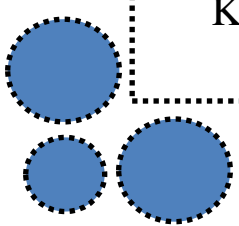




BAB 1

KONSEP ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

POKOK BAHASAN :

1. Sejarah Kesehatan Masyarakat
 2. Periode-Periode Perkembangan Kesmas
 3. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia
 4. Defenisi Kesehatan Masyarakat
 5. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat
 6. Faktor – Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat
- 

Kesehatan masyarakat menurut Winslow (1920), Kesehatan Masyarakat (Public Health) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan melalui “Usaha-usaha Pengorganisasian Masyarakat” untuk; Perbaikan sanitasi lingkungan, Pemberantasan penyakit-penyakit menular, Pendidikan untuk kebersihan perorangan, Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan, Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain, mencakup; Ilmu biologi, Ilmu kedokteran, Ilmu kimia, Fisika, Ilmu Lingkungan, Sosiologi, Antropologi (ilmu yang mempelajari budaya pada masyarakat), Psikologi, Ilmu pendidikan. Oleh karena itu ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin.

SEJARAH KESEHATAN MASYARAKAT

Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia :

Abad Ke-16 – Pemerintahan Belanda mengadakan upaya pemberantasan cacar dan kolera. Dengan melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat.

Tahun 1807 – Pemerintahan Jendral Daendels, melakukan pelatihan dukun bayi dalam praktek persalinan dalam rangka upaya penurunan angka kematian bayi, tetapi tidak berlangsung lama karena langkanya tenaga pelatih.

Tahun 1888 – Berdiri pusat laboratorium kedokteran di Bandung, kemudian berkembang pada tahun-tahun berikutnya di Medan, Semarang, Surabaya, dan Yogyakarta. Laboratorium ini menunjang pemberantasan penyakit seperti malaria, lepra, cacar, gizi dan sanitasi.

Tahun 1925 – Hydrich, seorang petugas kesehatan pemerintah Belanda mengembangkan daerah percontohan dengan melakukan propaganda (pendidikan) penyuluhan kesehatan di Purwokerto, Banyumas, karena tingginya angka kematian dan kesakitan.

Tahun 1927 – STOVIA (sekolah untuk pendidikan dokter pribumi) berubah menjadi sekolah kedokteran dan akhirnya sejak berdirinya UI tahun 1947 berubah menjadi FKUI. Sekolah dokter tersebut punya andil besar dalam menghasilkan tenaga-tenaga (dokter-dokter) yang mengembangkan kesehatan masyarakat Indonesia

Tahun 1930 – Pendaftaran dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan

Tahun 1935 – Dilakukan program pemberantasan pes, karena terjadi epidemi, dengan penyemprotan DDT dan vaksinasi massal.

Tahun 1951 -Diperkenalkannya konsep Bandung (Bandung Plan) oleh Dr.Y. Leimena dan dr Patah (yang kemudian dikenal dengan Patah-Leimena), yang intinya bahwa dalam pelayanan kesehatan masyarakat, aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan. konsep ini kemudian diadopsi oleh WHO. Diyakini bahwa gagasan inilah yang kemudian dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit-unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten di tiap kecamatan yang mulai dikembangkan sejak tahun 1969/1970 dan kemudian disebut Puskesmas.

Tahun 1952 – Pelatihan intensif dukun bayi

Tahun 1956 – Dr.Y.Sulianti mendirikan “Proyek Bekasi” sebagai proyek percontohan/model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat dan pusat pelatihan, sebuah model keterpaduan antara pelayanan kesehatan pedesaan dan pelayanan medis.

Tahun 1967 – Seminar membahas dan merumuskan program kesehatan masyarakat terpadu sesuai dengan masyarakat Indonesia. Kesimpulan seminar ini adalah disepakatinya sistem Puskesmas yang terdiri dari Puskesmas tipe A, tipe B, dan C.

Tahun 1968 – Rapat Kerja Kesehatan Nasional, dicetuskan bahwa Puskesmas adalah merupakan sistem pelayanan kesehatan terpadu, yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah (Depkes) menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas disepakati sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh dan mudah dijangkau, dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan di kotamadya/kabupaten.

Tahun 1969 : Sistem Puskesmas disepakati dua saja, yaitu tipe A (dikepalai dokter) dan tipe B (dikelola paramedis). Pada tahun 1969-1974 yang dikenal dengan masa Pelita 1, dimulai program kesehatan Puskesmas di sejumlah kecamatan dari sejumlah Kabupaten di tiap Propinsi.

Tahun 1979 Tidak dibedakan antara Puskesmas A atau B, hanya ada satu tipe Puskesmas saja, yang dikepalai seorang dokter dengan stratifikasi puskesmas ada 3 (sangat baik, rata-rata dan standard). Selanjutnya Puskesmas dilengkapi dengan piranti manajerial yang lain, yaitu Micro Planning untuk perencanaan, dan Lokakarya Mini (LokMin) untuk pengorganisasian kegiatan dan pengembangan kerjasama tim.

Tahun 1984 Dikembangkan program paket terpadu kesehatan dan keluarga berencana di Puskesmas (KIA, KB, Gizi, Penanggulangan Diare, Immunisasi)

Awal tahun 1990-an Puskesmas menjelma menjadi kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga memberdayakan peran serta masyarakat, selain memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh Yunani yaitu Asclepius & Higeia :

1. Asclepius (Pendekatan Kuratif)
 - a. Sasaran → individual, kontak dengan pasien sekali saja, jarak antara petugas & pasien cenderung jauh.
 - b. Bersifat reaktif
 - c. Secara partial
2. Higeia (Pendekatan Preventif)
 - a. Sasaran → masyarakat, masalahnya adalah masalah masyarakat dan hubungan antara petugas dengan masyarakat bersifat kemitraan.
 - b. Bersifat proaktif
 - c. Secara holistik

PERIODE-PERIODE PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT

1. Periode sebelum ilmu pengetahuan

- a. Telah ditemukan dokumen-dokumen tertulis tentang pembuangan air limbah, pengaturan air minum
- b. Telah dibuat sumur, karena air sungai sudah kotor dan terasa tidak enak
- c. Abad ke-7 di India terjadi endemi kolera
- d. Abad ke-14 terjadi wabah pes di India dan Cina.

2. Periode ilmu pengetahuan

Bangkitnya ilmu pengetahuan pada akhir abad ke-18 mempunyai dampak yang luas terhadap aspek kehidupan manusia. Beberapa pelopor kesehatan modern :

- a. Hipocrates (460-370 SM) dikenal sebagai bapak kedokteran
- b. Anthony van Leeuwenhoek (1632 -1723), penemu mikroskop
- c. John snow (1813 – 1912), Bapak epidemiologi dan menemukan penyakit kolera disebabkan oleh kuman kolera melalui air
- d. Louis pasteur (1827 – 1912) menemukan vaksin untuk mencegah cacar
- e. Joseph Lister penemu asam karbol (carbolic acid) untuk sterilisasi ruangan operasi
- f. William marton → ether anastesi
- g. Robert koch (1843 – 1910), penemu kuman TBC.

PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA

Kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai sejak pemerintahan Belanda pada abad ke-16. Telah dimulai dengan adanya upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti masyarakat pada waktu itu. Memasuki zaman kemerdekaan, salah satu tonggak penting perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia yaitu diperkenalkannya konsep Bandung (Bandung Plan) tahun 1951 oleh Dr. Y. Leimena & Dr. Patah selanjutnya dikenal dengan istilah Patah – Leimena. Isinya bahwa pelayanan kesehatan masyarakat , aspek kuratif dan aspek preventif tidak boleh dipisahkan baik di Rumah Sakit maupun di Puskesmas. Tahun 1956 oleh Dr. Y. Sulianti didirikan proyek Bekasi (tepatnya lemah abang) sebagai proyek percontohan atau model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat pedesaan di Indonesia dan sebagai pusat pelatihan tenaga kesehatan. Konsep ini merupakan model atau konsep keterpaduan antara pelayanan kesehatan pedesaan dan pelayanan medis, juga menekankan pada pendekatan tim dalam pengelolaan program.

Pada tahun 1967, diadakan seminar yang merumuskan program kesehatan masyarakat terpadu. Dibuat konsep Puskesmas oleh Dr Ahmad Dipodilogo yang mengacu pada konsep Bandung dan Bekasi.

Pada tahun 1968, dilaksanakan Rakernas yang menetapkan Puskesmas merupakan sistem pelayanan terpadu yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat.

Tahun 1984, tanggung jawab puskesmas ditingkatkan dengan berkembangnya program paket terpadu kesehatan dan keluarga berencana (Posyandu).

DEFINISI KESEHATAN MASYARAKAT

Kesehatan masyarakat menurut Winslow (1920), Kesehatan Masyarakat (Public Health) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan melalui “Usaha-usaha Pengorganisasian Masyarakat” untuk :

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

Menurut Ikatan Dokter Amerika (1948), kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.

RUANG LINGKUP KESEHATAN MASYARAKAT

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain, mencakup :

1. Ilmu biologi
2. Ilmu kedokteran
3. Ilmu kimia
4. Fisika
5. Ilmu Lingkungan
6. Sosiologi
7. Antropologi (ilmu yang mempelajari budaya pada masyarakat)
8. Psikologi
9. Ilmu pendidikan

Oleh karena itu ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin. Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai “**Pilar Utama Ilmu Kesehatan Masyarakat**” ini antara lain sbb :

1. Epidemiologi.
2. Biostatistik/Statistik Kesehatan.

3. Kesehatan Lingkungan.
4. Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku.
5. Administrasi Kesehatan Masyarakat.
6. Gizi Masyarakat.
7. Kesehatan Kerja.

FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

Menurut Hendrick L. Blumm, terdapat 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, yaitu:

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

Dari ke 4 faktor di atas ternyata pengaruh perilaku cukup besar diikuti oleh pengaruh faktor lingkungan, pelayanan kesehatan dan keturunan. Ke empat faktor di atas sangat berkaitan dan saling mempengaruhi.

Perilaku sehat akan menunjang meningkatnya derajat kesehatan, hal ini dapat dilihat dari banyaknya penyakit berbasis perilaku dan gaya hidup. Kebiasaan pola makan yang sehat dapat menghindarkan diri kita dari banyak penyakit, diantaranya penyakit jantung, darah tinggi, stroke, kegemukan, diabetes mellitus dan lain lain. Perilaku / kebiasaan mencuci tangan sebelum makan juga dapat menghindarkan kita dari penyakit saluran cerna seperti mencret mencret dan lainnya.

Saat ini pemerintah telah berusaha memenuhi 3 aspek yang sangat terkait dengan upaya pelayanan kesehatan, yaitu upaya memenuhi ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dengan membangun Puskesmas, Pustu, Bidan Desa, Pos Obat Desa, dan jejaring lainnya. Pelayanan rujukan juga ditingkatkan dengan munculnya rumah sakit rumah sakit baru di setiap kabupaten / kota.

Upaya meningkatkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat secara langsung juga dipermudah dengan adanya program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) bagi masyarakat kurang mampu. Program ini berjalan secara sinergi dengan program pemerintah lainnya seperti Program bantuan langsung tunai (BLT), Wajib Belajar dan lain lain.

Untuk menjamin agar fasilitas pelayanan kesehatan dapat memberi pelayanan yang efektif bagi masyarakat, maka pemerintah melaksanakan program jaga mutu. Untuk pelayanan di rumah sakit program jaga mutu dilakukan dengan melaksanakan akreditasi rumah sakit.

Ke 4 faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat di atas tidak berdiri sendiri sendiri, namun saling berpengaruh. Oleh karena itu upaya pembangunan harus dilaksanakan secara simultan dan saling mendukung. Upaya kesehatan yang dilaksanakan harus bersifat komprehensif, hal ini berarti bahwa upaya kesehatan harus mencakup upaya preventif / promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

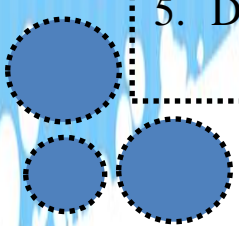
Dengan berbagai upaya di atas, diharapkan peran pemerintah sebagai pembuat regulasi, dan pelaksana pembangunan dapat dilaksanakan untuk meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat



BAB 2

KONSEP SEHAT SAKIT MENURUT WHO

POKOK BAHASAN :

1. Sehat & Sakit Menurut Depkes RI
 2. Sehat Menurut WHO
 3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Keyakinan & Tindakan Kesehatan
 4. Sakit dan Prilaku Sakit
 5. Dampak Sakit
- 

SEHAT & SAKIT MENURUT DEPKES RI

UU No.23,1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa :

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur –unsur fisik, mental dan sosial dan di dalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan

Dalam *pengertian yang paling luas* sehat merupakan suatu keadaan yang dinamis dimana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal (*psikologis, intelektual, spiritual dan penyakit*) dan eksternal (*lingkungan fisik, social, dan ekonomi*) dalam mempertahankan kesehatannya.

