



EDITOR

Dr. dr. Asriati, M.Kes
Akifah, S.KM., M. P. H

KESEHATAN MASYARAKAT

Teti Susliyanti Hasiu | Feby Alberto | Tyas Aisyah Putri | Rina Anwar | Putri Tiara Rosha
Rizka Licia | Marheni Fadillah Harun | Nur Hayati | Ridha Restila | Reyhan Julio Azwan
Nanda Aulya Ramadhan | Neny Setiawaty Ningsih

KESEHATAN MASYARAKAT

Buku Kesehatan Masyarakat yang berada di tangan pembaca ini disusun dalam 12 bab, dengan Bahasa yang sederhana sehingga memudahkan para pembaca memahaminya.

Bab 1 Pengantar Kesehatan Masyarakat

Bab 2 Tokoh Sejarah Ilmu Kesehatan Masyarakat

Bab 3 Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat

Bab 4 Konsep Masyarakat dan Konsep Sehat Sakit

Bab 5 Pengantar Demografi

Bab 6 Konsep Primary Health Care

Bab 7 Manajemen Kesehatan Masyarakat

Bab 8 Program Promosi Kesehatan

Bab 9 Kesehatan Lingkungan

Bab 10 Kesehatan Reproduksi Remaja dalam Konteks Kesehatan Masyarakat

Bab 11 Problema Lansia dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Bab 12 Pusat Pelayanan KIA



eureka
media aksara
Anggota IKAPI
No. 225/JTE/2021

☎ 0858 5343 1992
✉ eurekamediaaksara@gmail.com
📍 Jl. Banjaran RT.20 RW.10
Bojongsari - Purbalingga 53362

ISBN 978-623-120-673-2



9 786231 206732

KESEHATAN MASYARAKAT

Teti Susliyanti Hasiu, SKM., M.Kes
Febry Alberto, SKM., MPH
Tyas Aisyah Putri, S.Tr.Keb., M.KM
Rina Anwar, SKM., M.Kes
Putri Tiara Rosha, SKM, MPH
Rizka Licia, SKM.,MPH
Marheni Fadillah Harun,SKM.,MMRS
Nur Hayati,S.Kep.Ns.,M.P.H
Ridha Restila, SKM, MKM
dr. Reyhan Julio Azwan , S.Ked
dr. Nanda Aulya Ramadhan, M.Kes
Neny Setiawaty Ningsih, S.Si. T. M. Kes



PENERBIT CV. EUREKA MEDIA AKSARA

KESEHATAN MASYARAKAT

- Penulis** : Teti Susliyanti Hasiu, SKM., M.Kes
Febry Alberto, SKM., MPH
Tyas Aisyah Putri, S.Tr.Keb., M.KM
Rina Anwar, SKM., M.Kes
Putri Tiara Rosha, SKM, MPH
Rizka Licia, SKM.,MPH
Marheni Fadillah Harun,SKM.,MMRS
Nur Hayati,S.Kep.Ns.,M.P.H
Ridha Restila, SKM, MKM
dr. Reyhan Julio Azwan , S.Ked
dr. Nanda Aulya Ramadhan, M.Kes
Neny Setiawaty Ningsih, S.Si. T. M. Kes
- Editor** : Dr. dr. Asriati, M.Kes
Akifah, S.KM., M. P. H
- Desain Sampul** : Ardyan Arya Hayuwaskita
- Tata Letak** : Uli Mas'uliyah Indarwati
- ISBN** : 978-623-120-673-2
- Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, MEI 2024**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992
Surel : eurekamediaaksara@gmail.com
Cetakan Pertama : 2024

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh
isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun,
termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman
lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur yang teramat dalam dan tiada kata lain yang patut kami ucapkan selain mengucap rasa syukur. Karena berkat rahmat dan karunia Tuhan Yang Maha Esa, buku yang berjudul “Kesehatan Masyarakat” telah selesai di susun dan berhasil diterbitkan, semoga buku ini dapat memberikan sumbangsih keilmuan dan penambah wawasannya bagi siapa saja yang memiliki minat terhadap pembahasan Kesehatan Masyarakat.

Buku Kesehatan Masyarakat yang berada di tangan pembaca ini disusun dalam 12 bab, dengan Bahasa yang sederhana sehingga memudahkan para pembaca memahaminya.

Bab 1 Pengantar Kesehatan Masyarakat

Bab 2 Tokoh Sejarah Ilmu Kesehatan Masyarakat

Bab 3 Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat

Bab 4 Konsep Masyarakat Dan Konsep Sehat Sakit

Bab 5 Pengantar Demografi

Bab 6 Konsep Primary Health Care

Bab 7 Manajemen Kesehatan Masyarakat

Bab 8 Program Promosi Kesehatan

Bab 9 Kesehatan Lingkungan

Bab 10 Kesehatan Reproduksi Remaja Dalam Konteks Kesehatan Masyarakat

Bab 11 Problema Lansia Dan Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Bab 12 Pusat Pelayanan KIA

Akan tetapi pada akhirnya kami mengakui bahwa tulisan ini terdapat beberapa kekurangan dan jauh dari kata sempurna, sebagaimana pepatah menyebutkan “*tiada gading yang tidak retak*” dan sejatinya kesempurnaan hanyalah milik Tuhan semata. Maka dari itu, kami dengan senang hati secara terbuka untuk menerima berbagai kritik dan saran dari para pembaca sekalian, hal tersebut tentu sangat diperlukan sebagai bagian dari upaya kami untuk terus melakukan perbaikan dan penyempurnaan karya selanjutnya di masa yang akan datang.

Terakhir, ucapan terima kasih kami sampaikan kepada seluruh pihak yang telah mendukung dan turut andil dalam seluruh rangkaian proses penyusunan dan penerbitan buku ini, sehingga buku ini bisa hadir di hadapan sidang pembaca. Semoga buku ini bermanfaat bagi semua pihak dan dapat memberikan kontribusi bagi pembangunan ilmu pengetahuan di Indonesia terkhusus pada ilmu kesehatan masyarakat.

Buton, 05 April 2024

Tim Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	x
BAB 1 PENGANTAR KESEHATAN MASYARAKAT	1
Oleh : Teti Susliyanti Hasiu, SKM., M.Kes	
A. Pendahuluan	1
B. Definisi Sehat Sakit.....	1
C. Definisi Kesehatan Masyarakat	3
D. Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat	6
E. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat	8
F. Prinsip Kesehatan Masyarakat	11
G. Sasaran Kesehatan Masyarakat	11
DAFTAR PUSTAKA	13
BAB 2 TOKOH SEJARAH ILMU KESEHATAN MASYARAKAT	14
Oleh : Febry Alberto, SKM., MPH	
A. Pendahuluan	14
B. John Snow: Fondasi Epidemiologi	16
C. Florence Nightingale: Revolusi Kesehatan dan Data	20
D. Edward Jenner: Bapak Imunisasi	22
E. Dr. Alice Hamilton: Pelopor Kesehatan Kerja.....	24
F. Sigmund Freud: Memahami Psikologi Kesehatan.....	26
G. Tokoh Lain dan Dampak Mereka Bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat	28
H. Integrasi Peran Tokoh Kesehatan Masyarakat Terhadap Perkembangan Ilmu	29
I. Pengaplikasian Temuan Tokoh Masa Lalu dan Tantangan Baru Ilmu Kesehatan Masyarakat	31
DAFTAR PUSTAKA	34

BAB 3 PERIODE PERKEMBANGAN KESEHATAN	
MASYARAKAT	37
Oleh : Tyas Aisyah Putri, S.Tr.Keb., M.KM	
A. Pendahuluan.....	37
B. Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat	39
C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia ...	49
DAFTAR PUSTAKA.....	52
BAB 4 KONSEP MASYARAKAT DAN KONSEP SEHAT DAN SAKIT	53
Oleh : Rina Anwar, SKM., M.Kes	
A. Pendahuluan.....	53
B. Konsep Masyarakat	53
C. Konsep Sehat dan Sakit	55
DAFTAR PUSTAKA	65
BAB 5 PENGANTAR DEMOGRAFI	67
Oleh : Putri Tiara Rosha, SKM, MPH	
A. Pengertian Demografi	67
B. Sumber Data Kependudukan.....	68
C. Komposisi Penduduk	74
D. Faktor yang Mempengaruhi pertumbuhan penduduk.....	80
DAFTAR PUSTAKA	85
BAB 6 KONSEP PRIMARY HEALTH CARE	87
Oleh : Rizka Licia, SKM.,MPH	
A. Pendahuluan.....	87
B. Keterjangkauan	89
C. Partisipasi Masyarakat	90
D. Kelompok Sasaran	92
E. Pencegahan dan Promosi Kesehatan.....	93
F. Integrasi Layanan Kesehatan	95
G. Pendekatan Komprehensif.....	97
H. Pelayanan yang Berkelanjutan	98
DAFTAR PUSTAKA	102
BAB 7 MANAJEMEN KESEHATAN MASYARAKAT	104
Oleh : Marheni Fadillah Harun,SKM.,MMRS	
A. Pendahuluan.....	104
B. Pendekatan Manajemen Kesehatan Masyarakat	105

C. Implementasi Program Kesehatan Masyarakat	110
D. Evaluasi Program Kesehatan Masyarakat	116
E. Peran Kepemimpinan dalam Manajemen Kesehatan Masyarakat	120
DAFTAR PUSTAKA	126
BAB 8 PROGRAM PROMOSI KESEHATAN.....	129
Oleh : Nur Hayati,S.Kep.Ns.,M.P.H	
A. Pendahuluan	129
B. Pengenalan Program Promosi Kesehatan	130
C. Teori dalam Promosi Kesehatan.....	135
D. Desain dan Implementasi Program Promosi Kesehatan	136
E. Evaluasi Program Promosi Kesehatan	139
F. Studi Kasus dan Contoh Program Promosi Kesehatan	142
DAFTAR PUSTAKA	144
BAB 9 KESEHATAN LINGKUNGAN.....	146
Oleh : Ridha Restila, SKM, MKM	
A. Pendahuluan	146
B. Peran Lingkungan dalam Kesehatan Masyarakat	147
C. Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan	150
D. Environmental Health Hazard	151
E. Isu - Isu Terkini Terkait Kesehatan Lingkungan	153
DAFTAR PUSTAKA	161
BAB 10 KESEHATAN REPRODUKSI REMAJA DALAM KONTEKS KESEHATAN MASYARAKAT	164
Oleh : dr. Reyhan Julio Azwan , S.Ked	
A. Pendahuluan	164
B. Konsep Kesehatan Reproduksi Remaja.....	165
C. Kesehatan Reproduksi Remaja Dalam Kesehatan Masyarakat	170
DAFTAR PUSTAKA	183
BAB 11 MASALAH LANSIA DAN PELAYANAN KESEHATAN MASYARAKAT.....	185
Oleh : dr. Nanda Aulya Ramadhan, M.Kes	
A. Pendahuluan	185
B. Perubahan Fisiologis Penuaan pada Lansia	186

C. Pelayanan Kesehatan Masyarakat Lansia.....	191
D. Kesimpulan.....	197
DAFTAR PUSTAKA	198
BAB 12 PUSAT PELAYANAN KIA.....	203
Oleh : Neny Setiawaty Ningsih, S.Si. T. M. Kes	
A. Pendahuluan.....	203
B. Pengenalan tentang Kesehatan Ibu dan Timbulnya Ilmu Pengetahuan.....	204
C. Tahapan Perkembangan	205
D. Peran Pusat Pelayanan KIA	207
E. Faktor Risiko dan Pencegahan	208
F. Tenaga Kesehatan yang Terlibat:.....	210
G. Keterlibatan Masyarakat dan Pendidikan Kesehatan	212
DAFTAR PUSTAKA	214
TENTANG PENULIS.....	216

DAFTAR TABEL

Tabel 9. 1 Dampak Kesehatan yang Berkaitan dengan Faktor Lingkungan (Gibson, 2018).....	149
-----------------------------------------------------------------------------------------	-----

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 2	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan	6
Gambar 2. 1	Peta Wabah Cholera Oleh John Snow	18
Gambar 4. 1	Rentang Sehat Sakit.....	56
Gambar 4. 2	Model Penjamu, Agen, Lingkungan	57
Gambar 4. 3	Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat	62
Gambar 4. 4	Dimensi Kesehatan Prima	63
Gambar 5. 1	Hasil SP2020	70
Gambar 5. 2	Pelayanan Registrasi penduduk melalui online.....	72
Gambar 5. 3	Jumlah Penduduk Indonesia berdasarkan Kelompok Umur Dan Jenis Kelamin pada SP2020 .	76
Gambar 5. 4	Persentase Penduduk Indonesia berdasarkan Provinsi Hasil SP2020	77
Gambar 5. 5	Piramida Penduduk Indonesia Hasil SP2020	78
Gambar 5. 6	Bentuk piramida penduduk.....	80
Gambar 10. 1	Grafik Usia Menarch Berdasarkan Negara	169
Gambar 11. 1	Pelayanan Kesehatan Esensial (CDC, 2020).....	193
Gambar 11. 2	Domain kunci kapasitas intrinsik lansia (WHO, 2019)	196

BAB 1

PENGANTAR KESEHATAN MASYARAKAT

Teti Susliyanti Hasiu, SKM., M.Kes

A. Pendahuluan

Ilmu kesehatan masyarakat, merupakan perspektif yang berbeda dengan kedokteran klinis. Pendekatan kedokteran klinis yang berfokus pada individu yang sudah sakit, sedangkan kesehatan masyarakat mencakup cakupan yang lebih luas. Hal ini tidak hanya ditujukan kepada individu yang sakit dalam komunitas tertentu namun juga mereka yang sehat dan berpotensi berisiko dalam masyarakat luas. Oleh karena itu, dalam bidang kesehatan masyarakat, intervensi tidak hanya sekedar mengobati penyakit, tetapi juga mencakup peningkatan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan, termasuk tindakan pencegahan bagi mereka yang berada dalam kondisi kesehatan yang baik.

B. Definisi Sehat Sakit

Kontradiksi yang timbul dari perbedaan penafsiran mengenai sehat dan sakit dapat menimbulkan tantangan tanpa adanya batasan yang jelas. Biasanya, individu yang bebas dari penyakit dianggap sehat; oleh karena itu, menjadi penting untuk menetapkan definisi yang tepat untuk membedakan kedua konsep tersebut secara efektif (Nuryadin *et al.*, 2023)

1. Definisi Sehat

Menurut Undang-Undang Kesehatan Nomor 23 Tahun 1992, sehat diartikan tidak hanya mencakup bebas dari penyakit, tetapi juga mencakup kesejahteraan fisik,

mental, dan sosial, yang memungkinkan individu dapat hidup secara sosial dan ekonomis. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperluas gagasan ini, mendefinisikan sehat bukan hanya sekedar tidak adanya penyakit atau kecacatan, namun lebih merupakan keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial yang sempurna. Jadi, bebas penyakit tidak selalu berarti sehat; sebaliknya, seseorang harus berada dalam kondisi optimal di seluruh aspek fisik, mental, maupun sosialnya.

Definisi sehat yang dinyatakan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) merupakan kondisi ideal yang mencakup dimensi biologis, psikologis, dan sosial, yang memungkinkan individu berfungsi secara optimal dalam aktivitasnya. Definisi sehat ini terdiri dari tiga karakteristik utama, yaitu:

- a. Memperhatikan individu sebagai sistem yang menyeluruh
- b. Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal
- c. Sehat diartikan sebagai hidup yang kreatif dan produktif.

Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa parameter kesehatan yang digariskan oleh Organisasi Kesehatan Dunia mencakup aspek-aspek yang berkaitan dengan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial.

Di sisi lain, parameter kesehatan menurut UU Kesehatan tidak hanya mencakup kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, tetapi juga mencakup aspek ekonomi. Sehat fisik, yang dimaksud, berkaitan dengan tidak adanya penyakit atau penyakit klinis, dengan seluruh organ tubuh berfungsi normal dan tanpa gangguan apapun pada fungsi tubuh. Sehat jiwa (mental) meliputi: 1) Sehat pikiran, yang terlihat dari proses berpikir seseorang yang ditandai dengan pemikiran yang logis dan koheren, 2) Sehat spiritual, ditunjukkan melalui ekspresi rasa syukur, rasa hormat, atau pengabdian individu terhadap keajaiban alam dan keberadaan, yang dibuktikan dengan ketaatan dan

keyakinan agama, serta tindakan berbudi luhur yang selaras dengan standar (norma) masyarakat, 3) Sehat emosional, ditunjukkan oleh kemampuan individu untuk mengartikulasikan perasaannya atau menunjukkan pengaturan diri yang baik.

Sehat sosial diartikan kompetensi individu dalam membentuk hubungan positif dan berinteraksi baik dengan orang lain atau berbagai kelompok tanpa prasangka berdasarkan faktor seperti ras, etnis, agama, status sosial ekonomi, atau afiliasi politik. Sedangkan sehat ekonomi berarti memiliki lapangan kerja atau dapat menghasilkan secara ekonomi. Bagi individu seperti anak-anak, remaja, atau pensiunan yang mungkin tidak bekerja, maka sehat dari aspek ekonomi ditentukan oleh kapasitas mereka untuk berlaku produktif secara sosial.

2. Definisi Sakit

Sakit yaitu ketidaknyamanan yang dialami di dalam tubuh atau bagian tubuh tertentu akibat berbagai kondisi seperti demam atau sakit perut. Selain itu, menurut Parson (1972) sakit adalah gangguan terhadap aktivitas sehari-hari seseorang, yang mencakup fungsi biologis tubuh dan kemampuan beradaptasi sosialnya.

Sedangkan menurut WHO, sakit adalah keadaan yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor, meliputi kelainan atau kejadian yang dapat mengganggu integritas jaringan tubuh manusia, fungsi jaringan, atau fungsi organ tubuh secara keseluruhan.

C. Definisi Kesehatan Masyarakat

Menurut WHO (1997), kesehatan adalah kondisi ideal yang mencakup kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, yang lebih dari sekedar tidak adanya penyakit atau kelemahan. Pengertian kesehatan menurut hukum yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan mengartikan kesehatan sebagai keadaan sejahtera mental dan

sosial yang memungkinkan terwujudnya kehidupan yang sejahtera secara sosial dan ekonomi.

Berdasarkan kedua definisi kesehatan tersebut, dapat disimpulkan bahwa kesehatan mencakup empat dimensi yaitu: fisik (tubuh), mental (jiwa), sosial, dan ekonomi, yang masing-masing saling terkait dan saling berpengaruh dalam membentuk kesehatan individu, kelompok, atau masyarakat secara keseluruhan. Oleh karena itu, hal ini menggarisbawahi perspektif holistik atau komprehensif mengenai kesehatan, dan tidak hanya mempertimbangkan kesehatan dari segi fisik saja.

Banyak ahli kesehatan di seluruh dunia yang telah berkontribusi terhadap perubahan definisi kesehatan masyarakat, sehingga menghasilkan kemajuan yang signifikan selama berabad-abad. Hal ini terlihat jelas dalam perspektif sejarah kesehatan, yang pada awalnya berfokus pada penanganan permasalahan sanitasi yang mengganggu kesehatan. Kesehatan masyarakat mencakup berbagai ruang lingkup, mulai dari perspektif yang lebih sempit hingga perspektif yang lebih luas. Berikut definisi-definisi kesehatan masyarakat meliputi:

1. Interpretasi paling tua mengenai kesehatan masyarakat berkaitan dengan upaya yang ditujukan untuk mengatasi masalah yang mengganggu kesehatan (Kesehatan Masyarakat = Sanitasi).
2. Menjelang akhir abad ke-18, kesehatan masyarakat yaitu pencegahan penyakit dalam masyarakat melalui perbaikan sanitasi lingkungan dan pencegahan penyakit melalui imunisasi.
3. Pada awal abad ke-19, kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi keterpaduan ilmu kedokteran, sanitasi, dan ilmu sosial untuk mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat.
4. Pada awal abad ke-20, Winslow mendefinisikan kesehatan masyarakat sebagai disiplin ilmu yang mencakup ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang umur, dan

meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha pengorganisasian untuk:

- a. Peningkatan sanitasi lingkungan
- b. Pemberantasan penyakit menular
- c. Pendidikan tentang kebersihan diri
- d. Pembentukan layanan medis terorganisir untuk deteksi dini dan pengobatan
- e. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin serta memenuhi kebutuhan dasar individu yang layak dalam memelihara kesehatannya. akan gaya hidup sehat.

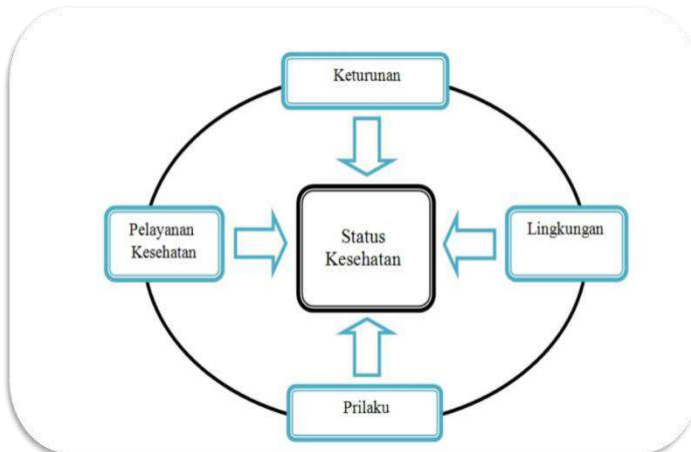
Berikut berbagai definisi kesehatan masyarakat dalam Alaydrus (Alaydrus, 2020), yaitu:

1. Menurut Profesor Winslow (1920), kesehatan masyarakat yaitu sebagai ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang harapan hidup, dan meningkatkan kesehatan fisik dan mental serta efisiensi melalui upaya masyarakat yang terkoordinasi. Upaya-upaya ini termasuk meningkatkan sanitasi lingkungan, mengendalikan infeksi di masyarakat, mendidik individu tentang kebersihan pribadi, pengorganisasi layanan medis untuk diagnosis dini dan pencegahan penyakit, dan mendorong pembangunan sosial untuk memastikan semua orang di masyarakat mempertahankan standar hidup yang sehat dan kondusif bagi kesehatannya.
2. Kesehatan masyarakat, sebagaimana dinyatakan oleh *American Medical Association* (AMA) pada tahun 1948, didefinisikan sebagai ilmu dan seni dalam memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.
3. Menurut Ikatan Dokter Amerika (1948), kesehatan masyarakat yaitu ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.
Kesehatan masyarakat merupakan ilmu dan seni yang bertujuan untuk menjaga, memelihara, dan meningkatkan kesehatan dengan menerapkan strategi yang berpusat pada

masyarakat dalam penyediaan layanan kesehatan untuk mencegah dan memberantas penyakit. Hal ini mencakup segala upaya, baik langsung maupun tidak langsung, yang bertujuan untuk mencegah (preventif), mengobati (kuratif), dan memfasilitasi pemulihan (rehabilitatif) dari suatu penyakit.

D. Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat

Menurut Hendrick L. Blum menguraikan 4 faktor utama yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat yaitu: perilaku, lingkungan, keturunan, dan pelayanan kesehatan. Faktor tersebut dijabarkan sebagai (Rahayu *et al.*, 2023) berikut:



Gambar 1. 1 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan

(Teori H.L Blum, 1974)

1. Perilaku

Faktor kedua yang mempengaruhi kesehatan masyarakat adalah gaya hidup individu atau masyarakat. Sehat atau tidaknya lingkungan ini sangat bergantung pada pola perilaku masyarakat. Berbagai faktor seperti: kepercayaan, adat istiadat, kebiasaan, status ekonomi, pendidikan dan perilaku yang ada pada individu juga memberikan pengaruh terhadap kesehatannya.

2. Lingkungan

Lingkungan mencakup unsur-unsur alam dan buatan manusia dan merupakan penentu utama kondisi kesehatan individu. Dalam lingkungan fisik, kesehatan sangat dipengaruhi oleh kualitas sanitasi lingkungan dimana manusia tinggal. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa sanitasi yang tidak memadai sering kali menyebabkan berkembangnya penyakit, terutama mengingat air sangat penting bagi kehidupan manusia, dan masyarakat selalu menggunakan air dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Untuk lingkungan sosial berhubungan keadaan ekonomi yang berlaku dalam suatu masyarakat. Secara umum, akses ke pelayanan kesehatan yang baik akan semakin sulit didapatkan bagi individu atau komunitas yang menghadapi kesulitan ekonomi, atau miskin. Misalnya, semakin sulit bagi mereka yang hidup dalam kemiskinan untuk mendapatkan akses seimbang terhadap makanan bergizi. Demikian pula, tingkat pendidikan yang lebih tinggi pada individu atau masyarakat berkorelasi dengan tingkat hidup sehat yang lebih baik.

3. Genetik atau Keturunan

Aspek genetik atau keturunan sangat mempengaruhi status kesehatan, karena penyakit tertentu merupakan faktor keturunan atau faktor yang telah ditentukan yang ada pada individu sejak lahir. Misalnya, kondisi seperti epilepsi, hipertensi, diabetes mellitus, asma bronkial dan buta warna merupakan contoh penyakit keturunan.

4. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan berkaitan dengan keberadaan fasilitas kesehatan mempunyai peranan penting dalam memulihkan kesehatan, mencegah penyakit, memberikan pengobatan dan perawatan, serta memenuhi kebutuhan masyarakat membutuhkan pelayanan kesehatan.

E. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Pada awalnya, kesehatan masyarakat, dari sudut pandang ilmiah (teoritis), pada dasarnya mencakup dua disiplin ilmu utama: ilmu biomedis (biologi medis) dan ilmu sosial (*social sciences*). Namun seiring berjalannya waktu, seiring dengan perubahan factor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat juga telah berkembang secara signifikan hingga mencakup spektrum disiplin ilmu yang lebih luas. Sekarang termasuk biologi, kedokteran, kimia, fisika, ilmu lingkungan, sosiologi, antropologi, psikologi, pendidikan, dan lain-lain.

Secara praktis, kesehatan masyarakat mempunyai cakupan yang luas karena sifatnya yang multifaktorial, dimana permasalahan kesehatan masyarakat sering kali bermula dari berbagai sebab. Oleh karena itu, penyelesaiannya tidak bisa hanya mengandalkan satu disiplin ilmu saja, melainkan harus melibatkan pendekatan multidisiplin. Misalnya, kasus peningkatan gizi buruk pada anak balita di suatu wilayah tertentu. Mengatasi permasalahan kesehatan masyarakat ini tidak hanya memerlukan sudut pandang klinis atau medis saja, namun juga kajian dari sisi ekonomi (berkaitan dengan pendapatan keluarga), sosiologis (berkaitan dengan perilaku), dan berbagai sudut pandang multidisiplin lain yang relevan dengan kejadian tersebut. Oleh karena itu, seorang pakar kesehatan masyarakat harus memiliki naluri detektif untuk mengungkap akar permasalahan suatu permasalahan kesehatan masyarakat.

Upaya yang tergolong sebagai seni atau penerapan ilmu kesehatan masyarakat menurut Sartika (Sartika, 2022), antara lain:

1. Pemberantasan penyakit baik menular maupun tidak menular.
2. Peningkatan sanitasi lingkungan.
3. Meningkatkan lingkungan perumahan.
4. Langkah-langkah pengendalian vektor.
5. Pemberian pendidikan kesehatan masyarakat (konseling).
6. Penyediaan layanan kesehatan ibu dan anak.

7. Inspeksi sanitasi tempat umum.
8. Pembinaan gizi masyarakat.
9. Pengendalian (pengawasan) narkoba dan alkohol.
10. Pembinaan peran serta masyarakat, dan lain sebagainya.

Secara umum prinsip-prinsip ilmu kesehatan masyarakat dapat dikategorikan menjadi enam (6) pokok bahasan:

1. Ilmu kesehatan masyarakat mengutamakan promosi (promotif) dan pencegahan (preventif) kesehatan dibandingkan pengobatan (kuratif). Pendekatan kuratif merupakan fokus dari tenaga medis dan paramedis, termasuk dokter, dokter gigi, perawat, dan bidan.
2. Ilmu kesehatan masyarakat berfokus pada penanganan masalah kesehatan dalam komunitas atau kelompok individu, baik dalam kondisi kesehatan yang baik maupun menghadapi tantangan kesehatan, dibandingkan hanya berfokus pada kasus penyakit individual
3. Faktor lingkungan merupakan hal yang sangat penting dalam ilmu kesehatan masyarakat, karena memberikan kontribusi yang signifikan terhadap terjadinya penyakit atau kejadian kesehatan di masyarakat. Kesehatan masyarakat mengakui faktor internal dan eksternal sebagai penyebab masalah kesehatan.
4. Upaya pengorganisasian masyarakat ditekankan dalam ilmu kesehatan masyarakat, dengan pengorganisasian masyarakat ditujukan pada kegiatan-kegiatan tertentu untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat.
5. Ilmu kesehatan masyarakat memandang masyarakat sebagai objek dan sekaligus sebagai subjek dalam intervensi kesehatan. Meskipun masyarakat menjadi sasaran kesehatan masyarakat, mereka juga diharapkan untuk terlibat secara aktif dan berkontribusi terhadap keberhasilan program-program kesehatan. Tanpa keterlibatan masyarakat, program kesehatan masyarakat tidak mungkin dilaksanakan secara efektif.

6. Permasalahan kesehatan dipandang sebagai permasalahan multisektor yang saling berkaitan dengan berbagai sektor lain di luar kesehatan. Misalnya, penanganan gizi buruk pada anak balita tidak hanya melibatkan intervensi kesehatan tetapi juga pertimbangan sektor pertanian dalam penyediaan pangan dan sektor ekonomi dalam pengentasan kemiskinan masyarakat.

Ilmu kesehatan masyarakat memaparkan fenomena kesehatan di masyarakat melalui tujuh (7) pilar utama, sebagaimana diuraikan oleh Sartika (Sartika, 2022), yaitu:

1. Epidemiologi merupakan ilmu yang mempelajari tentang frekuensi, distribusi, dan faktor penentu masalah kesehatan serta cara menanggulangi. Epidemiologi menggunakan metode kuantitatif untuk menganalisis penyakit masyarakat, sehingga berfungsi sebagai alat utama untuk menjelaskan masalah kesehatan secara komprehensif. Peran pentingnya dalam kesehatan masyarakat terlihat dari kemampuannya memberikan wawasan kuantitatif mengenai masalah kesehatan, sehingga memperkuat statusnya sebagai landasan ilmu kesehatan masyarakat.
2. Biostatistik, atau statistik kesehatan, merupakan disiplin mendasar dalam kesehatan masyarakat, yang digunakan sebagai metode untuk menyelidiki masalah terkait kependudukan.
3. Kesehatan lingkungan, mencakup seluruh aspek alam dan lingkungan yang mempengaruhi kesehatan manusia, yang merupakan cabang penting dari ilmu kesehatan masyarakat.
4. Pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku mengeksplorasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, meliputi psikologi sosial, antropologi kesehatan, sosiologi kesehatan, konseling, dan hubungan antarmanusia.
5. Administrasi kesehatan masyarakat, mendalami perencanaan, pengorganisasian, pengawasan, pengarahan, dan evaluasi proses administrasi dalam sektor kesehatan, yang memainkan peran penting dalam manajemen kesehatan masyarakat.

6. Gizi masyarakat, menyelidiki kebutuhan gizi yang penting bagi kesehatan manusia dan dampaknya terhadap kehidupan manusia, memberikan kontribusi yang signifikan terhadap ilmu kesehatan masyarakat.
7. Kesehatan kerja bertujuan untuk melindungi pekerja dari penyakit atau cedera akibat kerja yang timbul akibat kondisi terkait pekerjaan, memastikan perlindungan mereka dari risiko dan bahaya di tempat kerja.

F. Prinsip Kesehatan Masyarakat

Untuk melaksanakan suatu usaha kesehatan masyarakat perlu memperhatikan beberapa prinsip pokok sebagai berikut (Herlina *et al.*, 2022):

1. Usaha kesehatan masyarakat memprioritaskan tindakan preventif dan promotif dibandingkan intervensi kuratif.
2. Saat menerapkan langkah-langkah preventif dan promotif, upayakan untuk mencapai hasil optimal dengan biaya minimal.
3. Usaha kesehatan masyarakat berpusat pada masyarakat, dimana masyarakat berperan sebagai pelaku (subjek) dan sasaran (objek). Pada hakikatnya upaya tersebut diprakarsai dari masyarakat, untuk masyarakat, dan oleh masyarakat.
4. Partisipasi masyarakat melalui kegiatan terorganisir merupakan bagian integral dari inisiatif kesehatan masyarakat, memastikan keterlibatan aktif dan kepemilikan atas upaya tersebut.
5. Intervensi kesehatan masyarakat yang dijalankan harus disesuaikan dengan masalah kesehatan yang umum terjadi di masyarakat. Kegagalan untuk mengatasi permasalahan ini secara efektif akan menimbulkan ancaman besar terhadap kesehatan dan keselamatan masyarakat itu sendiri.

G. Sasaran Kesehatan Masyarakat

Menurut Khairunnisa (Khairunnisa, 2022), sasaran kesehatan masyarakat dikategorikan menjadi tiga tingkatan: tingkat individu, keluarga, dan kelompok khusus, yang

melayani individu sehat dan mereka yang menderita masalah kesehatan.

1. Individu

Seorang individu, dalam konteks unit keluarga, mewakili salah satu anggotanya. Ketika seorang anggota keluarga mengalami masalah kesehatan, hal itu pasti akan berdampak pada kesehatan fisik, mental, dan sosial anggota keluarga lainnya.

2. Keluarga

Dalam skala masyarakat, keluarga merupakan unit paling dasar. Keluarga meliputi kepala keluarga dan sanak saudaranya yang tinggal bersama karena hubungan darah, perkawinan, atau pengangkatan anak, yang masing-masing anggotanya saling berhubungan dan bergantung satu sama lain. Beberapa keluarga menghadapi masalah kesehatan yang dapat berdampak besar dan berdampak pada anggota keluarga lainnya.

3. Kelompok khusus

Kelompok khusus yaitu kelompok yang memiliki karakteristik serupa seperti jenis kelamin, usia, atau masalah kesehatan tertentu, sehingga menjadikan mereka sangat rentan terhadap masalah kesehatan. Kelompok-kelompok ini meliputi:

- a. Kelompok khusus yang berkaitan dengan tahapan pertumbuhan dan perkembangannya antara lain; kelompok balita, lansia, remaja, ibu hamil, ibu melahirkan dan ibu menyusui.
- b. Kelompok khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan, mencakup kelompok penderita penyakit menular dan tidak menular, kelompok cacat fisik dll.
- c. Kelompok khusus yang rentan terserang penyakit mencakup individu seperti pekerja seks, pengguna narkoba, kelompok pekerjaan tertentu dalam masyarakat, kelompok penyalahgunaan obat dan narkotika dll.

DAFTAR PUSTAKA

- Alaydrus, S. (2020) 'Ilmu Kesehatan Masyarakat', Cetakan Pertama, Widina Bhakti Persada, Bandung [Preprint].
- Herlina, T. *et al.* (2022) Modul Kesehatan Masyarakat. Prodi Kebidanan Magetan.
- Khairunnisa, K. (2022) 'Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat'. Zahir Publishing.
- Nuryadin, A.A. *et al.* (2023) 'Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat', Penerbit Tahta Media [Preprint].
- Rahayu, D.Y.S. *et al.* (2023) 'Ilmu Kesehatan Masyarakat'.
- Sartika, S. (2022) 'Buku Digital Ilmu Kesehatan Masyarakat', Buku Digital Ilmu Kesehatan Masyarakat [Preprint].

BAB 2

TOKOH SEJARAH ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Febry Alberto, SKM., MPH

A. Pendahuluan

Kesehatan masyarakat adalah bidang yang mencakup berbagai disiplin ilmu dan praktik yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Individu yang telah memberikan kontribusi signifikan di bidang kesehatan masyarakat dianggap sebagai tokoh penting dalam membentuk cara kita melakukan pendekatan dan mengatasi masalah kesehatan di tingkat komunitas. Yang dimana hal tersebut dapat kita temukan pada tokoh-tokoh sejarah ilmu kesehatan masyarakat (Tulchinsky and Varavikova, 2014a)

Tokoh sejarah selalu memegang peranan penting dalam bidang kesehatan masyarakat, menentukan jalannya ilmu Kesehatan masyarakat dan meninggalkan dampak jangka panjang pada masyarakat. Memahami pentingnya ilmu kesehatan masyarakat ini sangat penting dalam mengapresiasi evolusi praktik dan kebijakan kesehatan masyarakat. Dengan mempelajari kehidupan dan kontribusi tokoh-tokoh sejarah ini, kita dapat memperoleh wawasan berharga tentang dasar-dasar kesehatan masyarakat dan prinsip-prinsip yang menjadi pedomannya saat ini (Tulchinsky and Varavikova, 2014a)

Dalam Bab ini, kita akan mengeksplorasi dan menyoroti tokoh-tokoh penting di bidang kesehatan masyarakat, kontribusi mereka, dan dampak jangka panjang dari pekerjaan mereka terhadap kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

Dengan memahami peran penting yang dimainkan oleh individu-individu berpengaruh ini, kita dapat memperoleh wawasan berharga mengenai evolusi kesehatan masyarakat serta tantangan dan keberhasilan yang telah membentuk perkembangannya (George Rosen, 1993)

Menjelaskan tentang peran penting yang dimainkan oleh tokoh-tokoh sejarah dalam memajukan kesehatan masyarakat. Melalui eksplorasi karya mereka, pembaca dapat memahami pengaruh besar yang dimiliki individu-individu ini terhadap praktik, kebijakan, dan ideologi kesehatan masyarakat. Dengan mengkaji warisannya, pembaca dapat memperoleh inspirasi dan wawasan yang relevan dengan tantangan kesehatan masyarakat kontemporer (George Rosen, 1993)

Penulis berupaya memberikan pembaca gambaran komprehensif tentang signifikansi historis tokoh-tokoh kunci dalam kesehatan masyarakat. Dengan menjelaskan kontribusi tokoh-tokoh ini, pembaca dapat mengembangkan pemahaman yang lebih mendalam tentang konteks sejarah yang telah membentuk kesehatan masyarakat seperti yang kita kenal sekarang. Selain itu, dengan mengetahui pencapaian dan perjuangan para tokoh tersebut, pembaca dapat memperoleh perspektif yang lebih luas mengenai tantangan dan peluang yang ada di bidang kesehatan masyarakat ke depan (Alexander Lucas Slamet Ryadi, 2016)

Saat kita menggali lebih dalam dalam bidang kesehatan masyarakat yang memiliki banyak aspek, menjadi jelas bahwa bidang ini dibentuk oleh beragam visioner, advokat, dan inovator. Orang-orang ini tidak hanya berkontribusi pada pemahaman ilmiah tentang kesehatan dan penyakit tetapi juga memperjuangkan kesetaraan kesehatan, keadilan sosial, dan kesejahteraan holistik untuk semua (Alexander Lucas Slamet Ryadi, 2016)

Dengan mengakui kontribusi signifikan dari tokoh-tokoh ini dan memahami ilmu kesehatan masyarakat yang terus berkembang, kita akan lebih siap untuk mengatasi tantangan kesehatan saat ini dan masa depan dengan pendekatan

multidimensi yang komprehensif. Ketika ilmu kesehatan masyarakat terus mengalami kemajuan, warisan dari individu-individu berpengaruh ini berfungsi sebagai cahaya penuntun, yang menginspirasi masa depan.

B. John Snow: Fondasi Epidemiologi

John Snow, lahir pada tahun 1813 di New York, Inggris, adalah tokoh penting dalam sejarah ilmu Kesehatan masyarakat karena karyanya yang inovatif di bidang kesehatan masyarakat dan epidemiologi. Dia memberikan kontribusi penting terhadap pengetahuan kita tentang penularan penyakit, khususnya selama wabah kolera di London abad ke-19. Penelitian inovatif dan analisis data menyeluruhnya membuka jalan bagi praktik modern di bidang epidemiologi dan kesehatan masyarakat. Mari kita selidiki kehidupan dan pengaruh ilmuwan dan visioner luar biasa ini (Fine *et al.*, 2013)

Dedikasi John Snow dalam pekerjaannya di bidang kesehatan masyarakat. John Snow berusaha memahami penyebab penyakit dan menemukan cara efektif untuk mencegah dan mengobatinya. Dengan mendalami detail penelitian dan kontribusi masing-masing, kita bisa mendapatkan apresiasi lebih dalam atas dampak yang mereka berikan terhadap bidang kedokteran. Kehidupan awal John Snow ditandai dengan rasa ingin tahu yang mendalam tentang alam dan minat yang besar dalam memahami kompleksitas penyakit. Tumbuh di masa ketika bidang medis sedang mengalami transformasi yang pesat, Snow dipengaruhi oleh teori-teori ilmiah yang muncul dan kemajuan dalam penelitian medis. Pengamatan dan pengalamannya selama tahun-tahun pembentukannya meletakkan dasar bagi upaya masa depannya di bidang epidemiologi dan kesehatan masyarakat (Fine *et al.*, 2013)

1. Biografi Singkat: Latar Belakang, Pendidikan, dan Karya Awal

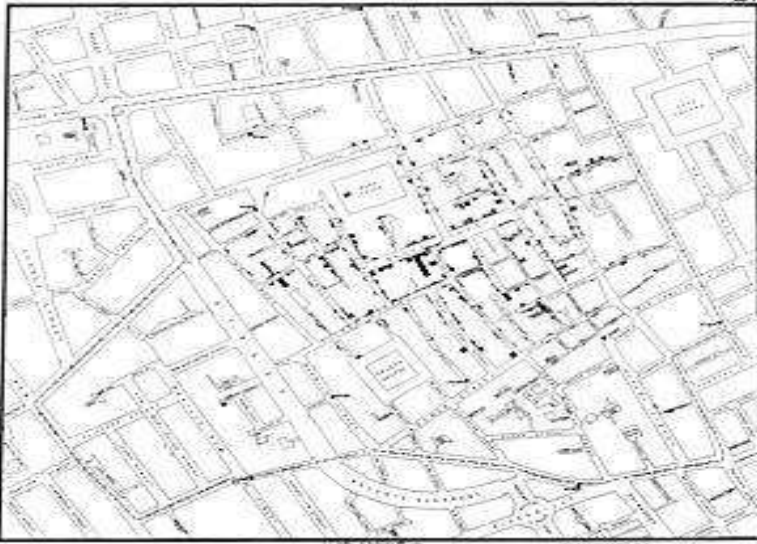
John Snow, lahir pada tahun 1813 di York, Inggris, adalah salah satu tokoh paling berpengaruh dalam sejarah epidemiologi dan kesehatan masyarakat. Dibesarkan dalam keluarga yang kurang mampu, Snow menunjukkan ketertarikan pada ilmu pengetahuan dan matematika sejak usia dini. Keinginannya untuk membantu masyarakat dan minatnya pada ilmu medis mendorongnya untuk menjadi magang apoteker pada usia 14 tahun. Sebagai mahasiswa kedokteran muda, Snow mendapatkan wawasan langsung tentang kenyataan pahit kemiskinan perkotaan dan dampak buruk penyakit menular terhadap masyarakat. Pertemuannya dengan pasien yang menderita kolera dan penyakit menular lainnya memicu tekadnya untuk mengungkap misteri seputar penyebaran penyakit mematikan ini (Tulchinsky, 2018)

Pencarian pengetahuan Snow yang tak kenal lelah dan komitmennya yang tak tergoyahkan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat mencapai puncaknya pada penelitian inovatifnya selama epidemi kolera di London. Dengan memetakan dan menganalisis pola infeksi secara cermat, ia menentang teori racun yang ada dan secara ilmiah menunjukkan hubungan antara sumber air yang terkontaminasi dan penularan penyakit. Penemuan penting ini tidak hanya membantah kesalahpahaman yang telah lama ada tentang kolera, namun juga merevolusi pemahaman kita tentang epidemiologi dan pencegahan penyakit (Tulchinsky, 2018)

2. Wabah Kolera di London: Metodologi Penelitian, Penggunaan Peta, dan Penemuan Sumber Penularan

Pada pertengahan abad ke-19, London dilanda serangkaian wabah kolera yang mematikan. Pada saat itu, penyebab dan mekanisme penularan kolera masih belum dipahami. Teori miasma, yang menyatakan bahwa penyakit disebarkan melalui "udara beracun," masih dominan di

kalangan medis. Snow, tidak puas dengan penjelasan ini, memulai investigasi sendiri terhadap wabah kolera yang terjadi di Soho, London, pada tahun 1854 (Howard Brody *et al.*, 2000).



Gambar 2. 1 Peta Wabah Cholera Oleh John Snow
(Sumber: Wikipedia.com)

Menggunakan metodologi yang sistematis dan analitis, Snow mengumpulkan data tentang kasus kolera dan memetakan lokasi mereka di sekitar pompa air Broad Street. Analisisnya menunjukkan bahwa hampir semua kasus kolera terkonsentrasi di dekat pompa tersebut. Dengan menghilangkan pegangan pompa air Broad Street, Snow secara praktis menghentikan wabah tersebut. Penelitiannya tidak hanya membuktikan bahwa kolera disebarkan melalui air yang terkontaminasi tetapi juga menunjukkan pentingnya sanitasi dan pasokan air bersih (Howard Brody *et al.*, 2000)

3. Dampak dan Warisan: Bagaimana Snow Mengubah Pendekatan Terhadap Epidemiologi dan Pencegahan Penyakit

Kontribusi Snow ke bidang kesehatan masyarakat dan epidemiologi tidak terukur. Dia dianggap sebagai bapak epidemiologi modern karena dia adalah salah satu orang pertama yang menggunakan metode epidemiologi untuk memecahkan masalah kesehatan masyarakat. Pendekatannya yang berbasis data dan analitis dalam mengatasi wabah penyakit menular telah menjadi standar dalam epidemiologi (Ruths, 2009; Tulchinsky, 2018).

Warisannya melampaui penemuannya tentang transmisi kolera. Snow menetapkan dasar untuk penelitian epidemiologi masa depan, menunjukkan pentingnya pengumpulan data yang teliti, analisis statistik, dan pemetaan dalam memahami dan mengendalikan penyakit menular. Metodenya mengilhami generasi epidemiolog dan pejabat kesehatan masyarakat untuk menggunakan pendekatan ilmiah dalam menangani masalah Kesehatan (Ruths, 2009; Tulchinsky, 2018).

Lebih lanjut, karya Snow menggarisbawahi pentingnya pasokan air bersih dan sanitasi sebagai komponen kunci dalam pencegahan penyakit menular. Ini membuka jalan bagi pengembangan sistem sanitasi modern dan memperkuat konsep bahwa intervensi kesehatan masyarakat dapat secara dramatis memperbaiki kesehatan dan kesejahteraan populasi (Ruths, 2009).

Warisannya melampaui kontribusi ilmiahnya; Advokasi Snow untuk meningkatkan kebijakan sanitasi dan air bersih meletakkan dasar bagi langkah-langkah kesehatan masyarakat modern dan secara dramatis mengurangi dampak penyakit menular terhadap penduduk perkotaan. Upaya perintisnya terus menginspirasi dan memandu inisiatif kesehatan masyarakat di seluruh dunia, menggarisbawahi pentingnya karyanya dalam membentuk bidang epidemiologi dan kedokteran. Melalui dedikasinya,

Snow melanjutkan pendidikannya di bidang medis, menjadi salah satu dokter dan anesthesiologis terkemuka di London. Karir awalnya ditandai dengan inovasi dalam teknik anestesi, namun kontribusi terbesarnya terletak pada studi epidemiologinya tentang kolera (Ruths, 2009; Fine *et al.*, 2013; Tulchinsky, 2018).

Dalam retrospeksi, John Snow tidak hanya memberikan kontribusi signifikan terhadap ilmu pengetahuan dan praktik medis tetapi juga meninggalkan warisan yang terus menginspirasi bidang kesehatan masyarakat dan epidemiologi. Pendekatannya yang inovatif, berbasis bukti, dan multidisiplin dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat tetap relevan dan penting hingga saat ini, menjadikan karyanya sebuah tonggak dalam sejarah Ilmu Kesehatan Masyarakat.

C. Florence Nightingale: Revolusi Kesehatan dan Data

Florence Nightingale, yang namanya hampir selalu terkenang dengan keperawatan modern, memainkan peran kunci dalam pengembangan ilmu kesehatan masyarakat dan epidemiologi melalui inovasi dan penerapan statistik dalam keperawatan. Kehidupannya dan karyanya menawarkan wawasan penting tentang bagaimana data dan praktik kebersihan dapat merevolusi perawatan Kesehatan (Davies, 2012).

1. Biografi Singkat: Latar Belakang, Pendidikan, dan Karya Awal

Florence Nightingale lahir pada 12 Mei 1820, di Florence, Italia, dari keluarga Inggris kaya. Diberi nama menurut kota kelahirannya, Nightingale tumbuh dengan pendidikan yang luas, yang tidak biasa bagi wanita pada zamannya. Dari usia muda, ia merasa terpanggil untuk merawat orang sakit dan kurang beruntung, sebuah aspirasi yang awalnya ditentang oleh keluarganya karena dianggap tidak sesuai untuk status sosial mereka. Terlepas dari tekanan sosial, Nightingale mengejar minatnya dalam keperawatan,

mempelajari ilmu tersebut di Inggris dan Jerman. Pendidikannya yang unik ini, yang menggabungkan pelatihan formal dengan komitmen pribadi untuk perbaikan kondisi kesehatan, membentuk dasar untuk karir revolusionernya dalam keperawatan dan kesehatan masyarakat (Davies, 2012).

2. Inovasi di Perang Krimea: Pengembangan Praktik Kebersihan, Statistik

Pada tahun 1854, selama Perang Krimea, Nightingale diberi tanggung jawab atas perawatan tentara Inggris di Rumah Sakit Barrack di Scutari (sekarang bagian dari Istanbul). Dia menemukan kondisi yang mengerikan: kebersihan yang buruk, perawatan medis yang tidak memadai, dan tingkat kematian yang tinggi. Nightingale dengan cepat menerapkan serangkaian reformasi, termasuk peningkatan sanitasi, ventilasi, dan diet pasien. Dia juga menetapkan praktik pencatatan medis yang ketat, memungkinkan penggunaan data untuk meningkatkan perawatan pasien. Menggunakan statistik, Nightingale menunjukkan dampak signifikan reformasinya terhadap penurunan angka kematian di rumah sakit. Grafik lingkaran dan diagram yang dia kembangkan untuk mempresentasikan datanya kepada pejabat pemerintah tidak hanya membuktikan efektivitas pendekatannya tetapi juga membantu mempopulerkan penggunaan statistik dalam medis dan keperawatan (Davies, 2012).

