



**FK
UNDIP**

BUKU AJAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT



oleh:

**Dra. Ani Margawati, M.Kes, PhD
Rachma Purwanti, SKM, M.Gizi**

Sumber: canva.com

editor:

Annisa Hananingtyas, S.Gz

BUKU AJAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Disusun oleh:

**Dra. Ani Margawati, M.Kes, PhD
Rachma Purwanti, SKM, M.Gizi**

Editor:

Annisa Hananingtyas, S.Gz



**UNDIP PRESS
SEMARANG
2022**

BUKU AJAR
ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Disusun oleh:

Dra. Ani Margawati, M.Kes, PhD

Rachma Purwanti, SKM, M.Gizi

Editor:

Annisa Hananingtyas, S.Gz

Uk. 15,5cm x 23cm (xvi + 158 hlm)

ISBN : 978-979-097-956-7



diterbitkan oleh :

UNDIP PRESS
SEMARANG

Anggota APPTI 003.151.1.3.2022

Anggota IKAPI 246/Anggota Luar Biasa/JTE/2022

Revisi 0, Tahun 2022

Dicetak oleh:

UNDIP Press Semarang

Isi di luar tanggung jawab percetakan

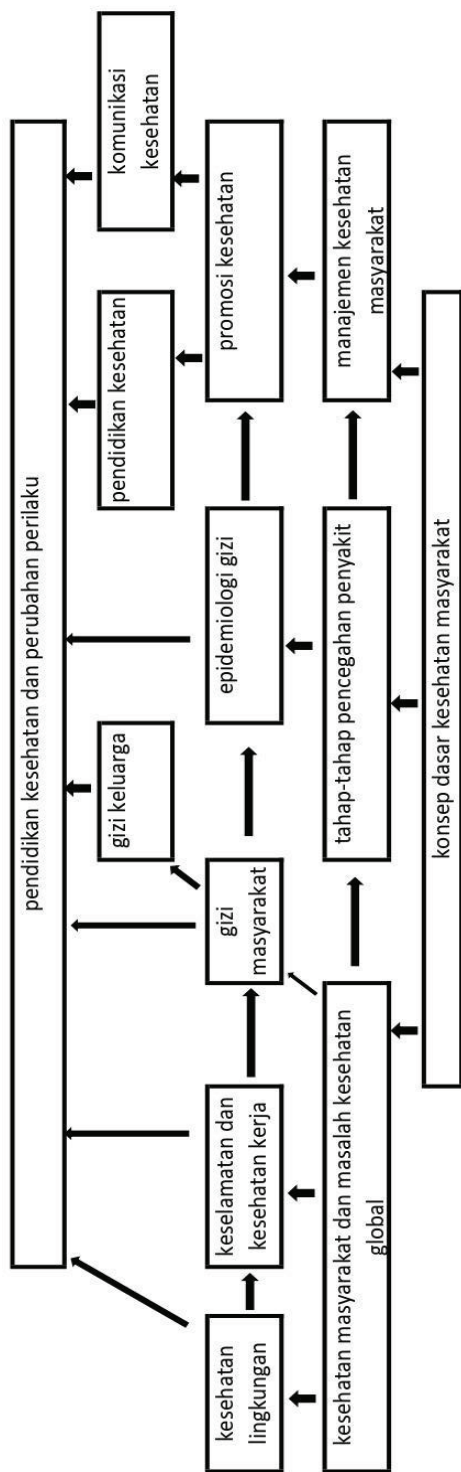
Hak Cipta dilindungi Undang-undang

Dilarang mencetak dan menerbitkan sebagian atau seluruh isi buku ini dengan cara dan bentuk apapun tanpa seijin penulis dan penerbit

PERSEMBAHAN

Buku ini kami dedikasikan untuk mahasiswa
Program Studi Ilmu Gizi,
Fakultas Kedokteran,
Universitas Diponegoro

ANALISIS PEMBELAJARAN



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur Penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT, karena atas berkat rahmat, taufik, dan hidayah-Nya maka penyusunan Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat ini dapat terselesaikan dengan baik bagi program studi S1 Ilmu Gizi Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Tujuan dari disusunnya buku ini yaitu agar pembaca lebih mudah mengerti serta mempelajari ilmu Kesehatan masyarakat.

Literatur yang membahas mengenai Ilmu Kesehatan Masyarakat telah banyak ditulis. Namun, buku ajar yang dengan mengacu Rencana Pembelajaran Semester (RPS) masih terbatas. Maka dari itu, buku ajar ini diharapkan dapat memperkaya bahan bacaan tentang Ilmu Kesehatan Masyarakat, khususnya bagi mahasiswa dan praktisi di bidang gizi. Buku ajar ini disajikan dengan mengikuti standard penulisan menurut program Pelatihan Keterampilan Dasar Teknik Instruksional, *Appllied Approach*, dan pelatihan Buku Ajar (PEKERTI-AA-BUKU AJAR).

Penulis menyampaikan terima kasih kepada seluruh staf dosen Departemen Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro yang telah memberikan kepercayaan serta kesempatan kepada Penulis untuk menyusun buku ajar ini. Penulis juga mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu baik langsung maupun tidak langsung demi menyelesaikan penulisan buku ajar ini.

Penyempurnaan secara periodik akan tetap kami lakukan. Maka dari itu, penulis sangat menerima kritik dan saran yang bersifat membangun untuk penyempurnaan buku ajar sehingga buku ajar ini akan lebih baik kedepannya. Semoga buku ajar ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa dan kalangan pembaca lebih luas terutama mereka yang membutuhkan.

Penulis

Email: animargawati@gmail.com

DAFTAR ISI

PERSEMBAHAN.....	iv
ANALISIS PEMBELAJARAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR TABEL.....	ix
DAFTAR GAMBAR	x
TINJAUAN MATA KULIAH.....	1
I. Deskripsi Singkat.....	1
II. Relevansi	1
III. Capaian Pembelajaran.....	2
1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK).....	2
2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)	2
3. Indikator.....	2
A. KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT.....	7
1. Pendahuluan.....	7
2. Penyajian.....	8
3. Penutup	17
Daftar Pustaka	19
Senarai.....	19
B. KESEHATAN MASYARAKAT DAN MASALAH KESEHATAN GLOBAL.....	20
1. Pendahuluan.....	20
2. Penyajian.....	21
3. Penutup	27
Daftar Pustaka	29
Senarai.....	30
C. TAHAP – TAHAP PENCEGAHAN PENYAKIT.....	31
1. Pendahuluan.....	31
2. Penyajian.....	32
3. Penutup	35
Daftar Pustaka	37
Senarai.....	37
D. MANAJEMEN KESEHATAN MASYARAKAT.....	38
1. Pendahuluan.....	38
2. Penyajian.....	39
3. Penutup	45

Daftar Pustaka	46
Senarai.....	47
E. KESEHATAN LINGKUNGAN.....	48
1. Pendahuluan.....	48
2. Penyajian.....	49
3. Penutup	55
Daftar Pustaka	56
Senarai.....	56
F. KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA	57
1. Pendahuluan.....	57
2. Penyajian.....	58
3. Penutup	61
Daftar Pustaka	63
Senarai.....	63
G. GIZI MASYARAKAT	64
1. Pendahuluan.....	64
2. Penyajian.....	65
3. Penutup	74
Daftar Pustaka	75
Senarai.....	76
H. EPIDEMIOLOGI GIZI.....	77
1. Pendahuluan.....	77
2. Penyajian.....	78
3. Penutup	86
Daftar Pustaka	87
Senarai.....	87
I. PERANAN PEMASARAN SOSIAL DALAM KESEHATAN MASYARAKAT	88
1. Pendahuluan.....	88
2. Penyajian.....	89
3. Penutup	96
Daftar Pustaka	97
Senarai.....	98
J. GIZI KELUARGA.....	99
1. Pendahuluan.....	99
2. Penyajian.....	100
3. Penutup	112
Daftar Pustaka	113

Senarai.....	114
K. PENDIDIKAN KESEHATAN.....	115
1. Pendahuluan.....	115
2. Penyajian.....	116
3. Penutup	121
Daftar Pustaka.....	123
Senarai.....	123
L. PROMOSI KESEHATAN.....	124
1. Pendahuluan.....	124
2. Penyajian.....	125
3. Penutup	129
Daftar Pustaka.....	131
Senarai.....	131
M. KOMUNIKASI KESEHATAN.....	132
1. Pendahuluan.....	132
2. Penyajian.....	133
3. Penutup	137
Daftar Pustaka.....	139
Senarai.....	139
N. PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PERUBAHAN PERILAKU	140
1. Pendahuluan.....	140
2. Penyajian.....	141
3. Penutup	148
Daftar Pustaka.....	149
Senarai.....	150
INDEX	151
BIOGRAFI PENULIS	154

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Contoh penentuan prioritas masalah.....	41
Tabel 2. Reaksi Terhadap Kebisingan	54
Tabel 3. Tujuan Epidemiologi	78
Tabel 4. Perbedaan Pemasaran Komersial dan Sosial dari Aspek 4P+1C.....	93
Tabel 5. Estimasi Kebutuhan Energi Bayi (0-12 Bulan)	105
Tabel 6. Estimasi Kebutuhan Protein Bayi Berdasarkan Berat Badan	105
Tabel 7. Tabel Angka Kecukupan Gizi Lansia.....	107
Tabel 8. Strategi Promosi Kesehatan.....	127
Tabel 9. Sasaran Promosi Kesehatan Menurut Tatanan	129
Tabel 10. Memilih Perilaku Sasaran.....	146

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Perbedaan Kedokteran dan Kesehatan	9
Gambar 2. Sekumpulan Masyarakat di Posyandu	9
Gambar 3. 5 Level Pencegahan Penyakit.....	32
Gambar 4. Tingkatan Pencegahan Penyakit (Leavell-Clark).....	32
Gambar 5. Contoh Upaya Promosi Kesehatan.....	33
Gambar 6. Fungsi Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat	39
Gambar 7. Problem Solving Cycle	40
Gambar 8. Parameter Prioritas Masalah dengan Teknik Skoring.....	41
Gambar 9. Teknik Non-Skoring	42
Gambar 10. Contoh Penetapan Tujuan	42
Gambar 11. Sistem Pelayanan Kesehatan Masyarakat	43
Gambar 12. Mekanisme Penularan Penyakit	49
Gambar 13. Upaya Pencegahan Pencemaran Udara.....	50
Gambar 14. Penggolongan Makanan Berdasarkan Kerentanan Pembusukan	50
Gambar 15. Pengendalian Binatang Pengerat.....	52
Gambar 16. Kriteria Rumah Sehat Sederhana (RSS) di Indonesia.....	53
Gambar 17. Batas Kebisingan Komunitas	53
Gambar 18. Pengendalian Kebisingan	54
Gambar 19. Pembagian Ilmu Gizi	66
Gambar 20. Pengenalan Masalah Gizi Masyarakat	69
Gambar 21. Masalah Gizi Berdasarkan Siklus Kehidupan.....	70
Gambar 22. Determinan dan Dampak Kurang Gizi pada Siklus Hidup	71
Gambar 23. Bagan Penyebab Masalah Gizi.....	71
Gambar 24. Pelayanan Gizi Terintegrasi di Puskesmas	72
Gambar 25. Kerangka Strategi Perbaikan Gizi Masyarakat Sejak Masa Pra Konsepsi Sampai Usia Balita.....	72
Gambar 26. Intervensi Bidang Agrikultur pada Permasalahan Gizi.....	73
Gambar 27. Segitiga Epidemiologi.....	79
Gambar 28. Riwayat Alamiah Penyakit.....	79
Gambar 29. Studi Epidemiologi	80
Gambar 30. Metode - Metode Epidemiologi	81

Gambar 31. Pengukuran Epidemiologi.....	81
Gambar 32. Hubungan Antara Prevalensi, Insidensi dan Durasi Penyakit.....	82
Gambar 33. Perbandingan Insiden Kanker Kolon Tahun 2018 di Berbagai Wilayah Dunia ..	82
Gambar 34. Validitas dan Reliabilitas dalam Epidemiologi.....	83
Gambar 35. Variabel Perancu.....	84
Gambar 36. Fokus Promosi Kesehatan.....	89
Gambar 37. Sub Bidang Keilmuan Promosi Kesehatan	89
Gambar 38. Hubungan Variabel - Variabel Pemasaran Sosial.....	91
Gambar 39. Contoh Keberhasilan Pemasaran Sosial (1)	94
Gambar 40. Contoh Keberhasilan Pemasaran Sosial (2)	94
Gambar 41. Kunci Pemasaran Healthy Food di Retail Grocery Store.....	95
Gambar 42. Visi dan Misi Presiden Menjadi Program Indonesia Sehat.....	100
Gambar 43. 12 Indikator Keluarga Sehat.....	100
Gambar 44. Hasil Pendataan Keluarga Sehat dengan Aplikasi Keluarga Sehat.....	101
Gambar 45. Klasifikasi Keluarga Sehat.....	102
Gambar 46. Mekanisme Interaksi Puskesmas-Keluarga-UKBM	102
Gambar 47. Pendekatan Siklus Hidup untuk Mencapai Keluarga Sehat.....	103
Gambar 48. Angka Kecukupan Gizi Ibu Hamil.....	104
Gambar 49. Angka Kecukupan Gizi Bayi dan Balita (1)	105
Gambar 50. Angka Kecukupan Gizi Bayi dan Balita (2)	106
Gambar 51. Angka Kecukupan Gizi Ibu Menyusui.....	106
Gambar 52. Angka Kecukupan Gizi Lansia	107
Gambar 53. Sasaran Kegiatan KADARZI.....	108
Gambar 54. Penilaian Indikator KADARZI Berdasarkan Karakteristik Keluarga.....	110
Gambar 55. Indikator dan Definisi Operasional KADARZI	111
Gambar 56. Strategi Promosi KADARZI	112
Gambar 57. Contoh Berita Permasalahan Pendidikan Kesehatan	116
Gambar 58. Tujuan Pendidikan Kesehatan Berdasarkan WHO 1945 (dalam Notoatmodjo 1997)	117
Gambar 59. Sasaran Pendidikan Kesehatan.....	117
Gambar 60. Rangkuman Pendidikan Kesehatan.....	118
Gambar 61. Model dari Promosi Kesehatan	126
Gambar 62. Sasaran Promosi Kesehatan	128
Gambar 63. Model Komunikasi: Pengirim.....	133

Gambar 64. Model Komunikasi: Penerima	133
Gambar 65. Komunikasi: Model yang disederhanakan	134
Gambar 66. Tingkatan Komunikasi	134
Gambar 67. Prinsip Komunikasi	135
Gambar 68. Unsur - Unsur Komunikasi	135
Gambar 69. Teori Manipulasi Informasi	136
Gambar 70. Kompetensi Komunikasi	136
Gambar 71. Bagan Respon Perilaku	141
Gambar 72. Ilmu - Ilmu Dasar Perilaku	142
Gambar 73. Domain Perilaku Menurut Bloom	142
Gambar 74. Bagan Promosi Kesehatan dan Perilaku	144
Gambar 75. Hubungan Promosi Kesehatan dengan Determinan Perilaku	145
Gambar 76. Mencari Penyebab Perilaku Sehat	147

TINJAUAN MATA KULIAH

I. Deskripsi Singkat

Kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha – usaha pengorganisasian masyarakat. Kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multi disipliner dan prakteknya memiliki bentangan yang luas. Kegiatan baik langsung maupun tidak untuk mencegah penyakit (preventif), meningkatkan kesehatan (promotive), terapi (kuratif) dan pemulihan (rehabilitative) merupakan upaya kesehatan masyarakat.

Ilmu Kesehatan Masyarakat pada hakikatnya merupakan mata kuliah sebagai upaya pembelajaran kepada mahasiswa semester I S1 Ilmu Gizi FK Undip yang berisi pengenalan konsep – konsep dalam pengembangan kesehatan masyarakat dan kaitannya dengan gizi. Pengetahuan ilmu kesehatan masyarakat menjadi suatu pengetahuan yang penting bagi mahasiswa sebagai bekal dalam menjadi profesi lulusan, bidang pekerjaan dan karir lanjutan terutama dalam lingkup gizi masyarakat.

Mata kuliah Ilmu Kesehatan Masyarakat memiliki 14 pokok bahasan dimana 14 pokok bahasan yang diterangkan pada buku ajar ini yaitu: Konsep Dasar Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Masyarakat dan Masalah Kesehatan Global, Tahap – Tahap Pencegahan Penyakit, Manajemen Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Lingkungan, Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Gizi Masyarakat, Epidemiologi Gizi, Peranan Pemasaran Sosial dalam Kesehatan Masyarakat, Gizi Keluarga, Pendidikan Kesehatan, Promosi Kesehatan serta Pendidikan Kesehatan dan Perubahan Perilaku.

II. Relevansi

. Mata kuliah Ilmu Kesehatan Masyarakat ini sangat bermanfaat untuk mahasiswa khususnya dalam menambah pengetahuan terkait aspek kesehatan masyarakat dalam gizi. Diharapkan setelah mengikuti perkuliahan Ilmu Kesehatan Masyarakat, mahasiswa mampu berpikir analitis dalam mengidentifikasi masalah – masalah gizi yang ada di masyarakat. Mahasiswa diharapkan pada akhirnya mampu untuk menyusun perencanaan gizi di masyarakat.

III. Capaian Pembelajaran

1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Buku Ajar ini berisi tentang sosioantropologi terkait gizi yang terdiri dari 14 sub pokok bahasan pada Mata Kuliah Ilmu Kesehatan Masyarakat. Setelah mahasiswa menyelesaikan 14 sub pokok bahasan dalam buku ajar ini, diharapkan mahasiswa dapat mengerti dan memahami konsep dasar kesehatan masyarakat, masalah kesehatan masyarakat dan global, tahap pencegahan penyakit, kesehatan lingkungan, kesehatan kerja, kesehatan masyarakat kaitannya dengan gizi, peran sosial dalam kesehatan masyarakat, pendidikan kesehatan, promosi kesehatan dan perubahan perilaku

2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah 14 sub pokok bahasan dalam mata kuliah Sosioantropologi Gizi selesai, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Mengerti, memahami dan menjelaskan kesehatan masyarakat
- b. Mengerti dan memahami mengenai tahap pencegahan penyakit
- c. Mengerti, memahami dan menjelaskan kesehatan lingkungan dan kesehatan kerja
- d. Mengerti dan memahami kesehatan masyarakat kaitannya dengan gizi
- e. Menerti dan memahami peran pemasaran sosial dalam kesehatan masyarakat
- f. Mengerti, memahami dan menjelaskan pendidikan, promosi, dan komunikasi kesehatan
- g. Memahami dan menjelaskan pendidikan kesehatan dan perubahan perilaku

3. Indikator

- 3.1. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali serta menerapkan **konsep dasar kesehatan masyarakat** diukur dengan kemampuannya dalam:
 - a) Memahami dan menjelaskan pengertian kesehatan masyarakat.
 - b) Memahami dan menyebutkan lingkup kesehatan masyarakat
 - c) Memahami dan menjelaskan sejarah kesehatan masyarakat
 - d) Memahami dan menjelaskan konsep sehat sakit
- 3.2. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali serta menerapkan **kesehatan masyarakat dalam masalah kesehatan global** diukur dengan kemampuannya dalam:

- a) Memahami dan menjelaskan pengertian masalah kesehatan masyarakat.
 - b) Memahami dan menyebutkan contoh – contoh masalah kesehatan masyarakat secara global.
- 3.3. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali serta menerapkan **tahap – tahap pencegahan penyakit** diukur dengan kemampuannya dalam:
- a) Memahami dan menyebutkan tahapan pencegahan penyakit
 - b) Memahami dan menjelaskan upaya – upaya kesehatan masyarakat
- 3.4. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali serta menerapkan **manajemen kesehatan masyarakat** diukur dengan kemampuannya dalam:
- a) Memahami dan menjelaskan definisi manajemen
 - b) Memahami dan menjelaskan fungsi manajemen pelayanan kesehatan
- 3.5. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali serta menerapkan **kesehatan lingkungan** diukur dengan kemampuannya dalam:
- a) Memahami dan menjelaskan pengertian ilmu kesehatan lingkungan
 - b) Memahami dan menjelaskan berbagai macam kesehatan lingkungan
- 3.6. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali serta menerapkan **keselamatan dan kesehatan kerja** dengan kemampuannya dalam:
- a) Memahami dan menjelaskan pengertian kesehatan dan keselamatan kerja (K3)
 - b) Memahami dan menyebutkan dasar berlakunya K3 di Indonesia
 - c) Memahami dan menjelaskan efek kesehatan dan keselamatan bagi perusahaan
 - d) Memahami dan menjelaskan usaha – usaha keselamatan kerja
 - e) Memahami dan menjelaskan Kekerasan dalam Lingkungan Kerja dan Tindakan Pencegahan
 - f) Memahami dan menyebutkan program keselamatan kerja
- 3.7. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali serta menerapkan **gizi masyarakat** diukur dengan kemampuannya dalam:
- a) Memahami dan menjelaskan pengertian gizi masyarakat.
 - b) Memahami dan menjelaskan masalah gizi yang terjadi di masyarakat
 - c) Memahami dan menjelaskan dampak dari masalah gizi masyarakat
 - d) Memahami dan menyebutkan penyebab dari masalah gizi masyarakat
 - e) Memahami dan menyebutkan kegiatan gizi masyarakat tahun 2019
- 3.8. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali serta menerapkan **epidemiologi gizi** diukur dengan kemampuannya dalam:
- a) Memahami dan menjelaskan pengertian epidemiologi

- b) Memahami dan menjelaskan mengenai studi epidemiologi
 - c) Memahami dan menjelaskan cara pengukuran epidemiologi
 - d) Memahami dan menjelaskan validitas reliabilitas dalam epidemiologi
 - e) Memahami dan menjelaskan mengenai epidemiologi gizi
- 3.9. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali **peranan pemasaran sosial dalam kesehatan masyarakat** diukur dengan kemampuannya dalam:
- a) Memahami dan menjelaskan mengenai promosi kesehatan
 - b) Memahami dan menjelaskan mengenai pemasaran dalam kesehatan masyarakat
 - c) Memahami dan menyebutkan contoh pemasaran sosial yang sukses dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat
- 3.10. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali serta menerapkan **gizi keluarga** diukur dengan kemampuannya dalam:
- a) Memahami dan menjelaskan Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga
 - b) Memahami dan menjelaskan pendekatan siklus hidup untuk mencapai keluarga sehat
 - c) Memahami dan menjelaskan mengenai keluarga sadar gizi
- 3.11. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali serta menerapkan **Pendidikan kesehatan** diukur dengan kemampuannya dalam:
- a) Memahami dan menjelaskan pengertian pendidikan kesehatan
 - b) Memahami dan menjelaskan konsep pendidikan kesehatan
 - c) Memahami dan menjelaskan upaya pendidikan kesehatan
 - d) Memahami dan menjelaskan peran pendidikan kesehatan dalam kesehatan masyarakat
- 3.12. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali **promosi kesehatan** diukur dengan kemampuannya dalam:
- a) Memahami dan menjelaskan pengertian promosi kesehatan.
 - b) Memahami dan menjelaskan strategi promosi kesehatan
 - c) Memahami dan menjelaskan sasaran promosi kesehatan
- 3.13. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali serta menerapkan **komunikasi kesehatan** diukur dengan kemampuannya dalam:
- a) Memahami dan menjelaskan pengertian komunikasi.
 - b) Memahami dan menjelaskan teori komunikasi
 - c) Memahami dan menyebutkan prinsip komunikasi

- d) Memahami dan menjelaskan perubahan sikap sebagai dampak komunikasi kesehatan

3.14. Kemampuan mahasiswa dalam menjelaskan kembali serta menerapkan **Pendidikan**

kesehatan dan perubahan perilaku diukur dengan kemampuannya dalam:

- a) Memahami dan menjelaskan pengertian perilaku dan perilaku kesehatan
- b) Memahami dan menjelaskan aspek – aspek dalam antropologi gizi
- c) Memahami dan menjelaskan determinan perilaku kesehatan
- d) Memahami dan menjelaskan tahap – tahap perubahan perilaku
- e) Memahami dan menjelaskan promosi kesehatan dan perilaku

A. KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Kesehatan masyarakat merupakan ilmu atau seni yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang umur, dan meningkatkan efisiensi hidup masyarakat melalui upaya kelompok-kelompok masyarakat yang terkoordinasi. Kesehatan masyarakat adalah kesehatan komunitas. Telah dikatakan bahwa: "Perawatan kesehatan sangat penting bagi kita semua pada beberapa waktu, tetapi kesehatan masyarakat sangat penting bagi kita semua sepanjang waktu.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan kepada mahasiswa tentang apa itu ilmu kesehatan masyarakat, lingkup kesehatan masyarakat, sejarah kesehatan masyarakat dan definisi sehat sakit.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti kesehatan masyarakat dan sejarah kesehatan masyarakat berkembang di Indonesia dan dunia

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah sub pokok bahasan Konsep Dasar Kesehatan Masyarakat selesai, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Memahami dan menjelaskan pengertian kesehatan masyarakat.
- b. Memahami dan menyebutkan lingkup kesehatan masyarakat
- c. Memahami dan menjelaskan sejarah kesehatan masyarakat
- d. Memahami dan menjelaskan konsep sehat sakit

1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan konsep tentang ilmu kesehatan masyarakat. Agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini, selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji pemahaman

dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya

2. Penyajian

2.1. Uraian

A. Definisi Kesehatan Masyarakat

Ilmu Public Health Menurut **Winslow (1920)** adalah ilmu atau seni yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang umur, dan meningkatkan efisiensi hidup masyarakat melalui upaya kelompok-kelompok masyarakat yang terkoordinasi, untuk:

- Perbaikan kesehatan lingkungan,
- Mencegah dan memberantas penyakit menular,
- Melakukan pendidikan kesehatan untuk masyarakat/perorangan,
- Serta pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan

Kesehatan masyarakat merupakan pendekatan kedokteran yang memperhatikan kesehatan komunitas secara keseluruhan. Kesehatan masyarakat adalah kesehatan komunitas. Telah dikatakan bahwa: "Perawatan kesehatan sangat penting bagi kita semua pada beberapa waktu, tetapi kesehatan masyarakat sangat penting bagi kita semua sepanjang waktu.

Misi kesehatan masyarakat adalah untuk "memenuhi kepentingan masyarakat dalam memastikan kondisi di mana orang bisa sehat." Tiga fungsi inti kesehatan masyarakat adalah:

- Pengkajian dan pemantauan kesehatan masyarakat dan populasi berisiko untuk mengidentifikasi masalah dan prioritas kesehatan;
- Perumusan kebijakan publik yang dirancang untuk memecahkan masalah dan prioritas kesehatan lokal dan nasional yang teridentifikasi;

- Untuk memastikan bahwa semua populasi memiliki akses ke perawatan yang tepat dan hemat biaya, termasuk promosi kesehatan dan layanan pencegahan penyakit, dan evaluasi efektivitas perawatan itu.



Gambar 1. Perbedaan Kedokteran dan Kesehatan
Sumber: google.com



Gambar 2. Sekumpulan Masyarakat di Posyandu

Sumber: google.com

B. Lingkup Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat menurut Winslow mencakup:

1. Sanitasi lingkungan
2. Pemberantasan penyakit
3. Pendidikan kesehatan (higiene)
4. Manajemen (pengorganisasian)
5. Pengembangan rekayasa sosial dalam rangka pemeliharaan kesehatan masyarakat

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

1. Epidemiologi
2. Biostatistik/statistik kesehatan
3. Kesehatan lingkungan
4. Pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku
5. Administrasi kesehatan masyarakat

6. Gizi masyarakat
7. Kesehatan kerja

Upaya - upaya yang dapat dikategorikan sebagai seni atau penerapan ilmu kesehatan masyarakat antara lain:

1. Pemberantasan penyakit, baik menular maupun tidak menular
2. Perbaikan sanitasi lingkungan
3. Perbaikan lingkungan pemukiman
4. Pemberantasan vektor
5. Pendidikan (penyuluhan) kesmas
6. Pelayanan kes ibu dan anak
7. Pembinaan gizi masyarakat
8. Pengawasan sanitasi tempat – tempat umum
9. Pengawasan obat dan minuman
10. Pembinaan peran serta masyarakat , dan sebagainya

Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (**IAKMI**) mendefinisikan IKM adalah ilmu dan seni untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat yg meliputi usaha2 peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, keluarga maupun perorangan serta penyehatan lingkungan hidupnya dalam bentuk fisik, biologis, sosio-ekonomis dan sosio- kultural dengan mengikut sertakan masyarakat. IKM pada hakekatnya adalah ilmu pengetahuan dan teknologi yang mempelajari masalah – masalah kesehatan dan segala faktor – faktor yang mempengaruhinya serta segala upaya atau cara – cara untuk mengatasinya dalam masyarakat

Prinsip – prinsip IKM yaitu:

- IKM menekankan pemikiran dan tindakan yang bersifat *promotive* dan *preventive* d/p *curative*
- IKM menekankan pada masyarakat atau kumpulan orang baik sehat maupun sakit atau yang bermasalah d/p kumpulan individu (perorangan) yang sakit saja (lain dengan bidang klinik –medik)
- Dalam IKM faktor lingkungan dianggap memegang peranan sangat penting
- IKM melihat upaya kesehatan sebagai upaya masyarakat yang terorganisasikan (*organized community efforts*)
- IKM menganggap masyarakat sebagai obyek dan subyek upaya kesehatan, sehingga masalah peran serta dan perilakunya menjadi sangat penting

- IKM menganggap masalah kesehatan sebagai masalah yang multi sektoral dan kait mengkait dengan permasalahan lainnya.

Azas – azas kesehatan masyarakat yaitu:

1. Azas **keilmuan dan teknologi** terapannya yg paling mutakhir
2. Azas **metodologis**, sistematis, rasional, empiris, terbuka dan universal
3. Azas **pengamatan** yang deskriptif, analitis, dan kalau perlu experimental utk memahami suatu mslh kes. yang harus ditanggulangnya
4. Azas **efektif dan efisien** serta berdaya guna dan berhasil guna yg maksimal dari sumberdaya yg pada umumnya tersedia terbatas
5. Azas yang **ipteknya dapat diterima** dan bahkan didukung oleh masyarakat di lingkungannya.

Wawasan kesehatan masyarakat yaitu:

1. **Ideologi dan konstitusi** dimana iptek IKM akan dikembangkan dan diterapkan.
2. **Nilai-nilai budaya**, kepercayaan, adat istiadat, kebiasaan, perilaku, di lingkungan masy dimana iptek IKM akan diterapkan
3. **Lingkungan ekologi** yang luas maupun lingkungan kesehatan yang bersifat fisik, biologik, ipolesosbud, kependudukan, perilaku
4. **Belajar dari sejarah** dan pengalaman nenek moyang peradaban secara universal
5. **Trend (kecenderungan)** yang sedang berjalan sekarang maupun yang sedang berkembang

Filsafat merupakan hak wajar dari setiap orang. Kesehatan hendaknya jangan hanya terpikirkan manakala keadaannya sudah menyimpang dari kondisi normal tadi. Slogan kebersihan pangkal kesehatan sama tuanya dengan budaya manusia dalam seni penyembuhan (*healing*). Seni penyembuhan dan pengobatan dianggap sebagai asal-mula bidang kedokteran, baik sebagai ilmu maupun sebagai institusi. Maksud dan tujuannya yaitu untuk mempelajari masalah-masalah kesehatan yang ada di masyarakat, mempelajari faktor-faktor yang berpengaruh pada masalah-masalah kesehatan tersebut, dengan memanfaatkan iptek dan segala kemampuan yang tersedia dalam masyarakat, berupaya dan berekayasa untuk menanggulangi masalah-masalah kesehatan tadi serta melalui metoda-metoda penelitian yang sistimatis berupaya untuk selalu mengembangkan ilmu ini sehingga dapat dipakai sebagai sarana yang efektif dan efisien untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

C. Sejarah Kesehatan Masyarakat

Dari ceritera Yunani **Asclepius dan Higea**, disebutkan Asclepius sebagai dokter yang tampan dan sudah dapat melakukan pembedahan berdasarkan prosedur – prosedur tertentu (*surgical procedure*) dengan baik. Higea asisten yang kemudian menjadi istrinya, juga melakukan upaya – upaya kesehatan. Tetapi berbeda dengan suaminya, Higea dalam penanganan kesehatannya dengan mengajarkan kepada pengikutnya pendekatan masalah kesehatan melalui hidup seimbang, sedangkan Asclepius melakukan pendekatan dengan mengobati setelah sakit. Dari cerita mitos tersebut akhirnya muncul dua aliran atau pendekatan dalam penanganan masalah-masalah kesehatan. Kelompok pertama cenderung menunggu terjadinya penyakit (setelah sakit) yang selanjutnya disebut pendekatan kuratif (pengobatan). Termasuk ini adalah praktisi – praktisi yang melakukan pengobatan baik fisik, psikis, mental maupun sosial. Sedangkan kelompok/aliran kedua cenderung melakukan upaya – upaya pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan (promosi) sebelum terjadinya penyakit.

Dalam perkembangan selanjutnya seolah timbul garis pemisah antara kedua kelompok profesi yakni pelayanan kesehatan kuratif (*curative health care*) dan pelayanan pencegahan atau preventif (*preventive health care*). Perbedaan kedua pendekatan :

- Pendekatan dilakukan secara individual, preventif sasarannya adalah masyarakat
- Cenderung bersifat reaktif, preventif proaktif
- Cenderung menangani pasien lebih kpd sistem biologis manusia terdiri dari kesehatan bio-psiko sosial, sedangkan preventif pendekatan holistik.

Pelayanan kedokteran:

1. Tenaga pelaksanaanya terutama adalah para dokter
2. Perhatian utamanya pada penyembuhan penyakit
3. Sasaran utamanya adalah perseorangan atau keluarga
4. Kurang memperhatikan efisiensi
5. Tidak boleh menarik perhatian karena bertentangan dengan etika kedokteran
6. Menjalankan fungsi perseorangan dan terikat dengan undang-undang
7. Penghasilan diperoleh dari imbal jasa
8. Bertanggung jawab hanya kepada penderita
9. Tidak dapat memonopoli upaya kesehatan dan bahkan mendapat saingan
10. Masalah administrasi amat sederhana

Pelayanan kesehatan masyarakat:

1. Tenaga pelaksana terutama ahli kesehatan masyarakat
2. Perhatian utamanya pada pencegahan penyakit

Perkembangan kesehatan masyarakat:

a. Periode sebelum Ilmu Pengetahuan

Dari kebudayaan Babylonia, Mesir, Yunani, Roma telah tercatat manusia melakukan usaha untuk penanggulangan masalah – masalah kesehatan masyarakat dan penyakit, telah terdapat dokumen tentang peraturan – peraturan tertulis tentang *drainase* (abad ke 7). Pada abad ke 14 terjadi wabah pes, penyakit menular lain tipus, disentri. Telah dilaporkan tetapi penanganan kesehatan masyarakat secara menyeluruh belum dilakukan.

b. Periode Ilmu Pengetahuan

Bangkit pada akhir abad 18 dan awal 19. Akhir Abad 19 dan awal 20 mulai dikembangkan pendidikan untuk tenaga kesehatan.

c. Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Pada tahun 1851 sekolah dokter Jawa didirikan oleh dr. Bosch dan dr. Bleeker di Indonesia (Stovia), sedangkan di Surabaya didirikan NIAS pada thn 1923. Pada tahun 1927 Stovia berubah menjadi Sekolah Kedokteran dan tahun 1947 menjadi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia. Usaha kesehatan masyarakat yang betul2 tertuju pada penduduk pribumi dimulai oleh Dr.J.L. Hydrich pada tahun 1924 ketika ia memulai pendidikan kesehatan masyarakat untuk daerah pedesaan di Pulau Jawa. Terlantar pada masa pendudukan Jepang dan hidup kembali dengan bantuan UNICEF (1950).

Pada tahun 1952 Di departemen Kesehatan dibentuk Direktorat Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan mulai 1956 dibentuk Usaha Kesehatan Sekolah (UKS). Pada tahun 1959, 12 November dicanangkan Program Pemberantasan Malaria yang selanjutnya disebut sebagai Hari Kesehatan Nasional. Undang-undang tentang pokok-pokok kesehatan dikeluarkan 1960, disusul oleh UU tentang Karantina Laut dan Udara, serta UU Wabah tahun 1962. Dalam Rapat Kerja Nasional I tahun 1968, konsep Puskesmas untuk pertama kali diperkenalkan, hampir bersamaan dengan itu dilancarkan program KB nasional.