Definisi sakit: seseorang dikatakan sakit apabila ia menderita penyakit menahun (kronis), atau gangguan kesehatan lain yang menyebabkan aktivitas kerja/kegiatannya terganggu. Walaupun seseorang sakit (istilah sehari -hari) seperti masuk angin, pilek, tetapi bila ia tidak terganggu untuk melaksanakan kegiatannya, maka ia di anggap tidak sakit

Pengertian sakit menurut etiologi naturalistik dapat dijelaskan dari segi impersonal dan sistematik, yaitu bahwa sakit merupakan satu keadaan atau satu hal yang disebabkan oleh gangguan terhadap sistem tubuh manusia

SEHAT MENURUT WHO

Menurut WHO (1947) Sehat itu sendiri dapat diartikan bahwa suatu keadaan yang sempurna baik secara fisik, mental dan sosial serta tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (WHO, 1947).

Definisi WHO tentang sehat mempunyai karakteristik berikut yang dapat meningkatkan konsep sehat yang positif (Edelman dan Mandle. 1994) :

1. Memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh.
2. Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal.
3. Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup.

Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasa dan mengeluh sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara objektif tidak tampak sakit. Semua organ tubuh berfungsi normal atau tidak mengalami gangguan.

Kesehatan mental (jiwa) mencakup 3 komponen, yakni :

1. Pikiran

Pikiran sehat tercermin dari cara berpikir atau jalan pikiran.

2. Emosional.

Emosional sehat tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya, misalnya takut, gembira, kuatir, sedih dan sebagainya.

3. Spiritual.

Spiritual sehat tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, kepercayaan dan sebagainya terhadap sesuatu di luar alam fana ini, yakni Tuhan Yang Maha Kuasa (Allah SWT dalam agama Islam). Misalnya sehat spiritual dapat dilihat dari praktik keagamaan seseorang.

Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain atau kelompok lain secara baik, tanpa membedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya, serta saling toleran dan menghargai.

Kesehatan dari aspek ekonomi terlihat bila seseorang (dewasa) produktif, dalam arti mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong terhadap hidupnya sendiri atau keluarganya secara finansial. Bagi mereka yang belum dewasa (siswa atau mahasiswa) dan usia lanjut (pensiunan), dengan sendirinya batasan ini tidak berlaku. Oleh sebab itu, bagi kelompok tersebut, yang berlaku adalah produktif secara sosial, yakni mempunyai kegiatan yang berguna bagi kehidupan mereka nanti, misalnya berprestasi bagi siswa atau mahasiswa, dan kegiatan sosial, keagamaan, atau pelayanan kemasyarakatan lainnya bagi usia lanjut.

Paradigma sehat

paradigma sehat adalah cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan per - lindungan terhadap penduduk agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan penduduk yang sakit.

Pada intinya paradigma sehat memberikan perhatian utama terhadap kebijakan yang bersifat pencegahan dan promosi kesehatan, memberikan dukungan dan alokasi sumber daya untuk menjaga agar yang sehat tetap sehat namun tetap mengupayakan yang sakit segera sehat. Pada prinsipnya kebijakan tersebut menekankan pada masyarakat untuk mengutamakan kegiatan kesehatan daripada mengobati penyakit. Telah dikembangkan pengertian tentang penyakit yang mempunyai konotasi biomedik dan sosio kultural.

Aspek-aspek pendukung kesehatan

Banyak orang berpikir bahwa sehat adalah tidak sakit, maksudnya apabila tidak ada gejala penyakit yg terasa berarti tubuh kita sehat. Padahal pendapat itu kurang tepat. Ada kalanya penyakit baru terasa setelah cukup parah, seperti kanker yg baru diketahui setelah stadium 4. Apakah berarti sebelumnya penyakit kanker itu tidak ada? Tentu saja ada, tetapi tidak terasa. Berarti tidak adanya gejala penyakit bukan berarti sehat.

Sesungguhnya sehat adalah suatu kondisi keseimbangan, di mana seluruh sistem organ di tubuh kita bekerja dengan selaras. Faktor-faktor yg mempengaruhi keselarasan tersebut berlangsung seterusnya adalah:

1. Nutrisi yang lengkap dan seimbang
2. Istirahat yang cukup
3. Olah Raga yang teratur
4. Kondisi mental, sosial dan rohani yang seimbang
5. Lingkungan yang bersih

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEYAKINAN DAN TINDAKAN KESEHATAN

1. Faktor Internal

a. Tahap Perkembangan

Artinya status kesehatan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

Untuk itulah seorang tenaga kesehatan (perawat) harus mempertimbangkan tingkat pertumbuhan dan perkembangan klien pada saat melakukan perencanaan

tindakan. Contohnya: secara umum seorang anak belum mampu untuk mengenal keseriusan penyakit sehingga perlu dimotivasi untuk mendapatkan penanganan atau mengembangkan perilaku pencegahan penyakit..

b. *Pendidikan atau Tingkat Pengetahuan*

Keyakinan seseorang terhadap kesehatan terbentuk oleh variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan tentang berbagai fungsi tubuh dan penyakit, latar belakang pendidikan, dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

c. *Persepsi tentang fungsi*

Cara seseorang merasakan fungsi fisiknya akan berakibat pada keyakinan terhadap kesehatan dan cara melaksanakannya. *Contoh*, seseorang dengan kondisi jantung yang kronik merasa bahwa tingkat kesehatan mereka berbeda dengan orang yang tidak pernah mempunyai masalah kesehatan yang berarti. Akibatnya, keyakinan terhadap kesehatan dan cara melaksanakan kesehatan pada masing-masing orang cenderung berbeda-beda. Selain itu, individu yang sudah berhasil sembuh dari penyakit akut yang parah mungkin akan mengubah keyakinan mereka terhadap kesehatan dan cara mereka melaksanakannya.

Untuk itulah petugas kesehatan harus mengkaji tingkat kesehatan klien, baik data subjektif yaitu tentang cara klien merasakan fungsi fisiknya (tingkat keletihan, sesak napas, atau nyeri), juga data objektif yang aktual (seperti, tekanan darah, tinggi badan, dan bunyi paru). Informasi ini memungkinkan perawat merencanakan dan mengimplementasikan perawatan klien secara lebih berhasil.

d. *Faktor Emosi*

Faktor emosional juga mempengaruhi keyakinan terhadap kesehatan dan cara melaksanakannya.

Seseorang yang mengalami respons stres dalam setiap perubahan hidupnya cenderung berrespons terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya.

Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respons emosional yang kecil selama ia sakit.

Seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakit mungkin akan menyangkal adanya gejala penyakit pada dirinya dan tidak mau menjalani pengobatan. *Contoh:* seseorang dengan napas yang terengah-engah dan sering batuk mungkin akan menyalahkan cuaca dingin jika ia secara emosional tidak dapat menerima kemungkinan menderita penyakit saluran pernapasan. Banyak orang yang memiliki reaksi emosional yang berlebihan, yang berlawanan dengan kenyataan yang ada, sampai-sampai mereka berpikir tentang risiko menderita kanker dan akan menyangkal adanya gejala dan menolak untuk mencari pengobatan. Ada beberapa penyakit lain yang dapat lebih diterima secara emosional, sehingga mereka akan mengakui gejala penyakit yang dialaminya dan mau mencari pengobatan yang tepat.

e. *Spiritual*

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup. Spiritual bertindak sebagai suatu tema yang terintegrasi dalam kehidupan seseorang. Spiritual seseorang akan mempengaruhi cara pandangya terhadap kesehatan dilihat dari perspektif yang luas. Fryback (1992) menemukan hubungan kesehatan dengan keyakinan terhadap kekuatan yang lebih besar, yang telah memberikan seseorang keyakinan dan kemampuan untuk mencintai. Kesehatan dipandang oleh beberapa orang sebagai suatu kemampuan untuk menjalani kehidupan secara utuh. Pelaksanaan perintah agama merupakan suatu cara seseorang berlatih secara spiritual.

Ada beberapa agama yang melarang penggunaan bentuk tindakan pengobatan tertentu, sehingga perawat harus memahami dimensi spiritual klien sehingga mereka dapat dilibatkan secara efektif dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.

2. Faktor Eksternal

a. *Praktik di Keluarga*

Cara bagaimana keluarga menggunakan pelayanan kesehatan biasanya mempengaruhi cara klien dalam melaksanakan kesehatannya.

Misalnya:

- 1) Jika seorang anak bersikap bahwa setiap virus dan penyakit dapat berpotensi menjadi penyakit berat dan mereka segera mencari pengobatan, maka biasanya anak tersebut akan melakukan hal yang sama ketika mereka

dewasa.

- 2) Klien juga kemungkinan besar akan melakukan tindakan pencegahan jika keluarganya melakukan hal yang sama. Misal: anak yang selalu diajak orang tuanya untuk melakukan pemeriksaan kesehatan rutin, maka ketika punya anak dia akan melakukan hal yang sama.

b. Faktor Sosioekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat meningkatkan risiko terjadinya penyakit dan mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Variabel psikososial mencakup: stabilitas perkawinan, gaya hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya.

c. Latar Belakang Budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu, termasuk sistem pelayanan kesehatan dan cara pelaksanaan kesehatan pribadi.

Untuk perawat belum menyadari pola budaya yang berhubungan dengan perilaku dan bahasa yang digunakan.

Rentang sehat –sakit

- 1) Suatu skala ukur secara relative dalam mengukur keadaan sehat/kesehatan seseorang.
- 2) Kedudukannya pada tingkat skala ukur : dinamis dan bersifat individual.
- 3) Jarak dalam skala ukur : keadaan sehat secara optimal pada satu titik dan kematian pada titik yang lain.

Tahapan sakit menurut Suchman, terbagi menjadi 5 tahap yaitu :

1. Tahap mengalami gejala

Tahap transisi : individu percaya bahwa ada kelainan dalam tubuhnya ; merasa dirinya tidak sehat/merasa timbulnya berbagai gejala/merasa ada bahaya,

Mempunyai 3 aspek :

- a. Secara fisik : nyeri, panas tinggi
- b. Kognitif : interpretasi terhadap gejala
- c. Respon emosi terhadap ketakutan/kecemasan

Konsultasin dengan orang terdekat : gejala + perasaan, kadang-kadang mencoba pengobatan di rumah.

2. Tahap asumsi terhadap peran sakit (sick Role)

- a. Penerimaan terhadap sakit
- b. Individu mencari kepastian sakitnya keluarga atau teman : menghasilkan peran sakit.
- c. Mencari pertolongan dari profesi kesehatan, yang lain mengobati sendiri, mengikuti nasehat teman/keluarga.
- d. Akhir dari tahap ini dapat ditemukan bahwa gejala telah berubah dan merasa lebih baik. Individu masih mencari penegasan dari keluarga tentang sakitnya. Rencana pengobatan dipenuhi/dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengalaman selanjutnya.

3. Tahap kontak dengan pelayanan kesehatan.

Individu yang sakit : meminta nasehat dari profesi kesehatan atas inisiatif sendiri, 3 tipe informasi

- a. validasi keadaan sakit
- b. Penjelasan tentang gejala yang tidak dimengerti
- c. Keyakinan bahwa mereka akan baik

Jika tidak ada gejala : individu mempersepsikan dirinya sembuh jika ada gejala kembali pada profesi kesehatan.

4. Tahap ketergantungan

Jika profesi kesehatan memvalidasi (memantapkan) bahwa seseorang sakit : menjadi pasien yang tergantung untuk memperoleh bantuan.

Setiap orang mempunyai tingkat ketergantungan yang berbeda sesuai dengan kebutuhan.

5. Tahap penyembuhan

- a. Pasien belajar untuk melepaskan peran sakit dan kembali pada peran sakit dan fungsi sebelum sakit.
- b. Kesiapan untuk fungsi social.

Petugas kesehatan – Membantu pasien untuk berfungsi dengan meningkatkan kemandirian - Memberi harapan dan support.

SAKIT DAN PERILAKU SAKIT

Sakit adalah keadaan dimana fisik, emosional, intelektual, sosial, perkembangan, atau seseorang berkurang atau terganggu, bukan hanya keadaan terjadinya proses penyakit.

Oleh karena itu sakit tidak sama dengan penyakit. Sebagai contoh klien dengan Leukemia yang sedang menjalani pengobatan mungkin akan mampu berfungsi seperti biasanya, sedangkan klien lain dengan kanker payudara yang sedang mempersiapkan diri untuk menjalani operasi mungkin akan merasakan akibatnya pada dimensi lain, selain dimensi fisik.

