis. Di samping itu, perkawinan usia muda belum sempat atau belum mempunyai pendidikan dan keterampilan yang cukup sehingga tidak bisa mendapatkan lapangan pekerjaan dengan penghasilan yang cukup atau memadai. Penghasilan yang rendah menyebabkan kurangnya fasilitas yang dapat diberikan untuk memenuhi kebutuhan sandang, pangan, perumahan dan kesehatan bagi anggota keluarga. Hal tersebut dapat menimbulkan benih-benih penyebab perceraian (Anas, 2012).

Di dunia saat ini diperkirakan jumlah kasus pernikahan dini mencapai 650 juta, angka ini diambil dari jumlah gadis remaja yang menikah sebelum usia 18 tahun dan wanita dewasa yang telah menikah pada usia 18 tahun, anak-anak atau remaja. Angka ini mengalami penurunan dari laporan yang dikeluarkan oleh UNICEF pada tahun 2014 yaitu sebanyak 700 juta pernikahan dengan wanita sebelum usia 18 tahun. Selama dekade terakhir telah terjadi penurunan proporsi wanita muda (usia 20-24 tahun) yang menikah dini dari 25% (1 dalam 4) menjadi 21% (1 dalam 5). Asia Selatan masih menjadi penyumbang jumlah pernikahan dini terbesar, yaitu sekitar 285 juta (44%) dan diikuti oleh Afrika sub-Sahara sekitar. 115 juta (18%), serta Asia Timur danKawasan Pasifik dimana Indonesia termasuk di urutan ketiga dengan kontribusi sekitar 75 juta (12%) (UNICEF, 2018). Menurut laporan, prevalensi pernikahan dini di Indonesia pada tahun 2015 adalah 23%, yang berarti 1 dari 5 wanita pernah menikah berusia 20-24 tahun melakukan pernikahan pertama sebelum usia 18 (Alfiana, Yulyani, Subarto, Mulyaningsih, & Zuliyati, 2022) .

Berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Perkawinan, dijelaskan bahwa perkawinan hanya diperbolehkan jika seorang laki-laki dan perempuan telah mencapai usia 19 tahun, sedangkan dari segi kesehatan, kehamilan yang sehat dimulai pada usia 20 tahun. Hal ini telah menjadi budaya di masyarakat yang masih sedang dibahas. Kehamilan pada usia dini < 20 tahun berisiko terhadap kelahiran prematur dan pertumbuhan serta perkembangan janin (Alfiana, Yulyani, Subarto, Mulyaningsih, & Zuliyati, 2022).

10.3.4 Masalah Penyakit Infeksi Menular Seksual Termasuk Infeksi HIV/AIDS

Salah satu dampak perilaku seksual pada remaja adalah terjadinya penyakit infeksi menular seksual (PIMS), bahkan dapat menyebabkan *Human Immunodeficiency Virus*/*Acquired Immune Deficiency Syndrome* (HIV-AIDS). PIMS adalah salah satu infeksi pada saluran reproduksi (ISR) yang bisa tertular melalui hubungan kelamin. Infeksi ini dapat disebabkan oleh beberapa mikroorganisme yaitu bakteri, virus, jamur, protozoa dan ektoparasit. Penyakit infeksi menular seksual terdiri dari: kencing nanah (gonorhoe), herpes, syphilis, ulcus mole , jengger ayam, AIDS dan yang lainnya. Hal ini disebabkan oleh tingginya kecenderungan bergonta-ganti pasangan seksual dan penggunaan kondom yang kurang pada remaja. Penyakit infeksi ini tidak hanya terjangkit di sekitar alat kelamin tetapi juga di luar alat kelamin. Selain itu, PIMS juga bisa mengakibatkan masalah kesehatan yang terjadi seumur hidup, termasuk kemandulan, rasa sakit kronis dan peningkatan resiko penularan HIV/AIDS. HIV/AIDS merupakan penyakit infeksi menular seksual yang paling berbahaya dan mematikan, yang diketahui onset penularannya banyak terjadi pada usia remaja. Hal ini yang menjadikan masalah seksualitas, HIV/AIDS, dan Napza sebagai masalah kesehatan terbesar pada Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR).

Jumlah kasus HIV AIDS tahun 2013 ada 4,8 juta di Asia Pasifik, di Indonesia tahun 2013-2015 terjadi peningkatan yaitu 48%. Di Jawa Tengah ada 10.804 kasus, yang menempati urutan ke 6 provinsi se- Indonesia. Kasus HIV/AIDS di Kota Kebumen dari periode Januari hingga Desember 2014 menempati urutan ke 4 se-Jawa Tengah. Melihat angka kejadian tersebut perlunya pemahaman informasi tentang pencegahan penularan HIV/AIDS di kalangan masyarakat. Sumber dari KPAD Kebumen 2015, Komisi Perlindungan AIDS Daerah kasus pengolongan umur pada HIV/AIDS paling tinggi berkisar pada umur 30-34 tahun, diikuti umur 25 sampai 29 tahun. Gaya hidup kurang sehat pada remaja seperti seks bebas menjadi salah satu pintu masuk penularan penyakit HIV/AIDS (Esterlina, Pesiwarissa, Tesabela, & Panuntun, 2019).

10.3.5 Tindak Kekerasan Seksual (Pemerkosaan, Pelecehan Seksual dan Transaksi Seks Komersil)

Kekerasan seksual merupakan sebagai segala bentuk perilaku yang berkonotasi seksual. Kekerasan seksual dilakukan oleh sepihak dan tidak diinginkan oleh orang yang menjadi korbannya. Kekerasan seksual termasuk seperti bentuk pelecehan seksual sampai memaksa untuk melakukan hubungan seksual tanpa persetujuan korban atau melakukan hubungan seksual dengan cara-cara yang tidak wajar atau tidak disukai korban, atau menjauhkannya dari kebutuhan seksualnya. Bentuk-bentuk perbuatan kekerasan seksual diantaranya seperti menyentuh, meraba, mencium, gurauan seksual yang tidak dikehendaki korban, ucapan yang merendahkan, melecehkan, atau menyakiti korban dan memaksa korban melihat gambar atau film pornografi. Kekerasan seksual ini dapat dialami oleh laki-laki maupun perempuan, mulai dari usia anak-anak sampai usia dewasa (Hasanah, 2016).

Tiap hari, selalu ada saja berita perkosaan terhadap remaja, bahkan anak-anak. Catatan yang dibuat oleh Institut Perempuan, dari jumlah tersebut 96 persen (23 kasus) tergolong usia remaja. Jumlah sebenarnya pasti lebih banyak karena catatan tersebut baru pemantauan terhadap beberapa berita pers. Selain itu, karena kasus perkosaan juga seperti fenomena gunung es, di mana jumlah kasus yang tampak hanya sebagian kecil dari jumlah kasus yang sebenarnya.

Banyak remaja menjadi korban eksploitasi seksual (dilacurkan). Operasi penertiban terhadap pekerja seks komersial (PSK) di delapan kecamatan Jakarta Pusat sepanjang tahun 2004 mendapatkan bahwa 60 persen di antaranya masih berusia di bawah 17 tahun. Dalam kaitan ini, terbuka kemungkinan hal yang sama juga terjadi di Jawa Barat. Hal ini mengacu pada data dari ILO-IPE *(International Labour International Programme on The Elimination of Child Labour)* yang menunjukkan bahwa dibandingkan dengan daerah lain di Jawa, Jawa Barat yang paling tinggi jumlah anak yang dilacurkan, sedikitnya ada 9000 orang. Hal ini jauh di atas Jakarta, yakni 5.100 anak. Hal ini akan lebih jauh bila dibandingkan dengan Jawa Timur, Jawa Tengah, dan Yogyakarta, yakni gabungan ketiga daerah tersebut hanya 7000

anak. Mereka itu umumnya berasal dari Cirebon, Indramayu, Karawang, dan Bandung adalah korban *trafficking*.

Fenomena yang sangat mengejutkan adalah banyak di antara mereka yang dilacurkan sejak remaja bahkan anak-anak, sebagaimana hasil penelitian dari Lembaga Penelitian Unair bekerjasama dengan Dinas Sosial dan Pemberdayaan Perempuan Kota Surabaya (2004). Ada yang dilacurkan sejak usia 14 tahun (10,9%), 15 tahun (32,6%), 16 tahun (45,7%), bahkan ada yang mulai dari usia 7 tahun (2,2%) (Anas, 2012).

10.3.6 Kehamilan Yang Tidak Diinginkan

Secara global, diperkirakan oleh Organisasi Kesehatan Dunia bahwa sekitar 12 juta anak perempuan berusia 15 hingga 19 tahun dan 1 juta anak perempuan di bawah 15 tahun melahirkan setiap tahun di negara berkembang, menyebabkan sekitar 3,9 juta aborsi tidak aman di antara mereka yang berusia 15 hingga 19 tahun. Kehamilan dan persalinan di kalangan remaja merupakan faktor utama yang berkontribusi terhadap mortalitas dan morbiditas ibu. Di Cina, bukti terbaru menunjukkan peningkatan angka kehamilan di kalangan remaja, dengan setengah dari aborsi terjadi di kalangan remaja yang belum menikah (Ma, Yang, Chow, & Zang, 2021).

Banyak remaja yang kemudian memilih melakukan aborsi ketika terjadi kehamilan yang tidak diinginkan (*unwanted pregnancy)* akibat hubungan seks pranikah (terpaksa atau diinginkan). Sebanyak 15-20% kasus aborsi di Indonesia 2,3 juta/tahun dilakukan oleh oleh remaja. Survei *fact sheet* secara nasional memperlihatkan sebesar 58 persen dari 2.558 kasus aborsi dilakukan oleh remaja usia 14-19 tahun.

Banyak remaja yang melakukan aborsi secara sembunyi-sembunyi yang tentu saja tidak aman, misalnya dengan datang ke dukun bayi dengan cara diurut atau diinjak-injak, atau dengan cara memakan nanas muda, minum ramuan "peluntur" kandungan atau dengan memasukkan pelepah daun papaya bergetah. Hal ini maksudkan agar janinnya hancur kemudian mudah dikeluarkan. Padahal, perilaku seperti ini berakibat pada kesehatan reproduksinya, misalnya terjadinya pendarahan, kanker atau tumor rahim, atau rusaknya alat reproduksi sehingga tidak mampu hamil lagi karena struktur alat-alat reproduksinya sudah rusak.

10.4 Faktor Yang Mempengaruhi Masalah Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi pada remaja dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu :

1) Faktor biologis, berupa kondisi kecacatan (kecacatan sejak lahir, cacat saluran reproduksi), dan penyakit menular seksual.
2) Faktor psikologis berupa beban psikis akibat dampak *broken home* bagi remaja, ketidaknormalan hormone, rasa tidak berharga, tidak percaya diri, merasa bersalah, dan lain sebagainya.
3) Faktor sosial dan ekonomi dikombinasikan dengan demografi dalam bentuk kemiskinan, tingkat pendidikan yang rendah, ketidaktahuan informasi perkembangan seksual dan reproduksi, atau lokasi dan kawasan tertinggal.
4) Faktor budaya dan lingkungan dapat berupa praktik kebiasaan, praktik tradisional yang berakibat pada reproduksi, mitos banyak anak banyak rejeki, informasi tentang fungsi reproduksi yang membingungkan.

10.5 Upaya Pemerintah Meningkatkan Kesehatan Reproduksi Remaja

Upaya yang dilakukan pemerintah untuk mengatasi permasalahan remaja yang begitu kompleks yaitu dengan mencanangkan berbagai program untuk meningkatkan kesehatan reproduksi remaja, program tersebut yaitu : Kelompok Siswa Peduli AIDS dan Narkoba (KSPAN); Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR) dan Pusat Informasi dan Konseling Remaja (PIK-R). PIK-Remaja merupakan kegiatan dalam program GenRe (Generasi Berencana) yang dikembangkan oleh BKKBN yang dikelola dari oleh dan untuk Remaja/Mahasiswa guna memberikan pelayanan informasi dan konseling tentang pendewasaan usia perkawinan, 8 fungsi keluarga, Tiga Resiko yang Dihadapi Remaja (TRIAD KRR yaitu : seksualitas, HIV dan AIDS serta Napza), kecakapan hidup (*life skills*) terkait dengan kesehatan reproduksi, gender dan kemampuan advokasi dan Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE).

Pendewasaan Usia Perkawinan (PUP) adalah upaya untuk meningkatkan usia pada perkawinan pertama, sehingga mencapai usia minimal pada saat perkawinan yaitu 20 tahun bagi wanita dan 25 tahun bagi pria. Pendewasaan Usia Perkawinan dan Perencanaan Keluarga merupakan kerangka dari program pendewasaan usia perkawinan. Kerangka ini terdiri dari empat masa reproduksi, yaitu: 1) Masa menunda perkawinan dan kehamilan, 2) Masa mencegah kehamilan dan 3) Masa menjarangkan kehamilan, 4) Masa mengakhiri kehamilan (Noor, Husaini, Putri, Rosadi, Anhar, & Nurlaili, 2021).

Orangtua memegang peranan penting untuk mencegah hubungan seksual pranikah. Keterlibatan keluarga dalam perkembangan anak sangat penting khususnya orangtua. Oleh karena itu, perlu diketahui 8 fungsi keluarga terdiri dari 1) fungsi agama; 2) fungsi sosial budaya; 3) fungsi cinta kasih; 4) fungsi perlindungan; 5) fungsi reproduksi; 6) fungsi sosialisasi pendidikan; 7) fungsi ekonomi; 8) fungsi lingkungan. Sedangkan dimensi keluarga ada 6 yaitu pemecahan masalah, komunikasi, peran, responsivitas afektif, keterlibatan afektif, kontrol perilaku.
Tujuan PIK-R adalah :

1) Berprilaku sehat
2) Terhindar dari resiko TRIAD KRR
3) Menunda usia pernikahan
4) Mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera
5) Menjadi model, idola, dan sumber informasi bagi teman-teman sebayanya

Salam GenRe saat ini telah menjadi icon BKKBN dalam pendekatannya kepada para remaja di Indonesia agar dapat belajar memahami dan mempraktekkan perilaku hidup sehat dan berakhlak untuk mencapai ketahanan remaja. Salam GenRe mengacungkan tiga jari yaitu, jari tengah, jari manis, serta jari kelingking. Kemudian, jari telunjuk dan jari jempol membentuk lingkaran. Makna pada lingkaran dari jari telunjuk dan jari jempol adalah zero atau nol yang menggambarkan tidak melakukan tiga hal. Pertama, adalah tidak melakukan pernikahan pada usia dini. Kedua, adalah tidak melakukan seks pranikah. Kemudian ketiga, adalah tidak mengkonsumsi napza (narkotika, psikotropika, dan

zat aditif). Langkah BKKBN dalam menyebarluaskan Salam GenRe pada kalangan remaja bertujuan agar dapat membentuk generasi yang berkarakter, mengetahui, memahami, dan berperilaku positif tentang kesehatan reproduksi untuk meningkatkan derajat kesehatan reproduksi dan menyiapkan kehidupan berkeluarga dalam meningkatkan kualitas generasi mendatang. Karena generasi berencana bukan tidak mustahil akan melahirkan generasi emas bagi Indonesia kedepan (Saputra, 2020).