Pada tanggal 24 April 1974 Indonesia diakui oleh dunia internasional sebagai negara bebas cacar. Konsep Puskesmas sejak thn 1976 diperluas jangkauan pelayanannya dengan mulai diperkenalkannya pembangunan masyarakat desa (PKMD). Tahun 1982 dikeluarkan konsep Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang

mencerminkan upaya bangsa Indonesia untuk meningkatkan kemampuan mencapai derajat kesehatan yang optimal sebagai perwujudan kesejahteraan seperti dimaksud dalam pembukaan UUD 1945. UU tentang Kesehatan tahun 1992 No.23 diterbitkan menggantikan UU tentang Pokok – Pokok Kesehatan No.9 Tahun 1960. Rumusan GBHN 1993 telah menggariskan PJP II diuraikan dalam Pelita VI Bidang Kesehatan

d. Kesehatan Dunia

Kemajuan pesat dalam ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran/kesehatan, serta kesadaran akan nilai – nilai kemanusiaan telah merintis dan melahirkan berbagai kegiatan internasional di bidang kesehatan. Pandemi sampar (pes) di abad 14 menyebabkan penguasa di pelabuhan – pelabuhan internasional di Venesia membuat aturan – aturan karantina (isolasi 40 hari) bagi kapal – kapal yang datang dari daerah terjangkit, tapi persetujuannya antar negara baru dimulai tahun 1892. Pelaksanaan yang efektif diantara negara Barat dimulai sejak Pan american sanitary Bureau (1902) dan Office International d Hygiene Publique di Paris (1909) menerima konvensu tersebut. Organisasi Kesehatan (Health Organization) didirikan thn 1923 di Geneva Organisasi Kesehatan Dunia (World Health Organization/WHO) aktif sejak 1948 dan 7 April diakui sebagai Hari Kesehatan Dunia. Kenikmatan utk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi – tinggi nya adalah hak asasi setiap setiap manusia tanpa memandang ras, agama, sosiasl, ekonomi dan latar belakang politik (deklarasi hak – hak asasi manusia)

D. Dasar Pengertian tentang Sehat dan Sakit

Pengertian Sehat :

1. Sehat adalah suatu keadaan seimbang yang dinamis antara bentuk dan fungsi tubuh dengan berbagai faktor yang berusaha mempengaruhinya (Perkin 1938)
2. Sehat adalah suatu keadaan dan kualitas dari organ tubuh yang berfungsi secara wajar dengan segala faktor keturunan dan lingkungan yang dipunyainya (WHO 1957)
3. Sehat adalah keadaan dimana seseorang pada waktu diperiksa oleh ahlinya tidak mempunyai keluhan ataupun tidak terdapat tanda- tanda penyakit atau kelainan (White 1977)
4. Sehat adalah suatu keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis (UU Kesehatan No. 23 tahun 1992)

Sehat fisik diartikan sebagai kondisi badan yang serasi dengan tanda – tanda utama kulit bersih, mata bersinar, rambut subur, otot – otot badan kuat, tidak terlalu gemuk, nafas yang segar, nafsu makan baik, tidur yang nyenyak, buang air besar dan kecil teratur, gerakan badan supel, mudah dan terkoordinasi semua organ badan dalam ukuran yang sebanding dan berfungsi normal, alat indera berfungsi lengkap, denyut nadi dan tekanan darah dalam keadaan istirahat dan gerakan dalam batas normal menurut umur dan jenis kelamin.

Menurut H.L Blum, ada 4 faktor yang bersama-sama mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat, yaitu:

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

Sehat mental harus merasa puas dengan dirinya sendiri, merasa bahagia, gembira dan tenang, tidak konflik dengan dirinya sendiri, tidak menyalahkan dirinya sendiri. Harus dapat menyesuaikan dirinya dengan orang lain dalam lingkungannya. Dapat menerima kritik dan tidak mudah tersinggung. Harus mengerti perasaan orang lain dan mempunyai timbang rasa wajar. Dapat mengendalikan dirinya dengan baik. Tidak emosional. Tidak mudah dicekam rasa takut yang berlebihan, rasa marah, rasa iri, rasa dosa dan keraguan. Harus dapat menghadapi masalah sehari – hari serta dapat mengatasi secara wajar.

Sehat sosial menekankan pada kemampuan untuk hidup bersama dengan masyarakat di lingkungannya dengan penuh rasa kebersamaan, tolong-menolong, saling menghormati, dan saling menghargai. Hidup bersama ini untuk saling memenuhi kebutuhan hidup yang menunjang kesehatan itu sendiri.

Sehat spiritual yaitu makhluk yang berbudaya dan berakal akan merasakan ketidaklengkapan dari cara hidupnya tanpa pegangan kepada sesuatu yang bukan fisik, mental atau sosial tapi super natural. Dengan kata lain harus sehat secara spiritual.

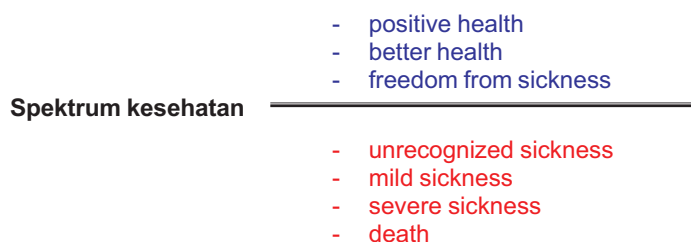
Sehat dalam arti positif, menurut WHO yang mencakup 3 atau 4 dimensi yaitu mencakup fisik, mental spiritual dapat diartikan secara lebih positif (positive health), dalam arti orang harus diberi kesempatan utk berkembang pembawaannya sejak lahir. Orang harus diberi kesempatan hidup di dalam keseimbangan yang sehat dengan lingkungannya. Prinsip pembinaan dan pemeliharaan kesehatan harus mencakup sejak janin dalam kandungan sampai liang kubur.

Sehat sebagai pengertian relative yaitu apa yang dianggap normal oleh seseorang dapat dianggap tidak normal oleh orang lain. Standar normal dari segi mental dan sosial bervariasi luas untuk berbagai kelompok orang atau masyarakat hal mana bergantung pada kondisi sosial, ekonomi, politik budaya dan lain – lain. Sehat adalah konsep pengertian yang relatif yang bervariasi luas dari orang ke orang atau dari masyarakat atau antar negara di dunia.

Dalam pengertian spektrum kesehatan, maka sehat didefinisikan sebagai kondisi yang fleksibel antara badan dan mental yang harus dijabarkan dalam bentuk batas jarak (*range*) dimana seseorang akan berfluktuasi atau berayun mendekati atau menjauhi puncak kebahagiaan hidupnya dari kondisi sehat fisik mental, sosial emosional dan spiritual hal mana bergantung pada keadaan lingkungan, umur, jenis kelamin, dan ciri – ciri biologis lainnya sebagai hasil pengaruh rangsang dari luar maupun dari dalam, dengan mana ia dapat kembali ke keadaan semula tanpa bantuan dari luar.

Perkin mendefinisikan sehat sebagai keadaan keseimbangan yang dinamis dari badan dan fungsi-fungsinya sebagai hasil dari penyesuaian yang dinamis terhadap kekuatan – kekuatan yang cenderung untuk merusak atau mengganggu. Keadaan tersebut bukan keadaan yang pasif antara badan atau fisik seseorang dengan kekuatan – kekuatan yang mengenainya, tapi merupakan respon aktif dari kekuatan badan yang bekerja ke arah penyesuaian.

Tahap – tahap dalam spektrum kesehatan:



Dalam arti lain, kesehatan bukan suatu kondisi yang dapat dicapai dalam sekali usaha dan dapat diperoleh secara menyeluruh, tapi ia lebih menyerupai sesuatu yang setiap waktu harus dipelihara dan diperbaharui atau dijaga. Ada derajat atau tingkatan yang selalu akan berubah hal mana sama halnya (analog) dengan tingkat beratnya suatu penyakit.

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Tema yang ditulis yaitu menjelaskan mengenai sejarah kesehatan dan kedokteran yang saudara ketahui, apa perbedaan sehat dan sakit menurut saudara, pengertian sehat secara relatif apa maksudnya perbedaan kesehatan dan kedokteran secara prinsip menurut saudara. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya.

3. Penutup

3.1. Rangkuman

Tiga fungsi inti kesehatan masyarakat adalah pengkajian dan pemantauan kesehatan masyarakat, perumusan kebijakan publik, serta untuk memastikan bahwa semua populasi memiliki akses ke perawatan yang tepat dan hemat biaya. Perbedaan pendekatan kesehatan masyarakat dengan kedokteran yaitu kedokteran dilakukan secara individual, preventif sasarannya adalah masyarakat, cenderung bersifat reaktif, preventif proaktif serta cenderung menangani pasien lebih kepada sistem biologis manusia. Definisi sehat dibagi menjadi sehat fisik, mental, sosial, spiritual, dalam arti positif, dan sebagai pengertian relatif.

3.2. Test Formatif

1. Dibawah ini yang termasuk cakupan kesehatan masyarakat menurut Winslow, kecuali.....
 - A. Asuhan gizi terstandar
 - B. Sanitasi lingkungan
 - C. Manajemen
 - D. Pendidikan kesehatan
 - E. Pemberantasan penyakit
2. Sehat merupakan suatu keadaan dan kualitas dari organ tubuh yang berfungsi secara wajar dengan segala faktor keturunan dan lingkungan yang dipunyainya merupakan pengertian sehat menurut.....
 - A. Perkin 1938
 - B. WHO 1957
 - C. White 1977
 - D. Perkin 1957

- E. WHO 1977
3. Dibawah ini yang bukan merupakan faktor yang bersama – sama mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat menurut H.L Blum, yaitu.....
 - A. Kesehatan masyarakat
 - B. Kesehatan lingkungan
 - C. Perilaku
 - D. Pelayanan Kesehatan
 - E. Genetik
 4. Fokus sasaran dalam ilmu kesehatan masyarakat yaitu.....
 - A. Individu
 - B. Pasien
 - C. Masyarakat
 - D. Kelompk
 - E. Peer group
 5. Dibawah ini merupakan prinsip – prinsip ilmu kesehatan masyarakat, kecuali.....
 - A. Faktor lingkungan memegang peran penting
 - B. Masalah kesehatan merupakan masalah multi sectoral
 - C. Menekankan pada kumpulan orang sehat dan sakit
 - D. Menekankan pemikiran dan tindakan bersifat promotive dan rehabilitative
 - E. Upaya kesehatan yang terorganisasikan

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait contoh program kesehatan masyarakat yang telah diterapkan dan evaluasi program tersebut.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

1. A
2. E
3. A

4. C
5. D

Daftar Pustaka

- Batarseh, and Daniella. Sports Injury and Recovery Analyzed Using Blum's Model of Health Determinants. *Honors Theses*. 2018
- Dixit, A., Yatharth, D., and Mishra, A. *Basics of Community Medicine*. 1st ed. Chennai: Notion Press. 2020
- Sriyono. Pengaruh Tingkat Pendidikan Dan Pemahaman Masyarakat Tentang Ikan Berformalin Terhadap Kesehatan Masyarakat. *Jurnal Faktor Exacta* 8 (1): 79–91. 2015
- Stoppler, M.C. Medical Definition of Public Health. MedicineNet. 2021
https://www.medicinenet.com/public_health/definition.htm
- Surahman, and Sudibyo Supardi. *Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2016

Senarai

- Higiene : ilmu tentang kesehatan dan berbagai usaha untuk mempertahankan atau memperbaiki kesehatan
- Kuratif : (dapat) menolong menyembuhkan (penyakit dan sebagainya); mempunyai daya untuk mengobati
- Preventif : bersifat mencegah (supaya jangan terjadi apa-apa)
- Promotif : bersifat memajukan atau meningkatkan
- Sanitasi : usaha untuk membina dan menciptakan suatu keadaan yang baik di bidang kesehatan, terutama kesehatan masyarakat;

B. KESEHATAN MASYARAKAT DAN MASALAH KESEHATAN GLOBAL

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Masalah kesehatan masyarakat adalah suatu masalah yang sangat kompleks, yang saling berkaitan dengan masalah – masalah lain diluar kesehatan itu sendiri. Masalah – masalah kesehatan masyarakat terdiri dari masalah lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan wabah / kejadian luar biasa (KLB)..

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan kepada mahasiswa tentang kesehatan masyarakat dan masalah kesehatan yang dialami oleh global.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti kesehatan masyarakat serta masalah – masalah kesehatan yang dialami oleh masyarakat global.

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah mempelajari sub pokok bahasan antropologi kesehatan dan gizi, diharapkan mahasiswa mampu:

- a) Memahami dan menjelaskan pengertian masalah kesehatan masyarakat.
- b) Memahami dan menyebutkan contoh – contoh masalah kesehatan masyarakat secara global.

1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan kesehatan masyarakat dan masalah kesehatan global agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini. Selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji pemahaman dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka

mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya.

2. Penyajian

2.1. Uraian

A. Pengertian

Masalah adalah suatu kondisi / keadaan dimana terjadi kesenjangan antara harapan dan kenyataan. Masalah kesehatan ada 2 macam yaitu masalah medis dan masalah kesehatan masyarakat. Masalah kesehatan masyarakat adalah suatu masalah yang sangat kompleks, yang saling berkaitan dengan masalah – masalah lain diluar kesehatan itu sendiri. Masalah kesehatan masyarakat adalah masalah kesehatan yang insiden dan prevalensinya tinggi di masyarakat serta insiden dan prevalensinya rendah tetapi risiko kematiannya tinggi di masyarakat. Faktor2 yang mempengaruhi kesehatan, baik individu maupun masyarakat menurut Hendrik L.Blum yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan.

B. Masalah Kesehatan Masyarakat

- **Masalah lingkungan**

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada diluar diri manusia baik benda hidup, benda mati, nyata atau abstrak, seperti suasana yang terbentuk akibat semua elemen2 tersebut, termasuk manusia yang lain. Klasifikasi lingkungan yaitu lingkungan udara (atmosfir), lingkungan air (hidrosfir), lingkungan padat (litosfir), lingkungan makhluk hidup (biosfir) dan lingkungan sosial (sosiosfir).

- **Lingkungan udara**

Lingkungan udara diperlukan manusia untuk bernafas, memanfaatkan sumber daya yang ada didalamnya (cahaya, gas, gelombang elektromagnetik, dll), beraktivitas, membuang limbah gas. Masalah lingkungan udara yaitu apabila udara yang dihirup manusia mengandung zat – zat dalam jumlah yang membahayakan, konsentrasi tinggi dalam waktu singkat dapat menyebabkan penyakit/kematian, Misalnya yaitu terdapatnya gas beracun di dalam sumur gali. Wabah Meuse Valley (1930), Belgia, daerah yang padat penduduk, dalam 3 hari sekitar 6000 orang masuk Rumah Sakit dan 60 orang meninggal dunia karena gagal jantung. Penderita sesak nafas, suara serak, batuk terus menerus dgn dahak berbusa dan kemudian seperti bernanah. Di daerah ini terdapat

berbagai industri seperti peleburan seng, pembuat kawat, baja dll, disepanjang lembah sepanjang 2 km, lebar 1 – 2 km. Sewaktu periode wabah, tekanan barometrik tinggi, suhu mendekati nol, hampir tidak ada angin sehingga asap dan gas buang pabrik terkumpul di bawah, pada level tanah. Keadaan cuaca seperti ini dikenal sebagai Inversi.

Contoh lain yaitu konsentrasi tinggi dalam jangka waktu lama, misalnya paparan kronis CO berkonsentrasi tinggi di dalam rumah menyebabkan “Shinsu Myocardiosis” yaitu penyakit katup jantung yang terdapat di Jepang, mengenai 35,5% dari 1022 penduduk. Penelitian menunjukkan bahwa mereka terpapar

CO 2000-3000ppm pada pagi hari karena pengapian terbuka digunakan sepanjang malam. CO akan terikat pada Hb dalam sel darah menjadi COHb, sehingga berkisar antara 20-30%, dimana >15% biasanya dianggap berbahaya. Setelah perbaikan ventilasi ruangan dan pengapian, maka insiden menghilang.

Banyak zat dalam kadar rendah tapi secara bersama-sama dapat menimbulkan berbagai keluhan yang tidak spesifik, misalnya : Sindroma Penyakit Gedung (SPG atau Sick Building Syndrome) adalah penyakit yang menimbulkan berbagai gejala yang tidak spesifik seperti iritasi mata, hidung, saluran pernafasan, gangguan tenggorokan, kulit, serta gangguan umum lainnya seperti sakit kepala, lesu dan sukar konsentrasi. Seseorang disebut penderita SPG apabila ia mengalami satu atau lebih gejala2 tersebut sedikitnya satu kali seminggu selama satu tahun terakhir. Penelitian di beberapa ruang perkantoran di Bandung, menunjukkan bahwa penderita SPG adalah mereka yang sehari – harinya bertugas didalam ruang tertutup, dengan pendingin ruangan yang tidak memenuhi syarat.

Masalah lingkungan udara lain yaitu lingkungan udara sebagai media transmisi penyakit, karena terdapat agent penyakit yang hidup dan berkembang biak. Hal ini yang biasa kita kenal dengan kasus penyakit menular, seperti TBC, Campak, Varicella, Parotitis Epidemica, Influenza (Kasus Flu Burung, Flu Babi), SARS, dan lain – lain. Penyakit yang didapat dari udara ruangan karena adanya pendingin udara yang menggunakan menara pendingin, yang disebut penyakit “Legionnaires”, yaitu penyakit yang disebabkan oleh Legionella Pneumophila, yang hidup di air hangat (25-40°C), termofilik. Insidennya sangat rendah tapi dapat mewabah akibat ikut dengan aerosol memasuki saluran pernafasan. Wabah yang pernah terjadi dihubungkan dengan pendingin ruangan

tapi tidak menggunakan refrigeran tapi memakai menara pendingin. *Legionella* juga ditemukan pada penyediaan air hangat untuk condensor evaporatif, showers dan kolam arus (Whirpool Spas).

- Lingkungan air

Air tidak hanya digunakan untuk minum, masak, cuci tetapi juga untuk keperluan agricultur, industri, transportasi, perikanan dan pembuangan limbah cair rumah tangga (termasuk tinja) dan industri. Air juga menjadi tempat agent penyakit hidup dan berkembang biak. Agent penyebab penyakit di dalam air dapat dikelompokkan menjadi 2:

Penyebab hidup: Penyakit menular (*water borne disease*), misal: Cholera, thypus, hepatitis A, polio, dysentri.

Penyebab tak hidup: Penyakit tak menular, misal: keracunan Hg, Cd, Co.

Didalam air juga berkembang biak dan bersarang vektor penyebar penyakit seperti berbagai macam spesies nyamuk. Kurangnya air bersih dapat juga menimbulkan berbagai penyakit kulit.

Untuk keperluan minum (termasuk masak), air harus memenuhi persyaratan khusus agar air tersebut tidak menimbulkan penyakit bagi manusia, yaitu syarat fisik (tidak berwarna, tidak berbau dan tidak berasa), syarat bakteriologis (dalam 100cc air terdapat < 4 bakteri E Coli), syarat kimiawi (mengandung zat – zat tertentu dalam kadar tertentu).

Contoh masalah lingkungan air yaitu khusus dipedesaan, masih banyak masyarakat yang terbiasa minum air mentah. Di beberapa daerah pesisir/kepulauan penyediaan air bersih yang sesuai dengan persyaratan masih sangat terbatas. Kasus yang sering muncul adalah wabah diare, yang waktunya biasanya bersamaan dengan musim kering. Masalah limbah/kotoran manusia (tinja yaitu beberapa penyakit yang dapat disebarkan oleh tinja manusia seperti diare (GE), disentri, kolera, thyfoid, kecacingan,dll. Masih banyak masyarakat yang belum punya Jamban atau belum sesuai syarat. Berdasarkan hasil penelitian, seorang yang normal menghasilkan tinja rata – rata 330gr/hari, urine 970gr/hr. Jika penduduk Indonesia sekitar 200juta, maka setiap hari tinja yang dikeluarkan berjumlah 194.000 ton. Efektifitas pengolahan tinja dengan menggunakan berbagai teknologi saat ini belum cukup memuaskan, karena masih mencemari lingkungan. Yang masih dianggap baik adalah dengan kolam stabilisasi, yang perlu lahan cukup luas dan biaya mahal. Saat ini cenderung

digunakan cara alami, yaitu diolah sebagai pupuk, suatu kebiasaan yang telah lama dipraktekkan juga di China, Korea, dan negara lain.

Masalah lingkungan air lainnya yaitu air limbah dan pengelolaannya. Air limbah yang berasal dari berbagai jenis industri pada umumnya mengandung zat – zat yang dapat membahayakan kesehatan manusia dan mengganggu lingkungan, sehingga sebelum dibuang harus dikelola dan diolah secara baik. Masalah yang terkait dengan hal ini adalah pengawasan kualitas limbah buangan yang telah diolah. Cara pengolahan air limbah secara sederhana yaitu dapat dengan dillution (pengenceran) atau air limbah diencerkan sampai mencapai konsentrasi yang cukup rendah dan oxidation ponds (Kolam Oksidasi). Air limbah dialirkan kedalam kolam besar berbentuk segi empat, dalam 1 – 2 meter. Cara ini memanfaatkan sinar matahari, ganggang, bakteri dan oksigen.

Contoh wabah Minamata, terjadi akibat buangan zat Hg dari pabrik ke laut selama bertahun2. Hg memasuki ikan, ikan yang mengandung Hg itu dikonsumsi penduduk, dan terjadi cacat bawaan pada bayi dan tumor. Kasus yang hampir serupa adalah kasus pabrik emas NewMont Minahasa di Sulut, yang membuang limbah Hg ke laut. Contoh lain adalah wabah penyakit Itai-Itai Bio di kota Toyama dan Ishinosawa, dimana masyarakat menderita penyakit ginjal dan kerapuhan tulang punggung dan rusuk, disebabkan oleh Cadmium yang mengalir bersama limbah dan debu pabrik, terdisposisi pada tanah termasuk sawah, Cadmium masuk kedalam padi, yang kemudian dikonsumsi masyarakat.

- Lingkungan padat

Lingkungan Padat digunakan manusia untuk mendirikan bangunan, bercocok tanam, memanfaatkan mineral yang ada didalamnya dan membuang kembali limbah padat. Didalam tanah banyak terdapat mikroba patogen dan agen potensial penyebab penyakit serta semua logam berat, zat radioaktif, zat korosif, gas – gas bercun dan mudah meledak, yang karsinogenik, mutagenik dan teratogenik. Masalah pada lingkungan pada contohnya yaitu masalah perumahan. Masih banyak masyarakat yang menempati bangunan rumah yang tidak sesuai syarat kesehatan. Syarat – syarat rumah yang sehat yaitu lantai bukan dari tanah, agar rumah dapat dibersihkan secara optimal, cukup ventilasi untuk menjaga keseimbangan oksigen yang diperlukan oleh penghuni rumah,

menjaga kelembaban optimum dan membebaskan udara ruangan dari bakteri, cukup pencahayaan, tidak kurang, tidak lebih. Cahaya matahari dapat membunuh bakteri2 patogen seperti kuman TBC. Pencahayaan yang kurang sangat mempengaruhi kesehatan mata. Syarat selanjutnya yaitu luas bangunan harus disesuaikan dengan jumlah penghuni, cukup fasilitas penyediaan air bersih, KM/WC, pembuangan sampah/air limbah, fasilitas dapur.

Masalah lingkungan padat lainnya yaitu masalah sampah. Jenis – jenis sampah secara fisik yaitu sampah padat, sampah cair, sampah gas. Jenis – jenis sampah padat yaitu organik (dapat membusuk) dan anorganik (tak dapat membusuk), sampah kering dan sampah basah, sert garbage, rabish, ashes, dll. Di dalam sampah akan hidup berbagai bakteri patogen dan juga vektor penyakit seperti lalat dan kecoak. Pengelolaan sampah dilakukan dengan pengumpulan dan pengangkutan sampah, pemusnahan dan pengolahan sampah: *Landfill* (ditanam), *Incenerator* (dibakar), *Compositing* (dibuat pupuk).

- Lingkungan biologi

Didalam lingkungan ini ada Agen penyakit, Vektor penyakit, Makanan, sumber bahan baku papan, sandang,dll. Keadaan agriculture, perikanan, peternakan, kehutanan, dan kegiatan sosial ekonomi juga ditentukan oleh lingkungan biologi ini. Lingkungan biologi adalah lingkungan yang paling mudah dimanipulasi manusia untuk memenuhi kebutuhannya.

Masalah lingkungan biologi yaitu adanya agen penyakit tentunya tidak hanya menyebabkan masalah medis, apalagi sekarang banyak muncul penyakit baru atau New Emerging Disease. Vektor penyebar penyakit adalah masalah kesehatan utama yang terkait dengan penanggulangan penyakit menular, misalnya: DBD, Malaria, Filariasis, dll (nyamuk), Thifoid, diare, disentri, dll (lalat, kecoa), pes (tikus, pinjal), TBC, lepra, influenza, HIV/AIDS, dll (Manusia). Sekarang ini banyak masalah kesehatan yang timbul karena faktor makanan, baik karena kekurangan gizi (marasmus, kwashiorkor) maupun kelebihan gizi (penyakit jantung, darah tinggi, diabetes, obesitas). Untuk mendapat keuntungan maksimum dari makanan, sanitasi makanan menjadi sangat penting. Gangguan kesehatan yang dapat terjadi akibat makanan contohnya yaitu keracunan makanan dan penyakit bawaan makanan.

Tanaman beracun ada yang alami tapi banyak juga karena terkontaminasi dengan pestisida atau logam berat. Beberapa mikroba pembuat racun yaitu

Salmonella, Stafilococcus, Clostridium, Bacillus cocovenans, Bacillus Cereus. Contoh kasus keracunan di Indonesia, tahun 1987 dilaporkan 18.446 penderita kasus keracunan, 282 diantaranya meninggal (CFR 1,5%). Keracunan tempe Bongkrek tercatat 6840 kasus sejak 1951-1986, dengan CFR 8,61%. CFR rata2 untuk keracunan makanan adalah 3,04%, sama dengan CFR DHF dan Morbili.

- Lingkungan sosial

Lingkungan sosial merupakan lingkungan yang paling penting dalam menentukan kesehatan lingkungan, karena penyakit hanya dapat terjadi apabila norma atau budaya manusia yang membentuk prilaku manusia mengizinkannya. Misalnya, manusia mengizinkan sampah berserakan atau dibuang ke sungai/laut, air tergenang, lalat dan nyamuk berkembangbiak, BAB di sungai, air sungai dikonsumsi, limbah dibiarkan masuk ke sungai, dll.

Norma atau budaya dapat dipandang sebagai pedoman dalam melakukan segala kegiatan masyarakat sehari-hari, termasuk jenis makanan/ masakan yang dikonsumsi. Sosiosfir (hubungan antar manusia) juga dapat menyebabkan terjadinya penyakit kejiwaan, termasuk psikosomatik. Beberapa faktor sosial yang sangat mempengaruhi kesehatan masyarakat adalah tingkat ekonomi, pendidikan, kepadatan penduduk, dll.

- Wabah / Kejadian Luar Biasa (KLB), dalam ilmu epidemiologi disebut juga sebagai EPIDEMI. KLB adalah keadaan dimana didapat frekwensi penyakit melebihi frekwensi biasa atau dalam waktu singkat terdapat penyakit yang berlebih

Rumus : $X_i > X_r + 2SD$

X_i = Angka sakit saat ini

X_r = Angka sakit rata – rata untuk bulan atau minggu yang sama pada tahun – tahun lalu

SD = Standar Deviasi utk periode tersebut

Dulu, wabah hanya pada penyakit menular. Sekarang penyakit tidak menular juga dapat ditentukan status KLB-nya. Wabah dapat terdeteksi oleh tokoh masy, guru, pekerja kesehatan, ahli statistik, rumah sakit atau puskesmas. Pernyataan adanya wabah membawa konsekwensi bahwa harus dilakukan tindakan penanggulangan segera, termasuk segala konsekuensinya, seperti anggaran, pengiriman tenaga ahli, pembatasan perjalanan, dll. Prinsip dasar penanggulangan wabah adalah penerapan teori bagaimana terjadinya penyakit (misalnya dengan

model gordon atau penelitian retrospektif) Penelitian dilakukan untuk mencari penyebab wabah dan cara penanggulangannya. Data – data diambil dgn wawancara mencari: WHO, WHERE, WHEN. Kemudian berdasarkan data tersebut dibuatlah deskripsi wabah. Dengan penelitian ini dapat ditemukan berbagai faktor penentu wabah, termasuk sumber agen penyebab.

WHO: usia, jenis kelamin, alamat, agama, suku, taraf sosial ekonomi, pendidikan, pekerjaan, kebiasaan, dll

WHERE: buat peta distribusi penyakit, distribusi air minum, makanan, letak geografis, iklim, geologi, dst. Apakah ada klustering, peta distribusi penyakit dibuat secara serial sehingga dapat diketahui kearah mana pergerakan wabah, dll

WHEN: kapan terjadinya penyakit, berapa lama (jam/hari) setelah kontak dengan agen. Periode inkubasi menjadi dasar pencarian agen.

Bila telah diketahui penyebab wabah, maka harus dicari cara pengendalian terbaik, karena berdasarkan model gordon dapat dikemukakan berbagai alternatif yaitu pengendalian sumber agen, hilangkan transmisi (putus mata rantai) serta tingkatkan kekuatan host. Alternatif terbaik adalah yang paling efektif mengendalikan wabah, relatif murah, mudah dimengerti masyarakat, sehingga dapat partisipasi penuh masyarakat dan dapat dilaksanakan secara optimal. Selain pengendalian wabah, yang penting juga yaitu pencegahan penyakit, ada beberapa tingkatan berdasarkan efektifitasnya, yaitu : Pencegahan Primer, sekunder dan tertier.

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Tema yang ditulis yaitu menjelaskan mengenai contoh permasalahan kesehatan global dan solusinya. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya

3. Penutup

3.1. Rangkuman

Terdapat 2 macam masalah kesehatan yaitu masalah medis dan masalah kesehatan masyarakat. Faktor – faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat yaitu faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Masalah – masalah kesehatan

masyarakat diantaranya masalah lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan wabah. Klasifikasi dari lingkungan dibagi menjadi lingkungan udara, air, padat, makhluk hidup dan sosial. Wabah dalam ilmu epidemiologi disebut juga dengan epidemi. Wabah merupakan frekuensi penyakit melebihi frekuensi biasa atau dalam waktu singkat terdapat penyakit yang berlebih.

3.2. Test Formatif

1. Dibawah ini yang bukan termasuk syarat khusus agar air minum tidak menimbulkan penyakit bagi manusia yaitu.....
 - A. Tidak berbau
 - B. Tidak berwarna
 - C. Tidak berasa
 - D. Dalam 50cc air terdapat <4 bakteri E Coli)
 - E. Mengandung zat – zat tertentu dalam kadar tertentu
2. Masalah kesehatan dibagi menjadi 2 macam, yaitu.....
 - A. Masalah medis dan lingkungan
 - B. Masalah medis dan kesehatan masyarakat
 - C. Masalah lingkungan dan kesehatan masyarakat
 - D. Masalah medis dan masalah gizi
 - E. Masalah gizi dan masalah kesehatan masyarakat
3. Agent penyebab penyakit di dalam air dapat dikelompokkan menjadi penyebab hidup dan penyebab tidak hidup. Yang termasuk dalam penyebab tidak hidup yaitu.....
 - A. Keracunan raksa (Hg)
 - B. Cholera
 - C. Thypus
 - D. Hepatitis A
 - E. Polio
4. Pengolahan air limbah dengan memanfaatkan sinar matahari, ganggang, bakteri dan oksigen disebut dengan.....
 - A. Dillution
 - B. Oxidation ponds
 - C. Pengenceran
 - D. Landfill
 - E. Incenerator

5. Dibawah ini yang bukan merupakan pengaruh sosiosfir yang dapat menimbulkan masalah kesehatan masyarakat yaitu.....
- A. Sampah berserakan
 - B. Lalat berkembang biak
 - C. BAB di sungai
 - D. Konsumsi air sungai
 - E. Keracunan makanan

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait masalah kesehatan masyarakat yang pernah terjadi di Indonesia dan peran ahli gizi dalam menyelesaikan permasalahan tersebut.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

- 1. D
- 2. B
- 3. A
- 4. B
- 5. E

Daftar Pustaka

- Kementerian Kesehatan RI. *Buku Pedoman Penyelidikan Dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Penyakit Menular Dan Keracunan Pangan (Pedoman Epidemiologi Penyakit). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. Vol. Edisi Revi. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2017
- Khaerunnisa., Cahyandari, and Yulius Harjoseputro. 2019. "Aplikasi Rumah Sehat Sebagai Sarana Edukasi Untuk Peningkatan Kesehatan Masyarakat." In *Seminar Nasional Hasil Pengabdian Kepada Masyarakat (SENDIMAS) 2019*. Semarang: Kementrian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi.
- Marwanti. Mengkonsumsi Makanan Yang Aman. *Cakrawala Pendidikan* 1: 53–65.1993

- Megasari., Hidayat, T., Chairuddin, G.O.I., and Santoso, I. Perilaku Kesehatan Masyarakat Terhadap Kejadian Diare Berdasarkan Aspek Sanitasi Lingkungan Di Kabupaten Barito Kuala. *EnviroScientee* 11 (2015): 33–40. 2015
- Nugroho, Fajar Jati. Pengelolaan Air Limbah. Politeknik Negeri Semarang. 2017. <http://sipil.polines.ac.id/sipil/node/69>.
- Ramlan, J., and Sumihardi. *Sanitasi Industri Dan K3*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2018
- Santoso, H. Laporan Akhir Tim Analisis Dan Evaluasi Hukum Tentang Wabah Penyakit Menular. *Badan Pembinaan Hukum Nasional Departemen Kehakiman Dan Hak Asasi Manusia RI*. Jakarta.2005

Senarai

- Elektromagnetik : berasal dari, berhubungan dengan, dihasilkan oleh elektromagnetisme
- Epidemi : penyakit menular yang berjangkit dengan cepat di daerah yang luas dan menimbulkan banyak korban
- Inversi : pembalikan posisi, arah, susunan, dan sebagainya
- Karsinogenik : bersifat menyebabkan penyakit kanker
- Mutagenik : zat yang dapat menyebabkan DNA berubah (bermutasi)
- Oksidasi : penggabungan suatu zat dengan oksigen
- Teratogenik : perkembangan tidak normal dari sel

C. TAHAP – TAHAP PENCEGAHAN PENYAKIT

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Dalam mata kuliah ilmu kesehatan masyarakat ini mempelajari berbagai masalah kesehatan masyarakat dan upaya dasar mengatasi masalah tersebut. Mata kuliah ini menyajikan teori-teori kesehatan masyarakat beserta ruang lingkupnya dan kasus-kasus yang terjadi di masyarakat. Dalam pencegahan penyakit, terdapat tahap – tahap yang dilalui dari sebelum individu terkena suatu penyakit hingga saat telah mengalami suatu penyakit.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan kepada mahasiswa tentang apa saja tahap – tahap pencegahan penyakit.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat menjelaskan, mengidentifikasi dan mengimplementasikan tahap – tahap pencegahan penyakit.

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah mempelajari sub pokok bahasan tahap – tahap pencegahan penyakit, diharapkan mahasiswa mampu:

- a) Memahami dan menyebutkan tahapan pencegahan penyakit
- b) Memahami dan menjelaskan upaya – upaya kesehatan masyarakat

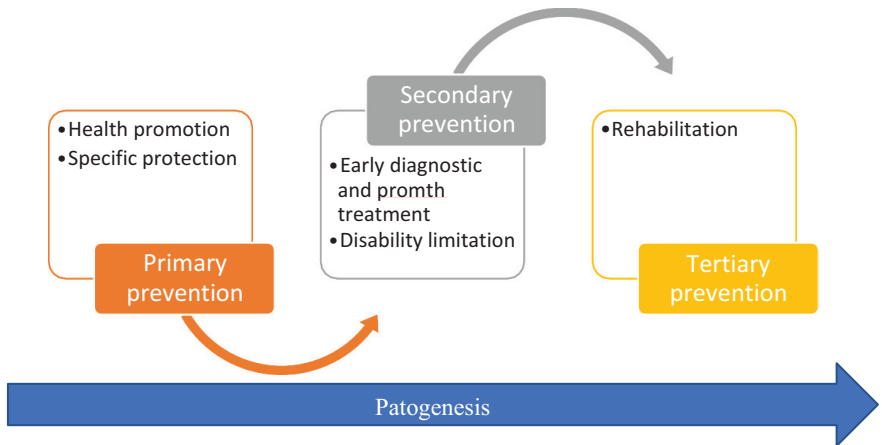
1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan tahap – tahap pencegahan penyakit agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini. Selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji pemahaman dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya.

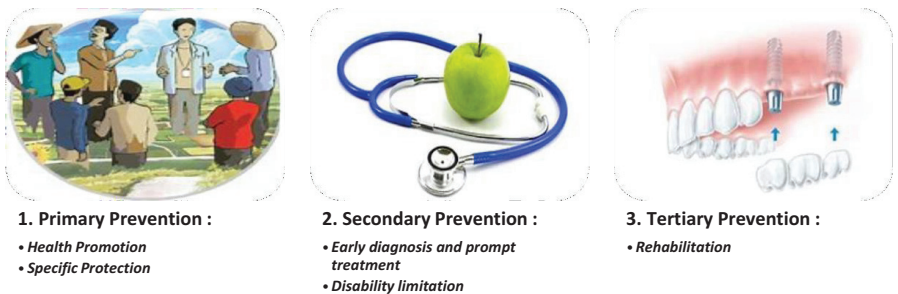
2. Penyajian

2.1. Uraian

Buku yang ditulis oleh Leavell dan Clark, membagi usaha pencegahan penyakit dalam 5 tingkatan yaitu:



Gambar 3. 5 Level Pencegahan Penyakit



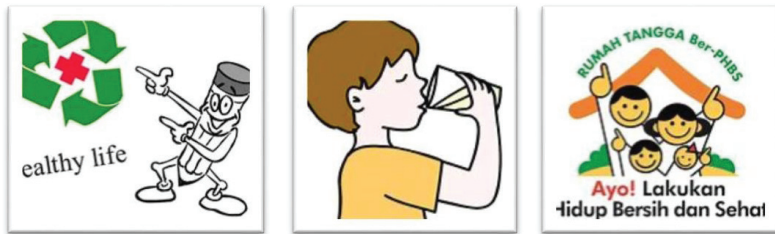
Gambar 4. Tingkatan Pencegahan Penyakit (Leavell-Clark)
Sumber: google.com

Masa sebelum sakit, dilakukan health promotion (mempertinggi nilai kesehatan) dan specific protection (memberikan perlindungan khusus terhadap suatu penyakit). Masa sakit, dilakukan early diagnosis dan prompt treatment (mengenal dan mengetahui penyakit

pada tingkat awal serta mengadakan pengobatan yang tepat dan segera), disability limitation (pembatasan kecacatan dan berusaha untuk menghilangkan gangguan kemampuan bekerja yang diakibatkan sesuatu penyakit) dan rehabilitasi.

A. Health Promotion

Health promotion merupakan pelayanan terhadap pemeliharaan kesehatan pada umumnya.