Perilaku sakit merupakan perilaku orang sakit yang meliputi: cara seseorang memantau tubuhnya; mendefinisikan dan menginterpretasikan gejala yang dialami; melakukan upaya penyembuhan; dan penggunaan sistem pelayanan kesehatan. Seorang individu yang merasa dirinya sedang sakit perilaku sakit bisa berfungsi sebagai mekanisme koping. Bauman (1965)

Seseorang menggunakan tiga kriteria untuk menentukan apakah mereka sakit :

1. Adanya gejala : naiknya temperature, nyeri
2. Persepsi tentang bagaimana mereka merasakan : baik, buruk, sakit
3. Kemampuan untuk melaksanakan aktivitas sehari-hari : bekerja, sekolah.

Ciri-Ciri Sakit :

1. Individu percaya bahwa ada kelainan dalam tubuh ; merasa dirinya tidak sehat / merasa timbulnya berbagai gejala merasa adanya bahaya. Mempunyai 3 aspek :
 - a. Secara fisik : nyeri, panas tinggi.
 - b. Kognitif : interpretasi terhadap gejala.
 - c. Respons emosi terhadap ketakutan / kecemasan.
2. Asumsi terhadap peran sakit (sick Role) → Penerimaan terhadap sakit.

Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Sakit

1. *Faktor Internal*
 - a. Persepsi individu terhadap gejala dan sifat sakit yang dialami
Klien akan segera mencari pertolongan jika gejala tersebut dapat mengganggu rutinitas kegiatan sehari-hari.

Misal: Tukang Kayu yang menderit sakit punggung, jika ia merasa hal tersebut bisa membahayakan dan mengancam kehidupannya maka ia akan segera mencari bantuan.

Akan tetapi persepsi seperti itu dapat pula mempunyai akibat yang sebaliknya. Bisa saja orang yang takut mengalami sakit yang serius, akan bereaksi dengan cara menyangkalnya dan tidak mau mencari bantuan.

b. Asal atau Jenis penyakit

Pada penyakit akut dimana gejala relatif singkat dan berat serta mungkin mengganggu fungsi pada seluruh dimensi yang ada, Maka klien bisanya akan segera mencari pertolongan dan mematuhi program terapi yang diberikan.

Sedangkan pada penyakit kronik biasany berlangsung lama (>6 bulan) sehingga jelas dapat mengganggu fungsi diseluruh dimensi yang ada. Jika penyakit kronik itu tidak dapat disembuhkan dan terapi yang diberikan hanya menghilangkan sebagian gejala yang ada, maka klien mungkin tidak akan termotivasi untuk memenuhi rencana terapi yang ada.

2. *Faktor Eksternal*

a. Gejala yang Dapat Dilihat

Gajala yang terlihat dari suatu penyakit dapat mempengaruhi Citra Tubuh dan Perilaku Sakit. Misalnya: orang yang mengalami bibir kering dan pecah-pecah mungkin akan lebih cepat mencari pertolongan dari pada orang dengan serak tenggorokan, karena mungkin komentar orang lain terhadap gejala bibir pecah-pecah yang dialaminya.

b. Kelompok Sosial

Kelompok sosial klien akan membantu mengenali ancaman penyakit, atau justru meyangkal potensi terjadinya suatu penyakit. Misalnya: Ada 2 orang wanita, sebut saja Ny. A dan Ny.B berusia 35 tahun yang berasal dari dua kelompok sosial yang berbeda telah menemukan adanya benjolan pada Payudaranya saat melakukan SADARI. Kemudian mereka mendiskusikannya dengan temannya masing-masing. Teman Ny. A mungkin akan mendorong mencari pengobatan untuk menentukan apakah perlu dibiopsi atau tidak; sedangkan teman Ny. B mungkin akan mengatakan itu hanyalah benjolan biasa dan tidak perlu diperiksakan ke dokter.

c. Latar Belakang Budaya

Latar belakang budaya dan etik mengajarkan seseorang bagaimana menjadi sehat, mengenal penyakit, dan menjadi sakit. Dengan demikian perawat perlu memahami latar belakang budaya yang dimiliki klien.

d. Ekonomi

Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang ia rasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

e. Kemudahan Akses Terhadap Sistem Pelayanan

Dekatnya jarak klien dengan RS, klinik atau tempat pelayanan medis lain sering mempengaruhi kecepatan mereka dalam memasuki sistem pelayanan kesehatan. Demikian pula beberapa klien enggan mencari pelayanan yang kompleks dan besar dan mereka lebih suka untuk mengunjungi Puskesmas yang tidak membutuhkan prosedur yang rumit.

f. Dukungan Sosial

Dukungan sosial disini meliputi beberapa institusi atau perkumpulan yang bersifat peningkatan kesehatan. Di institusi tersebut dapat dilakukan berbagai kegiatan, seperti seminar kesehatan, pendidikan dan pelatihan kesehatan, latihan (aerobik, senam POCO-POCO dll). Juga menyediakan fasilitas olahraga seperti, kolam renang, lapangan Bola Basket, Lapangan Sepak Bola, dll.

Tahap-tahap Perilaku Sakit

1. *Tahap I (Mengalami Gejala)*

- a. Pada tahap ini pasien menyadari bahwa "ada sesuatu yang salah"
- b. Mereka mengenali sensasi atau keterbatasan fungsi fisik tetapi belum menduga adanya diagnosa tertentu.
- c. Persepsi individu terhadap suatu gejala meliputi: (a) kesadaran terhadap perubahan fisik (nyeri, benjolan, dll); (b) evaluasi terhadap perubahan yang terjadi dan memutuskan apakah hal tersebut merupakan suatu gejala penyakit; (c) respon emosional.
- d. Jika gejala itu dianggap merupakan suatu gejala penyakit dan dapat mengancam kehidupannya maka ia akan segera mencari pertolongan.

2. *Tahap II (Asumsi Tentang Peran Sakit)*

- a. Terjadi jika gejala menetap atau semakin berat
- b. Orang yang sakit akan melakukan konfirmasi kepada keluarga, orang terdekat

atau kelompok sosialnya bahwa ia benar-benar sakit sehingga harus diistirahatkan dari kewajiban normalnya dan dari harapan terhadap perannya.

- c. Menimbulkan perubahan emosional spt : menarik diri/depresi, dan juga perubahan fisik. Perubahan emosional yang terjadi bisa kompleks atau sederhana tergantung beratnya penyakit, tingkat ketidakmampuan, dan perkiraan lama sakit.
 - d. Seseorang awalnya menyangkal pentingnya intervensi dari pelayanan kesehatan, sehingga ia menunda kontak dengan sistem pelayanan kesehatan → akan tetapi jika gejala itu menetap dan semakin memberat maka ia akan segera melakukan kontak dengan sistem pelayanan kesehatan dan berubah menjadi seorang klien.
3. *Tahap III (Kontak dengan Pelayanan Kesehatan)*
- a. Pada tahap ini klien mencari kepastian penyakit dan pengobatan dari seorang ahli, mencari penjelasan mengenai gejala yang dirasakan, penyebab penyakit, dan implikasi penyakit terhadap kesehatan dimasa yang akan datang
 - b. Profesi kesehatan mungkin akan menentukan bahwa mereka tidak menderita suatu penyakit atau justru menyatakan jika mereka menderita penyakit yang bisa mengancam kehidupannya. → klien bisa menerima atau menyangkal diagnosa tersebut.
 - c. Bila klien menerima diagnosa mereka akan mematuhi rencana pengobatan yang telah ditentukan, akan tetapi jika menyangkal mereka mungkin akan mencari sistem pelayanan kesehatan lain, atau berkonsultasi dengan beberapa pemberi pelayanan kesehatan lain sampai mereka menemukan orang yang membuat diagnosa sesuai dengan keinginannya atau sampai mereka menerima diagnosa awal yang telah ditetapkan.
 - d. Klien yang merasa sakit, tapi dinyatakan sehat oleh profesi kesehatan, mungkin ia akan mengunjungi profesi kesehatan lain sampai ia memperoleh diagnosa yang diinginkan
 - e. Klien yang sejak awal didiagnosa penyakit tertentu, terutama yang mengancam kelangsungan hidup, ia akan mencari profesi kesehatan lain untuk meyakinkan bahwa kesehatan atau kehidupan mereka tidak terancam. Misalnya: klien yang didiagnosa mengidap kanker, maka ia akan mengunjungi beberapa dokter sebagai usaha klien menghindari diagnosa yang sebenarnya.
4. *Tahap IV (Peran Klien Dependen)*
- a. Pada tahap ini klien menerima keadaan sakitnya, sehingga klien bergantung

- pada pada pemberi pelayanan kesehatan untuk menghilangkan gejala yang ada.
- b. Klien menerima perawatan, simpati, atau perlindungan dari berbagai tuntutan dan stress hidupnya.
 - c. Secara sosial klien diperbolehkan untuk bebas dari kewajiban dan tugas normalnya → semakin parah sakitnya, semakin bebas.
 - d. Pada tahap ini klien juga harus menyesuaikan dengan perubahan jadwal sehari-hari. Perubahan ini jelas akan mempengaruhi peran klien di tempat ia bekerja, rumah maupun masyarakat.
5. Tahap V (Pemulihan dan Rehabilitasi)
- a. Merupakan tahap akhir dari perilaku sakit, dan dapat terjadi secara tiba-tiba, misalnya penurunan demam.
 - b. Penyembuhan yang tidak cepat, menyebabkan seorang klien butuh perawatan lebih lama sebelum kembali ke fungsi optimal, misalnya pada penyakit kronis.
- Tidak semua klien melewati tahapan yang ada, dan tidak setiap klien melewatinya dengan kecepatan atau dengan sikap yang sama. Pemahaman terhadap tahapan perilaku sakit akan membantu perawat dalam mengidentifikasi perubahan-perubahan perilaku sakit klien dan bersama-sama klien membuat rencana perawatan yang efektif*

DAMPAK SAKIT

1. Terhadap Perilaku dan Emosi Klien

Setiap orang memiliki reaksi yang berbeda-beda tergantung pada asal penyakit, reaksi orang lain terhadap penyakit yang dideritanya, dan lain-lain.

Penyakit dengan jangka waktu yang singkat dan tidak mengancam kehidupannya akan menimbulkan sedikit perubahan perilaku dalam fungsi klien dan keluarga. Misalnya seorang Ayah yang mengalami demam, mungkin akan mengalami penurunan tenaga atau kesabaran untuk menghabiskan waktunya dalam kegiatan keluarga dan mungkin akan menjadi mudah marah, dan lebih memilih menyendiri.

Sedangkan penyakit berat, apalagi jika mengancam kehidupannya, dapat menimbulkan perubahan emosi dan perilaku yang lebih luas, seperti ansietas, syok, penolakan, marah, dan menarik diri.

Perawat berperan dalam mengembangkan coping klien dan keluarga terhadap stress, karena stressor sendiri tidak bisa dihilangkan.

2. *Terhadap Peran Keluarga*

Setiap orang memiliki peran dalam kehidupannya, seperti pencari nafkah, pengambil keputusan, seorang profesional, atau sebagai orang tua. Saat mengalami penyakit, peran-peran klien tersebut dapat mengalami perubahan.

Perubahan tersebut mungkin tidak terlihat dan berlangsung singkat atau terlihat secara drastis dan berlangsung lama. Individu / keluarga lebih mudah beradaptasi dengan perubahan yang berlangsung singkat dan tidak terlihat.

Perubahan jangka pendek → klien tidak mengalami tahap penyesuaian yang berkepanjangan. Akan tetapi pada perubahan jangka panjang → klien memerlukan proses penyesuaian yang sama dengan 'Tahap Berduka'.

Peran perawat adalah melibatkan keluarga dalam pembuatan rencana keperawatan.

3. *Terhadap Citra Tubuh*

Citra tubuh merupakan konsep subjektif seseorang terhadap penampilan fisiknya. Beberapa penyakit dapat menimbulkan perubahan dalam penampilan fisiknya, dan klien/keluarga akan bereaksi dengan cara yang berbeda-beda terhadap perubahan tersebut. Reaksi klien/keluarga terhadap perubahan gambaran tubuh itu tergantung pada:

- a. Jenis Perubahan (mis: kehilangan tangan, alat indera tertentu, atau organ tertentu)
- b. Kapasitas adaptasi
- c. Kecepatan perubahan
- d. Dukungan yang tersedia.

4. *Terhadap Konsep Diri*

Konsep Diri adalah citra mental seseorang terhadap dirinya sendiri, mencakup bagaimana mereka melihat kekuatan dan kelemahannya pada seluruh aspek kepribadiannya. Konsep diri tidak hanya bergantung pada gambaran tubuh dan peran yang dimilikinya tetapi juga bergantung pada aspek psikologis dan spiritual diri. Perubahan konsep diri akibat sakit mungkin bersifat kompleks dan kurang bisa terobservasi dibandingkan perubahan peran.