Gambar 10.1 : Salam GenRe
Sumber : *kalteng.bkkbn.go.id*

Kegiatan-kegiatan yang dilakukan dalam program PIK-R dalam rangka mencapai tujuan program antara lain penyuluhan dan pembinaan, konseling penyelenggaraan seminar-seminar terkait kesehatan reproduksi remaja serta dialog interaktif baik di radio atau di TV. Kegiatan keterlibatan dalam aktifitas sosial dilakukan dengan kampanye Perilaku Hidup Sehat Berwawasan Kependudukan (PHBK), kebersihan lingkungan, pelayanan kesehatan dan aktifitas sosial lainnya. Untuk menarik minat remaja agar datang dan memanfaatkan layanan PIK-R, dilakukan kegiatan-kegiatan seperti jambore remaja, studi banding kegiatan kesenian, lomba-lomba yang berkaitan, outbond, bedah buku, bedah film, kegiatan ekonomi produktif dan olahraga. Materi-materi terkait kesehatan reproduksi juga dikembangkan sesuai dengan kebutuhan, misalnya pengembangan materi sesuai dengan gender. Agar remaja memiliki advokasi dan KIE, program PIK-R melatih pendidik dan konselor sebaya untuk memberikan informasi kepada teman sebayanya. Seiring dengan perkembangan IT, program PIK-R mengembangkan teknologi konsultasi dan konseling melalui

akses terhadap internet, jejaring sosial (*instagram, facebook, twitter, whatshap*) serta SMS konseling (Winangsih, Ariyanti, & Kusumayuni, 2019).

GenRe sebagai salah satu program peer education di Indonesia perlu meningkatkan coaching, monitoring dan tiering dalam evaluasi operasionalnya. Konten yang disampaikan oleh peer Educator di *GenRe* harus disosialisasikan ke masyarakat. Hal ini perlu diberdayakan dan dikembangkan untuk meningkatkan kesadaran akan masalah kesehatan reproduksi seksual dan mengurangi kehamilan remaja yang tidak diinginkan. Program peer education dapat ditingkatkan dengan melanjutkan integrasi dalam kurikulum sekolah, dilanjutkan dengan pembinaan dan pendampingan oleh pemerintah (Riris & Purnamayanti, 2021).

Kecakapan hidup atau keterampilan mencakup kecakapan kerja, kecakapan pribadi dan sosial, serta kecakapan dalam kehidupan sehari-hari. Kecakapan hidup dirancang untuk membimbing, melatih, dan membelajarkan remaja belajar dalam menghadapi masa depannya dengan memanfaatkan peluang dan tantangan yang ada. Beberapa kecakapan hidup pada remaja yang berkaitan dengan kesehtan reproduksi dapat dilihat pada gambar berikut :

Gambar 10.2 : Kecakapan Hidup (*Life Skills*)
Sumber : ditkespro@bkkbn.go.id

Bina Keluarga Remaja (BKR) merupakan suatu bentuk kegiatan yang dikembangkan program GenRe yang mempunyai anggota para keluarga yang mempunyai remaja berusia 10-24 tahun. Tujuan dari kegiatan BKR adalah untuk meningkatkan

pengetahuan dan keterampilan orangtua dan anggota keluarga lainnya dalam pengasuhan, pembinaan dan pengawasan tumbuh kembang remaja, meningkatkan kesertaan para orang tua/keluarga lainnya dalam kegiatan pembinaan dan kemandirian ber KB (Noor, Husaini, Putri, Rosadi, Anhar, & Nurlaili, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

Alfiana, R. D., Yulyani, L., Subarto, C. B., Mulyaningsih, S., & Zuliyati, I. C. 2022. The impact of early marriage on women of reproductive age in the Special Region of. *JNKI (Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia/Indonesian of Jounal Nursing and Midwefery)*.

Anas, S. H. 2012. Sketsa Kesehatan Reproduksi Remaja. *Jurnal Studi Gender dan Anak*, 199-214.

Aritonang, T. R. 2015. Hubungan Pengetahuan dan Sikap Tentang Kesehatan Reproduksi Terhadap Prilaku Seks Pranikah Pada Remaja Usia 15-17 Tahun di SMK Yadika 13 Tambun Bekasi. *Jurnal Ilmiah Widya*, 61-67.

Arsani, N. L., Agustini, N. N., & Purnomo, I. K. 2013. Peranan Progran PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) Terhadap Kesehatan Reproduksi Remaja di Kabupaten Buleleng. *Jurnal Ilmu sosial dan Humaniora*, 129-137.

Emilia, O., Prabandari, Y. S., & Supriati. 2019. *Promosi Kesehatan Dalam Lingkup Kesehatan Reproduksi.* Yogyakarta: Gadjah Mada University Press.

Esterlina, P., Pesiwarissa, Tesabela, S. M., & Panuntun, B. 2019. Gambaran Implementasi Program Kesehatan reproduksi Remaja di Puskesmas Getasan. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 570-574.

Fitriana, H., & Siswantara, P. 2018. Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja di SMAN 52 Surabaya. *The Indonesian Journal Public Health*, 107-116.

Hasanah, H. 2016. Pemahaman Kesehatan Reproduksi Bagi Perempuan : Sebuah Strategi Mencegah Berbagai Resiko Masalah Kesehatan Reproduksi Remaja. *Sawwa*, 229-251.

Lestyoningsih, I. H. 2018. Implementasi Model Kesehatan Reproduksi Berbasis Masalah Pada Remaja Putri Indonesia Tahun 2018. *Jurnal Berkala Kesehatan*, 47-54.

Ma, X., Yang, Y., Chow, K. M., & Zang, Y. 2021. Chinese adolescents' sexual and reproductive health education: A quasi-experimental study. *Public Health Nursing*, 116-125.

Miller, I., Marpathia, A., Wells, J., Morja, M. C., Manandhar, D., & Saville, N. 2022. Associations between early marriage and preterm delivery: Evidence from lowland Nepal. *American Journal of Human*.

Nasution, S. L. 2012. Pengaruh Pengetahuan Tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Terhadap Perilaku Seksual Pranikah Remaja di Indonesia. *Widyariset*, 75-83.

Noor, M. S., Husaini, Putri, A. O., Rosadi, D., Anhar, V. Y., & Nurlaili. 2021. *Buku Panduan Kesehatan Reproduksi Pada Remaja.* Yogyakarta: CV.Mine.

Purwoastuti, E., & Walyani, E. S. 2015. *Ilmu Kesehatan Masyarakat Dalam Kebidanan Konsep, Teori dan Aplikasi.* Yogyakarta: Pustaka Baru Pres.

Rahayu, A., Noor, M. S., Yulidasa, F., Rahman, F., & Putri, A. O. 2020. *Buku Ajar Kesehatan Reproduksi Remaja dan Lansia.* Yogyakarta: CV Mine.

Riris, A. A., & Purnamayanti, N. K. 2021. Efektivitas Pendidikan Teman Sebaya dalam Menurunkan Kehamilan Remaja: Studi Literatur. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 27-37.

Saputra, A. W. 2020. *Salam GenRe BKKBN Penuh Makna Untuk Remaja Indonesia.* Kalimantan Tengah: kalteng.bkkbn.go.id.

Siswantara, P., Soedirham, O., & Muthmainnah. 2019. Remaja Sebagai Penggerak Utama Dalam Implementasi Program Kesehatan Remaja. *Jurnal Manajemen Kesehatan Indonesia*, 56-66.

Winangsih, R., Ariyanti, K. S., & Kusumayuni, D. A. 2019. Kecakapan Hidup Terkait Kesehatan Reproduksi Pada SMA Yang Mengikuti Program PIK-R di Kabupaten Tabanan. *Jurnal Medika Usada*, 75-83.

Zainafree, I. 2015. Perilaku Seksual dan Implikasinya Terhadap Kebutuhan Layanan Kesehatan Reproduksi Remaja di Lingkungan Kampuas (Studi Kasus Pada Mahasiswa Negeri Semarang). *Unnes Journal Public Health*, 1-7.

BAB 11
PROBLEMA LANSIA DALAM PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh Parmiana Bangun

11.1 Pendahuluan

Lanjut usia adalah tahap akhir perkembangan pada kehidupan manusia yang di mulai dari usia 60 tahun hingga hampir mencapai 120 atau 125 tahun. Adapun lanjut usia dapat diklasifikasi;

a) Lansia awal (65 hingga 74 tahun),
b) Lansia menengah (75 tahun atau lebih)
c) Lansia akhir (85 tahun atau lebih) (Santrock, 2012).

Depkes RI (2013) mengklasifikasikan lansia dalam kategori sebagai berikut:

a) Pralansia, seseorang yang berusia antara 45-59 tahun.
b) Lansia, seseorang yang berusia 60 tahun atau lebih.
c) Lansia resiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih dengan masalah kesehatan.
d) Lansia potensial, lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau kegiatan yang dapat menghasilkan barang/jasa.
e) Lansia tidak potensial, lansia yang tidak berdaya mencari nafkah sehingga hidupnya bergantung pada bantuan orang lain.

Semua makhluk hidup memiliki siklus kehidupan menuju tua yang diawali dengan proses kelahiran kemudian tumbuh menjadi dewasa dan berkembang biak, selanjutnya menjadi semakin tua dan akhirnya akan meninggal. Masa usia lanjut merupakan masa yang tidak bisa dielakkan oleh siapapun khususnya bagi yang dikaruniai umur panjang, yang bisa dilakukan

oleh manusia hanyalah menghambat proses menua agar tidak terlalu cepat, karena pada hakikatnya dalam proses menua terjadi suatu kemunduran atau penurunan (Potter, A & Perry, A, 2015).

Di Indonesia hal – hal yang berkaitan dengan usia lanjut diatur dalam suatu undang-undang yaitu undang-undang Republik Nomor 13 Tahun 1998 tentang Kesejahteraan lanjut usia. Dalam Pasal 1 ayat (2) Undang -Undang Nomor 13 Tahun 1998 tersebut dinyatakan bahwa yang dimaksud dengan lanjut uisa adalah seseorang yang beruisa 60 tahun ke atas. Badan kesehatan dunia (WHO) Menetapkan 65 tahun sebagai usia yang menunjukkan proses menua yang berlangsung secara nyata dan seseorang telah disebut lanjut usia. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan suatu proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunannya daya tahan tubuh dalam menghadap rangsangan dari dalam dan dari luar tubuh yang berakhir mengakibatkan kematiannya.

Proses menua merupakan kombinasi bermacam - macam faktor yang saling berkaitan. Sampai saaat ini, banyak defenisi dan teori yang menjelaskan tentang proses menua didefenisikan sebagai perubahan yang terkait dengan waktu, bersifat universal, instrinsik, progresif, dan destrimental. Maka ada dua pendekatan yang sering digunakan untuk mengidentifikasi kapan seorang dikatakan tua, yaitu pendekatan biologis dan pendekatan kronologis. Usia biologis adalah usia yang didasarkan pada hitungan umur seseorang. Sering terjadi kesenjangan antara umur biologis dan umur kronologis pada seseorang. Seseorang yang secara kronologis masih tergolong muda, namun secara fisik sudah Nampak tua dan lemah, sebaliknya seseorang yang secara kronologis masih tergolong tua, namun secara fisik masih tampak muda, seger, gagah dan tegap. Cara yang lebih mudah untuk mengidentifikasi seseorang sudah tergolong tua atau belum adalah usia kronologis, usia yang didasarkan pada umur kelender, umur (Bappenas, 2020).

Berdarkan Undang-Undang Nomor 13 tahun 1998 yang isinya menyatakan bahwa pelaksanaan pembangunan nasional yang bertujuan mewujudkan masyarakat adil dan makmur berdasarkan Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945, telah menghasilkan kondisi sosial masyarakat yang makin membaik dan

usia harapan hidup makin meningkat, sehingga jumlah lanjut usia makin bertambah. Banyak diantara lanjut usia yang masih produktif dan mampu berperan aktif dalam kehidupan bermasyarakat, berbangsa dan bernegara. Upaya peningkatan kesejahteraan sosial lanjut usia pada hakikatnya merupakan pelestarian nilai-nilai keagamaan dan budaya bangsa.

Kebijakan di Indonesia dengan jumlah lansia yang begitu banyak pemerintah Indonesa menghadapi beberapa keadaan yang berkaitan dengan resio ketergantungan, kesehatan, dan keadaan sosial ekonomi lansia. Rasio ketergantungan penduduk Indonesia pada tahun 2022 sebesar 45.4% hal ini menunjukkan bahwa setiap 100 orang penduduk usia produktif memiliki tanggungan setidaknya 45 orang yang tidak produktif. Angka ini diprediksi akan terus meningkat di atas 50% pada tahun 2045. Peningkatan rasio ketergantungan ini tidak hanya disebabkan oleh adanya peningkatan jumlah lansia. Adanya peningkatan angka kelahiran hidup juga turut memberikan andil tetapi peningkatan jumlah penduduk lansia merupakan faktor yang lebih dominan dalam peningkatan rasio ketergantungan. Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2021 menunjukkan data, bahwa 51,08% lansia mengalami keluhan kesehatan, sementara terdapat 26,20% lansia yang mengalami sakit. Data tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar lansia membuthkan pelayanan kesehatan dan pengobatan untuk mengatasi keluhan penyakitnya. Pemerintah dalam hal ini berkerja keras menyiapkan sarana, prasarana serta anggaran yang mungkin tidak sedikit. Lansia di Indonesia sebagian besar termaksud kelompok tidak mampu. Jika ditinjau dari segi pengeluaran, lebih banyak lansia yang berada pada kondisi ekonomi rendah, yaitu sebanyak 43,29 % lansia yang tinggal dirumah tangga dengan kelompok pengeluaran rendah. Hanya 19,31 % penduduk lansia yang tinggal di rumah tangga dengan kelompok pengeluaran tinggi. Lansia dengan tingkat dengan ekonomi rendah tentu saja akan sulit untuk menjalani hidup memperoleh kesejahteraan, terutama dalam memelihara kesehatannya. Kesehatan itu membutuhkan biaya yang tidak sedikit, sehingga untuk pencegahan dan pengobatan penyakit membuthkan biaya yang cukup besar (Bappenas, 2020).