3. Dampak dan Warisan: Kontribusi terhadap Pendidikan Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat

Nightingale memandang keperawatan sebagai panggilan profesional dan ilmiah. Pada tahun 1860, dia mendirikan Sekolah Keperawatan Nightingale di Rumah Sakit St. Thomas di London, yang merupakan salah satu sekolah keperawatan pertama di dunia yang menekankan pentingnya pendidikan formal dan pelatihan dalam keperawatan. Program ini menjadi model untuk pendidikan keperawatan di seluruh dunia (Riegel *et al.*, 2021).

Kontribusi Nightingale terhadap kesehatan masyarakat melampaui pendirian sekolah keperawatan. Dia berperan dalam reformasi sistem kesehatan dan sanitasi di Inggris dan India, menggunakan analisis data untuk mendorong perubahan. Nightingale juga menulis ekstensif tentang keperawatan, kesehatan masyarakat, dan reformasi sosial, meninggalkan warisan literatur yang luar biasa (Riegel *et al.*, 2021).

Florence Nightingale tidak hanya membuat keperawatan sebagai profesi yang dihormati dan penting tetapi juga pada bidang ilmu Kesehatan masyarakat dengan memperkenalkan penerapan statistik dan analisis data sebagai alat kunci dalam perbaikan kesehatan masyarakat. Melalui dedikasinya terhadap reformasi sanitasi, pendidikan keperawatan, dan penggunaan bukti untuk membimbing praktik klinis, Nightingale telah meninggalkan warisan abadi yang terus menginspirasi dan membentuk kesehatan masyarakat dan epidemiologi (Riegel *et al.*, 2021).

D. Edward Jenner: Bapak Imunisasi

Edward Jenner, sering disebut sebagai "Bapak Imunisasi," merupakan tokoh kunci dalam sejarah kedokteran yang kontribusinya mengubah arah pengendalian penyakit menular. Karyanya dalam pengembangan vaksin cacar meletakkan dasar bagi era baru dalam praktik medis dan kesehatan masyarakat (Stefan Riedel, 2005).

1. Biografi Singkat: Latar Belakang, Pendidikan, Dan Karya Awal.

Edward Jenner lahir pada 17 Mei 1749 di Berkeley, Gloucestershire, Inggris. Dari usia muda, Jenner menunjukkan minat yang kuat terhadap ilmu alam dan medis. Pada usia 14 tahun, ia menjadi magang bagi seorang ahli bedah lokal, di mana ia pertama kali mendengar tentang keyakinan bahwa orang-orang yang telah menderita cacar sapi, penyakit umum pada sapi, tampaknya kebal terhadap cacar, penyakit yang jauh lebih mematikan pada manusia.

Pendidikan formal Jenner dalam bidang medis berlanjut di London di bawah bimbingan John Hunter, seorang ahli bedah terkemuka dan ilmuwan, yang mendorong Jenner untuk mengejar observasi ilmiahnya (Stefan Riedel, 2005).

2. Pengembangan Vaksin Cacar: Eksperimen, Hasil, dan Resistensi yang Dihadapi

Pada akhir abad ke-18, Jenner melakukan serangkaian eksperimen yang akan mengubah pengendalian penyakit menular. Pada tahun 1796, ia mengambil materi dari lesi cacar sapi pada tangan seorang peternak susu dan menginokulasikannya ke dalam lengan James Phipps, seorang anak laki-laki berusia delapan tahun. Beberapa bulan kemudian, Jenner menginokulasikan Phipps dengan materi cacar, penyakit yang sangat mematikan saat itu. Phipps tidak jatuh sakit, menunjukkan bahwa ia telah menjadi kebal terhadap cacar (Winkelstein, 1992)

Walaupun hasilnya menjanjikan, Jenner menghadapi resistensi dan skeptisisme yang signifikan dari komunitas medis. Banyak dari rekan-rekannya meragukan validitas dan keamanan metodenya. Namun, Jenner terus mendokumentasikan dan mempublikasikan hasil kerjanya, yang perlahan-lahan mendapatkan pengakuan dan dukungan (Winkelstein, 1992)

3. Dampak dan Warisan: Kontribusi terhadap Pendidikan Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat

Kontribusi Jenner terhadap ilmu Kesehatan masyarakat tidak dapat dilebih-lebihkan. Pengembangannya terhadap vaksin cacar menjadi salah satu pencapaian medis terbesar, menyelamatkan jutaan nyawa dan pada akhirnya mengarah pada eradikasi cacar pada tahun 1980 - satu-satunya penyakit manusia yang telah dieradikasi melalui vaksinasi (Patrick J. Pead, 2003).

Karya Jenner meletakkan dasar bagi imunologi dan pengembangan vaksin terutama pada penciptaan vaksin cacar, yang menjadi dasar Benjamin Jesty dalam pengembangan selanjutnya. Ia memperkenalkan konsep

bahwa paparan terhadap versi penyakit yang lebih ringan dapat memberikan perlindungan terhadap versi yang lebih parah. Prinsip ini, yang kini dikenal sebagai vaksinasi, menjadi inti dari kontrol penyakit menular di seluruh dunia (Patrick J. Pead, 2003).

Warisan Jenner bertahan hingga hari ini, di mana vaksinasi merupakan bagian penting dari program kesehatan masyarakat global. Praktik imunisasi modern, yang melindungi terhadap berbagai penyakit dari polio hingga HPV, dibangun di atas fondasi yang dia bangun. Kontribusinya terhadap kesehatan masyarakat mengilhami generasi ilmuwan dan peneliti, menegaskan peran vital vaksinasi dalam memajukan kesehatan manusia (Patrick J. Pead, 2003).

E. Dr. Alice Hamilton: Pelopor Kesehatan Kerja

Dr. Alice Hamilton adalah seorang pionir dalam bidang kesehatan kerja, yang karyanya telah membawa perubahan signifikan dalam regulasi dan praktik keselamatan di tempat kerja. Karirnya yang berdedikasi untuk penelitian tentang penyakit industri dan advokasi untuk perbaikan kondisi kerja telah menjadikannya salah satu tokoh terkemuka dalam sejarah kesehatan masyarakat (Frumkin, 2005).

1. Biografi Singkat: Latar Belakang, Pendidikan, Dan Karya Awal

Alice Hamilton lahir pada tahun 1869, di New York, dari keluarga yang mendukung pendidikan tinggi bagi perempuan. Hamilton menunjukkan minat yang kuat pada ilmu pengetahuan sejak usia muda, yang akhirnya membawanya ke studi kedokteran. Dia lulus dari Universitas Michigan Medical School pada tahun 1893, di sebuah era ketika sangat sedikit wanita yang berkarir di bidang medis. Setelah lulus, Hamilton melanjutkan pendidikannya di Eropa, di mana dia mempelajari bakteriologi dan patologi, sebelum akhirnya fokus pada kesehatan industri (Frumkin, 2005).

2. Penelitian tentang Penyakit Industri: Metode Investigasi, Temuan Utama

Hamilton dikenal karena pendekatannya yang teliti dan metodis dalam menyelidiki kondisi kerja dan hubungannya dengan kesehatan pekerja. Dia sering melakukan investigasi lapangan, mengunjungi pabrik-pabrik dan berbicara langsung dengan pekerja untuk mengumpulkan data. Hamilton mempelajari berbagai industri, dari pembuatan kaca hingga pembuatan amunisi, dan mendokumentasikan paparan terhadap zat berbahaya seperti timbal, merkuri, dan radium (Frumkin, 2005)

Salah satu temuan utamanya adalah dampak keracunan timbal pada pekerja industri, yang sering kali diabaikan oleh majikan dan pejabat kesehatan. Hamilton berhasil menunjukkan bahwa paparan timbal, bahkan dalam jumlah kecil, dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan serius, dan bahwa kondisi kerja di banyak pabrik secara signifikan berkontribusi terhadap risiko tersebut (Frumkin, 2005).

3. Dampak dan Warisan: Kontribusi untuk Regulasi dan Pengaruhnya terhadap Undang-Undang Kesehatan dan Keselamatan Kerja

Karya Hamilton tidak hanya memberikan kontribusi penting terhadap pemahaman medis tentang penyakit industri tetapi juga membawa perubahan legislatif. Berdasarkan temuannya, dia menjadi advokat yang kuat untuk regulasi yang lebih ketat terhadap zat berbahaya di tempat kerja. Hamilton sering diundang untuk memberikan kesaksian di depan badan legislatif dan membantu menyusun kebijakan yang dirancang untuk melindungi pekerja (Judah Ginsberg, 2002).

Salah satu dampak paling signifikan dari karyanya adalah pengaruhnya terhadap pengembangan standar keselamatan kerja di Amerika Serikat. Hamilton dianggap sebagai salah satu tokoh kunci di balik penerapan praktik keselamatan kerja yang lebih baik dan pembentukan

lembaga-lembaga seperti *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA) (Judah Ginsberg, 2002).

Dr. Alice Hamilton adalah tokoh yang tak terlupakan dalam sejarah kesehatan masyarakat dan kesehatan kerja. Melalui penelitian, pengajaran, dan advokasi, dia membuka jalan untuk pemahaman yang lebih baik tentang bahaya di tempat kerja dan pentingnya regulasi untuk melindungi pekerja. Warisannya tetap relevan hingga hari ini, sebagai pengingat akan pentingnya ilmu pengetahuan dan kebijakan dalam memajukan kesehatan dan keselamatan kerja (Judah Ginsberg, 2002)

F. Sigmund Freud: Memahami Psikologi Kesehatan

Sigmund Freud, sering dianggap sebagai bapak psikoanalisis, adalah seorang neurologis Austria yang revolusioner karya-karyanya telah mendefinisikan ulang pemahaman kita tentang psikologi dan kesehatan mental. Kehidupan dan karyanya memberikan wawasan mendalam tentang alam bawah sadar manusia, mempengaruhi tidak hanya bidang psikologi tetapi juga sastra, seni, dan budaya secara lebih luas (Saul Mcleod, 2024).

1. Biografi Singkat: Latar Belakang, Pendidikan, Dan Karya Awal

Sigmund Freud lahir pada 6 Mei 1856 di Freiberg, Moravia (sekarang Příbor, Republik Ceko). Keluarganya pindah ke Wina ketika ia masih anak-anak, dan ia menghabiskan sebagian besar hidupnya di sana. Freud memulai studinya di Universitas Wina pada usia 17 tahun, awalnya berfokus pada hukum tetapi kemudian beralih ke medis. Setelah lulus, Freud bekerja di rumah sakit Wina dan mengembangkan minat dalam neurologi. Dia kemudian memfokuskan studinya pada area psikologi dan neuropatologi, yang akan menjadi fondasi bagi teori psikoanalisisnya (Saul Mcleod, 2024).

2. Teori Psikoanalisis: Pengaruhnya terhadap Pemahaman Kondisi Mental

Freud memperkenalkan beberapa konsep revolusioner yang masih menjadi dasar bagi pemahaman modern tentang psikologi dan kesehatan mental. Ini termasuk:

- a. Struktur kepribadian: Freud membagi psike (Jiwa) manusia menjadi tiga bagian: *id* (*id*), *ego*, dan *superego*, yang berinteraksi satu sama lain dan membentuk perilaku kita (Jiang, 2019).
- b. Mekanisme pertahanan: Konsep ini menjelaskan bagaimana *ego* melindungi diri dari konflik antara *id* dan *superego* melalui berbagai cara, seperti represi, negasi, dan proyeksi (Jiang, 2019).
- c. Teori perkembangan psikoseksual: Freud mengusulkan bahwa perkembangan awal anak memiliki pengaruh besar pada kepribadian dan perilaku dewasa mereka (Jiang, 2019).
- d. Pentingnya mimpi: Dia menganggap mimpi sebagai jendela ke alam bawah sadar, yang mengungkapkan konflik dan keinginan terpendam (Jiang, 2019).

Konsep-konsep ini, meskipun kontroversial dan sering diperdebatkan, membuka jalan bagi pemahaman yang lebih dalam tentang bagaimana alam bawah sadar mempengaruhi perilaku dan kondisi mental (Liu, 2020).

Salah satu temuan utamanya adalah dampak keracunan timbal pada pekerja industri, yang sering kali diabaikan oleh majikan dan pejabat kesehatan. Hamilton berhasil menunjukkan bahwa paparan timbal, bahkan dalam jumlah kecil, dapat menyebabkan berbagai masalah kesehatan serius, dan bahwa kondisi kerja di banyak pabrik secara signifikan berkontribusi terhadap risiko tersebut (Liu, 2020).

3. Dampak pada Kesehatan Masyarakat: Kontribusi Freud dalam Perlakuan dan Stigma Penyakit Mental

Pengaruh Freud terhadap kesehatan masyarakat dan perlakuan terhadap penyakit mental tidak dapat dilebih-lebihkan. Dia adalah salah satu tokoh pertama yang menekankan pentingnya faktor psikologis dalam kesehatan dan penyakit, menantang pandangan kontemporer bahwa penyakit mental semata-mata bersifat fisik atau "moral". Karya-karyanya menyediakan kerangka kerja untuk terapi bicara, yang memungkinkan individu untuk menjelajahi konflik batin dan memperbaiki kesehatan mental mereka melalui dialog terapeutik (Ribeiro and Bussotti, 2014; Lindhard, 2020).

Selain itu, Freud berperan penting dalam mengurangi stigma terkait penyakit mental. Dengan menunjukkan bahwa kondisi psikologis memiliki dasar yang dapat dipahami dan tidak semata-mata merupakan kegagalan moral ataupun suatu penyakit, ia membantu masyarakat untuk lebih berempati terhadap mereka yang menderita gangguan mental (Ribeiro and Bussotti, 2014; Lindhard, 2020).

G. Tokoh Lain dan Dampak Mereka Bagi Ilmu Kesehatan Masyarakat

Selain beberapa tokoh diatas, masih banyak tokoh-tokoh lain yang menyumbangkan penemuannya terhadap perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat, yakni:

1. Louis Pasteur: Penemuan Pasteurisasi dan Vaksin Rabies

Louis Pasteur, seorang ilmuwan Prancis, adalah tokoh penting dalam bidang Kesehatan Masyarakat. Karyanya pada abad ke-19 membuka jalan bagi pencegahan penyakit melalui vaksinasi dan teknik sterilisasi, yang kini menjadi standar dalam pengolahan makanan dan medis. Penemuan yang dilakukan oleh Louis mampu mengembangkan proses pemanasan yang sekarang dikenal sebagai pasteurisasi, yang menghentikan fermentasi dan pertumbuhan bakteri dalam susu dan anggur. Metode ini tidak hanya meningkatkan keamanan dan umur simpan produk tetapi juga membantu

memahami pentingnya mikroorganisme dalam penyakit. Selain itu ia juga mengembangkan Vaksin Rabies, penyakit mematikan yang menyerang sistem saraf itu. Pada tahun 1885, dia berhasil memvaksinasi seorang anak laki-laki yang digigit oleh anjing rabies, Temuan Louis Pasteur ini menunjukkan demonstrasi awal dari vaksinasi untuk mencegah penyakit pada manusia (Smith, 2012).

2. Jonas Salk: Pengembangan Vaksin Polio

Jonas Salk, seorang virologis Amerika, membuat terobosan medis dengan pengembangan vaksin polio inaktif pertama pada tahun 1950-an. Karyanya menyelamatkan jutaan anak dari cacat dan kematian akibat poliomielitis, penyakit yang sangat menular yang mempengaruhi sistem saraf dan dapat menyebabkan kelumpuhan. Penemuan Salk tentang Vaksin Polio memungkinkan kampanye vaksinasi massal yang secara dramatis mengurangi insiden polio di seluruh dunia. Vaksinnya, yang aman dan efektif, telah menjadi komponen penting dalam upaya global untuk memberantas polio (Tan and Ponstein, 2019)

Melalui Louis Pasteur dan Jonas Salk, masing-masing memiliki dampak yang mendalam pada kesehatan masyarakat. Dari pengembangan metode untuk mencegah penyakit hingga mendorong perubahan dalam norma tenaga kerja, kontribusi mereka terus mempengaruhi cara kita memahami dan menjaga kesehatan masyarakat.

H. Integrasi Peran Tokoh Kesehatan Masyarakat Terhadap Perkembangan Ilmu

Ilmu kesehatan masyarakat telah berkembang melalui kontribusi dari berbagai disiplin ilmu dan inovasi dari tokoh-tokoh penting sepanjang sejarah. Karya mereka tidak hanya berdiri sendiri tetapi juga saling melengkapi, memperkuat dasar untuk praktik kesehatan masyarakat modern. Untuk itu kita perlu menghubungkan penemuan mereka dan bagaimana pengaruhnya terhadap perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat:

1. John Snow, dengan penelitiannya tentang kolera, secara fundamental mengubah pemahaman tentang penyebaran penyakit menular dan pentingnya sanitasi. Karyanya menginspirasi pengembangan sistem air minum modern yang lebih aman dan praktik sanitasi (Lynch and Smith, 2005).
2. Louis Pasteur membawa revolusi dalam mikrobiologi dengan penemuan pasteurisasi dan konsep vaksinasi, yang menyoroti peran mikroorganisme dalam penyakit dan memungkinkan pengembangan vaksin untuk mencegah penyakit menular seperti rabies (Berche, 2012).
3. Edward Jenner memperkenalkan konsep imunisasi dengan pengembangannya terhadap vaksin cacar, yang merupakan langkah monumental pertama dalam kontrol penyakit menular melalui vaksinasi (Baxby, 1999)
4. Alice Hamilton adalah pelopor dalam bidang kesehatan kerja, menyoroti hubungan antara kondisi kerja dan penyakit. Karyanya mendukung pengembangan regulasi yang melindungi pekerja dari paparan bahan berbahaya (Judah Ginsberg, 2002).
5. Sigmund Freud memperluas bidang psikologi dengan teori psikoanalisisnya, menggarisbawahi pentingnya kesehatan mental dalam kesejahteraan keseluruhan dan bagaimana pengobatan kondisi mental memerlukan pemahaman yang mendalam tentang psikologi manusia (Liu, 2020).
6. Jonas Salk, dengan pengembangannya terhadap vaksin polio, menunjukkan bagaimana penelitian ilmiah dapat membawa solusi praktis untuk mencegah penyakit yang sebelumnya tak terkendali, menandai era baru dalam vaksinasi (Tan and Ponstein, 2019).

Evolusi ilmu kesehatan masyarakat dapat dilihat sebagai rangkaian inovasi yang saling terkait, dari pemahaman awal tentang penyebab penyakit dan pencegahannya, Evolusi ini merupakan cerita tentang integrasi disiplin ilmu dan aplikasi praktis pengetahuan untuk memperbaiki kondisi hidup. Dari pengendalian penyakit menular melalui sanitasi dan vaksinasi

hingga pengakuan terhadap pentingnya kesehatan mental dan keselamatan kerja, bidang ini terus berkembang untuk mengatasi tantangan kesehatan masyarakat yang berubah (Johan P Mackenbach, 1997; Porter, 1999). hingga pengembangan sistem kesehatan masyarakat yang kompleks yang kita kenal hari ini. Pada abad ke-19, fokus utamanya adalah pada kontrol penyakit menular dan sanitasi. Memasuki abad ke-20, kemajuan dalam vaksinasi, kebijakan kesehatan masyarakat, dan keselamatan kerja menjadi kunci dalam mengurangi morbiditas dan mortalitas. Di era modern, tantangan kesehatan masyarakat telah berkembang untuk mencakup isu-isu seperti ketidaksetaraan kesehatan, kesehatan mental, dan penyakit kronis, yang semua membutuhkan pendekatan multidisiplin dan integrasi ilmu pengetahuan dari berbagai bidang (Johan P Mackenbach, 1997; Porter, 1999).

Serta masih banyak tokoh lain yang tidak dibahas pada buku ini, telah berkontribusi pada kesehatan masyarakat dengan cara yang saling melengkapi, memajukan pemahaman ilmiah, dan mengembangkan praktik dan kebijakan untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan populasi secara luas. Melalui integrasi dari berbagai disiplin ilmu dan penerapan pengetahuan ilmiah, ilmu kesehatan masyarakat terus berkembang untuk memenuhi kebutuhan yang berubah dari masyarakat.

I. Pengaplikasian Temuan Tokoh Masa Lalu dan Tantangan Baru Ilmu Kesehatan Masyarakat

Prinsip-prinsip dan metode yang dikembangkan oleh tokoh-tokoh penting dalam sejarah ilmu kesehatan masyarakat terus relevan dan diterapkan dalam praktik kesehatan masyarakat kontemporer. Dari pemahaman tentang penyebab penyakit dan pencegahannya hingga perlindungan terhadap pekerja dan pengakuan terhadap pentingnya kesehatan mental, warisan mereka membimbing kita dalam menghadapi tantangan kesehatan masyarakat yang terus berkembang (Institute of Medicine (U.S.). Committee for the Study of the

Future of Public Health., 1988; Tulchinsky and Varavikova, 2014b)

1. Sanitasi dan Pengolahan Air: Prinsip sanitasi yang dikemukakan oleh John Snow masih menjadi inti dari pencegahan penyakit menular. Pengolahan air dan sistem sanitasi modern mencegah penyebaran penyakit seperti kolera, yang Snow pertama kali identifikasi sebagai penyakit bawaan air (Tulchinsky, 2018).
2. Vaksinasi: Penemuan Edward Jenner dan Louis Pasteur dalam vaksinasi telah berkembang menjadi program imunisasi global yang menyelamatkan jutaan nyawa setiap tahun dari penyakit seperti cacar, rabies, dan polio. Penelitian terus berlanjut dalam pengembangan vaksin baru, termasuk vaksin COVID-19 yang cepat dikembangkan berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah yang sama (Stefan Riedel, 2005; Berche, 2012).
3. Kesehatan dan Keselamatan Kerja: Karya Alice Hamilton dalam kesehatan kerja telah melahirkan undang-undang dan standar keselamatan kerja yang komprehensif untuk melindungi pekerja dari paparan bahan berbahaya dan kondisi kerja yang berbahaya (Judah Ginsberg, 2002).
4. Kesehatan Mental: Teori psikoanalisis Freud dan pemahaman tentang psikologi manusia telah mempengaruhi pengobatan kondisi mental dan pengembangan terapi bicara. Pendekatan terhadap kesehatan mental kini mencakup kombinasi perawatan farmakologis dan psikoterapi, menekankan pentingnya dukungan psikososial (Ribeiro and Bussotti, 2014; Jiang, 2019; Liu, 2020).

Prinsip-prinsip tersebut diatas diperlukan dalam menghadapi tantangan kesehatan masyarakat saat ini. Dengan memanfaatkan pelajaran dari masa lalu dan mengintegrasikannya dengan inovasi dan teknologi baru, kita dapat terus memajukan kesehatan dan kesejahteraan bagi semua (Hanson and Review, 2017).

Disisi lain terdapat isu-isu pandemi, perubahan iklim, ketidaksetaraan dalam akses kesehatan, dan peningkatan penyakit kronis, prinsip-prinsip kesehatan masyarakat yang dibangun oleh para pioneer ini memberikan landasan penting yaitu:

1. Pandemi Global: Krisis COVID-19 menggarisbawahi pentingnya surveilans epidemiologi, vaksinasi, dan komunikasi risiko dalam mengelola wabah penyakit. Pelajaran dari John Snow tentang pentingnya data dan pemetaan kasus dapat diterapkan dalam pelacakan dan pengendalian penyebaran penyakit (*Institute of Medicine (U.S.). Committee for the Study of the Future of Public Health., 1988; Tulchinsky and Varavikova, 2014b.*)
2. Perubahan Iklim: Perubahan iklim menimbulkan tantangan unik bagi kesehatan masyarakat, termasuk penyebaran penyakit vektor dan masalah kesehatan terkait cuaca ekstrem. Pendekatan multidisiplin dalam kesehatan masyarakat, yang mencakup kerja pionir tokoh-tokoh seperti Alice Hamilton dalam lingkungan dan kesehatan, penting untuk mengatasi dampak kesehatan dari perubahan iklim (*Institute of Medicine (U.S.). Committee for the Study of the Future of Public Health., 1988; Tulchinsky and Varavikova, 2014b.*)
3. Ketidaksetaraan Kesehatan: Kesehatan masyarakat kontemporer berfokus pada mengurangi ketidaksetaraan kesehatan melalui kebijakan dan program yang ditujukan untuk kelompok yang rentan. Karya pionir dalam vaksinasi dan kesehatan mental memberikan kerangka kerja untuk mengembangkan intervensi yang inklusif dan adil (*Institute of Medicine (U.S.). Committee for the Study of the Future of Public Health., 1988; Tulchinsky and Varavikova, 2014b*)

DAFTAR PUSTAKA

- Alexander Lucas Slamet Ryadi (2016) Ilmu Kesehatan Masyarakat. 1st edn. Edited by Yudhiakuari Sincihu, Steven, and Christine Juliet Dewi. Yogyakarta: Penerbit ANDI.
- Baxby, D. (1999) 'Edward Jenner's Inquiry; A Bicentenary Analysis', *Vaccine*, 17, pp. 301–307.
- Berche, P. (2012) 'Louis Pasteur, from crystals of life to vaccination', *Clinical Microbiology and Infection*, 18(SUPPL. 5), pp. 1–6. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2012.03945.x>.
- Davies, R. (2012) "Notes on Nursing: What It Is And What It Is Not". (1860): By Florence Nightingale', *Nurse Education Today*, 32(6), pp. 624–626. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.04.025>.
- Fine, P. et al. (2013) 'John Snow's legacy: Epidemiology without borders', *The Lancet*. Elsevier B.V., pp. 1302–1311. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60771-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60771-0).
- Frumkin, H. (2005) *Environmental Health: From Global to Local*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- George Rosen (1993) *A History of Public Health*. United States of America: Johns Hopkins University Press.
- Hanson, L. and Review, B. (2017) *Canadian Medical Education Journal Textbook of Global Health, Fourth Edition*, Canadian Medical Education Journal. Available at: <http://www.cmej.ca>.
- Howard Brody et al. (2000) 'Map-making and myth-making in Broad Street: the London cholera epidemic, 1854', *The Lancet*, 356, pp. 64–68. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02442-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02442-9).
- Institute of Medicine (U.S.). Committee for the Study of the Future of Public Health. (1988) *The future of public health*. National Academy Press.