Konsep diri berperan penting dalam hubungan seseorang dengan anggota keluarganya yang lain. Klien yang mengalami perubahan konsep diri karena sakitnya mungkin tidak mampu lagi memenuhi harapan keluarganya, yang akhirnya menimbulkan ketegangan dan konflik. Akibatnya anggota keluarga akan merubah interaksi mereka dengan klien. Misal: Klien tidak lagi terlibat dalam proses

pengambilan keputusan dikeluarga atau tidak akan merasa mampu memberi dukungan emosi pada anggota keluarganya yang lain atau kepada teman-temannya → klien akan merasa kehilangan fungsi sosialnya.

Petugas kesehatan seharusnya mampu mengobservasi perubahan konsep diri klien, dengan mengembangkan rencana petugas kesehatan yang membantu mereka menyesuaikan diri dengan akibat dan kondisi yang dialami klien.

5. *Terhadap Dinamika Keluarga*

Dinamika Keluarga merupakan proses dimana keluarga melakukan fungsi, mengambil keputusan, memberi dukungan kepada anggota keluarganya, dan melakukan koping terhadap perubahan dan tantangan hidup sehari-hari. Misal: jika salah satu orang tua sakit maka kegiatan dan pengambilan keputusan akan tertunda sampai mereka sembuh.

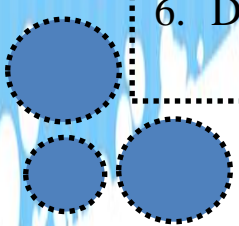
Jika penyakitnya berkepanjangan, seringkali keluarga harus membuat pola fungsi yang baru sehingga bisa menimbulkan stress emosional. Misal: anak kecil akan mengalami rasa kehilangan yang besar jika salah satu orang tuanya tidak mampu memberikan kasih sayang dan rasa aman pada mereka. Atau jika anaknya sudah dewasa maka seringkali ia harus menggantikan peran mereka sebagai mereka termasuk kalau perlu sebagai pencari nafkah.



BAB 3

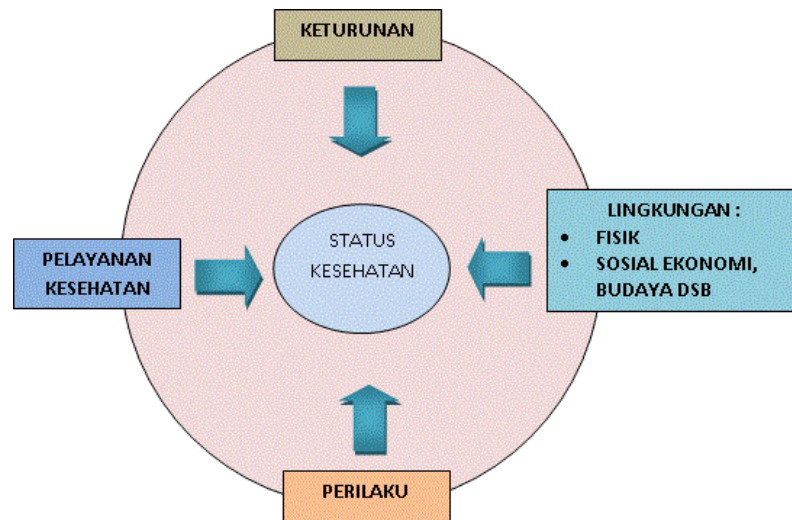
FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN

POKOK BAHASAN :

1. Konsep Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan
 2. Prilaku Kesehatan
 3. Kesehatan Lingkungan
 4. Pelayanan Kesehatan
 5. Genetik
 6. Determinan yang Mempengaruhi Status Kesehatan
- 

KONSEP FAKTOR YANG MEMPENGARUHI STATUS KESEHATAN

Hendrik L Blum mengatakan bahwa ada empat faktor yang mempengaruhi status kesehatan masyarakat, yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan.



Gambar 1: faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat

Pada gambar menunjukkan bahwa lingkungan mempunyai pengaruh peranan yang besar di ikuti perilaku, fasilitas kesehatan dan keturunan. Lingkungan sangat bervariasi umumnya di golongan tiga kategori, yaitu: yang berhubungan dengan aspek fisik misalnya: sampah, air udara, tanah, iklim, perumahan dan sebagainya. Perilaku merupakan faktor kedua mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, karena sehat tidaknya lingkungan individu, keluarga dan masyarakat sangat tergantung pada perilaku manusia itu sendiri, selain itu juga dipengaruhi oleh kebiasaan, adat istiadat, kepercayaan, pendidikan, sosial ekonom dan perilaku-prilaku lain yang melekat pada dirinya (Nasrul, 1998).

Pelayanan kesehatan merupakan faktor ke tiga yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, karena keberadaan fasilitas kesehatan sangat menentukan dalam pelayanan pemulihan kesehatan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan dan keperawatan serta kelompok dan masyarakat yang memerlukan pelayanan kesehatan. Ketersediaan fasilitas sangat di pengaruhi oleh lokasi, apakah dapat di jangkau masyarakat atau tidak. Faktor keturunan merupakan faktor yang telah ada dalam tubuh manusia yang di bawa sejak lahir, misalnya dalam penyakit keturunan diabetes militus, asma bronkial dan sebagainya (Nasrul, 1998).

PERILAKU KESEHATAN

Perilaku kesehatan adalah tanggapan seseorang terhadap rangsangan yang berkaitan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan. Menurut Notoatmodjo dalam Dwi (2010), rangsangan yang terkait dengan perilaku kesehatan terdiri dari 4 unsur, yaitu: sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan lingkungan.

Menurut Nasrul (1998) perilaku kesehatan terhadap sakit dan penyakit sesuai dengan tingkat-tingkat pemberian pelayanan kesehatan yang menyeluruh atau sesuai dengan tingkat pencegahan penyakit, yaitu:

1. Perilaku peningkatan dan pemeliharaan kesehatan (health promotion behavior)

Contoh:

- a. Ibu-ibu memasak makanan yang bervitamin dan bergizi untuk keluarga,
- b. Setiap jumat pagi pegawai negeri sipil melakukan senam pagi bersama.

2. Perilaku pencegahan penyakit (health prevention behavior)

Contoh:

- a. Melaksanakan 3 M (menimbun, menanam, ,menguras) untuk mencegah penyakit demam berdarah
- b. Tidur pakai kelambu untuk mencegah gigitan nyamuk
- c. Mengimmunisasikan bayi/anak kefasilitas kesehatan
- d. Penderita TBC tidak meludah di sembarang tempat untuk mencegah penularan pada orang lain
- e. Penggunaan kondom untuk mencegah PMS

3. Perilaku pencarian pengobatan (health seeking behavior)

Contoh: Berobat ke puskesmas, rumah sakit, dan dokter praktik

4. Perilaku pemulihan kesehatan (health rehabilitation behavior)

Contoh:

- a. Seorang penderita hepatitis melakukan diet dengan tidak makan makanan mengandung lemak.
- b. Seorang penderita patah tulang seminggu sekali ke fisioterapi sesuaran anjuran dokter

Berdasarkan pendapat Ogden dalam Naeru (1998), menentukan tiga bentuk perilaku kesehatan yang meliputi:

1. Perilaku sehat (*a health behaviour*) yaitu perilaku yang bertujuan mencegah penyakit (seperti makan, diet kesehatan)
2. Perilaku sakit (*a illness behaviour*) yaitu perilaku mencari pengobatan (seperti pergi ke dokter).
3. Perilaku peran sakit (*a sick role behaviour*) yaitu tindakan yang bertujuan untuk mendapatkan kesejahteraan (seperti minum obat yang sudah diresepkan, beristirahat).

Menurut Green dan Kreuter dalam Dwi (2010), menganalisis bahwa faktor perilaku ditentukan oleh tiga faktor utama :

1. Faktor-faktor predisposisi

Faktor predisposisi adalah faktor yang melatar belakangi perubahan perilaku yang menyediakan pemikiran rasional atau motivasi terhadap suatu perilaku. Faktor ini meliputi pengetahuan, sikap, keyakinan, kepercayaan, nilai, dan sebagainya.

2. Faktor-faktor pendukung

Faktor pendukung adalah faktor yang memungkinkan atau yang memfasilitasi perilaku individu atau organisasi termasuk tindakan/ ketrampilan.. Faktor ini meliputi ketersediaan, keterjangkauan sumber daya pelayanan kesehatan, prioritas dan komitmen masyarakat dan pemerintah dan tindakan yang berkaitan dengan kesehatan.

3. Faktor-faktor pendorong

Faktor pendorong adalah faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku. Faktor ini memberikan penghargaan/ insentif untuk ketekunan atau pengulangan perilaku. Faktor penguat ini terdiri dari tokoh masyarakat, petugas kesehatan, guru, keluarga dan sebagainya.

Menurut Bloom (dalam Nasrul, 1998) membagi domain perilaku dalam bentuk yaitu:

1. Pengetahuan

- a. Pengertian

Pengetahuan adalah hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindra manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*overt behaviour*). Berdasarkan pengalaman ternyata perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

b. Tingkat Pengetahuan

Pengetahuan dalam aspek kognitif, dibagi menjadi 6 (enam) tingkatan yaitu :

1) Tahu (*know*)

Tahu diartikan mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya, dari seluruh bahan yang dipelajari. Tahu ini merupakan tingkat pengertian yang paling rendah.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami ini diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi ke kondisi sebenarnya.

3) Aplikasi (*Application*)

Kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen - komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada kaitannya satu sama lain.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian - bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru.

6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

c. Faktor yang mempengaruhi pengetahuan :

1) Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam memberi respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang yang berpendidikan tinggi akan memberikan respon yang lebih rasional terhadap informasi yang datang dan akan berpikir sejauh mana keuntungan yang mungkin akan mereka peroleh dari gagasan tersebut. Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah suatu cita – cita tertentu. Pendidikan dapat mempengaruhi seseorang termasuk juga perilaku seseorang akan pola hidup, terutama dalam memotivasi sikap berperan serta

dalam perkembangan kesehatan. Semakin tinggi tingkat kesehatan, seseorang makin menerima informasi sehingga makin banyak pola pengetahuan yang dimiliki.

2) Paparan media massa

Melalui berbagai media baik cetak maupun elektronik berbagai informasi dapat diterima masyarakat, sehingga seseorang yang lebih sering terpapar media massa (TV, radio, majalah, pamflet, dan lain - lain) akan memperoleh informasi yang lebih banyak dibandingkan dengan orang yang tidak pernah terpapar informasi media. Ini berarti paparan media massa mempengaruhi tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh seseorang.

3) Ekonomi

Usaha memenuhi kebutuhan pokok (primer) maupun kebutuhan sekunder, keluarga dengan status ekonomi baik akan lebih mudah tercukupi dibandingkan keluarga dengan status ekonomi rendah. Hal ini akan mempengaruhi pemenuhan kebutuhan sekunder. Jadi dapat disimpulkan bahwa ekonomi dapat mempengaruhi pengetahuan seseorang tentang berbagai hal.

4) Hubungan sosial

Manusia adalah makhluk sosial dimana dalam kehidupan saling berinteraksi antara satu dengan yang lain. Individu yang dapat berinteraksi secara *continue* akan lebih besar terpapar informasi. Sementara faktor hubungan sosial juga mempengaruhi kemampuan individu sebagai komunikasi untuk menerima pesan menurut model komunikasi media dengan demikian hubungan sosial dapat mempengaruhi tingkat pengetahuan seseorang tentang suatu hal.

5) Pengalaman

Pengalaman seorang individu tentang berbagai hal biasa diperoleh dari lingkungan kehidupan dalam proses perkembangannya, misalnya sering mengikuti kegiatan. Kegiatan yang mendidik misalnya seminar organisasi dapat memperluas jangkauan pengalamannya, karena dari berbagai kegiatan tersebut informasi tentang suatu hal dapat diperoleh.

2. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap stimulus atau objek. Sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat

ditafsirkan dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Kondisi kehidupan sehari-hari adalah merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Sikap juga merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak dan bukan pelaksanaan motif tertentu.

Sikap mempunyai 4 tingkatan dari yang terendah hingga yang tertinggi yaitu :

a) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (*subjek*) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (*objek*). Misalnya sikap orang terhadap gizi dapat dilihat dari kesediaan dan perhatian itu terhadap ceramah-ceramah.

b) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap. Karena dengan suatu usaha untuk menjawab pertanyaan atau mengerjakan tugas yang diberikan, lepas dari pekerjaan itu benar atau salah adalah berarti orang menerima ide tersebut.

c) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga.

d) Bertanggung jawab (*responsible*)

Pada tingkat ini, sikap individu akan bertanggung jawab dan siap menanggung segala resiko atas segala sesuatu yang telah dipilihnya.