Kebijakan pemerintah Indonesia berkaitan dengan lansia tertuang dalam Strategi Nasional (Stranas) Kelanjutusiaan 2018-2025, yang bertujuan untuk mewujudkan lansia yang mandiri, sejahtera dan bermartabat, dan memuat lima hal pokok perlu menjadi perhatian, yaitu:

1) Pembangunan masyarakat dan SDM Kelanjutusiaan
2) Penguatan Institusi pelaksanaan kelanjutusiaan
3) Perlindungan sosial, jaminan pendapatan dan kapasitas individu
4) Peningkatan derajat kesehatan lansia
5) Perlindungan pemenuhan dan penghormatan terhadap hal lansia

Berdasarkan stategi tesebut, pemerintah banyak menyelenggarakan program bahagia sejahtera (BAHTERA), program keluarga harapan (PKH), Bina Keluarga Lansia (BKL), Rehabilitas sosial lansia dari Kemensos RI (KUR,KUB,BUMDES).

Peran serta masyarakat dalam upaya kesehatan usia lanjut adalah peran serta masyarakat baik sebagai pemberian pelayanan kesehatan maupun penerima pelayanan yang masalah usia lanjut setempat dan dalam bentuk pelaksanaan pembinaan dan pengembangan upaya kesehatan usia lanjut setempat. Upaya kesehatan usia lanjut adalah upaya kesehatan paripurna dasar dan menyeluruh dibidang kesehatan usia lanjut yang meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan. Tempat pelayanan kesehatan tersebut bisa dilaksanakan di puskesmas ataupun rumah sakit. Menua bukanlah suatu penyakit, tetapi merupakan suatu proses yang berangsur-angsur mengakibatkan perubahan kumulatif, merupakan proses menurunnya daya tahan tubuh dalam menghadap rangsangan dari dalam dan dari luar tubuh yang berakhir mengakibatkan kematian.

Kesejahteraan Lansia merupakan suatu tindakan sebagai upaya untuk memenuhi kebutuhan masyarakat khususnya pada lanjut usia yang tidak dapat menjalankan fungsi sosialnya yaitu dengan memberikan pelayanan. Masalah-masalah yang dihadapi oleh lansia membuat lansia membutuhkan banyak bantuan dari berbagai pihak.

Faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya proses menua adalah herediter, genetik, nutrisi atau makanan, status kesehatan fisik dan mental, pengalaman hidup, lingkungan, stress tipe kepribadian, dan filosofi hidup seseorang. Tidak sama pada setiap orang sehingga mengakibatkan status kesehatan dan pola penyakit pada lansia berbeda satu dengan yang lain. Hal ini dapat dibedakan berdasarkan usia,jenis kelamin, tingakt pendidikan, sosial ekonomi lansia tersebut. Secara individu pengaruh proses penuaan dapat menimbulkan berbagai masalah atau kemunduran dalam berbagai aspek, baik fisik, biologis, psikologis, sosial, spiritual maupun ekonomi. Menurunnya kondisi dalam seseorang lanjut usia secara otomatis akan menimbulkan kemunduran fisik sebagai faktor kemunduran kesehatan pada lanjut usia. Besarnya jumlah penduduk lansia menjadi beban jika lansia memiliki masalah kesehatan yang berakibat pada peningkatan biaya pelayanan kesehatan, penurunan pendapat/penghasilan, peningkatan disabilitas, tidak adanya dukungan sosial dan lingkungan yang tidak ramah terhadap lansia (Bhat, S, 2020).

11.2 Ciri-ciri lanjut usia

Ciri-Ciri lansia adalah sebagai berikut :

1) Lansia merupakan periode kemunduran
   Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis. Motivasi memiliki peran yang penting dan kemunduran pada lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.
2) Lansia memiliki status kelompok minoritas
   Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat yang kurang baik, misalnya lanisa yang lebih senang mempertahanan pendaptnya maka sikap sosial di masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap social masyarakat menjadi positif.

3) Menua membutuhkan perubahan peran
   Perubahan peran tersebut dilakukan karena lansia mulai mengalami kemunduran dalam segala hal. Perubahan peran pada lanisa sebaiknya dilakukan atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.
4) Penyesuian yang buruk pada lansia
   Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperhatikan bentuk perilaku yang buruk. Akibatnya dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuaian diri lansia menjadi buruk pula. Contohnya : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah (Tamimi, N,2016).

11.3 Perubahan Fisiologi Lansia

Terdapat banyak perubahan fisiologi yang terjadi pada lansia. Perubahan tersebut tidak bersifat patologis, tetapi dapat membuat lansia lebih rentan terhadap beberapa penyakit. Perubahan fisiologis lansia antara lain:

1) Sistem Integumen
   Seiring dengan proses penuaan, kulit akan kehilangan elastisitas dan kelembabannya. Lapisan epitel menipis, serat kolagen elastis juga mengecil dan menjadi kaku. Kulit menjadi keriput akibat kehilangan jaringan lemak, permukaan kulit kasar dan bersisik, menurunnya respons terhadap trauma, mekanisme proteksi kulit menurun, kulit kepala dan rambut menipis serta berwarna kelabu, rambut dalam hidung dan telinga menebal, berkurangnya elastisitas akibat menurunnya cairan dan vaskularisasi, pertumbuhan kuku lebih lambat, kuku jari menjadi keras dan rapuh, kuku kaki tumbuh secara berlebihan dan seperti tanduk, kelenjar keringat berkurang

jumlah dan fungsinya, kuku menjadi pudar dan kurang bercahaya. Kesulitan mengatur suhu tubuh karena penurunan ukuran, jumlah dan fungsi kelenjar kerigat serta kehilangan lemak subkutan. Suhu tubuh menurun (hipotermia) secara fisiologis ± 35OC, hal ini. diakibatkan oleh metabolisme yang menurun, keterbatasan refleks menggigil, dan tidak dapat memproduksi panas yang banyak sehingga terjadi rendahnya aktivitas otot.

2) Sistem Muskuloskeletal
   Sebagian besar lansia mengalami perubahan postur, penurunan rentang gerak dan gerakan yang melambat. Perubahan ini merupakan contoh dari banyaknya karakteristik normal lansia yang berhubungan dengan proses menua. Penurunan massa tulang menyebabkan tulang menjadi rapuh dan lemah. Columavertebralis mengalami kompresi sehingga menyebabkan penurunan tinggi badan. Peningkatan jaringan adiposa, penurunan pembentukan kolagen dan massa otot serta penurunan viskositas cairan sinovial, lebih banyak di membran sinovial yang fibrotik.
3) Sistem Neurologis
   Penurunan jumlah sel-sel otak sekitar 1% per tahun setelah usia 50 tahun. Hilangnya neuron dalam korteks serebral sebanyak 20%. Akibat penurunan jumlah neuron ini, fungsi neurotrasmiter juga berkurang. Transmisi saraf lebih lambat, perubahan degeneratif pada saraf-saraf pusat dan sistem saraf perifer, hipotalamus kurang efektif dalam mengatur suhu tubuh, peningkatan ambang batas nyeri, refleks kornea lebih lambat serta perubahan kualitas dan kuantitas tidur.
4) Sistem Pernafasan
   Otot-otot pernapasan kehilangan kekuatan dan menjadi kaku, menurunnya aktivitas dari silia, paru-paru hilangan elastisitas sehingga kapasitas residu meningkat, menarik napas lebih berat, kapasitas pernapasan maksimal menurun dan kedalaman bernapas menurun. Ukuran alveoli melebar dari normal dan jumlahnya berkurang, oksigen pada arteri menurun menjadi 75 mmHg, kemampuan untuk batuk berkurang dan penurunan kekuatan otot pernapasan.

5) Sistem Gastrointestinal
   Kehilangan gigi, indra pengecap mengalami penurunan, esofagus melebar, sensitivitas akan rasa lapar menurun, produksi asam lambung dan waktu pengosongan lambung menurun, peristalik lemah dan biasanya timbul konstipasi, fungsi absorbsi menurun, hati semakin mengecil dan menurunnya tempat penyimpanan, serta berkurangnya suplai aliran darah.
6) Sistem Genitourinaria Ginjal mengecil dan nefron menjadi atrofi, aliran darah ke ginjal menurun hingga 50%, fungsi tubulus berkurang, otot kandung kemih melemah, kapasitasnya menurun hingga 200 ml dan menyebabkan frekuensi buang air kecil meningkat, kandung kemih sulit dikosongkan sehingga meningkatkan retensi urin. Pria dengan usia 65 tahun ke atas sebagian besar mengalami pembesaran prostat hingga ± 75% dari besar normalnya.
7) Sistem Kardiovaskuler Elastisitas dinding aorta menurun, katup jantung menebal dan menjadi kaku, kemampuan jantung memompa darah menurun 1% setiap tahun sesudah berumur 20 tahun, hal ini menyebabkan menurunnya kontraksi dan volumenya. Kehilangan elastisitas pembuluh darah, kurangnya efektivitas pembuluh darah perifer untuk oksigenasi, sering terjadi postural hipotensi, tekanan darah meningkat diakibatkan oleh meningkatnya resistensi dari pembuluh darah perifer.
8) Sistem Sensori
   Penurunan daya akomodasi mata, penurunan adaptasi terang-gelap, lensa mata menguning, perubahan persepsi warna, pupil lebih kecil, kehilangan pendengaran untuk frekuensi nada tinggi, penebalan membran timpani, kemampuan mengecap biasanya menurun, penurunan jumlah reseptor kulit dan penurunan fungsi sensasi akan posisi tubuh (Buer, J, 2015).

11.4 Perkembangan Lanjut Usia

Usia lanjut merupakan usia yang mendekati akhir siklus kehidupan manusia di dunia. Tahap ini dimulai dari 60 tahun sampai akhir kehidupan. Lansia merupakan istilah tahap akhir dari

proses penuaan. Semua orang akan mengalami proses menjadi tua (tahap penuaan). Masa tua merupakan masa hidup manusia yang terakhir, dimana pada masa ini seseorang mengalami kemunduran fisik, mental dan sosial sedikit demi sedikit sehingga tidak dapat melakukan tugasnya sehari-hari lagi (tahap penurunan). Penuaan merupakan perubahan kumulatif pada makhluk hidup, termaksud tubuh, jaringan sel, yang mengalami penurunan kapasias fungsional. Pada manusia, penuaan dihubungkan dengan perubahan degeneratif pada kulit, tulang, jantung, pembuluh darah, paru-paru, saraf dan jaringan tubuh lainnya. Dengan kemampuan regeneratif yang terbatas, mereka lebih rentan terhadap berbagai penyakit, sindroma dan kesakitan dibandingkan dengan orang dewasa lain. Untuk menjelaskan penurunan pada tahap ini, terdapat berbagai perbedaan teori, namun para ahli pada umumnya sepakat bahwa proses ini lebih banyak ditemukan pada faktor genetik (Miler, C. A, 2012).

11.5 Jenis pelayanan kesehatan terhadap lansia

Jenis pelayanan kesehatan terhadap lansia meliputi lima upaya kesehatan, yaitu peningkatan (*Promotion*), Pencegahan (*Prevention*), Diagnosis dini dan pengoabatan (*early diagnosis and prompt treatment*), pembatasan kecacatan (*disability limitation*), serta pemulihan (*rehabilitation*).

1) Promotif

   Upaya promotif merupakan tindakan secara langsung dan tidak langsung untuk meningkatkan derajat kesehatan dan mencegah penyakit. Upaya promotiF juga merupakan proses advokasi kesehatan untuk meningkatkan dukungan klien, tenaga professional, dan masyarakat terhadap praktik kesehatan yang menajdi norma-norma sosial. Upaya promotive dilakukan untuk membantu orang mengubah gaya hidup mereka dan bergerak kearah keadaan kesehatan yang optimal serta mendukung pemberdayaan seseorang untuk membuat pilihan yang sehat tentang perilaku hidup mereka.

   Penyampaian 10 perilaku yang baik pada lansia, baik perorangan maupun kelompok lansia adalah dengan cara sebagai berikut :

a) Mendekatkan diri pada Tuhan Yang Maha Esa
b) Mau menerima keadaan, sabra dan optimis, serta meningkatkan rasa percaya diri dengan melakukan kegiatan sesuai kemampuan.
c) Menjalin hubungan yang teratur dengan keluarga dan sesame
d) Olahraga ringan setiap hari
e) Makan sedikit tetapi sering, memilih makanan yang sesuai, dan banyak minum (sebaiknya air putih).
f) Berhenti merokok dan meminum minuman keras
g) Minum obat sesuai dengan anjuran dokter
h) Kembangkan hobi/minat sesuai kemampuan
i) Tetap memelihara dan bergairah dalam kehidupan seks.
j) Memeriksa kesehatan dan gigi secara teratur

Menyampaikan pesan pada lansia sehat mengenai kebugaran, makan, merokok, alcohol, kelaian jiwa, kekerasan, kesehatan kerja, kesehatan lingkungan, obat dan makanan, kesehatan gigi, kesehatan ibu, penyakit jantung, stoke, kanker, diabetes mellitus, HIV-AIDS, penyakit hubungan seksual, imunisasi, dan pengawas penyakit.

Upaya promotive dapat menggairahkan semangat hidup bagi usia lanjut agar mereka tetap dihargai dan tetap berguna bagi diri sendirim keluarga maupun masyarakat. Upaya promotive dapat berupa kegiatan penyuluhan, dimana penyuluhan masyarakat usia lanjut merupakan hal yang penting sebagai penunjang program pembianaan kesehatan usia lanjut yang antara lain adalah : kesehatan dan pemeliharaan kebersihan diri serta deteksi dini penurunan kondisi kesehatannya, teratur dan berkesinambungan memeriksa kesehatannya ke Puskesmas instansi pelayanan kesehatan lainnya. Latihan fisik dilakukan secara teratur dan disesuaikan dengan kemampuan usia lanjut agar tetap merasa sehat dan segar.

Diet seimbang atau makanan dengan menu yang mengandung gizi seimbang. Pembinaan mental dalam meningkatkan ketaqwaan kepada Tuhan Yang Maha Esa, membina keterampilan agar dapat mengembangkan kegemaran dan hobbinya secara teratur dan sesuai dengan kemampuannya.