- Jiang, Y. (2019) 'On the Influence of Freudian Psychoanalysis on Aesthetics', *OALib*, 06(12), pp. 1-6. Available at: <https://doi.org/10.4236/oalib.1105993>.
- Johan P Mackenbach (1997) 'Health, Civilization and the State: A History of Public Health from Ancient to Modern Times', *BMJ*, 318(7190), pp. 1082-1085.
- Judah Ginsberg (2002) *Alice Hamilton and the Development of Occupational Medicine*. Washington DC. Available at: <https://www.acs.org/education/whatischemistry/landmarks/alicehamilton.html> (Accessed: 16 March 2024).
- Lindhard, T. (2020) 'Mesoderm: The Possible Key to the Organic Basis of Freud's Theories', *Psychology*, 11(11), pp. 1769-1793. Available at: <https://doi.org/10.4236/psych.2020.1111112>.
- Liu, J. (2020) 'A Brief Review of Briony in Each Period in the Atonement from the Perspective of Sigmund Freud's Psychoanalysis', *OALib*, 07(10), pp. 1-6. Available at: <https://doi.org/10.4236/oalib.1106889>.
- Lynch, J. and Smith, G.D. (2005) 'A Life Course Approach To Chronic Disease Epidemiology', *Annual Review of Public Health*, pp. 1-35. Available at: <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144505>.
- Patrick J. Pead (2003) 'Benjamin Jesty: new light in the dawn of vaccination', *THE LANCET*, 362, pp. 1-5.
- Porter, D. (1999) *Health, civilization, and the State : a History Of Public Health From Ancient To Modern Times*. Routledge.
- Ribeiro, G.M. and Bussotti, L. (2014) 'Historical Details on Freud and the Moral Order Foundations of Societies', *Advances in Historical Studies*, 03(05), pp. 258-268. Available at: <https://doi.org/10.4236/ahs.2014.35021>.
- Riegel, F. et al. (2021) 'Florence Nightingale's theory and her contributions to holistic critical thinking in nursing', *Revista*

- Brasileira de Enfermagem, 74(2). Available at: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0139>.
- Ruths, M.B. (2009) History of Medicine The Lesson of John Snow and the Broad Street Pump, American Medical Association Journal of Ethics. Available at: www.virtualmentor.org.
- Saul Mcleod (2024) Sigmund Freuds Theories & Contribution to Psychology, SimplyPsychology. Available at: <https://www.simplypsychology.org/sigmund-freud.html#> (Accessed: 16 March 2024).
- Smith, K.A. (2012) 'Louis Pasteur, the father of immunology?', Frontiers in Immunology. Available at: <https://doi.org/10.3389/fimmu.2012.00068>.
- Stefan Riedel (2005) 'Edward Jenner and the history of smallpox and vaccination', in BUMC Proceedings. Texas: Baylor University Medical Center, pp. 21–25.
- Tan, S.Y. and Ponstein, N. (2019) 'Jonas Salk (1914–1995): A vaccine against polio', Singapore Medical Journal. Singapore Medical Association, pp. 9–10. Available at: <https://doi.org/10.11622/smedj.2019002>.
- Tulchinsky, T.H. (2018) 'John Snow, Cholera, the Broad Street Pump; Waterborne Diseases Then and Now', in Case Studies in Public Health. Elsevier, pp. 77–99. Available at: <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-804571-8.00017-2>.
- Tulchinsky, T.H. and Varavikova, E.A. (2014a) 'A History of Public Health', in The New Public Health. Elsevier, pp. 1–42. Available at: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-415766-8.00001-X>.
- Tulchinsky, T.H. and Varavikova, E.A. (2014b) 'Expanding the Concept of Public Health', in The New Public Health. Elsevier, pp. 43–90. Available at: <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-415766-8.00002-1>.
- Winkelstein, W. (1992) Not Just a Country Doctor: Edward Jenner, Scientist.

BAB 3

PERIODE PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT

Tyas Aisyah Putri, S.Tr.Keb., M.KM.

A. Pendahuluan

Sejarah kesehatan masyarakat bersumber dari berbagai pemikiran sejarah, percobaan dan penelitian, perkembangan ilmu-ilmu dasar, teknologi, dan epidemiologi. Di era modern, uji klinis James Lind terhadap berbagai pengobatan diet untuk pelaut Inggris yang menderita penyakit kudis pada tahun 1756 dan penemuan Edward Jenner pada tahun 1796 bahwa vaksinasi cacar sapi dapat mencegah cacar memiliki penerapan modern karena ilmu pengetahuan dan praktikum nutrisi serta imunisasi yang berpengaruh pada kesehatan di populasi negara berkembang maupun maju (Porter, 2020).

Sejarah memberikan perspektif untuk mengembangkan pemahaman tentang masalah kesehatan masyarakat dan cara mengatasinya. Sejarah kesehatan masyarakat adalah kisah pencarian cara efektif untuk menjamin kesehatan dan mencegah penyakit pada masyarakat. Penyakit menular yang bersifat epidemi dan endemik merangsang pemikiran dan inovasi dalam pencegahan penyakit dengan cara yang pragmatis, seringkali sebelum penyebabnya diketahui secara ilmiah. Pencegahan penyakit pada suatu populasi berkisar pada pendefinisian penyakit, mengukur kejadiannya, dan mencari intervensi yang efektif (Porter, 2020).

Kesehatan masyarakat berkembang melalui berbagai percobaan dan dengan berkembangnya pengetahuan medis ilmiah, yang terkadang kontroversial, sering kali dipicu oleh

perang dan bencana alam. Kebutuhan akan perlindungan kesehatan yang terorganisir semakin meningkat sebagai bagian dari perkembangan kehidupan masyarakat, khususnya urbanisasi dan reformasi sosial. Keyakinan agama dan masyarakat mempengaruhi pendekatan untuk menjelaskan dan mencoba mengendalikan penyakit menular melalui sanitasi, perencanaan kota, dan penyediaan layanan medis. Agama dan sistem sosial juga memandang penyelidikan ilmiah dan penyebaran pengetahuan sebagai ancaman, sehingga menghambat perkembangan kesehatan masyarakat, dengan contoh-contoh modern yang menentang pengendalian kelahiran, imunisasi, dan fortifikasi makanan (Porter, 2020).

Perdebatan penyakit tidak menular selama abad ke-19 dan penentangan terhadap gerakan reformasi sosial berlangsung sengit dan mengakibatkan penundaan yang lama dalam penerapan pengetahuan ilmiah yang tersedia. Perdebatan seperti ini berlanjut hingga abad kedua puluh dan masih berlanjut hingga abad kedua puluh satu dengan perpaduan metodologi yang terbukti interaktif dengan menggabungkan ilmu-ilmu sosial, promosi kesehatan, dan ilmu-ilmu translasi yang menyatukan bukti-bukti terbaik yang tersedia antara ilmu pengetahuan dan praktik untuk efektivitas yang lebih besar dalam kebijakan pengembangan praktik kesehatan individu dan populasi (Porter, 2020).

Evolusi kesehatan masyarakat merupakan proses yang berkelanjutan dalam perubahan patogen, begitu pula lingkungan dan inangnya. Untuk menghadapi tantangan di masa depan, penting untuk memahami masa lalu. Meskipun ada banyak hal baru di era ini, banyak perdebatan dan isu-isu terkini di bidang kesehatan masyarakat yang merupakan gaung dari masa lalu. Pengalaman dari masa lalu merupakan alat penting dalam perumusan kebijakan kesehatan. Pemahaman tentang evolusi dan konteks tantangan tersebut serta ide-ide inovatif dapat membantu kita menavigasi dunia kesehatan masyarakat saat ini dan masa depan (Porter, 2020).

B. Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat

1. Masyarakat Prasejarah

Zaman Paleolitikum adalah tahap paling awal perkembangan manusia dimana struktur masyarakat yang terorganisir diketahui telah ada. Struktur sosial ini terdiri dari orang-orang yang hidup bergandengan tangan yang bertahan hidup dengan berburu dan mengumpulkan makanan. Terdapat bukti penggunaan api sejak 230.000 tahun yang lalu, dan peningkatan kecanggihan peralatan batu, perhiasan, lukisan gua, dan simbol keagamaan selama periode ini. Manusia modern berevolusi dari Homo sapiens, kemungkinan berasal dari Afrika dan Timur Tengah sekitar 90.000 tahun yang lalu, dan muncul di Eropa selama periode Zaman Es (40.000-35.000 SM). Selama masa ini, umat manusia tersebar di seluruh daratan besar setelah menyusutnya gletser pada Zaman Es terakhir pada 11.000-8000 SM (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Zaman Mesolitikum atau fase peralihan evolusi dari masyarakat pemburu-pengumpul ke Zaman Neolitikum masyarakat penggembala makanan terjadi pada periode yang berbeda-beda di berbagai belahan dunia, pertama di Timur Tengah dari tahun 9000 hingga 8000 SM dan seterusnya, hingga mencapai Eropa sekitar tahun 3000 SM. Perubahan cara bertahan hidup dari berburu, memancing, dan meramu ke pertanian bermula dibuktikan dengan domestikasi hewan dan kemudian penanaman biji-bijian, tanaman umbi-umbian, dan sayuran. Keterampilan terkait, termasuk penyimpanan makanan dan memasak, membuat tembikar, menganyam keranjang, dan perdagangan, menyebabkan peningkatan teknik bertahan hidup dan pertumbuhan populasi secara bertahap menyebar ke seluruh dunia (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Tempat tinggal komunal menjadi penting untuk adaptasi terhadap perubahan kondisi dan bahaya lingkungan, yang memungkinkan pertumbuhan populasi dan perluasan geografis. Pada setiap tahap evolusi biologis,

teknologi, dan sosial manusia, manusia hidup berdampingan dengan penyakit yang berhubungan dengan lingkungan dan pola hidup, mencari pengobatan herbal dan mistik untuk penyakit tersebut. Orang-orang menyerukan kekuatan gaib dan sihir untuk mengatasi kekuatan-kekuatan ini dan mencegah wabah penyakit, kelaparan, dan bencana. Dukun berusaha menghilangkan bahaya dengan praktik magis atau keagamaan bersama dengan pengobatan herbal yang diperoleh melalui percobaan-percobaan. Harapan hidup pada zaman prasejarah adalah 25-30 tahun, dengan laki-laki hidup lebih lama dibandingkan perempuan, kemungkinan karena kekurangan gizi dan hal-hal yang berhubungan dengan kehamilan (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Seiring dengan berkembangnya masyarakat manusia, secara teknologi, budaya, dan biologis, nutrisi dan paparan terhadap penyakit menular dan tidak menular pun berubah. Organisasi sosial menghasilkan inovasi dalam peralatan dan keterampilan untuk berburu, berpakaian, tempat berlindung, api untuk menghangatkan dan memasak, makanan untuk digunakan dan disimpan, penguburan orang mati, dan pembuangan produk limbah dari tempat tinggal. Adaptasi masyarakat manusia terhadap lingkungan telah dan masih menjadi isu sentral dalam kependudukan kesehatan (Tulchinsky *et al.*, 2023).

2. Dunia Kuno

Perkembangan pertanian membantu pertumbuhan populasi yang tidak mampu bertahan hidup hanya dengan berburu, meramu, kerajinan tangan dan perdagangan, merangsang pengorganisasian masyarakat yang lebih kompleks yang mampu berbagi sistem produksi dan irigasi, sebagai respon terhadap penyakit, kekurangan gizi, dan penyakit lainnya. Pembagian kerja, perdagangan, perdagangan, dan pemerintahan dikaitkan dengan perkembangan masyarakat perkotaan. Pertumbuhan penduduk dan kehidupan komunal tidak hanya meningkatkan taraf hidup, namun juga menimbulkan

bahaya kesehatan baru, termasuk penyebaran penyakit. Seperti di zaman tersebut, tantangan-tantangan ini memerlukan tindakan masyarakat untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kelangsungan hidup (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Pada peradaban pertama, kepercayaan mistik, ramalan, dan perdukunan hidup berdampingan dengan pengetahuan praktis tentang obat-obatan herbal, kebidanan, penanganan luka atau patah tulang, dan trepanasi untuk mengusir "roh jahat". Semuanya merupakan bagian dari kehidupan komunal dengan variasi perkembangan sejarah dan budaya. Munculnya tulisan mengarah pada dokumentasi medis. Persyaratan perilaku medis dijabarkan sebagai bagian dari kode hukum umum Hammurabi di Mesopotamia (c. 1700 SM) (Tulchinsky *et al.*, 2023). Kode ini mencakup pengaturan biaya dokter, dengan hukuman bagi kegagalan pengobatan, yang menetapkan landasan hukum bagi praktik kedokteran sekuler selanjutnya. Banyak tradisi utama pengobatan didasarkan pada sihir atau berasal dari agama. Praktik medis seringkali didasarkan pada kepercayaan pada hal-hal gaib, dan penyembuh diyakini merupakan panggilan agama. Pelatihan praktisi medis, regulasi praktik, dan standar etika berkembang di sejumlah masyarakat kuno. Secara umum, dokter diatur oleh sekolah tertentu yang bertindak sebagai serikat dagang, seringkali dengan banyak sekolah yang bersaing berdasarkan dewa, metode, dan kepercayaan mistik yang berbeda (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Beberapa budaya menyamakan kebersihan dengan kesalehan dan mengaitkan kebersihan dengan keyakinan dan praktik agama. Masyarakat Tionghoa, Mesir, Ibrani, India, dan Inca semuanya menyediakan fasilitas sanitasi sebagai bagian dari sistem kepercayaan agama dan menyediakan air, saluran pembuangan, dan sistem drainase. Langkah-langkah ini memungkinkan keberhasilan pemukiman perkotaan dan memperkuat keyakinan yang mendasari praktik-praktik

tersebut. Pencapaian teknis dalam menyediakan layanan kebersihan di tingkat masyarakat perlahan-lahan berevolusi seiring dengan perkembangan masyarakat perkotaan (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Praktik Tiongkok pada abad ke-21 hingga kesebelas SM meliputi penggalian sumur untuk air minum, sedangkan dari abad kesebelas hingga abad ke-7, praktik ini mencakup penggunaan tindakan perlindungan untuk air minum dan pemusnahan tikus dan hewan gila. Pada abad kedua SM, masyarakat Tionghoa menggunakan saluran pembuangan dan jamban. Konsep dasar kesehatan adalah kekuatan penyeimbang antara prinsip yin (perempuan) dan yang (laki-laki), dengan penekanan pada gaya hidup seimbang. Perawatan medis menekankan pada pola makan, pengobatan herbal, kebersihan, pijat, dan akupunktur (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Pengobatan India berasal dari jamu yang diasosiasikan dengan dewa. Antara 800 dan 200 SM, pengobatan Ayurveda berkembang, dan seiring dengan itu terdapat sekolah kedokteran dan rumah sakit umum. Cara praktik medis India kuno, Ayurveda, adalah terjemahan bahasa Sanskerta dari "pengetahuan tentang kehidupan". Kebersihan pribadi, sanitasi, dan teknik penyediaan air ditekankan dalam hukum Manu. Perintis dokter, didukung oleh raja-raja Buddha, mengembangkan penggunaan obat-obatan dan pembedahan, serta mendirikan sekolah kedokteran dan rumah sakit umum sebagai bagian dari pengobatan negara. Pengobatan India memainkan peran utama di seluruh Asia antara tahun 800 SM dan 400 M, ketika teks-teks utama mengenai kedokteran dan pembedahan ditulis (Tulchinsky *et al.*, 2023). Di antara tulisan-tulisan kuno India yang paling berharga adalah tulisan-tulisan yang diciptakan oleh Sushruta, seorang ahli bedah, dan Charaka, seorang dokter, keduanya adalah guru terkemuka yang mengelola sekolah bergengsi kedokteran. Tulisan-tulisan ini berkontribusi untuk memvalidasi sejarah medis India kuno. Menurut

beberapa sejarawan, ajaran Sushruta dan Charaka diteruskan ke Romawi dan Yunani. Selain teks kedokteran India kuno, terdapat bukti beberapa teks Mesir kuno, yang berasal dari tahun sekitar 1900 SM. Papirus Kahoun, dari tahun 1950 SM, gulungan paling kuno, mencakup tiga bagian: kedokteran manusia, ilmu kedokteran hewan, dan matematika (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Praktik pertanian dan irigasi intensif Mesir kuno dikaitkan dengan meluasnya kasus penyakit parasit. Kedokteran Mesir mengembangkan keterampilan bedah dan organisasi perawatan medis, termasuk spesialisasi dan pelatihan yang sangat mempengaruhi perkembangan pengobatan Yunani. Papirus Ebers, yang ditulis 3400 tahun yang lalu, memberikan deskripsi luas tentang ilmu pengetahuan modern Mesir, termasuk isolasi pasien bedah yang terinfeksi. Ini diakui sebagai papirus yang paling luas dan penting dari semua papirus yang diketahui, mengingat pengetahuan fisiologis yang ditemukan (Tulchinsky *et al.*, 2023). Bagian pertama dari Papirus Ebers berkisar pada asal usul ilahi dan kekuatan sihir, sedangkan bagian selanjutnya membahas pengobatan kondisi medis termasuk penyakit pencernaan, penyakit mata, dan masalah kulit. Patah tulang dan anggota badan yang nyeri juga dijelaskan. Papirus tersebut memuat Uvatis pada kacang dan pembuluh darah, yang menonjol hanya sebagai salah satu dari sekian banyak penutup anatomi dan fisiologi. Bagian terakhir dari papirus Sant impor ini berfokus pada pembedahan, khususnya tumor dan ahaceses (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Roma kuno banyak mengadopsi filosofi dan pengalaman Yunani mengenai masalah kesehatan, dengan tingkat pencapaian yang tinggi dan inovasi baru dalam pengembangan kesehatan. Bangsa Romawi sangat ahli dalam bidang teknik penyediaan air, sistem pembuangan limbah dan drainase, pemandian umum dan jamban, perencanaan kota, sanitasi perkemahan militer, dan perawatan medis. Hukum Romawi juga mengatur bisnis dan praktik medis.

Pengaruh Kekaisaran Romawi mengakibatkan perpindahan ide-ide ini ke sebagian besar Eropa dan Timur Tengah. Roma sendiri memiliki akses air bersih melalui 10 saluran air yang menyuplai air yang cukup bagi warganya. Roma juga membangun saluran air umum. Pada awal abad pertama SM, saluran air menyediakan 500 – 900 liter air rumah tangga per orang per hari dari pegunungan. Tanah rawa dikeringkan untuk mengurangi endemik malaria. Pemandian umum dibangun untuk melayani masyarakat miskin, dan air mancur dibangun di rumah-rumah pribadi untuk orang kaya. Jalan-jalan di aspal, dan pembuangan sampah terorganisir melayani kota-kota dengan pengobatan militer Romawi termasuk sanitasi yang dirancang dengan baik, persediaan makanan, dan layanan bedah. Pengobatan Romawi, berdasarkan kepercayaan mistik dan ritual keagamaan, dengan budak sebagai dokter, sebagian dikembangkan dari dokter Yunani yang membawa keterampilan dan pengetahuan mereka ke Roma setelah kehancuran Korintus pada tahun 146 SM. Dilatih sebagai pekerja magang, para dokter Romawi mencapai peran yang sangat dihormati dalam masyarakat. Rumah sakit dan dokter kota dipekerjakan oleh kota-kota Romawi untuk memberikan perawatan gratis kepada masyarakat miskin dan budak, namun dokter juga terlibat dalam praktik swasta, sebagian besar sebagai pembantu keluarga. Kesehatan kerja digambarkan dengan langkah-langkah untuk mengurangi risiko yang diketahui seperti paparan timbal, khususnya di pertambangan. Timbangan dan ukuran komersial distandarisasi dan diawasi. Roma memberikan kontribusi penting terhadap tradisi kesehatan masyarakat dalam hal sanitasi, perencanaan kota, dan perawatan medis yang terorganisir. Galen dokter terkemuka di Roma, mengabadikan ketenaran Hippocrates melalui tulisan-tulisan medisnya, mendasarkan penilaian medis pada empat humor sanguin, apatis, koleris, dan melankolis. Ide-ide ini mendominasi pemikiran medis Eropa selama hampir 1500

tahun hingga munculnya ilmu pengetahuan modern (Tulchinsky *et al.*, 2023).

3. Periode Awal Medieval (Abad Ke-5 – 10 M)

Kekaisaran Romawi menghilang sebagai sebuah entitas terorganisir setelah pemecatan Roma pada abad kelima Masehi. Kerajaan Castern bertahan di Konstantinopel, dengan kejayaannya pada pemerintahan terpusat. Laser ditaklukkan oleh kaum muslimin itu memberikan kesinambungan bagi pencarian Yunani dan Romawi di bidang kesehatan. Kerajaan Barat memadukan budaya Kristen dan pagan, yang memandang penyakit sebagai hukuman atas dosa. Kerasukan setan diterima sebagai penyebab penyakit. Doa, penyesalan, dan pengusiran setan merupakan cara yang diterima untuk mengatasi masalah kesehatan (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Periode sejarah berikutnya didominasi dalam dunia manusia, seperti halnya dalam semua bidang kehidupan manusia lainnya, oleh doktrin Kristiani yang dilembagakan oleh Gereja. Struktur politik sekuler didominasi oleh feodalisme dan perbudakan, terkait dengan kuatnya kelas pemilik tanah militer di Eropa. Penafsiran Gereja mengenai penyakit dikaitkan dengan dosa asal atau dosa yang didapat. Takdir umat manusia adalah menderita di bumi dan berharap untuk kehidupan yang lebih baik di surga. Biara-biara dengan fasilitas sanitasi yang baik terletak di jalur perjalanan utama dan menyediakan rumah perawatan bagi para pelancong. Biara-biara merupakan satu-satunya pusat pembelajaran dan perawatan medis. Mereka menekankan tradisi merawat orang sakit dan orang miskin sebagai tugas amal dari rumah sakit yang saleh dan diinisiasi. Lembaga-lembaga ini menyediakan layanan dan dukungan bagi masyarakat miskin, dan melakukan upaya untuk mengatasi epidemi dan penyakit endemik. Kebanyakan dokter adalah biksu yang dipandu oleh doktrin Gereja (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Ilmu kedokteran terutama didasarkan pada ajaran Galen (131 M), yang dipertahankan di pusat-pusat pembelajaran kedokteran Muslim dan kemudian dibawa ke Eropa dengan sisa-sisa Perang Salib, yang ajarannya menjadi dasar pengajaran kedokteran hingga abad kelima belas. Pendidikan dan pengetahuan berada di bawah dominasi ulama. Skolastisisme atau studi tentang apa yang telah ditulis, menghambat perkembangan ilmu deskriptif atau eksperimental. Sebagian besar penduduk pedesaan di dunia abad pertengahan Eropa hidup dengan kondisi gizi, pendidikan, perumahan, sanitasi, dan higiene yang buruk. Penyakit endemik dan epidemik mengakibatkan tingginya angka kematian bayi, anak, dan orang dewasa. Biasanya 75 persen bayi baru lahir meninggal sebelum usia lima tahun. Tingginya angka kematian ibu melahirkan penyakit kusta, malaria, campak, dan cacar yang merupakan penyakit endemik, serta banyak penyakit menular lainnya yang kurang terdokumentasi dengan baik. Antara abad ketujuh dan kesepuluh, di luar abad ke-10 (Tulchinsky *et al.*, 2023).