KESEHATAN LINGKUNGAN

Masalah kesehatan adalah masalah yang sangat kompleks, yang saling berkaitan dengan masalah-masalah lain diluar dari masalah kesehatan itu sendiri. Lingkungan merupakan salah satu faktor yang berkontribusi 40 persen mempengaruhi kesehatan masyarakat.

Kesehatan lingkungan pada hakikatnya adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh positif terhadap terwujudnya status kesehatan yang optimum pula (Notoatmodjo dalam Ricky, 2005). Sedangkan kesehatan lingkungan menurut WHO adalah ilmu dan keterampilan yang memusatkan perhatiannya pada usaha pengendalian semua faktor yang ada pada lingkungan fisik

manusia yang diperkirakan menimbulkan/akan menimbulkan hal-hal yang merugikan perkembangan fisiknya, kesehatannya maupun kelangsungan hidupnya.

Kesehatan lingkungan mencakup aspek yang sangat luas yang meliputi hampir seluruh aspek kehidupan manusia. Pentingnya lingkungan yang sehat akan mempengaruhi sikap dan perilaku manusia. Ruang lingkup kesehatan lingkungan meliputi (Ricky, 2005):

1. Masalah perumahan

Rumah bagi manusia mempunyai arti, yaitu: Sebagai tempat untuk melepaskan lelah, beristirahat setelah penat melaksanakan kewajiban sehari-hari Sebagai tempat untuk melindungi diri dari bahaya yang datang mengancam, Sebagai tempat untuk bergaul dengan keluarga, Sebagai lambang status sosial yang dimiliki, yang masih dirasakan hingga saat ini, Sebagai tempat untuk meletakkan barang2 berharga yang dimiliki.

2. Pembuangan kotoran manusia (tinja)

Yang dimaksud kotoran manusia adalah semua benda atau zat yang tidak dipakai lagi oleh tubuh dan yang harus dikeluarkan dari dalam tubuh. Zat-zat yang harus dikeluarkan dari dalam tubuh ini berbentuk tinja (faeces), air seni (urine) dan CO₂ sebagai hasil dari proses pernafasan.

Penyediaan sarana jamban merupakan bagian dari usaha sanitasi yang cukup penting peranannya. Ditinjau dari sudut kesehatan lingkungan pembuangan kotoran yang tidak saniter akan dapat mencemari lingkungan terutama tanah dan sumber air. Pembuangan tinja yang tidak saniter akan menyebabkan berbagai macam penyakit seperti : thypus, disentri, kolera, bermacam-macam cacing (gelang, kremi, tambang dan pita), schistosomiasis dan sebagainya.

Kementerian Kesehatan telah menetapkan syarat dalam membuat jamban sehat. Ada tujuh kriteria yang harus diperhatikan, yaitu: tidak mencemari air, tidak mencemari tanah permukaan, bebas dari serangga, tidak menimbulkan bau dan nyaman di gunakan, aman di gunakan pemakainya, mudah di bersihkan, tidak menimbulkan pandangan yang kurang sopan.

3. Penyediaan air bersih

Air adalah zat atau materi atau unsur yang penting bagi semua bentuk kehidupan yang diketahui sampai saat ini di bumi, tetapi tidak di planet lain. Air menutupi hampir 71% permukaan bumi. Terdapat 1,4 triliun kilometer kubik (330 juta mil³) tersedia di bumi. Air sebagian besar terdapat di laut (air asin) dan pada lapisan-

lapisan es (di kutub dan puncak-puncak gunung), akan tetapi juga dapat hadir sebagai awan, hujan, sungai, muka air tawar, danau, uap air, dan lautan es. Air dalam obyek-obyek tersebut bergerak mengikuti suatu siklus air, yaitu: melalui penguapan, hujan, dan aliran air di atas permukaan tanah (runoff, meliputi mata air, sungai, muara) menuju laut. Air bersih penting bagi kehidupan manusia.

Penyediaan air bersih untuk masyarakat mempunyai peranan yang sangat penting dalam meningkatkan kesehatan lingkungan atau masyarakat, yakni mempunyai peranan dalam menurunkan angka penderita penyakit, khususnya yang berhubungan dengan air, dan berperan dalam meningkatkan standar atau taraf/kualitas hidup masyarakat.

Sampai saat ini, penyediaan air bersih untuk masyarakat di Indonesia masih dihadapkan pada beberapa permasalahan yang cukup kompleks dan sampai saat ini belum dapat diatasi sepenuhnya. Salah satu masalah yang masih dihadapi sampai saat ini yakni masih rendahnya tingkat pelayanan air bersih untuk masyarakat.

4. Pembuangan sampah

Sampah merupakan sisa dari aktifitas manusia yang tidak di gunakan, pengelolaan sampah merupakan sesuatu yang harus dilakukan untuk menangani masalah sampah, pengelolaan sampah adalah pengumpulan, pengangkutan, pemrosesan, pendaurulangan, atau pembuangan dari material sampah. Kalimat ini biasanya mengacu pada material sampah yang dihasilkan dari kegiatan manusia, dan biasanya dikelola untuk mengurangi dampaknya terhadap kesehatan, lingkungan, atau keindahan. Pengelolaan sampah juga dilakukan untuk memulihkan sumber daya alam. Pengelolaan sampah bisa melibatkan zat padat, cair, gas, atau radioaktif dengan metode dan keahlian khusus untuk masing-masing jenis zat.

Praktik pengelolaan sampah berbeda beda antara negara maju dan negara berkembang, berbeda juga antara daerah perkotaan dengan daerah pedesaan, berbeda juga antara daerah perumahan dengan daerah industri. Pengelolaan sampah yang tidak berbahaya dari pemukiman dan institusi di area metropolitan biasanya menjadi tanggung jawab pemerintah daerah, sedangkan untuk sampah dari area komersial dan industri biasanya ditangani oleh perusahaan pengolah sampah.

5. Pembuangan air kotor (air limbah)

Pencemaran air akibat kegiatan manusia tidak hanya disebabkan oleh limbah rumah tangga, tetapi juga oleh limbah pertanian dan limbah industri. Semakin meningkatnya perkembangan industri, dan pertanian saat ini, ternyata semakin

memperparah tingkat pencemaran air, udara, dan tanah. Pencemaran itu disebabkan oleh hasil buangan dari kegiatan tersebut.

Pencemaran air pada dasarnya terjadi karena air limbah langsung dibuang ke badan air ataupun ke tanah tanpa mengalami proses pengolahan terlebih dulu, atau proses pengolahan yang dilakukan belum memadai. Pengolahan limbah bertujuan memperkecil tingkat pencemaran yang ada agar tidak membahayakan lingkungan hidup.

Limbah rumah tangga merupakan pencemar air terbesar selain limbah-limbah industri, pertanian dan bahan pencemar lainnya. Limbah rumah tangga akan mencemari selokan, sumur, sungai, dan lingkungan sekitarnya. Semakin besar populasi manusia, semakin tinggi tingkat pencemarannya. Limbah rumah tangga dapat berupa padatan (kertas, plastik dll.) maupun cairan (air cucian, minyak goreng bekas, dll.). Di antara limbah tersebut ada yang mudah terurai yaitu sampah organik dan ada pula yang tidak dapat terurai. Limbah rumah tangga ada juga yang memiliki daya racun tinggi, misalnya sisa obat, baterai bekas, air aki. Limbah-limbah tersebut tergolong bahan berbahaya dan beracun (B3). Tinja, air cucian, limbah kamar mandi dapat mengandung bibit-bibit penyakit atau pencemar biologis (seperti bakteri, jamur, virus, dan sebagainya) yang akan mengikuti aliran air.

6. Limbah lalu lintas berupa tumpahan oli, minyak tanah, tumpahan minyak dari kapal tangker. Tumpahan minyak akibat kecelakaan mobil-mobil tangki minyak dapat mengotori air tanah. Selain terjadi di darat, pencemaran lalu lintas juga sering terjadi di lautan. Semuanya sangat berbahaya bagi kehidupan.
7. Limbah pertanian berupa sisa, tumpahan ataupun penyemprotan yang berlebihan misalnya dari pestisida dan herbisida. Begitu juga pemupukan yang berlebihan. Limbah pestisida dan herbisida mempunyai sifat kimia yang stabil, yaitu tidak terurai di alam sehingga zat tersebut akan mengendap di dalam tanah, dasar sungai, danau serta laut dan selanjutnya akan mempengaruhi organisme-organisme yang hidup di dalamnya. Pada pemakaian pupuk buatan yang berlebihan akan menyebabkan eutrofikasi pada badan air/perairan terbuka.

Sedangkan masalah kesehatan lingkungan di negara berkembang pada umumnya lima hal yaitu :

1. Masalah sanitasi jamban (jamban).
2. Penyediaan air minum.
3. Perumahan (*housing*).

4. Pembuangan sampah dan pembuangan air limbah (air kotor).

Manusia memiliki berbagai jenis kebutuhan, baik kebutuhan pokok atau primer maupun kebutuhan sekunder. Dalam memenuhi kebutuhannya tersebut, manusia memanfaatkan sumberdaya alam yang tersedia. Semakin banyak jumlah manusia, semakin banyak pula sumber daya alam yang di gali, di olah dan di jadikan sebagai produk yang siap di gunakan.

Dalam proses pengambilan, pengolahan dan pemanfaatan sumberdaya alam, terdapat sisa yang tidak dapat di gunakan. Sisa tersebut di buang karena tidak di gunakan pada saat itu. Sisa dari proses tersebut kemudian mencemari lingkungan perairan, udara dan daratan, sehingga lama kelamaan lingkungan menjadi menjadi rusak.

PELAYANAN KESEHATAN

Sesorang apabila menderita penyakit atau merasakan suatu kelainan pada bagian tubuhnya akan berusaha dan bertindak untuk mngetahui penyebabnya dan upaya penyembuhannya. Banyak upaya untuk melakukannya, antara lain dengan cara mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan yang tersedia baik milik pemerinta maupun swasta. Tindakan pencarian pengobatan oleh seseorang erat kaitannya dengan persepsi seseorang tentang pelayanan kesehatan tersebut. Apabila persepsi seseorang terhadap pelayanan kesehatan yang ada itu baik maka dia akan memanfaatkan pelayanan kesehatan tersebut dan dengan segera menkonsultasikan penyakitnya.

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang di selenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok atau masyarakat.

Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan beraneka ragam karena semua ini di tentukan oleh:

1. Pengorganisasian pelayanan, yaitu apakah dilakukan sendiri atau bersama-sama dalam suatu organisasi.
2. Ruang lingkup kegiatan, yaitu apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan kegiatan, peningkatan kesehatan, peningkatan kesehatan, pencegah penyakit, pengobatan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

3. Sasaran pelayanan kesehatan, yaitu apakah untuk perseorangan, kelompok ataupun untuk masyarakat secara keseluruhan (Tri,2013).

Kebutuhan seseorang terhadap pelayanan kesehatan adalah yang obyektif, karena merupakan wujud dari masalah-masalah kesehatan yang ada di masyarakat yang tercermin dari gambaran pola penyakit. Dengan demikian untuk menentukan perkembangan kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan dapat mengacu pada perkembangan pola penyakit di masyarakat.

Adapun tuntutan kesehatan adalah suatu yang obyektif, oleh karena itu pemenuhan terhadap tuntutan kesehatan sedikit pengaruhnya terhadap perubahan derajat kesehatan, karena sifat yang obyektif, maka tuntutan terhadap kesehatan sangat di pengaruhi oleh status sosial masyarakat itu sendiri.

Untuk dapat menyelenggarakan kesehatan dengan baik maka banyak hal yang perlu di perhatikan di antaranya adalah kesesuaian dengan kebutuhan masyarakat, sehingga pelayanan kesehatan secara umum di pengaruhi oleh besar kecilnya kebutuhan dan tuntutan dari masyarakat yang sebenarnya merupakan gambaran dari masalah kesehatan yang di hadapi masyarakat tersebut.

Departemen of health education end welfare , USA, menguraikan faktor-faktor yang mempengaruhi penggunaan pelayanan kesehatan, yaitu:

1. Faktor regional dan residence
2. Faktor dari sistem pelayanan kesehatan yang bersangkutan, yaitu tipe dari organisasi, kelengkapan program kesehatan, tersedianya tenaga dan fasilitas medis, teraturnya pelayanan, hubungan antara dokter/ tenaga kesehatan lainnya dengan penderita dan adanya asuransi kesehatan
3. Faktor adanya fasilitas kesehatan
4. Faktor-faktor dari konsumen yang menggunakan pelayanan kesehatan

Di lain pihak fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada belum di gunakan dengan efisien oleh masyarakat. Adapun sebab sebabnya mengapa belum di dimanfaatkan adalah:

1. Sistem pelayanan yang selama ini tidak adekuat
2. Lokasi atau pusat-pusat pelayanan tidak berada dalam aksi radius masyarakat banyak dan lebih banyak berpusat di kota-kota.
3. Lokasi sarana yang ada tidak terjangkau dari segi perhubungan
4. Pelayan kesehatan tidak terjangkau secara ekonomis oleh rakyat.