Miningkatkan kegiatan sosial dimasyarakat atau mengadakan kelompok sosial. Hidup menghindarkan kebiasaan yang tidak baik seperti merokok, alcohol, kopi, kelelahan fisik dan mental. Pennaggulangan masalah kesehatannnya sendiri secara benar (Tinetti,2021).

2) Preventif
   a) Mencakup pencegahan primer, sekunderm dan tersier
   b) Melakukan pencegahan primer, meliputi pencegahan pada lansia sehat

   Upaya preventif merupakan upaya dalam mencegah kemungkinan timbulnya penyakit dan komplikasi yang diakibatkan oleh proses menua. Upaya ini dapat dilakukan dalam bentuk kegiatan seperti: melakukan deteksi dini terhadap penyakit lansia dengan secara berkala dan teratur melakukan pemeriksaan kesehatan; menjaga kesehatan dan kebugaran lansia dengan secara teratur melakukan kesegaran jasmani sesuai dengan kemampuannya; mengupayakan agar lansia dapat terus berkarya serta berdaya guna dengan melakukan penyuluhan tentang cara menggunakan alat bantu seperti kacamata, alat bantu dengar, dan sebagainya; mencegah kemungkinan timbulnya kasus kecelakaan dengan melakukan penyuluhan pada lansia; dan meningkatkan ketakwaan kepada Tuhan YME dengan melakukan pembinaan mental (Barello,2015).

3) Kuratif

   Upaya kuratif merupakan upaya dalam mengobati lansia yang sakit. Upaya ini dapat dilakukan dalam bentuk kegiatan seperti: pemberian layanan kesehatan tingkat dasar; dan pemberian layanan kesehatan spesifikasi lewat mekanisme rujukan.

4) Rehabilitation

   Upaya rehabilitatif, merupakan upaya dalam memulihkan penurunan fungsi organ pada lansia. Upaya ini dapat dilakukan dalam bentuk kegiatan seperti: pemberian informasi, peningkatan pengetahuan, serta pelayanan dalam menggunakan bermacam alat bantu seperti alat bantu dengar, kacamata, dan sebagainya, sehingga lansia dapat terus berkarya serta merasa dirinya tetap berguna sesuai dengan kemampuan dan kebutuhan; memperkuat mental lansia dan pengembalian rasa percaya diri; pembinaan lansia agar mampu

memenuhi kebutuhan pribadinya, serta melakukan kegiatan di dalam dan di luar rumah; pemberian nasihat mengenai cara hidup yang disesuaikan dengan penyakit lansia; dan perawatan dengan fisioterapi.

Upaya rehabilitation termaksud upaya pengembalian fungsi organ yang menurun, yang dapat berupa kegiatan memberikan informasi, pengetahuan dan pelayanan tentang penggunaan berbagai alat bantu misalnya alat pendengaran dan lain-lain agar usia lanjut dapat memberikan karya dan tetap merasa berguna sesuai kebutuhan dan kemampuan. Mengembalikan kepercayaan pada diri sendiri dan memperkuat mental penderita pembinaan usia dan hal pemenuhan kebutuhan pribadi, aktifitas didalam maupun diluar rumah, nasehat cara hidup yang sesuai dengan penyakit yang diderita (Vandali, Vijayreddy, 2018).

11.6 Permasalahan Lanjut Usia

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan, upaya pemeliharaan kesehatan bagi lanjut usia harus ditujukan untuk menjaga agar tetap hidup sehat dan produktif secara sosial maupun ekonomis. Selain itu, pemerintah wajib menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan dan fasilits kelompok lansia untuk dapat hidup mandiri produktif, hal ini merupakan upaya peningkatan kesejahteraan lanisa khususnya dalam bidang kesehatan. Upaya promotif dan preventif merupakan faktor penting yang harus dilakukan untuk mengurangi angka kesakitan pada lansia. Untuk mencapai tujuan tersebut, harus ada koordinasi yang efektif antara lintas program terkait di lingkungan kementerian kesehatan dan organisasi profesi (Aistyawati, I, 2016).

Kebijakan Kementerian Kesehatan dalam pelayanan kesehatan melalui penyediaan sarana pelayanan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan lansia supaya lebih berkualitas dan berdaya dan berguna bagi keluarga dan masyarakat. Upaya yang dikembangkan untuk mendukung kebijakan tersebut antara lain pada pelayanan kesehatan dasar dengan pendekatan Pelayanan Santun Lansia, meningkatkan upaya rujukan kesehatan memalui pengembangan. Kesadaran lansia

untuk menjaga kesehatan dan menyiapkan hari tua dengan sebaik dan sedini mungkin merupakan hal yang sangat penting. Semua pelayanan kesehatan harus didasarkan pada konsep pendekatan siklus hidup dengan tujuan jangka panjang, yaitu sehat sampai memasuki lanjut usia (Zulfitri, 2015).

Lansia lebih banyak mengalami kejadian penyakit tidak menilar, meskipun bukan berarti lansia yang menderita penyakit menular tidak ada. Penyakit pada lansia lebih banyak diakibatkan oleh gaya hidup yang kurang sehat, bersifat kronis. Penyakit ini bias juga disebut new communicable disease, yaitu penyakit yang dianggap dapat menular melalui gaya hidup seseorang pola makan, kehidupan seksual dan komunikasi global. Angka kesakitan pada tahun 2021 mencapai 22,48%, ini mengindifikasi bahwa sekitar satu dari lima orang lansia di Indonesia mengalami sakit dalam sebulan terakhir. Lania sering menderita penyakit jantung, diabetes mellitus, stoke, rematik dan cidera. Penyakit tesebut biasanya membuthkan waktu pengobatan yang lama dan biaya tidak sedikit, sehingga memungkinkan diabaikan untuk diobati. Hal ini tentu tidak baik, karena penyakit yang dibiarkan lama tidak diobati bisa menimbulkan ketidakmampuan atau disabilitas, bahkan menimbulkan kecacatan, dan selanjutnya dapat menganggu melaksanakan aktivitas sehari-hari. Berdasarkan laporan, stidaknya setengah dari lansia yang mengalami masalah kesehatan mengalami gangguan aktivitas sehari-hari.

Lansia yang mengalami disabilitas dua kali lebih banyak jika dibandingkan dengan lansia tanpa disabilitas. Bagi keluarga yang merawat lansia di rumah bisa merupakan tantangan, tetapi mungkin juga menjadi beban tersendiri, mengingat tingginya biaya yang ahrus dikeluarkan baik biaya ekonomi dan sosial. Oleh karena itu, upaya preventif melalui pola hidup yang sehatm bagi lansia harus digalakkan misalnya dengan melakukan aktifitas rutin, pola makan dengan gizi seimbang, menghindari stress. Hal ini dilakukan agar kehidupan lansia dapat dijalani dengan sehat dan tetap produktif. Lansia juga tetap bugar dan memiliki kualitas kesehatan yang baik (Aistyawati, I 2016).

Lansia, keluarga dan masyarakat perlu diberikan pemahaman yang baik tentang bagaimana menjalani hidup sehat dan produktif. Upaya untuk itu perlu ditingkatkan dengan demikian

lansia yang sehat dan produktif lebih banyak dari pada lansia yang mengalami maslah kesehatan. Bahwa lansia dengan pengetahuan kurang memiliki resiko masalah kesehatan 3 kali lebih besar dibandingkan lansia yang pengetahuan baik.

Pendekatan lain menjelaskan bahwa lansia mengalami perubahan dalam kehidupannya sehingga menimbulkan beberapa masalah. Permasalahan tersebut diantaranya yaitu :

a) Masalah Fisik

Masalah yang dihadapi oleh lansia adalah fisik yang mulai melemah, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktivitas yang cukup berat, indra pengelihatan yang mulai kabur, indra pendengar yang mulai berkurang serta daya tubuh yang menurun, sehingga sering sakit. Manusia secara alami akan mengalami perubahan fisik, seiring dengan bertambahnya usia. Masalah yang terjadi paling sering dirasakan dan dilihat adalah kulit yang keriputm rambut yang memutih dan mudah rontok, tulang yang kekuatannya berkurang dan rapuh, sehingga mudah menjadi bongkok dna mudah cedera, otot jantung yang menebal sehingga kekuatan memompanya berkurang, dan perubahan lain yang sulit dilihat tetapi, dapat dirasakan perubahannya ketika fungsinya dirasakan ada perubahan (perubahan fisiologis) misalnya pada ginjal dan otak. Perubahan fisik yang terjadi pada lansia dapat dikatakan meliputi seluruh sistem pada tubuh, persarafan, pendengaran, penglihatan, jantung dan pembuluh darah, suhu tubuh, otot dan tulang, pernafasan, pencernaan, perkemihan dan genital, kelenjar tubuh, dan kulit, kuku dan rambut. Keadaan fisiologis yang menurun akibat dari proses penuaan merupakan faktor utama dari kegelisahaan manusia. Lansia menjadi murung, depresi, mudah tersinggung, curiga dan mudah marah, selanjutnya bisa jadi merubah perilaku dan pola hidup, misalnya pola makan, tidur, dan aktifitas yang kurang sehat. Pada akhirnya menimbulkan gangguan kesehatan, misalnya tekanan darah naik, gula darah meningkat, dan kolesterol. Kondisi tersebut tentu saja tidak selalu dialami orang lansia, tetapi pada umumnya minimal beberapa dari gangguan tersebut sering dikeluhkan lansia (Mauk, Kristen L, 2014).

Perubahan fisik sering menimbulkan penyakit. Umumnya memiliki karakteristik :

1) Penyakit yang disertai dengan kombinasi
2) Penyakit bersifat degeneratif (bertambah berat seiring bertambahnya usia)
3) Gejala sering tidak jelas dan sering menimbulkan kecacatan
4) Gejala sering tidak jelas dan berkembang berlahan
5) Penyakit sering bersama sama dengan masalah psikologis dan sosial)
6) Peka sekali terhadap infeksi akut
7) Sering tidak diketahui penyebabnya

b) Masalah Kognitif (Intelektual)

Masalah yang dihadapi lansia terkait dengan perkembangan kognitif, adalah melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat disekitarnya.

Lansia bisa mengalami perubahan fungsi kognitif, perubahan ini akan memengaruhi kemampuan intelektual/kecerdasan lansia dalam memberikan penilaian (persepsi) dan kemampuan berpikir. Akibatnya lansia sering memiliki penilaian negatif terhadap ucapan maupun perilaku orang lain, sehingga menjadi curiga, berprasangka buruk dan kurang objektif. Ini akan menimbulkan konflik/masalah tersendiri, baik dengan diri sendiri maupun dengan orang di sekitarnya. Lansia juga mengalami kelambatan dalam proses berfikir, mudah lupa, bingung dan pikun. Kehilangan ingatan terhadap informasi yang baru diperoleh dalam jangka pandek merupakan hal yang sering terjadi. Disamping itu lansia juga mungkin mengalami gangguan persepsi (seperti mudah sedih, mudah marah, tersinggung dan mengeluh). Penurunan konsentrasi (seperti : kesulitan memusatkan perhatian), gangguan Bahasa dan komunikasi (seperti : lupa kosa kata).

c) Masalah Emosional

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian lansia kepada keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian lansia kepada keluarga

menjadi sangat besar. Selain itu, lansia sering marah apabila ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak prilaku dan sering stress akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

Perubahan fisik dan fungsinya pada lansia dapat menyebabkan perubahan mental psikologis. Perubahan ini dapat dilihat dari kemampuannya beradaptasi terhadap kehilangan fisik, sosial, emosional serta mencapai kebahagiaan, kedamaian dan kepuasan hidup. Ketakutan menajdi tua dan tidak mampu produktif lagi memunculkan gambaran yang negatif tentang proses menua. Banyak kultur budaya yang ikut menumbuhkan anggapan negative tersebut, dimana lansia dipandang sebagai individu yang tidak mempunyai sumbangan apapun terhadap masyarakat dan memboroskan sumber daya ekonomi. Lansia dapat menunjukkan perilaku, sikap, perasaan, menilai, dan keyakinan-keyakinan sebagai gambaran dari kondisi psikologis lansia. Gambaran tersebut dapat menunjukkan kepada salah satu kepribadian, diantara tipe kepribadian yang memiliki karakteristik berbeda yaitu :

1) Kepribadian Konstruktif
   Tipe lansia realistis (menerima kenyataan, percaya diri, sabra, bersykur dan tenang).
2) Kepribadian Mandiri
   Tipe lansia yang amsih terpengaruh oleh kekuatan dan kejayaan masa lalu, cenderung mengalami tekanan bila masa tua tidak terisi dengan kegiatan yang dapat memebrikan kekuasaan pada dirinya (*post power syndrome*) dan ingin menonjolkan diri.

d) Masalah Spritual
   Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan spiritual, adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius (Bellew, J, 2016).

11.7 Solusi Permasalahan

Masyarakat seringkali masih binggung untuk memahami lansia seat dan produktif. Masyarakat awam bisa mengatakan tidak mungkin keadaan lansia bisa hidup sehat dan produktif. Masyarakat beranggapan, ketika sudah menjadi lansia, orang sudah sering mengalami berbagai keluhan penyakit dna secara ekonomi tidak menghasilkan uang. Oleh karena itu, sulit sekali lansia bisa mendapatkan dan mencapai keadaan yang sehat dan produktif.

Lansia mungkin sering mendapatkan perilaku yang kurang baik dari keluarga. Lansia dianggap sebagai orang yang selalu menyusahkan dan menjadi beban keluarga. Lansia merupakan orang uang tidak berdaya sehingga kebutuhan sehari-harinya tidak dapat dilakukan secara mandiri dan tergantung kepada orang lain.

Pemahaman tersebut diatas perlu diperbaiki dan mendapatkan penjelasan yang sesuai dan proporsional. Lansia dapat menjadi individu yang sehat dan produktif secara optimal sesuai dengan kemampuan dan keadaannya, serta mengikuti perubahan-perubahan yang terjadi secara alami. Orang yang berada disekitar lansia harus memiliki pengetahuan dan pemahaman yang komprehensif terhadap berbagai aspek yang berkaitan dengan lansia. Dengan demikian lansia akan mendapatkan dukungan lebih banyak dari keluarga dan masyarakat untuk mencapai keadaan sehat dan produktif (Sandu, A. M, 2008).