Gambar 5. Contoh Upaya Promosi Kesehatan
Sumber: google.com

Beberapa usaha promosi kesehatan lainnya:

1. Penyediaan makanan bergizi dan sehat
2. Perbaikan hygiene dan sanitasi lingkungan: penyediaan air bersih, perbaikan cara pembuangan sampah, kotoran dan air limbah kpd masyarakat
3. Pendidikan kesehatan kepada masyarakat
4. Usaha kesehatan jiwa agar tercapai perkembangan kepribadian yang baik.

B. Specific Protection

Usaha ini merupakan tindakan terhadap pencegahan penyakit-penyakit tertentu..

Beberapa usaha diantaranya:

- Vaksinasi untuk mencegah penyakit-penyakit tertentu
- Isolasi penderita penyakit menular
- Pencegahan terjadinya kecelakaan baik di tempat-tempat umum maupun di lingkungan kerja

C. Mengenal dan Mengetahui Penyakit pada Tingkat Awal serta Mengadakan Pengobatan yang Tepat dan Segera.

Tujuannya yaitu:

- Pengobatan yang setepat-tepatnya dan secepat-cepatnya dari setiap jenis penyakit shg terjadi penyembuhan yang sempurna dan segera
- Pencegahan penularan kepada orang lain bila penyakitnya menular

- Mencegah terjadinya kecacatan yang diakibatkan suatu penyakit

Beberapa usaha diantaranya:

- Mencari penderita di dalam masyarakat dengan cara pemeriksaan: misalnya pelacakan kasus gizi buruk
- Mencari semua orang yang telah berhubungan dengan penderita penyakit menular (*contact person*) untuk diawasi agar bila penyakitnya timbul dapat segera diobati & tindakan yang perlu dilakukan antara lain: isolasi, desinfeksi *dsb*
- Perlu adanya pendidikan kesehatan kepada masyarakat agar mereka dapat mengenal gejala penyakit pada tingkat awal dan segera mencari pengobatan.
- Masyarakat perlu menyadari bahwa berhasil atau tidaknya usaha pengobatan, tidak hanya tergantung pada baiknya jenis obat serta keahlian tenaga kesehatannya melainkan juga tergantung pada kapan pengobatan itu diberikan.

Pengobatan yang terlambat akan menyebabkan:

- Usaha penyembuhan menjadi lebih sulit, bahkan mungkin tidak dapat sembuh lagi
- Kemungkinan terjadinya kecacatan akan lebih besar
- Penderitaan si sakit akan lebih lama
- Biaya untuk perawatan dan pengobatan menjadi lebih besar

D. Disability Limitation

Usaha ini merupakan kelanjutan dari usaha C yaitu dengan pengobatan dan perawatan yang sempurna agar penderita sembuh kembali dan tidak cacat. Bila sudah terjadi kecacatan maka dicegah agar kecacatan tersebut tidak bertambah berat (dibatasi), dan fungsi dari alat tubuh ini dipertahankan semaksimal mungkin.

E. Rehabilitasi

Merupakan usaha untuk mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat, sehingga dapat berfungsi lagi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya sendiri dan masyarakat, semaksimal-maksimalnya sesuai dengan kemampuannya. Usaha mengembalikan bekas penderita ke dalam masyarakat memerlukan bantuan dan pengertian dari segenap anggota masyarakat untuk dapat mengerti dan memahami keadaan mereka baik fisik, mental dan kemampuannya sehingga memudahkan mereka dalam proses penyesuaian dirinya dalam masyarakat dalam keadaannya yang sekarang ini.

Rehabilitasi ini terdiri atas rehabilitasi fisik, mental, sosial vokasional dan aesthetis

a) Rehabilitasi fisik

Yaitu agar bekas penderita memperoleh perbaikan fisik semaksimal-maksimalnya. Misalnya seseorang yang karena kecelakaan, patah kakinya, perlu mendapatkan rehabilitasi dari kaki yang patah ini yaitu dengan mempergunakan kaki buatan yang fungsinya sama dengan kaki yang sesungguhnya.

b) Rehabilitasi mental

Yaitu agar bekas penderita dapat menyesuaikan diri dalam hubungan perorangan dan sosial secara memuaskan. Seringkali bersamaan dengan terjadinya cacat badaniah muncul pula kelainan-kelainan atau gangguan mental. Untuk hal ini bekas penderita perlu mendapatkan bimbingan kejiwaan sebelum kembali ke dalam masyarakat.

c) Rehabilitasi sosial vokasional

Yaitu agar bekas penderita menempati suatu pekerjaan/ jabatan dalam masyarakat dengan kapasitas kerja maksimal sesuai dengan kemampuan dan ketidak mampuannya.

d) Rehabilitasi aesthetis

Usaha rehabilitasi aesthetis perlu dilakukan untuk mengembalikan rasa keindahan, walaupun kadang-kadang fungsi dari alat tubuhnya itu sendiri tidak dapat dikembalikan misalnya : menggunakan mata palsu.

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Masing-masing kelompok berdiskusi dan menjelaskan kembali mengenai tahap-tahap pencegahan penyakit dan masing-masing kelompok memberikan 1 contoh pencegahan primer, sekunder, dan tersier untuk satu jenis penyakit/masalah kesehatan. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya.

3. Penutup

3.1. Rangkuman

- Upaya kesehatan masyarakat adalah upaya-upaya yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan pada masa sebelum sakit maupun saat sakit.

- Pencegahan penyakit terdiri dari Primary Prevention (*Health Promotion & Specific Protection*), Secondary Prevention (*Early diagnosis and prompt treatment & Disability limitation*), dan Tertiary Prevention (*Rehabilitation*)

3.2. Test Formatif

1. Mengkampanyekan konsumsi makanan yang beragam dan bergizi seimbang merupakan salah satu contoh tahapan pencegahan penyakit yaitu ...
 - A. Health promotion
 - B. Specific protection
 - C. Early diagnostic and promth treatment
 - D. Disability limitation
 - E. Rehabilitation
2. Isolasi yang dilakukan pada penderita penyakit menular termasuk upaya pencegahan penyakit yaitu ...
 - A. Health promotion
 - B. Specific protection
 - C. Early diagnostic and promth treatment
 - D. Disability limitation
 - E. Rehabilitation
3. Upaya pencegahan penyakit tetap perlu dilakukan walaupun saat individu sudah mengalami suatu penyakit, terutama pada fase awal penyakit. Salah satu tujuannya yaitu ...
 - A. Mencegah kecelakaan di lingkungan kerja
 - B. Mencegah terjadinya kecacatan akibat penyakit
 - C. Agar penderita sembuh dari kecacatan yang diderita
 - D. Agar kecacatan yang dialami penderita tidak permanen
4. Upaya rehabilitasi yang dilakukan agar individu yang sakit setelah sembuh dari penyakitnya dapat memperoleh pekerjaan atau jabatan yang sesuai dengan kondisinya disebut dengan istilah ...
 - A. Rehabilitasi fisik
 - B. Rehabilitasi mental
 - C. Rehabilitasi aesthetis
 - D. Rehabilitasi sosial-vokasional

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus mencari sumber pustaka untuk memperdalam materi dan dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah upaya-upaya pencegahan penyakit yang telah dilakukan di Indonesia dan mahasiswa diminta untuk mengkasifikasikan upaya pencegahan penyakit tersebut (mengacu pada *5 level of prevention*).

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

1. A
2. B
3. B
4. D

Daftar Pustaka

Gibney M.J., Lanham-new S., Cassidy A., Vorster H.H Introduction to Human Nutrition. Willey Blackwell. 2009.

Laaser U., Kovacic L . Health Determinants in The Scope of New Public Health. Hans Jacobs Publishing Company. 2005.

Laaser U., Kovacic L. Health Promotion and Disease Prevention. Hans Jacobs Publishing Company. 2007.

Lud Waluyo. Ilmu Kesehatan Masyarakat. 2013

Methods and Tools in Public Health. Hans Jacobs Publishing Company. 2010.

Spark A., Dinour L.M., Obenchan J. Nutriton in Public Healt. CRC Press. 2015

Senarai

Hygiene : kebersihan

Sanitasi : usaha untuk membina dan menciptakan suatu keadaan yang baik di bidang kesehatan, terutama kesehatan masyarakat.

Vaksinasi: penanaman bibit penyakit yang sudah dilemahkan ke dalam tubuh manusia agar menjadi kebal terhadap penyakit yang diakibatkan oleh bibit penyakit tersebut.

D. MANAJEMEN KESEHATAN MASYARAKAT

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Dalam menyusun pelayanan kesehatan masyarakat, perlu dibuat perencanaan, pengaturan dan pengawasan yang baik dan ilmiah agar tujuan dapat tercapai dengan baik. Dalam bidang kesehatan, kegiatan untuk mengatur petugas dalam meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program masyarakat tersebut disebut dengan Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan kepada mahasiswa tentang penyusunan manajemen pelayanan kesehatan masyarakat guna peningkatan kesehatan masyarakat melalui program masyarakat.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti manajemen pelayanan kesehatan masyarakat dalam pembuatan program kesehatan untuk masyarakat.

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah sub pokok bahasan Sosiologi Gizi selesai, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Memahami dan menjelaskan definisi manajemen.
- b. Memahami dan menjelaskan fungsi manajemen pelayanan kesehatan

1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan konsep tentang manajemen kesehatan masyarakat. Agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini, selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji pemahaman dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya

2. Penyajian

2.1. Uraian

A. Definisi Manajemen

Manajemen merupakan perencanaan, pengaturan, dan pengawasan yang baik dan ilmiah supaya tujuan tercapai dengan baik. Jika dilaksanakan pada kegiatan dan atau pelayanan kesehatan masyarakat maka disebut Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat. Manajemen kesehatan merupakan suatu kegiatan/seni untuk **mengatur** para petugas kesehatan dan non petugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan, penerapan manajemen umum dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat.

Sistem pelayanan kesehatan masyarakat merupakan gabungan subsistem dalam suatu proses untuk mengupayakan pelayanan kesehatan masyarakat baik promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitatif. Bentuknya yaitu Puskesmas, RS, Balkesmas, dll.

B. Fungsi Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Fungsi manajemen pelayanan Kesehatan masyarakat seringkali disingkat sebagai POAC yaitu meliputi :*Planning, Organizing, Actuating, dan Controlling*)



Gambar 6. Fungsi Manajemen Pelayanan Kesehatan Masyarakat

a. Perencanaan kesehatan

Merupakan kegiatan memahami sistem, menyusun konsep, menentukan tujuan/misi, dan mencari cara mencapai tujuan. Berdasarkan jangka waktunya, perencanaan Kesehatan dapat dibedakan sebagai berikut:

- Rencana jangka Panjang : 10 – 25 tahun
- Rencana jangka menengah : 5 – 7 tahun
- Rencana jangka pendek : 1 tahun

Macam perencanaan berdasarkan tingkatannya:

- Rencana induk (master plan) = menitikberatkan uraian kebijakan organisasi, memiliki tujuan jangka panjang dan ruang lingkup yang luas
- Rencana operasional = menitikberatkan pedoman / petunjuk dalam suatu program
- Rencana harian / rutin

Berdasarkan ruang lingkupnya, perencanaan kesehatan dapat dibedakan:

- RENSTRA: berisi kebijakan jangka panjang, waktu pelaksanaan lama, sulit diubah.
- RENCANA TAKTIS: berisi uraian jangka pendek, mudah menyesuaikan kegiatannya asal tujuan tdk berubah.
- RENCANA MENYELURUH: uraian menyeluruh dan lengkap.
- RENCANA TERINTEGRASI: uraian menyeluruh dan terpadu dg program di luar Kesehatan

Perencanaan dalam manajemen kesehatan masyarakat biasanya dilakukan mengikuti suatu siklus yang dikenal sebagai siklus pemecahan masalah (*problem solving cycle*).



Gambar 7. *Problem Solving Cycle*

1. Identifikasi masalah

Merupakan tahap mengkaji dan mengidentifikasi segala sesuatu yang berpotensi menjadi suatu masalah Kesehatan. Sumber masalah kesehatan untuk pengkajian dapat diperoleh dari berbagai cara, contohnya yaitu:

- a. Laporan kegiatan/program kesehatan
- b. Surveillance epidemiologi (pemantauan penyebaran penyakit)
- c. Survei kesehatan khusus
- d. Hasil kunjungan lapang, supervise, dll

2. Menetapkan prioritas masalah

Merupakan tahapan dalam perencanaan Kesehatan yang dilakukan setelah identifikasi masalah. Jika terdapat beberapa masalah, maka dilakukan teknik-teknik tertentu untuk mendapatkan prioritas masalah. Berikut beberapa pedoman untuk penentuan prioritas masalah:

- Memilih masalah yang FEASIBLE untuk ditangani.
- Memperhatikan Sumber Daya yang dimiliki.
- Dapat dilakukan dengan teknik skoring maupun non skoring.
 - a. Teknik Skoring: dilakukan penilaian dan pemberian skor untuk masing-masing kriteria yang sudah ditetapkan misalnya:

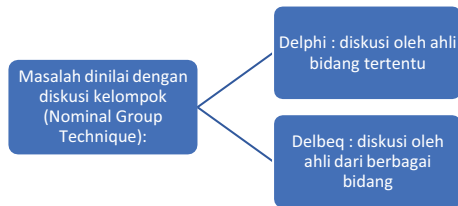


Gambar 8. Parameter Prioritas Masalah dengan Teknik Skoring
Skor 1 – 5 (skor 5 = tinggi), prioritas masalah = total skor tertinggi

Tabel 1. Contoh penentuan prioritas masalah

Permasalahan	Magnitude	Severity	Degree of unmeet need	Resources	Tech feasibility	Skor	Prioritas
Anemia	5	5	4	5	4	23	1
KEK	5	5	4	4	3	21	2
PHBS	3	4	4	3	3	17	3
Overweight	3	3	3	3	3	15	4
Obesitas	2	3	3	3	3	14	5
Gizi kurang	1	3	3	3	3	13	6

- b. Teknik Non Skoring: dilakukan penilaian berdasarkan diskusi kelompok untuk menetapkan prioritas masalah berdasarkan pertimbangan Bersama tidak mengacu pada kriteria tertentu dan skor-skor tertentu.



Gambar 9. Teknik Non-Skoring

3. Perencanaan

Pada tahap ini, dilakukan penetapan tujuan, rencana kegiatan, penetapan sasaran, perencanaan waktu pelaksanaan, struktur organisasi dan staf, serta perencanaan anggaran dan evaluasi.

- Menetapkan tujuan

Tujuan umum:

Meningkatnya status gizi anak balita di Kecamatan Cibadak tahun 2020

Tujuan khusus:

Meningkatnya jumlah anak balita naik timbangannya di posyandu di Kec Cibadak tahun 2020

Gambar 10. Contoh Penetapan Tujuan

- Menetapkan rencana kegiatan
 - Tahap persiapan: rapat koordinasi, perizinan
 - Tahap pelaksanaan: kegiatan pokok program
 - Tahap penilaian: monitoring evaluasi
- Menetapkan sasaran
 - Sasaran langsung: contoh anak balita
 - Sasaran tak langsung: contoh ibu anak balita
- Waktu, organisasi dan staf
 - Waktu dapat dibuat dalam bentuk matriks
 - Organisasi dan staf juga memuat job description masing – masing.
- Rencana anggaran dan rencana evaluasi
 - Biaya: personalia, operasional, sarana dan fasilitas, dan biaya penilaian

- Renval: untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan telah tercapai

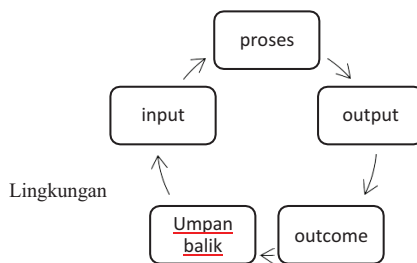
4. Pelaksanaan

Pada tahap pelaksanaan, dilakukan pembentukan organisasi, pelaksanaan pelayanan kesehatan, pengawasan, monitoring dan evaluasi.

- Pengorganisasian kesehatan
 - Mengatur kegiatan sehingga membentuk kesatuan untuk mencapai tujuan.
 - Mengatur hak dan wewenang setiap tenaga pelaksana (ada PJ tiap kegiatan).
 - Tersusun struktur organisasi: lini, staf, lini dan staf
- Pelaksanaan pelayanan kesehatan
 - Bentuk aktivitas dan strategi intervensi disesuaikan dengan rencana
 - Ada monitoring terhadap pelaksanaan
- Pengawasan

Mencegah terjadinya penyimpangan dengan memperhatikan:

- Objek pengawasan: kuantitas, kualitas program, biaya, implementasi
- Metode pengawasan: kunjungan langsung, analisis laporan, pengumpulan data
- Proses pengawasan



Gambar 11. Sistem Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Sistem pelayanan kesehatan masyarakat merupakan suatu siklus yang meliputi input, proses, output, outcome, dan umpan balik. Input atau masukan meliputi aspek 5 M (*man, money, material, methods, dan machine*), sedangkan proses merupakan pelaksanaan

tahap-tahap manajemen pelayanan kesehatan masyarakat. Output merupakan luaran atau hasil langsung dari program/pelayanan kesehatan yang dijalankan, sedangkan outcome adalah status kesehatan masyarakat yang merupakan dampak jangka panjang dari pelaksanaan program/pelayanan kesehatan. Umpan balik adalah respon terhadap capaian dari program Kesehatan yang telah dijalankan. Program yang capaiannya melebihi ekspektasi dapat dipertahankan atau dimodifikasi, sedangkan program yang capaiannya masih kurang perlu dilakukan evaluasi, adaptasi, dan modifikasi. Lingkungan merupakan bagian di luar siklus yang dapat mendukung ataupun menghambat pelaksanaan pelayanan kesehatan.

- Rencana tindak lanjut
Terdapat berbagai potensi dari masyarakat untuk diarahkan dalam pengembangan program sebagai bentuk dari rencana tindak lanjut setelah program selesai dijalankan, seperti: keberadaan dana sehat, iuran untuk pengadaan PMT, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dan perusahaan swasta (*Community Social Responsibility*).
- Monitoring evaluasi
Monitoring: memantau input, proses, output, outcome
Evaluasi: menilai dan menentukan keberhasilan pencapaian tujuan dengan kriteria – kriteria tertentu (aspek proses, output, outcome)

“Management is the process under taken by one or more persons to coordinate the activities of others persons to achieve results not attainable by any one persons acting alone (Evancevich, 1989)”

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Buatlah outline rancangan Manajemen kesmas berdasarkan kasus berikut ini:

Suatu wilayah memiliki prevalensi stunting sebesar 32,6% dan gizi buruk 35%. Rata-rata asupan gizi balita tergolong kurang dan balita jarang mengonsumsi sumber protein hewani. Sebagian besar ibu balita memiliki pengetahuan dan sikap yang kurang terhadap gizi dan kesehatan. Sebesar 60% ibu balita berpendidikan SD. Sebesar 40% keluarga balita berpenghasilan kurang dari UMR, 90% balita tidak mendapatkan ASI eksklusif karena ibu bekerja. Seluruh balita tidak punya komplikasi penyakit kronis.

Outline rancangan Manajemen kesmas meliputi:

- Perencanaan: identifikasi masalah, prioritas masalah, menetapkan tujuan, menyusun rencana kegiatan, sasaran
- Pengorganisasian: menyusun struktur organisasi
- Pengawasan: menentukan objek dan metode pengawasan, rencana monev

Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya.

3. Penutup

3.1. Rangkuman

Manajemen kesehatan merupakan Suatu kegiatan / seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan non petugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan. Fungsi manajemen pelayanan kesehatan masyarakat dimulai dari perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pelaksanaan / pelayanan dan pengawasan (*controlling*).

3.2. Test Formatif

1. Tahapan dalam manajemen kesehatan masyarakat yang meliputi kegiatan memahami system, Menyusun konsep, menentukan tujuan (visi misi), dan mencari cara untuk mencapai tujuan dikenal sebagai tahap ...
 - A. Perencanaan Kesehatan
 - B. Pengorganisasian Kesehatan
 - C. Pelayanan Kesehatan
 - D. Pengawasan Kesehatan
2. Tahapan dalam *problem solving cycle* berupa kegiatan mengkaji dan mengidentifikasi segala sesuatu yang berpotensi menjadi suatu masalah kesehatan disebut ...
 - A. Evaluasi program
 - B. Identifikasi masalah
 - C. Perencanaan program
 - D. Penentuan prioritas masalah

3. Penentuan prioritas masalah dengan teknik non skoring yang dilakukan dengan cara diskusi kelompok terarah yang menghadirkan para ahli dari berbagai bidang yang terkait dengan program yaitu ...
 - A. Metode Delphi
 - B. Metode Delbeq
 - C. Metode USG
 - D. Metode NGT
4. Sistem pelayanan Kesehatan masyarakat merupakan suatu siklus. Komponen berikut ini yang tidak terdapat dalam siklus pelayanan Kesehatan masyarakat adalah ...
 - A. Input
 - B. Outcome
 - C. Lingkungan
 - D. Umpan balik

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait pelaksanaan manajemen kesehatan masyarakat di Indonesia.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

1. A
2. B
3. B
4. C

Daftar Pustaka

Azwar, Azrul. 2010. Pengantar administrasi kesehatan. Jakarta: Binarupa Aksara
Bappenas. RPJMN Tahun 2020 – 2024
Notoatmodjo, S. 2014. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta
Spark, A. 2015. nutrition in public health. principles, policies, and practices. New York: CRC Press

Senarai

Balkesmas : Balai Kesehatan Masyarakat

RENSTRA : Rencana Strategis

A. KESEHATAN LINGKUNGAN

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Revolusi industri abad ke-19 di Inggris menyebabkan munculnya permasalahan kumuh, masalah sosial dan kesehatan di kota – kota besar. Hal tersebut menyebabkan pencemaran *Vibrio cholerae*. Pencemaran tersebut yang melatar belakangi berkembangnya ilmu kesehatan lingkungan.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan kepada mahasiswa mengenai kesehatan lingkungan.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti kesehatan lingkungan yang dapat mempengaruhi kesehatan di masyarakat.

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah sub pokok bahasan Kesehatan Lingkungan selesai, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Memahami dan menjelaskan pengertian ilmu kesehatan lingkungan
- b. Memahami dan menjelaskan berbagai macam kesehatan lingkungan

1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan kesehatan lingkungan. Agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini, selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji pemahaman dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya.

2. Penyajian

2.1. Uraian

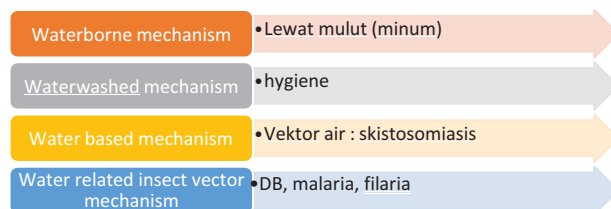
A. Ilmu Kesehatan Lingkungan

Ilmu kesehatan lingkungan merupakan ilmu multidisipliner yang mempelajari dinamika hub interaktif manusia/masyarakat dengan berbagai perubahan komponen lingk hidup manusia yang diduga dapat menimbulkan gangguan kesehatan pada masyarakat dan mempelajari upaya penanggulangan dan pencegahannya. Tujuan dari kesehatan lingkungan yaitu:

- Koreksi bahaya dan ancaman kesehatan dan kesejahteraan manusia
- Pengaturan sumber lingkungan untuk peningkatan kesehatan dan kesejahteraan manusia
- Kerjasama dan penerapan program terpadu

B. Sanitasi Sumber Air

- Golongan air: air tanpa pengotoran (air tanah bagian dalam (artesis)), air permukaan, air tanah
- Sumber air bersih dan aman dari fisik, kimia dan bakteriologis: bebas kontaminasi kuman/bibit penyakit, bebas dari substansi kimia berbahaya dan beracun, tidak berasa dan tidak berbau, dapat digunakan untuk mencukupi kebutuhan domestic dan rumah tangga, memenuhi standar minimal WHO/Depkes RI
- Standar air minum (WHO): 95% sampel air yg diperiksa tidak boleh mengandung organisme koliform per 100 ml, tidak satupun sampel air yg mengandung E. coli per 100 ml, tidak ada sampel air yang mengandung >10 organisme koliform per 100 ml, dalam setiap sampel air yg diambil berturut-turut tidak boleh ditemukan organisme koliform per 100 ml
- Air dan penyakit: penyakit viral (hepatitis dan poliomyelitis), penyakit bacterial (kolera, disentri, tifoid, dan diare), penyakit protozoa (amebiasis dan giardiasis), penyakit helmintik (askariasis, hydatid disease) dan leptospiral (weil disease)



Gambar 12. Mekanisme Penularan Penyakit

- Kesadahan air:
 - Berdasarkan kandungan CaCO_3 dalam air.
 - Konsumsi air sadah akan menyebabkan pemakaian sabun yang meningkat, air sadah jika dididihkan menimbulkan endapan dan kerak pada cerek (boiler), penggunaan bahan bakar meningkat, tidak efisien, dapat meledakkan boiler, biaya produksi tinggi

C. Pencemaran Udara

Sumber pencemaran udara dibagi menjadi:

- Proses / kegiatan alam: kebakaran hutan, gunung api
- Buatan manusia: sisa pembakaran BBM, limbah industri, sisa pembakaran gas alam, pembakaran sisa pertanian, hutan, sampah dan limbah reactor nuklir

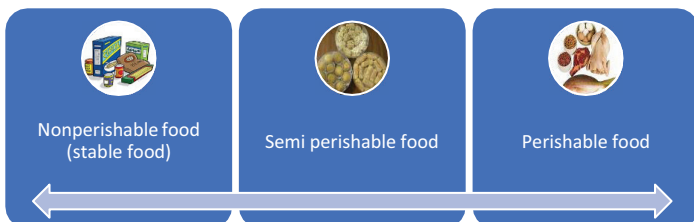
Jangka pendek:	Sosialisasi
	Relokasi
	Amdal
	Uji emisi gas buangan, dsb
Jangka panjang:	Perencanaan tata ruang kota
	Menggunakan bahan bakar ramah lingkungan
	Sarana transportasi KA bawah tanah
	Reboisasi
	UU kesling

Gambar 13. Upaya Pencegahan Pencemaran Udara

D. Makanan dan Minuman

Tujuan sanitasi makanan dan minuman yaitu:

- Menjamin kebersihan dan keamanan makanan
- Mencegah penularan wabah penyakit
- Mencegah beredarnya produk makanan yang merugikan masyarakat
- Mengurangi tingkat kerusakan atau pembusukan makanan



Keracunan makanan dapat berupa:

- Bacterial food poisoning: *salmonella*, *staphylococcal*, *Clostridium perfringens*
- Non-bacterial food poisoning:
 - Tumbuh-tumbuhan (singkong, jengkol, jamur beracun)
 - Kerang dan ikan laut
 - Bahan-bahan kimia

E. Sampah dan Limbah

- Sampah

Berdasarkan zat kimia yang terkandung, sampah padat dibagi menjadi organik dan anorganik. Berdasar kemudahan dibakar, sampah padat dibagi menjadi mudah terbakar, dibagi menjadi tidak mudah terbakar. Berdasar kemudahan membusuk, sampah padat dibagi menjadi mudah membusuk, sulit membusuk. Pengelolaan sampah padat dapat dilakukan dengan pengumpulan dan penyimpanan, pengangkutan, pemusnahan (sanitary landfill, incineration, composting, dumping, recycling, reduction, salvaging).

- Limbah

Limbah cair dibagi menjadi *human excreta* (feses dan urin), *sewage* (air limbah), *industrial waste* (bahan buangan dari sisa proses industry). Desain utama *septic tank* yaitu:

- Kapasitas tergantung jumlah pemakai
- Ukuran panjang biasanya 2 kali lebar
- Kedalaman lubang 1,5 – 2 m
- Kedalaman cairan dianjurkan 1,2 m
- Ruang udara minimal 30 cm
- Dasar dibuat miring ke arah lubang pengeluaran
- Memiliki lubang air masuk dan keluar
- Pelapis terbuat dari papan yang kuat dengan tebal yang sama
- Periode retensi dirancang selama 24 jam

Parameter air limbah yaitu:

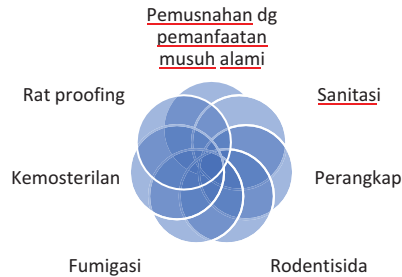
- Kandungan zat padat (total solid, suspending solid, dan dissolved solid)
- Kandungan zat organik
- Kandungan zat anorganik (P, Pb, Cd, Mg)

- Kandungan gas (O₂, N, CO₂)
- Kandungan bakteri
- Kandungan pH
- Suhu

F. Kontrol Rodent

Contoh penyakit yang ditularkan melalui binatang pengerat yaitu:

- Penyakit akibat bakteri: pes, salmonellosis
- Penyakit akibat virus: haemorrhagic fever, ensefalitis
- Penyakit akibat rickettsia
- Penyakit akibat parasit: leishmaniasis, amebiasis, trichinosis
- Penyakit lain: demam gigitan tikus, ring worm (kurap)



Gambar 15. Pengendalian Binatang Pengerat

G. Perumahan

- Kriteria rumah sehat berdasarkan WHO yaitu:
 - Melindungi dari panas, hujan, sebagai tempat istirahat
 - Mempunyai tempat untuk tidur, masak, mandi, mencuci, kakus, dan kamar mandi
 - Melindungi dari kebisingan dan bebas pencemaran
 - Bebas dari bahan bangunan berbahaya
 - Bahan kokoh dan dapat melindungi dari gempa, keruntuhan, dan penyakit menular
 - Memberi rasa aman dari lingkungan tetangga yang serasi

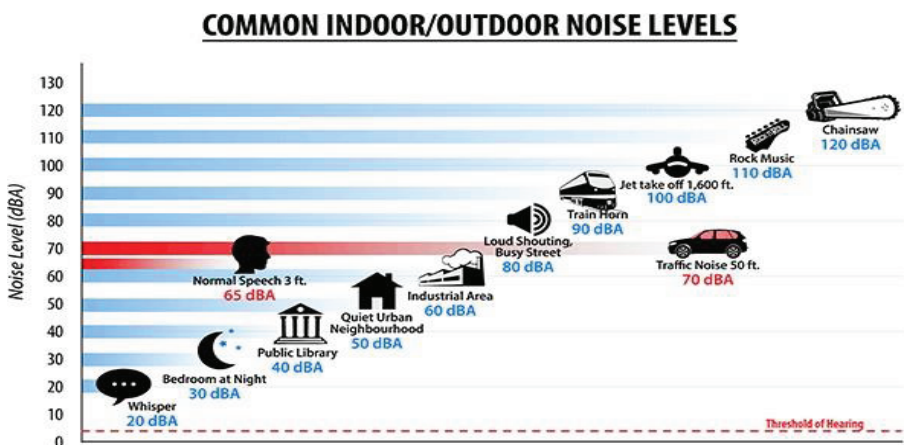
- Kriteria rumah sehat di Indonesia yaitu:

Luas tanah • antara 60 -90 m ²	Luas bangunan • antara 21 – 36 m ²	Memiliki KT, KM, dan dapur	Dinding • batubata dan dipleser	Lantai • ubin keramik
langit-langit • dari triplek	Memiliki sumur atau air PAM	Listrik minimal 450 watt	Ada bak sampah dan saluran air limbah	

Gambar 16. Kriteria Rumah Sehat Sederhana (RSS) di Indonesia

- Kriteria rumah sehat menurut Winslow
 - Fisiologis: suhu, ventilasi (15-20%), penerangan, jumlah ruangan dan kamar 2,5 – 3 m² untuk 1 orang
 - Psikologis: keindahan, ada jaminan kebebasan, privasi ruangan, ruang tamu
 - Menghindarkan dari kecelakaan
 - Menghindarkan penularan penyakit

H. Kebisingan



Gambar 17. Batas Kebisingan Komunitas

Sumber: google.com

Tabel 2. Reaksi Terhadap Kebisingan

Noise Pollution Index * refer note	Community Response	Likely Community Reactions
0 - 5	Marginal	From no observed reaction to sporadic complaints.
5 - 10	Little	From sporadic complaints to widespread complaints.
10 - 15	Medium	From sporadic and widespread complaints to threats of community action.
15 - 20	Strong	From widespread complaints to threats of community action.
20 - 25	Very Strong	From threats of community action to vigorous community action.
25 and over	Extreme	Immediate direct community and personal action.

Pengaruh negatif dari kebisingan dapat berupa gangguan, komunikasi dengan pembicaraan, efek pada pekerjaan dan reaksi masyarakat.



Gambar 18. Pengendalian Kebisingan

I. STTU (Sanitasi Tempat – Tempat Umum)

Contoh dari STTU yaitu:

- Sanitasi hotel
- Sanitasi tempat perbelanjaan
- Sanitasi terminal angkutan darat dan stasiun kereta api
- Sanitasi terminal angkutan air dan udara
- Sanitasi taman hiburan
- Sanitasi RS

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Tema yang ditulis yaitu aspek-aspek yang dikaji dalam kesehatan lingkungan. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya.

3. Penutup

3.1. Rangkuman

Ilmu kesehatan lingkungan merupakan ilmu yang mempelajari dinamika hubungan manusia dengan berbagai perubahan komponen lingk hidup yang dapat menimbulkan gangguan kesehatan dan mempelajari upaya penanggulangan dan pencegahannya. Kesehatan lingkungan mencakup sanitasi sumber air, pencemaran udara, makanan dan minuman, sampah dan limbah, kontrol rodent, perumahan, kebisingan, dan sanitasi tempat – tempat umum (STTU).

3.2. Test Formatif

1. Kajian dalam ilmu kesehatan lingkungan berupa sanitasi sumber air menjelaskan tentang persyaratan dari air bersih secara fisik yaitu ...
 - A. Tidak mengandung bibit penyakit
 - B. Tidak berasa, berbau, atau berwarna
 - C. Tidak mengandung zat kimia berbahaya
 - D. Memenuhi kebutuhan domestic dan rumah tangga
2. Sumber pencemaran udara buatan manusia yang dapat mempengaruhi kesehatan lingkungan dan kesehatan manusia yaitu ...
 - A. Kebakaran hutan dan limbah industri
 - B. Limbah reaktor nuklir dan aktivitas gunung api
 - C. Sisa pembakaran gas alam dan kebakaran hutan
 - D. Limbah industri dan pembakaran sisa pertanian
3. Sisa kegiatan manusia yang tidak terpakai dibedakan menjadi 2 yaitu sampah dan limbah. Berikut ini termasuk teknik pengelolaan sampah dengan cara mengolah sampah menjadi barang yang bermanfaat yaitu ...
 - A. Dumping
 - B. Reduction
 - C. Recycling
 - D. Salvaging
4. Rumah sehat termasuk dalam aspek kesehatan lingkungan. Kriteria rumah sehat di Indonesia diantaranya yaitu ...
 - A. Bebas kebisingan
 - B. Bebas dari keramaian

- C. Memiliki lantai minimal ubin keramik
- D. Bahan tahan dari gempa dan keruntuhan

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait kaitan kesehatan lingkungan dengan status gizi masyarakat.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

1. B
2. D
3. C
4. C

Daftar Pustaka

- Chandra, B. 2012. Pengantar kesehatan lingkungan. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo, S. 2014. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta
- Sastrawijaya, T. 2009. Pencemaran Lingkungan. Jakarta: Rineka Cipta

Senarai

Clostridium perfringens: Salah satu bakteri penyebab utama keracunan makanan, dapat ditemukan di daging mentah, usus hewan, dan di lingkungan

Salmonella : bakteri gram negative yang termasuk dalam family Enterobacteriaceae

Vibrio cholerae : bakteri gram negatif penyebab penyakit kolera

KT : Kamar Tidur

KM : Kamar Mandi

F. KESELAMATAN DAN KESEHATAN KERJA

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Keselamatan dan kesehatan kerja merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan pada system ketenagakerjaan dalam meningkatkan jaminan sosial dan kesejahteraan para pekerjanya serta produktivitas kerja. Materi ini akan membahas mengenai arti *safety and health*, jenis kecelakaan fisik dan luka mental, undang – undang tentang perlindungan kesehatan dan keselamatan kerja di Indonesia, usaha – usaha mencegah kecelakaan kerja, kekerasan dalam lingkungan kerja dan tindakan pencegahan, serta program kesehatan perusahaan.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan kepada mahasiswa tentang apa itu keselamatan dan kesehatan kerja, fungsi dari diperhatikannya keselamatan dan kesehatan para pekerja, dan usaha – usaha untuk mencegah kecelakaan kerja.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti keselamatan dan kesehatan kerja serta pengaruhnya dalam kesehatan masyarakat.

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah sub pokok bahasan Keselamatan dan Kesehatan Kerja selesai, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Memahami dan menjelaskan pengertian kesehatan dan keselamatan kerja (K3)
- b. Memahami dan menyebutkan dasar berlakunya K3 di Indonesia
- c. Memahami dan menjelaskan efek kesehatan dan keselamatan bagi perusahaan
- d. Memahami dan menjelaskan usaha – usaha keselamatan kerja
- e. Memahami dan menjelaskan Kekerasan dalam Lingkungan Kerja dan Tindakan Pencegahan
- f. Memahami dan menyebutkan program keselamatan kerja

1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan keselamatan dan kesehatan kerja. Agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini, selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji pemahaman dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya

2. Penyajian

2.1. Uraian

A. Definisi Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)

Keselamatan merupakan perlindungan terhadap pekerja agar tidak terluka akibat kecelakaan kerja. Sedangkan kesehatan merupakan pekerja terbebas dari penyakit fisik dan mental. Jenis kecelakaan fisik (tergantung jenis pekerjaan) dapat berupa *overexertion* (terlalu banyak tenaga/usaha/penggunaan), jatuh di tingkat yang sama, reaksi tubuh karena jatuh dan lainnya, jatuh ke level yang lebih bawah, kejatuhan benda. Berbagai kondisi luka mental (berbeda tingkatnya di tiap pekerjaan) dapat berupa rasa takut / cemas, stress, bosan, depresi.