GENETIK ATAU KETURUNAN

Factor genetic berpengaruh hanya 5 persen terhadap status kesehatan. Genetic biasanya di kaitkan dengan adanya kemiripan anak-anak dengan orang tuanya dalam hal bentuk tubuh, proposi tubuh dan percepatan perkembangan. Diamsusikan bahwa selain aktifitas nyata dari lingkungan yang menentukan pertumbuhan, kemiripan ini mencerminkan pengaruh gen yang di kontribusi oleh orang tuanya kepada keturunannya secara biologis (Nasrul, 1998).

Faktor ini paling kecil pengaruhnya terhadap kesehatan perorangan atau masyarakat dibandingkan dengan faktor yang lain. Pengaruhnya pada status kesehatan perorangan terjadi secara evolutif dan paling sukar di deteksi. Untuk itu perlu dilakukan konseling genetik. Untuk kepentingan kesehatan masyarakat atau keluarga, faktor genetik perlu mendapat perhatian dibidang pencegahan penyakit. Misalnya seorang anak yang lahir dari orangtua penderita diabetes melitus akan mempunyai resiko lebih tinggi dibandingkan anak yang lahir dari orang tua bukan penderita DM. Untuk upaya pencegahan, anak yang lahir dari penderita DM harus diberi tahu dan selalu mewaspadai faktor genetik yang diwariskan orangtuanya .Olehkarenanya, ia harus mengatur dietnya, teratur berolahraga dan upaya pencegahan lainnya sehingga tidak ada peluang faktor genetiknya berkembang menjadi faktor resiko terjadinya DM pada dirinya. Jadi dapat di umpamakan, genetik adalah peluru (bullet) tubuh manusia adalah pistol (senjata), dan lingkungan/prilaku manusia adalah pelatuknya (trigger).

Semakin besar penduduk yang memiliki resiko penyakit bawaan akan semakin sulit upaya meningkatkan derajat kesehatan. Oleh karena itu perlu adanya konseling perkawinan yang baik untuk menghindari penyakit bawaan yang sebenarnya dapat dicegah munculnya. Akhir-akhir ini teknologi kesehatan dan kedokteran semakin maju. Teknologi dan kemampuan tenaga ahli harus diarahkan untuk meningkatkan upaya mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

DETERMINAN YANG MEMPENGARUHI STATUS KESEHATAN

Teori klasik yang dikembangkan oleh Blum (1974) mengatakan bahwa adanya 4 determinan utama yang mempengaruhi derajat kesehatan individu, kelompok atau masyarakat. Empat determinan tersebut secara berturut-turut besarnya pengaruh

terhadap kesehatan adalah: a). lingkungan, b). perilaku, c). pelayanan kesehatan, dan d).keturunan atau herediter. Keempat determinan tersebut adalah determinan untuk kesehatan kelompok atau komunitas yang kemungkinan sama di kalangan masyarakat. Akan tetapi untuk kesehatan individu, disamping empat faktor tersebut, faktor internal individu juga berperan, misalnya : umur, gender, pendidikan, dan sebagainya, disamping faktor herediter. Bila kita analisis lebih lanjut determinan kesehatan itu sebenarnya adalah semua faktor diluar kehidupan manusia, baik secara individual, kelompok, maupun komunitas yang secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi kehidupan manusia itu. Hal ini berarti, disamping determinan-determinan derajat kesehatan yang telah dirumuskan oleh Blum tersebut masih terdapat faktor lain yang mempengaruhi atau menentukan terwujudnya kesehatan seseorang, kelompok atau masyarakat.

1. Faktor makanan

Makanan merupakan faktor penting dalam kesehatan kita. Bayi lahir dari seorang ibu yang telah siap dengan persediaan susu yang merupakan makanan lengkap untuk seorang bayi. Mereka yang memelihara tubuhnya dengan makanan yang cocok, menikmati tubuh yang benar-benar sehat. Kecocokan makanan ini menurut waktu, jumlah, dan harga yang tepat. Hanya saat kita makan secara berlebihan makanan yang tidak cocok dengan tubuh kita, maka tubuh akan bereaksi sebaliknya. Sakit adalah salah satu reaksi tubuh, dan bila kemudian dicegah atau dirawat dengan benar, tubuh kembali sehat. Penyakit merupakan peringatan untuk mengubah kebiasaan kita. Perlu diingat selalu bahwa tubuh kita hanya memerlukan makanan yang tepat dalam jumlah yang sesuai.

2. Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Tingkat pengetahuan akan membentuk cara berpikir dan kemampuan seseorang untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tersebut untuk menjaga kesehatannya. Pendidikan juga secara tidak langsung akan mempengaruhi perilaku seseorang dalam menjaga kesehatannya. Biasanya, orang yang berpendidikan (dalam hal ini orang yang menempuh pendidikan formal) mempunyai resiko lebih kecil terkena penyakit atau masalah kesehatan lainnya dibandingkan dengan masyarakat yang awam dengan kesehatan.

3. Faktor sosial ekonomi

Faktor-faktor sosial dan ekonomi seperti lingkungan sosial, tingkat pendapatan, pekerjaan, dan ketahanan pangan dalam keluarga merupakan faktor yang berpengaruh besar pada penentuan derajat kesehatan seseorang. Dalam masalah gizi buruk misalnya, masyarakat dengan tingkat ekonomi dan berpendapatan rendah biasanya lebih rentan menderita gizi buruk. Hal tersebut bisa terjadi karena orang dengan tingkat ekonomi rendah sulit untuk mendapatkan makanan dengan nilai gizi yang bisa dibbilang layak.

4. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya mempengaruhi keyakinan, nilai, dan kebiasaan individu, termasuk sistem pelayanan kesehatan dan cara pelaksanaan kesehatan pribadi. Indonesia yang terbentang dari Sabang sampai Merauke memiliki beribu-ribu suku dengan adat istiadat yang berbeda-beda pula. Sebagian dari adat istiadat tersebut ada yang masih bisa dibbilang “primitif” dan tidak mempedulikan aspek kesehatan. Misalnya saja, pada suku Baduy yang tidak memperbolehkan masyarakat menggunakan alas kaki.

5. Usia

Setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon yang berbeda-beda terhadap perubahan kesehatan yang terjadi.

6. Faktor emosional

7. Setiap pemikiran positif akan sangat berpengaruh, pikiran yang sehat dan bahagia semakin meningkatkan kesehatan tubuh kita. Tidak sulit memahami pengaruh dari pikiran terhadap kesehatan kita. Yang diperlukan hanyalah usaha mengembangkan sikap yang benar agar tercapai kesejahteraan.

8. Faktor agama dan keyakinan

Agama dan kepercayaan yang dianut oleh seorang individu secara tidak langsung mempengaruhi perilaku kita dalam berperilaku sehat. Misalnya, pada agama Islam. Islam mengajarkan bahwa “anna ghafatul minal iman” atau “kebersihan adalah sebagian dari iman”. Sebagai umat muslim, tentu kita akan melaksanakan perintah Allah SWT. untuk berperilaku bersih dan sehat.



BAB 4

UPAYA-UPAYA PENINGKATAN KESEHATAN MASYARAKAT

POKOK BAHASAN :

1. Masalah Kesehatan Masyarakat di Indonesia
 2. Strategi Paradigma Kesehatan
 3. Upaya Program Kesehatan
 4. Upaya Tenaga Kesehatan
 5. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat
- 

Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Dalam pengukuran Indeks Pembangunan Manusia (IPM), kesehatan adalah salah satu komponen utama selain pendidikan dan pendapatan. Dalam Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan ditetapkan bahwa kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi.

Kondisi umum kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor yaitu lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan. Sementara itu pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain ketersediaan dan mutu fasilitas pelayanan kesehatan, obat dan perbekalan kesehatan, tenaga kesehatan, pembiayaan dan manajemen kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan dasar, yaitu Puskesmas yang diperkuat dengan Puskesmas Pembantu dan Puskesmas keliling, telah didirikan di hampir seluruh wilayah Indonesia. Saat ini, jumlah Puskesmas di seluruh Indonesia adalah 7.550 unit, Puskesmas Pembantu 22.002 unit dan Puskesmas keliling 6.132 unit. Meskipun fasilitas pelayanan kesehatan dasar tersebut terdapat di semua kecamatan, namun pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan masih menjadi kendala. Fasilitas ini belum sepenuhnya dapat dijangkau oleh masyarakat, terutama terkait dengan biaya dan jarak transportasi. Fasilitas pelayanan kesehatan lainnya adalah Rumah Sakit yang terdapat di hampir semua kabupaten/kota, namun sistem rujukan pelayanan kesehatan perorangan belum dapat berjalan dengan optimal.

Ketersediaan mutu, keamanan obat, dan perbekalan kesehatan masih belum optimal serta belum dapat dijangkau dengan mudah oleh masyarakat. Dalam hal tenaga kesehatan, Indonesia mengalami kekurangan pada hampir semua jenis tenaga kesehatan yang diperlukan. Permasalahan besar tentang SDM adalah inefisiensi dan inefektivitas SDM dalam menanggulangi masalah kesehatan. Walaupun rasio SDM kesehatan telah meningkat, tetapi masih jauh dari target Indonesia Sehat 2010 dan variasinya antar daerah masih tajam. Dengan produksi SDM kesehatan dari institusi pendidikan saat ini, target tersebut sulit untuk dicapai.

MASALAH KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA

Dewasa ini di Indonesia terdapat beberapa masalah kesehatan penduduk yang masih perlu mendapat perhatian secara sungguh-sungguh dari semua pihak karena dampaknya akan mempengaruhi kualitas bahan baku sumber daya manusia Indonesia di masa yang akan datang. Di negara kita mereka yang mempunyai penyakit diperkirakan 15% sedangkan yang merasa sehat atau tidak sakit adalah selebihnya atau 85%. Selama ini nampak bahwa perhatian yang lebih besar ditujukan kepada mereka yang sakit. Sedangkan mereka yang berada di antara sehat dan sakit tidak banyak mendapat upaya promosi. Untuk itu, dalam penyusunan prioritas anggaran, peletakan perhatian dan biaya sebesar 85 % seharusnya diberikan kepada 85% masyarakat sehat yang perlu mendapatkan upaya promosi kesehatan.

Dengan adanya tantangan seperti tersebut di atas maka diperlukan suatu perubahan paradigma dan konsep pembangunan kesehatan. Beberapa permasalahan dan tantangan yang dihadapi dalam pembangunan kesehatan antara lain :

1. Status kesehatan penduduk miskin masih rendah.
2. Beban ganda penyakit. Dimana pola penyakit yang diderita oleh masyarakat adalah penyakit infeksi menular dan pada waktu yang bersamaan terjadi peningkatan penyakit tidak menular, sehingga Indonesia menghadapi beban ganda pada waktu yang bersamaan (double burden)
3. Kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan masih rendah.
4. Terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusinya tidak merata.
5. Perilaku masyarakat yang kurang mendukung pola hidup bersih dan sehat.
6. Kinerja pelayanan kesehatan yang rendah.
7. Rendahnya kondisi kesehatan lingkungan. Masih rendahnya kondisi kesehatan lingkungan juga berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat. Kesehatan lingkungan merupakan kegiatan lintas sektor belum dikelola dalam suatu sistem kesehatan kewilayahan.
8. Lemahnya dukungan peraturan perundang-undangan, kemampuan sumber daya manusia, standarisasi, penilaian hasil penelitian produk, pengawasan obat tradisional, kosmetik, produk terapeutik/obat, obat asli Indonesia, dan sistem informasi.

STRATEGI PARADIGMA KESEHATAN

Paradigma berkembang sebagai hasil pemikiran dalam kesadaran manusia terhadap informasi-informasi yang diperoleh baik dari pengalaman ataupun dari penelitian. Memasuki era reformasi untuk Indonesia baru telah terjadi perubahan pola pikir dan konsep dasar strategis pembangunan kesehatan dalam bentuk paradigma sehat. Sebelumnya pembangunan kesehatan cenderung menggunakan paradigma sakit dengan menekankan upaya-upaya pengobatan (kuratif) terhadap masyarakat Indonesia.