11.8 Kesimpulan

Dari penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa Sejalan dengan makin bertambah banyaknya masyarakat lansia, maka beragam kebijakan yang terkait dengan pemberian layanan kesehatan bagi warga lansia telah diupayakan pemerintah. Kebijakan tersebut bertujuan agar terjadi peningkatan kualitas hidup dan derajat kesehatan para lansia agar dapat memiliki masa tua yang bahagia dan tetap berdaya guna, sesuai dengan keberadaan mereka dalam kehidupan di keluarga maupun masyarakat. Sebagai bentuk nyata upaya peningkatan pelayanan kesehatan bagi warga lansia, maka pemerintah telah mengupayakan berbagai layanan kesehatan pada lansia yang

terbagi menjadi beberapa tingkatan, yaitu posyandu lansia (tingkat masyarakat), puskesmas santun lansia (tingkat dasar), dan rumah sakit (tingkat lanjutan).

DAFTAR PUSTAKA

Aistyawati, I. 2016. Analisis implementasi kebijakan program puskesmas santun lanjut usia di Puskesmas Mijen Kota Semarang, Skripsi, Universitas Negeri Semarang, Semarang. Retrieved from: http://lib.unnes.ac.id/28255/1/6411412012.pdf.

Bellew, J., Michlovitz, S., & Nolan Jr, T. eds. 2016. Modalities for Therapeutic Intervention. McGraw Hill.

Bhat, S., Rentala, S., Nanjegowda, R, B., & Chellappan, X.B. 2020. Effectiveness of miliew therapy in reducing conflict and containment rates among schizophrenia patient. Investigacion y Educacion En Enfermeria, 38(1). https://doi.org/10.17533/UDEA.IEE.V38N1EO6.

Bappenas. Join REPOT : Badan Pusat Statistik (BPS), BAPPENAS, United Nations Population Fund (UNPF). Proyeksi Penduduk Indonesia (Indonesia Population Projection) 2005-2025. Kementerian Perencanaan Pembangunan Nsional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional.

Buer, J, M., & Sousa-Poza, A. 2015. Impacts of Informal Caregiving on Caregiver Employment, Health, and Family. Population Ageing, 8, 113-145.

Barello, Serena & Saverese, Mariarosaria & Graffigna, Guendalina. 2015. The Role of Carefivers in the Erderly Healthcare Journey: Insights for Sustaining Elderly Patients Engagement 1 Caregiver Enggement For Elderly Care : What Matters? 10.15159783110452440—010.

Dewi, S,4 2014. Buku Ajar Keperawatan Gerontik. Yogyakarta: Budi Utama.

Miler, C. A. 2012. Nursing for Wellness in Older Adults. Philadelphia: Lippincott Williamns & Wilkinds.

Mauk, Kristen L. 2014. Gerontological Nursing Competencies For Care 3rd Edition. Jone & Bartett Learning: Burlingtion.

Potter, A & Perry, A. 2015. Buku ajar fundamental Keperawatan; Konsep, Proses dan Praktik, Vol2, Edisi Keempat, Jakarta : EGC.

Siti, M.R. 2008. Manjadi Usia Lanjut dan Perawatannya. Jakarta: Salemba Medika.

Sandu, A. M. 2008. Menjadi Usia Lanjut Perawatannya. Jakarta : Salemba Medika.

Sunaryo, Wijayanti, R.,MMaisje, K. M., Sumudi, T., Dwi E. W., Sukrillah, U. A., Kuswati, A. 2015. Asuahan Keperawatan Gerontik Yogyakarta : ANDI.

Tinetti, Mary E., Costello, Darce M., Naik, Aanand D., Davenport Claire., et all. 2021. Outcome Golas and Helath Care Preferences of Older Adults With Multiple Chranik Conditions. JAMA Netw Open 4(3): e211271. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.1271.

Tamimi, N., Haryanti, D. F., SKp, M. K., & Hasanbasri, M. 2016. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Bagi Kelompok Lanjut Usia (Lansia) (Analisis Data IFLS4/SAKERTI 2007) (Doctoral Dissertation, Universitas Gadjah Mada).

Vandali, Vijayreddy. 2018. Role of Nurse In Geatric Care : A Mini Review. Journal of Nurses Voice ad Impact Vol 1 Issue 1. DOI:10.5281/zenodo.1450182.

Zulfitri, Rani. Analisis Kebijakan Pelayanan Kesehatan Primer Dalam Manajemen Penatalaksanaan Penyakit Kronis Lansia, Jurnal Kesehatan Masyarakat Andalas, 10(1)52-58, Dipublikasikan 1 Oktober 2015.

BAB 12
PENGEMBANGAN WAHANA PERAN SERTA MASYARAKAT

Oleh Agnis Sabat Kristiana

12.1 Pendahuluan

Modal utama dalam pembangunan kesehatan adalah SDM yang sehat dan berkualitas. Setiap warga negara berhak mendapat pelayanan kesehatan yang sama. Maka dari itu, pembangunan kesehatan perlu adanya kerjasama antara pemerintah dan warga negara dengan pemberdayaan masyarakat (Kemenkes RI, 2011).

Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya untuk proses peningkatan pengetahuan masyarakat dalam mengidentifikasi masalah, merencanaan dan memecahkan masalah dan memfasilitasi sesuai dengan potensi wilayahnya. Prinsip pembentukan wahana pemberdayaan masyarakat berbeda disetiap daerah yang didasarkan sesuai kebutuhan masyarakat yang dibina oleh petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga lainnya. Pengelolaan didasarkan prinsip oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat yang dikenal dengan Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) (Kemenkes RI, 2011). (Kemenkes RI, 2011).

12.2 Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu)

Perkembangan posyandu di Indonesia didasarkan pada pendekatan "*Primary Health Care*" untuk mencapai "Kesehatan untuk Semua". Sejak memberikan dampak positif dalam penurunan AKI dan AKB serta meningkatkan Umur Harapan Hidup rata-rata penduduk bangsa Indonesia. Keberhasilan ini didukung sinergi dari berbagai layanan dalam integrasi pelayanan sosial dasar sesuai kebutuhan kesehatan di masyarakat yang meliputi perbaikan kesehatan dan gizi, pendidikan dan perkembangan anak, peningkatan ekonomi keluarga, ketahanan pangan keluarga dan kesejahteraan sosial (Kemenkes RI, 2011).

12.2.1 Pengertian

Pos Pelayanan Terpadu merupakan perwujudan pemberdayaan masyarakat dalam UKBM yang diselenggarakan dan dikelola bersama masyarakat. Kegiatan utama terdiri dari 5 (lima) kegiatan yaitu: Kesehatan lbu dan Anak (KIA), Keluarga Berencana (KB), imunisasi, gizi, dan penanggulangan diare.

12.2.2 Tujuan

Secara umum bertujuan untuk percepatan AKI, AKB, dan AKABA di Indonesia. Sedangkan tujuan khususnya yaitu:

1. Pengenalan dan pelaksanaan NKKBS
2. Mengembangkan kegiatan bidang kesehatan untuk hidup sehat dengan meningkatkan kemampuan masyarakat
3. Meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan masyarakat berdasarkan letak geografi
4. Meningkatnya peran lintas sektor (Kemenkes RI, 2011).

12.2.3 Sasaran

Sasaran utama dalam pelayanan posyandu yaitu:

1. Bayi usia ≤ 1 tahun
2. Balita usia 1 - 5 tahun
3. lbu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui
4. Pasangan Usia Subur (PUS) (Kemenkes RI, 2011)

12.2.4 Persyaratan Pembentukan Posyandu

Pembentukan sebuah posyandu setidaknya memperhatikan beberapa persyaratan yaitu:

1. Jumlah balita di tingkat RW/desa paling sedikit 100 balita
2. Jumlah kepala keluarga paling sedikit 120 kepala keluarga
3. Jarak antara kelompok rumah pada suatu tempat tidak terlalu jauh (Walyani, 2014).

12.2.5 Pembentukan Posyandu

Pos Pelayanan Terpadu dibentuk dan didirikan oleh masyarakat desa/kelurahan dan ditentukan sesuai dengan keputusan Kepada Desa/Kepala Kelurahan sesuai dengan langkah-langkah:

1. Pendekatan internal kepada petugas/aparat untuk pengelolaan serta pembinaan Posyandu.
2. Pendekatan eksternal kepada tokoh masyarakat. Pendekatan yang dilakukan untuk mendapatkan dukungan baik moril, finansial dan material.
3. Survei memiliki rasa memiliki dari masyarakat dan menggali potensi yang dimiliki.
4. Musyawarah Masyarakat Desa (MMD) dengan peserta anggota mayarakat untuk mendukung pembentukan posyandu.
5. Tahapan pembentukan dan pemantauan yaitu:
   a. Memilih pelaksana, pengurus dan kader posyandu
   b. Mengikutsertakan dalam sosialisasi dan pelatihan untukpengurus dan kader
   c. Penyusunan rencana kerja posyandu
   d. Peresmian posyandu
6. Pelaksanaan, pemantauan dan pembinaan dilakukan secara berkala oleh Puskesmas dan hasilnya sebagai dasar merencanakan dan mengembangkan posyandu ke tingkat selanjutnya.

12.2.6 Kegiatan

Kegiatan utama posyandu yaitu:

1. Panca Krida Posyandu (Lima kegiatan Posyandu):
   a. Kesehatan ibu dan anak
   b. Keluarga berencana
   c. Imunisasi
   d. Peningkatan gizi
   e. Penanggulangan diare (Effendy, 1998)
2. Sapta Krida Posyandu (Tujuh kegiatan Posyandu):
   a. Kesehatan ibu dan anak
   b. Keluarga berencana
   c. Imunisasi
   d. Peningkatan gizi
   e. Penanggulangan diare
   f. Sanitasi dasar
   g. Penyediaan obat esensial (Walyani, 2014)
3. Kegiatan tambahan posyandu yaitu:
   a. Bina Keluarga Balita (BKB)

b. Kelas lbu Hamil dan Balita
c. Penemuan dini dan pengamatan penyakit potensial Kejadian Luar Biasa (KLB)
d. Usaha Kesehatan Gigi Masyarakat Desa (UKGMD)
e. Program diversifikasi pertanian tanaman pangan dan pemanfaatan pekarangan, melalui Taman Obat Keluarga (TOGA)
f. Kegiatan ekonomi produkif
g. Pos Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD)
h. Penyediaan Air Bersih dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman (PAB- PLP)
i. Kesehatan Reproduksi Remaja (KRR)
j. Bina Keluarga Lansia (BKL)
k. Pemberdayaan fakir miskin, komunitas adat terpencil dan penyandang masalah kesejahleraan sosial (Kemenkes RI, 2011).

12.2.7 Kader Posyandu

Pelaksanaan posyandu melibatkan berbagai pihak, salah satunya adalah kader posyandu. Kader posyandu adalah anggota masyarakat yang bersedia, mampu dan memiliki waktu untuk menyelenggarakan kegiatan posyandu secara sukarela. Tugas dan tanggungjawab kader sebagai berikut:

1. Sebelum hari pembukaan posyandu
   a. Mensosialisasikan waktu pelaksanaan posyandu dalam kegiatan warga setempat
   b. Mempersiapkan tempat pelaksanaan
   c. Mempersiapkan peralatan yang digunakan
   d. Melakukan penugasan kepada kader sesuai bagiannya
   e. Melakukan koordinasi dengan petugas kesehatan dan petugas lainnya
   f. Mempersiapkan PMT penyuluhan (Kemenkes RI, 2011)
2. Pada hari buka posyandu
   a. Melakukan pendaftaran balita dan ibu hamil
   b. Melaksanakan penimbangan pengunjung
   c. Mencatat hasil penimbangan di buku KIA/KMS dan buku register posyandu
   d. Pengukuran Lingkar Lengan Atas pada ibu hamil dan WUS

e. Memberikan KIE tentang kesehatan dan gizi sesuai dengan hasil penimbangan serta pemberian PMT
f. Bersama petugas kesehatan memberikan pelayanan kesehatan dan KB sesuai kewenangannya
g. Melengkapi pencatatan dan membahas hasil kegiatan serta tindak lanjut bersama petugas kesehatan (Kemenkes RI, 2011).

3. Di luar hari buka posyandu
   a. Meninjau kembali data sasaran posyandu: bayi, balita, ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui
   b. Menyusun pelaporan berupa diagram batang (balok) SKDN seluruh balita dan balita yang mempunyai KMS/Buku KIA.
   c. Melakukan tindak lanjut terhadap sasaran yang tidak datang dan sasaran yang memerlukan penyuluhan lanjutan
   d. Malakukan sosialisasi kembali kepada kelompok sasaran agar datang saat hari buka
   e. Menghadiri pertemuan tatap muka rutin dengan kelompok masyarakat/organisasi keagaamaan dan tokoh masyarakat (Kemenkes RI, 2011).

12.2.8 Lokasi

Pos Pelayanan Terpadu berada disetiap desa/kelurahan/ RW/dusun atau sebutan lain yang sesuai. Tempat pelaksanaan sebaiknya mudah dijangkau pengunjung seperti halaman rumah warga, balai RW/desa/dusun/ kelurahan, atau tempat lain yang sesuai (Kemenkes RI, 2011).

12.2.7 Penyelenggaraan

1. Waktu
   Diselenggarakan setiap bulan atau sesuai kesepakatan. Pemilihan hari dan waktu sesuai dengan hasil kesepakatan (Kemenkes RI, 2011).
2. Sistem 5 Meja
   a. Meja 1
      Pendaftaran dan pencatatan batita, balita, ibu hamil, ibu menyusui dan PUS yang hadir.

b. Meja 2
   Pengukuran berat badan, tinggi badan, bayi, balita dan ibu hamil.
c. Meja 3
   Pencatatan hasil penimbangan dan pengukuran bayi dan balita pada KMS.
d. Meja 4
   Kader memberikan KIE dan pelayanan gizi bagi pengunjung
e. Meja 5
   1) Pemeriksaan kehamilan
   2) Pelayanan oralit, vitamin A dan TTD (Kemenkes RI, 2011).

12.2.8 Pelayanan Kesehatan

1. Kehamilan, nifas dan pasangan usia subur
   a. Pemeriksaan kehamilan dan nifas
   b. Pelayanan peningkatan gizi
   c. Penyuluhan kesehatan dan KB
2. Bayi dan balita
   a. Pemantauan pertumbuhan dan perkembangan
   b. Pemantauan bagi yang berat badannya kurang dan pelayanan PMT
   c. Imunisasi (sesuai program)
   d. Pemberian oralit dalam penanggulangan diare (Kemenkes RI, 2011).

12.2.9 Pembiayaan

Sumber pembiayaan posyandu berasal dari berbagai sumber dari:

1. Masyarakat: iuran pengunjung, dana sehat, sumbangan/donatur perorangan/kelompok, sumber dana sosial lainnya.
2. Dunia Usaha/swasta
3. Hasil usaha pengurus dan kader
4. Pemerintah (Kemenkes RI, 2011).