4. Periode Medieval Terakhir (Abad ke-11 - 15)

Pada periode feodal berikutnya, konsep kesehatan Ibrani dan Yunani-Romawi kuno dilestarikan dan berkembang di Kekaisaran Muslim. Filosof-dokter rabbi Yahudi abad kedua belas, Moses Maimonides (Rambam), yang dilatih di Cordova dan diusir ke Kairo, membantu mensintesis pengobatan Romawi, Yunani, dan Arab dengan konsep Musa tentang isolasi dan sanitasi penyakit menular (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Rumah sakit biara didirikan antara abad kedelapan dan duabelas untuk memberikan amal dan perawatan guna meringankan penderitaan orang sakit dan sekarat. Biara menyediakan pusat perawatan medis, dan etika merawat pasien yang sakit sebagai tindakan amal. Rumah sakit biara (digambarkan di Rusia pada abad kesebelas) secara bertahap digantikan oleh rumah sakit kota, rumah sakit sukarela, dan rumah sakit serikat yang dikembangkan pada abad ke-12

hingga ke-16. Pada abad ke-15, Inggris memiliki 750 rumah sakit. Asuransi perawatan kesehatan diberikan oleh serikat kepada anggotanya dan keluarga mereka. Rumah sakit mempekerjakan dokter, dan orang kaya memiliki akses ke dokter swasta (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Pada awal Abad Pertengahan, sebagian besar dokter di Eropa adalah biksu, dan literatur medis dikumpulkan dari sumber-sumber kuno. Pada tahun 1131 dan 1215, keputusan Kepausan semakin membatasi para pendeta untuk melakukan pekerjaan medis, sehingga mendorong praktik medis sekuler. Pada tahun 1224, Kaisar Frederick II dari Sisilia menerbitkan dekret yang mengatur praktik medis, menetapkan persyaratan perizinan, pelatihan medis (3 tahun filsafat. 5 tahun kedokteran), 1 tahun praktik yang diawasi, kemudian ujian yang diikuti dengan lisensi. diterbitkan di Spanyol pada tahun 1238 dan di Jerman pada tahun 1347 (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Perang Salib (1096-1270M) memperkenalkan Eropa pada konsep pengobatan Arab dan penyakit kusta. Hospitallers, sebuah ordo religius para ksatria, mengembangkan rumah sakit di Rhodes, Malta, dan London untuk melayani para peziarah dan tentara salib. Dunia Muslim memiliki rumah sakit, seperti Al Mansour di Kairo, yang tersedia bagi semua orang sebagai layanan yang disediakan oleh pemerintah. Meningkatnya kontak antara Tentara Salib dan Muslim melalui hidup bersama, dan perdagangan memperkenalkan budaya dan penyakit Arab, dan merevisi pengetahuan kuno bidang kedokteran dan kebersihan (Tulchinsky *et al.*, 2023).

Pendidikan kedokteran tersebar luas di lembaga-lembaga pendidikan tinggi di banyak wilayah Muslim dan masyarakat lainnya. Sekolah kedokteran di Eropa berkembang di Salerno, Italia, pada abad kesepuluh dan di universitas-universitas di seluruh Eutope pada abad kesebelas hingga kelima belas: di Paris (1110), Bologna ((1158). Oxford (1167), Montpellier (1181), Cambridge 1209),

Padua (1222), Toulouse (1233), Sevilla (1254), Praha (1348), Krakow (1364), Wina (1365), Heidelberg (1386), Glasgow (1451), Basel (1460), dan Kopenhagen (1478). Pada akhir abad kelima belas terdapat sekitar 80 universitas di Eropa. Buku cetak membuka potensi baru bagi pendidikan sekuler dan agama. Dokter yang direkrut dari kelas menengah baru, dilatih dalam tradisi skolastik berdasarkan terjemahan sastra Arab dan teks Romawi dan Yunani kuno, terutama Ansotole, Hippocrates, dan Galen, tetapi dengan beberapa teks yang lebih terkini (Tulchinsky *et al.*, 2023).

5. Abad ke-13 sampai 17

Di China dan India pada abad ini terjadi endemik PES. Sekitar 13 juta penduduknya meninggal dunia, selain itu dilaporkan setiap harinya, 13.000 orang meninggal dan selama terjadinya wabah, terdapat 60 juta orang meninggal. Kejadian ini dikenal dengan sebutan "The Black Death". Pada masa ini masalah kesehatan kolera, difteri, tifus, dan disentri berunculan (Hasnidar *et al.*, 2020).

6. Abad ke-18 sampai 19

Munculnya masalah-masalah kesehatan yang kompleks disertai di masa ini ditemukan berbagai vaksin dan bahan disinfektan. Louis Pasteur menemukan vaksin cacar, Joseph Lister menemukan bahan sterilisasi ruang operasi yaitu Asam Carbolic, William Marton menemukan anestesi dari Esther. Pada tahun 1832, Inggris mengalami epidemi Kolera, atas kejadian tersebut parlemen Inggris menerbitkan UU tentang upaya peningkatan kesehatan masyarakat, yang didalamnya termuat mengenai sanitasi lingkungan, tempat kerja, pabrik, dan sebagainya. Tokoh yang diangkat oleh pemerintah Inggris untuk mengatasi masalah kesehatan tersebut adalah John Simon (Hasnidar *et al.*, 2020).

7. Akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20

Sekolah tinggi untuk pendidikan tenaga kesehatan mulai dikembangkan. John Hopkins pendidikan Sekolah Tinggi Kedokteran di Baltimore AS pada tahun 1883,

termasuk didalamnya terdapat Departemen Kesehatan Masyarakat. Sekolah tinggi kedokteran selanjutnya menyebar ke Eropa, Kanada dan negara-negara lainnya pada tahun 1908. Meninjau pelayanan masyarakat, tahun 1855 pemerintah AS pertama kali membentuk Departemen Kesehatan sebagai wujud peningkatan dari Departemen Kesehatan Kota yang sudah terbentuk sebelumnya. Selanjutnya terbentuk Asosiasi Kesehatan Masyarakat Amerika (*American Public Health Association*) pada tahun 1972 (Hasnidar *et al.*, 2020).

C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai sejak sebelum kemerdekaan, masa baru sesudah kemerdekaan, dan pada masa orde baru (Hasnidar *et al.*, 2020).

1. Abad ke 16

Indonesia masih mengalami penjajahan oleh Belanda. Masyarakat banyak terjangkit cacar dan kolera yang sangat ditakuti oleh masyarakat. Untuk mengatasi hal tersebut pemerintah belanda melaksanakan upaya-upaya kesehatan masyarakat.

2. Tahun 1807

Pada masa ini, telah terjadi angka kematian bayi. Pemerintah jenderal Daendels selanjutnya melakukan pelatihan dukun bayi untuk proses persalinan agar terjadi penurunan prevalensi AKB saat itu, namun upaya tersebut terkendala oleh langkanya tenaga pelatih sehingga tidak berjalan lama.

3. Tahun 1888

Terbentuk pusat laboratorium kedokteran pertama kali yaitu di kota Bandung, yang selanjutnya diikuti di Kota Medan, Surabaya, Yogyakarta, dan Semarang. Laboratorium ini dibangun untuk membantu pemberantasan penyakit Cacar, Malaria, Lepra, Sanitasi, dan Gizi.

4. Tahun 1925

Akibat tingginya angka kematian dan kesakitan, Purwokerto, Banyumas dikembangkan sebagai daerah percontohan

penyuluhan kesehatan oleh seorang petugas kesehatan pemerintah Belanda, yaitu Heydrich.

5. Tahun 1927

Sekolah pendidikan dokter pribumi saat itu bernama STOVIA diubah menjadi sekolah kedokteran dan pada tahun 1947 Universitas Indonesia (UI) juga berubah menjadi FKUI. FKUI tersebut meluluskan dokter-dokter yang mengembangkan kesehatan masyarakat di Indonesia.

6. Tahun 1930

Terdapat dukun bayi yang berperan sebagai penolong dan perawat persalinan

7. Tahun 1935

Terjadi endemic PES, sehingga muncul program pemberantasan PES dengan vaksinasi massal dan penyemprotan desinfektan

8. Tahun 1951

Terlahir konsep Bandung atau Bandung Plan tentang pelayanan kesehatan masyarakat, aspek preventif, dan kuratif tidak bisa dipisahkan. Konsep ini diperkenalkan oleh Dr. Y. Leimena dan dr. Patah yang dikenal dengan Patah-Leimena. WHO selanjutnya mengadopsi konsep ini dan dirumuskan konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer yang disebut Puskesmas. Puskesmas ini terbentuk melalui Dinas Kesehatan Kabupaten yang di tiap kecamatannya akan membentuk unit organisasi fungsional masing-masing.

9. Tahun 1952

Terjadi implementasi pelatihan dukun bayi secara intensif

10. Tahun 1956

Terbentuk Proyek Bekasi yang didirikan oleh Dr. Y. Sulianti, proyek ini merupakan model atau percontohan pelayanan pengembangan kesehatan masyarakat dan sebagai pusat pelatihan yang memadukan pelayanan kesehatan daerah pedesaan dengan pelayanan medis.

11. Tahun 1967

Diadakan seminar yang memuat topik dan bahan perumusan program kesehatan masyarakat secara terpadu yang

disesuaikan dengan kondisi masyarakat di Indonesia. Hasil dari seminar tersebut memunculkan kesepakatan mengenai sistem Puskesmas yang terbagi menjadi 3 tipe yaitu tipe A, tipe B, dan tipe C berdasarkan tingkatannya.

12. Tahun 1968

Dicetuskan Puskesmas sebagai sistem pelayanan terpadu yang dikembangkan oleh Depkes menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) pada Rapat Kerja Kesehatan Nasional. Puskesmas berfungsi sebagai pelayanan kesehatan preventif dan kuratif secara terpadu, mudah dijangkau, dan menyeluruh dengan lingkup kerja kecamatan atau Sebagian kecamatan di kabupaten atau kotamadya

13. Tahun 1969

Tercetus kesepakatan sistem Puskesmas menjadi 2 tipe yaitu Puskesmas tipe A dengan kepala Puskesmas seorang dokter dan Puskesmas tipe B yang dikelola oleh paramedis. Program Puskesmas mulai berjalan dari tahun 1969 di beberapa kecamatan dan berlanjut hingga tahun 1974 serta dalam masa tersebut dikenal sebagai masa pelita I.

14. Tahun 1979

Dihapuskannya tipe A atau tipe B pada Puskesmas. Jenjang Puskesmas dikategorikan menjadi sangat baik, standar, dan rata-rata. Dokter berperan sebagai kepala Puskesmas. Pengembangan Puskesmas dilengkapi dengan adanya *Micro Planning* dan Lokakarya Mini (LokMin) untuk perencanaan serta pengembangan kerjasama tim dan pengorganisasian kegiatan.

15. Tahun 1984

Puskesmas mengembangkan program kesehatan terpadu serta keluarga berencana yang meliputi imunisasi, gizi, KIA, KB, dan penanggulangan diare.

16. Awal tahun 1990-an

Selain menjadi pusat pengembangan kesehatan masyarakat dengan memberikan pelayanan komprehensif dan terpadu, Puskesmas juga berperan untuk memberdayakan masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Hasnidar, T., Sitorus, S., Hidayati, W., Mustar, Fhirawati, Meda, Y., Marzuki, I., Yuniyanto, A. E., Susilawaty, A., Pattola, R. P., Sianturi, E., & Sulfianti. (2020). Ilmu Kesehatan Masyarakat (A. Rikki (ed.)). Yayasan Kita Menulis.
- Porter, D. (2020). The History of Public Health and the Modern State. Brill.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1163/9789004418363>
- Tulchinsky, T. H., Varavikova, E. A., & Cohen, M. J. (2023). The New Public Health. Academic Press Inc.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/C2019-0-04675-4>

BAB 4

KONSEP MASYARAKAT DAN KONSEP SEHAT DAN SAKIT

Rina Anwar, S.KM., M.Kes

A. Pendahuluan

Masyarakat adalah sekumpulan individu-individu yang hidup bersama, bekerja sama untuk memperoleh kepentingan bersama. Dalam menjalani kehidupan, masyarakat membutuhkan interaksi baik antar anggota, masyarakat dan bahkan lingkungan lainnya. Tidak jarang, dalam berinteraksi masyarakat mengalami masalah-masalah yang mengganggu keselamatan dan bahkan kesehatan. Dalam pemisalan, adanya ketidakseimbangan interaksi individu dengan individu lainnya yang menjadi sebab timbul masalah psikososial dan pada akhirnya akan mengganggu kesehatan jiwa individu tersebut. Masalah ini biasa dikenal dengan istilah sakit yang tidak hanya diukur berdasarkan apa yang dirasakan oleh fisik melainkan juga mental/kejiwaan. Pada bab ini akan membahas konsep masyarakat dan konsep sehat sakit.

B. Konsep Masyarakat

1. Definisi

Masyarakat adalah sekelompok orang dengan berbagai macam budaya dan individualitas yang hidup berdampingan bersama. Oleh karena itu, diperlukan seperangkat aturan dan norma agar suatu masyarakat dapat hidup harmonis. Hal tersebut berfungsi sebagai standar perilaku pantas yang harus dipatuhi oleh semua anggota masyarakat dan menjadi panduan untuk membentuk

kehidupan kita bersama (Purwaningsih, 2022). Masyarakat adalah sekumpulan individu-individu yang hidup bersama, bekerja sama untuk memperoleh kepentingan bersama. yang telah memiliki tatanan kehidupan, norma-norma, dan adat istiadat yang ditaati dalam lingkungannya (Praseto and Irwansyah, 2020). Dalam menjalin interaksi, ada beberapa faktor yang mempengaruhi interaksi tersebut, yaitu: tekanan emosioal, menganggap individu lain lebih rendah, melakukan interaksi hanya dengan individu yang memiliki pemahaman atau pemikiran yang sama.

2. Unsur-unsur masyarakat
 - a. Harus ada kelompok, jumlah yang banyak
 - b. Menjaln interaksi yang cukup lama dan mendiami tempat tinggal di daerah tertentu
 - c. Adanya aturan yang mengatur secara tertulis maupun tidak untuk mencapai cita-cita bersama.

3. Ciri

Ada beberapa ciri dari masyarakat, yaitu sebagai berikut (Astawa, 2017):

- a. Terdapat interaksi atau hubungan antar anggota
Tujuan dari adanya interaksi antar anggota adalah untuk terciptanya hubungan yang dinamis
- b. Menempati wilayah tertentu
Sekelompok masyarakat menempati wilayah tertentu menurut suatu keadaan geografis baik dari ruang lingkup yang kecil sampai yang besar (negara).
- c. Saling tergantung satu dengan yang lainnya
Tiap anggota masyarakat mempunyai keterampilan dan kemampuan masing-masing yang saling melengkapi dalam memenuhi kebutuhan hidup sehingga menciptakan ketergantungan satu sama lain.
- d. Memiliki adat istiadat/budaya tertentu
Adat istiadat dan budaya pada masyarakat diciptakan untuk mengatur tatanan kehidupan, seperti mata pencaharian, sistem kekerabatan, bahkan tata cara

berinteraksi antar kelompok-kelompok yang ada dan sebagainya.

e. Memiliki identitas bersama

Memiliki identitas adalah hal yang penting bagi Masyarakat agar dapat dikenali oleh masyarakat lainnya, seperti bahasa, adat istiadat, lambang-lambang, kepercayaan, bahasa dan lain-lain

C. Konsep Sehat dan Sakit

1. Definisi sehat dan sakit

Definisi sehat dan sakit perlu diberi batasan yang jelas karena terkadang kedua kondisi tersebut sulit untuk dijelaskan, meskipun kedua kondisi tersebut dapat dirasakan dan diamati dalam keseharian. Hal ini dapat dipengaruhi oleh faktor subjektifitas dan kultural dari seseorang terhadap konsep sehat dan sakit (Maisyarah *et al.*, 2021). Sebagai pemisalan seseorang dikatakan sehat apabila tidak memiliki keluhan-keluhan fisik, begitupun sebaliknya.

Definisi sehat menurut WHO adalah suatu keadaan seseorang yang terbebas dari gangguan fisik, mental, sosial, spiritual serta tidak mengalami kecacatan (Nuryadin *et al.*, 2022). Kesehatan juga merupakan kondisi yang erat kaitannya dengan nilai, kepribadian dan gaya hidup, serta hukum alam (Husaini *et al.*, 2017). Menurut UU kesehatan no 36 tahun 2009 Pasal 1 Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Triyono and Herdiyanto, 2018).

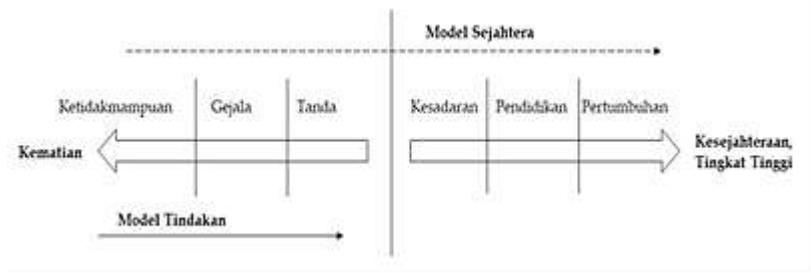
Sakit merupakan suatu keadaan terganggunya fungsi struktur tubuh manusia baik secara sistem biologi maupun dalam bentuk adaptasi sosial, hal inipun dapat dilihat dengan adanya gejala yang dirasakan serta mengganggu aktifitas (Cholifah, Ameli and Nisak, 2019). Keadaan sakit disebabkan oleh kesalahan dalam interaksi antara seseorang dengan lingkungannya, reaksi antara maunisia dan atau sumber-

sumber penyakit. Sakit dapat diketahui melalui pengukuran-pengukuran unsur tubuh, seperti: suhu tubuh, tekanan darah, pemeriksaan cairan tubuh dan lain-lain (Wahyuni, 2016)

2. Model Sehat Sakit

a. Model kontinum

Model kontinum merupakan istilah lain dari rentang sehat sakit yang dikemukakan oleh Neuman (1990) dan berpendapat bahwa kondisi sehat hanya berada pada rentak waktu tertentu, dimana individu berada pada kesehatan prima sampai pada kondisi habisnya energi total atau kematian. (Nuryadin *et al.*, 2022). Rentang sehat sakit merupakan alat ukur yang digunakan untuk mengetahui status kesehatan seseorang yang pada dasarnya bersifat dinamis atau berubah-ubah sesuai dengan respon atas perubahan lingkungan internal dan eksternal guna mempertahankan status sehat (Cholifah, Ameli and Nisak, 2019).



Gambar 4. 1 Rentang Sehat Sakit

Kelemahan dari model ini adalah tidak dapat mengukur sakit dalam hal kejiwaan karena memiliki fisik yang sehat (Nuryadin *et al.*, 2022).

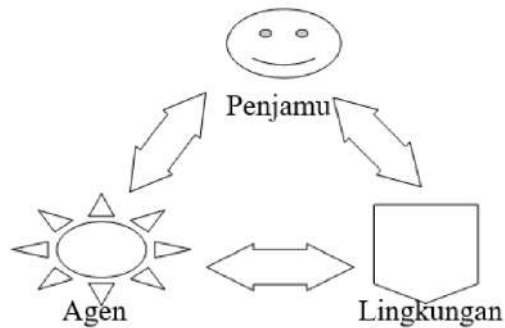
b. Model kesejahteraan tingkat tinggi

Model ini dikembangkan oleh Dunn (1977) yang berorientasi pada lansia atau masyarakat sehat agar dapat meningkatkan kesehatannya ke arah yang lebih baik lagi

dengan mengubah perilaku tertentu yang dapat mengancam masalah kesehatan (Nuryadin *et al.*, 2022).

c. Model agent, penjamu dan lingkungan

Model ini dikemukakan oleh John Gordon dan La Rich (1950) yang berpendapat bahwa sehat sakit timbul adanya interaksi antara penjamu, agen dan lingkungan (Maisyarah *et al.*, 2021).



Gambar 4. 2 Model Penjamu, Agen, Lingkungan

Penjamu pada model ini adalah seseorang atau masyarakat, agen adalah berbagai faktor internal dan eksternal dari penjamu yang dapat menyebabkan sakit seperti agen biologi, kimia, fisik maupun psikososial. Lingkungan adalah berbagai faktor eksternal dari penjamu yang dapat menyebabkan sakit, dapat berupa lingkungan sosial, kebisingan, masalah ekonomi dan lain-lain (Muhayati and Ratnawati, 2019).

Model ini memberikan gambaran bahwa masalah sakit tidak disebabkan oleh satu faktor melainkan beberapa faktor. Dan biasanya dipakai untuk mempelajari masalah penyakit menular (Yusnita *et al.*, 2022).

d. Model keyakinan-kesehatan

Menurut Rosenstoch (1974), model ini menjelaskan hubungan antara keyakinan dan perilaku seseorang. Ada tiga faktor yang mempengaruhi hubungan keyakinan dan perilaku seseorang, yaitu: (1) persepsi terhadap

kerentanan dirinya menghadapi suatu penyakit, (2) persepsi terhadap keseriusan penyakit tertentu, dan (3) persepsi tentang manfaat yang diperoleh dari tindakan yang dipilih (Nuryadin *et al.*, 2022).

e. Model peningkatan kesehatan

Model ini dikembangkan oleh Nola Pender ditahun 1982 dan kemudian diperbaiki pada tahun 1996 dan 2002, yang menjelaskan bahwa tindakan seseorang yang dipengaruhi oleh faktor kognitif-persepsi dan faktor pengubah, sehingga meningkatkan atau menurunkan partisipasi individu dalam meningkatkan kesejahteraan. Tujuan dari model ini adalah untuk membantu dalam mengetahui dan memahami faktor penentu utama perilaku kesehatan sebagai landasan konseling perilaku untuk meningkatkan kesejahteraan dan gaya hidup sehat (Gonzalo, 2023).

3. Indikator Derajat Kesehatan Masyarakat

Penentuan derajat kesehatan masyarakat dapat dilihat dengan 11 indikator yang ditetapkan oleh Fashel dan Bush (1970), yaitu sebagai berikut (Syamson and Kenre, 2019):

- a. Sehat sempurna (*well being*); dimana individu terbebas dari berbagai macam gejala dan memenuhi definisi sehat menurut WHO.
- b. Kurang memuaskan (*Dissatification*); keadaan dimana terdapat penyimpangan ringan dari keadaan sehat sempurna, misal krisis ekonomi.
- c. Tidak nyaman (*Discomfort*); dalam keadaan ini individu tidak nyaman dalam menjalankan kegiatan sehari-hari karena adanya gangguan kesehatan
- d. Ketidakmampuan minor (*Minor disability*); terdapat gangguan kesehatan yang minor dan menghambat aktifitas keseharian individu
- e. Ketidakmampuan mayor (*Mayor disability*); dalam kondisi ini individu masih dapat melakukan aktifitas keseharian, namun berkurang secara bermakna

- f. Cacat (*Disabled*); kondisi dimana individu tidak dapat melakukan aktifitas melainkan dengan bantuan orang lain.
- g. Tinggal ditempat tidur (*Confined+bedridden*); keadaan dimana individu hanya terbaring di atas tempat tidur namun tidak masuk rumah sakit
- h. Terbatas (*Confined*); kondisi dimana hampir sama dengan tinggal ditempat tidur
- i. Terisolasi (*isolated*); kondisi individu yang terpisah dari sanak keluarga dan mendapatkan perawatan
- j. Koma (*Coma*); kondisi individu hampir mati, namun masih diharapkan kesembuhannya
- k. Mati; individu tidak mampu sama sekali.

Dari indikator-indikator diatas, dapat dilihat bahwa dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat tidak dapat dibedakan sebagaimana hitam dan putih. Selain indikator yang dikemukakan oleh Fashel dan Bush (1970), ada pula indikator derajat kesehatan masyarakat oleh Hendrick L Brum. Menurut Hendrick L Blum, ada 10 indikator dalam mementukan derajat kesehatan masyarakat, yaitu sebagai berikut (Cholifah, Ameli and Nisak, 2019):

- a. *Life span*; lamanya usia harapan hidup dari individu atau masyarakat namun bukan karena mati tua.
- b. *Diease or infirmity*; individu dalam keadaan sakit atau cacat secara anatomi dan fisiologis.
- c. *Discomfort or Illness*; kondisi dimana masyarakat mengalami keluhan sakit dari sudut padang somatik, kejiwaan ataupun sosial.
- d. *Disability or Incapability*; kondisi dimana masyarakat tidak dapat melakukan aktifitas dalam kegiatan sosialnya.
- e. *Participation in health care*; keadaan dimana masyarakat memiliki motivasi dan kemampuan dalam menjaga kesehatan.
- f. *Health behaviour*; masyarakat mampu mempertahankan kesehatan yang dapat dilihat dari perilaku kesehariannya.

- g. *Ecologic behaviour*; perilaku masyarakat terhadap lingkungan, seperti sumber daya alam, ekosistem dan lain-lain
- h. *Sosial behaviour*; perilaku atau tindakan masyarakat kepada masyarakat lainnya.
- i. *Interpersonal relationship*; kemampuan komunikasi yang baik antar anggota masyarakat ataupun dengan lingkungan masyarakat lainnya.
- j. *Reserve or positive health*; keadaan masyarakat dalam menghadapi tekanan-tekanan somatik, kejiwaan dan sosial sehingga terhindar dari masalah kesehatan yang bersifat psikososial.
- k. *Eksternal satisfaction*; kondisi dimana masyarakat merasa puas dengan lingkungan sosialnya.
- l. *Internal satisfaction*; kondisi dimana masyarakat merasa puas dengan seluruh aspek kehidupannya.