B. Dasar Pemberlakuan K3 di Indonesia

- Pasal 86 UU no 13/2003 “Setiap pekerja/buruh mempunyai hak untuk memperoleh perlindungan atas :
 - a. keselamatan dan kesehatan kerja;
 - b. moral dan kesusilaan;
 - c. perlakuan yang sesuai dengan harkat dan martabat manusia serta nilai-nilai agama.

Untuk melindungi keselamatan pekerja/buruh guna mewujudkan produktivitas kerja yang optimal diselenggarakan upaya keselamatan dan kesehatan kerja.

Perlindungan sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) dan ayat (2) dilaksanakan sesuai dengan peraturan perundang- undangan yang berlaku.”

- Pasal 87 UU no 13/2003 “Setiap perusahaan wajib menerapkan sistem manajemen keselamatan dan kesehatan kerja yang terintegrasi dengan sistem manajemen perusahaan. Ketentuan mengenai penerapan sistem manajemen keselamatan dan

kesehatan kerja sebagaimana dimaksud dalam ayat (1) diatur dengan Peraturan Pemerintah.”

C. Efek Kesehatan dan Keselamatan Bagi Perusahaan

Efek ekonomi dari kesehatan dan keselamatan dibagi menjadi efek langsung dan tidak langsung. Efek langsung berupa biaya perawatan dan penyembuhan, kehilangan (anggota tubuh), kematian, kehilangan sumber keuangan. Sedangkan efek tidak langsung berupa produktivitas, *turnover*, premi asuransi lebih tinggi, tanggung jawab sosial

D. Usaha Keselamatan Kerja

- Job Hazard analysis: Proses untuk mempelajari dan menganalisa suatu jenis pekerjaan kemudian membagi pekerjaan tersebut ke dalam langkah langkah menghilangkan bahaya yang mungkin terjadi.

Contoh hasil analisa job hazard:

- Repetitive Stress Injuries: suatu kondisi yang disebabkan terlalu banyak tekanan pada persendian akibat melakukan suatu gerakan berulang
- a.l Carpal Tunnel Syndrome: tekanan pada syaraf karena penyempitan pembuluh tempat syaraf tersebut akibat gerakan/posisi tertentu yang berulang
- Ergonomic problem: interaksi manusia dengan usaha kerja, peralatan, perlengkapan, dan lingkungan fisik yang kurang cocok/nyaman.
- Risk Management: mengantisipasi kemungkinan kerugian/kehilangan (waktu, produktivitas, dll) yang berkaitan dengan program keselamatan dan penanganan hukum
- Adanya Safety Engineer: memberikan pelatihan, memberdayakan supervisor/manager lini produksi, mampu mengantisipasi/melihat adanya situasi kurang ‘aman’ dan menghilangkan yang kurang aman tersebut
- Job Rotation
- Personal protective equipment
- Penggunaan poster/propaganda
- Perilaku yang berhati-hati

E. Kekerasan dalam Lingkungan Kerja dan Tindakan Pencegahan

Kekerasan dalam lingkungan dapat terjadi karena jenis dan situasi kerja seperti *shift* malam, pelayanan public (contoh supir taxi, penjual minuman, polisi), karena berkaitan dengan cash (contoh pegawai pompa bensin, pegawai bank), perusahaan

kurang menjaga kemungkinan celah kejahatan (kriminal biasa dan kejahatan kerah putih). Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan yaitu larangan membawa senjata tajam ke tempat kerja dan tempat parkir, pemeriksaan kesehatan fisik dan jiwa, peraturan yang tidak memberi toleransi bagi pegawai yang melakukan kekerasan, peraturan yang mewajibkan pegawai melapor adanya kejanggalan, kerjasama dengan psikiater/dokter jika ada emergensi, *panic button*, melatih *reception/manager* melihat sesuatu yang bahaya.

Terdapat berbagai macam faktor yang menyebabkan stress, seperti:

- Faktor organisasi: budaya perusahaan (CEO otoriter vs dibiarkan berkompetisi), pekerjaan sendiri (manager yang harus memberikan PHK), kondisi kerja (terlalu penuh, ribut, kurang cahaya, kotor, mesin rusak terus menerus)
- Faktor pribadi: keluarga (2 orang tua bekerja, perceraian, sakit dalam waktu lama, dll), keuangan.
- Faktor lingkungan : macet, infrastruktur buruk
- Pencurian identitas

F. Program Keselamatan Kerja

Program keselamatan kerja yang efektif sebaiknya didukung dari manajemen puncak, pelatihan memadai dalam masa orientasi mengenai keselamatan, pekerja yang sadar akan perlunya '*safety*' dalam bekerja, lingkungan dan tempat kerja yang aman. Program sadar kesehatan perusahaan dapat berupa olahraga, kebiasaan makan yang baik, menempatkan stress dengan perspektif bijaksana, adanya kemampuan menerima '*curhat*', menasehatkan '*struktur*' dalam hidup, mampu melihat keterbatasan diri, keseimbangan kerja dan keluarga, insentif bagi yang sehat.

Dalam substance abuse seperti alcohol dan obat – obatan, cara penanganan dapat berupa pemeriksaan rutin tanpa pemberitahuan, tidak ada kompromi dengan hal – hal yang merusak dan penurunan kinerja (absen, sering berubah mood, tidak rapi, kurang koordinasi, psikomotor berkurang).

Indikator kesuksesan program keselamatan kerja dapat berupa penurunan frekuensi terjadinya kecelakaan dan penurunan jumlah waktu kerja yang hilang, produktivitas terjaga dan target terpenuhi.

Program keselamatan global yaitu persiapan kerangka kebijakan dan prinsip keselamatan dimanapun perusahaan beroperasi a.l dengan mengerti situasi dan budaya setempat terhadap paparan bahan kimia (bagi pekerja dan penduduk sekitar) dan penanganan kecelakaan kerja (ditempat, fasilitas kesehatan di negara tetangga terdekat).

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Tema yang ditulis yaitu menjelaskan mengenai contoh kecelakaan kerja dan contoh analisis tindakan dari perusahaan yang pernah dilakukan untuk mencegah dan menangani kecelakaan kerja tersebut terjadi. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya.

3. Penutup

3.1. Rangkuman

Keselamatan (*safety*) merupakan perlindungan terhadap pekerja agar tidak terluka akibat kecelakaan kerja, sedangkan kesehatan (*health*) merupakan pekerja terbebas dari penyakit fisik dan mental. Dasar pemberlakuan kesehatan dan keselamatan kerja di Indonesia tercantum dalam pasal 86 dan 87 Undang – Undang no.13 tahun 2003. Berbagai program sadar kesehatan dan keselamatan kerja diberlakukan di perusahaan untuk mencegah berbagai risiko kecelakaan kerja. Kesuksesan program keselamatan kerja tersebut dilihat dari indicator penurunan frekuensi kecelakaan dan penurunan jumlah waktu kerja yang hilang.

3.2. Test Formatif

1. Dasar pemberlakuan kesehatan dan keselamatan kerja di Indonesia tercantum dalam undang – undang.....
 - A. Pasal 85 UU no.13/2003
 - B. Pasal 86 UU no.13/2003
 - C. Pasal 87 UU no.13/2003
 - D. A dan B benar
 - E. B dan C benar
2. Efek tidak langsung ekonomi atas kesehatan dan keselamatan bagi perusahaan yaitu.....
 - A. Biaya perawatan
 - B. Premi asuransi tinggi
 - C. Biaya penyembuhan

- D. Kehilangan anggota tubuh
 - E. Kehilangan sumber keuangan
3. Perlindungan terhadap pekerja agar tidak terluka akibat kecelakaan kerja merupakan definisi dari.....
- A. Health
 - B. Safety
 - C. Hygiene
 - D. Sanitation
 - E. Risk prevention
4. Proses untuk mempelajari dan menganalisa suatu jenis pekerjaan kemudian membagi pekerjaan tersebut ke dalam langkah langkah menghilangkan bahaya yang mungkin terjadi merupakan definisi dari.....
- A. Job hazard analysis
 - B. Risk management
 - C. Safety engineer
 - D. Personal protective equipment
 - E. Perilaku yang berhati-hati
5. Kepanjangan dari K3 adalah.....
- A. Keselamatan dan kekuatan kerja
 - B. Keselamatan dan kesehatan kerja
 - C. Kesejahteraan dan kesehatan kerja
 - D. Kesehatan dan keselamatan kerja
 - E. Kesehatan dan kesejahteraan kerja

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait efek – efek atas kesehatan dan keselamatan kerja bagi pekerja, perusahaan dan lingkungan.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

1. E
2. B
3. B
4. A
5. B

Daftar Pustaka

Mondy, R. Wayne. Human Resource Management, 10th ed, New Jersey: Pearson International, 2008. bab 10

Undang – Undang Republik Indonesia No 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan. 2003. Jakarta: Presiden Republik Indonesia

Senarai

Ergonomic : Studi tentang manusia serta penerapannya yang berusaha menyelaraskan antara pekerjaan dan lingkungan terhadap orang atau sebaliknya dengan tujuan untuk mencapai produktivitas dan efisiensi yang setinggi-tingginya.

Otoriter : Berkuasa sendiri, sewenang - wenang

Turnover : Aktivitas pergantian (karyawan) di dalam perusahaan secara cepat dan jangka waktu yang kecil

G. GIZI MASYARAKAT

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Ilmu gizi adalah ilmu yang mempelajari/mengkaji masalah makanan yang dikaitkan dengan Kesehatan. Gizi memiliki peran yang penting dalam kehidupan manusia. Gizi memiliki cakupan luas, tidak hanya masalah gizi klinis namun juga mencakup kehidupan masyarakat. Penanganan masalah gizi tidak cukup dengan terapi penderita saja karena setelah mereka sembuh akan kembali ke masyarakat.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan kepada mahasiswa tentang apa itu gizi masyarakat dan masalah – masalah gizi kaitannya dengan masyarakat dalam meningkatkan pengetahuan mahasiswa gizi terkait perannya dalam bermasyarakat

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti gizi dalam masyarakat, masalah – masalah gizi yang banyak terjadi di masyarakat serta contoh upaya penurunan masalah gizi di masyarakat.

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah sub pokok bahasan Gizi Masyarakat selesai, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Memahami dan menjelaskan pengertian gizi masyarakat.
- b. Memahami dan menjelaskan masalah gizi yang terjadi di masyarakat
- c. Memahami dan menjelaskan dampak dari masalah gizi masyarakat
- d. Memahami dan menyebutkan penyebab dari masalah gizi masyarakat
- e. Memahami dan menyebutkan kegiatan gizi masyarakat tahun 2019

1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan gizi masyarakat dan masalah gizi di masyarakat. Agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini, selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji

pemahaman dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya.

2. Penyajian

2.1. Uraian

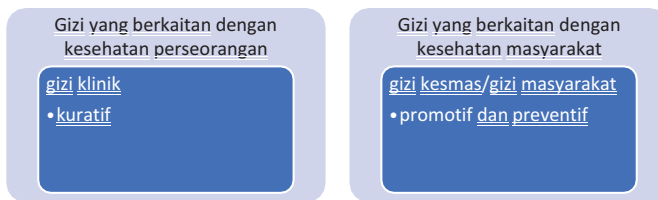
A. Definisi Gizi Masyarakat

Dalam kehidupan manusia, makanan memiliki 4 fungsi yaitu memelihara proses tubuh dalam pertumbuhan dan perkembangan serta mengganti jaringan tubuh yang rusak, memperoleh energi untuk melakukan kegiatan sehari-hari, mengatur metabolisme dan berbagai keseimbangan air, mineral, dan cairan tubuh lain serta berperan dalam mekanisme pertahanan tubuh terhadap berbagai penyakit. Makanan harus mengandung zat-zat tertentu untuk memenuhi fungsi tersebut atau disebut zat gizi (karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral). Fungsi dari zat gizi yaitu:

- Karbohidrat berfungsi menyediakan energi, pemberi rasa manis pada makanan, menghemat protein, mengatur metabolisme lemak, dan membantu pengeluaran feses.
- Protein berfungsi untuk pertumbuhan dan pemeliharaan, pembentukan ikatan-ikatan esensial tubuh, mengatur keseimbangan air, pembentukan antibody, mengangkut zat-zat gizi, dan sumber energi.
- Lemak berfungsi untuk menyediakan energi (menghasilkan 9 kkalori/gram lemak), sumber asam lemak esensial, alat transport vitamin larut dalam lemak, menghemat protein, memberi rasa kenyang dan kelezatan, sebagai pelumas, memelihara suhu tubuh, dan melindungi organ tubuh.
- Vitamin berfungsi untuk mengatur proses metabolisme
- Mineral berfungsi untuk membantu dalam pembentukan jaringan tubuh dan proses metabolisme.

Gizi yaitu makanan yang bermanfaat atau sari makanan (zat makanan). Ilmu gizi adalah ilmu yang mempelajari/mengkaji masalah makanan yang dikaitkan dengan Kesehatan. Meliputi kajian mengenai proses dari organisme (manusia) dalam menggunakan bahan makanan melalui proses pencernaan, penyerapan, penyimpanan metabolisme dan pembuangan untuk pemeliharaan hidup, pertumbuhan, fungsi organ

tubuh dan produksi energi. 2 komponen penting dalam ilmu gizi yaitu makanan dan kesehatan. Gizi mempunyai peranan besar untuk kesehatan optimal seorang individu. Gizi yang cukup dan seimbang dibutuhkan untuk dapat melakukan kegiatan dengan optimal tanpa mengalami kelelahan. Jika gizi tidak terpenuhi secara cukup dan seimbang maka akan mengganggu proses metabolisme dan berakibat pada masalah gizi. Jika gizi dikonsumsi secara berlebihan akan menimbulkan masalah kesehatan seperti peningkatan yang tidak normal pada berat badan, tekanan darah, glukosa darah dan profil lipid darah (kolesterol, trigliserida, LDL, HDL, VLDL).



Gambar 19. Pembagian Ilmu Gizi

Penanganan masalah gizi tidak cukup dengan terapi penderita saja karena setelah mereka sembuh akan kembali ke masyarakat. Terapi penderita gangguan gizi masyarakat tidak hanya ditujukan kepada penderita tetapi seluruh masyarakat tsb.

B. Masalah Gizi

Masalah gizi adalah gangguan kesehatan karena kekurangan/kelebihan dari satu zat gizi/lebih baik zat gizi makro dan atau mikro, disebut juga sebagai gangguan gizi (malnutrition) yang dianggap dapat menjadi masalah kesehatan masyarakat. Gangguan gizi tersebut ditentukan dengan ukuran gizi yaitu antropometri (Berat badan menurut umur (BB/U), berat badan menurut tinggi badan (BB/TB), tinggi badan menurut umur (TB/U), Lingkar Lengan Atas (LiLA) dll), konsumsi makanan, laboratorik dan klinik. Menurut direktorat gizi masyarakat, masalah gizi masyarakat merupakan masalah kesehatan masyarakat yang tidak bisa dipecahkan dengan pelayanan kesehatan. Sindrom kemiskinan berkaitan dengan ketahanan pangan di tingkat rumah tangga menjadi salah satu alasan terjadinya masalah gizi di masyarakat. Kadarzi yang tidak memadai akibat hygiene dan sanitasi lingkungan menyebabkan terjadinya Masalah gizi di masyarakat contohnya yaitu masalah gizi makro (Kekurangan Energi Protein (KEP), obesitas) dan masalah gizi mikro (anemia, Kekurangan Vitamin A (KVA), Gangguan Akibat Kekurangan Iodium (GAKI)).

- KEP

KEP ringan (gizi kurang) dan KEP berat (gizi buruk: marasmus dan kwashiorkor). Marasmus terjadi jika berat badan menurut usia < 60 di bawah standar internasional, penderita marasmus terlihat seperti hanya “tulang dan kulit”. Jika dibandingkan orang sehat para penderita marasmus lebih mudah mengalami infeksi dan kemungkinan untuk meninggal lebih besar atau dapat mengakibatkan kecacatan karena infeksi. Kwashiorkor terjadi jika berat badan menurut usia < 80 di bawah standar internasional. Perubahan metabolisme lebih berat dari pada marasmus dan kematian juga lebih besar dibandingkan dengan marasmus.

- **Obesitas**

Berat badan lebih (overweight) dan obesitas disebabkan ketidakseimbangan antara asupan dan pengeluaran, yaitu jumlah energi yang masuk melebihi kecukupan energi yang dianjurkan untuk seseorang, akhirnya kelebihan zat gizi disimpan dalam bentuk lemak yang dapat mengakibatkan seseorang menjadi gemuk. Asupan energi relatif berlebih dapat disebabkan oleh asupan lemak yang berlebih. Lemak menghasilkan energi yang lebih banyak per gramnya (38kJ/g) dibandingkan karbohidrat (17kJ/g) atau protein (17 kJ/g). Seseorang dikatakan overweight jika nilai IMT-nya antara 25,1-27,0 kg/m², sedangkan obesitas jika nilai IMT-nya $\geq 27,0$ kg/m². Kegemukan (obesitas) dapat terjadi mulai dari masa bayi, anak-anak, sampai pada usia dewasa. Kegemukan pada masa bayi terjadi karena adanya penimbunan lemak selama dua tahun pertama kehidupan bayi. Biasanya bayi yang kegemukan akan mengalami kegemukan pula pada masa dewasanya. Gizi lebih dan obesitas dapat meningkatkan risiko meningkatnya insiden penyakit seperti kanker, jantung koroner, diabetes melitus, hipertensi, penyakit hati, osteoarthritis atau radang sendi, dan *sleep apnea*

- **Anemia Gizi Besi**

Anemia gizi besi merupakan kekurangan gizi yang paling sering ditemukan di dunia dan bersifat epidemik. Banyak terjadi pada wanita dalam usia reproduktif dan anak-anak di kawasan tropis dan subtropis. Di Indonesia hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) pada tahun 2001 menunjukkan prevalensi anemia gizi besi pada balita sebesar 48,1% dan pada ibu hamil sebesar 40,1%. Sebagian besar anemia disebabkan oleh kekurangan besi, terjadi jika produksi hemoglobin berkurang drastis sehingga kadarnya dalam darah menurun. AGB terutama pada anak disebabkan karena infeksi cacing tambang sebagai penyebab

utama kehilangan darah melalui saluran cerna, Wanita ketika menstruasi akan kehilangan rata2 darah sekitar 30 ml/ hari dan ini setara dengan kehilangan 0,5 mg zat besi. Selain itu juga disebabkan karena kurangnya kemampuan masyarakat untuk membeli makanan yang kaya zat besi terutama makanan asal hewan (daging). AGB mengakibatkan tingginya kematian saat ibu melahirkan, insiden berat badan bayi ketika lahir rendah tinggi ($< 2,5$ kg). Pada anak-anak dapat mengganggu kemampuan belajar mereka. Pada orang dewasa dapat menurunkan produktivitas kerja.

- GAKI

Sejak dilakukan program iodisasi garam secara nasional, sejak tahun 1990-an gangguan akibat kekurangan iodium sekarang ini berkurang. Iodium dalam tubuh merupakan komponen yang esensial karena iodium diperlukan untuk sintesis hormon tiroid yang berlangsung di dalam kelenjar tiroid. Hormon ini berperan penting dalam pengaturan metabolisme.

Kekurangan iodium pada ibu hamil antara lain dapat menyebabkan keguguran, bayi lahir mati, defisiensi mental, tingkat kecerdasan yang rendah dan mata juling pada bayi yang dilahirkan. Pada anak dan remaja akibat tubuh mencoba mengompensasi kekurangan iodium dengan menambah jaringan kelenjar gondok yang akhirnya kelenjar gondok membesar, disebut dengan penyakit gondok. Selain itu juga dapat menyebabkan cretinisme, cretinisme adalah keadaan penderita dengan tinggi badan di bawah normal dan disertai gangguan fungsi mental dan kecerdasan, sehingga ekspresi muka penderita terkesan bodoh karena tingkat kecerdasannya yang rendah. Pada umumnya cretin dilahirkan oleh ibu yang mengalami kekurangan iodium. Pada orang dewasa akan menyebabkan gondok dengan komplikasi seperti gangguan bernapas dan menelan.

- KVA

Pada anak-anak kebanyakan penyebab kebutaan adalah kekurangan vitamin A. Lebih kurang 150 juta anak lain menghadapi peningkatan risiko kematian dalam usia anak-anak akibat penyakit infeksi yang disebabkan oleh kekurangan vitamin A. Efek klinis kekurangan vitamin A yang paling banyak dikenali adalah efeknya pada mata yang kita kenal dengan nama xeroftalmia. Xeroftalmia (berasal dari kata Yunani xeros yang artinya kekeringan dan oftalmia yang artinya mata) menggambarkan penyakit yang disebabkan oleh kekurangan vitamin A. Gejala

penyakit ini ditandai dengan kekeringan epitel biji mata dan kornea, karena glandula lacrimalis menurun. Selaput bola mata terlihat keriput dan bila biji mata bergerak terlihat kusam. Fungsi mata berkurang yang menimbulkan gangguan adaptasi mata saat gelap yang oleh orang awam disebut buta senja atau buta ayam yaitu tidak sanggup melihat cahaya remang – remang.

Pada stadium lanjut mata mengoreng karena sel-selnya menjadi lunak yang disebut dengan keratomalacia dan dapat menimbulkan kebutaan. Kekurangan vitamin A bukan hanya mengakibatkan kebutaan tetapi juga dapat menjadi faktor yang memudahkan seseorang untuk menderita infeksi berat, gangguan pertumbuhan dan kulit menjadi kering. Di Indonesia gangguan penyakit yang disebabkan kekurangan vitamin A yang menonjol adalah gangguan dalam proses melihat (xerofthalmia). Program penanggulangan pada balita dengan pemberian kapsul vitamin A pada hari-hari imunisasi nasional, promosi pemberian ASI dan penanganan penyakit infeksi. Selain itu juga dilakukan melalui penyuluhan gizi dan fortifikasi vitamin A pada makanan pokok.

Apa?	• Gizi kurang (<i>under nutrition</i>) • Gizi lebih (<i>over nutrition</i>) • KVA • Anemia • GAKY
Berapa? (Jumlah Masalah)	• Prevalensi, insiden • Kriteria masalah kesmas
Siapa?	• Menurut umur, kelamin, kelompok ekonomi, kel. sosial, kel etnik dll
Dimana ?	• Prevalensi tertinggi, daerah yg berisiko lbh tinggi: Desa, kota, pantai, pegunungan, propinsi, Kota/Kab, Kec tertentu
Kapan ?	• Tren penyakit berdasarkan waktu : Sepanjang th, musiman, tahun tertentu,
Mengapa?	• Analisis faktor penyebab/determinan (langsung/tidak langsung)

Gambar 20. Pengenalan Masalah Gizi Masyarakat

Gangguan gizi dikatakan menjadi prioritas masalah gizi jika terjadi meluas di masyarakat, dampak merugikan masyarakat, bangsa dan negara, diketahui ada ilmu dan teknologi penanggulangannya, serta ada kemampuan untuk menanggulangi dari segi daya (tenaga, sarana / alat/obat, waktu) dan dana.

MASALAH	PREVALENSI (%)	DAMPAK	IPTEK	MANAJEMEN
KEP	38	XXX	XX	X
KVA	1,5	XX	XXX	XXX
GAKY	9,8	XXX	XXX	XX
AGB	20	XXX	XX	X
OBESENSITAS	4,6	XXX	XX	X

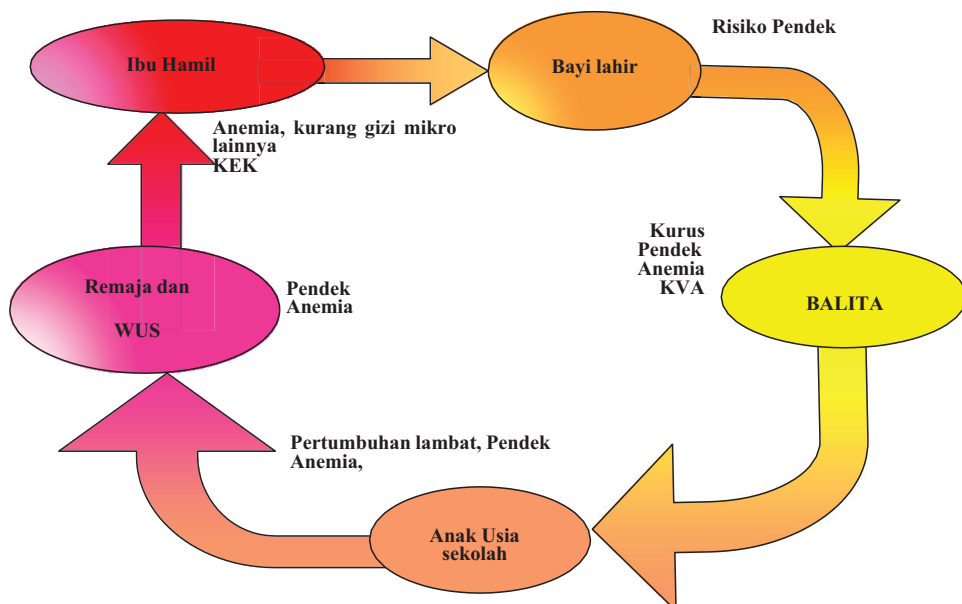
XXX: besar (dampak), tersedia (IPTEK), ada daya dan dana (manag)

XX: agak besar (dampak), kurang tersedia (IPTEK), daya dan dana agak sulit (manag)

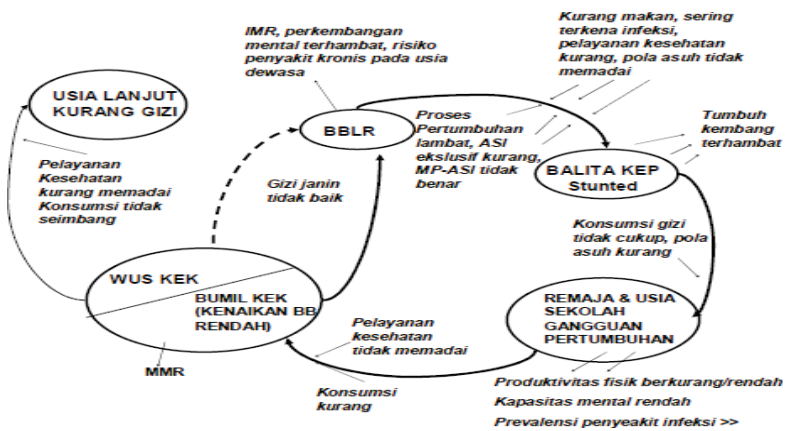
X: kecil (dampak), tidak tersedia (IPTEK), daya dan dana sulit (manag)

C. Dampak Masalah Gizi

Berdasarkan WHO/UNICEF 1998, masalah gizi menjadi penyebab langsung dan tak langsung dari 55% kematian anak. KVA ringan (Xerophthalmia) meningkatkan resiko kematian anak, KEP berdampak penurunan IQ 10 – 13 skor, AGB berdampak penurunan IQ 5 – 10 skor, GAKI berdampak penurunan IQ 50 skor. Kelompok rentan masalah gizi yaitu kelompok bayi dan balita, anak sekolah, ibu hamil dan menyusui dan usia lanjut.



Gambar 21. Masalah Gizi Berdasarkan Siklus Kehidupan



Gambar 22. Determinan dan Dampak Kurang Gizi pada Siklus Hidup

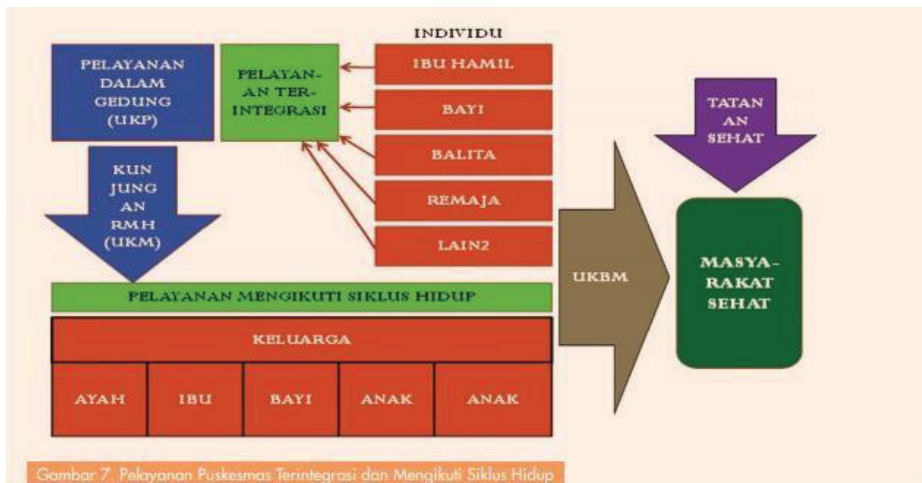
D. Penyebab Masalah Gizi



Gambar 23. Bagan Penyebab Masalah Gizi

Sumber: google.com

Masalah gizi masyarakat bukan hanya menyangkut aspek kesehatan saja tetapi aspek-aspek lain yang terkait seperti sosial budaya, pendidikan, kependudukan, dan sebagainya. Oleh sebab itu, penanganan atau perbaikan gizi tidak hanya diarahkan pada gangguan gizi atau kesehatan saja tetapi juga arah bidang-bidang lain seperti upaya spesifik dan upaya sensitif. Contoh yaitu penanganan KEP tidak hanya PMT tetapi juga perbaikan ekonomi keluarga, peningkatan pengetahuan, dan sebagainya.



Gambar 24. Pelayanan Gizi Terintegrasi di Puskesmas

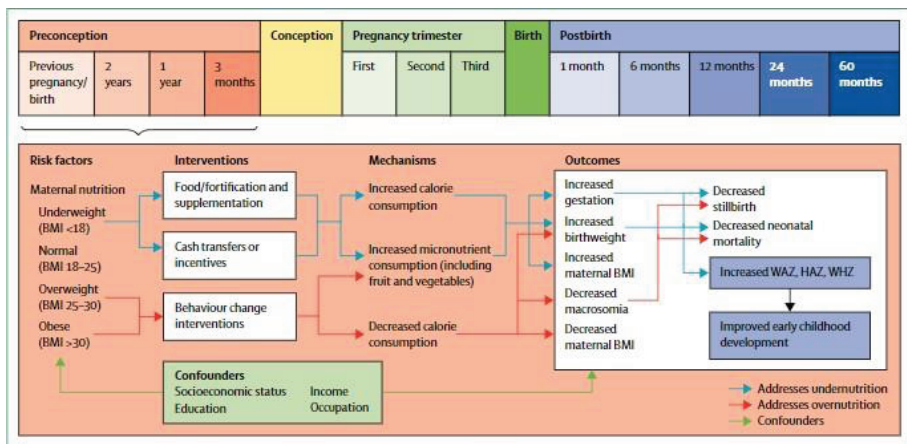


Figure 1: Conceptual model of pathways between interventions to improve maternal nutritional status and maternal and infant outcomes
BMI=body-mass index. WAZ=weight-for-age Z score. HAZ=height-for-age Z score. WHZ=weight-for-height Z score.

Gambar 25. Kerangka Strategi Perbaikan Gizi Masyarakat Sejak Masa Pra Konsepsi Sampai Usia Balita

Sumber: Marry Barker et al, 2018

Table 2

Details of the study designs of included nutrition-sensitive agriculture intervention studies.

Author, year, study location	Type of intervention	Intervention details
Birdi and Shah (2015) India	Home garden	Distribution of 18 nutrient-dense plants accompanied by information, education and communication activities.
Miller et al. (2014) Nepal	Livestock provision and agricultural training	Donation of two meat-type goats accompanied by community-level development activities including sustainable agricultural practices, animal management, gender awareness, kitchen gardens, and pest control. As in Miller et al. (2014)
Miller et al. (2016) Nepal	Livestock provision and agricultural training	As in Miller et al. (2014)
Darrouzet-Nardi et al. (2016) Nepal	Livestock provision and agricultural training	As in Miller et al. (2014)
Murty et al. (2016) India	Home garden, poultry provision and nutrition education	Distribution of vegetable seeds, fruit plants and high egg-yielding backyard poultry accompanied by focus group discussions, cooking demonstrations and educational pamphlets.
Osei et al. (2017) Nepal	Home garden, nutrition behaviour change communication, agricultural training, poultry provision	Enhanced Homestead Food Production (EHFP) program: distribution of seeds, saplings and chicks; monthly agricultural and nutrition lessons; cooking demonstrations; monthly home visits from trained staff.
Pant et al. (2014) Bangladesh	Aquaculture production	Household-specific aquaculture interventions and training using the farmer field school approach.
Schreinemachers et al. (2014) Bangladesh	Home garden	Home garden and nutrition training, demonstrations, and distribution of vegetables to grow.
Schreinemachers et al. (2016) Bangladesh	Home garden	As in Schreinemachers et al. (2014)

Gambar 26. Intervensi Bidang Agrikultur pada Permasalahan Gizi

Sumber: Frances A. Birda et al, 2019

E. Kegiatan Gizi Masyarakat 2019

- Pendidikan gizi

Berupa orientasi asuhan gizi Puskesmas di 160 kabupaten / kota dan pelatihan Pemberian Makanan Bayi dan Anak (PMBA) bagi petugas gizi Puskesmas di di 160 kabupaten / kota prioritas stunting

- Surveilans gizi

Surveilans Gizi menggunakan e-PPGBM (by name by address) di seluruh puskesmas; monitoring, evaluasi, pelacakan dan konfirmasi kasus gizi; serta antropometri Kit sebanyak 12.000 set untuk 160 kabupaten / kota

- Suplementasi gizi

Berupa penyediaan Makanan Tambahan (MT) untuk 525.420 Ibu Hamil Kurang Energi Kronis (KEK) (diluar DAK Penugasan Stunting); penyediaan Makanan Tambahan (MT) untuk 1.535.000 balita kurus; penyediaan obat gizi (TTD ibu

hamil, TTD remaja putri, vitamin A ibu nifas, vitamin A bayi 6 – 11 bulan, vitamin A balita 12 – 59 bulan dan mineral pengadaan distribusi oleh direktorat obat publik, suplementasi gizi mikro: penyediaan TABURIA untuk anak balita (*pilot project*))

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Tema yang ditulis yaitu masalah gizi makro (KEP dan obesitas) dan masalah gizi mikro (anemia, KVA, dan GAKI) yang terjadi di Indonesia dan program yang telah diterapkan untuk masalah tersebut. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya.

3. Penutup

3.1. Rangkuman

Ilmu gizi adalah ilmu yang mempelajari/mengkaji masalah makanan yang dikaitkan dengan Kesehatan. Ilmu gizi dibagi menjadi gizi yang berkaitan dengan kesehatan perorangan dan gizi yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat atau gizi masyarakat. Gizi masyarakat merupakan upaya promotive dan preventif dalam mengatasi masalah gizi. Masalah gizi masyarakat dibagi menjadi masalah gizi makro (KEP dan obesitas) dan masalah gizi mikro (anemia, KVA, GAKI). Suatu gangguan gizi dikatakan menjadi prioritas masalah gizi berdasar jumlah penderita di masyarakat, dampak, ilmu dan teknologi penanggulangan serta kemampuan untuk menanggulangi (daya dan dana). Masalah gizi dapat terjadi dan memiliki dampak di seluruh siklus kehidupan. Penyebab masalah gizi dibagi menjadi penyebab langsung, penyebab tak langsung, masalah utama dan masalah dasar. Kegiatan gizi masyarakat pada tahun 2019 berupa pendidikan gizi, surveilans gizi dan suplementasi gizi.

3.2. Test Formatif

1. Gizi yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat menitikberatkan pada upaya kesehatan yang bersifat ...
 - A. Kuratif dan preventif
 - B. Promotif dan kuratif
 - C. Promotif dan preventif
 - D. Promotif dan rehabilitatif
2. Masalah gizi masyarakat yang terjadi akibat ketidakseimbangan zat gizi makro diantaranya yaitu ...
 - A. Anemia Gizi Besi
 - B. Kekurangan vitamin A

- C. Obesitas dan *overweight*
 - D. Gangguan Akibat Kekurangan Iodium
3. Upaya penanggulangan masalah gizi masyarakat tidak hanya menyangkut aspek kesehatan tetapi juga aspek lain di luar sektor kesehatan. Upaya penanggulangan masalah gizi yang meliputi aspek-aspek di luar sektor kesehatan disebut ...
- A. Upaya sensitif
 - B. Upaya spesifik
 - C. Upaya primer
 - D. Upaya sekunder
4. Contoh intervensi gizi sensitif untuk masalah ibu underweight (IMT<18) yaitu ...
- A. *Food fortification*
 - B. *Food supplementation*
 - C. *Cash transfers of incentives*
 - D. *Behaviour change intervention*

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait keberhasilan penanganan masalah gizi masyarakat di Indonesia dan di dunia.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

- 1. C
- 2. C
- 3. A
- 4. C

Daftar Pustaka

Gibney, M.J., Margetts, B.M., Keraney, J.M. dan Arab, L. Public Health Nutrition. Blackwell Science. The Nutrition Society 2004

Intervention strategies to improve nutrition and health behaviours before conception (Marry Barker et al, 2018)

Interventions in agriculture for nutrition outcomes: A systematic review focused on South Asia (Frances A. Birda et al, 2019)

Notoatmodjo, S. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta. 2014

Pritasari, Didit Damayanti, Nugraheni Tri Lestari. 2017. Gizi dalam Daur Kehidupan. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan. BPPSDMK. Kementerian Kesehatan RI

Surahman, Supardi, S.,2016. Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM. Kementerian Kesehatan RI. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan. BPPSDMK

Senarai

- Antibodi : zat yang dibentuk dalam darah untuk memusnahkan bakteri, virus atau melawan toksin yang dihasilkan oleh bakteri
- e-PPGBM : aplikasi elektronik-Pencatatan dan Pelaporan Gizi Berbasis Masyarakat
- Sleep apnea : gangguan tidur yang berpotensi serius ketika napas berhenti dan berlanjut berulang kali. Faktor risikonya antara lain penuaan dan obesitas. Kondisi ini lebih banyak ditemukan pada pria.
- Taburia : Taburan Ceria, bubuk multivitamin dan multimineral untuk memenuhi kebutuhan vitamin dan mineral anak balita

H. EPIDEMIOLOGI GIZI

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Epidemiologi memiliki arti prevalensi penyakit. Epidemiologi gizi merupakan ilmu yang mempelajari sebaran, besar dan determinan masalah gizi dan penyakit yang berhubungan dengan masalah gizi. Materi pada bab ini akan mempelajari mengenai pengertian epidemiologi, perluasan ilmu epidemiologi, batasan epidemiologi, peranan epidemiologi, metode – metode epidemiologi, pengukuran epidemiologi, validitas dan reliabilitas dalam epidemiologi dan epidemiologi gizi.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan kepada mahasiswa tentang apa itu epidemiologi, peran epidemiologi dan epidemiologi gizi.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti epidemiologi, perluasan ilmunya hingga epidemiologi gizi

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah sub pokok bahasan Epidemiologi Gizi selesai, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Memahami dan menjelaskan pengertian epidemiologi
- b. Memahami dan menjelaskan mengenai studi epidemiologi
- c. Memahami dan menjelaskan cara pengukuran epidemiologi
- d. Memahami dan menjelaskan validitas reliabilitas dalam epidemiologi
- e. Memahami dan menjelaskan mengenai epidemiologi gizi

1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan epidemiologi, terutama epidemiologi gizi. Agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini, selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji pemahaman dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok

bahasan ini. Jika nilai yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya.