12.2.9 Tingkat Perkembangan Posyandu

Tingkatan posyandu dibedakan menjadi: Posyandu Pratama, Madya, Purnama dan Mandiri. Secara sederhana indikator untuk tiap peringkat posyandu dapat diuraikan sebagai berikut:

Tabel 12.1 : Indikator Peringkat Posyandu

No.	Indikator	Pratama	Madya	Purnama	Mandiri
1.	Frekwensi penimbangan	<8	>8	>8	>8
2.	Rerata kader tugas	<5	≤5	≥5	≥5
3.	Rerata cakupan D/S	<50%	<50%	<50%	≥50%
4.	Cakupan kumulatif KIA	<50%	<50%	<50%	≥50%
5.	Cakupan kumulatif KB	<50%	<50%	<50%	≥50%
6.	Cakupan kumulatif imunisasi	<50%	<50%	<50%	≥50%
7.	Program tambagan	-	-	+	+
8.	Cakupan dana sehat	<50%	<50%	<50%	≥50%

Sumber : Kemenkes RI, 2011

12.3 Pos Kesehatan Desa (Poskesdes)

12.3.1 Pengertian

Poskesdes merupakan salah satu bentuk UKBM di desa dalam rangka pendekatan pemberian pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat desa serta sebagai pusat kewaspadaan dini terhadap masalah kesehatan dan faktor risikonya (Kemenkes RI, 2012).

12.3.2 Tujuan

1. Tujuan Umum
   Mewujudkan masyarakat mampu mengenali, tanggap, peduli dalam mencegah dan mengatasi permasalahan kesehatan di wilayahnya (Kemenkes RI, 2012).

2. Tujuan Khusus
   a. Meningkatkan upaya pemberdayaan masyarakat agar mampu menolong dirinya di bidang kesehatan
   b. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh tenaga kesehatan (bidan) dan kader kesehatan
   c. Meningkatkan kewaspadaan dan kesiapsiagaan masyarakat akibat penyakit menular yang berpotensi menyebabkan KLB dan faktor risikonya dengan kegiatan pengamatan, pencatatan, dan pelaporan (Kemenkes RI, 2012).

12.3.3 Ruang Lingkup Kegiatan

Ruang lingkup kegiatan pelayanan meliputi upaya promotif, pencegahan (preventif), dan pengobatan (kuratif) sesuai dengan kewenangan bidan sebagai tenaga kesehatan bersama dengan kader kesehatan yang meliputi:

1. Kegiatan pengamatan dan kewaspadaan dini melalui kegiatan surveilans penyakit, gizi, perilaku berisiko, lingkungan, dan masalah kesehatan lainnya.
2. Pelayanan kesehatan dasar untuk anak, ibu hamil, ibu menyusui
3. Penanganan kesiapsiagaan terhadap bencana serta kegawatdaruratan kesehatan (Kemenkes RI, 2012).

12.3.4 Pengembangan dan Pembentukan Poskesdes

Pengembangan Poskesdes melalui beberapa tahapan yaitu:

1. Pendekatan Internal. Langkah awal yang bertujuan mempersiapkan pelaksana (petugas kesehatan dan aparat desa) yang bersedia dan mampu mengelola serta membina Poskesdes. Kegiatan ini dapat berupa pertemuan dan pelatihan sesuai kondisi wilayah.
2. Pendekatan Eksternal. Pendekatan kepada tokoh masyarakat yang bertempat tinggal di daerah setempat sehingga bersedia mendukung penyelenggaraan Poskesdes baik secara moril, finansial, material.
3. Survei Mawas Diri (SMD). Pelaksana oleh kader bersama tokoh masyarakat serta anggota Forum Desa untuk menemukan dan memecahkan masalah disesuaikan dengan kondisi wilayah.

4. Musyawarah Masyarakat Desa (MMD). Kelanjutan dari SMD menemukan metode pemecahan masalah. Hasil SMD dimusyawarahkan bersama untuk menentukan prioritas masalah, mencari dukungan dan kontribusi dari masyarakat (Kemenkes RI, 2012).

Tahapan pembentukan Poskesdes yaitu:
1. Memilih pengurus dan kader kesehatan minimal 2 (dua) orang.
2. Mengikutsertakan kader dan tenaga kesehatan dalam kegiatan pelatihan (Kemenkes RI, 2012).

12.3.5 Pelaksanaan Poskesdes

Pelaksanaan secara rutin oleh tenaga kesehatan dan kader dengan bimbingan Puskesmas setempat dan sektor terkait.

1. Pelayanan kesehatan yang dilaksanakan
   a. Ibu Hamil, Bersalin, dan Nifas
      1) Pencegahan kejadian anemia/kurang darah dengan pemberian tablet Fe.
      2) Pencegahan Tetanus Toksoid dengan pemberian imunisasi TT.
      3) Pemberian KIE terkait kebutuhan gizi ibu hamil dan KB pasca salin.
      4) Penanganan ibu hamil dengan kasus Kurang Energi Kronis (KEK).
      5) Pencegahan infeksi dengan pertolongan persalinan secara aman.
      6) Kelas Ibu Hamil.
      7) Kunjungan rumah bagi ibu nifas (Kemenkes RI, 2012).
   b. Ibu Menyusui
      1) Pendidikan kesehatan cara perawatan bayi dan menyusui.
      2) Penyuluhan tentang gizi dan pemakaian alat kontrasepsi.
      3) Pendidikan kesehatan kepada orang tua tentang penanganan masalah yang dapat terjadi pada bayi dan balita (Kemenkes RI, 2012).
   c. Kesehatan Anak
      1) Perawatan bagi bayi baru lahir.
      2) Pemantauam dan pemeriksaan kesehatan anak.

3) Screening pertumbuhan dan perkembangan bayi dan balita.
4) Pemberian imunisasi dasar lengkap pada bayi dan balita.
5) Penyuluhan kepada orang tua tentang kebutuhan gizi anak.
6) Penanganan dini kesehatan anak sesuai dengan kasus (Kemenkes RI, 2012).

d. Penemuan dan penanganan penderita penyakit
1) Penanganan kejadian penyakit menular dan tidak menular beserta risikonya yang dapat menimbulkan KLB.
2) Terlaksananya metode simulasi dalam meningkatkan kesiapsiagaan dalam penanggulangan bencana dan kegawatdaruratan kesehatan.
3) Terlaksananya pengamatan epidemiologis sederhana PTM dan penyakit menular (Kemenkes RI, 2012).

2. Waktu Penyelenggaraan
Kegiatan pelayanan kesehatan dilaksanakan sesuai jadwal (setiap hari).
3. Tempat Penyelenggaraan
Pelaksanaan dapat memanfaatkan polindes, balai desa, balai-balai pertemuan atau tempat lain yang ada (Kemenkes RI, 2012).
4. Peralatan Poskesdes
Peralatan dalam pelayanan di Poskesdes meliputi alat medis dan non-medis, alat transportasi, media Komunikasi Informasi Edukasi (KIE), serta obat-obatan (sesuai jenis pelayanan) (Kemenkes RI, 2012).

12.3.6 Pembiayaan

Sumber pembiayaan berasal dari:
1. Iuran masyarakat berupa: iuran pengunjung, pengumpulan dana sehat, sumbangan dari donatur baik perorangan atau kelompok.
2. Dunia usaha/perusahaan swasta
3. Hasil usaha dari pengelola dan kader kesehatan
4. Pemerintah (Kemenkes RI, 2012).

12.4 Ambulan Desa

12.4.1 Pengertian

Ambulan desa adalah suatu alat transportasi sebagai salah satu bentuk kepedulian sistem rujukan bagi warga desa yang membutuhkan dari desa ke unit rujukan kesehatan (Ambarwati, 2015).

12.4.2 Tujuan

Tujuan diadakannya ambulan desa adalah:

1. Mengatasi masalah kesehatan dengan mempercepat pelayanan kegawatdaruratan kesehatan.
2. Berperan dalam percepatan program penurunan AKI ibu hamil, persalinan dan nifas (Ambarwati, 2015).

12.4.3 Kriteria

Kriteria ambulan desa sebagai berikut:

1. Mobil sehat berupa kendaraan bermesin sesuai standar
2. Mobil milik pribadi/pemerintah/perusahaan/pribadi
3. Siap digunakan (Ambarwati, 2015).

12.5 Donor Darah Berjalan

12.5.1 Pengertian

Program nasional dalam P4K yang melibatkan pemberdayaan perempuan, dimana setiap pendonor aktif dapat berperan pada saat dibutuhkan. Program ini dilaksanakan dalam upaya mendukung program pemerintah menurunkan Angka Kematian Ibu, Bayi dan Balita. (Ambarwati, 2015).

12.5.2 Tahapan

Ketentuan tahapan pelaksanaan:

1. Sosialisasi kepada masyarakat akan pentingnya mengetahui golongan darah pribadi.
2. Melakukan pemeriksaan warga yang memenuhi persyaratan sebagai pendonor bekerjasama dengan Puskesmas dan unit tranfusi darah PMI terdekat.

3. Pendataan perkiraan tanggal persalinan dan golongan darah ibu hamil serta calon pendonor meliputi nama, alamat dan ca menghubungi.
4. Membuat daftar calon donor darah yang sesuai dengan golongan darah ibu hamil.
5. Memastikan dan menyepakati dengan pendonor agar selalu siap pada saat sewaktu-waktu ibu hamil memerlukan tranfusi.
6. Memastikan dengan Unit Tranfusi darah bahwa pendonor mendapatkan prioritas donor saat ibu bersalin yang membutuhkan.
7. Kader selalu berperan aktif untuk mencari dan memotivasi sukarelawan (Ambarwati, 2015).

12.6 Tabungan Ibu Bersalin (Tabulin)

12.6.1 Pengertian

Tabungan Ibu Bersalin adalah tabungan hasil koordinasi tokoh masyarakat dengan tenaga kesehatan yang dipergunakan secara insidentil untuk pembiayaan saat mulainya kehamilan, persalinan dan nifas untuk mewaspadai adanya komplikasi yang mungkin terjadi. Kegiatan ini akan membantu secara psikologis, agar ibu dan keluarga merasa tenang dalam menjalani kehamilannya (Syafrudin & Hamidah, 2009). Ibu hamil dan keluarga dapat menyisihkan dana dan diharapkan lebih rajin dan teratur dalam memeriksakan diri ke tenaga kesehatan (Yulifah & Yuswanto, 2014).

12.6.2 Tujuan

Tujuan Tabulin yaitu:

1. Berperan dalam penurunan AKI dan AKB.
2. Meningkatkan derajat kesehatan terutama ibu hamil.
3. Meningkatkan kesadaran ibu hamil, keluarga dan masyarakat pada umumnya dalam mempersiapkan biaya pemeriksaan kehamilan dan proses persalinan (Syafrudin & Hamidah, 2009).

12.6.3 Pelaksanaan Tabulin

Ketentuan pelaksanaan Tabulin yaitu:

1. Saat ibu mengetahui hamil maka dapat segera untuk memulai program ini.

2. Pengelola dapat membantu ibu hamil untuk menyampaikan pelaksanaan tabulin kepada suami dan keluarga.
3. Memperhitungan perkiraan tanggal persalinan dengan dengan waktu penghasilan keluarga (Ambarwati, 2015).

DAFTAR PUSTAKA

Ambarwati, E. R. 2015. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Nuha Medika.

Effendy, N. 1998. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat* (2nd ed.). EGC.

Kemenkes RI. 2011. Pedoman Umum Pelayanan Posyandu. In *Kementrian Kesehatan RI* (Vol. 5, Issue 2).

Kemenkes RI. 2012. *Petunjuk Teknis Pengembangan dan Penyelenggaraan Pos Kesehatan Desa*. 1–40.

Syafrudin, & Hamidah. 2009. *Kebidanan Komunitas* (M. Ester & E. Wahyuningsih (eds.)). EGC.

Walyani, E. S. W. 2014. *Materi Ajar Kebidanan Komunitas Teori, Aplikasi, dan Askeb*. Pustaka Baru Press.

Yulifah, R., & Yuswanto, T. J. A. 2014. *Asuhan Kebidanan Komunitas*. Salemba Medika.

BAB 13
PEMBIAYAAN KESEHATAN

Oleh Nurrasyidah

13.1 Pendahuluan

Kesehatan merupakan kebebasan dasar yang wajib dijamin dan didukung oleh pemerintah. Kesehatan dapat menjadi hal yang dipertimbangkan untuk memberikan bantuan pemerintah pada sebuah negara baik secara finansial maupun sosial. Sesuai dengan Undang Undang Dasar tahun 1945 pasal 28 H ayat 1 menyatakan bahwa setiap orang berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan dan Undang Undang No 36 Tahun 2009 tentang kesehatan juga secara jelas menyatakan hak dan kewajiban pemerintah dan daerah terhadap kepuasan akan kesehatan (Depkes RI, 2009).

Berdasarkan Undang Undang Nomor 36 tahun 2009 menyebutkan tujuan dari peningkatan kesehatan adalah membangun kesadaran, keinginan, dan kemampuan untuk melanjutkan kehidupan yang sehat bagi semua orang untuk memahami tingkat kesehatan umum yang ideal. Kemajuan kesehatan adalah bagian yang tidak dapat dibedakan dari pembangunan nasional. Kesehatan dapat dirasakan bagi hampir semua bagian dari keberadaan manusia. Titik fokus kemajuan kesehatan sesuai visi layanan kesehatan adalah masyarakat yang mandiri dan berkeadilan, dengan misi memperluas tingkat kesehatan umum melalui penguatan wilayah lokal, menjaga kesehatan masyarakat umum dengan menjamin kesehatan yang tidak memihak, wajar, berkualitas dan adil dengan upaya promotif, preventif, menjamin aksesibilitas dan pemerataan sumberdaya kesehatan (Kemenkes RI, 2016).

Upaya kesehatan adalah kewajiban bersama antar perorangan, masyarakat, pemerintah, dan swasta. Tugas pemerintah dalam menentukan kemajuan kesehatan harus ditopang oleh kesadaran masyarakat dan jaringan untuk secara mandiri menjaga kesehatan, antara lain dengan cara berperilaku

yang sehat dan memiliki pilihan untuk memilih dan juga mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas untuk mengatasi masalah kesehatan (Depkes RI, 2009).

Proses pendanaan kesehatan adalah alasan untuk mewujudkan poin-poin kesehatan yang berfokus pada tingkat lokal/kota, umum, dan publik. Proses pendukung yang keliru dapat mendorong penetapan dana yang tidak tepat. Hal ini dapat membatasi jumlah pemberi layanan, jenis obat yang dibutuhkan, dan mengurangi tingkat kesehatan. (*World Health Organization*, 2008).