Derajat kesehatan masyarakat tidak dapat berdiri sendiri tanpa adanya faktor-faktor yang mempengaruhi. Menurut Teori Hendrik L Bloom (1974), ada 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, yaitu sebagai berikut (Sartika *et al.*, 2022):

a. Faktor perilaku

Perilaku memegang peranan penting dalam menjaga atau mempertahankan derajat kesehatan masyarakat, hal ini dikarenakan tidak sedikit penyakit disebabkan oleh perilaku buruk seperti, merokok, perilaku sendentary, begadang dan lain-lain. Contoh penyakit yang disebabkan oleh perilaku buruk adalah obesitas, akibat asupan makanan melebihi kebutuhan harian dan diperparah dengan perilaku sendentary atau kurangnya aktifitas fisik/olahraga.

b. Faktor lingkungan

Faktor lingkungan yang dikemukakan oleh Hendrik L Bloom (1974) memiliki peran yang penting dalam meningkatkan kesehatan masyarakat dan tidak hanya berpusat pada lingkungan sosial tetapi juga meliputi

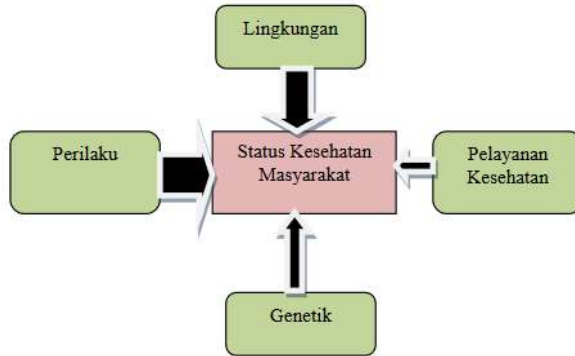
ekonomi, politik, budaya. Dalam pemisalan, kualitas sanitasi lingkungan mempengaruhi kesehatan masyarakat dikarenakan tidak sedikit masalah kesehatan timbul akibat sanitasi lingkungan yang buruk. Dalam pemisalan lainnya, kondisi perekonomian yang erat kaitannya dengan lingkungan sosial. Semakin miskin individu/masyarakat maka akses terhadap kesehatan ataupun pemenuhan gizi seimbang akan terbatas.

c. Faktor pelayanan kesehatan

Adanya pelayanan kesehatan yang memadai berupa fasilitas pelayanan dapat mempercepat kesehatan masyarakat, begitu pula sebaliknya. Fasilitas pelayanan kesehatan dikatakan memadai apabila memenuhi indikator berupa mutu pelayanan yang baik, ketersediaan tenaga kesehatan yang kompeten, akses yang mudah serta mencakup pelosok. Mutu pelayanan yang baik akan mampu mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan. Dalam pemisalan, penyediaan vaksin yang cukup dan sesuai dengan kebutuhan, jadwal imunisasi serta informasi pelayanan yang memadai akan meningkatkan cakupan imunisasi.

d. Faktor genetik

Faktor genetik merupakan faktor yang memiliki pengaruh yang paling kecil jika dibandingkan ketiga faktor lainnya, hal dikarenakan tidak semua penyakit dapat diturunkan melalui genetik. Ada beberapa penyakit yang dapat diturunkan melalui genetik yang mana orang tua sebagai karier atau pembawa penyakit, misalnya katarak, diabetes melitus, epilepsy dan lain-lain. Ada pula penyakit yang dapat memperparah risiko suatu penyakit namun masih dapat dicegah dengan menghindari determinan dari penyakit tersebut, misalnya tekanan darah, diabetes melitus dan lain-lain.

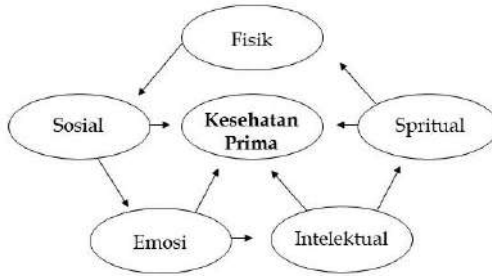


Gambar 4. 3 Faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat

4. Dimensi Kesehatan Prima

Kesehatan prima adalah kemampuan individu dalam menjalani hidupnya dengan kualitas hidup yang tinggi seperti mampu mengelolah perasaan/emosi dengan baik, menerapkan pola makan sehat, serta pola hidup yang *balance* (Sakdiyah, 2013). Ada lima dimensi yang harus dipenuhi agar mencapai kesehatan prima, yaitu: dimensi fisik, sosial, emosi, intelektual dan spritual. Dimensi fisik yaitu kesanggupan individu dalam mengaplikasikan gaya hidup yang sehat berupa menjaga pola makan, terbebas dari obat-obatan terlarang, pencapaian kebugaran fisik. Dimensi sosial dapat diartikan sebagai kemampuan individu dalam berinteraksi secara baik dengan lingkungannya, bertolenrasi dalam perbedaan baik pendapat, budaya maupun kepercayaan. Dimensi emosi, mengacu sisi psikologi atau kejiwaan individu, dilihat dari bagaimana individu tersebut mengontrol emosi sehingga diterima baik oleh lingkungannya. Tidak hanya itu, dimensi emosi juga erat kaitannya dengan tingkat stress sehingga individu harus mampu mememanajemennya dengan baik. Dimensi intelektual dapat dikatakan sebagai keahlian individu dalam mengelola informasi yang dimiliki dengan baik dan benar. Dimensi spiritual fokus pada keyakinan atau kepercayaan individu

terhadap kekuatan-kekuatan ghaib, seperti adanya Tuhan, mitos-mitos terdahulu, larangan-larangan tetua dan masih banyak lagi (Sakdiyah, 2013). Dimensi-dimensi tersebut dapat diilustrasikan pada gambar di bawah ini:



Gambar 4. 4 Dimensi Kesehatan Prima

Dimensi-dimensi di atas saling mempengaruhi satu sama lain dan sering terjadi tumpang tindih. Dalam pemisalan, individu yang berusaha untuk manajemen stres dari deimensi fisik pula diharapkan agar dapat mempertahankan emosinya agar dapat menyelesaikan masalah dengan baik tanpa ada ketersinggungan.

5. Tahapan Proses Sakit

Menurut Suchman (1985), ada 4 tahapan proses sakit yang dialami individu (Trisna *et al.*, 2022):

a. Tahap gejala

Tahap gejala merupakan tahap awal individu mengalami proses sakit, dimana ditandai dengan adanya gejala yang dirasakan ataupun perasaan tidak nyaman pada dirinya. Gejala fisik yang dirasakan akibat ketidakseimbangan dalam tubuh dapat berupa perasaan nyeri, demam, sakit kepala dan lain-lain. Adapula aspek kognitif yang dirasakan dapat berupa ketakutan/kecemasan.

b. Tahapan asumsi terhadap sakit

Tahap asumsi terhadap sakit atau *sick role* merupakan tahap dimana individu mulai menerima sakit yang dirasakan, selain itu juga individu mulai mencari

penegasam dengan berkonsultasi dengan orang-orang sekitar atau dengan mendatangi fasilitas pelayanan kesehatan. Diakhir tahap ini gejala yang dirasakan akan semakin membaik.

c. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan

Tahap ini ditandai dengan individu yang mendatangi fasilitas pelayanan dengan meminta saran atas inisiatif sendiri. Hal ini dilakukan untuk mencari kejelasan atas gejala yang dirasakan atau bahkan gejala yang tidak dimengerti dan untuk meyakinkan diri akan lebih baik.

d. Tahap ketergantungan

Di tahap ini, individu mulai rutin mendatangi pelayanan kesehatan dengan tujuan agar terbebas dari sakit yang dirasa. Individu juga akan lebih patuh terhadap proses pengobatan dan juga mulai membatasi aktifitas keseharian akibat gejala yang dirasakan semakin parah.

e. Tahap penyembuhan

Setelah melewati tahap ketergantungan dan perawatan intensif dari pelayanan kesehatan, individu akan melakukan proses pemulihan agar kondisi fungsi tubuh dapat berpesan sebagaimana sebelum saki. Ada beberapa perubahan yang dialami individu ketika dalam tahap ketergantungan, seperti perubahan emosi, dimana individu yang mengalami penyakit berat terutama yang dapat mengancam kehidupan dapat mengganggu kestabilan emosinya.

DAFTAR PUSTAKA

- Astawa, I.B.M. (2017) *Pengantar Ilmu Sosial*. I. Depok: RajaGrafindo Persada.
- Cholifah, Ameli, P. and Nisak, U.K. (2019) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Edited by S.B. Sartika. Sidoarjo: UMSIDA Press.
- Gonzalo, A. (2023) *Nola Pender: Health Promotion Model, Nurseslabs*. Available at: https://nurseslabs-com.translate.google/nola-pender-health-promotion-model/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=tc#h-nola-pender-s-health-promotion-model (Accessed: 8 March 2023).
- Husaini *et al.* (2017) *Buku Ajar Antropologi Sosial Kesehatan, Antropologi Sosial Kesehatan*. Edited by M. Saputra. Available at: http://eprints.ulm.ac.id/7103/1/BUKU_AJAR_Antropologi_Sosial.pdf.
- Maisyarah *et al.* (2021) *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat, Media Sains Indonesia*. Edited by R. Rerung. Media Sains Indonesia. Available at: <https://fkm.unigo.ac.id/wp-content/uploads/2022/05/Dasar-Ilmu-Kesehatan-Masyarakat.pdf>.
- Muhayati, A. and Ratnawati, D. (2019) 'Hubungan Antara Status Gizi dan Pola Makan dengan Kejadian Anemia Pada Remaja Putri', *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 9(01), pp. 563–570. Available at: <https://doi.org/10.33221/jiiki.v9i01.183>.
- Nuryadin, A.A. *et al.* (2022) *Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. I. Edited by T. Media. Klaten: Tahta Media Group.
- Praseto, D. and Irwansyah (2020) 'Memahami Masyarakat dan Perspektifnya', *Jurnal Manajemen Pendidikan dan Ilmu Sosial*, 1(2), pp. 506–515. Available at: <https://doi.org/10.38035/JMPIS>.
- Purwaningsih, S. (2022) *Pranata Sosial dalam Kehidupan Masyarakat*. Indonesia: Alprin.

- Sakdiyah, E.H. (2013) 'Dimensi Perilaku Promosi Kesehatan Remaja Berdasarkan Perbedaan Jenis Kelamin', *Psikoislamika : Jurnal Psikologi dan Psikologi Islam*, 10(1), pp. 15-28. Available at: <https://doi.org/10.18860/psi.v10i1.6358>.
- Sartika *et al.* (2022) *Prinsip Kesehatan Masyarakat*. Bandung. Edited by A. Munandar. Media Sains Indonesia.
- Syamson, M.M. and Kenre, I. (2019) *Promosi Kesehatan*. I. Edited by E. Santoso. Tasikmalaya: Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia. Available at: [https://elearning.itkesmusidrap.ac.id/pluginfile.php/2854/mod_resource/content/1/Buku Ajar Promkes ISBN.pdf](https://elearning.itkesmusidrap.ac.id/pluginfile.php/2854/mod_resource/content/1/Buku_Ajar_Promkes_ISBN.pdf).
- Trisna, C. *et al.* (2022) *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. I. Edited by Ulfa. Yogyakarta: Zahir Publishing. Available at: <https://doi.org/10.5281/zenodo.7275382>.
- Triyono, S.D.K. and Herdiyanto, Y.K. (2018) 'Konsep Sehat Dan Sakit Pada Individu Dengan Urolithiasis (Kencing Batu) Di Kabupaten Klungkung, Bali', *Jurnal Psikologi Udayana*, 4(02), p. 263. Available at: <https://doi.org/10.24843/jpu.2017.v04.i02.p04>.
- Wahyuni (2016) *Epidemiologi dan Demografi*. Februari. Surakarta: Pustaka Hanif.
- Yusnita *et al.* (2022) *Dasar-dasar epidemiologi*. I. Edited by M. Sari and R.M. Sahara. PT Global Eksekutif Teknologi.

BAB 5

PENGANTAR DEMOGRAFI

Putri Tiara Rosha, S.K.M., M.P.H.

A. Pengertian Demografi

Definisi singkat demografi adalah studi sistematis dan ilmiah tentang populasi manusia. Demografi berasal dari Bahasa Yunani yaitu “Demos” dan “Graphia”. Demos memiliki arti populasi, sedangkan “Graphia” memiliki arti deskripsi atau tulisan. Berdasarkan kedua kata diatas demografi adalah tulisan tentang kependudukan. Demografi adalah ilmu sosial yang mempelajari: (1) ukuran, komposisi, dan distribusi populasi di suatu wilayah tertentu pada waktu tertentu; (2) perubahan jumlah dan komposisi penduduk; (3) komponen perubahan penduduk (kelahiran, kematian, dan perpindahan penduduk); (4) faktor-faktor yang mempengaruhi komponen tersebut; dan (5) akibat yang ditimbulkan dari perubahan ukuran populasi, komposisi, dan distribusi, atau komponen tersebut (Poston and Bouvier, 2012)

Data kependudukan yang dipelajari dalam demografi merupakan kumpulan sekelompok orang yang tinggal di wilayah tertentu (penduduk). Variabel-variabel demografi dapat digunakan sebagai perkiraan proyeksi penduduk untuk masa lalu, sekarang atau yang akan datang, sehingga demografi disebut bersifat analitis. Selain itu, demografi melibatkan banyak disiplin ilmu, seperti biologi, kedokteran, psikologi, ekonomi, sosiologi, statistika, matematika dan lain sebagainya. Dengan demikian, demografi dianggap sebagai ilmu interdisipliner. Salah satu contoh demografi dalam kesehatan masyarakat yaitu,

terjadinya wabah di suatu komunitas dapat menyebabkan sebagian besar orang sakit dan jika kondisinya parah dapat meninggal dunia. Tingginya tingkat fatalitas penyakit akan menyebabkan perubahan jumlah penduduk dalam komunitas tersebut (Mantra, 2020).

B. Sumber Data Kependudukan

1. Sensus Penduduk

Menurut *United Nation*, sensus penduduk didefinisikan sebagai perencanaan (*planning*), pengumpulan (*collecting*), penggabungan (*compiling*), evaluasi (*evaluating*), penyebaran informasi (*dissemination*), dan analisis (*analysing*) yang menyangkut suatu sekelompok orang yang tinggal di wilayah tertentu. Populasi merupakan dasar produksi dan distribusi yang berkaitan dengan kemakmuran suatu negara. Dalam merencanakan dan melakukan implementasi pembangunan ekonomi dan sosial, kegiatan administrasi atau penelitian memerlukan data jumlah, distribusi, dan komposisi penduduk yang dapat dipercaya dan bersifat detail (United Nations. Statistical Division, 2017).

Sensus penduduk menyediakan data dasar tentang seluruh karakteristik penduduk yang tinggal menetap maupun tidak. Sensus penduduk dilaksanakan sepuluh tahunan pada tahun berakhiran "0". Sensus penduduk Indonesia telah diselenggarakan sebanyak tujuh kali yaitu pada tahun 1961, 1971, 1980, 1990, 2000, 2010, dan 2020 (BPS, 2020).

Beberapa tujuan sensus penduduk yaitu:

- a. Mengumpulkan dan menyediakan data dasar kependudukan suatu wilayah (administrasi terbesar hingga terkecil)
- b. Membentuk Kerangka Sampel Induk (KSI) yang dimanfaatkan untuk keperluan survei dengan berbasis wilayah (rumah tangga)
- c. Memberikan perkiraan indikator-indikator kependudukan suatu wilayah tertentu

- d. Mengumpulkan dan menyediakan informasi kependudukan sebagai data dasar kependudukan suatu wilayah

Terdapat 2 konsep pengumpulan data dalam sensus penduduk yaitu *de facto* dan *de jure*. Dalam pelaksanaan sensus penduduk kedua metode tersebut dapat digabungkan (United Nations. Statistical Division, 2017).

- a. *De facto* adalah mencatat penduduk yang ditemukan di suatu wilayah ketika sensus dilakukan. Metode tersebut tidak membedakan antara penduduk tetap atau tidak tetap.
- b. *De jure* adalah mencatat penduduk yang resmi berdomisili di wilayah tersebut (berdasarkan tempat tinggal). Metode ini berdasarkan bukti hukum yang dimiliki oleh penduduk, salah satunya adalah Kartu Tanda Penduduk (KTP).

Beberapa indikator yang dihasilkan dalam sensus penduduk 2020 yaitu (BPS, 2023):

- a. Fertilitas
- b. Mortalitas
- c. Mobilitas
- d. Disabilitas
- e. Pendidikan
- f. Perumahan

Hasil sensus penduduk tahun 1961-2020 dapat dilihat pada Gambar 1 (BPS, 2021a).



Jumlah Penduduk Hasil Sensus (Juta Jiwa)



Gambar 5. 1 Hasil SP2020

Beberapa kelebihan sumber data sensus penduduk yaitu (Grundy and Murphy, 2015; Mantra, 2020)

- Memiliki *coverage error* yang rendah, kesalahan cakupan sangat kecil
- Memiliki *sampling error* yang rendah, karena semua penduduk dilakukan pencatatan/pencacahan
- Hasil sensus dapat dibandingkan dengan negara lain, karena setiap negara juga melaksanakan sensus

Beberapa kelemahan sumber data sensus penduduk yaitu (Grundy and Murphy, 2015; Mantra, 2020)

- Sensus membutuhkan biaya besar dan tantangan untuk memastikan data yang diperoleh berkualitas. SP mencakup seluruh wilayah dan seluruh penduduk, sehingga membutuhkan dana yang besar dalam pelaksanaannya.
- Data sensus terbatas hanya data dasar, dalam SP yang dikumpulkan adalah data dasar berupa umur penduduk, jenis kelamin, wilayah tempat tinggal, pendidikan.
- Kemungkinan terjadi kesalahan *error of coverage* yaitu tidak seluruh penduduk dicacah atau penduduk dicacah 2 kali di 2 tempat yang berbeda.
- Kemungkinan terjadi *error of content* yaitu kesalahan responden dalam melaporkan data diri misal kesalahan dalam melaporkan usia atau tanggal lahir.

- e. Kesalahan ketepatan pelaporan (*estimating error*) pada responden ataupun petugas. Kesalahan yang terjadi ini dapat menyebabkan pengolahan dan analisis data terhambat.

2. Registrasi Penduduk

Registrasi penduduk merupakan metode pengumpulan data tentang peristiwa-peristiwa penting yang terjadi di masyarakat seperti: kelahiran, kematian, perkawinan, adopsi, perceraian, pekerjaan, dan lain sebagainya. Pencatatan tersebut dilakukan rutin setiap hari dan sebagai pelaksana adalah Kementerian Dalam Negeri (Kemendagri) khususnya Direktorat Jenderal (Ditjen) Kependudukan dan Pencatatan Sipil. Data tersebut dilaporkan oleh penduduk di institusi pelaksana tempat penduduk bertempat tinggal yaitu kantor kelurahan (United Nations. Statistical Division, 2017; Mantra, 2020).

Registrasi penduduk dilakukan dengan sistem pasif, artinya petugas pelaksana akan menunggu laporan dari penduduk. Misalnya seorang ibu baru saja melahirkan, suami atau keluarga wajib melaporkan kelahiran tersebut ke Kelurahan. Registrasi penduduk hanya mencatat peristiwa secara *de jure* saja. Hanya penduduk yang berdomisili di wilayah tersebut saja yang dicatat peristiwanya (Mantra, 2020).

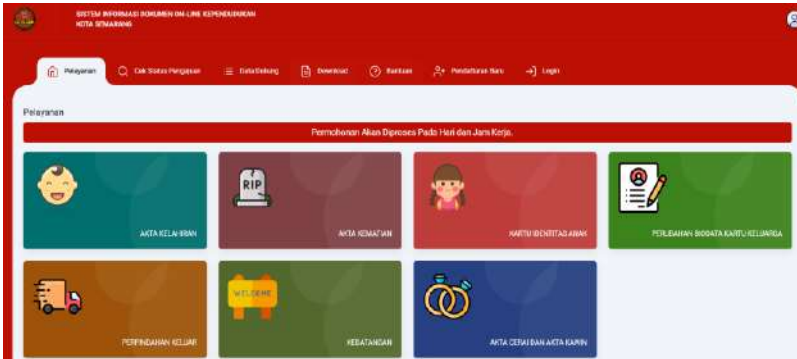
Beberapa kelebihan registrasi penduduk yaitu (Mantra, 2020):

- a. Pencatatan dilakukan secara terus menerus
- b. Data lengkap jika semua penduduk melaporkan semua peristiwa penting
- c. Data akurat jika peristiwa dilaporkan segera

Beberapa kelemahan registrasi penduduk yaitu (Mantra, 2020):

- a. Pencatatan peristiwa hanya secara *de jure*
- b. Informasi yang dikumpulkan hanya sedikit
- c. Sangat tergantung pada sistem, petugas, dan kesadaran penduduk dalam melaporkan peristiwa

- d. Kelengkapan dan kebenaran data berdasarkan pada pencatatan yang konsistensi dan berkesinambungan



Gambar 5. 2 Pelayanan Registrasi penduduk melalui online

Jika registrasi penduduk di suatu daerah dikelola dengan baik, maka 10 indikator *Sustainable Development Goals* (SDGs) dapat diperoleh melalui registrasi penduduk. Indikator tersebut terdiri dari angka kelahiran dan angka kematian yaitu: angka kematian ibu, neonatal, bayi dan balita. Angka kematian meliputi: TB, malaria dan HIV serta penyakit tidak menular. Selain itu juga tersedia jumlah perempuan yang menikah sebelum usia 18 tahun (Ahmad, 2016).

3. Survei Penduduk

Survei merupakan pengumpulan data pada sebagian populasi (sampel). Agar sampel *representative* maka metode statistik tertentu digunakan untuk pemilihan sampel, sehingga menggambarkan keadaan di populasi. Survei penduduk dapat melengkapi kekurangan data pada sensus penduduk dan registrasi penduduk. Data yang dikumpulkan dalam setiap survei beragam tergantung dari tujuan pelaksanaan survei tersebut (Mantra, 2020).

Beberapa contoh survei kependudukan yang dilakukan di Indonesia yaitu:

a. Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS)

Pelaksanaan SUPAS diantara dua waktu sensus penduduk, dan BPS bertanggung jawab atas kegiatan tersebut. Pada tahun 1976, 1985, 1995, 2005, dan 2015, SUPAS telah digunakan lima kali. Beberapa tujuan. Hasil SUPAS juga dimanfaatkan sebagai bahan untuk perencanaan dan evaluasi terakhir dari *Millennium Development Goals*. Data SUPAS 2015 mengumpulkan data gambaran demografi penduduk, usia, kelahiran, kematian, kematian ibu, migrasi, ketenagakerjaan, pemukiman, informasi tentang migrasi keluar (internasional), perubahan iklim, serta disabilitas (BPS, 2015).

b. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI)

SDKI telah dilakukan sembilan kali, yaitu pada tahun 1987 (SPI), 1991, 1994, 1997, 2002/2003, 2007, 2012, 2017, dan 2022. Pelaksana SDKI 2022/2023 adalah Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN). SDKI merupakan bagian dari Program *Demography Health System* (DHS) di seluruh dunia dan memberikan informasi tentang demografi dan status kesehatan. SDKI 2022/2023 memberikan informasi terbaru tentang tingkat fertilitas, perkawinan, kesadaran dan penggunaan metode KB, praktik menyusui, angka kematian anak, kesehatan ibu dan anak, kesadaran dan perilaku tentang HIV/AIDS, kesehatan reproduksi remaja, dan masalah kesehatan lainnya (USAID, 2022).

c. Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS)

SUSENAS adalah salah satu survei yang diselenggarakan oleh BPS untuk menghasilkan berbagai indikator sosial dan ekonomi seperti pendidikan, kesehatan, pengeluaran rumah tangga, dan lain-lain. Pada tahun 2022, SUSENAS dilaksanakan untuk mengumpulkan data mengenai kesejahteraan rumah tangga di Indonesia. SUSENAS dilaksanakan secara semesteran, yaitu Semester I pada

bulan Maret dan Semester II pada bulan September (BPS, 2021b).

d. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)

Riskesdas merupakan survei kesehatan yang dilaksanakan setiap lima tahun sekali. Penyelenggara Riskesdas adalah Badan Litbang Kementerian Kesehatan. Riskesdas dilaksanakan untuk memonitoring indikator kesehatan masyarakat. Riskesdas telah dilaksanakan 5 kali yaitu tahun 2007, 2010, 2013, dan 2018. Riskesdas tahun ke 6 dilaksanakan tahun 2023 dan berubah namanya menjadi Survei Kesehatan Indonesia (SKI) (Kemenkes, 2018).