2. Penyajian

2.1. Uraian

A. Pengertian Epidemiologi

Epidemia (Yunani) – ‘prevalensi penyakit’ (diambil dari kamus online Oxford) – dan istilah terkait yang lebih tepat adalah epidemi. Definisi formalnya adalah studi mengenai terjadinya dan distribusi keadaan atau peristiwa yang berhubungan dengan kesehatan pada populasi tertentu, termasuk studi tentang determinan yang mempengaruhi keadaan tersebut dan penerapan pengetahuan ini untuk mengendalikan masalah kesehatan (diambil dari edisi ke-5, dari Kamus Epidemiologi)

Tabel 3. Tujuan Epidemiologi

Whether	Mengkaji apakah kematian akibat penyakit atau masalah kesehatan sama atau berbeda antar populasi (epidemiologi deskriptif)
Why	Untuk mengidentifikasi mengapa beberapa populasi atau individu memiliki risiko lebih tinggi terhadap suatu masalah kesehatan (identifikasi multikausal)
What	Untuk mengukur kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan, dampak terhadap pelayanan kesehatan dan kebijakan kesehatan untuk pencegahan penyakit, apa yang bisa dilakukan untuk memperbaiki kesehatan masyarakat

Perluasan pengertian epidemiologi yaitu:

- Epidemiologi merupakan studi tentang epidemi: hanya penyakit menular, saat ini berkembang, juga mempelajari penyakit tidak menular

- Studi yang mengkaji tentang **determinan** dan **distribusi** penyakit untuk memahami penyebab dan pencegahannya.
- Mengkaji **populasi** (individu sehat/sebelum ‘*disease onset*’) atau **pasien** dengan gejala untuk mengetahui perkembangan penyakit.

Batasan epidemiologi yaitu mencakup semua penyakit, populasi (masyarakat sehat maupun sakit) dan pendekatan ekologi. Epidemiologi mempelajari penyebaran penyakit (siapa, dimana dan kapan (orang, tempat dan waktu)).

Konsep terjadinya penyakit dibagi menjadi:

- Segitiga epidemiologi / *triad epidemiology*

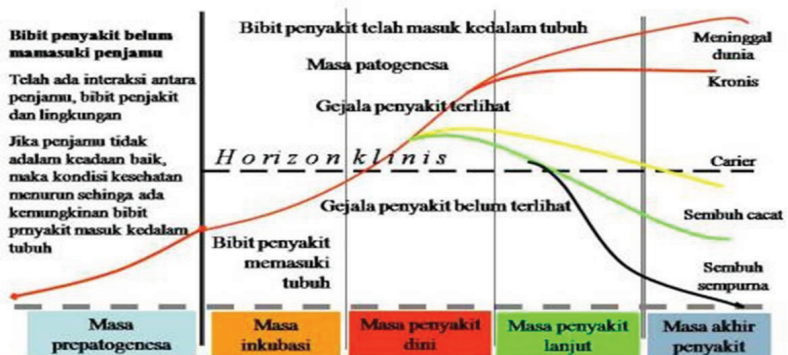
Merupakan suatu model yang menggambarkan penyakit menular menyebar disebabkan adanya interaksi antara faktor penyebab penyakit atau “agen”, manusia sebagai “penjamu” atau “*host*” dan lingkungan sebagai faktor pendukung. Ketika salah satu faktor tidak seimbang, misalnya kekebalan pejamu menurun, perubahan lingkungan atau jumlah sumber penyakit bertambah akan menyebabkan ketidakseimbangan, akibatnya menyebabkan seseorang sakit.



Gambar 27. Segitiga Epidemiologi

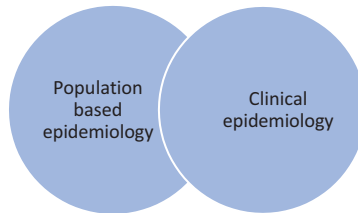
- Riwayat alamiah penyakit

Penyakit dapat dicegah dengan mengenali riwayat alamiah penyakit.



Gambar 28. Riwayat Alamiah Penyakit

B. Studi Epidemiologi



Gambar 29. Studi Epidemiologi

- Population based epidemiology

Studi yang dirancang untuk mencoba dan memahami penyebab penyakit (etiologi) biasanya berbasis populasi karena dimulai dengan individu sehat yang kemudian ditindaklanjuti untuk melihat faktor risiko mana yang memprediksi penyakit (epidemiologi berbasis populasi). Hasil studi ini membantu dokter, pembuat kebijakan kesehatan dan pemerintah memutuskan tentang cara terbaik untuk mencegah penyakit.

- Clinical epidemiology

Studi yang dirancang untuk membantu memahami cara terbaik untuk mendiagnosis penyakit, memprediksi riwayat alaminya, atau pengobatan apa yang terbaik akan menggunakan populasi individu dengan gejala atau penyakit yang didiagnosis secara klinis (epidemiologi klinis). Studi ini digunakan oleh dokter atau organisasi yang memberi anjuran tentang pengelolaan penyakit.

Epidemiologi merupakan ilmu sekaligus alat/metode mempelajari masalah kesehatan. Epidemiologi memiliki peran:

- Sebagai *tool*/alat: menjawab pertanyaan siapa, dimana, bagaimana, dan kapan penyebaran masalah
- Sebagai metode / pendekatan dalam pemecahan masalah kesehatan
- Ukuran-ukuran epidemiologi (misal: prevalensi, dapat digunakan untuk perhitungan kasus baru, dan sebagainya).

Epidemiologi deskriptif: mempelajari frekuensi dan distribusi penyakit pada masyarakat menurut variable orang, tempat, dan waktu.

- Orang: umur, JK, kelas sosial, pekerjaan
- Tempat: distribusi geografis (desa-kota, pantai-pegunungan, dsb)
- Waktu: variasi siklik, musim, atau random

Epidemiologi analitik: analisis faktor penyebab masalah kesehatan masyarakat

- Studi riwayat kasus,
- Studi kohort, case control

Epidemiologi eksperimental: mengadakan percobaan terhadap kelompok perlakuan dibandingkan dengan kelompok kontrol

- Community trial
- Clinical trial

Gambar 30. Metode - Metode Epidemiologi

C. Pengukuran Epidemiologi

Morbiditas:	• <i>INCIDENCE RATE</i> • <i>ATTACK RATE</i> • <i>PREVALENCE RATE</i> • <i>PERIOD PREVALENSI</i>
Mortalitas:	• <i>CRUDE DEATH RATE</i> • <i>AGE SPECIFIC DEATH RATE</i> • <i>CAUSE DISEASE SPECIFIC DEATH RATE</i>

Gambar 31. Pengukuran Epidemiologi

Prevalensi didefinisikan sebagai proporsi (atau %) dengan penyakit pada titik waktu tertentu.

$$\text{Prevalence} = \frac{\text{number with disease at particular time}}{\text{total number in population at that time}}$$

Contoh: di antara 878 anak berusia 5 hingga 15 tahun yang terdaftar di dokter umum, 173 sedang dirawat karena asma. Prevalensi asma adalah $173/878 = 0,197$ (19,7%).

$$\text{Prevalence} = \text{incidence} \times \text{average duration of disease.}$$

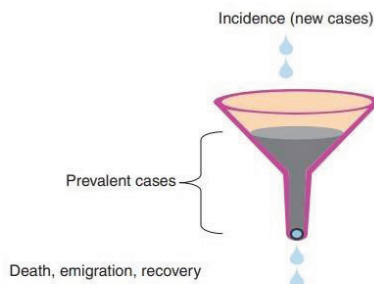


Figure 2.3 The relationship between prevalence, incidence and disease duration.

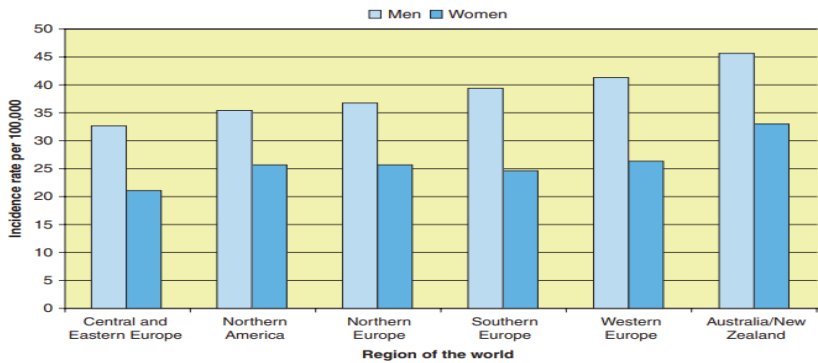


Figure 2.4 Age standardised incidence rates for colorectal cancer (2008) for men and women in different regions of the developed world.
Source: Data taken from Cancer Research UK website
<http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/world/colorectal-cancer-world>

Gambar 33. Perbandingan Insiden Kanker Kolon Tahun 2018 di Berbagai Wilayah Dunia

$$CDR = \frac{\text{jumlah kematian di kalangan penduduk di suatu daerah dalam satu tahun}}{\text{jumlah penduduk rata-rata (pertengahan tahun di daerah dan tahun yang sama)}} \times 10^n$$

Crude Death Rate (CDR) atau angka kematian dasar, jumlah penduduk bukan merupakan penyebut yang sebenarnya karena berbagai golongan umur mempunyai kemungkinan mati yang berbeda-beda, sehingga perbedaan dalam susunan umur antara beberapa penduduk akan menyebabkan perbedaan dalam CDR meskipun rate untuk berbagai golongan umur yang sama. CDR tidak memperhatikan umur, jenis kelamin, ras, sosioekonomi, dan faktor lainnya. Kekurangan dari CDR yaitu terlalu menyederhanakan pola yang kompleks dari rate, penggunaannya dalam perbandingan angka kematian antar berbagai penduduk yang mempunyai susunan umur yang berbeda-beda tidak dapat secara langsung melainkan harus melalui prosedur penyesuaian (*adjustment*). Kelebihan dari CDR yaitu sifatnya merupakan *summary rate* dan dapat dihitung dengan adanya informasi yang minimal. CDR dapat digunakan untuk perbandingan perbandingan menurut waktu dan perbandingan-perbandingan internasional. Untuk penyelidikan epidemiologi akan diperlukan *summary rate* yang tidak mempunyai kelemahan-kelemahan seperti CDR.

$$ASDR = \frac{\text{jml kematian umur tertentu di suatu daerah dalam waktu satu tahun}}{\text{jml penduduk umur tertentu pada daerah dan tahun yang sama}} \times 10^n$$

Age Spesific Death Rate (ASDR) merupakan angka kematian berdasarkan spesifik usia. Contoh: kecamatan C, jumlah penduduk umur 20 -30 tahun pada tengah tahun 2018 adalah 1000 orang. Dari jumlah tersebut, selama tahun 2018 meninggal 3 orang.

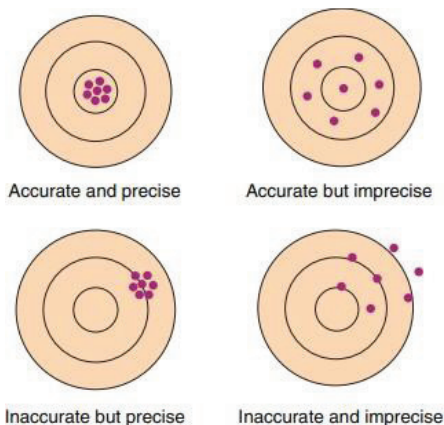
$$ASDR = \frac{3}{1000} \times 1000 = 0,003 \times 1000 = 3 \text{ per } 1000 \text{ penduduk}$$

$$CDSDR \text{ penyakit X} = \frac{jml \text{ kematian krn peny X di satu daerah dalam waktu satu tahun}}{jml \text{ penduduk rata-rata (tengah tahun) pada daerah dan tahun yg sama}} \times 10^n$$

Cause Disease Spesific Death Rate (CDSDR) merupakan tingkat kematian spesifik berdasarkan penyakit penyebab. Contoh: Pada tengah tahun 2018 di kecamatan M, jumlah penduduknya 2000. selama tahun 2018 tersebut terdapat 3 orang yang meninggal karena Tb. Maka kematian akibat Tb adalah:

$$CDSDR = \frac{3}{2000} \times 1000 = 1,5 = 2 \text{ (pembulatan) per } 1000 \text{ penduduk}$$

D. Validitas dan Reliabilitas dalam Epidemiologi



Gambar 34. Validitas dan Reliabilitas dalam Epidemiologi

Sumber: <https://basicmedicalkey.com/epidemiological-concepts/>

Validitas sampel berkaitan dengan apakah estimasi akurat dari nilai populasi sebenarnya dan ditentukan oleh seberapa representatif sampel dari populasi dan apakah ada bias yang dimasukkan ke dalam penelitian. Reliabilitas sampel berkaitan dengan seberapa tepat estimasi tersebut – seberapa yakin kita dengan nilai populasi yang sebenarnya. Bias adalah kesalahan sistematis yang berhubungan baik dengan pemilihan

peserta ke dalam atau keluar dari studi atau dengan pengukuran paparan dan/atau hasil. Bias dalam studi epidemiologi dapat berupa:

- Bias seleksi (proses seleksi atau partisipasi subjek)
- Bias informasi (proses pengumpulan data)
- Kerancuan/*co-founding* (tercampurnya efek paparan utama dengan efek faktor risiko eksternal lain)

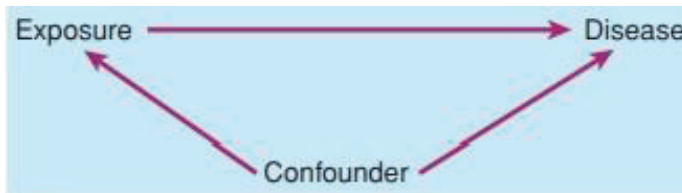


Figure 3.2 Circumstances in which a third factor can bias the association between exposure and disease.

Gambar 35. Variabel Perancu

Sumber: <https://basicmedicalkey.com/epidemiological-concepts/>

E. Epidemiologi Gizi

Epidemiologi gizi merupakan kajian epidemiologi untuk mengatasi berbagai permasalahan gizi masyarakat dan kajian epidemiologi untuk menyelesaikan berbagai masalah kesehatan berkaitan dengan gizi. Epidemiologi gizi berkembang dari ketertarikan bahwa konsep diet dapat mempengaruhi penyakit pada manusia. meskipun epidemiologi gizi merupakan cabang penelitian baru, tapi penggunaan dasar epidemiologi untuk mengidentifikasi masalah kesehatan berkaitan dengan gizi telah digunakan > 200 tahun. Abad 18, dilakukan observasi Lind (1753) menemukan bahwa buah dan sayur segar dapat mengobatati *scurvy*, dengan dilakukan *control clinical trials* didapat bahwa lemon dan jeruk “*most sudden and good effect*” mengatasi defisiensi vitamin C sebagai penyebab *scurvy*. Akhir abad 19, beri-beri terjadi pada para pelayar dan ditemukan bahwa konsumsi susu dan sayur dapat mengeliminasi penyakit tersebut.

Saat merebaknya sindrom defisiensi thiamin juga digunakan pendekatan epidemiologi untuk menjelaskan bahwa pellagra adalah kondisi kurang gizi, berhubungan dengan ‘*corn meal subsistence diet*’ di US. Selain itu, Keshan disease di China diketahui akibat dari defisiensi selenium. Sindrom defisiensi ini terjadi pada individu – individu yang jarang/tidak pernah/sangat rendah asupan zat gizi tertentu.

Sindrom ini seringkali memiliki masa laten. Saat ini riset epidemiologi gizi telah berkembang sangat pesat pada hewan maupun manusia.

Epidemiologi gizi kontemporer memiliki fokus kajian pada penyakit di dunia barat (transformasi epidemiologi gizi):

- Penyakit menular → penyakit kronik (40 tahun yang lalu) jantung dan cancer → osteoporosis, katarak, stroke, DM, kongenital malformation, dan sebagainya
- Tidak seperti penyakit defisiensi gizi, penyakit – penyakit ini mempunyai faktor risiko yang kompleks tidak hanya berkaitan dengan diet tetapi juga genetik, pekerjaan, psikososial, penyakit infeksi, aktifitas fisik, perilaku, dan sebagainya.
- Sebagian besar penyakit ini memiliki masa laten Panjang

Epidemiologi adalah “metode” logis untuk mempelajari penyebab penyakit serta keterkaitan gizi dengan kesehatan manusia. Aalah satu keterbatasan dalam pengukuran epidemiologi gizi adalah pada metode pengukuran diet. *Dietary assesment* (antropometri, biokimia, dan sebagainya) seringkali kurang akurat pada penelitian epidemiologi dengan subjek yang banyak (misal: puluhan ribu orang). Selain itu, kecocokan pemilihan desain epidemiologi juga turut menentukan hasil dari studi epidemiologi. Meskipun demikian, pemahaman tentang keterkaitan gizi dan kesehatan sangat tergantung dari data epidemiologi observasional (lebih ekonomis, menjangkau luas). Oleh karena itu, sangat penting untuk dapat memaksimalkan metodologi epidemiologi dalam pengumpulan data, prosedur analisis, dan interpretasi temuan.

Epidemiologi merupakan basic ilmu kedokteran dan kesehatan. Kesehatan masyarakat memiliki fokus pada peningkatan kesehatan populasi daripada individu. Intervensi kesehatan masyarakat dapat berupa intervensi medis, pendidikan (promosi kesehatan), sosial ataupun kebijakan. Dapat dipercepat dengan perilaku masyarakat yang sehat dan mengurangi pilihan makan yang tidak sehat. Data sensus kesehatan secara rutin dan data studi epidemiologi menyediakan informasi serta alat untuk menilai kesehatan di tingkat populasi.

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Tema yang ditulis yaitu menjelaskan mengenai perkembangan epidemiologi gizi. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya.

3. Penutup

3.1. Rangkuman

Epidemiologi merupakan ilmu yang mengkaji prevalensi penyakit. Konsep terjadinya penyakit dapat dilihat dari segitiga epidemiologi dan riwayat alamiah penyakit. Studi epidemiologi dibagi menjadi epidemiologi berdasar populasi dan epidemiologi klinis. Epidemiologi merupakan ilmu sekaligus alat/metode mempelajari masalah kesehatan. Epidemiologi gizi merupakan kajian epidemiologi untuk mengatasi berbagai permasalahan gizi masyarakat.

3.2. Test Formatif

1. Aspek *whether* pada tujuan epidemiologi memiliki makna yaitu ...
 - A. Epidemiologi bertujuan untuk mengkaji apakah kematian akibat penyakit atau masalah kesehatan sama atau berbeda antar populasi
 - B. Epidemiologi bertujuan untuk mengkaji mengapa beberapa populasi atau individu memiliki risiko lebih tinggi terhadap suatu masalah kesehatan
 - C. Epidemiologi bertujuan untuk mengukur kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan
 - D. Epidemiologi bertujuan untuk menganalisis dampak terhadap pelayanan kesehatan dan kebijakan kesehatan untuk pencegahan penyakit
2. Konsep terjadinya penyakit yang memberikan gambaran penyakit menular menyebar disebabkan adanya interaksi antara host, agent, dan environment yaitu ...
 - A. Konsep sehat sakit
 - B. Roda epidemiologi
 - C. Segitiga epidemiologi
 - D. Riwayat alamiah penyakit
3. Studi epidemiologi yang mempelajari frekuensi dan distribusi penyakit pada masyarakat menurut variabel orang, tempat, dan waktu yaitu ...
 - A. Epidemiologi klinis
 - B. Epidemiologi analitik
 - C. Epidemiologi lapangan
 - D. Epidemiologi deskriptif
4. Bias dalam studi epidemiologi yang terjadi akibat kesalahan dalam pemilihan subjek studi termasuk dalam ...
 - A. Bias seleksi
 - B. Bias informasi
 - C. Bias perancu
 - D. *Counfounding*

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait peran epidemiologi bagi perkembangan ilmu gizi.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

1. A
2. C
3. D
4. A

Daftar Pustaka

Surahman, Supardi, S., 2016. Ilmu Kesehatan Masyarakat PKM. Kementerian Kesehatan RI. Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan. BPPSDMK

Yoav Ben-Shlomo Sara T. Brookes Matthew Hickman. Epidemiology, Evidence-based Medicine And Public Health. 6th edition. Wiley-Blackwell. 2011

Walter Willet. Nutritional Epidemiology. 3rd edition. Oxford university press. 2013

Senarai

Determinan : factor-faktor yang menentukan/penyebab/risiko

Scurvy : skorbut, suatu kondisi masalah gizi yang diakibatkan oleh kekurangan vitamin

C tingkat berat

I. PERANAN PEMASARAN SOSIAL DALAM KESEHATAN MASYARAKAT

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Setiap masalah kesehatan masyarakat memiliki determinan perilaku. Upaya memecahkan masalah kesehatan masyarakat harus ada pendekatan / intervensi terhadap perilaku. Upaya dalam memecahkan masalah kesehatan masyarakat dapat berupa penyuluhan kesehatan, pendidikan kesehatan, edukasi kesehatan, komunikasi kesehatan, informasi kesehatan dan promosi kesehatan.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan ke mahasiswa mengenai promosi kesehatan, tujuan dari promosi kesehatan serta contoh – contoh keberhasilan promosi kesehatan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti mengenai promosi kesehatan dan perannya dalam meningkatkan kesehatan di masyarakat

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah sub-pokok Peranan Pemasaran Sosial dalam Kesehatan Masyarakat selesai, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Memahami dan menjelaskan mengenai promosi kesehatan
- b. Memahami dan menjelaskan mengenai pemasaran dalam kesehatan masyarakat
- c. Memahami dan menyebutkan contoh pemasaran sosial yang sukses dalam upaya meningkatkan kesehatan masyarakat

1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan peranan pemasaran sosial dalam kesehatan masyarakat agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini. Selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji

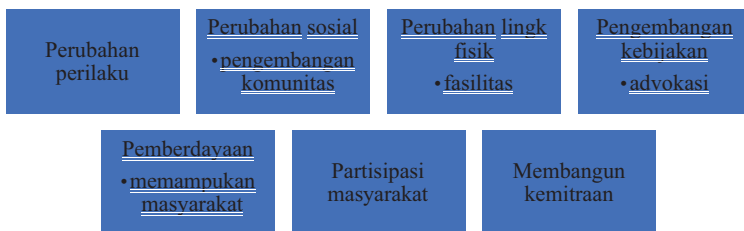
pemahaman dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya.

2. Penyajian

2.1. Uraian

A. Promosi Kesehatan

Dimensi dari promosi kesehatan yaitu merupakan tahap pertama dalam peningkatan kesehatan, kegiatan pemasaran / penjualan, propaganda kesehatan (mempengaruhi masyarakat) dan penyuluhan kesehatan. Menurut Level and Clark, promosi kesehatan merupakan peningkatan kesehatan. Promosi kesehatan merupakan upaya memasarkan, menyebarluaskan, memperkenalkan pesan-pesan kesehatan, atau upaya-upaya kesehatan sehingga masyarakat menerima pesan-pesan tersebut. Tujuan dari promosi kesehatan yaitu memampukan (memberdayakan) masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan gizi dan kesehatan mereka serta menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi gizi dan kesehatannya. Sasaran dari promosi kesehatan yaitu masyarakat.



Gambar 36. Fokus Promosi Kesehatan



Gambar 37. Sub Bidang Keilmuan Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan berdasar pada undang – undang nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan. Pembangunan kesehatan mengutamakan Prinsip Hidup Bersih Sehat (PHBS). Maka dari itu, perlu pendidikan kesehatan yang efektif dengan kemajuan teknologi komunikasi (dengan dukungan media massa yang akurat) atau disebut pemasaran sosial.

B. Pemasaran

Pemasaran berasal dari kata pasar (market), merupakan kegiatan memasarkan barang/ jasa. Meliputi kegiatan menjual, membeli, mengangkut, menyortir, menyimpan, dan sebagainya.

- Pemasaran sosial

Produk – produk sosial berupa pelayanan kesehatan /program kesehatan memiliki daya saing bila dibandingkan produk – produk komersial. Tetapi, sosial $\neq$ komersial, menjual produk – produk kesehatan yang berorientasi pada perilaku tidak sama dengan menjual produk – produk komersial. Menurut Philip Kotler, pemasaran sosial yaitu suatu proses membuat rancangan, implementasi, dan pengawasan program yang ditujukan untuk meningkatkan penerimaan gagasan sosial atau perilaku pada suatu kelompok sasaran.

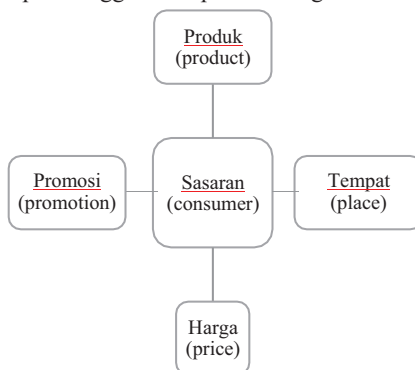
Pemasaran sosial digunakan karena beberapa alasan seperti pengalaman di sektor komersial, keberhasilan dalam menjangkau konsumen serta kesediaan konsumen untuk membayar atau membeli, pengalaman di sektor sosial, resistensi terhadap program sosial, keengganan masyarakat untuk membayar pelayanan sosial, kecenderungan penggunaan power di sektor sosial, orientasi konsumen vs produsen. Unsur – unsur pemasaran sosial yaitu produk (*product*), harga (*price*), tempat (*place*) dan promosi (*promotion*).

Pemasaran sosial dalam kesehatan masyarakat merupakan perencanaan dan implemementasi program untuk membawa perubahan sosial yang didesain menggunakan konsep – konsep pemasaran komersial. Pemasaran sosial di bidang kesehatan memerlukan andir dari seluruh tenaga kesehatan termasuk ahli gizi. Konsep diupayakan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat dan memuat konsep pendidikan masyarakat dan konsep pemasaran.

Variabel pemasaran sosial di bidang kesehatan yaitu:

- *Product*: gagasan / ide,jasa pelayanan yang akan dijual/dipasarkan, perilaku hidup sehat $\times$ kompetitornya adalah perilaku hidup tidak sehat. Kemasan produk disesuaikan hasil riset pasar

- *Price*: sosial, emosional, dan *monetary cost* yang dikeluarkan untuk memperoleh manfaat dari produk termasuk tenaga dan waktu/nilai pengorbanan (tidak hanya harga program)
- *Place*: jalur yang digunakan untuk menyalurkan produk ke konsumen dan tempat dimana perubahan perilaku terjadi / dipraktikkan. Penyediaan dan distribusi tidak hanya melibatkan sistem pengadaan para agen dan pengecer, tetapi juga upaya lain misal kader, nakes, kerabat, dan sebagainya. Puskesmas, posyandu, pos obat desa, dan polindes adalah tempat-tempat memasarkan produk kesehatan
- *Promotion*: aktivitas yang dilakukan untuk mendukung perubahan perilaku, tidak hanya melalui iklan tetapi juga menyangkut pendidikan konsumen agar dapat menggunakan produk secara tepat. Para komunikator kesehatan menggunakan prinsip dasar pengajaran/penyuluhan untuk dapat melatih konsumen agar dapat menggunakan produk dengan baik dan tepat.



Gambar 38. Hubungan Variabel - Variabel Pemasaran Sosial

Konsumen/masyarakat merupakan pusat kegiatan (pemasaran sosial berorientasikan pada konsumen), pembeli adalah raja. Konsumen secara sistematis diminta saran sepanjang proses komunikasi dan memberikan data untuk berbagai keputusan pemasaran yang menentukan. Masyarakat sebagai sasaran terbagi dalam kelompok – kelompok (karakteristik) sehingga perlu adanya segmentasi pasar / segmentasi sasaran. Tujuan segmentasi ini untuk menentukan cara, metode, media yang sesuai dengan tiap kelompok sasaran tersebut. Segmentasi sasaran umumnya ditentukan berdasarkan kriteria karakteristik demografis (usia, jenis kelamin, pendidikan, sosial ekonomi, tempat tinggal, agama, dan sebagainya), karakteristik

geografis (wilayah, luas daerah, kepadatan, dan sebagainya), karakteristik perilaku / psikografis (gaya hidup, nilai-nilai, dan sebagainya).

12 langkah pemasaran sosial bidang kesehatan:

1. Identifikasi masalah – masalah kesehatan dalam kelompok sasaran
2. Penetapan prioritas masalah
3. Telaah gagasan atau pesan apa dan pemasaran bagaimana yang diperlukan untuk pemecahan masalah tersebut
4. Menetapkan siapa yang akan menjadi khalayak sasaran pemasaran
5. Melakukan suatu penelitian terhadap khalayak sasaran tersebut
6. Menetapkan tujuan secara spesifik
7. Rencanakan kegiatan pemasaran
8. Melakukan uji coba untuk mengetahui reaksi pasar/sasaran
9. Perbaiki rencana pemasaran dan isi gagasan sesuai hasil uji coba
10. Membakukan rumusan gagasan serta pola pemasaran atau distribusi yang dianggap akan menjangkau khalayak sasaran secara luas
11. Melakukan koordinasi dengan program – program lain yang relevan
12. Melakukan evaluasi dampak pemasaran tersebut dan memodifikasi sesuai hasil evaluasi

Media massa dalam pemasaran sosial memiliki karakteristik target sasaran sangat besar, komunikasi berlangsung 1 arah, komunikator melembaga, pesan bersifat umum, komunikasi bersifat heterogen, menimbulkan/memunculkan keserempakan, komunikasi elektronik termasuk dalam komunikasi massa

- Pemasaran komersial

Pemasaran komersial ada barang/jasa yang ditawarkan kepada konsumen. Dari hasil penjualan, produsen memperoleh laba. 4 unsur pokok pemasaran komersial yaitu produk (*product*), harga (*price*), tempat (*place*), promosi (*promotion*). Menggunakan strategi pemasaran yaitu 4 P + 1 C (*customer*). Konsumen merupakan pusat pemasaran sehingga harus dipelajari perilaku konsumen, kebiasaan dan gaya hidup konsumen. Pemasaran komersial merupakan pemasaran barang yang sifatnya *tangible*/ jasa (*service*).

Tabel 4. Perbedaan Pemasaran Komersial dan Sosial dari Aspek 4P+1C.

	Sosial	Komersial
Consumer	Perilaku sehat dapat diadopsi oleh semua kalangan dan umur kecuali hal – hal tertentu	Sesuai segmen produk yang ditawarkan
Product	Produk sosial: penggunaan lebih rumit, sering kontroversial, keuntungan produk tidak cepat dirasakan, ukuran keberhasilan penjualan atau adopsi produk sosial lebih berat	Produk komersial
Price	Tidak hanya finansial tetapi juga pengorbanan yang dilakukan untuk mengadopsi perilaku	Lebih ke finansial
Place	Datang ke tempat dimana produk ditawarkan	Datang ke tempat dimana produk itu ditawarkan
Promotion	Lebih jujur dalam mempromosikan produk	Kebohongan publik seakan diperbolehkan

Prinsip dan kegiatan pemasaran sosial yang sama dengan pemasaran komersial yaitu berupa perlunya riset pasar, pengembangan produk (berupa jasa pelayanan / perilaku baru), penentuan harga dan periklanan dan promosi (menumbuhkan perubahan perilaku yang menguntungkan masyarakat). Perbedaan lainnya yaitu pemasaran komersial mengukur kesuksesan dari laba. Sedangkan pemasaran sosial bidang kesehatan mengukur kesuksesan dari keberhasilan mencapai perubahan perilaku (peningkatan perilaku sehat).

C. Contoh Keberhasilan Pemasaran Sosial

Awal tahun 1970-an Mac Coby dan Farquhar membuktikan keberhasilan media massa mengurangi penyakit jantung. Dr. Leonardo Mata dari Costa Rica membuktikan bahwa kampanye di media massa menolong mengurangi insiden diare di kotanya yang menyebabkan tingginya Angka Kematian Bayi (AKB). Studi di Stanford *community* menyebutkan telenovela yang mengandung unsur perubahan perilaku merokok dapat membuat 18% dari perokok yang disurvei menghentikan kebiasaan merokok mereka.

Social Marketing Improved the Consumption of Iron-fortified Soy Sauce among Women in China

Continuing Education Questionnaire available at [www.sne.org/MeetsLearningNeedCodesforRDsandDTRs4010, 4100, 4200, 4300, 4400, 4500, 4600, 4700, 4800, 4900, 5000, 5100, 5200, 5300, 5400, 5500, 5600, 5700, 5800, 5900, 6000, 6100, 6200, 6300, 6400, 6500, 6600, 6700, 6800, 6900, 7000, 7100, 7200, 7300, 7400, 7500, 7600, 7700, 7800, 7900, 8000, 8100, 8200, 8300, 8400, 8500, 8600, 8700, 8800, 8900, 9000, 9100, 9200, 9300, 9400, 9500, 9600, 9700, 9800, 9900](http://www.sne.org/MeetsLearningNeedCodesforRDsandDTRs4010,4100,4200,4300,4400,4500,4600,4700,4800,4900,5000,5100,5200,5300,5400,5500,5600,5700,5800,5900,6000,6100,6200,6300,6400,6500,6600,6700,6800,6900,7000,7100,7200,7300,7400,7500,7600,7700,7800,7900,8000,8100,8200,8300,8400,8500,8600,8700,8800,8900,9000,9100,9200,9300,9400,9500,9600,9700,9800,9900)



Xinying Sun, PhD¹; Prof. Yan Guo, MPH¹; Sisun Wang, MPH²; Jing Sun, MD³

ABSTRACT

Objective: To test the feasibility and effectiveness of social marketing on the improvement of women's knowledge, attitudes, and behaviors regarding iron-fortified soy sauce (FeSS).

Design: A community-based intervention was conducted among 4 groups, experimental rural (E_R), control rural (C_R), experimental urban (E_U), and control urban (C_U).

Setting: Urban and rural areas in Guizhou province, China.

Participants: Women 19 to 70 years old (n = 193 in rural areas and n = 179 in urban areas).

Intervention: A mass-media campaign to promote use of FeSS was conducted throughout Guizhou province. In the intervention areas, social marketing strategies using integrated 6 Ps (product, price, place, promotion, policy, and partnership) were implemented from December 2004 to February 2006.

Main Outcome Measures: Knowledge of FeSS; benefits, barriers, and intention to purchase; availability of FeSS; behaviors regarding purchase and use of FeSS.

Analysis: Analysis of covariance, paired T test and cross-tabulations were used. The α level was set at .05.

Results: Compared with the baseline, perceived benefits of FeSS, barriers (BARRI) and intention to buy (INTEN) significantly improved within both experimental groups ($P < .01$ or $.001$). The only improvement in control groups was for BARRI in C_R ($P < .001$). Availability of FeSS increased in all areas. Purchase and use of FeSS in rural and urban intervention groups increased by nearly 30% more than those in control groups.

Conclusion and Implication: Social marketing of FeSS is feasible and effective to improve knowledge, perception (perceived benefits and overcoming barriers), intention to purchase, and consumption of FeSS among women in Guizhou, China.

Key Words: iron deficiency, iron-fortified soy sauce, social marketing, Theory of Planned Behavior, to Settings Health Belief Model

(J Nutr Educ Behav. 2007;39:302-310)

Gambar 39. Contoh Keberhasilan Pemasaran Sosial (1)

Contents lists available at ScienceDirect

Public Health

Journal homepage: www.elsevierhealth.com/journals/pubh

e-Supplement

An evaluation of an attempt to change the snacking habits of pre-school children using social marketing

J. Richards^a, A. Hackett^a, B. Duggan^a, T. Ellis^{b,*}, D. Forrest^c, P. Grey^d

^aLiverpool John Moores University, Faculty of Education, Community and Leisure, IM Marsh Campus, Barkhill Road, Liverpool L17 6BD, UK

^bChAMPS, Cheshire and Merseyside Public Health Network, Suite 1, Riverside Park, Southwood Road, Bromborough, Wirral, Merseyside CH62 3QX, UK

^cKnowsley ICT / Knowsley MRC, PO Box 23, Nutgrove Villa, Westmorkland Road, Hayton, Liverpool L36 6GA, UK

^dLiverpool PCT / Liverpool City Council, 1 Arthouse Square, 61-69 Seel Street, Liverpool L1 4AG, UK

ARTICLE INFO

Article history:
Received 15 January 2009
Received in revised form 17 June 2009
Accepted 3 July 2009
Available online 19 September 2009

Keywords:
Obesity
Snacks
Social marketing
Pre-school children
Health inequalities
ChAMPS public health network

SUMMARY

Objectives: To demonstrate the feasibility and value of social marketing over a wide geographical footprint, and to improve the snacking habits of pre-school children.

Study design: Two cross-sectional studies before and approximately 3 months after a social marketing intervention targeted into the least affluent areas using convenience sampling.