Pendanaan kesehatan adalah serangkaian tindakan yang menyatukan berbagai upaya untuk memisahkan, mendistribusikan, dan membelanjakan suatu sumberdana dengan cara yang terkoordinasi dan umumnya kuat untuk menjamin pencapaian tingkat kesehatan masyarakat umum yang setinggi-tingginya (ID Kesehatan, 2007).

WHO menggarisbawahi bahwa siklus pendanaan kesehatan harus dimungkinkan dengan cara yang berbeda. Namun, kesepakatan keseluruhan adalah bahwa siklus dukungan kesehatan tidak hanya ditujukan untuk menemukan dan meningkatkan dana, tetapi juga proses perencanaan yang tepat. Banyak produsen pengaturan kesehatan tidak memahami siklus pendukung kesehatan sehingga pembuatan, perencanaan, penetapan biaya, dan perencanaan kesehatan dilakukan secara mandiri. Hal ini menyebabkan misalignment dalam proses pendanaan kesehatan (Rajan, 2016).

13.2 Sumber Pembiayaan Kesehatan

Sumber pendanaan kesehatan suatu bangsa dapat muncul dari otoritas publik dan non-pemerintah. Sebenarnya, ini membuat kontes dalam penunjukan subsidi sistem kesehatan. Cara dana dialokasikan sama sekali tidak dipengaruhi pada metode administrasi, melainkan penentuan batasan dalam hukum keuangan kesehatan. Menurut Undang Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang kesehatan menyebutkan bahwa pembiayaan kesehatan bertujuan untuk penyediaan pembiayaan kesehatan yang berkesinambungan dengan jumlah yang mencukupi,

teralokasi secara adil, dan termanfaatkan. Dukungan kesehatan seharusnya memberikan dana dan motivasi untuk pelaksanaan kerangka kesehatan. Selain itu, dana kesehatan ini merupakan faktor penentu yang signifikan dari pelaksanaan kerangka kesehatan tentang nilai, efektivitas, dan hasil akhir dari kerangka kesehatan (Gottret, 2006).

Administrasi pelayanan kesehatan dapat didukung dari berbagai sumber secara spesifik (DJPK, 2013), yaitu :

1. Pemerintah, baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota) dengan dana diperoleh dari pajak (umum dan penjualan), *deficit, financial* (pinjaman luar negeri) dan perlindungan sosial.
2. Swasta, bersumber dari organisasi, asuransi perlindungan kesehatan swasta, sumbangan sosial, biaya keluarga serta pengembangan diri daerah setempat.

Biaya kesehatan secara umum dapat dibedakan menjadi dua yaitu (Lubis, 2009):

1. Biaya manfaat klinis, merupakan biaya yang diharapkan untuk mengatur atau berpotensi menggunakan manfaat klinis untuk mengobati infeksi dan membangun kembali kesehatan pasien.
2. Biaya perawatan kesehatan umum, merupakan biaya yang diharapkan untuk mengatur dan juga menggunakan layanan kesehatan umum untuk menjaga dan mengembangkan lebih lanjut kesehatan dan untuk mencegah penyakit.

Sesuai dengan besarnya peran pemerintah dalam mendukung kesehatan masyarakat umum, komponen pendanaan yang diterapkan pada umumnya mengikuti kerangka atau sistem potensial dari pemerintah dapat dibedakan menjadi dua macam, yaitu (Azrul, 1996):

1. Kesatuan komponen pendukung dalam suatu negara yang menerapkan aturan sentralisasi, semua kewajiban iuran penyelenggaraan kesehatan ditanggung oleh pemerintah pusat. Sumber dana tersebut sesuai dengan aturan pemerintah secara keseluruhan, dialihkan secara bertahap ke perusahaan-perusahaan yang ditunjuk dengan kewajiban memberikan administrasi kesehatan umum.

2. Sistem pendanaan desentralisasi di negara yang menganut standar desentralisasi, semua biaya penyelenggaraan kesehatan umum ditanggung oleh pemerintah daerah.

13.3 Fungsi Pembiayaan Kesehatan

Interaksi fungsi-fungsi pembiayaan kesehatan terdiri dari fungsi dasar pengumpulan pendapatan (*revenue collection*), pengumpulan sumber daya (*pooling resources*), dan pembayaran intervensi (*purchase of interventions*) (Gottret & Schieber, 2006; Rannan-Eliya, 2009):

1. Bermacam-macam sumber pembiayaan adalah cara sistem kesehatan dapat menggalangkan dana baik dari keluarga, organisasi, maupun sumber luar.
2. Pengumpulan dapat dikaitkan dengan penggabungan dana dan pengalokasian dana sehingga banyak orang dapat berbagi untuk memperoleh pelayanan kesehatan secara umum. Hal yang demikian akan dapat melindungi banyak orang dari penggunaan biaya kesehatan yang besar dan tidak biasa. Hal ini akan melindungi anggota kelompok dari pengeluaran kesehatan yang besar dan yang tidak dapat diperkirakan sebelunya. Pembayaran dimuka memungkinkan orang untuk membayar rata-rata biaya di depan dan di tengah, membebaskan mereka dari kerentanan, dan menjamin berapa banyak remunerasi yang didapat jika terjadi kemalangan. Penyatuan ini dapat membentuk perlindungan dan realokasi penggunaan kesehatan antara antara individu berisiko (tinggi dan rendah) dan individu berpenghasilan (tinggi dan rendah).
3. Pembiayaan mengacu pada komponen yang digunakan untuk membeli administrasi dari organisasi spesialis publik dan swata.

Kemampuan pendanaan di atas memiliki konsekuensi yang signifikan dalam menjalankan sistem kesehatan sebagai berikut:

1. Berapa banyak jumlah biaya yang ada (sekarang dan nanti), tingkat administrasi dasar dan asuransi keuangan bagi masyarakat.
2. Ekuitas (nilai).

4. Produktivitas finansial dari upaya untuk menaikkan gaji.
5. Tingkat *pooling* (subsidi risiko, perlindungan) dan pembayaran dimuka (ekuitas subsidi)
5. Jumlah dan jenis administrasi yang dibeli dan dikonsumsi pada efek kesehatan dan biaya kesehatan (kecukupan biaya dan kemampuan distribusi administrasi)
6. Keefektifan khusus pembuatan administrasi (menargetkan normal minimal biaya)
7. Akses fisik dan finansial dan administrasi oleh rakyat (termasuk nilai akses dan keuntungan)

13.4 Mekanisme Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Sistem kesehatan di Indonesia saat ini sudah lebih baik, meski masih banyak kendala. Hal ini terlihat dari peningkatan status kesehatan daerah setempat. Namun demikian, upaya masih diharapkan untuk mempercepat pencapaian target kesehatan untuk dapat sejajar dengan negara lain. Ini menyimpulkan bahwa SKN sebenarnya harus selalu dievaluasi dan dilakukan perbaikan. Demikian pula, jalur ke administrasi pelayanan kesehatan menggunakan pedoman keadilan vertikal.

Pedoman keadilan vertikal menekankan bahwa komitmen warga dalam mendukung kesehatan diselesaikan dengan melihat kemampuan membayar, bukan karena penyakit seseorang. Dengan nilai vertikal, individu dengan bayaran lebih rendah membayar biaya yang lebih rendah juga dari pada individu dengan bayaran lebih tinggi untuk layanan kesehatan yang sesuai. Pada akhirnya, biaya seharusnya tidak menjadi penghalang dalam mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan (*needed care, necessary care*) (Murti Bhisma, 2011).

Upaya perubahan moneter di akhir tahun 1990-an dimaksudkan untuk memberikan jaminan keuangan kepada orang miskin sehubungan dengan keadaan darurat keuangan yang melanda Asia pada akhir tahun 1998. Pada tahun 2004, plot cakupan perawatan kesehatan sosial telah dibuat. Pada tahun 2008, rencana tersebut diperbarui dan diperpanjang. Kemudian, pada saat itu, pada tahun 2011, konspirasi keamanan moneter lainnya diperkenalkan secara eksplisit untuk mencapai Tujuan

Pembangunan Milenium (MDGs). Akhirnya, tahapan menuju *Universal Health Coverage* (UHC) dimulai pada tahun 2014 dengan dilaksanakannya Jaminan Kesehatan Nasional/JKN. (Mahendradhata, 2017).

Adanya peningkatan penggunaan bantuan menjadi salah satu efek positif dari cakupan pelayanan kesehatan umum, namun ini diingat untuk membawa moral hazard dan penurunan motivasi bagi penyedia layanan. Masalah mendasar yang ditemukan adalah pengelolaan sistem pengobatan klinis gratis karena tidak adanya pemikiran kebutuhan rencana pengeluaran dan sistem pengendalian biaya yang lemah (Dewi, 2013).

JKN adalah perubahan pendukung kesehatan yang mencoba menjawab tiga andalan pendanaan kesehatan, yakni pemerataan pendapatan, konsolidasi, dan pembelian. JKN dapat menjadi kekuatan untuk berjalan ke arah pendekatan dan teknik yang difasilitasi untuk mencapai tujuan Sistem Kesehatan Nasional (SKN). JKN turut berusaha melakukan sosialisasi bobot kerangka subsidi secara adil. Negara perlu melanjutkan dan melakukan perubahan-perubahan penting agar kerangka kesehatan dapat berjalan secara berkualitas, efektif dan adil serta sekaligus memberikan keamanan moneter yang ekonomis kepada individu (Mahendradhata, 2017).

Standar rencana belanja dasar suatu pemerintahan tetapan dari WHO adalah dalam lingkup 5 hingga 6% dari APBN. Hal ini direncanakan bagi suatu negara untuk dapat lebih mengembangkan status kesehatannya dengan dukungan bidang kekuatan untuk pendanaan. Sebaiknya rencana belanja negara 15-20% dari rencana belanja negara. Ini seharusnya memiliki opsi untuk mendanai kebutuhan untuk administrasi kesehatan yang mahal. Kesehatan adalah spekulasi suatu bangsa untuk lebih mengembangkan status kesehatan dan efisiensi kerabatnya (Organization, 2014).

Mulai sekitar tahun 2004, penganggaran pemerintah bagi kesehatan berkembang secara fundamental. Hal tersebut disebabkan karena pemerintah berfokus dalam menurunkan risiko pengeluaran keuangan dari pengeluaran perawatan medis, terutama bagi orang miskin. Kenaikan anggaran belanja turut diatur oleh UU Kesehatan menyebutkan bahwa distribusi rencana

keuangan pemerintah publik harus 5% dari rencana belanja pemerintah fokus (APBN); sedangkan untuk rencana belanja daerah (APBD) minimal 10% (Mahendradhata et al., 2017).

Sumber dana subsidi kesehatan di Indonesia diperoleh dari APBN, APBD, dana rahasia, *Out Of Pocket* (OOP), penghargaan, dan dermawan dari organisasi maupun luar negeri. Sumber daya dana ini ditugaskan untuk mendukung proyek dan latihan di bidang kesehatan, baik fisik maupun non-fisik. Perkembangan cadangan pemerintah menggabungkan metode yang terlibat dengan mengumpulkan gaji dari keluarga, bisnis milik pribadi, sumber luar, pindah ke kantor pemerintah dan kesehatan terdekat. BPJS Kesehatan adalah pengelola Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) berpegang pada komitmen pemerintah, swasta, dan keluarga ke dalam *pool* publik dengan biaya kesehatan dari pemerintah dan swasta. Pendapatan individu menggabungkan konsumsi OOP dari keluarga, perusahaan fasilitas publik dan swasta (Pinto, Masaki, & Harimurti, 2016).

Alasan untuk mengatur dan mengawasi dukungan kesehatan adalah untuk membantu menentukan sumber dana kesehatan, mengalokasikannya dengan baik dan menggunakannya dengan benar dan efektif. Pendanaan kesehatan memiliki strategi yang berfokus pada nilai dan menyoroti orang miskin (*equitable and pro poor health policy*) membantu mereka mencapai akses kesehatan umum (Setyawan, 2018).

Pendanaan publik penting untuk kemajuan menuju UHC. Tanggung jawab strategi Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) PBB menegaskan bagi semua orang harus mendekati perawatan medis yang berkualitas dan penggunaan administrasi yang melindungi dana individu (Organization, 2017). Pengaruh pembelanjaan terbuka pada kesehatan bergantung pada sejauh mana strategi aktual dan kebutuhan kesehatan. Selama periode ini, penting kiranya untuk menjamin tingkat pendanaan publik untuk mengikuti inklusi bantuan yang menarik dan perlindungan risiko keuangan terhadap UHC (Tandon, Cain, Kurowski, Dozol, & Postolovska, 2020).

Kerangka kerja UHC terisi dengan cepat di Indonesia hingga mencapai 203 juta orang. Saat ini, Indonesia dikenal sebagai klien konspirasi pembayar tunggal terbesar di dunia dan telah

meningkatkan nilai kesehatan dan akses ke administrasi. Pencapaian ini menimbulkan kesulitan yang berbeda, misalnya munculnya kelompok *"missing middle".* Istilah ini mengacu pada lebih sedikit individu yang mendaftar untuk UHC dengan kuintil kelimpahan Q2-Q3 dari pada individu dikuintil lainnya, dan inklusi UHC yang rendah yaitu anak-anak sejak lahir hingga dewasa 4 tahun (Agustina *et al.,* 2018).

Universal Coverage (cakupan semesta) adalah suatu sistem kesehatan yang bertujuan agar masyarakat memperoleh akses pelayanan kesehatan yang baik sesuai kebutuhan dengan biaya yang terjakau, antara lain pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif (Siswanto, 2010). Cakupan ini terbagi atas dua elemen yakni akses pelayanan kesehatan yang adil dan bermutu serta memiliki perlindungan risiko finansial (WHO, 2005). Berdasarkan sistem pembiayaan, ini dibedakan menjadi tiga kategori, yakni pembayaran tunggal (*single payer*), pembayaran ganda (*two-tier, dual health care system*), dan sistem mandat asuransi (Murti Bhisma, 2011).

Sistem kesehatan di Indonesia didorong oleh subsidi pemerintah dari pemerintah pusat dan legislatif di sekitarnya. Rencana belanja dari pemerintah pusat diarahkan melalui DAU, DAK, DAK nonaktual, dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Rencana belanja dari pemerintah daerah adalah sebagai bantuan untuk program pusat serta dalam rangka mendukung program kemajuan provinsi itu sendiri. Pengawas sistem pembiayaan di Indonesia, khususnya Kementerian Kesehatan sebagai pengontrol, menyaring serta menilai pelaksanaan sistem kesehatan. Sementara itu, kantor pengumpul dan penyalur premi melalui kapitasi dan INA CBG'S ialah BPJS (Dewi, 2017).