Beberapa kelebihan survei yaitu (Mantra, 2020):

- a. Pembiayaan tidak sebesar sensus penduduk
- b. Modul pertanyaan dalam survei lebih spesifik dan detail
- c. Pelaksanaan sesuai dengan kebutuhan
- d. Hasil analisis data lebih cepat didapat dan lebih intensif

Beberapa kelemahan survei yaitu (Mantra, 2020):

- a. Kemungkinan terjadi *sampling error*
- b. Data yang dikumpulkan bersifat khusus, sehingga hanya sektor tertentu yang dapat memanfaatkan data
- c. Wilayah cakupan terbatas, karena bersifat sampling

C. Komposisi Penduduk

Komposisi penduduk didefinisikan sebagai pengelompokan penduduk berdasarkan karakteristik seperti demografi, geografi serta sosial, ekonomi. Beberapa macam pengelompokan yaitu komposisi penduduk berdasarkan jenis kelamin, kelompok umur, lokasi tinggal, tingkat pendidikan, dan sebagainya (Mantra, 2020).

Struktur usia penduduk antar negara pasti berbeda. Struktur usia penduduk dipengaruhi oleh tiga hal yaitu fertilitas mortalitas dan migration. Ketiga hal tersebut akan berubah ketika terjadi perubahan kondisi sosial ekonomi. Pengelompokan kelompok umur masing-masing bidang dapat

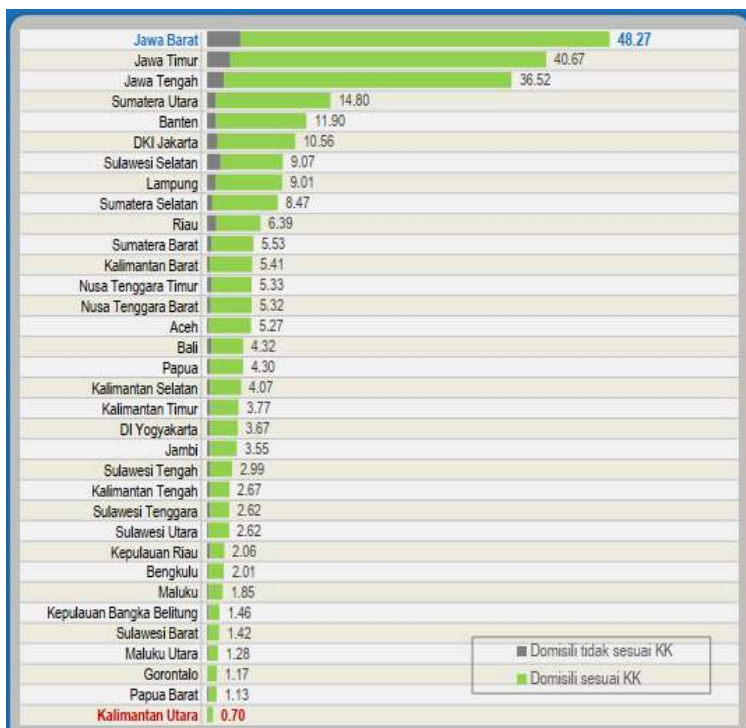
berbeda-beda bergantung pada kebutuhan. Pengelompokan dapat dikategorikan menjadi 5 atau 10 tahunan (Mantra, 2020).

Dalam melakukan perencanaan program pemerintah, data dan informasi tentang struktur penduduk sangat dibutuhkan. Sebagai contoh kebutuhan pelayanan kesehatan di masyarakat tidak dapat dihitung tanpa adanya data tentang jumlah dan karakteristik masyarakat tersebut. Demografi berkaitan dengan dinamika populasi, bagaimana populasi berubah sebagai respons terhadap interaksi dari fertilitas, mortalitas, dan migrasi. Dasar tersebut perlu dipahami untuk membuat prakiraan tentang ukuran dan struktur populasi di masa depan yang harus mendukung perencanaan pelayanan kesehatan. Banyaknya penduduk usia anak, dewasa atau usia lanjut akan mempengaruhi perencanaan kesehatan yang akan dilaksanakan (Grundy and Murphy, 2015). Contoh struktur penduduk berdasarkan kelompok usia dan jenis kelamin dapat dilihat pada Gambar 5.3.

Kelompok Umur	Jenis Kelamin		
	Laki-laki	Perempuan	Laki-Laki + Perempuan
(1)	(2)	(3)	(4)
0-4	7 996 762	7 456 932	15 453 694
5-9	12 054 557	11 293 112	23 347 669
10-14	12 248 242	11 501 707	23 749 949
15-19	11 890 104	11 232 889	23 122 993
20-24	11 799 983	11 151 534	22 951 517
25-29	10 983 136	10 594 469	21 577 605
30-34	10 678 855	10 444 990	21 123 845
35-39	11 127 884	11 030 421	22 158 305
40-44	10 363 207	10 340 154	20 703 361
45-49	9 259 566	9 271 800	18 531 366
50-54	8 066 156	8 083 777	16 149 933
55-59	6 445 652	6 617 735	13 063 387
60-64	5 104 332	5 169 843	10 274 175
65-69	3 445 786	3 340 480	6 786 266
70-74	1 943 260	2 205 321	4 148 581
75+	2 221 406	2 805 338	5 026 744
Tidak Tahu/TT	1 033 011	1 001 516	2 034 527
Jumlah	136 661 899	133 542 018	270 203 917

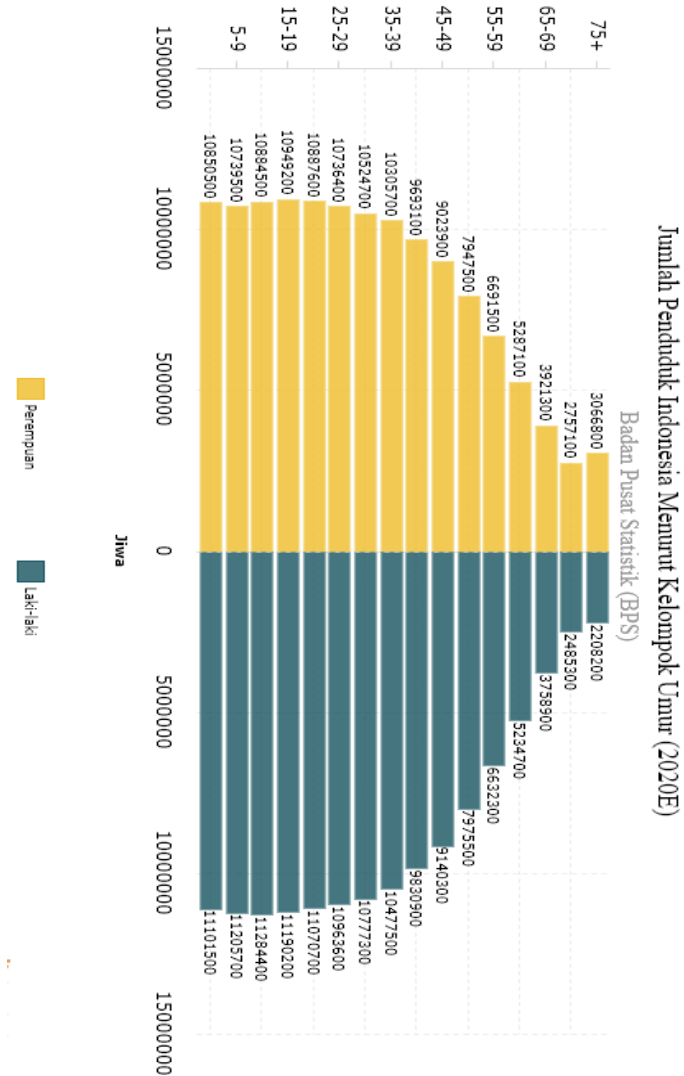
Gambar 5. 3 Jumlah Penduduk Indonesia berdasarkan Kelompok Umur Dan Jenis Kelamin pada SP2020

Struktur penduduk juga dapat ditampilkan berdasarkan lokasi tinggal. Dengan penyajian tersebut dapat diketahui seberapa besar persebaran penduduk dalam setiap provinsi. Contoh persebaran penduduk berdasarkan Provinsi dapat dilihat pada Gambar 4.



Gambar 5. 4 Persentase Penduduk Indonesia berdasarkan Provinsi Hasil SP2020

Piramida penduduk merupakan visualisasi data berupa grafik kependudukan berdasarkan kelompok usia dan jenis kelamin. Piramida penduduk terdiri dari 2 garis secara vertical dan horizontal. Garis vertikal merupakan kelompok usia, dimulai dari usia muda hingga tua. Interval usia 5 atau 10 tahunan, menyesuaikan kebutuhan dan keperluan. Sedangkan garis horizontal merupakan jumlah penduduk dengan persentase ataupun jumlah (Mantra, 2020). Contoh Piramida Penduduk dapat dilihat pada Gambar 5.5.



Gambar 5. 5 Piramida Penduduk Indonesia Hasil SP2020

Bentuk piramida penduduk dibagi menjadi 3 yaitu penduduk muda (ekspansif), penduduk dewasa (stationer) dan penduduk tua (konstruktif) (Saroha, 2018).

1. Komposisi Penduduk Muda (Ekspansif)

Piramida ekspansif membentuk dasar piramida yang luas dan dan menyempit ke arah umur lebih tua. Penurunan

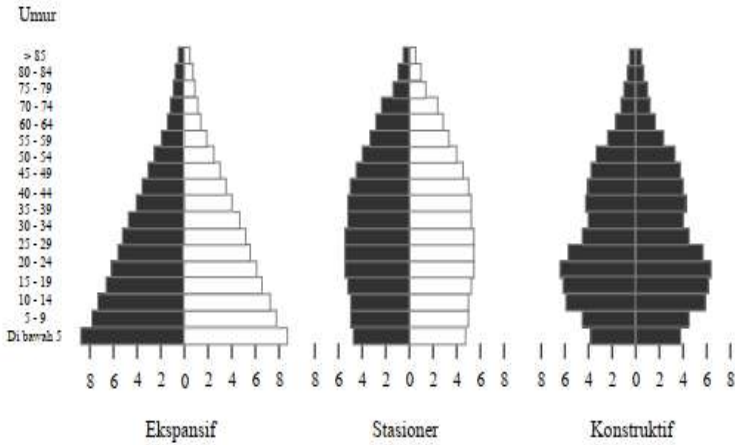
jumlah penduduk pada kelompok umur yang lebih tua membentuk piramida menyerupai kerucut. Piramida ini mewakili situasi kesuburan tinggi, angka kematian tinggi, angka harapan hidup rendah, tingkat pertumbuhan penduduk lebih tinggi dan rendahnya jumlah penduduk lanjut usia. Hal ini menunjukkan perluasan populasi akibat besarnya masing-masing kelompok lebih besar dari ukuran sebelumnya. Lebar piramida di bagian dasar menggambarkan banyaknya kelompok anak-anak. Piramida ekspansif dapat dilihat pada piramida penduduk negara berkembang khususnya di Afrika dan Asia. Contoh negara dengan bentuk piramida penduduk ekspansif yaitu Nigeria, Ghana, Angola.

2. Komposisi Penduduk Dewasa (Stationer)

Piramida stasioner menggambarkan jumlah penduduk yang konstan pada kelompok umur tertentu dalam jangka waktu tertentu. Piramida ini mewakili situasi kesuburan rendah, angka mortalitas rendah dan angka harapan hidup tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa terjadi pertumbuhan penduduk yang lambat atau populasi yang stabil. Piramida penduduk yang stasioner terlihat hampir sama pada kelompok usia remaja dan dewasa. Contoh negara dengan bentuk piramida penduduk stasioner yaitu Argentina, Amerika, Kanada.

3. Komposisi Penduduk Tua (Konstruktif)

Piramida konstruktif mempunyai dasar yang sempit dan menyerupai guci terbalik. Piramida ini mewakili kesuburan rendah, angka kematian rendah, angka harapan hidup tinggi dan terjadinya penuaan populasi. Hal tersebut biasanya dihubungkan dengan majunya suatu negara, tingkat melek huruf tinggi, kemudahan akses kesehatan ibu dan anak serta fasilitas kesehatan yang sangat baik. Contoh negara dengan bentuk piramida penduduk konstruktif yaitu Italia, Jerman dan Japan.



Gambar 5. 6 Bentuk piramida penduduk

D. Faktor yang Mempengaruhi pertumbuhan penduduk

Pertumbuhan penduduk merupakan dampak dari penambahan atau pengurangan jumlah penduduk. Penambahan penduduk yaitu kelahiran atau imigrasi dan pengurangan penduduk yaitu kematian atau emigrasi. Metode analisis demografi yang paling dasar adalah perubahan penduduk ($P_t - P_0$) dengan menggunakan komponen demografi (B, D, I, E) (Grundy and Murphy, 2015):

$$P_t - P_0 = (B - D) + (I - E)$$

- Pt-P₀ : Perubahan penduduk
- P_t : jumlah penduduk pada akhir periode
- P₀ : jumlah penduduk pada awal suatu periode
- B : birth (kelahiran)
- D : death (kematian)
- B- D : penambahan penduduk alami
- I : Imigrasi (immigration)
- E : emigrasi (emigration)
- I-E : migrasi

Pertumbuhan penduduk dipengaruhi oleh 3 hal yaitu kelahiran (fertilitas), kematian (mortalitas), dan perpindahan penduduk (migrasi) (Lestari, 2019).

1. Fertilitas

Fertilitas atau kelahiran hidup (*live birth*) didefinisikan sebagai terlepasnya bayi dari rahim seorang perempuan dengan tanda-tanda kehidupan seperti berteriak, bernapas, jantung berdenyut, dan sebagainya, tanpa mempertimbangkan lamanya kehamilan. Kelahiran mati (*still birth*) dianggap sebagai bukan peristiwa kelahiran jika sewaktu bayi dilahirkan tidak terdapat tanda kehidupan (BPS, 2010; Population Reference Bureau, 2021).

a. Angka Kelahiran Kasar (*Crude Birth Rate/CBR*)

Angka Kelahiran Kasar (CBR) merupakan jumlah kelahiran per 1000 penduduk pada tahun tertentu.

$$CBR = \frac{\text{jumlah kelahiran selama setahun}}{\text{jumlah penduduk pertengahan tahun}} \times 1000$$

b. Angka kelahiran Total (*Total Fertility Rate/TFR*)

Angka Kelahiran Total (TFR) merupakan rata-rata jumlah anak yang akan dilahirkan hidup oleh seorang wanita selama hidupnya jika dia melewati tahun-tahun suburnya (15-49 tahun) sesuai dengan kesuburan usia tertentu pada tahun tertentu.

$$TFR = 5 \times \sum ASFR_i$$

ASFR_i = banyaknya bayi menurut kelompok umur wanita ke i

c. Angka Fertilitas Menurut Umur (*Age Specific Fertility Rates/ASFR*)

Angka Fertilitas Berdasarkan Umur (ASFR) merupakan jumlah kelahiran oleh wanita pada kelompok umur tertentu antara 15-49 tahun setiap 1000 wanita pada kelompok umur tersebut.

$$\text{ASFR} = \frac{\text{jumlah kelahiran dalam kelompok umur tertentu selama setahun}}{\text{jumlah wanita kelompok umur tertentu pada tahun tertentu}} \times 1000$$

2. Mortalitas

Mortalitas merupakan peristiwa hilangnya semua tanda-tanda kehidupan secara permanen, yang bisa terjadi setiap saat setelah kelahiran hidup (Pan American Health Organization, 2015; Alma, 2019).

a. Angka Kematian Kasar (*Crude Death Rate/CDR*)

Angka kematian Kasar (CDR) adalah jumlah kematian tahunan per 1.000 penduduk.

$$\text{CDR} = \frac{\text{jumlah kematian selama setahun}}{\text{jumlah penduduk pertengahan tahun}} \times 1000$$

b. Angka Kematian Menurut Umur (*Age Specific Death Rate/ASDR*)

Angka Kematian Menurut Umur (ASDR) merupakan jumlah kematian tahunan per 1.000 penduduk.

$$\text{ASDR} = \frac{\text{jumlah kematian dalam kelompok umur tertentu selama setahun}}{\text{jumlah penduduk kelompok umur tertentu pada tahun tertentu}} \times 1000$$

c. Angka Kematian Ibu (*Maternal Mortality Rate/MMR*)

Angka kematian Ibu (MMR) adalah jumlah kematian perempuan setiap tahunnya yang disebabkan oleh kehamilan per 100.000 kelahiran hidup. Kematian seorang wanita pada saat hamil atau dalam waktu 42 hari setelah terminasi kehamilan, terlepas dari durasi dan lokasi kehamilan, dari sebab apa pun yang berhubungan dengan atau diperburuk oleh kehamilan atau penanganannya tetapi bukan karena kecelakaan atau cedera.

$$\text{MMR} = \frac{\text{jumlah kematian ibu}}{\text{jumlah kelahiran hidup pada tahun tertentu}} \times 100.000$$

d. Angka Kematian Bayi (*Infant Mortality Rate/IMR*)

Angka Kematian Bayi (IMR) merupakan jumlah kematian bayi di bawah usia satu tahun setiap tahun per 1.000 kelahiran hidup. Angka ini merupakan kemungkinan kematian antara kelahiran dan tepat usia satu tahun.

$$\text{IMR} = \frac{\text{jumlah kematian bayi pada tahun tertentu}}{\text{jumlah kelahiran hidup pada tahun tertentu}} \times 1000$$

e. Angka Kematian Balita (*Under Five Mortality Rate/U5MR*)

Angka Kematian Balita (U5MR) merupakan jumlah kematian anak di bawah usia lima tahun per tahun 1000 penduduk. U5MR merupakan kematian antara kelahiran dan tepatnya berumur lima tahun.

$$\text{U5MR} = \frac{\text{jumlah kematian anak 0-59 bulan pada tahun tertentu}}{\text{jumlah anak usia 0-59 bulan}} \times 1000$$

f. Angka Fatalitas Penyakit (*Case Fatality Rate/CFR*)

Angka Fatalitas Penyakit (CFR) merupakan jumlah kematian penduduk selama jangka waktu tertentu karena suatu penyakit per jumlah penduduk yang memiliki suatu penyakit tertentu.

$$\text{CFR} = \frac{\text{jumlah kematian karena penyakit tertentu}}{\text{jumlah penderita penyakit tertentu}} \times 1000$$

g. Angka kematian berdasarkan penyebab (*Cause Specific Death Rate/CSDR*)

Angka Kematian berdasarkan Penyebab (CSDR) merupakan banyaknya kematian untuk suatu penyebab tertentu per 1000 penduduk.

$$\text{CSDR} = \frac{\text{jumlah kematian karena penyakit tertentu}}{\text{jumlah penduduk}} \times 1000$$

3. Migrasi

Migrasi didefinisikan sebagai perpindahan penduduk untuk menetap di suatu wilayah dari asalnya (wilayah lain) melalui batas administrasi/politik/negara. Migrasi dikategorikan menjadi 2 yaitu migrasi permanen atau migrasi non-permanen. (Alma, 2019).

a. Migrasi Masuk (*in migration*)

Migrasi masuk merupakan jumlah migran yang masuk daerah tujuan per 1000 penduduk pada waktu tertentu.

$$In\ migration = \frac{\text{jumlah migrasi masuk}}{\text{jumlah penduduk pertengahan tahun}} \times 1000$$

b. Migrasi keluar (*out migration*)

Migrasi keluar merupakan jumlah migran yang keluar daerah asal dalam per 1000 penduduk pada waktu tertentu.

$$Out\ migration = \frac{\text{jumlah migrasi keluar}}{\text{jumlah penduduk pertengahan tahun}} \times 1000$$

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad, I. (2016) Menata Ulang Sistem Registrasi Penduduk Indonesia untuk Mendukung Program SDGs dan Perencanaan Pembangunan. Jakarta. Available at: http://media.viva.co.id/thumbs2/2011/10/04/125835_e-ktp_663_382.jpg.
- Alma, L.R. (2019) Ilmu Kependudukan. Malang: Wineka Media.
- BPS (2010) Fertilitas Penduduk Indonesia Hasil Sensus Penduduk 2010. Jakarta.
- BPS (2015) Profil Penduduk Indonesia Hasil SUPAS 2015.
- BPS (2020) Metadata Sensus. Available at: https://sensus.bps.go.id/metadata_kegiatan/index/sp2020/keterangan%20umum (Accessed: 11 March 2024).
- BPS (2021a) Hasil Sensus Penduduk 2020. Jakarta.
- BPS (2021b) Statistik Ketahanan Sosial Hasil Susenas Modul Hansos 2020. Jakarta.
- BPS (2023) Dokumentasi Komprehensif Sensus Penduduk 2020. Jakarta: BPS.
- Grundy, E. and Murphy, M. (2015) Oxford Textbook of Global Public Health. Edited by R. Detels et al. Oxford University Press. Available at: <https://doi.org/10.1093/med/9780199661756.001.0001>.
- Kemenkes (2018) Laporan Riskesdas 2018 Nasional. Jakarta.
- Lestari, D. (2019) 'Comparison of Indonesian Population Growth By Province 1995-2015 Based On Supas Data', Jurnal CIC Lembaga Riset dan Konsultan Sosial [Preprint].
- Mantra, I.B. (2020) Demografi Umum. 2nd edn. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.

- Pan American Health Organization (2015) Health Indicators Conceptual and operational considerations. Brazil: Ministry of Health of Brazil and PAHO.
- Population Reference Bureau (2021) 'Population An Introduction to Demography', Population Bulletin, 75(1).
- Poston, D.L. and Bouvier, L.F. (2012) Population And Society : An Introduction To Demography. Cambridge: Cambridge University Press.
- Saroha, J. (2018) 'Types and Significance of Population Pyramids', World Wide Journal of Multidisciplinary Research and Development, 4(4), pp. 59-69. Available at: www.wwjmr.com.
- United Nations. Statistical Division (2017) Principles and recommendations for population and housing censuses. 3rd edn. New York: United Nations Publication.
- USAID (2022) IDHS: Survei demografi dan Kesehatan Indonesia 2022/2023.

BAB 6

KONSEP *PRIMARY HEALTH CARE*

Rizka Licia, SKM.,MPH

A. Pendahuluan

Pelayanan Kesehatan Dasar atau *Primary health care* (PHC) adalah pelayanan kesehatan pokok yang menggunakan metoda dan teknologi praktis, ilmiah, dan sosial serta dapat diterima dan diikuti sepenuhnya oleh masyarakat, keluarga, dan individu dengan biaya yang terjangkau. Primary Health Care (PHC) diselenggarakan berdasarkan kesepakatan *World Health Assembly* yang menetapkan *Health for all by the year 2000*.

Health for all atau Kesehatan untuk semua bertujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal sehingga semua orang dapat hidup secara produktif baik secara ekonomi maupun secara sosial. Keputusan WHA yang terjadi pada tahun 1977 ditindak lanjuti dengan pertemuan atau konferensi di Alma Ata Kazakstan yang menghasilkan deklarasi Alma Ata tahun 1978. Deklarasi tersebut menetapkan PHC sebagai pendekatan atau strategi global untuk mencapai health for all atau Kesehatan untuk semua pada tahun 2000. Untuk mewujudkan health for all atau Kesehatan untuk semua diperlukan perubahan orientasi pelayanan kesehatan dari pelayanan Kesehatan yang bersifat kuratif menjadi pelayanan Kesehatan yang bersifat promotif dan preventif (Tulchinsky and Varavikova, 2000). Orientasi pelayanan juga dilakukan pergeseran dari perkotaan ke pedesaan dari golongan berpenghasilan tinggi ke golongan berpenghasilan rendah.

Konsep *Primary Health Care* (PHC) merupakan pendekatan komprehensif terhadap layanan kesehatan yang dirancang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Konsep ini pertama kali diperkenalkan dalam Deklarasi Alma-Ata pada tahun 1978 oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dan menyatakan bahwa setiap individu memiliki hak atas standar kesehatan yang tinggi dan bahwa pemerintah memiliki tanggung jawab untuk memastikan akses yang adil dan merata terhadap layanan kesehatan (Meier, 2017).

Beberapa prinsip utama dari konsep PHC antara lain:

1. **Keterjangkauan:** Layanan kesehatan harus mudah diakses oleh semua orang, terutama oleh mereka yang tinggal di daerah terpencil atau masyarakat yang rentan.
2. **Partisipasi Masyarakat:** Masyarakat harus terlibat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan layanan kesehatan. Partisipasi ini memastikan bahwa layanan kesehatan yang disediakan sesuai dengan kebutuhan dan preferensi masyarakat.
3. **Kelompok Sasaran:** PHC fokus pada pelayanan kesehatan yang memprioritaskan kelompok sasaran, seperti anak-anak, ibu hamil, lansia, dan kelompok rentan lainnya.
4. **Pencegahan dan Promosi Kesehatan:** Selain menyediakan perawatan bagi individu yang sakit, PHC juga menekankan pentingnya pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Ini mencakup edukasi tentang gaya hidup sehat, imunisasi, sanitasi lingkungan, dan langkah-langkah lain untuk mencegah penyakit.
5. **Integrasi Layanan Kesehatan:** PHC mengadvokasi integrasi layanan kesehatan, yang berarti menyediakan berbagai jenis layanan kesehatan dasar di bawah satu atap. Hal ini dapat mencakup pelayanan medis, kesehatan ibu dan anak, pelayanan gizi, serta konseling dan dukungan psikologis.
6. **Pendekatan Komprehensif:** PHC mengadopsi pendekatan holistik terhadap kesehatan, mempertimbangkan aspek fisik, mental, dan sosial dari kesejahteraan individu.