Methods: Based on market research and directed at the least affluent areas, a brand was created ('Snack Right') and an information leaflet was distributed, supported by a media launch and events at children's centres in targeted areas. This evaluation of some aspects of the project is based on a questionnaire delivered before and after the events.

Results: There were several differences in pre- and post-event responses consistent with the messages delivered, for example increased spending on fruit (but not vegetables) and more positive attitudes towards fruits and vegetables. Some ambiguities were exposed, for example towards snacking, which have implications for the nutritional knowledge of health professionals. The Snack Right brand was recalled by a very high proportion of respondents at follow-up.

Conclusions: This project has shown that social marketing is a viable tool at a subregional level and has the potential to change attitudes, knowledge and behaviour.

Gambar 40. Contoh Keberhasilan Pemasaran Sosial (2)

Retail Grocery Store Marketing Strategies and Obesity An Integrative Review

Karen Glanz, PhD, MPH, Michael D.M. Bader, PhD, Shally Iyer, MPH

- Context: In-store food marketing can influence food-purchasing behaviors and warrants increased attention given the dramatic rise in obesity. Descriptive and experimental studies of key marketing components have been conducted by consumer scientists, marketing researchers, and public health experts. This review

synthesizes research and publications from industry and academic sources and provides direction for developing and evaluating promising interventions.

- Evidence acquisition: Literature sources for the review were English-language articles published from 1995 to 2010, identified from multidisciplinary search indexes, backward searches of cited articles, review articles, industry reports, and online sources. Only articles that focused on physical grocery stores and food products were included. Data collection occurred in 2010 and 2011.
- Evidence synthesis: Articles were classified in the categories of product, price, placement, and promotion and divided into controlled laboratory experiments, observation, and field experiments; 125 primary peer-reviewed articles met the inclusion criteria. Narrative synthesis methods were used.
- Key findings were synthesized by category of focus and study design. Evidence synthesis was completed in 2011.
- Conclusions: Findings suggest several strategies for in-store marketing to promote healthful eating by increasing availability, affordability, prominence, and promotion of healthful foods and/or restricting or de-marketing unhealthy foods.

508 *Glanz et al / Am J Prev Med 2012;42(5):503–512*
Table 1. Key findings, promising strategies, and research needs

	Key findings	Promising strategies	Research needs
Products	Access to healthy foods may increase healthful eating.	Ensure availability of healthful products.	Rigorous evaluation designs, quality measures of foods and diet
	Less access to unhealthy foods may promote health.	Reduce/restrict/replace unhealthy foods.	Experimental research to supplement cross-sectional research
Price	Product packaging (size) and images affect purchase and consumption.	Provide small package sizes with prompts for self-regulation.	In-store research to test small packages and images on healthy items
	Price-change effects vary for customer subgroups.	Reduce prices for healthier items within categories (e.g., fruits, vegetables).	Evaluation of impact on varied income groups
Placement	Coupons and cross-promotion increase product liking and purchase.	Use price reductions to increase acceptability of unfamiliar healthier foods.	Test effects and sustainability; qualitative research useful
	In-store location matters; putting promoted products in prominent and “early trip” locations.	Place lower-calorie and healthier foods in visible, accessible locations.	Evaluate the use of placement manipulations in stores within and across products
Promotion	Healthy checkout aisles can be helpful for reducing unhealthy impulse purchases.	Place multiple healthy checkout aisles in stores to shift the healthy/unhealthy balance.	Rigorous impact evaluation and reliable/valid measures of checkout aisle offerings
	Most promotions of child-targeted foods are for sugary foods.	Increase promotion of nutrient-dense child-oriented foods.	Demonstration projects with health-committed cereal manufacturers
	Decrease promotion of sugary foods.	Highlight healthy options by displays, labels, and taste-testing/samples.	Systematic manipulation of healthier options within categories in experiments
	Shelf labels, samples and taste testing, and end-of-aisle displays are most noticed by customers.		

Gambar 41. Kunci Pemasaran Healthy Food di Retail Grocery Store

Pemangku kepentingan memiliki kesempatan untuk menggunakan teori perilaku, pemasaran, atau komunikasi dan kerangka kerja konseptual untuk memandu desain, implementasi, dan pemantauan serta evaluasi kampanye pemasaran dan media terkait diet di masa depan untuk mempromosikan pola makan sehat. Kampanye yang dijelaskan dapat didukung oleh industri, LSM, aktor sektor pemerintah, dan banyak yang terlibat.

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Tema yang ditulis yaitu menjelaskan mengenai contoh pemasaran sosial di bidang gizi. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya.

3. Penutup

3.1. Rangkuman

Promosi kesehatan merupakan upaya peningkatan kesehatan sehingga masyarakat menerima pesan – pesan terkait kesehatan. Tujuan dari promosi kesehatan yaitu memampukan (memberdayakan) masyarakat dan menciptakan keadaan kondusif bagi gizi dan kesehatan. Pemasaran dibagi menjadi pemasaran sosial dan komersial. Pemasaran sosial adalah suatu proses membuat rancangan, implementasi, dan pengawasan program yang ditujukan untuk meningkatkan penerimaan gagasan sosial atau perilaku pada suatu kelompok sasaran. Sedangkan pemasaran komersial ada barang / jasa yang ditawarkan kepada konsumen. Pemasaran sosial di bidang kesehatan perlu andil dari seluruh tenaga kesehatan termasuk ahli gizi.

3.2. Test Formatif

1. Salah satu fokus dari promosi kesehatan yaitu pemberdayaan yang tujuannya adalah ...
 - A. Perubahan perilaku
 - B. Perubahan sosial
 - C. Membangun kemitraan
 - D. Memampukan masyarakat
2. Unsur-unsur dalam pemasaran sosial sama dengan pemasaran komersial yaitu ...
 - A. Produk, harga, promosi, laba
 - B. Harga, promosi, laba, tempat
 - C. Promosi, laba, tempat, produk
 - D. Tempat, produk, harga, promosi
3. Tempat untuk memasarkan produk dalam pemasaran sosial bidang kesehatan seringkali tidak sama dengan pemasaran komersial karena memanfaatkan tempat-tempat berikut *kecuali* ...
 - A. Pos obat desa
 - B. Puskesmas
 - C. Pos ronda
 - D. Polindes

4. Perbedaan pemasaran komersial dan pemasaran sosial di bidang kesehatan pada aspek *price* yaitu ...
 - A. Pada pemasaran sosial penggunaan produk lebih rumit, sering kontroversial
 - B. Pada pemasaran sosial keuntungan produk tidak cepat dirasakan
 - C. Pada pemasaran sosial, ukuran keberhasilan penjualan atau adopsi produk sosial lebih berat
 - D. Pada pemasaran sosial tidak hanya meliputi finansial tetapi juga pengorbanan untuk mengadopsi perilaku

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait manfaat pemasaran sosial untuk peningkatan gizi masyarakat.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

1. D
2. D
3. C
4. D

Daftar Pustaka

- Glanz, K., Bader, Michael D.M., Iyer, S. Retail Grocery Store Marketing Strategies and Notoatmodjo, S. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rineka Cipta. 2014
- Notoatmodjo, S. Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta. 2014
- Obesity An Integrative Review American Journal of Preventive Medicine 2012;42(5):503–512).
- Richards, J., A. Hackett, B.Duggan, T.Ellis, D.Forrest, P. Grey. An evaluation an attempt to change the snacking habits of pre-school children using sosial marketing. Public Health. 2009
- Sun, Xinying, Yan Guo, Sisun wang, Jing Sun. Social Marketing Improved the Consumption of Iron-fortified Soy Sauce among Women in China. Journal of Nutrition Education Behaviour. 2007; 39: 302-310

Undang – Undang Republik Indonesia No 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan. 1992.
Jakarta: Presiden Republik Indonesia

Senarai

Kemitraan : perihal hubungan (jalinan kerjasama dan sebagainya) sebagai mitra
Tangible : asset berwujud/berbentuk fisik

J. GIZI KELUARGA

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Salah satu upaya dalam peningkatan keadaan gizi masyarakat adalah melalui upaya perbaikan gizi keluarga. Lingkungan keluarga yang sehat akan menghindari adanya infeksi menular ataupun penyakit masyarakat lain. Faktor – faktor seperti lingkungan higienis, ketahanan pangan keluarga, pola asuh anak dan pelayanan kesehatan primer sangat menentukan dalam membentuk anak yang tahan gizi buruk.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan ke mahasiswa mengenai peran keluarga dalam upaya peningkatan gizi masyarakat, program – program terkait gizi keluarga yang telah berjalan di masyarakat dan pendampingan keluarga dalam mengatasi permasalahan gizi.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti mengenai peran keluarga dalam upaya peningkatan gizi masyarakat, program – program terkait gizi keluarga yang telah berjalan di masyarakat dan pendampingan keluarga dalam mengatasi permasalahan gizi.

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah sub-pokok Gizi Keluarga selesai, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Memahami dan menjelaskan Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga
- b. Memahami dan menjelaskan pendekatan siklus hidup untuk mencapai keluarga sehat
- c. Memahami dan menjelaskan mengenai keluarga sadar gizi

1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan gizi keluarga agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini. Selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji pemahaman dengan tes formatif untuk

mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya.

2. Penyajian

2.1. Uraian

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



Gambar 1. Penjabaran Visi & Misi Presiden Menjadi Program Indonesia Sehat
Gambar 42. Visi dan Misi Presiden Menjadi Program Indonesia Sehat
Sumber: google.com

PIS-PK merupakan agenda prioritas nasional yang meliputi upaya penerapan paradigma sehat, penguatan pelayanan Kesehatan, dan jaminan Kesehatan nasional. Keluarga sehat merupakan salah satu kunci pokok dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK).



Gambar 43. 12 Indikator Keluarga Sehat
Sumber: Pusdatin Kemenkes RI

Berdasarkan indikator tersebut, dilakukan penghitungan Indeks Keluarga Sehat (IKS) dari setiap keluarga.

$$IKS = \frac{\text{Jumlah jawaban Ya}}{12 - \text{jumlah N}}$$

N(negatif): bila tidak ditemukan indikator tersebut

Contoh, jika di suatu keluarga terdapat semua indikator (12), dan yang memenuhi syarat (dapat dijawab dengan "Ya") ada 10 indikator, maka IKS untuk keluarga tersebut adalah $10/12 = 0,83$. Jika di suatu keluarga lain terdapat hanya 10 indikator (misalnya karena tidak ada penderita Tuberkulosis Paru dan Penderita Gangguan Jiwa) dan yang memenuhi syarat hanya 6 indikator, maka IKS untuk keluarga tersebut adalah $6/10 = 0,60$. Sedangkan jika di keluarga lain lagi terdapat 10 indikator dan yang memenuhi syarat hanya 4 indikator, maka IKS untuk keluarga tersebut adalah $4/10 = 0,400$.

Pengkategorian keluarga menurut IKS adalah sebagai berikut.

Keluarga Sehat: IKS di atas 0,800

Keluarga Pra Sehat: IKS 0,500 – 0,800

Keluarga Tidak Sehat: IKS kurang dari 0,500

Rekapitulasi IKS keluarga kemudian digunakan untuk menghitung/menetapkan IKS tingkat desa/kelurahan, yang menunjukkan status kesehatan masyarakat desa/kelurahan tersebut (desa/kelurahan belum sehat, desa/kelurahan pra sehat, atau desa/kelurahan sehat).

$$IKS \text{ tingkat desa/kelurahan} = \frac{\text{jumlah keluarga dengan IKS} > 0,800}{\text{jumlah seluruh keluarga di desa/kelurahan}}$$

Dengan cara yang sama akan diperoleh pula gambaran tingkat kecamatan dan seterusnya hingga nasional.

$$IKS \text{ tingkat kecamatan} = \frac{\text{jumlah keluarga dengan IKS} > 0,800}{\text{jumlah seluruh keluarga di kecamatan}}$$

Selain IKS, dapat juga dihitung cakupan tiap indikator di tingkat desa/kelurahan, kecamatan, dan seterusnya hingga nasional.

$$\text{Cakupan Indikator} = \frac{\text{jumlah keluarga bernilai 1 untuk indikator bersangkutan}}{\text{jumlah seluruh keluarga memiliki indikator bersangkutan}} \times 100\%$$

Hasil penghitungan akan menggambarkan status dan masalah kesehatan di tiap keluarga, tiap desa, tiap kecamatan hingga secara nasional.

Indeks Keluarga Sehat Indonesia dan 9 Provinsi



Sumber: Aplikasi Keluarga Sehat, per 8 Juni 2017 pukul 9.30 WIB

Sedangkan cakupan masing-masing indikator keluarga sehat secara nasional adalah sebagai berikut.

Gambar 4

Cakupan Indikator Keluarga Sehat



Sumber: Aplikasi Keluarga Sehat, per 8 Juni 2017 pukul 9.30 WIB

Dari 12 indikator utama keluarga sehat, cakupan tertinggi adalah "keluarga memiliki akses/menggunakan sarana air bersih" dan yang terendah adalah "penderita gangguan jiwa berat diobati dan tidak ditelantarkan".

Gambar 44. Hasil Pendataan Keluarga Sehat dengan Aplikasi Keluarga Sehat

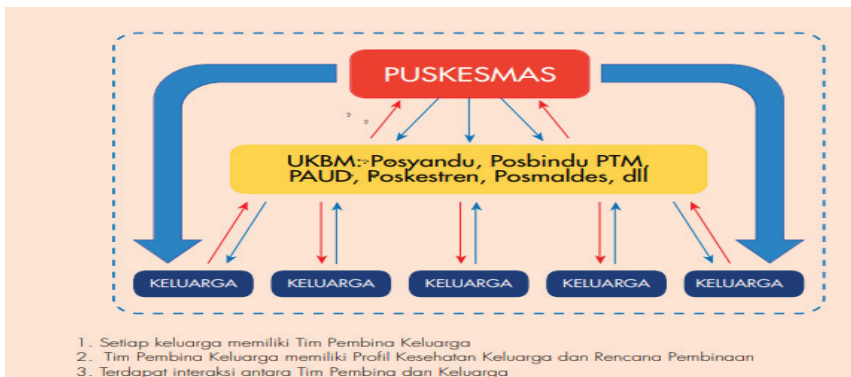
Sumber: Bulletin PIS-PK



Gambar 45. Klasifikasi Keluarga Sehat

Sumber: Kemenkes RI, 2016

Dengan mengunjungi keluarga di rumahnya, Puskesmas akan dapat mengenali masalah masalah kesehatan (dan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)) yang dihadapi keluarga secara lebih menyeluruh (holistik). Individu anggota keluarga yang perlu mendapatkan pelayanan kesehatan kemudian dapat dimotivasi untuk memanfaatkan UKBM yang ada dan/atau pelayanan Puskesmas. Keluarga juga dapat dimotivasi untuk memperbaiki kondisi kesehatan lingkungan dan berbagai faktor risiko lain yang selama ini merugikan kesehatannya, dengan pendampingan dari kader-kader kesehatan UKBM dan/atau petugas profesional Puskesmas. Untuk itu, diperlukan pengaturan agar setiap keluarga di wilayah Puskesmas memiliki Tim Pembina Keluarga.



Gambar 46. Mekanisme Interaksi Puskesmas-Keluarga-UKBM

Sumber: Permenkes no.39, 2016

Pendekatan keluarga adalah pendekatan pelayanan oleh Puskesmas yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat

(UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, didasarkan pada data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga.

B. Pendekatan Siklus Hidup untuk Mencapai Keluarga Sehat



Gambar 47. Pendekatan Siklus Hidup untuk Mencapai Keluarga Sehat

Sumber: google.com

Pendekatan keluarga adalah pendekatan pelayanan oleh Puskesmas yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga, didasarkan pada data dan informasi dari Profil Kesehatan Keluarga.

• Gizi ibu hamil

Masa kehamilan merupakan salah satu masa kritis tumbuh-kembang manusia yang singkat (*window of opportunity*). Gizi pada masa kehamilan akan mempengaruhi kesehatan ibu dan anak yang dikandung. Ibu hamil bukan hanya harus dapat memenuhi kebutuhan zat gizi untuk dirinya sendiri, melainkan juga untuk janin dalam kandungannya. Status gizi baik pada ibu hamil ditandai dengan:

- LiLA normal ($\geq 23,5$ cm).
- IMT Pra hamil normal (18,5 - 25,0).
- Kenaikan BB sesuai usia kehamilan.
- Kadar Hb normal > 11 gr/dL.
- Tekanan darah Normal (Sistol < 120 mmHg dan Diastol < 80 mmHg).
- Gula darah urine negatif.
- Protein urine negatif.

Kelompok Umur	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)			Karbohidrat (g)	Serat (g)	Air (ml)
					Total	Omega 3	Omega 6			
30 – 49 tahun	56	158	2150	60	60	1.1	12	340	30	2350
50 – 64 tahun	56	158	1800	60	50	1.1	11	280	25	2350
65 – 80 tahun	53	157	1550	58	45	1.1	11	230	22	1550
80+ tahun	53	157	1400	58	40	1.1	11	200	20	1400
Hamil (+an)										
Trimester 1			+180	+1	+2.3	+0.3	+2	+25	+3	+300
Trimester 2			+300	+10	+2.3	+0.3	+2	+40	+4	+300
Trimester 3			+300	+30	+2.3	+0.3	+2	+40	+4	+300
Menyusui (+an)										
6 bln pertama			+330	+20	+2.2	+0.2	+2	+45	+5	+800
6 bln kedua			+400	+15	+2.2	+0.2	+2	+55	+6	+650

Kelompok Umur	Vit A (RE)	Vit D (mcg)	Vit E (mcg)	Vit K (mcg)	Vit B1 (mg)	Vit B2 (mg)	Vit B3 (mg)	Vit B5 (Pantotenat) (mg)	Vit B6 (mg)	Folat (mcg)	Vit B12 (mcg)	Biotin (mcg)	Kolin (mg)	Vit C (mg)
Hamil (+an)														
Trimester 1	+300	+0	+0	+0	+0.3	+0.3	+4	+1	+0.6	+200	+0.5	+0	+25	+10
Trimester 2	+300	+0	+0	+0	+0.3	+0.3	+4	+1	+0.6	+200	+0.5	+0	+25	+10
Trimester 3	+300	+0	+0	+0	+0.3	+0.3	+4	+1	+0.6	+200	+0.5	+0	+25	+10

Kelompok Umur	Kalsium (mg)	Fosfor (mg)	Magnesium (mg)	Besi ² (mg)	Iodium (mcg)	Seng ³ (mg)	Selenium (mcg)	Mangan (mg)	Fluor (mg)	Kromium (mcg)	Kalium (mg)	Natrium (mg)	Klor (mg)	Tembaga (mcg)
Hamil (+an)														
Trimester 1	+200	+0	+0	+0	+70	+2	+5	+0.2	+0	+5	+0	+0	+0	+100
Trimester 2	+200	+0	+0	+9	+70	+4	+5	+0.2	+0	+5	+0	+0	+0	+100
Trimester 3	+200	+0	+0	+9	+70	+4	+5	+0.2	+0	+5	+0	+0	+0	+100

Gambar 48. Angka Kecukupan Gizi Ibu Hamil
Sumber: Permenkes No.28, 2019

Selengkapnya dapat dilihat pada PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 28 TAHUN 2019 TENTANG ANGKA KECUKUPAN GIZI YANG DIANJURKAN UNTUK MASYARAKAT INDONESIA

Pesan Gizi Seimbang (PGS) untuk ibu hamil yaitu variasi makanan, suplementasi untuk ibu hamil, pola hidup bersih dan sehat, aktivitas fisik dan pemantauan berat badan sehat. Kondisi khas pdan permasalahan ibu hamil yaitu KEK, hiperemesis gravidarum , anemia, sembelit, diabetes gestational, hipertensi.

- Gizi bayi

Bayi adalah anak usia 0-1 tahun. Masa bayi merupakan periode kritis tumbuh kembang. Pada periode ini terjadi proses tumbuh kembang secara cepat. Kecepatan pertumbuhan dan perkembangan (fisik, kognitif, dan psikososial) salah satunya dipengaruhi oleh gizi. Kebutuhan gizi makro dan mikronutrien untuk bayi per kilogram berat badan bayi perhari lebih besar dibanding usia yang lain. Zat gizi tersebut dibutuhkan untuk mempercepat pembelahan sel dan sintesa DNA selama masa pertumbuhan (terutama energi dan protein). Bayi usia 0 – 6 bulan dapat mencukupi kebutuhan gizinya hanya dengan ASI saja, yaitu dengan mengonsumsi

6 – 8 kali sehari atau lebih pada masa awal dan 6 bulan selanjutnya mulai dikenalkan dengan makanan tambahan berupa Makanan Pendamping ASI (MPASI) untuk mencukupi kebutuhan gizinya. Masalah gizi pada bayi yaitu alergi, gizi lebih, karies gigi, diare dan GAKI.

Tabel 5. Estimasi Kebutuhan Energi Bayi (0-12 Bulan)

Usia	JK	Energi (Kkal/kgBB/hari)
0-6 bulan	Laki-laki	472-645
	Perempuan	438-593
6-12 bulan	Laki-laki	645-844
	Perempuan	593-768

Tabel 6. Estimasi Kebutuhan Protein Bayi Berdasarkan Berat Badan

Usia	Kebutuhan protein
0-6 bulan	2,2 g/kgBB/hari
6-12 bulan	2g/kgBB/hari

Prinsip pemberian makan pada bayi yaitu ASI untuk usia 6 – 12 bulan dan ASI + MP-ASI untuk usia 6 – 12 bulan (6 bulan makanan cair, 7 – 8 bulan bubur saring, 9 bulan tekstur lebih kasar (tim), 12 bulan (makanan keluarga).

- Gizi balita

Masa ini juga dapat dikelompokkan dalam 2 kelompok besar yaitu anak usia 1–3 tahun (batita) dan anak prasekolah (3–5 tahun).

Kelompok Umur	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)			Karbohidrat (g)	Serat (g)	Air (ml)
					Total	Omega 3	Omega 6			
Bayi / Anak										
0 – 5 bulan ¹	6	60	550	9	31	0.5	4.4	59	0	700
6 – 11 bulan	9	72	800	15	35	0.5	4.4	105	11	900
Kelompok Umur	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)			Karbohidrat (g)	Serat (g)	Air (ml)
					Total	Omega 3	Omega 6			
1 – 3 tahun	13	92	1350	20	45	0.7	7	215	19	1150
4 – 6 tahun	19	113	1400	25	50	0.9	10	220	20	1450
7 – 9 tahun	27	130	1650	40	55	0.9	10	250	23	1650

Gambar 49. Angka Kecukupan Gizi Bayi dan Balita (1)

Sumber: Permenkes No.28, 2019

Kelompok Umur	Vit A (RE)	Vit D (mcg)	Vit E (mcg)	Vit K (mcg)	Vit B1 (mg)	Vit B2 (mg)	Vit B3 (mg)	Vit B5 (Pantotenat) (mg)	Vit B6 (mg)	Folat (mcg)	Vit B12 (mcg)	Biotin (mcg)	Kolin (mg)	Vit C (mg)
Bayi /Anak														
0 – 5 bulan ¹	375	10	4	5	0.2	0.3	2	1.7	0.1	80	0.4	5	125	40
6 – 11 bulan	400	10	5	10	0.3	0.4	4	1.8	0.3	80	1.5	6	150	50
1 – 3 tahun	400	15	6	15	0.5	0.5	6	2.0	0.5	160	1.5	8	200	40
4 – 6 tahun	450	15	7	20	0.6	0.6	8	3.0	0.6	200	1.5	12	250	45
7 – 9 tahun	500	15	8	25	0.9	0.9	10	4.0	1.0	300	2.0	12	375	45

Kelompok Umur	Kalsium (mg)	Fosfor (mg)	Magnesium (mg)	Besi ² (mg)	Iodium (mcg)	Seng ³ (mg)	Selenium (mcg)	Mangan (mg)	Fluor (mg)	Kromium (mcg)	Kalium (mg)	Natrium (mg)	Klor (mg)	Tembaga (mcg)
Bayi /Anak														
0 – 5 bulan ¹	200	100	30	0.3	90	1.1	7	0.003	0.01	0.2	400	120	180	200
6 – 11 bulan	270	275	55	11	120	3	10	0.7	0.5	6	700	370	570	220
1 – 3 tahun	650	460	65	7	90	3	18	1.2	0.7	14	2600	800	1200	340
4 – 6 tahun	1000	500	95	10	120	5	21	1.5	1.0	16	2700	900	1300	440
7 – 9 tahun	1000	500	135	10	120	5	22	1.7	1.4	21	3200	1000	1500	570

Gambar 50. Angka Kecukupan Gizi Bayi dan Balita (2)

Sumber: Permenkes No.28, 2019

Masalah gizi balita yaitu KEP (Kurang Energi Protein) atau Protein Energy Malnutrition, obesitas, KVA, GAKI dan anemia

- Gizi ibu menyusui

Diperlukan untuk mengoptimalkan kesehatan ibu dan anak.. Prinsip pemberian makan ibu menyusui adalah susunan menu harus seimbang, dianjurkan minum 8-12 gelas/hari, menghindari makanan yang banyak bumbu, terlalu panas/dingin, tidak mengonsumsi alkohol dan sumber kafein, untuk kesehatan pencernaan dianjurkan banyak makan sayuran berwarna, tidak mengonsumsi makanan yang mengiritasi saluran cerna, tidak mengonsumsi makanan alergenik. Masalah gizi ibu

Kelompok Umur	Vit A (RE)	Vit D (mcg)	Vit E (mcg)	Vit K (mcg)	Vit B1 (mg)	Vit B2 (mg)	Vit B3 (mg)	Vit B5 (Pantotenat) (mg)	Vit B6 (mg)	Folat (mcg)	Vit B12 (mcg)	Biotin (mcg)	Kolin (mg)	Vit C (mg)
Menyusui (+an)														
6 bln pertama	+350	+0	+4	+0	+0.4	+0.5	+3	+2	+0.6	+100	+1.0	+5	+125	+45
6 bln kedua	+350	+0	+4	+0	+0.4	+0.5	+3	+2	+0.6	+100	+1.0	+5	+125	+45

¹ Pemenuhan kebutuhan gizi bayi 0-5 bulan bersumber dari pemberian ASI Eksklusif

Kelompok Umur	Kalsium (mg)	Fosfor (mg)	Magnesium (mg)	Besi ² (mg)	Iodium (mcg)	Seng ³ (mg)	Selenium (mcg)	Mangan (mg)	Fluor (mg)	Kromium (mcg)	Kalium (mg)	Natrium (mg)	Klor (mg)	Tembaga (mcg)
Menyusui (+an)														
6 bulan pertama	+200	+0	+0	+0	+140	+5	+10	+0.8	+0	+20	+400	+0	+0	+400
6 bulan kedua	+200	+0	+0	+0	+140	+5	+10	+0.8	+0	+20	+400	+0	+0	+400

Gambar 51. Angka Kecukupan Gizi Ibu Menyusui

Sumber: Permenkes No.28, 2019

- Gizi lansia

Batasan usia lansia yaitu usia minimal 55 tahun. Kondisi khas dan permasalahan yaitu berkurangnya fungsi indera, melemahnya fungsi pencernaan, penurunan masa tulang, rambut mudah rontok dan kulit kering, kerja jantung menurun dan elastisitas paru-paru menurun. Masalah gizi lansia yaitu obesitas, kurus, anemia gizi, sembelit, penyakit degeneratif dan osteoporosis

	Kelompok Umur	Berat Badan (kg)	Tinggi Badan (cm)	Energi (kkal)	Protein (g)	Lemak (g)			Karbohidrat (g)	Serat (g)	Air (ml)
						Total	Omega 3	Omega 6			
Laki-	50 – 64 tahun	60	166	2150	65	60	1.6	14	340	30	2500
	65 – 80 tahun	58	164	1800	64	50	1.6	14	275	25	1800
	80+ tahun	58	164	1600	64	45	1.6	14	235	22	1600
perempuan	50 – 64 tahun	56	158	1800	60	50	1.1	11	280	25	2350
	65 – 80 tahun	53	157	1550	58	45	1.1	11	230	22	1550
	80+ tahun	53	157	1400	58	40	1.1	11	200	20	1400

Gambar 52. Angka Kecukupan Gizi Lansia

Sumber: Permenkes No.28, 2019

Tabel 7. Tabel Angka Kecukupan Gizi Lansia

Kelompok Umur	Vit A (RE)	Vit D (mcg)	Vit E (mcg)	Vit K (mcg)	Vit B1 (mg)	Vit B2 (mg)	Vit B3 (mg)	Vit B5 (Pantotenat) (mg)	Vit B6 (mg)	Folat (mcg)	Vit B12 (mcg)	Biotin (mcg)	Kolin (mg)	Vit C (mg)
Laki-laki														
50 – 64 tahun	650	15	15	65	1.2	1.3	16	5.0	1.7	400	4.0	30	550	90
65 – 80 tahun	650	20	15	65	1.2	1.3	16	5.0	1.7	400	4.0	30	550	90
80+ tahun	650	20	15	65	1.2	1.3	16	5.0	1.7	400	4.0	30	550	90
Perempuan														
50 – 64 tahun	600	15	15	55	1.1	1.1	14	5.0	1.5	400	4.0	30	425	75
65 – 80 tahun	600	20	20	55	1.1	1.1	14	5.0	1.5	400	4.0	30	425	75
80+ tahun	600	20	20	55	1.1	1.1	14	5.0	1.5	400	4.0	30	425	75
Kelompok Umur	Kalsium (mg)	Fosfor (mg)	Magnesium (mg)	Besi2 (mg)	Iodium (mcg)	Seng3 (mg)	Selenium (mcg)	Mangan (mg)	Fluor (mg)	Kromium (mcg)	Kalium (mg)	Natrium (mg)	Klor (mg)	Tembaga (mcg)
Laki-laki														
50 – 64 tahun	1200	700	360	9	150	11	30	2.3	4.0	29	4700	1300	2100	900
65 – 80 tahun	1200	700	350	9	150	11	29	2.3	4.0	24	4700	1100	1900	900
80+ tahun	1200	700	350	9	150	11	29	2.3	4.0	21	4700	1000	1600	900
Perempuan														
50 – 64 tahun	1200	700	340	8	150	8	25	1.8	3.0	24	4700	1400	2100	900
65 – 80 tahun	1200	700	320	8	150	8	24	1.8	3.0	21	4700	1200	1900	900
80+ tahun	1200	700	320	8	150	8	24	1.8	3.0	19	4700	1000	1600	900

Pesan gizi seimbang untuk lansia yaitu:

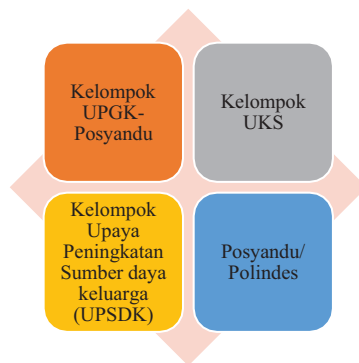
- Variasi Makanan: batasi makanan berlemak dan manis serta tepung-tepungan, batasi makanan yang meningkatkan kadar asam urat, perbanyak makan buah dan sayuran segar, minum air putih yang cukup dan aman, batasi garam, pilih tekstur dan citarasa makanan/minuman yang netral.
- Prinsip Hidup Bersih Sehat (PHBS)
- Aktifitas fisik
- Pemantauan Berat Badan Sehat

C. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI)

Masalah gizi di keluarga dapat muncul karena sikap dan kemauan untuk memperbaiki gizi masih kurang, perilaku ini belum baik, rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan oleh masyarakat dan kepercayaan, adat kebiasaan dan mitos negatif pada keluarga. KADARZI adalah keluarga yang berperilaku gizi seimbang, mampu mengenali dan mengatasi masalah gizi anggotanya (Depkes RI). Sasaran kadarzi ini adalah keluarga di wilayah kerja puskesmas yang memiliki kriteria keluarga kelainan gizi, keluarga pra-sejahtera dan keluarga sejahtera 1. Pembina kadarzi di tingkat desa adalah bidan.

Tujuan diadakan pembinaan kepada keluarga yang memiliki permasalahan gizi yaitu menimbangkan balita mereka ke posyandu secara berkala, mampu mengenali tanda- tanda sederhana status gizi (gizi kurang dan lebih), mampu menerapkan susunan hidangan keluarga yang baik dan benar sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang (PUGS), mampu mencegah dan mengatasi kejadian atau mencari rujukan, manakala terjadi kelainan gizi di dalam keluarga, serta mampu menghasilkan makanan melalui pekarangan.

Keseharian keluarga sadar gizi yaitu berdaya dalam memiliki, mengelola dan mengambil keputusan tentang gizi dan kesehatan yang benar, berperilaku gizi seimbang: semua anggota keluarga mengkonsumsi makanan yang mengandung semua zat gizi yang diperlukan dalam jumlah yang cukup aman dan halal, mampu mengenal dan mengatasi masalah gizi keluarga, berperilaku menjaga kesehatan diri dan lingkungan serta manfaat pelayanan kesehatan.



Gambar 53. Sasaran Kegiatan KADARZI

Indikator keluarga sadar gizi yaitu menimbang berat badan secara teratur, memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI Eksklusif), makan beraneka ragam, menggunakan garam beryodium dan minum suplemen gizi (Tablet Tambah Darah, kapsul Vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran.

- **Penimbangan Berat Badan Balita**

Proporsi penimbangan berat badan pada balita pada kurun waktu Tahun 2007, 2013, dan 2018 menunjukkan perubahan yang kurang signifikan karena penimbangan berat badan balita secara rutin (≥ 8 kali dalam 12 bulan terakhir) belum mencapai 60%. Proporsi penimbangan secara rutin dari Tahun 2007, 2013, sampai 2018 secara berurutan sebesar 45,4%; 44,6%; dan 54,6%. (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018).

- **ASI Eksklusif**

Proporsi pola pemberian ASI eksklusif di Indonesia berdasarkan data Riskesdas Tahun 2018 sebesar 37,3 %, sedangkan di Jawa Tengah masih <35%. Proporsi pemberian ASI eksklusif di wilayah perkotaan pun hanya sebesar 40,7%. Proporsi pemberian ASI eksklusif pada keluarga dengan pendidikan tinggi (tamat D1, D2, D3, atau PT) hanya 37,9% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018)

- **Konsumsi Makanan Beragam**

Proporsi konsumsi makanan beragam pada anak umur 6 – 23 bulan sebesar 47,0% (laki-laki) dan 46,3% (perempuan). Berdasarkan tingkat pendidikan kepala keluarga, semakin tinggi tingkat pendidikan kepala keluarga, semakin tinggi proporsi konsumsi makanan beragam pada anak umur 6 – 23 bulan. Namun, proporsi tersebut masih termasuk rendah (kurang dari 80%). Berdasarkan tempat tinggal, proporsi konsumsi makanan beragam pada subjek di perkotaan sebesar 52,4% sedangkan di pedesaan sebesar 40,8%. Proporsi konsumsi makanan beragam di Jawa Tengah juga masih kurang dari 60% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018).

- **Anemia**

Proporsi anemia pada ibu hamil sebesar 48,9%. Menurut kelompok umur, proporsi anemia paling tinggi pada kelompok usia 15 – 24 tahun yaitu sebesar 84,6% dan proporsi tersebut semakin menurun menurut kenaikan umur. Proporsi ibu hamil mengonsumsi Tablet Tambah Darah (TTD) ≥ 90 butir hanya sebesar 38,1% dan

proporsi ibu hamil tidak mendapat TTD sebesar 26,8% (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, 2018).

No	Karakteristik Keluarga	Indikator KADARZI yang berlaku *)					Keterangan
		1	2	3	4	5	
1	Bila keluarga mempunyai Ibu hamil, bayi 0-6 bulan, balita 6-59 bulan,	√	√	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah balita mendapat kapsul vitamin A
2	Bila keluarga mempunyai bayi 0-6 bulan, balita 6-59 bulan,	√	√	√	√	√	-
3	Bila keluarga mempunyai ibu hamil, balita 6-59 bulan,	√	-	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah balita mendapat kapsul vitamin A
4	Bila keluarga mempunyai Ibu hamil	-	-	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah ibu hamil mendapat TTD 90 tablet
5	Bila keluarga mempunyai bayi 0-6 bulan	√	√	√	√	√	Indikator ke 5 yang digunakan adalah ibu nifas mendapat suplemen gizi
6	Bila keluarga mempunyai balita 6-59 bulan	√	-	√	√	√	-
7	Bila keluarga tidak mempunyai bayi, balita dan ibu hamil	-	-	√	√	-	-

Gambar 54. Penilaian Indikator KADARZI Berdasarkan Karakteristik Keluarga

*) Keterangan:

1. Menimbang berat badan secara teratur.
2. Memberikan Air Susu Ibu (ASI) saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI eksklusif).
3. Makan beraneka ragam.
4. Menggunakan garam beryodium.
5. Minum suplemen gizi (TTD, kapsul Vitamin A dosis tinggi) sesuai anjuran.