Perubahan paradigma kesehatan dan pengalaman kita dalam menangani masalah kesehatan di waktu yang lalu, membuat kita melihat kembali prioritas dan penekanan program dalam upaya meningkatkan kesehatan penduduk yang akan menjadi pelaku utama dan mempertahankan kesinambungan pembangunan. Indonesia yang menjadi sumber daya manusia sehat dan produktif harus berpikir dan agak berbeda dengan apa yang kita lakukan sekarang. Pembangunan penduduk yang sehat tidak bisa dilakukan melalui pengobatan yang sedikit saja. Perubahan paradigma perlu dilakukan adalah paradigma atau konsep yang semula menekankan pada penyembuhan penyakit berupa pengobatan dan meringankan beban penyakit diubah ke arah upaya peningkatan kesehatan dari sebagian besar masyarakat yang belum jatuh sakit agar bisa lebih berkontribusi dalam pembangunan.

Paradigma sehat mempunyai orientasi dimana upaya peningkatan kesehatan masyarakat dititik beratkan pada :

1. Promosi kesehatan, peningkatan vitalitas penduduk yang tidak sakit (85%) agar lebih tahan terhadap penyakit melalui olah raga, fitness dan vitamin.
2. Pencegahan penyakit melalui imunisasi pada ibu hamil, bayi dan anak.
3. Pencegahan pengendalian penanggulangan, pencemaran lingkungan serta perlindungan masyarakat terhadap pengaruh buruk (melalui perubahan perilaku).
4. Memberi pengobatan bagi penduduk yang sakit, (15%) melalui pelayanan medis.

Paradigma sehat merupakan strategi pembangunan kesehatan untuk semua sehat di tahun 2010, dimana mengarah kepada mempertahankan kondisi sehat dan tidak sakit dan produktif yang dikenal dengan upaya promotif dan preventif ketimbang upaya kuratif yang hanya menekankan pada upaya penanganan orang-orang sakit.

UPAYA PROGRAM KESEHATAN

Dalam upaya kesehatan program yang diperlukan adalah program kesehatan yang lebih “efektif” yaitu program kesehatan yang mempunyai model-model pembinaan kesehatan (Health Development Model) sebagai paradigma pembangunan kesehatan yang diharapkan mampu menjawab tantangan sekaligus memenuhi program upaya kesehatan. Model ini menekankan pada upaya kesehatan dan mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

1. Mempersiapkan bahan baku sumber daya manusia yang berkualitas untuk 20-25 tahun mendatang.
2. Meningkatkan produktivitas sumber daya manusia yang ada.
3. Melindungi masyarakat luas dari pencemaran melalui upaya promotif-preventif-protektif dengan pendekatan pro-aktif.
4. Memberi pelayanan kesehatan dasar bagi yang sakit.
5. Promosi kesehatan yang memungkinkan penduduk mencapai potensi kesehatannya secara penuh (peningkatan vitalitas) penduduk yang tidak sakit (85%) agar lebih tahan terhadap penyakit.
6. Pencegahan penyakit melalui imunisasi : bumil (ibu hamil), bayi, anak, dan juga melindungi masyarakat dari pencemaran.
7. Pencegahan, pengendalian, penanggulangan pencemaran lingkungan serta perlindungan masyarakat terhadap pengaruh lingkungan buruk (melalui perubahan perilaku)
8. Penggerakan peran serta masyarakat.
9. Penciptaan lingkungan yang memungkinkan masyarakat dapat hidup dan bekerja secara sehat.
10. Pendekatan multi sektor dan inter disipliner.
11. Pengembangan kebijakan yang dapat memberi perlindungan pada kepentingan kesehatan masyarakat luas (tidak merokok di tempat umum).
12. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dasar bagi yang sakit.

Upaya kesehatan seperti tersebut di atas tidak lain merupakan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan yang berorientasi pada upaya pencegahan yang sesuai dengan konsep paradigma baru.

Perubahan paradigma kesehatan yang kini lebih menekankan pada upaya promotif-preventif dibandingkan dengan upaya kuratif dan rehabilitatif diharapkan

merupakan titik balik kebijakan Depkes dalam menangani kesehatan penduduk yang berarti program kesehatan yang menitikberatkan pada pembinaan kesehatan bangsa bukan sekedar penyembuhan penyakit. Upaya kesehatan di masa datang harus mampu menciptakan dan menghasilkan SDM Indonesia yang sehat produktif sehingga obsesi upaya kesehatan harus dapat mengantarkan setiap penduduk memiliki status kesehatan yang cukup.

UPAYA TENAGA KESEHATAN

Peranan dokter, dokter gigi, perawat dan bidan dalam upaya kesehatan yang menekankan penyembuhan penyakit adalah sangat penting. Sebaliknya tenaga kesehatan yang menekankan masalah preventif dan promotif adalah sarjana kesehatan masyarakat yang juga sangat penting. Pengelolaan upaya kesehatan dan pembinaan bangsa yang sehat memerlukan pendekatan holistik yang lebih luas, menyeluruh, dan dilakukan terhadap masyarakat secara kolektif dan tidak individual. Tenaga kesehatan harus mampu mengajak, memotivasi dan memberdayakan masyarakat, mampu melibatkan kerja sama lintas sektoral, mampu mengelola sistem pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif, mampu menjadi pemimpin, pelopor, pembinaan dan teladan hidup sehat. Dalam pembinaan dan pemberdayaan masyarakat yang sangat penting adalah bagaimana mengajak dan menggairahkan masyarakat untuk dapat tertarik dan bertanggungjawab atas kesehatan mereka sendiri dengan memobilisasi sumber dana yang ada pada mereka.

PENYELENGGARAAN UPAYA KESEHATAN MASYARAKAT

1. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat Esensial.

a. Pelayanan Promosi Kesehatan.

Program promosi kesehatan dilaksanakan untuk meningkatkan pengetahuan dan menumbuhkan sikap positif (kemauan) dan perilaku (kesadaran) individu, keluarga dan masyarakat secara mandiri untuk memelihara, meningkatkan dan melindungi kesehatan sendiri dan lingkungannya.

b. Pelayanan Gizi.

Pelayanan gizi dilaksanakan dengan tujuan untuk meningkatkan status gizi masyarakat melalui penemuan dan perbaikan.

c. Pelayanan KIA –KB.

Pelayanan kesehatan Ibu dan anak bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan ibu dan anak sejak dalam kandungan. Sasaran programnya adalah ibu hamil, ibu melahirkan dan bayinya serta ibu menyusui dan wanita usia subur.

d. Pelayanan Kesehatan Lingkungan.

Tujuan pelayanan kesehatan lingkungan adalah untuk mewujudkan lingkungan hidup yang sehat agar masyarakat terlindungi dari ancaman dan bahaya penyakit yang berasal dari lingkungan.

e. Pelayanan Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit.

Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit bertujuan untuk secara dini mencegah terjadinya suatu penyakit. Upaya ini dilakukan dengan pemberian ketahanan tubuh sejak usia dini maupun pada ibu hamil, serta pengendalian vektor. Kegiatan yang dilaksanakan dalam upaya Pencegahan dan Pemberantas Penyakit adalah :

- 1) Pemberian himbauan bahaya DBD dan TBC dalam bentuk spanduk di depan puskesmas Madurejo
- 2) KIE di setiap kunjungan di poli, terutama pasien dengan suspek
- 3) Penyuluhan kelompok rentan untuk TBC
- 4) Himbauan massal se wilayah puskesmas Madurejo untuk seluruh desa dan RT untuk mengadakan upaya 3M bersama dalam rangka peberantasan jentik setiap mendekati musim panca roba
- 5) Penelitian Epidemiologi kasus DBD
- 6) Fogging massal
- 7) Pemantauan jentik berkala
- 8) Abatisasi berkala
- 9) Pembinaan dan koordinasi rutin dengan jumantik

2. Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat Pengembangan.

a. Pelayanan Kesehatan Lansia meliputi :

- 1) Pelayanan kesehatan di posbindu lansia. Pelayanan berupa pemeriksaan kesehatan dasar, intervensi laboratorium bila dibutuhkan, dan penyuluhan.

- 2) Terdapat 3 buah posbindu di wilayah Madurejo, yaitu Posbindu Senja Sejahtera di kelurahan Madurejo, posbindu Sehat Mandiri di kelurahan Sidorejo dan Posbindu Mawar di Desa Pasir Panjang.
 - 3) Senam Lansia bersama.
- b. Pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR)
- Pelayanan kesehatan peduli remaja (PKPR) di puskesmas Madurejo meliputi dalam gedung dan luar gedung. Pelayanan dalam gedung berupa pelaksanaan program “SANTUN PELAJAR”, yaitu program dimana kita memprioritaskan memberi pelayanan kepada Pelajar terlebih dahulu dibanding yang lain dengan persyaratan yang sudah di sepakati.



BAB 5

KESEHATAN LINGKUNGAN

POKOK BAHASAN :

1. Konsep dan Batasan Kesehatan Lingkungan
 2. Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan
 3. Sasaran Kesehatan Lingkungan
 4. Sejarah Perkembangan Kesehatan Lingkungan
 5. Konsep Hubungan antara Host – Agent –
Environmental
 6. Masalah-Masalah Kesehatan Lingkungan di
Indonesia
 7. Healthy City (Kabupaten/Kota Sehat)
- 

KONSEP DAN BATASAN KESEHATAN LINGKUNGAN

1. Pengertian kesehatan

a. Menurut **WHO**

“Keadaan yg meliputi kesehatan fisik, mental, dan sosial yg tidak hanya berarti suatu keadaan yg bebas dari penyakit dan kecacatan.”

b. Menurut **UU No 23 / 1992 ttg kesehatan**

“Keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.”

2. Pengertian lingkungan

Menurut Encyclopaedia of science & technology (1960)

“ Sejumlah kondisi di luar dan mempengaruhi kehidupan dan perkembangan organisme.”

Menurut Encyclopaedia Americana (1974)

“ Pengaruh yang ada di atas/sekeliling organisme.”

Menurut A.L. Slamet Riyadi (1976)

“ Tempat pemukiman dengan segala sesuatunya dimana organismenya hidup beserta segala keadaan dan kondisi yang secara langsung maupun tidak dpt diduga ikut mempengaruhi tingkat kehidupan maupun kesehatan dari organisme itu.”

3. Pengertian kesehatan lingkungan

Menurut HAKLI (Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia)

“ Suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia.”

Menurut WHO (World Health Organization)

“Suatu keseimbangan ekologi yang harus ada antara manusia dan lingkungan agar dapat menjamin keadaan sehat dari manusia.”

Menurut kalimat yang merupakan gabungan (sintesa dari Azrul Azwar, Slamet Riyadi, WHO dan Sumengen)

“ Upaya perlindungan, pengelolaan, dan modifikasi lingkungan yang diarahkan menuju keseimbangan ekologi pd tingkat kesejahteraan manusia yang semakin meningkat.”

RUANG LINGKUP KESEHATAN LINGKUNGAN

1. Menurut WHO ada 17 ruang lingkup kesehatan lingkungan :

- 1) Penyediaan Air Minum
- 2) Pengelolaan air Buangan dan pengendalian pencemaran
- 3) Pembuangan Sampah Padat
- 4) Pengendalian Vektor
- 5) Pencegahan/pengendalian pencemaran tanah oleh ekskreta manusia
- 6) Higiene makanan, termasuk higiene susu
- 7) Pengendalian pencemaran udara
- 8) Pengendalian radiasi
- 9) Kesehatan kerja
- 10) Pengendalian kebisingan
- 11) Perumahan dan pemukiman
- 12) Aspek kesling dan transportasi udara
- 13) Perencanaan daerah dan perkotaan
- 14) Pencegahan kecelakaan
- 15) Rekreasi umum dan pariwisata
- 16) Tindakan-tindakan sanitasi yang berhubungan dengan keadaan epidemi/wabah, bencana alam dan perpindahan penduduk.
- 17) Tindakan pencegahan yang diperlukan untuk menjamin lingkungan.

2. Menurut Pasal 22 ayat (3) UU No 23 tahun 1992 ruang lingkup kesling ada 8 :

- 1) Penyehatan Air dan Udara
- 2) Pengamanan Limbah padat/sampah
- 3) Pengamanan Limbah cair
- 4) Pengamanan limbah gas
- 5) Pengamanan radiasi
- 6) Pengamanan kebisingan
- 7) Pengamanan vektor penyakit
- 8) Penyehatan dan pengamanan lainnya : Misal Pasca bencana.

SASARAN KESEHATAN LINGKUNGAN (PASAL 22 AYAT (2) UU 23/1992

1. Tempat umum : hotel, terminal, pasar, pertokoan, dan usaha-usaha yang sejenis
2. Lingkungan pemukiman : rumah tinggal, asrama/yang sejenis
3. Lingkungan kerja : perkantoran, kawasan industri/yang sejenis.
4. Angkutan umum : kendaraan darat, laut dan udara yang digunakan untuk umum.
5. Lingkungan lainnya : misalnya yang bersifat khusus seperti lingkungan yang berada dlm keadaan darurat, bencana perpindahan penduduk secara besar2an, reaktor/tempat yang bersifat khusus.