Masalah yang muncul dari dukungan kesehatan mengingat tidak adanya dana dan peningkatan cadangan. Ketiadaan dana terjadi karena kegagalan dalam mendukung administrasi dan beberapa bagian dana yang tidak dapat diterima. Sementara itu, peningkatan cadangan terjadi karena pola perluasan inovasi klinis sebagai temuan (proof based) yang mendorong *cost outcome*, serta tren *suppy induce demand* (Trisnantoro L, 2014). Selain hal tersebut, kuatnya dukungan dari sistem pembebanan biaya, dan tidak adanya sumber pengeluaran dana dan administrasi itu

sendiri. (*poor management of sesources and services*) (Depkes, 2009).

DAFTAR PUSTAKA

Departemen Kesehatan RI. 2009. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta.

Kemenkes RI. 2016. Profil Kesehatan Indonesia 2015. Jakarta.

World Health Organization. 2008. *Health Systems Financing*.

ID Kesehatan. 2007. Bab V Subsistem PembiayaanKesehatan.(Online) diakses dari http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/799/9/GSKN-BAB5-SUBSUSPBIAYAANKES.pdf

Rajan, D., H. Barroy, and K. Stenberg. (2016). *Strategizing National Health in the 21st Century: A Handbook. World Health Organization.*

Gottret, P., & Schieber, G. 2006. *Health Financing Revisited: A Practitioner's Guide. The World Bank.*

JDIH BPKRI. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.

DJPK. 2013. Pelengkap Buku Pegangan Penyelenggaraan Pemerintahan dan Pembangunan Daerah

Lubis AA. Ekonomi kesehatan. Medan: USU Press. 2009.

Azwar, Azrul. 1996. Pengantar ilmu kesehatan masyarakat. FKUI, Jakarta, Indonesia.

Rannan-Eliya, R. P. 2009. *Strengthening Health Financing in Partner Developing Countries. Task Force on Global Action for Health System Strengthening, Editor (2009) Global Action For Health System Strengthening. Tokyo: Japan Center for International Exchange*, 59-90.

Organization, W. H. 2014. WHO Global Health Expenditure Atlas. September 2014. WHO Global Health Expenditure Atlas. Switzerland2014.

Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J. 2017. The Republic of Indonesia Health System Review.

Pinto, R., Masaki, E., & Harimurti, P. 2016. Indonesia Health Financing System Assessment: Spend More, Spend Right, Spend Better: World Bank.

Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K., Achadi, E., Taher, A., . . . Shankar, A. 2018. Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges. Lancet (London, England).

Tandon, A., Cain, J., Kurowski, C., Dozol, A., & Postolovska, I. 2020. From Slippery Slopes to Steep Hills: Contrasting Landscapes of Economic Growth and Public Spending For Health. Social Science & medicine, 259, 113171.

Siswanto. 2010. Trade-off Analysis in Indonesian Health Services System Report. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kemkes RI. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. Vol 13 No 2.

WHO. 2005. Achieving universal health coverage: Developing the health financing system. Technical brief for policy-makers. World Health Organization, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy. Number 1.

Murti Bhisma. 2011. Asuransi Kesehatan Berpola Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat di Era Desentralisasi Menuju Cakupan Semesta. Institute of Health Economic and Policy Studies (IHEPS). Universitas Sebelas Maret.

Dewi, Shita. 2013. Sistem Pembiayaan dan Kebijakan Pengendalian Biaya. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia UGM, Vol. 02, No. 2.

Setyawan Budi. 2018. Health Financing System. Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang. Vol 2 No 4.

Dewi Shita. 2017. Pemanfaatan Pembiayaan dalam Sistem Kesehatan di Indonesia. Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia. Vol 06 No 03.

Trisnantoro L. 2014. Trend Pembiayaan Kesehatan di Berbagai Negara. Modul Magister Manajemen RS UGM. Yogyakarta.

BIODATA PENULIS

Sulistyani Prabu Aji
Peneliti di Pusat Kedokteran Tropis UGM

Penulis adalah Peneliti di Pusat Kedokteran Tropis Universitas Gadjah Mada (UGM). Penulis merupakan lulusan S2 Kedokteran Keluarga UNS pada tahun 2015 dan saat ini penulis merupakan mahasiswa beasiswa S3 Prodi Penyuluh Pembangunan peminatan Promosi Kesehatan di Universitas Sebelas Maret (UNS).

Selain Kuliah, Penulis juga aktif mengisi kegiatan ilmiah sebagai pembicara maupun moderator. Mengisi berbagai pelatihan yang berlisensi dalam beberapa bidang ilmu khususnya kesehatan . Penulis adalah Pendiri sekolah keluarga Komplementer yang diperuntukkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan terapi komplementer. Di tahun 2022 Penulis sudah menulis 31 BookChapter dan memperoleh 18 Hak Cipta.

Karena kesempurnaan hanya milik Sang Maha Pencipta, maka penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun lewat email : prabuajisulistyani@gmail.com

BIODATA PENULIS

Astik Umiyah
Dosen Jurusan Kebidanan

Penulis lahir di Gresik (Pulau Bawean) tanggal 14 April 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ibrahimy. Menyelesaikan pendidikan D3 di Prodi D3 Kebidanan UNIPDU Jombang dan D4 di Stikes Insan Unggul Surabaya dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Peminatan Ibu dan Anak di Airlangga Surabaya (UNAIR). Penulis menekuni bidang Menulis. Saat ini penulis konsentrasi pada ilmu Kesehatan ibu dan anak. Penulis telah menerbitkan buku dan modul untuk para mahasiswa kebidanan. Penulis sudah melakukan publikasi sejak 2014 sampai sekarang, dan beberapa HKI yang sudah terbit.

BIODATA PENULIS

Eka Supriyanti, SST., M.Kes.
Dosen Prodi D3 Kebidanan STIKes Maharani

Lahir di Malang, 9 Juni 1987. Telah menempuh pendidikan DIV Kebidanan di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Kadiri dan lulus tahun 2009, serta melanjutkan pendidikan S2 pada tahun 2014 dengan peminatan Kesehatan Reproduksi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Respati Indonesia dan lulus tahun 2016. Bekerja sebagai dosen tetap Prodi D3 Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maharani Malang mulai tahun 2009 sampai dengan saat ini. Pernah menduduki jabatan stuktural sebagai Sekretaris Prodi D3 Kebidanan, Plt. Ka.Prodi D3 Kebidanan, Ka. Unit Kerjasama, Ka. Bagian Kemahasiswaan dan Alumni, serta saat ini sedang menjabat Ka. GKM Prodi D3 Kebidanan. Sebagai dosen pengampu mata kuliah Fisiologi, Kebutuhan Dasar Manusia, Ketrampilan Dasar Klinik Kebidanan, Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan, Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Prasekolah, Kesehatan Masyarakat, serta Mutu Pelayanan Kebidanan. Jabatan fungsional saat ini adalah Asisten Ahli.

BIODATA PENULIS

Arsulfa, S.Si.T, M.keb
Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari

Penulis lahir di Ujung Pandang pada tanggal 1 Januari 1974. Penulis merupakan dosen tetap di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kendari Jurusan Kebidanan. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Kebidanan Universitas Padjadjaran.

BIODATA PENULIS

Teta Puji Rahayu, SST., M.Keb.
Dosen Program Studi Kebidanan Magetan Jurusan Kebidanan
Poltekkes Kemenkes Surabaya

Penulis lahir di Jombang tanggal 22 Februari 1980. Penulis adalah dosen pada Program Studi Kebidanan Magetan Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Surabaya. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan pada Akademi Kebidanan Yayasan RSI Surabaya lulus tahun 2001, melanjutkan Program Studi D4 Bidan Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung lulus tahun 2003, dan melanjutkan S2 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjadjaran Bandung lulus tahun 2011.

Buku yang pernah ditulis antara lain: Modul Ajar Kebidanan Komunitas 1, Modul Ajar Kebidanan Komunitas 2, Modul Ajar Askeb Nifas dan Menyusui, Modul Ajar Gizi Ibu dan Anak 1, Modul Praktikum Kebidanan Komunitas, Modul Ajar dan Modul Praktikum Kesehatan Reproduksi dan KB, Modul pelatihan satgas destanasif (desa tangguh bencana komprehensif): implementasi pengabdian kepada masyarakat PPDS: pendampingan masyarakat rentan bencana alam dan bencana non alam (Covid 19) melalui *disaster mitigation and training*: pendekatan *interprofessional collaboration/ interprofessional education* serta Panduan Metode Pembelajaran SCL.

Penulis memiliki ketertarikan di bidang kebidanan dan aktif sebagai peneliti dan menulis artikel jurnal ilmiah bidang kebidanan. Penulis juga sebagai Anggota IBI Cabang Kabupaten Magetan. Penulis berkeinginan mengembangkan Ilmu Kebidanan

melalui beberapa Buku yang ditulis. Semoga bermanfaat bagi pembaca baik mahasiswa maupun Dosen Kebidanan serta masyarakat umum.

BIODATA PENULIS

Diana Noor Fatmawati, SST., M.Kes.
Dosen Program Studi Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maharani

Penulis lahir di Lumajang tanggal 14 Maret 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Maharani mulai tahun 2008 sampai dengan sekarang. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di STIKes Widyagama Husada Malang lulus tahun 2006, kemudian melanjutkan pada jenjang D4 Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dan lulus tahun 2008 dan melanjutkan pendidikan di S2 Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Ibu dan Anak Universitas Diponegoro Semarang.

BIODATA PENULIS

Evi Dwi Prastiwi, SST., M.Kes.
Dosen Program Studi D3 Kebidanan STIKes Maharani

Penulis lahir di Sidoarjo tanggal 1 April 1987. Penulis adalah Dosen Tetap pada Program Studi D3 Kebidanan STIKes Maharani sejak 2019 sampai sekarang. Penulis menyelesaikan pendidikan D3 dan D4 Kebidanan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat Peminatan Kesehatan Reproduksi di Universitas Respati Jakarta. Penulis juga sebagai Dosen Pengajar Mata Kuliah Kesehatan Masyarakat di Program Studi D3 Kebidanan.

BIODATA PENULIS

Ummi Kaltsum S. Saleh
Poltekkes Kemenkes Kupang

Dosen di Jurusan DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Kupang. Menyelesaikan Pendidikan Magister Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung tahun 2017. Beberapa karya buku diharapkan dapat membantu mahasiswa kebidanan diantaranya buku Kursi Persalinan – Teknologi Tepat Guna Dalam Kebidanan (2018), Buku Panduan Praktik Asuhan Kebidanan Kehamilan (2018), Buku Asuhan Kebidanan Kehamilan (2021), Buku Kebutuhan Dasar Manusia (2022), Buku Konsep Kebidanan (2022), Buku Ajar Remaja (2022) dan lain lain. Penulis juga aktif meneliti tentang kesehatan Ibu dan Anak serta kesehatan reproduksi remaja yang dipublikasikan pada jurnal nasional dan internasional. Selain itu penulis merupakan pemilik HAKI Kursi Persalinan BC-MK15 Tipe T1 (2021). Penulis dapat dihubungi di +628113841384 dan email: ummikaltsum13@gmail.com.

BIODATA PENULIS

Rika Resmana, SKM., MKes.
Dosen Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Bandung

Penulis lahir di Bandung Jawa Barat pada tanggal 27 April 1970. Riwayat pendidikan, menyelesaikan pendidikan D3 Gizi pada Akademi Gizi Departemen Kesehatan Bandung pada tahun 1992 dan melanjutkan S1 dengan mengambil peminatan Biostatistik dan Kependudukan pada Universitas Dipenegoro Semarang pada tahun 2020. Penulis melanjutkan Pendidikan S2 dengan peminatan Epidemiologi pada Universitas Padjadjaran Bandung pada tahun 2007. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kementrian Kesehatan Bandung.

BIODATA PENULIS

Sri Hernawati Sirait, S.Kep, Ns, M.Kes
Dosen Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes Medan

Penulis lahir di Sei Rampah tanggal 01 Januari 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes Medan. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta dan melanjutkan S2 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Sumatera Utara Medan pada peminatan Kesehatan Reproduksi. Menjadi staf Pengajar di Prodi Kebidanan Pematangsiantar Poltekkes Kemenkes Medan dari tahun 2001 sampai sekarang.

BIODATA PENULIS

Parmiana Bangun, SST, M.Keb
Dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Medan Prodi Kebidanan Pematangsiantar

Penulis lahir di Belawan tanggal 01 Agustus 1983. Penulis adalah dosen tetap di Poltekkes Kemenkes Medan Prodi Kebidanan Pematangsiantar. Menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik di Universitas Sumatera Utara (USU) Lulus Tahun 2007, setelah melanjutkan S2 Magister Kebidanan di Universitas Padjajaran Bandung (UNPAD) Lulus Tahun 2018.

Penulis mengampu mata kuliah KIE HIV/AIDS dan PIMS dalam Pelayanan Kebidanan, Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi dan Balita, Asuhan Kebidanan Paska Bersalin dan Menyusui, Asuhan Kebidanan Kehamilan dan Kewirausahaan.

BIODATA PENULIS

Agnis Sabat Kristiana, SST., M.Kes.
Dosen Prodi D3 Kebidanan STIKes Maharani Malang

Penulis lahir di Jember tanggal 14 September 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Prodi D3 Kebidanan, STIKes Maharani. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di Akademi Kebidanan Griya Husada Surabaya, D4 Jurusan Bidan Pendidik di Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dan melanjutkan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Semarang. Penulis sebagai dosen mata kuliah Asuhan Kebidanan Komunitas, Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Reproduksi dan Keluarga Berencana.

BIODATA PENULIS

Nurrasyidah, S.ST., M.Keb.
Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bustanul 'Ulum Langsa-Aceh

Penulis lahir di Kuala Simpang-Aceh Tamiang tanggal 18 September 1987. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Diploma III Kebidanan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bustanul 'Ulum Langsa-Aceh. Menyelesaikan pendidikan DIV Bidan Pendidik pada Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Aceh dan melanjutkan S2 Kebidanan pada Universitas Padjadjaran. Penulis aktif dalam melakukan penelitian di bidang kebidanan khususnya Keluarga Berencana dan pernah memperoleh Hibah dari BKKBN Pusat juga Hibah dari Kemenristek-BRIN. Saat ini penulis menjadi salah satu *Reviewer* Program Praktisi Mengajar-Merdeka Belajar Kampus Merdeka.