√: berlaku

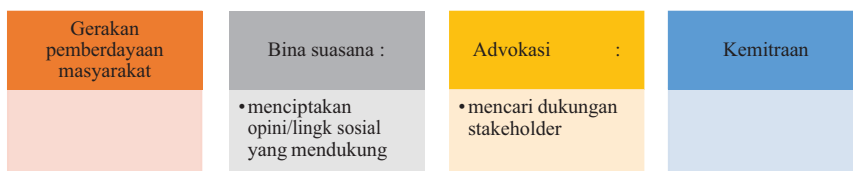
-: tidak berlaku

No	Indikator KADARZI	Pengertian (Definisi Operasional)	Cara mengukur	Kesimpulan
1.	Menimbang berat badan secara teratur	Balita ditimbang berat badannya setiap bulan, dicatat dalam KMS	Lihat catatan penimbangan balita pada KMS selama 6 bulan terakhir. Bila bayi berusia > 6 bulan Bila bayi berusia 4-5 bulan. Bila bayi berusia 2-3 bulan Bila bayi berusia 0-1 bulan	Baik: Bila ≥ 4 kali berturut-turut Belum baik: Bila < 4 kali berturut-turut Baik: Bila ≥ 3 kali berturut-turut Belum baik: Bila < 3 kali berturut-turut Baik: Bila ≥ 2 kali berturut-turut Belum baik: Bila < 2 kali berturut-turut Baik: Bila 1 kali ditimbang Belum baik: Bila belum pernah ditimbang
2.	Memberikan ASI saja kepada bayi sejak lahir sampai umur 6 bulan (ASI Eksklusif)	Bayi berumur 0-6 bulan diberi ASI saja, tidak diberi makanan dan minuman lain.	Lihat catatan status ASI eksklusif pada KMS dan kohort (catatan pemberian ASI pada bayi). Lalu tanyakan kepada ibunya apakah bayi usia 0 bin, 1 bin, 2 bin, 3 bin, 4 bin, 5 bin dan 6 bin selama 24 jam terakhir sudah diberikan makanan atau minuman selain ASI?	Baik: Bila hanya diberikan ASI saja, tidak diberi makanan dan minuman lain (ASI eksklusif 0 bin, 1 bin, 2 bin, 3 bin, 4 bin, 5 bin dan 6 bin) Belum baik: Bila sudah diberi makanan dan minuman selain ASI Baik: Bila setiap hari makan lauk hewani dan buah Belum baik: Bila tidak tiap hari makan lauk hewani dan buah
3	Makan beraneka ragam	Balita mengonsumsi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah setiap hari ATAU (bila tidak ada anak balita) Keluarga mengonsumsi makanan pokok, lauk pauk, sayur dan buah setiap hari	Menanyakan kepada ibu tentang konsumsi lauk hewani dan buah dalam menu anak balita selama 2 (dua) hari terakhir ATAU (bila tidak ada anak balita) Menanyakan kepada ibu tentang konsumsi lauk hewani dan buah dalam menu keluarga selama 3 (tiga) hari terakhir	Baik: Bila sudah diberi makanan dan minuman selain ASI Baik: Bila setiap hari makan lauk hewani dan buah Belum baik: Bila tidak tiap hari makan lauk hewani dan buah Baik: Bila sekurangnya dalam satu hari keluarga makan lauk hewani dan buah Belum baik: Bila tidak makan lauk hewani dan buah
4	Menggunakan garam beryodium	Keluarga menggunakan garam beryodium untuk memasak setiap hari	Menguji contoh garam yang digunakan keluarga dengan tes yodina/tes amilum	Baik: Beryodium (warna ungu) Belum baik: Tidak beryodium (warna tidak berubah/muda)
5	Memberikan suplemen gizi sesuai anjuran	a. Bayi 6-11 bulan mendapat kapsul vitamin A biru pada bulan Februari atau Agustus b. Anak balita 12-59 bulan mendapat kapsul vitamin A merah setiap bulan Februari dan Agustus c. Ibu hamil mendapat TTD minimal 90 tablet selama masa kehamilan	Lihat catatan pada KMS/catatan posyandu/buku KIA, bila tidak ada tanyakan pada ibu Lihat catatan pada KMS/catatan posyandu/buku KIA, bila tidak ada tanyakan pada ibu Lihat catatan ibu hamil di bidan Poskesdes, bila tidak ada tanyakan pada ibu sambil melihat bungkus TTD	Baik: • Bila mendapat kapsul biru pada bulan Feb atau Agt (6-11 bin). • Bila mendapat kapsul merah setiap bulan Feb dan Agt (12-59 bin). Belum baik: Bila tidak mendapat kapsul biru/merah Baik: Bila jumlah TTD yang diminum sesuai anjuran Belum baik: Bila jumlah TTD yang diminum tidak sesuai anjuran
		d. Ibu nifas mendapat dua kapsul vitamin A merah: satu kapsul diminum setelah melahirkan dan satu kapsul lagi diminum pada hari berikutnya paling lambat pada hari ke 28	Lihat catatan ibu nifas, bila tidak ada tanyakan pada ibu	Baik: Bila mendapat dua kapsul vitamin A merah sampai hari ke 28 Belum baik: Bila tidak mendapat dua kapsul vitamin A merah sampai hari ke 28

Gambar 55. Indikator dan Definisi Operasional KADARZI

Sumber: google.com

Indikator keberhasilan KADARZI yaitu status gizi seluruh anggota keluarga khususnya ibu dan anak baik, tidak ada lagi BBLR, semua anggota keluarga mengonsumsi garam beryodium, semua ibu memberikan hanya ASI saja pada bayi sampai usia 6 bulan, semua balita dalam keluarga yang ditimbang naik berat badannya sesuai umur dan tidak ada masalah gizi lebih dalam keluarga.



Gambar 56. Strategi Promosi KADARZI

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Tema yang ditulis yaitu menjelaskan mengenai peran keluarga dalam peningkatan status gizi masyarakat. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya.

3. Penutup

3.1. Rangkuman

PIS-PK merupakan upaya penerapan paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan, dan jaminan kesehatan nasional. keluarga sehat merupakan salah satu kunci pokok dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK). Terdapat 12 indikator keluarga sehat. Pendekatan keluarga adalah pendekatan pelayanan oleh Puskesmas yang mengintegrasikan upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target keluarga. Dalam mencapai keluarga sehat, perlu adanya pendekatan siklus hidup dari ibu hamil, bayi, balita, ibu menyusui, usia sekolah atau remaja, usia produktif dan usia lanjut. Keluarga Sadar Gizi (KADARZI) juga merupakan program untuk mengatasi masalah keluarga. KADARZI adalah keluarga yang berperilaku gizi seimbang, mampu mengenali dan mengatasi masalah gizi anggotanya.

3.2. Test Formatif

- Kelompok daur hidup berikut ini yang bukan merupakan fokus penilaian dalam klasifikasi keluarga sehat Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) adalah ...
 - Bayi 0-6 bulan mendapatkan ASI eksklusif
 - Ibu hamil mengonsumsi menu gizi seimbang
 - Lanjut usia mengonsumsi menu gizi seimbang
 - Anak usia 6-59 bulan dipantau pertumbuhannya
- Pada masa kehamilan rawan terjadi masalah gizi dan kesehatan berikut ini sehingga ibu hamil menjadi salah satu fokus dalam pendampingan keluarga sehat.
 - Anemia dan KEK

- B. GAKI dan anemia
 - C. Gizi lebih dan GAKI
 - D. Gizi buruk dan Stunting
3. Salah satu pesan gizi seimbang untuk lansia yaitu terkait variasi makanan. Manakah yang merupakan anjuran variasi makanan bagi lansia...
- A. mengonsumsi makanan bertekstur lunak atau makanan saring
 - B. membatasi makanan berlemak dan manis serta tepung-tepungan
 - C. mengonsumsi makanan yang banyak bumbu untuk meningkatkan nafsu makan
 - D. mengonsumsi makanan dan minuman lebih banyak dibandingkan kelompok daur lainnya
4. Berikut ini bukan merupakan indikator dari Keluarga Sadar Gizi ...
- A. Melakukan penimbangan berat badan balita secara rutin
 - B. Keluarga mengonsumsi suplemen penambah berat badan
 - C. Memberikan ASI eksklusif hingga bayi berusia 6 bulan
 - D. Keluarga mengonsumsi makanan beragam

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait pelaksanaan program keluarga sadar gizi dalam mendukung kesehatan masyarakat.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

- 1. C
- 2. A
- 3. B
- 4. B

Daftar Pustaka

Gibney, M.J., Margetts, B.M., Keraney, J.M. dan Arab, L. Public Health Nutrition. Blackwell Science. The Nutrition Society 2004

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Jendela data dan informasi Kesehatan. Semester 1, 2017. Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga. Pusat data dan Informasi Kesehatan.

Indonesia. Kementerian Kesehatan RI. Sekretariat Jenderal Ind Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.- P Jakarta: Kementerian Kesehatan RI., 2016

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomo: 747/Menkes/SK/VI/2007 tentang Kadarzi

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Keluarga Sadar Gizi

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2019 tentang Angka Kecukupan Gizi Yang Dianjurkan Untuk Masyarakat Indonesia

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga

Pitasari, Didit Damayanti, Nugraheni Tri Iestari. 2017. Gizi dalam daur kehidupan. Pusat Pendidikan Sumber daya Manusia Kesehatan. BPPSDM

Senarai

UKBM : Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat, merupakan wahana pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk, dan bersama masyarakat dalam pembangunan kesehatan

Stakeholder : pemangku kepentingan, semua pihak dalam masyarakat yang memiliki kepentingan atau peran dalam suatu perusahaan atau organisasi

K. PENDIDIKAN KESEHATAN

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis. Sasaran dari pendidikan kesehatan yaitu pada individu, keluarga dan masyarakat. Materi kali ini akan membahas mengenai pengertian pendidikan kesehatan, konsep pendidikan kesehatan, upaya pendidikan kesehatan dan peran pendidikan kesehatan dalam kesehatan masyarakat.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan ke mahasiswa mengenai pendidikan kesehatan, konsep pendidikan kesehatan, upaya pendidikan kesehatan dan peran pendidikan kesehatan dalam kesehatan masyarakat.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti mengenai pendidikan kesehatan, dan peran pendidikan kesehatan dalam kesehatan masyarakat.

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah sub-pokok Pendidikan Kesehatan selesai, diharapkan mahasiswa mampu:

- a. Memahami dan menjelaskan pengertian pendidikan kesehatan
- b. Memahami dan menjelaskan konsep pendidikan kesehatan
- c. Memahami dan menjelaskan upaya pendidikan kesehatan
- d. Memahami dan menjelaskan peran pendidikan kesehatan dalam kesehatan masyarakat

1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan pendidikan kesehatan agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini. Selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji pemahaman dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai

yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya.

2. Penyajian

2.1. Uraian

A. Pengertian Pendidikan Kesehatan

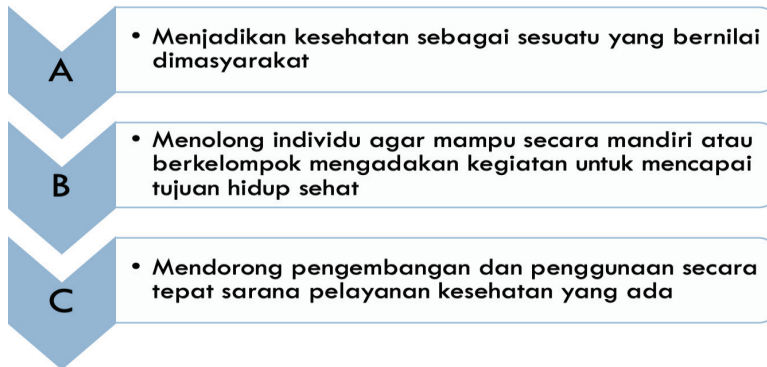


Gambar 57. Contoh Berita Permasalahan Pendidikan Kesehatan
Sumber: Kompas.com

Wood (1926 dalam Suliha 2002. h:1) mendefinisikan pendidikan kesehatan sebagai sekumpulan pengalaman yang mendukung kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan individu, masyarakat dan ras. Nyswander (1947) yang dikutip oleh Notoatmodjo (1997) menyatakan bahwa pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis. Kesimpulan, pendidikan kesehatan merupakan suatu proses perubahan pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu, dan masyarakat. Tujuan dari pendidikan kesehatan yaitu:

1. Tercapainya perubahan perilaku individu, keluarga dan masyarakat dalam membina dan memelihara perilaku sehat dan lingkungan sehat, serta berperan aktif dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan yang optimal

2. Terbentuknya perilaku sehat pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang sesuai dengan konsep hidup sehat baik fisik, mental dan sosial sehingga dapat menurunkan angka kesakitan dan kematian
3. Menurut WHO, tujuan penyuluhan kesehatan adalah untuk merubah perilaku perseorangan dan atau masyarakat dalam bidang kesehatan



Gambar 58. Tujuan Pendidikan Kesehatan Berdasarkan WHO 1945 (dalam Notoatmodjo 1997)

Sumber: Notoatmodjo, 1997

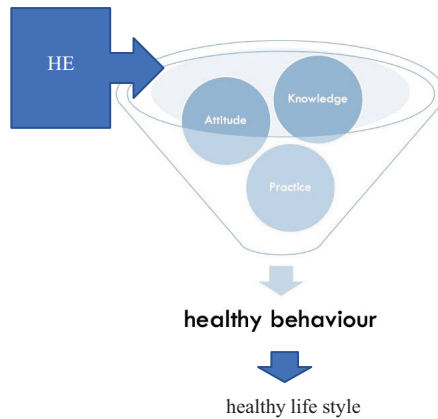
Individu	Keluarga	Masyarakat
Individu yang mempunyai masalah keperawatan dan kesehatan, yang dapat dilakukan di RS, klinik, puskesmas, rumah bersalin, posyandu, keluarga binaan dan masyarakat binaan	- Keluarga binaan yang mempunyai masalah keperawatan dan kesehatan yang tergolong dalam keluarga Resiko tinggi, diantaranya adalah : a. Anggota keluarga yang menderita penyakit menular b. Keluarga dengan sosial ekonomi dan pendidikan yang rendah c. Keluarga dengan masalah sanitasi lingkungan yang buruk d. Keluarga dengan masalah gizi buruk e. Keluarga dengan jumlah anggota keluarga yang banyak di luar kemampuan kapasitas keluarga	a. Masyarakat binaan Puskesmas b. Masyarakat nelayan c. Masyarakat pedesaan d. Masyarakat yang datang ke institusi pelayanan kesehatan seperti Puskesmas, Posyandu yang diberikan pendidikan kesehatan secara massal e. Masyarakat luas yang terkena masalah kesehatan seperti wabah DHF dan Muntaber

Gambar 59. Sasaran Pendidikan Kesehatan

B. Konsep Pendidikan Kesehatan

*“Health education alone is nothing.
Health education with program is something.
Health education with program and community is everything”.
(Jargon Health Education)*

Pendidikan kesehatan merupakan upaya yang ditekankan pada terjadinya **perubahan perilaku**, baik pada individu maupun masyarakat. Area Pendidikan Kesehatan adalah pada *Knowledge* (Pengetahuan), *Attitude* (Sikap) dan *Practice* (Perilaku), yang disingkat menjadi K.A.P.



Gambar 60. Rangkuman Pendidikan Kesehatan

*“Education is not for knowing more
But for behaving differently”
(Ruskin)*

C. Upaya Pendidikan Kesehatan

Upaya kesehatan ialah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/ atau masyarakat. Hal ini berarti bahwa peningkatan kesehatan ini, baik kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat, harus diupayakan. Upaya mewujudkan kesehatan ini dilakukan oleh individu, kelompok masyarakat, lembaga pemerintahan, ataupun swadaya masyarakat (LSM).

Winslow (1920) seorang ahli kesehatan masyarakat, membuat batasan yang sampai sekarang masih relevan, yaitu: kesehatan masyarakat (*public health*) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui usaha – usaha pengorganisasian masyarakat untuk perbaikan sanitasi

lingkungan, pembersihan penyakit-penyakit menular, pendidikan untuk kebersihan perorangan (*personal hygiene*), pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini serta pengobatan dan pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin agar setiap orang terpenuhi kebutuhan hidupnya yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Blum, 1974 menyebutkan faktor yang mempengaruhi kesehatan yaitu lingkungan, (lingkungan fisik, sosial, budaya, politik, ekonomi, dan sebagainya), perilaku, pelayanan kesehatan dan hereditas (keturunan).

Upaya kesehatan masyarakat yaitu:

- Intervensi terhadap faktor lingkungan :
 - Fisik adalah dalam bentuk perbaikan sanitasi lingkungan,
 - Lingkungan sosial, budaya, politik, dan ekonomi dalam bentuk program-program peningkatan pendidikan, perbaikan sosial ekonomi masyarakat, penstabilan politik dan keamanan, dan sebagainya
- Pendidikan kesehatan merupakan bentuk intervensi terutama terhadap faktor perilaku.
 - Pendidikan kesehatan ialah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan.
 - Artinya, pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, ke mana seharusnya mencari pengobatan bilamana sakit, dan sebagainya
- Intervensi terhadap faktor pelayanan kesehatan
 - Adalah dalam bentuk penyediaan dan atau perbaikan fasilitas pelayanan kesehatan, perbaikan sistem dan manajemen pelayanan kesehatan, dan sebagainya.
- Intervensi terhadap faktor hereditas:
 - Antara lain dengan perbaikan gizi masyarakat, khususnya perbaikan gizi ibu hamil

Trend saat ini penyakit yang terkait dengan gaya hidup (penyakit kardiovaskuler dan kanker) menempati 5 besar penyebab kematian tertinggi di Indonesia. Maka dari itu membutuhkan intervensi integratif di aspek promotif dan preventif.

D. Peran Pendidikan Kesehatan dalam Kesehatan Masyarakat

- Peran pendidikan kesehatan dalam kesehatan masyarakat yaitu kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor, baik faktor internal (dari dalam diri manusia) maupun faktor eksternal (di luar diri manusia). Faktor internal ini terdiri dari faktor fisik dan psikis. Faktor eksternal terdiri dari berbagai faktor, antara lain sosial, budaya masyarakat, lingkungan fisik, politik, ekonomi, pendidikan, dan sebagainya.
- Peran pendidikan kesehatan dalam faktor lingkungan yaitu sarana sanitasi lingkungan dibangun untuk masyarakat, misalnya jamban (kakus, WC) keluarga, jamban umum, MCK (sarana mandi, cuci, dan kakus), tempat sampah, dan sebagainya.
- Peran pendidikan kesehatan dalam perilaku yaitu kesadaran masyarakat tentang kesehatan disebut “melek kesehatan” (*health literacy*).
- Peran pendidikan kesehatan dalam pelayanan kesehatan yaitu Departemen Kesehatan telah menyediakan fasilitas kesehatan masyarakat dalam bentuk Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Tidak kurang dari 7.000 Puskesmas tersebar di seluruh Indonesia. Namun pemanfaatan Puskesmas oleh masyarakat belum optimal.
- Peran pendidikan kesehatan dalam faktor hereditas adalah pendidikan kesehatan diperlukan pada kelompok orang tua, agar masyarakat atau orang tua menyadari dan melakukan hal-hal yang dapat mewariskan kesehatan yang baik kepada keturunan mereka.

Bentuk perannya yaitu perilaku masyarakat dalam menyikapi dan mengelola lingkungannya, perilaku masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya, perilaku masyarakat dan petugas kesehatan dalam menyikapi dan mengelola fasilitas atau pelayanan kesehatan, kesadaran, dan praktik hidup sehat dalam mewariskan status kesehatan kepada anak atau keturunannya.

Untuk mengondisikan faktor-faktor tersebut, diperlukan pendidikan kesehatan. Itulah sebabnya maka pendidikan kesehatan tidak terlepas dari perilaku.

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Tema yang ditulis yaitu menjelaskan

mengenai program pendidikan kesehatan dalam upaya peningkatan kesehatan masyarakat yang telah berhasil dilakukan baik dalam tingkat local, nasional maupun internasional. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya.

3. Penutup

3.1. Rangkuman

Pendidikan kesehatan suatu proses perubahan pada diri seseorang yang dihubungkan dengan pencapaian tujuan kesehatan individu, dan masyarakat. Menurut Ruskin, pendidikan bukan untuk mengetahui lebih banyak, tetapi untuk berperilaku lebih baik. Upaya kesehatan ialah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/ atau masyarakat.

3.2. Test Formatif

1. Dibawah ini yang bukan merupakan tujuan dari pendidikan kesehatan yaitu.....
 - A. Tercapainya perubahan perilaku sehat
 - B. Tercapainya lingkungan sehat
 - C. Tercapainya masyarakat melek aksara
 - D. Terbentuknya perilaku sesuai dengan konsep hidup sehat
 - E. Merubah perilaku perseorangan dan masyarakat dalam bidang kesehatan
2. Setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/ atau masyarakat merupakan definisi dari.....
 - A. Pendidikan kesehatan
 - B. Upaya kesehatan
 - C. Gaya hidup sehat
 - D. Perilaku sehat
 - E. Masyarakat sehat
3. Contoh intervensi terhadap faktor hereditas dalam upaya kesehatan masyarakat yaitu.....
 - A. Perbaikan gizi ibu hamil
 - B. Perbaikan manajemen pelayanan kesehatan
 - C. Pendidikan kesehatan
 - D. Peningkatan pendidikan

- E. Sanitasi lingkungan
- 4. Definisi dari *health literacy* yaitu.....
 - A. Sekumpulan pengalaman yang mendukung kebiasaan, sikap, dan pengetahuan yang berhubungan dengan kesehatan individu, masyarakat dan ras
 - B. Proses perubahan perilaku yang dinamis
 - C. Setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan/ atau masyarakat
 - D. Kesadaran masyarakat tentang kesehatan
 - E. Perilaku masyarakat dalam menyikapi dan mengelola lingkungannya
- 5. Area dari pendidikan kesehatan yaitu.....
 - A. Pengetahuan
 - B. Sikap
 - C. Perilaku
 - D. A, B, C benar
 - E. A, B, C salah

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait upaya – upaya pendidikan kesehatan di Indonesia.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

- 1. C
- 2. B
- 3. A
- 4. D
- 5. D

Daftar Pustaka

- Indah, G., Hadiyanto, A.R., and Irfan, M. Promosi Kesehatan Ibu Dan Anak Melalui Corporate Social Responsibility (CSR) Bidang Kesehatan Ibu Dan Anak.” *Share : Social Work Journal* 4 (2): 111–21. <https://doi.org/10.24198/share.v4i2.13065>. 2014
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Pusat Kesehatan Masyarakat*. Indonesia. <https://doi.org/10.31219/osf.io/kw3z4>. 2019
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2001. *Survei Kesehatan Rumah Tangga*. Jakarta. 2001
- Notoatmodjo, Soekidjo. *Pendidikan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. 2012
- Pradono, Julianty, and Ning Sulistyowati. Hubungan Antara Tingkat Pendidikan, Pengetahuan Tentang Kesehatan Lingkungan, Perilaku Hidup Sehat Dengan Status Kesehatan (Studi Korelasi Pada Penduduk Umur 10-24 Tahun Di Jakarta Pusat). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* 17 (1): 89–95. 2014
- Widodo, Bintoro. Pendidikan Kesehatan Dan Aplikasinya Di SD/MI. *Madrasah* 7 (1): 12. 2014

Senarai

- Hereditas : penurunan sifat genetik dari orang tua ke anak
- Promotif : bersifat memajukan atau meningkatkan
- Preventif : bersifat mencegah (supaya jangan terjadi apa – apa)

L. PROMOSI KESEHATAN

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Promosi kesehatan merupakan investasi utama yang memberikan dampak pada determinan kesehatan dan memberikan kesehatan terbesar pada masyarakat. Promosi kesehatan memiliki dampak positif yang berbeda dibanding upaya lain dalam meningkatkan kesetaraan masyarakat dalam kesehatan.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan kepada mahasiswa tentang apa itu promosi kesehatan dan perannya dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti mengenai promosi kesehatan dan perannya dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah mempelajari sub pokok bahasan promosi kesehatan, diharapkan mahasiswa mampu:

- d) Memahami dan menjelaskan pengertian promosi kesehatan.
- e) Memahami dan menjelaskan strategi promosi kesehatan
- f) Memahami dan menjelaskan sasaran promosi kesehatan

1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan promosi kesehatan agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini. Selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji pemahaman dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya.

2. Penyajian

2.1. Uraian

A. Definisi Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan merupakan proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Selain itu untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental dan sosial, maka masyarakat harus mampu mengenal dan mewujudkan aspirasinya, kebutuhannya dan mampu mengubah atau mengatasi lingkungan. Menurut Lawrence Green (1984), promosi kesehatan merupakan segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

WHO (1984), merevitalisasi pendidikan kesehatan dengan istilah promosi kesehatan, kalau pendidikan kesehatan diartikan sebagai upaya perubahan perilaku maka promosi kesehatan tidak hanya untuk perubahan perilaku tetapi juga perubahan lingkungan yang memfasilitasi perubahan perilaku tersebut.

Jadi, tujuan akhir promkes adalah orang-orang SADAR pentingnya kesehatan bagi mereka sehingga mereka sendirilah yang akan melakukan usaha – usaha untuk menyehatkan diri mereka. Batasan tersebut mencakup 3 aspek yaitu tahu, mau dan mampu. Selama ini, kita cenderung lebih aktif mengatasi masalah kesehatan masyarakat. Promkes mengharapkan, masyarakatlah yang menciptakan kesehatan mereka yang lebih baik.

Visi dari promosi kesehatan yaitu masyarakat mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya sehingga mereka dapat hidup sehat, produktif, bahagia dan sejahtera. Misi dari promosi kesehatan yaitu advokasi kesehatan kepada decision makers, menjembatani, menggalang kemitraan dan membina suasana yang kondusif demi terwujudnya Prinsip Hidup Bersih dan Sehat di masyarakat, serta meningkatkan pengetahuan masyarakat dengan melakukan penyuluhan, pendidikan, pelatihan dan memperkuat sumber daya manusia untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup bersih dan sehat.

Tujuan dari promosi kesehatan yaitu tersosialisasikannya program – program kesehatan dan terwujudnya masyarakat Indonesia baru yang berbudaya hidup bersih dan sehat serta berperan aktif dalam gerakan kesehatan.



Gambar 61. Model dari Promosi Kesehatan

B. Strategi Promosi Kesehatan

Strategi dari promosi kesehatan secara global, menurut WHO (1984) yaitu advokasi agar pembuat kebijakan mengeluarkan peraturan yang menguntungkan kesehatan, dukungan sosial agar kegiatan promosi kesehatan mendapat dukungan dari tokoh masyarakat dan pemberdayaan masyarakat agar masyarakat mempunyai kemampuan untuk meningkatkan kesehatannya. Menurut Ottawa Charter, strategi dari promosi kesehatan yaitu kebijakan berwawasan kesehatan (*health public policy*), lingkungan yang mendukung (*supportive environment*), reorientasi pelayanan kesehatan (*health service reorientation*), keterampilan individu (*personal skills*), gerakan masyarakat (*community action*).

- Advokasi dalam Promosi Kesehatan

Advokasi merupakan upaya pendekatan terhadap orang lain yang dianggap mempunyai pengaruh terhadap keberhasilan suatu program/kegiatan yang dilaksanakan. *Communication perspective*: salah satu bentuk komunikasi personal, interpersonal, maupun massa yang ditujukan kepada *policy makers/decision makers* pada semua tingkat dan tatanan sosial. Sasarannya yaitu para pemimpin suatu organisasi, baik di lingkungan pemerintahan atau swasta.

Prinsip dari advokasi yaitu bukan sekedar lobi politik, namun kegiatan persuasive, memberikan semangat, memberikan tekanan / pressure kepada pembuat kebijakan dan bisa dilakukan individu atau kelompok / organisasi maupun masyarakat. Sasaran utama advokasi yaitu penentu kebijakan dan pembuat kebijakan di masing – masing tingkat administrasi pemerintah. Maksudnya yaitu mereka menyadari bahwa kesehatan merupakan asset sosial, politik, ekonomi, dan sebagainya.

Kegiatan advokasi yaitu political lobbying, seminar dan/atau presentasi, advokasi media dan perkumpulan (asosiasi) peminat.

- Kemitraan / Dukungan Sosial dalam Promosi Kesehatan

Kemitraan mencakup kerjasama antar organisasi, kelompok, dan individu, bersama mencapai tujuan tertentu (yang disepakati bersama) dan saling menanggung risiko dan keuntungan.

- Pemberdayaan Masyarakat (Empowerment) dalam Promosi Kesehatan

Pemberdayaan masyarakat adalah segala upaya fasilitasi yang bersifat non-instruktif guna meningkatkan pengetahuan dan kemampuan *masyarakat* agar mampu mengidentifikasi masalah, merencanakan dan melakukan pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat dan fasilitas yang ada, baik dari lintas sektoral maupun Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan tokoh masyarakat. Tujuannya yaitu agar masyarakat mempunyai kemampuan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Prinsip dari pemberdayaan masyarakat yaitu:

1. Menumbuhkembangkan potensi masyarakat
2. Kontribusi masyarakat dalam pembangunan kesehatan
3. Mengembangkan gotong royong
4. Bekeja bersama masyarakat
5. KIE berbasis masyarakat
6. Kemitraan dengan LSM dan ormas
7. Desentralisasi

Tabel 8. Strategi Promosi Kesehatan

Strategi	Sasaran Utama	Hasil	Tatanan
Advokasi (<i>Advocacy</i>)	Sasaran tertier: DPRD, kepala daerah	Kebijakan (berwawasan kesehatan)	• Rumah Tangga • Institusi Pendidikan • Tempat Kerja • Tempat Umum • Sarana Kesehatan
Bina Suasana (<i>Social Support</i>)	Sasaran sekunder: Toma, PKK, Kader	Kemitraan dan opini	
Pemberdayaan (<i>Empowerment</i>)	Sasaran primer: Individu, unit kerja	Gerakan masyarakat mandiri	

C. Sasaran Promosi Kesehatan



Gambar 62. Sasaran Promosi Kesehatan

Dimensi aspek dari sasaran pelayanan kesehatan yaitu:

1. Promosi kesehatan pada Tingkat Promotif
 - Sasaran: Kelompok orang sehat
 - Tujuan: Mampu meningkatkan kesehatannya
 - Dalam suatu populasi 80% - 85% orang yg benar-benar sehat (Survei di negara berkembang) → memelihara kesehatannya sehingga dapat dipertahankan
2. Promosi kesehatan pada Tingkat Preventif
 - Sasaran: Kelompok orang sehat dan kelompok *high risk* (ibu hamil, bayi, obesitas, PSK dll)
 - Tujuan: Mencegah kelompok tersebut agar tidak jatuh sakit
 - *Primary Prevention*
3. Promosi kesehatan pada Tingkat Kuratif
 - Sasaran: Para penderita penyakit, utamanya penyakit kronis (DM, TBC, Hipertensi)
 - Tujuan: Mencegah penyakit tersebut tidak menjadi lebih parah
 - *Secondary Prevention*
4. Promosi kesehatan pada Tingkat Rehabilitatif
 - Sasaran: Para penderita penyakit yg baru sembuh (*recovery*) dari suatu penyakit
 - Tujuan: Segera pulih kembali kesehatannya dan atau mengurangi kecatatan seminimal mungkin
 - *Tertiary Prevention*

Ruang lingkup promosi kesehatan yaitu dari segi aspek kesehatan (promotive dan preventif), tatanan pelaksanaan (rumah tangga, sekolah, tempat kerja, fasilitas, tempat umum, fasilitas pelayanan kesehatan) dan tingkat pelayanan (promosi kesehatan, *special protection, early diagnosis and prompt treatment, disability limitation, rehabilitation*)

Tabel 9. Sasaran Promosi Kesehatan Menurut Tatanan

Sasaran	Keluarga	Instansi Kesehatan	Tempat Kerja	Sekolah	Tempat Umum
Primer	Individu / anggota keluarga yang punya masalah (contoh: ibu hamil)	Pasien, pengantar / keluarga, keluarga pasien	Karyawan	Siswa	Pengunjung / pengguna jasa, masyarakat umum
Sekunder	Kepala keluarga, orang tua / mertua, kader, tomas, toga, LSM, petugas kesehatan	Petugas kesehatan, kader kesehatan	Manager, serikat buruh, organisasi profesi	Guru, karyawan, BP, OSIS	Pegawai, karyawan, manager
Tersier	Kepala keluarga, ketua RT/RW, kepala desa	Pimpinan institusi di institusi kesehatan	Direktur, pemilik	Kepala sekolah, pemilik	Direksi, pemilik

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Tema yang ditulis yaitu menjelaskan mengenai program promosi kesehatan bidang gizi di Indonesia. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya.

3. Penutup

3.1. Rangkuman

Promosi kesehatan merupakan proses untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Strategi promosi kesehatan menurut WHO yaitu advokasi, dukungan sosial dan pemberdayaan masyarakat. Sasaran dari promosi kesehatan dibagi menjadi sasaran primer, sekunder, dan tersier. Promosi kesehatan dapat dilaksanakan pada sasaran pelayanan kesehatan baik tingkat promotive, preventif, kuratif maupun rehabilitative.

3.2. Test Formatif

1. Dibawah ini yang bukan merupakan strategi promosi kesehatan dari Ottawa Charter yaitu.....
 - A. Advokasi
 - B. Kebijakan berwawasan kesehatan
 - C. Lingkungan yang mendukung
 - D. Keterampilan individu
 - E. Gerakan masyarakat
2. Sasaran dari advokasi dalam promosi kesehatan yaitu, kecuali.....
 - A. Pemimpin organisasi pemerintahan
 - B. Pemimpin organisasi swasta
 - C. Pemerintah daerah
 - D. Kepala puskesmas
 - E. Mahasiswa
3. Yang termasuk prinsip pemberdayaan masyarakat yaitu.....
 - A. Menumbuhkembangkan potensi masyarakat
 - B. Bekerja bersama masyarakat
 - C. Kemitraan dengan LSM dan ormas
 - D. Desentralisasi
 - E. Semua benar
4. Dibawah ini yang termasuk sasaran sekunder dalam promosi kesehatan yaitu.....
 - A. Kepala keluarga
 - B. Pemerintah daerah
 - C. Pemerintah pusat
 - D. Tokoh agama
 - E. Ibu hamil
5. Tujuan dari promosi kesehatan tingkat preventif yaitu.....
 - A. Meningkatkan kesehatan kelompok orang sehat
 - B. Mencegah kelompok tersebut agar tidak jatuh sakit
 - C. Mencegah penyakit tidak menjadi lebih parah
 - D. Segera pulih kembali kesehatan
 - E. Mengurangi kecatatan seminimal mungkin

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait pengaruh promosi kesehatan terhadap status gizi masyarakat.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

1. A
2. E
3. E
4. D
5. B

Daftar Pustaka

- Green, L.W., and Marshall, W. Kreuter, 2000. *HEALTH PROMOTION PLANNING. An Educational and Environmental Approach, 2nd edition*. Mayfield Publishing Company, London. 2000
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Promosi Kesehatan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2016
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Strategi Promosi Kesehatan di Indonesia*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2000
- Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur. *Strategi Promosi Kesehatan*. 2018
- WHO (World Health Organization). Ottawa Charter for Health Promotion. *Scientific American*. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0604-48>. 1986
- WHO, Pan American Health Organization. *Health Promotion: An Anthology*. Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the WHO. Washington, D.C.20037,USA. 1996

Senarai

- Advokasi : pembelaan
- Asosiasi : perkumpulan orang yang mempunyai kepentingan bersama
- Desentralisasi : sistem pemerintahan yang lebih banyak memberikan kekuasaan kepada pemerintah daerah

M. KOMUNIKASI KESEHATAN

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Diantara semua makhluk hidup, hanya manusia yang memiliki kemampuan komunikasi secara efektif. Komunikasi menghasilkan semuanya seperti sekarang ini. Menurut Anthony robbin, “Communication is power”. Dalam kesehatan, komunikasi yang baik juga perlu dilakukan untuk tersampainya pesan – pesan kesehatan kepada masyarakat dengan baik.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan kepada mahasiswa tentang apa itu komunikasi dan bagaimana peran komunikasi dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti teori komunikasi, prinsip – prinsip dari komunikasi, unsur, dan perannya dalam kesehatan.

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah mempelajari sub pokok bahasan komunikasi kesehatan, diharapkan mahasiswa mampu:

- e) Memahami dan menjelaskan pengertian komunikasi.
- f) Memahami dan menjelaskan teori komunikasi
- g) Memahami dan menyebutkan prinsip komunikasi
- h) Memahami dan menjelaskan perubahan sikap sebagai dampak komunikasi kesehatan

1.4. Petunjuk Pembelajaran

Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan komunikasi kesehatan agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini. Selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji pemahaman dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai

yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya.

2. Penyajian

2.1. Uraian

A. Komunikasi

Kualitas hidup seseorang identik dengan kualitasnya dalam berkomunikasi, baik terhadap diri sendiri maupun kepada dunia luar. (saya menambahkan:komunikasi dengan pencipta). *“The quality of our lives is determined not by what happens to us, but rather by what we do about what happens”*. Apapun yang kita alami harus diinterpretasikan secara positif terhadap diri kita sendiri.

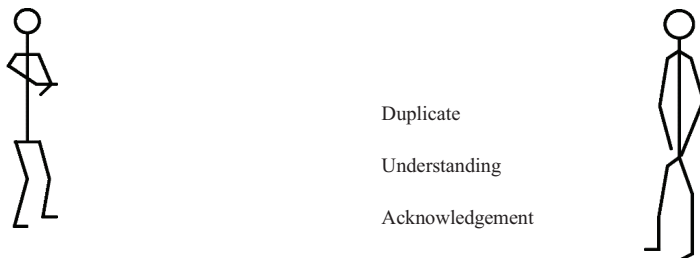
- Tingkat kemahiran seseorang dalam berkomunikasi dengan dunia luar sangat menentukan keberhasilannya. Eugene Mc Daniel, seorang kapten penerbang yang tertangkap di Vietnam dan ditahan 6 tahun tanpa boleh berkomunikasi dengan orang lain tetap hidup karena mengembangkan komunikasi yang unik dengan tahanan lain (ketukan dinding, siulan, nyanyian, tawa).

“The lone, isolated being becomes weak, vulnerable, I knew had to make contact, no matter what the cost”. Berkomunikasi merupakan kebutuhan hidup, sama dengan kebutuhan terhadap makan, minum, pakaian dll

B. Teori Komunikasi



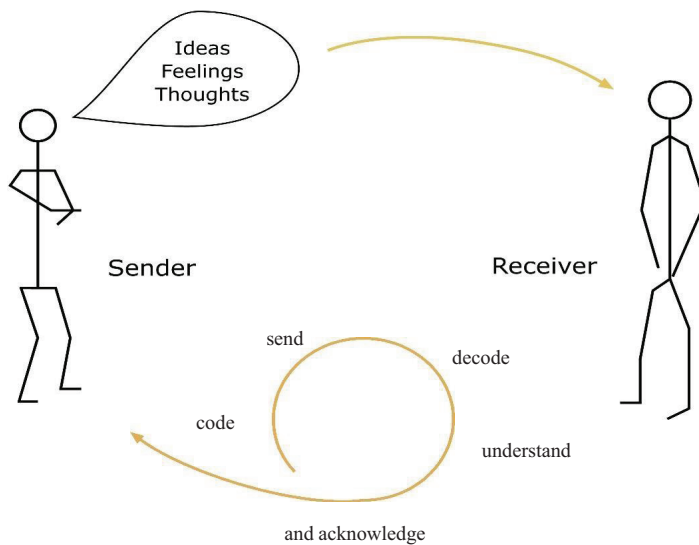
Gambar 63. Model Komunikasi: Pengirim



Komunikasi adalah: siapa berbicara apa? Kepada siapa? Apa efeknya?