7. **Pelayanan yang Berkelanjutan:** PHC bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan, bukan hanya dalam menangani penyakit, tetapi juga dalam membangun kapasitas masyarakat untuk menjaga kesehatan mereka sendiri.

Konsep Primary Health Care (PHC) telah menjadi landasan bagi pembangunan sistem kesehatan di banyak negara, terutama di negara-negara berkembang. Implementasi yang efektif dari konsep ini dapat meningkatkan aksesibilitas, keberlanjutan, dan efektivitas layanan kesehatan secara keseluruhan (White, 2015).

B. Keterjangkauan

Keterjangkauan merupakan salah satu prinsip utama dalam konsep Primary Health Care (PHC). Ini mengacu pada upaya untuk memastikan bahwa layanan kesehatan yang bermutu dapat diakses oleh semua individu, terlepas dari faktor-faktor seperti lokasi geografis, status sosial-ekonomi, atau kondisi medis.

Dalam konteks Primary Health Care, keterjangkauan memiliki beberapa dimensi penting:

1. **Akses Geografis:** Keterjangkauan mencakup aspek aksesibilitas fisik ke fasilitas kesehatan. Ini berarti bahwa orang-orang, terutama yang tinggal di daerah terpencil atau terpencil, harus memiliki akses yang mudah dan terjangkau ke pusat-pusat kesehatan atau pos kesehatan setempat. Upaya seperti membangun jaringan pusat kesehatan primer dan unit kesehatan masyarakat di daerah pedesaan adalah contoh upaya untuk meningkatkan akses geografis.
2. **Biaya:** Keterjangkauan juga melibatkan aspek finansial. Layanan kesehatan harus terjangkau secara ekonomi bagi semua orang, termasuk mereka yang berpenghasilan rendah. Ini dapat mencakup berbagai strategi, seperti subsidi layanan kesehatan, asuransi kesehatan universal, atau penghapusan biaya langsung pada saat penggunaan layanan (seperti biaya konsultasi dokter).

3. **Keterjangkauan Budaya dan Linguistik:** Faktor-faktor budaya dan bahasa juga bisa menjadi hambatan dalam aksesibilitas layanan kesehatan. Keterjangkauan juga mencakup upaya untuk menyediakan layanan yang sensitif secara budaya dan dilengkapi dengan bahasa lokal atau interpreter bagi populasi yang berbicara bahasa minoritas atau bahasa asing.
4. **Akses bagi Kelompok Rentan:** Keterjangkauan harus memperhatikan kelompok-kelompok yang rentan, seperti anak-anak, wanita hamil, lansia, penyandang disabilitas, dan mereka yang hidup dengan kondisi kesehatan kronis. Upaya khusus mungkin diperlukan untuk memastikan bahwa mereka memiliki akses yang sama terhadap layanan kesehatan yang mereka butuhkan.
5. **Pendidikan dan Kesadaran:** Upaya juga harus dilakukan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya layanan kesehatan yang tersedia dan bagaimana cara mengaksesnya. Ini dapat melibatkan program edukasi kesehatan masyarakat, kampanye kesadaran, dan penyuluhan tentang hak-hak kesehatan individu.

Dengan memastikan keterjangkauan layanan kesehatan, konsep PHC bertujuan untuk meningkatkan aksesibilitas dan pemerataan layanan kesehatan, sehingga setiap individu memiliki kesempatan yang sama untuk mencapai kesehatan yang optimal (Sambala et al., 2010).

C. Partisipasi Masyarakat

Partisipasi masyarakat adalah salah satu prinsip utama dalam konsep *Primary Health Care* (PHC). Prinsip ini menekankan pentingnya melibatkan masyarakat secara aktif dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi program-program kesehatan. Berikut adalah beberapa prinsip utama dalam partisipasi masyarakat menurut konsep PHC:

1. **Pemberdayaan Masyarakat:** Partisipasi masyarakat tidak hanya tentang memberikan informasi atau meminta pendapat, tetapi juga tentang memberdayakan masyarakat

untuk mengambil peran aktif dalam upaya kesehatan mereka sendiri. Ini melibatkan memperkuat kapasitas masyarakat, memberikan mereka pengetahuan dan keterampilan untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan kesehatan mereka.

2. **Keterlibatan dalam Perencanaan dan Pengambilan Keputusan:** Masyarakat harus dilibatkan dalam perencanaan program-program kesehatan dan pengambilan keputusan terkait kebijakan kesehatan. Ini termasuk mengidentifikasi masalah kesehatan lokal, menentukan prioritas intervensi, dan merancang solusi yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi masyarakat.
3. **Implementasi Program Bersama-sama:** Partisipasi masyarakat melibatkan kolaborasi antara pemerintah, penyedia layanan kesehatan, dan masyarakat dalam implementasi program kesehatan. Ini mencakup pembentukan kelompok sukarelawan, komite kesehatan desa, atau kelompok kerja kesehatan yang melibatkan warga setempat dalam menyampaikan layanan kesehatan dan promosi kesehatan di tingkat komunitas.
4. **Pemantauan dan Evaluasi Bersama:** Masyarakat harus terlibat dalam pemantauan dan evaluasi program-program kesehatan untuk memastikan keberhasilan dan keberlanjutannya. Ini melibatkan memantau dampak program kesehatan, mengidentifikasi masalah yang muncul, dan memberikan umpan balik untuk meningkatkan efektivitas program secara keseluruhan.
5. **Transparansi dan Akuntabilitas:** Penting untuk menciptakan lingkungan yang transparan dan akuntabel di mana informasi tentang program kesehatan dan penggunaan sumber daya kesehatan tersedia bagi masyarakat. Masyarakat harus memiliki akses yang memadai terhadap informasi ini dan memiliki mekanisme untuk menyampaikan masukan, keluhan, atau saran terkait penyediaan layanan kesehatan.

Melalui partisipasi masyarakat yang efektif, konsep PHC bertujuan untuk memastikan bahwa layanan kesehatan yang disediakan mencerminkan kebutuhan dan keinginan masyarakat, sehingga meningkatkan penerimaan, aksesibilitas, dan efektivitas layanan kesehatan secara keseluruhan.

D. Kelompok Sasaran

Dalam prinsip utama Primary Health Care (PHC), kelompok sasaran merujuk pada pendekatan yang menekankan pada identifikasi dan penanganan kelompok populasi tertentu yang membutuhkan perhatian kesehatan primer yang spesifik (Behera et al., 2022). Prinsip ini diakui sebagai elemen penting dalam memberikan pelayanan kesehatan primer yang holistik, merata, dan berkelanjutan kepada masyarakat.

Ada beberapa hal penting terkait dengan kelompok sasaran dalam konteks PHC:

1. **Identifikasi:** Identifikasi kelompok sasaran dilakukan melalui analisis epidemiologi dan penilaian kesehatan masyarakat. Ini melibatkan pengumpulan data tentang demografi, status kesehatan, faktor risiko, dan determinan kesehatan lainnya di tingkat komunitas. Dengan demikian, kelompok sasaran dapat diprioritaskan berdasarkan kebutuhan kesehatan mereka.
2. **Fokus:** PHC menekankan pentingnya fokus pada kelompok sasaran untuk memastikan bahwa pelayanan kesehatan disesuaikan dengan kebutuhan spesifik mereka. Ini termasuk penyediaan layanan pencegahan, pengobatan, dan perawatan yang sesuai dengan kondisi kesehatan yang prevalen di antara kelompok tersebut.
3. **Intervensi yang Berorientasi pada Masyarakat:** Pelayanan kesehatan primer dalam PHC tidak hanya berfokus pada individu, tetapi juga pada kelompok sasaran secara keseluruhan. Oleh karena itu, intervensi kesehatan yang dilakukan harus berpusat pada masyarakat, memperhitungkan konteks sosial, budaya, dan ekonomi dari kelompok sasaran tersebut.

4. Keterlibatan Komunitas: Kelompok sasaran juga merupakan fokus utama dalam upaya untuk meningkatkan partisipasi dan keterlibatan masyarakat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program kesehatan. Melibatkan anggota masyarakat dalam pengambilan keputusan terkait dengan layanan kesehatan mereka sendiri dapat meningkatkan efektivitas dan penerimaan program kesehatan.
5. Pengukuran dan Evaluasi: Evaluasi terus-menerus terhadap kesehatan kelompok sasaran diperlukan untuk memantau kemajuan, mengidentifikasi keberhasilan, serta menentukan kebutuhan perubahan atau penyesuaian dalam penyediaan pelayanan kesehatan.

Dengan mengadopsi pendekatan kelompok sasaran, PHC dapat memberikan pelayanan kesehatan yang lebih efektif, relevan, dan terjangkau kepada masyarakat, dengan tujuan utama meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan secara keseluruhan.

E. Pencegahan dan Promosi Kesehatan

Prinsip utama dari primary health care (PHC) adalah menyediakan akses penuh dan merata terhadap pelayanan kesehatan yang terjangkau bagi semua individu dan komunitas. Pencegahan dan promosi kesehatan merupakan komponen penting dari PHC, yang bertujuan untuk mencegah timbulnya penyakit serta meningkatkan kesejahteraan secara umum. Berikut adalah penjelasan tentang pencegahan dan promosi kesehatan dalam konteks prinsip utama PHC:

1. Pencegahan Penyakit:

- a. PHC menekankan pentingnya pencegahan penyakit melalui berbagai upaya, seperti imunisasi, promosi gaya hidup sehat, dan deteksi dini penyakit.
- b. Layanan kesehatan primer biasanya melibatkan program-program screening untuk penyakit tertentu, seperti kanker, diabetes, dan penyakit jantung, untuk mendeteksi

penyakit sejak dini dan memberikan intervensi yang diperlukan.

2. Promosi Kesehatan:

- a. Promosi kesehatan di PHC mencakup pendidikan kesehatan, promosi gaya hidup sehat, dan advokasi untuk perubahan kebijakan yang mendukung kesehatan masyarakat.
- b. Misalnya, PHC dapat mempromosikan pentingnya pola makan seimbang, aktivitas fisik teratur, serta menghindari kebiasaan merokok dan minum alkohol berlebihan.

3. Pendidikan dan Pemberdayaan Masyarakat:

- a. PHC memberikan perhatian khusus pada pendidikan dan pemberdayaan masyarakat dalam mengambil peran aktif dalam pemeliharaan kesehatan mereka sendiri dan komunitasnya.
- b. Ini dapat mencakup penyuluhan tentang praktik kesehatan yang baik, pemahaman terhadap peran masyarakat dalam pencegahan penyakit, dan pelatihan keterampilan untuk mempromosikan kesehatan di lingkungan mereka sendiri.

4. Akses Terhadap Layanan Kesehatan:

- a. Salah satu tujuan utama dari PHC adalah memberikan akses yang mudah dan terjangkau terhadap layanan kesehatan dasar, termasuk pelayanan pencegahan dan promosi kesehatan.
- b. Dengan memastikan bahwa layanan kesehatan primer tersedia dan terjangkau, PHC dapat meningkatkan partisipasi masyarakat dalam upaya pencegahan dan promosi kesehatan.

Dengan mengutamakan pencegahan dan promosi kesehatan dalam kerangka PHC, diharapkan dapat mengurangi beban penyakit secara keseluruhan, meningkatkan kualitas hidup, dan memperkuat kapasitas individu dan komunitas untuk mengambil tanggung jawab terhadap kesehatan mereka sendiri.

F. Integrasi Layanan Kesehatan

Integrasi layanan kesehatan merupakan salah satu prinsip utama dalam Primary Health Care (PHC) atau Perawatan Kesehatan Primer. PHC sendiri didefinisikan sebagai pendekatan universal dan aksesibel terhadap layanan kesehatan yang berorientasi pada kebutuhan dan preferensi masyarakat, serta menekankan pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, pemulihan, dan perawatan paliatif. Integrasi layanan kesehatan dalam PHC menekankan pada penyediaan layanan kesehatan yang komprehensif, berkesinambungan, dan koordinatif, dengan tujuan utama untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi dalam penyelenggaraan layanan kesehatan, serta untuk memperkuat sistem kesehatan secara keseluruhan (Perveen et al., 2022).

Berikut adalah beberapa aspek penting dalam integrasi layanan kesehatan dalam prinsip utama PHC:

- 1. Pendekatan Holistik:** Integrasi layanan kesehatan dalam PHC menekankan pada pentingnya pendekatan holistik terhadap kesehatan, yang tidak hanya fokus pada pengobatan penyakit saja, tetapi juga pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, rehabilitasi, dan perawatan paliatif. Pendekatan ini memastikan bahwa individu menerima perawatan yang komprehensif yang mencakup aspek fisik, mental, dan sosial.
- 2. Kontinuitas Perawatan:** Integrasi layanan memastikan kontinuitas perawatan dari pencegahan primer, sekunder, hingga tersier. Ini berarti bahwa perawatan kesehatan diselenggarakan sehingga individu dapat menerima perawatan yang koheren dan berkesinambungan sepanjang siklus hidupnya, dari bayi hingga lansia, serta pada berbagai tingkat kebutuhan kesehatan.
- 3. Koordinasi Layanan:** Integrasi layanan kesehatan membutuhkan koordinasi yang baik antara berbagai penyedia layanan kesehatan, baik dalam lingkup PHC itu sendiri maupun antara PHC dan layanan kesehatan tingkat lanjutan, seperti rumah sakit. Koordinasi ini

penting untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang tepat dan terintegrasi, tanpa duplikasi atau kehilangan informasi.

4. **Aksesibilitas:** Integrasi layanan kesehatan bertujuan untuk membuat layanan kesehatan lebih mudah diakses oleh semua lapisan masyarakat, terutama kelompok yang rentan dan terpinggirkan. Ini meliputi penyediaan layanan kesehatan yang terjangkau, dekat dengan tempat tinggal, dan dengan waktu tunggu yang wajar.
5. **Partisipasi Masyarakat:** Dalam konteks integrasi layanan, partisipasi masyarakat adalah kunci. Masyarakat harus dilibatkan dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi layanan kesehatan, untuk memastikan bahwa layanan tersebut relevan dan sesuai dengan kebutuhan lokal. Ini juga membantu dalam promosi kesehatan dan pencegahan penyakit di tingkat komunitas.
6. **Penggunaan Teknologi Informasi:** Integrasi layanan kesehatan juga didukung oleh penggunaan teknologi informasi, seperti rekam medis elektronik dan sistem informasi kesehatan, yang memfasilitasi koordinasi dan manajemen perawatan pasien. Teknologi informasi membantu dalam memastikan bahwa informasi tentang kondisi kesehatan pasien dan riwayat perawatan tersedia bagi semua penyedia layanan yang terlibat dalam perawatan pasien.

Melalui integrasi layanan kesehatan, PHC berupaya mencapai tujuan utamanya yaitu untuk meningkatkan kualitas hidup individu dan masyarakat secara keseluruhan, dengan menyediakan akses yang lebih luas terhadap layanan kesehatan yang efisien, efektif, dan responsif terhadap kebutuhan kesehatan mereka.

G. Pendekatan Komprehensif

Pendekatan komprehensif dalam prinsip utama *Primary Health Care* (PHC) adalah konsep yang mendalam dan multifaset, menekankan pada perawatan kesehatan yang menyeluruh dan terintegrasi yang mencakup aspek fisik, mental, sosial, dan ekonomi dari kesehatan individu dan komunitas. Pendekatan ini bertujuan untuk tidak hanya mengobati penyakit atau kondisi kesehatan tertentu tetapi juga untuk meningkatkan kesejahteraan umum, mencegah penyakit, dan mempertahankan kesehatan yang optimal (Wulansari dan Hidayat, 2023). Berikut ini adalah beberapa elemen kunci dari pendekatan komprehensif dalam PHC:

1. **Promosi Kesehatan:** Melalui pendidikan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan kebijakan publik yang mendukung gaya hidup sehat, promosi kesehatan adalah upaya proaktif untuk mencegah munculnya penyakit dan mempertahankan kesehatan optimal.
2. **Pencegahan Penyakit:** Ini termasuk vaksinasi, skrining untuk deteksi dini penyakit, dan intervensi lainnya untuk mengurangi risiko pengembangan kondisi kesehatan yang serius.
3. **Pengobatan:** Menyediakan perawatan dan pengobatan untuk penyakit dan cedera, dengan pendekatan yang berfokus pada pasien, mengakui kebutuhan individual dalam perawatan kesehatan.
4. **Rehabilitasi:** Membantu individu pulih dari penyakit, cedera, atau intervensi medis, dengan tujuan mengembalikan fungsi, mengurangi disabilitas, dan meningkatkan kualitas hidup.
5. **Perawatan Paliatif:** Memberikan dukungan kepada orang-orang dengan penyakit serius yang tidak bisa disembuhkan, dengan fokus pada pengelolaan rasa sakit dan gejala lainnya, serta memberikan dukungan psikologis, sosial, dan spiritual.
6. **Integrasi Layanan:** Memastikan bahwa semua aspek perawatan kesehatan bekerja secara sinergis, dari layanan kesehatan primer hingga spesialis dan layanan perawatan

tersier, termasuk layanan sosial, untuk memberikan perawatan yang holistik dan terkoordinasi.

7. **Akses Universal:** Membangun sistem kesehatan yang memastikan setiap orang memiliki akses ke perawatan kesehatan yang mereka butuhkan, tanpa mengalami kesulitan keuangan, merupakan fondasi dari pendekatan komprehensif dalam PHC.
8. **Partisipasi Masyarakat:** Melibatkan masyarakat dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi layanan kesehatan, memastikan bahwa intervensi kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai lokal.
9. **Determinan Kesehatan Sosial:** Mengakui dan bertindak pada faktor-faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan yang berdampak pada kesehatan individu dan komunitas, seperti pendidikan, pekerjaan, kondisi hidup, dan akses ke air bersih dan sanitasi.
10. **Inovasi dan Penggunaan Teknologi:** Menerapkan solusi inovatif dan teknologi untuk meningkatkan kualitas dan efisiensi layanan kesehatan, termasuk telemedisin dan rekam medis elektronik, yang memperkuat sistem kesehatan dan meningkatkan hasil kesehatan.

Pendekatan komprehensif dalam PHC mengakui bahwa kesehatan adalah hasil dari berbagai faktor yang saling terkait, dan oleh karena itu, memerlukan respons yang holistik dan terintegrasi yang melampaui pengobatan penyakit. Dengan fokus pada individu dan komunitas sebagai keseluruhan, pendekatan ini bertujuan untuk mencapai kesehatan yang optimal, kualitas hidup yang lebih baik, dan pengurangan ketidaksetaraan kesehatan.

H. Pelayanan yang Berkelanjutan

Pelayanan yang berkelanjutan dalam prinsip utama *Primary Health Care* (PHC) merupakan sebuah konsep inti yang menekankan pada pentingnya menyediakan akses ke layanan kesehatan yang konsisten dan terkoordinasi sepanjang waktu untuk semua individu. Ini mencakup kesinambungan

perawatan dari lahir hingga usia lanjut, melalui berbagai tahapan kehidupan dan perubahan kebutuhan kesehatan. Pelayanan yang berkelanjutan ini menargetkan untuk mengoptimalkan kesehatan dan kesejahteraan pada setiap tahap kehidupan, mengurangi ketidaksetaraan dalam akses ke layanan kesehatan, dan meningkatkan efektivitas sistem kesehatan secara keseluruhan. Berikut adalah beberapa aspek penting dari pelayanan yang berkelanjutan dalam PHC:

1. Kontinuitas Perawatan

Pelayanan yang berkelanjutan memastikan bahwa individu menerima perawatan yang koheren dan terkoordinasi sepanjang waktu. Ini termasuk perawatan preventif, pengobatan penyakit, manajemen kondisi kronis, dan dukungan rehabilitasi atau paliatif. Kontinuitas ini memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk membangun hubungan yang lebih dalam dengan pasien, memahami kebutuhan mereka secara komprehensif, dan menyesuaikan perawatan sesuai dengan perubahan kondisi kesehatan atau kebutuhan sepanjang waktu (Boeykens et al., 2022).

2. Akses Universal

Salah satu tujuan utama dari pelayanan yang berkelanjutan adalah untuk memastikan bahwa semua orang, tanpa terkecuali, memiliki akses ke layanan kesehatan yang mereka butuhkan. Ini mencakup eliminasi hambatan geografis, ekonomis, dan sosial yang dapat mencegah akses ke perawatan kesehatan (Perveen et al., 2022).

3. Pendekatan Seumur Hidup

Pelayanan yang berkelanjutan dalam PHC mengakui bahwa kebutuhan kesehatan individu berubah sepanjang siklus hidup. Dari perawatan neonatal dan anak, kesehatan remaja, hingga perawatan kesehatan reproduksi, pencegahan penyakit kronis pada orang dewasa, dan perawatan lansia, sistem kesehatan harus dapat merespons secara efektif pada setiap tahap kehidupan (Perveen et al., 2022).

4. Koordinasi Layanan

Untuk mencapai pelayanan yang berkelanjutan, perlu ada sistem koordinasi yang kuat antara berbagai penyedia layanan kesehatan dan tingkatan perawatan. Ini termasuk perawatan primer, sekunder, dan tersier, serta layanan khusus seperti kesehatan mental dan rehabilitasi. Koordinasi yang baik memastikan transisi yang mulus bagi pasien melalui sistem kesehatan, mengurangi redundansi, dan meningkatkan efisiensi (Perveen et al., 2022)

5. Pendekatan Berbasis Komunitas

Mendukung pelayanan yang berkelanjutan melalui inisiatif dan layanan kesehatan yang berbasis di komunitas. Ini membantu dalam mendekatkan layanan kesehatan kepada orang-orang, memperkuat sistem dukungan lokal, dan memungkinkan partisipasi aktif komunitas dalam kesehatan dan kesejahteraan sendiri (Perveen et al., 2022).

6. Teknologi dan Inovasi

Pemanfaatan teknologi informasi dan komunikasi, seperti rekam medis elektronik, telehealth, dan platform kesehatan digital, dapat mendukung pelayanan yang berkelanjutan dengan memperbaiki koordinasi perawatan, meningkatkan akses ke informasi kesehatan, dan memfasilitasi komunikasi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan (Borges do Nascimento et al., 2023).

7. Responsif terhadap Perubahan Kebutuhan

Sistem kesehatan harus fleksibel dan responsif terhadap perubahan kebutuhan dan prioritas kesehatan populasi. Ini termasuk penyesuaian layanan berdasarkan penelitian terbaru, epidemiologi, dan perubahan demografis (Boeykens et al., 2022).

Dalam rangka mencapai pelayanan yang berkelanjutan, PHC harus beroperasi dalam kerangka kerja yang mendukung integrasi layanan, pendanaan yang cukup, tenaga kesehatan yang terlatih dan termotivasi, serta kebijakan dan praktek yang berorientasi pada pasien dan komunitas. Pelayanan yang berkelanjutan adalah inti dari sistem kesehatan yang efektif,

memastikan bahwa semua individu mendapatkan perawatan yang mereka butuhkan, kapan mereka membutuhkannya, sepanjang hidup mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- Behera, B., Prasad, R., & Shyambhavee. (2022). *Primary health-care goal and principles*. *Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development*, 5(1), 90–96.
- Boeykens, D., Boeckxstaens, P., De Sutter, A., Lahousse, L., Pype, P., De Vriendt, P., & Van de Velde, D. (2022). *Goal-oriented care for patients with chronic conditions or multimorbidity in primary care: A scoping review and concept analysis*. *PLoS ONE*, 17(2 February), 1–27. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262843>
- Borges do Nascimento, I. J., Abdulazeem, H., Vasanthan, L. T., Martinez, E. Z., Zucoloto, M. L., Østengaard, L., Azzopardi-Muscat, N., Zapata, T., & Novillo-Ortiz, D. (2023). *Barriers and facilitators to utilizing digital health technologies by healthcare professionals*. *Npj Digital Medicine*, 6(1), 1–28. <https://doi.org/10.1038/s41746-023-00899-4>
- Meier, B. M. (2017). *Human rights in the world health organization: Views of the director-general Candidates*. *Health and Human Rights*, 19(1), 293–298.
- Perveen, S., Lassi, Z. S., Mahmood, M. A., Perry, H. B., & Laurence, C. (2022). *Application of primary healthcare principles in national community health worker programmes in low-income and middle-income countries: A scoping review*. *BMJ Open*, 12(2), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051940>
- Sambala, E. Z., Sapsed, S., & Mercy, L. (2010). *Role of primary health care in ensuring access to medicines*. *Croat Med Journal*, 51(3), 181–190. <https://doi.org/10.3325/cmj.2010.51.181>
- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2000). *Expanding The Concept of Public Health*. In *The New Public Health (Issue January)*. <https://doi.org/10.1016/b978-012703350-1/50004-8>
- White, F. (2015). *Primary health care and public health: Foundations of universal health systems*. *Medical Principles and Practice*, 24(2), 103–116. <https://doi.org/10.1159/000370197>

Wulansari, W., & Hidayat, B. (2023). *Dampak Penguatan Layanan Kesehatan Primer Negara Thailand: Literatur Review*. *Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia*, 8(6), 1-14. <https://www>