Gambar 65. Komunikasi: Model yang disederhanakan

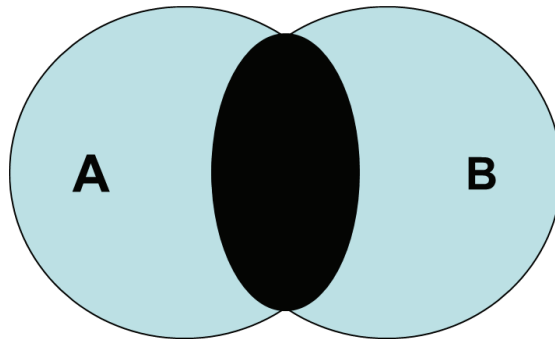


Gambar 66. Tingkatan Komunikasi

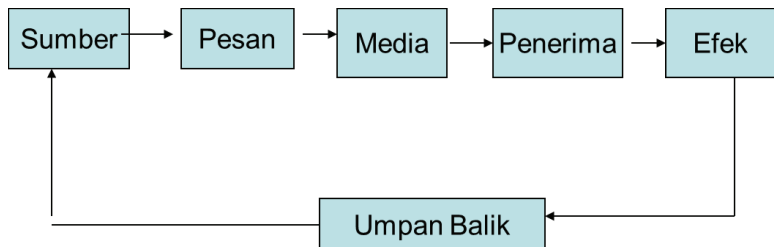
C. Prinsip Komunikasi

Komunikasi hanya bisa terjadi bila terdapat pertukaran pengalaman yang sama antara pihak-pihak yang terlibat dalam proses komunikasi (*sharing similar experience*). Jika daerah tumpang tindih (*the field experience*) menyebar menutupi lingkaran A atau B, menuju terbentuknya satu lingkaran yang sama, makin besar kemungkinannya tercipta suatu proses komunikasi yang mngena (efektif). Tetapi kalau daerah tumpang tindih ini makin mengecil dan menjauhi sentuhan kedua lingkaran, atau cenderung mengisolasi lingkaran masing-masing, komunikasi yang terjadi sangat terbatas. Bahkan

besar kemungkinannya gagal dalam menciptakan suatu proses komunikasi yang efektif. Kedua lingkaran ini tidak akan bisa saling menutup secara penuh (100%) karena dalam konteks komunikasi antar manusia tak pernah ada manusia di atas dunia ini yang memiliki perilaku, karakter dan sifat-sifat persis sama (100%) sekalipun kedua manusia itu kembar.



Gambar 67. Prinsip Komunikasi



Gambar 68. Unsur - Unsur Komunikasi

D. Perubahan Sikap Sebagai Dampak Komunikasi Kesehatan

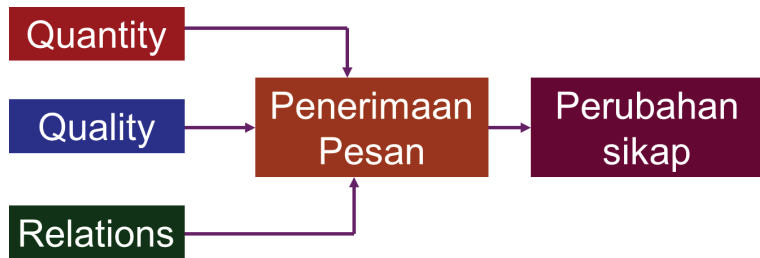
Tujuan dari komunikasi yaitu mengirimkan informasi, pesan hiburan, pendidikan. Perubahan dapat terjadi kalau proses komunikasi (metode persuasi) menampilkan komunikator, rancangan pesan, media. Metode komunikasi persuasi berupa kampanye, promosi, negosiasi, propaganda, periklanan dan penyuluhan. Tujuan dari komunikasi yaitu mengubah sikap komunikan atau audiens, sehingga komunikator harus mempelajari hal-hal pokok mengenai sikap.

Sikap manusia tersusun atas tiga komponen utama :

- Aspek kognitif: berisi apa yang diketahui, bagaimana pengalaman, pendapat, pandangan tentang objek tsb.

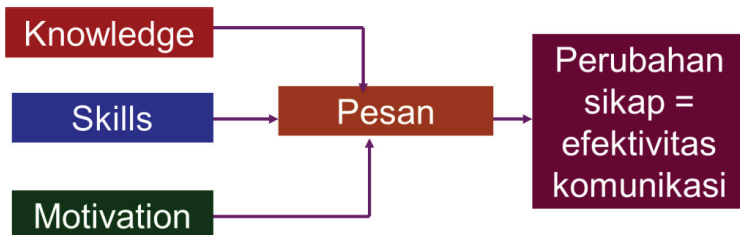
- Aspek afektif: berisi apa yang dirasakan mengenai suatu objek: emosi (ketakutan, kesukaan, kemarahan), kecenderungan untuk bertindak (memutuskan) atau bertindak terhadap objek
- Aspek evaluative: rentangan yang menggambarkan derajat sikap kita terhadap objek mulai dari yang paling baik sampai yang paling buruk.

Menurut Steve A. Mc. Comack, teori manipulasi informasi yaitu Suatu pesan akan diterima audiens jika komunikator dengan metode dan teknik tertentu menambah jumlah informasi (*quantity*), meningkatkan kualitas informasi (*quality*), dan meningkatkan relasi (*relation*) dengan audiens. Semakin banyak jumlah informasi yang dibagi, makin baik kualitasnya, makin kuat relasi antara komunikator dengan komunikan, komunikan makin mudah menerima pesan tersebut.



Gambar 69. Teori Manipulasi Informasi

Kompetensi komunikasi menurut Spitzberg dan Cupac yaitu komunikasi akan efektif jika komunikator mempunyai kompetensi pengetahuan tentang apa yang diinformasikan, ketrampilan berkomunikasi dan motivasi komunikasi yang dikemukakan oleh komunikator.



Gambar 70. Kompetensi Komunikasi

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Tema yang ditulis yaitu menjelaskan mengenai penerapan komunikasi kesehatan untuk pencegahan masalah gizi di Indonesia. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya

3. Penutup

3.1. Rangkuman

Berkomunikasi merupakan kebutuhan hidup, sama dengan kebutuhan terhadap makan, minum, pakaian dll. Komunikasi hanya bisa terjadi bila terdapat pertukaran pengalaman yang sama antara pihak-pihak yang terlibat dalam proses komunikasi. Komunikasi bertujuan mengirimkan informasi, pesan hiburan dan pendidikan. Tujuan dari komunikasi yaitu mengubah sikap komunikan atau audiens.

3.2. Test Formatif

1. Urutan dari unsur – unsur komunikasi yang tepat yaitu.....
 - A. Sumber → Pesan → Media → Penerima → Efek → Umpan balik
 - B. Sumber → Pesan → Media → Penerima → Umpan balik → Efek
 - C. Sumber → Media → Pesan → Penerima → Efek → Umpan balik
 - D. Sumber → Media → Pesan → Penerima → Umpan balik → Efek
 - E. Sumber → Media → Penerima → Pesan → Efek → Umpan balik
2. Tujuan dari komunikasi yaitu.....
 - A. Mengirimkan informasi
 - B. Pesan hiburan
 - C. Pendidikan
 - D. A dan B benar
 - E. A, B dan C benar
3. Dibawah ini yang bukan merupakan metode komunikasi persuasi yaitu.....
 - A. Kampanye
 - B. Interpersonal
 - C. Negosiasi
 - D. Propaganda

- E. Periklanan
4. Komponen sikap manusia cenderung untuk bertindak (memutuskan) atau bertindak terhadap objek termasuk dalam aspek....
- A. Kognitif
 - B. Afektif
 - C. Evaluatif
 - D. Relatif
 - E. Kualitatif
5. Kompetensi yang harus dimiliki komunikator untuk mencapai komunikasi efektif menurut Spitzberg dan Cupac yaitu.....
- A. Kualitas, Kuantitas, Hubungan
 - B. Kualitas, Kuantitas, Pengetahuan
 - C. Hubungan Pengetahuan, Keterampilan
 - D. Pengetahuan, Keterampilan, Motivasi
 - E. Hubungan, Keterampilan, Motivasi

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait teori – teori komunikasi kesehatan dan peran komunikasi kesehatan dalam bidang gizi yang berkembang baik di global maupun Indonesia.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

- 1. A
- 2. E
- 3. B
- 4. B
- 5. D

Daftar Pustaka

- Ayunandita, T. Hubungan Terpaan Iklan Promosi Di Media Sosial (Facebook Dan Instagram) Dan Tingkat Kompetensi Komunikasi Ambassador Gen Y Dengan Minat Membeli Paket. *Interaksi Online*. 2017
- Cangara, H. *Pengantar Ilmu Komunikasi*. Jakarta: Raja Grafindo Persada. 2015
- Jacobs, S., Dawson, E.J., dan Brashers, D. Information Manipulation Theory: A Replication and Assessment. *Communication Monographs* 63 (1): 70–82. 1996
<https://doi.org/10.1080/03637759609376375>.

Senarai

- Afektif : berkenaan dengan perasaan
- Evaluatif : berhubungan dengan evaluasi, bersifat evaluasi
- Kognitif : berhubungan dengan atau melibatkan kognisi

N. PENDIDIKAN KESEHATAN DAN PERUBAHAN PERILAKU

1. Pendahuluan

1.1. Deskripsi Singkat

Perilaku kesehatan merupakan suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Ilmu dasar perilaku dibagi menjadi sosiologi, psikologi dan antropologi.

1.2. Relevansi

Materi ini diberikan dengan tujuan untuk memperkenalkan kepada mahasiswa tentang pendidikan kesehatan dan perubahan perilaku yang mempengaruhi kesehatan masyarakat.

1.3. Capaian Pembelajaran

1.3.1. Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)

Mahasiswa dapat memahami dan mengerti pendidikan kesehatan serta perubahan perilaku terkait kesehatan yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan masyarakat.

1.3.2. Sub-Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (Sub-CPMK)

Setelah mempelajari sub pokok bahasan antropologi kesehatan dan gizi, diharapkan mahasiswa mampu:

- f) Memahami dan menjelaskan pengertian perilaku dan perilaku kesehatan .
- g) Memahami dan menjelaskan aspek – aspek dalam antropologi gizi
- h) Memahami dan menjelaskan determinan perilaku kesehatan
- i) Memahami dan menjelaskan tahap – tahap perubahan perilaku
- j) Memahami dan menjelaskan promosi kesehatan dan perilaku

1.4. Petunjuk Pembelajaran

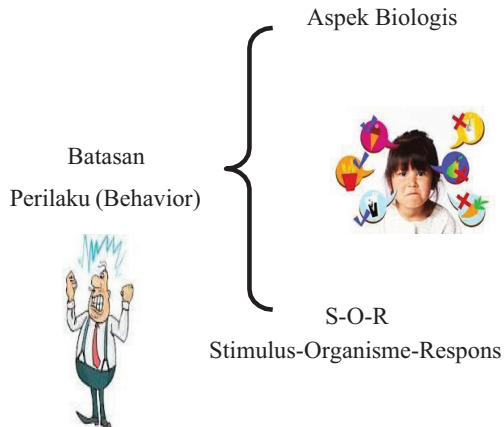
Mahasiswa diharapkan membaca sumber pustaka yang berkaitan dengan pokok bahasan pendidikan kesehatan dan perubahan perilaku agar lebih mudah memahami materi pada pokok bahasan ini. Selain itu, mahasiswa juga mengerjakan latihan dan menguji pemahaman dengan tes formatif untuk mengetahui sejauh mana pemahaman terhadap materi pada pokok bahasan ini. Jika nilai yang didapatkan belum sesuai dengan yang ditetapkan maka

mahasiswa harus mengulang mempelajari materi pada pokok bahasan ini sebelum beralih ke pokok bahasan selanjutnya.

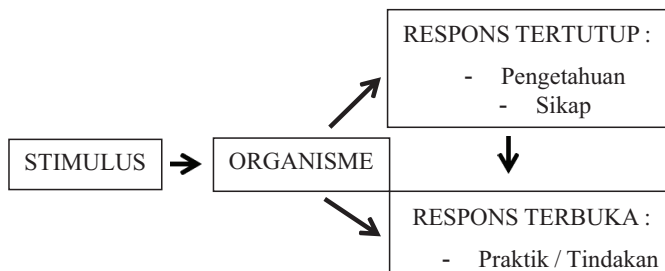
2. Penyajian

2.1. Uraian

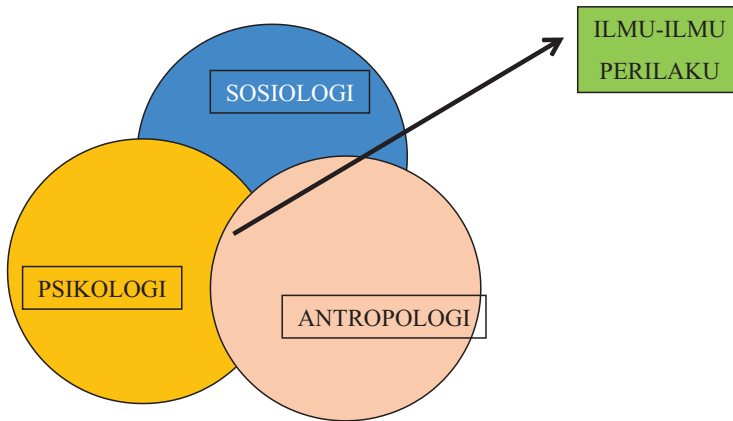
A. Perilaku



Menurut Skinner (1938), ada 2 jenis respons yaitu *respondent respons* / refleksif yaitu respons yang ditimbulkan oleh stimulus tertentu (*Eliciting Stimuli*) dan *operant respons* / *instrumental respons* yaitu respons yang timbul dan berkembang kemudian diikuti oleh stimuli yang lain. Teori S-O-R menurut Skinner (1938), perilaku dikelompokkan menjadi *covert behavior* (perilaku tertutup) yaitu apabila respons terhadap stimulus masih belum dapat diamati dan *overt behavior* (perilaku terbuka) yaitu apabila respons terhadap stimulus dapat diamati (*obsevable behavior*).



Gambar 71. Bagan Respon Perilaku

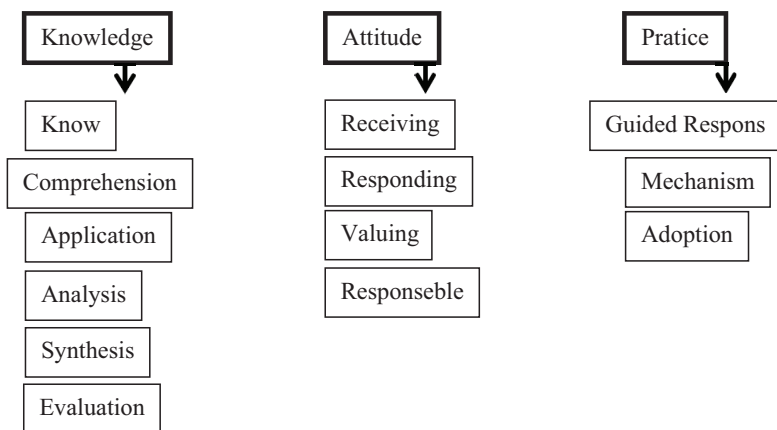


Gambar 72. Ilmu - Ilmu Dasar Perilaku

B. Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan seperti Sehat – sakit, penyakit, faktor yang mempengaruhi kesehatan. Menurut Becker (1979), perilaku kesehatan diklasifikasikan menjadi:

1. *Healthy Behavior* yaitu aktivitas yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan
2. *Illness Behavior* yaitu aktivitas seseorang / keluarganya yang sakit dan atau terkena masalah kesehatan untuk mengatasinya
3. *The Sick Role Behavior* yaitu orang sakit punya peran (*role*), hak (*rights*) dan kewajiban (*obligation*).



Gambar 73. Domain Perilaku Menurut Bloom

Pengukuran dan indicator perilaku kesehatan dibagi menjadi:

1. *Health Knowledges* yang pengetahuan tentang cara – cara memelihara kesehatan
2. *Health Attitude* yaitu pendapat / penilaian terhadap hal – hal yang berkaitan pemeliharaan kesehatan
3. *Health Practice* yaitu kegiatan / aktivitas dalam rangka memelihara kesehatannya

C. Determinan Peilaku Kesehatan

- Teori Lawrence Green
 - *Predisposing Factors* yaitu faktor mempermudah/mempredesposisi terjadi perilaku (Pengetahuan, sikap, nilai – nilai dll)
 - *Enabling Factors* yaitu faktor – faktor pemungkin / memfasilitasi perilaku
 - *Reinforcing Factors* yaitu faktor – faktor penguat yang mendorong terjadinya perilaku

$$B = F (Pf, Ef, Rf)$$

- Teori Snehandu B.Karr
 - *Intention* (niat)
 - *Social Support* (Dukungan sekitar)
 - *Accessibility of Information* (Terjangkaunya/tersedia informasi)
 - *Personal Autonomy* (Kebebasan pribadi)
 - *Action Situation* (Kondisi yang memungkinkan)

$$B = F (Bi, Ss, Pa, As)$$

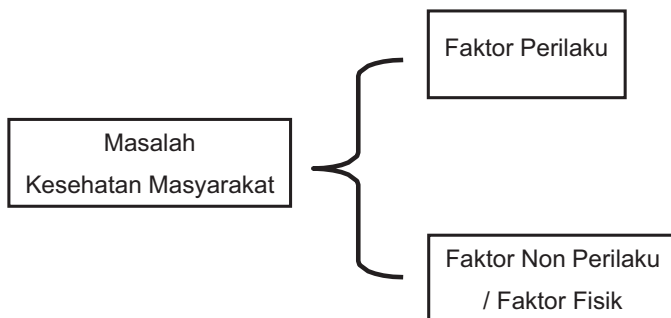
- Teori WHO
 - *Thoughts and Feeling* (Pemikiran & Perasaan)
 - *Personal References* (Referensi seseorang)
 - *Resources* (Ketersediaan Sumber Daya)
 - *Culture* (Sosio Budaya)

$$B = F (Tf, Pr, R, C)$$

D. Tahap – Tahap Kegiatan dalam Perubahan Perilaku

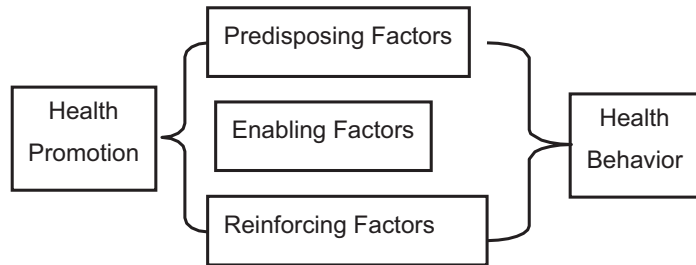
- Tahap Sensitisasi
 - Tujuan yaitu memberikan informasi dan kesadaran pada masyarakat berkaitan dengan kesehatan
 - Tidak memberikan peningkatan/penjelasan pengetahuan
 - Tidak mengarah pada perubahan sikap
 - Belum merubah perilaku tertentu
 - Bentuk kegiatan yaitu *radio spot*, poster, selebaran dll
- Tahap Publisitas
 - Kelanjutan tahap Sensitisasi
 - Penjelasan lebih lanjut jenis/macam pelayanan kesehatan pada fasilitas pelayanan kesehatan
 - Bentuk kegiatan yaitu *Press Release*
- Tahap Edukasi
 - Tujuan yaitu meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap serta mengarahkan kepada perilaku yang diinginkan oleh kegiatan/program
 - Bentuk kegiatan yaitu metode belajar mengajar
- Tahap Motivasi
 - Lanjutan tahap Edukasi
 - Tujuan yaitu perorangan atau masyarakat yang benar-benar merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif berhubungan dengan kesehatan\

E. Promosi Kesehatan dan Perilaku



Gambar 74. Bagan Promosi Kesehatan dan Perilaku

Upaya intervensi terhadap faktor perilaku melalui pendekatan pendidikan (*education*) dan paksaan atau tekanan (*coercion*).



Gambar 75. Hubungan Promosi Kesehatan dengan Determinan Perilaku

Diagnosis perilaku sehat merupakan Identifikasi sistematis praktek-praktek kesehatan yang dapat menyebabkan permasalahan kesehatan. Masalah kesehatan dibagi menjadi *non-behavioral causes* dan *behavioral causes*. Penyebab non-perilaku berupa faktor-faktor personal dan lingkungan yang berkontribusi terhadap permasalahan kesehatan tetapi tidak dikendalikan oleh perilaku populasi sasaran. Contohnya yaitu genetik, umur, jenis kelamin, iklim. Umumnya, bentuk penyebab non-perilaku yaitu lingkungan (air, udara, jalan) dan teknologi (fasilitas, pelayanan medis).

Tahapan diagnosis perilaku yaitu:

- Membedakan antara penyebab perilaku dan non-penyebab perilaku dari masalah kesehatan.

Contoh : Di bawah ini adalah faktor resiko dari penyakit kardiovaskuler yaitu merokok, gender, gaya hidup santai, stress, hipertensi, kolesterol tinggi, diabetes, obesitas, umur, konsumsi alkohol, riwayat keluarga

- Mengembangkan temuan atas perilaku.

Prosedur dalam dua bentuk:

- Identifikasi perilaku yang berhubungan dengan pencegahan masalah kesehatan. Misal memelihara atau mencapai BB yang diinginkan, berhenti merokok atau jangan dimulai, berhenti minum minuman beralkohol berlebihan atau jangan dimulai, mulai atau lanjutkan olah raga
- Identifikasi prosedur pengobatan atas masalah kesehatan secara berurutan. Setiap langkah adalah perilaku. Misal membuat keputusan untuk pengobatan atau bedah, ikuti pengobatan yang diresepkan, mempertahankan atau

mencapai berat yang ideal, berhenti merokok, berhenti minum minuman beralkohol yang berlebihan

- Rangkaian perilaku berdasarkan urgensinya
Perilaku dikatakan penting jika data yang ada secara jelas berhubungan dengan masalah kesehatan dan perilaku itu sering terjadi
Perilaku dikatakan kurang atau tidak penting jika tidak berhubungan langsung dengan masalah kesehatan dan perilaku tersebut jarang muncul
- Rangkaian perilaku berdasarkan kemudahan diubah
Perilaku mudah diubah, jika masih dalam tahap dini atau baru muncul, tidak terkait kuat dengan gaya hidup atau budaya, berhasil diubah oleh program lain
Perilaku sulit diubah, jika sudah lama terjadi, terkait kuat dengan gaya hidup atau budaya, tidak dapat diubah oleh program lain
- Memilih perilaku sasaran

Tabel 10. Memilih Perilaku Sasaran

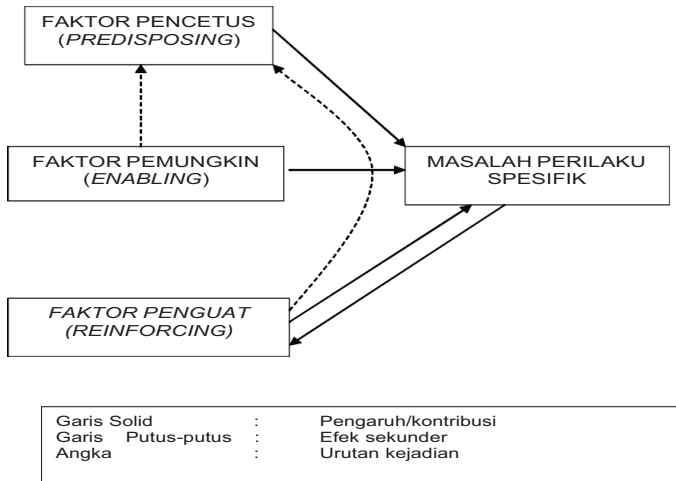
	Penting	Tidak (kurang) penting
Mudah diubah	<i>1. Prioritas tinggi untuk fokus program</i>	<i>3. Prioritas rendah, kecuali untuk tujuan “politis”</i>
Sulit diubah	<i>2. Prioritas untuk program inovasi : evaluasi penting</i>	<i>4. Tidak ada program</i>

Tujuan perilaku yang baik menyatakan :

- **Siapa** – orang yang diharapkan berubah
- **Apa** – tindakan atau perubahan dalam perilaku atau tindakan kesehatan yang ingin dicapai
- **Berapa besar** – tingkatan kondisi yang akan dicapai
- **Kapan** – waktu di mana perubahan diharapkan terjadi

Contoh :

1. Remaja usia 15 – 20 tahun di Kabupaten A akan mengalami penurunan kebiasaan merokok sebesar 20% selama dua tahun program berhenti merokok dijalankan
2. Contoh lain?



Gambar 76. Mencari Penyebab Perilaku Sehat

Faktor – faktor pencetus dari perilaku yaitu faktor-faktor yang mendorong untuk berperilaku sebagai alasan atau motivasi berperilaku, kecenderungan “*personal*” yang membawa individu atau kelompok dalam pengalaman belajar. Contoh yaitu pengetahuan, sikap, keyakinan, norma, sosial demografi.

Faktor pemungkin perilaku yaitu faktor-faktor pendorong yang membuat motivasi atau alasan berperilaku menjadi kenyataan, keahlian atau sumber daya untuk melaksanakan perilaku sehat. Contoh yaitu keahlian petugas, sumber daya masyarakat, aksesibilitas pelayanan (biaya, jarak, transportasi dan lain – lain).

Faktor penguat perilaku yaitu faktor-faktor yang muncul dari perilaku yang menyediakan ganjaran, insentif, sanksi dan hukuman sehingga perilaku tetap ada.

Penguat positif yaitu perilaku sehat tetap bertahan

Penguat negatif yaitu perilaku sehat menjadi berkurang

Sumber-sumber penguat tergantung pada jenis program. Misal dalam tatanan rumah sakit, faktor penguat dapat berasal dari dokter, perawat dan keluarga.

2.2. Latihan

Buatlah kelompok dengan minimal anggota 3 orang, diskusikan dan rangkum hasil diskusi dalam bentuk presentasi (*power point* atau video). Tema yang ditulis yaitu menjelaskan mengenai penyebab perilaku dari satu masalah perilaku dilihat dari faktor pencetus, pemungkin dan penguat. Bahan diskusi dapat berasal dari artikel jurnal nasional maupun internasional, buku, laporan dan sebagainya

3. Penutup

3.1. Rangkuman

Perilaku kesehatan adalah respons seseorang terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sehat sakit, penyakit dan faktor yang mempengaruhi kesehatan. Tahap – tahap kegiatan dalam perubahan perilaku yaitu tahap sensitisasi, tahap publisitas, tahap edukasi dan tahap motivasi. Upaya intervensi terhadap faktor perilaku dilakukan melalui pendekatan pendidikan dan paksaan atau tekanan. Tahapan diagnosis perilaku yaitu membedakan antara penyebab perilaku dan non-penyebab perilaku dari masalah kesehatan, mengembangkan temuan atas perilaku, ranking perilaku berdasarkan urgensinya, ranking perilaku berdasarkan kemudahan diubah dan memilih perilaku sasaran. Penyebab masalah perilaku dibagi menjadi faktor pencetus, pemungkin dan penguat.

3.2. Test Formatif

1. Klasifikasi perilaku kesehatan menurut Becker, 1979 yaitu.....
 - A. Healthy behavior
 - B. Illness behavior
 - C. The sick role behavior
 - D. A dan B benar
 - E. A, B dan C benar
2. Aktivitas yang berkaitan dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan merupakan definisi dari.....
 - A. Healthy behavior
 - B. Illness Behavior
 - C. The sick role behavior
 - D. Semua benar
 - E. Semua salah
3. Benar-benar merubah perilaku negatif menjadi perilaku positif berhubungan dengan kesehatan merupakan tujuan dari tahap kegiatan dalam perubahan perilaku menurut Hanlon, 1964 yaitu.....
 - A. Sensitisasi
 - B. Publisitas
 - C. Edukasi

- D. Motivasi
- E. Tindak lanjut
- 4. Dibawah ini yang bukan penyebab non-perilaku untuk masalah kesehatan yaitu.....
 - A. Pelayanan medis
 - B. Genetik
 - C. Umur
 - D. Jenis kelamin
 - E. Iklim
- 5. Perilaku mudah diubah jika.....
 - A. Masih dalam tahap dini
 - B. Berhasil diubah oleh program lain
 - C. Terkait kuat dengan gaya hidup
 - D. A dan B benar
 - E. A, B dan C benar

3.3. Umpan Balik

Untuk dapat melanjutkan ke pokok bahasan berikutnya, mahasiswa harus dapat menjawab semua pertanyaan tes formatif paling tidak 75% benar. Selamat bagi Anda yang telah lolos ke materi selanjutnya.

3.4. Tindak Lanjut

Pada akhir kuliah, mahasiswa diminta untuk mencari referensi di jurnal ilmiah terkait perilaku kesehatan masyarakat yang mempengaruhi status gizi di Indonesia.

3.5. Kunci Jawaban Test Formatif

- 1. E
- 2. A
- 3. D
- 4. A
- 5. D

Daftar Pustaka

Asriningrum, S. Korelasi Antara Niat, Dukungan Sosial, Informasi Kesehatan, Otonomi Pribadi, Situasi Untuk Bertindak Dalam Merubah Perilaku. *Teras Kesehatan* 1 (2): 99–

- Darmawan, A dan Ngurah, A.K. “Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Kunjungan Masyarakat Terhadap Pemanfaatan Pelayanan Posyandu Di Desa Pemecutan Kelod Kecamatan Denpasar Barat.” *Jurnal Dunia Kesehatan* 5 (2): 29–39. 2015
- Fitriany, M., Farouk, H., dan Taqwa, R. Perilaku Masyarakat Dalam Pengelolaan Kesehatan Lingkungan (Studi Di Desa Segiguk Sebagai Salah Satu Desa Penyangga Kawasan Hutan Suaka Margasatwa Gunung Raya Ogan Komering Ulu Selatan). *Jurnal Penelitian Sains* 18 (1): 168118. 2016
- Notoatmodjo, S. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta. 2012
- Sinaga, L.R.V., Sianturi, E., Maisyarah, Amir, N., Simamora, J.P., Ashriady, dan Hardiyati. *Pendidikan Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Medan: Yayasan Kita Menulis. 2021

Senarai

- Antropologi : ilmu tentang manusia, khususnya tentang asal – usul, aneka warna bentuk fisik, adat istiadat, dan kepercayaannya pada masa lampau
- Psikologi : ilmu yang berkaitan dengan proses mental, baik normal maupun abnormal dan pengaruhnya pada perilaku
- Sosiologi : pengetahuan atau ilmu tentang sifat, perilaku, dan perkembangan masyarakat; ilmu tentang struktur sosial, proses sosial, dan perubahannya
- Stimulus : perangsang organisme bagian tubuh atau reseptor lain untuk menjadi aktif

INDEX

AGB	: Anemia Gizi Besi
AKB	: Angka Kematian Bayi
ASDR	: <i>Age Specific Death Rate</i>
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BB	: Berat Badan
BBM	: Bahan Bakar Minyak
CEO	: <i>Chief Executive Officer</i>
CDR	: <i>Crude Death Rate</i>
CDSR	: <i>Cause Disease Spesific Death Rate</i>
CFR	: <i>Case Fertility Rate</i>
CSR	: <i>Corporate Social Responsibility</i>
CaCO ₃	: Kalsium Karbonat
CO	: Karbon Monosikda
DB	: Demam Berdarah
DHF	: <i>Dengue Hemoragic Fever</i>
DM	: Diabetes Mellitus
DNA	: <i>Deoxyribonucleic Acid</i>
DPRD	: Dewan Perwakilan Rakyat Daerah
GAKI	: Gangguan Akibat Kekurangan Iodium
GBHN	: Garis – Garis Besar Haluan Negara
Hb	: Hemoglobin
HDL	: <i>High Density Lipoprotein</i>
IAKMI	: Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia
IKM	: Ilmu Kesehatan Masyarakat
KADARZI	: Keluarga Sadar Gizi
KAP	: <i>Knowledge, Attitude, Practice</i>
KEK	: Kekurangan Energi Kronis
KEP	: Kekurangan Energi Protein
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIE	: Komunikasi, Informasi, Edukasi

KLB	: Kejadian Luar Biasa
KVA	: Kekurangan Vitamin A
K3	: Keselamatan dan Kesehatan Kerja
LDL	: <i>Low Density Lipoprotein</i>
LiLA	: Lingkak Lengan Atas
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
MCK	: Mandi, Cuci, dan Kakus
MPASI	: Makanan Pendamping Air Susu Ibu
NIAS	: <i>Nederlands Indische Artsen School</i>
PGS	: Pesan Gizi Seimbang
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PHK	: Pemutusan Hubungan Kerja
PIS-PK	: Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
PJ	: Penanggung Jawab
PKK	: Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga
PKMD	: Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
PSK	: Pegawai Seks Komersil
PUGS	: Pedoman Umum Gizi Seimbang
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
RS	: Rumah Sakit
SKN	: Sistem Kesehatan Nasional
SKRT	: Survei Kesehatan Rumah Tangga
SPG	: Sindroma Penyakit Gedung
STTU	: Sanitasi Tempat – Tempat Umum
TB	: Tinggi Badan
TBC	: Tuberkulosis
TTD	: Tablet Tambah Darah
UKBM	: Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
UKP	: Upaya Kesehatan Perorangan
UKS	: Usaha Kesehatan Sekolah
UNICEF	: <i>United Nations International Children's Emergency Fund</i>
UU	: Undang – Undang

UUD : Undang – Undang Dasar
VLDL : *Very Low Density Lipoprotein*
WHO : *World Health Organization*

BIOGRAFI PENULIS



Dra. Ani Margawati, M.Kes., Ph.D adalah pengajar di Departemen Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro Semarang. Lahir di Yogyakarta pada tanggal 25 Mei 1965.

Gelar sarjana diperoleh dari Program Studi Antropologi, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 1990. Gelar magister diperoleh dari Program Studi Promosi Kesehatan / Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada Yogyakarta tahun 1996. Sedangkan gelar doktor diperoleh dari *Sociology and Social*

Anthropology University of Hull United Kingdom pada tahun 2006. Menjadi staf pengajar atau dosen di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro sejak tahun 1993 serta mendapat penghargaan sebagai dosen teladan FK Undip pada tahun 1999. Setelah itu menjabat sebagai Kepala Departemen Ilmu Gizi FK UNDIP periode 2015 hingga 2019 dan 2019 hingga 2024.

Kajian ilmu yang ditekuni dari S1 hingga S3 yaitu bidang antropologi dan kesehatan masyarakat dengan fokus pada antropologi kesehatan dan perilaku kesehatan. Berbagai artikel baik dalam publikasi jurnal nasional maupun internasional mengenai kesehatan masyarakat dan antropologi sejak tahun 1993 hingga saat ini telah diterbitkan. Buku yang telah dibuat sebelumnya diantaranya Buku Pintar Imunisasi Campak dan Rubella, Modul Pelatihan Membangun Personal Branding bagi Perawat, Buku Saku Pendewasaan Usia Perkawinan bagi Remaja, Buku Saku Penyiapan Kehidupan Berkeluarga dari Segi Kesehatan, Buku Saku Penyiapan Kehidupan Berkeluarga dari Segi Delapan Fungsi Keluarga, Buku Pintar Campak dan Rubella, Modul Kesehatan Ibu Hamil di Era Pandemi COVID-19, Buku Ajar Sosioantropologi Gizi dan modul edukasi lain.



Rachma Purwanti, S.KM, M.Gizi adalah staf pengajar di Departemen Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro Semarang. Lahir di Temanggung, 21 November 1989.

Gelar sarjana diperoleh dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Universitas Jenderal Soedirman pada Tahun 2012. Gelar magister diperoleh dari Program Studi Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Tahun 2015. Penulis aktif menjadi staf pengajar atau dosen di Departemen Ilmu Gizi, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro sejak Tahun 2017 hingga saat ini.

Kajian ilmu yang ditekuni dari S1 hingga S2 yaitu bidang gizi kesehatan masyarakat. Mata kuliah yang diampu antara lain Ilmu Kesehatan Masyarakat, Sosioantropologi Gizi, Epidemiologi Gizi, Statistika, Promosi Gizi, Perencanaan Program Gizi, Metodologi Penelitian, dan Pre-Internship Gizi Masyarakat. Saat ini penulis aktif sebagai koordinator bidang Karya Tulis Ilmiah di Program Studi S1 Gizi Undip dan section editor Jurnal Gizi Indonesia.

Karya penulis berupa artikel ilmiah hasil penelitian maupun pengabdian kepada masyarakat mengenai gizi kesehatan masyarakat telah diterbitkan di berbagai jurnal berskala nasional maupun internasional sejak Tahun 2016 hingga saat ini. Karya lain yang pernah disusun diantaranya modul Asupan Giziku Program Pengabdian Masyarakat Interaksi Dosen dan Mahasiswa Tim KKN Undip Tahun 2018, modul pelaksanaan program Kelompok Lansia Sehat BTPN Tahun 2019, Buku Panduan Karya Ilmiah di Masa Pandemi Covid-19, Buku Panduan Pre-Internship Gizi Masyarakat di Masa Pandemi Tahun 2021 dan Buku Ajar Sosioantropologi Gizi.



diterbitkan oleh :
**UNDIP PRESS
SEMARANG**



IKAPI
IKATAN PENERBIT INDONESIA



Appti

ISBN 978-979-097-956-7