SEJARAH PERKEMBANGAN KESEHATAN LINGKUNGAN

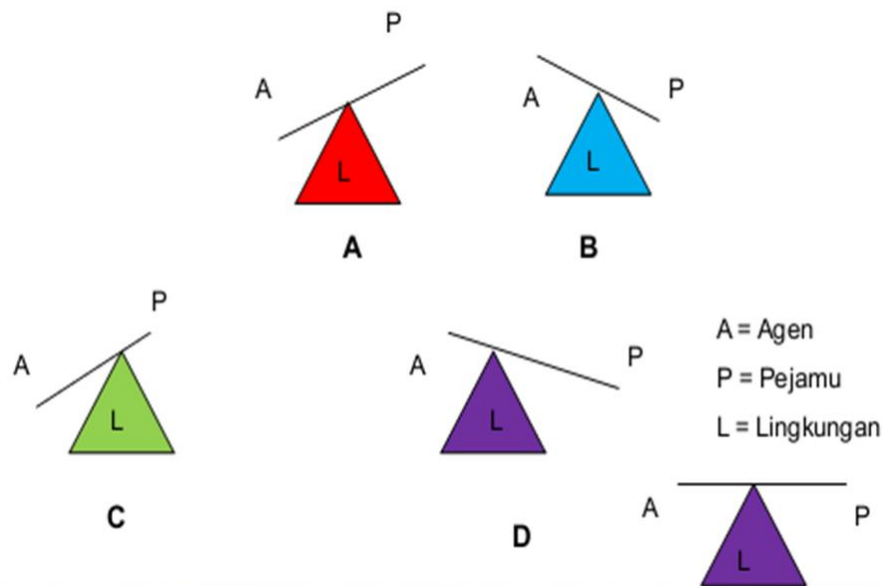
1. Sebelum Orba
 - a. Th 1882 : UU ttg hygiene dlm Bahasa Belanda.
 - b. Th 1924 Atas Prakarsa Rochefeller foundation didirikan Rival Hygiene Work di Banyuwangi dan Kebumen.
 - c. Th 1956 : Integrasi usaha pengobatan dan usaha kesehatan lingkungan di Bekasi hingga didirikan Bekasi Training Centre
 - d. Prof. Muchtar memelopori tindakan kesehatan lingkungan di Pasar Minggu.
 - e. Th 1959 : Dicanangkan program pemberantasan Malaria sebagai program kesehatan lingkungan di tanah air (12 Nopember = Hari Kesehatan Nasional)
2. Setelah Orba
 - a. Th 1968 : Program kesehatan lingkungan masuk dalam upaya pelayanan Puskesmas
 - b. Th 1974 : Inpres Samijaga (Sarana Air Minum dan Jamban Keluarga)
 - c. Adanya Program Perumnas, Proyek Husni Thamrin, Kampanye Keselamatan dan kesehatan kerja, dll.

KONSEP HUBUNGAN INTERAKSI ANTARA HOST - AGENT ENVIRONMENTAL

1. Tiga komponen/faktor yang berperan dalam menimbulkan penyakit Model Ecology (JHON GORDON).

- Agent (Agen/penyebab) : adalah penyebab penyakit pada manusia
- Host (tuan Rumah/Induk semang/penjamu/pejamu) adalah manusia yang ditumpangi penyakit.
- Lingkungan/environmental : Segala sesuatu yang berada di luar kehidupan organisme Cth : Lingkungan Fisik, Kimia, Biologi.

Interaksi antara agent, host dan lingkungan serta model ekologi adalah sebagai berikut :

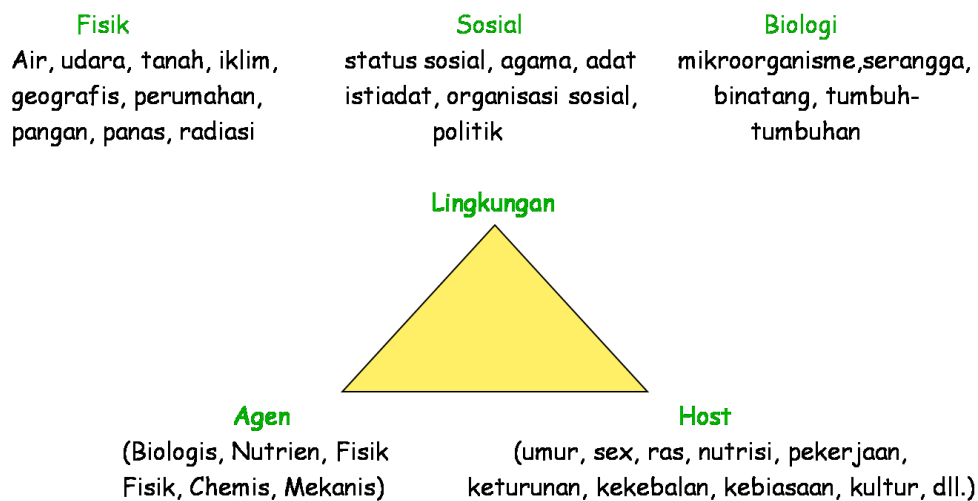


Gambar. 1 Interaksi antara agent, Host & Lingkungan

- Interaksi antara agen penyakit dan lingkungan
 - Keadaan dimana agen penyakit langsung dipengaruhi oleh lingkungan dan terjadi pada saat pre-patogenesis dari suatu penyakit.
 - Misalnya: Viabilitas bakteri terhadap sinar matahari, stabilitas vitamin sayuran di ruang pendingin, penguapan bahan kimia beracun oleh proses pemanasan.
- Interaksi antara Host dan Lingkungan
 - Keadaan dimana manusia langsung dipengaruhi oleh lingkungannya pada fase pre-patogenesis.

- b. Misalnya: Udara dingin, hujan, dan kebiasaan membuat dan menyediakan makanan.
- C. Interaksi antara Host dan Agen penyakit
 - a. Keadaan dimana agen penyakit menetap, berkembang biak dan dapat merangsang manusia untuk menimbulkan respon berupa gejala penyakit.
 - b. Misalnya: Demam, perubahan fisiologis dari tubuh, pembentukan kekebalan, atau mekanisme pertahanan tubuh lainnya.
 - c. Interaksi yang terjadi dapat berupa sembuh sempurna, cacat, ketidakmampuan, atau kematian.
- D. Interaksi Agen penyakit, Host dan Lingkungan
 - a. Keadaan dimana agen penyakit, manusia, dan lingkungan bersama-sama saling mempengaruhi dan memperberat satu sama lain, sehingga memudahkan agen penyakit baik secara langsung atau tidak langsung masuk ke dalam tubuh manusia.
 - b. Misalnya: Pencemaran air sumur oleh kotoran manusia, dapat menimbulkan Water Borne Disease

2. Karakteristik 3 komponen/ faktor yang berperan dalam menimbulkan penyakit



Gambar.1 Trias Epidemiologi

a. Karakteristik Lingkungan

- 1) Fisik : Air, Udara, Tanah, Iklim, Geografis, Perumahan, Pangan, Panas, radiasi.
- 2) Sosial : Status sosial, agama, adat istiadat, organisasi sosial politik, dll.
- 3) Biologis : Mikroorganisme, serangga, binatang, tumbuh-tumbuhan.

b. Karakteristik Agent/penyebab penyakit

Agent penyakit dapat berupa agent hidup atau agent tidak hidup. Agent penyakit dapat dikualifikasikan menjadi 5 kelompok, yaitu :

1) Agent biologis

Beberapa penyakit beserta penyebab spesifiknya

Jenis agent	Spesies agent	Nama penyakit
Metazoa	<i>Ascaris lumbricoides</i>	Ascariasis
Protozoa	<i>Plasmodium vivax</i>	Malaria Quartana
Fungi	<i>Candida albicans</i>	Candidiasis
Bakteri	<i>Salmonella typhi</i>	Typhus abdominalis
Rickettsia	<i>Rickettsia tsutsugamushi</i>	Scrub typhus
Virus	<i>Virus influenza</i>	Influenza

2) Agent nutrien : protein, lemak, karbohidrat, vitamin, mineral, dan air.

3) Agent fisik : suhu, kelembaban, kebisingan, radiasi, tekanan, panas.

4) Agent chemis/kimia : eksogen contoh ; alergen,gas, debu, endogen contoh ; metabolit, hormon.

5) Agent mekanis : gesekan, pukulan, tumbukan, yang dapat menimbulkan kerusakan jaringan.

c. Karakteristik Host/pejamu

Faktor manusia sangat kompleks dalam proses terjadinya penyakit dan tergantung dari karakteristik yang dimiliki oleh masing – masing individu, yakni

1) Umur : penyakit arterosklerosis pada usia lanjut, penyakit kanker pada usia pertengahan

2) Seks : resiko kehamilan pada wanita, kanker prostat pada laki-laki

3) Ras : sickle cell anemia pada ras negro

4) Genetik : buta warna, hemofilia, diabetes, thalassemia

5) Pekerjaan : asbestosis, bysinosis.

6) Nutrisi : gizi kurang menyebabkan TBC, obesitas, diabetes

7) Status kekebalan : kekebalan terhadap penyakit virus yang tahan lama dan seumur hidup.

8) Adat istiadat : kebiasaan makan ikan mentah menyebabkan cacing hati.

9) Gaya hidup : merokok, minum alkohol

10) Psikis : stress menyebabkan hipertensi, ulkus peptikum, insomnia.

MASALAH-MASALAH KESEHATAN LINGKUNGAN DI INDONESIA

1. Air Bersih

- a. Air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila telah dimasak. Air minum adalah air yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum.
- b. Syarat-syarat Kualitas Air Bersih diantaranya adalah sebagai berikut :
- c. Syarat Fisik : Tidak berbau, tidak berasa, dan tidak berwarna
- d. Syarat Kimia : Kadar Besi : maksimum yang diperbolehkan 0,3 mg/l, Kesadahan (maks 500 mg/l)
- e. Syarat Mikrobiologis : Koliform tinja/total koliform (maks 0 per 100 ml air)

2. Pembuangan Kotoran/Tinja

- a. Metode pembuangan tinja yang baik yaitu dengan jamban dengan syarat sebagai berikut :
- b. Tanah permukaan tidak boleh terjadi kontaminasi
- c. Tidak boleh terjadi kontaminasi pada air tanah yang mungkin memasuki mata air atau sumur
- d. Tidak boleh terkontaminasi air permukaan
- e. Tinja tidak boleh terjangkau oleh lalat dan hewan lain
- f. Tidak boleh terjadi penanganan tinja segar ; atau, bila memang benar-benar diperlukan, harus dibatasi seminimal mungkin.
- g. Jamban harus bebas dari bau atau kondisi yang tidak sedap dipandang.
- h. Metode pembuatan dan pengoperasian harus sederhana dan tidak mahal.

3. Kesehatan Pemukiman

- a. Secara umum rumah dapat dikatakan sehat apabila memenuhi kriteria sebagai berikut :
- b. Memenuhi kebutuhan **fisiologis**, yaitu : pencahayaan, penghawaan dan ruang gerak yang cukup, terhindar dari kebisingan yang mengganggu.
- c. Memenuhi kebutuhan **psikologis**, yaitu : privacy yang cukup, komunikasi yang sehat antar anggota keluarga dan penghuni rumah
- d. Memenuhi persyaratan **pencegahan penularan penyakit** antarpenghuni rumah dengan penyediaan air bersih, pengelolaan tinja dan limbah rumah tangga, bebas

vektor penyakit dan tikus, kepadatan hunian yang tidak berlebihan, cukup sinar matahari pagi, terlindungnya makanan dan minuman dari pencemaran, disamping pencahayaan dan penghawaan yang cukup.

- e. Memenuhi persyaratan **pencegahan terjadinya kecelakaan** baik yang timbul karena keadaan luar maupun dalam rumah antara lain persyaratan garis sempadan jalan, konstruksi yang tidak mudah roboh, tidak mudah terbakar, dan tidak cenderung membuat penghuninya jatuh tergelincir.

4. **Pembuangan Sampah**

- a. Teknik pengelolaan sampah yang baik harus memperhatikan faktor-faktor/unsur :
 - b. Penimbunan sampah. Faktor-faktor yang mempengaruhi produksi sampah adalah jumlah penduduk dan kepadatannya, tingkat aktivitas, pola kehidupan/tk sosial ekonomi, letak geografis, iklim, musim, dan kemajuan teknologi.
 - c. Penyimpanan sampah.
 - d. Pengumpulan, pengolahan dan pemanfaatan kembali.
 - e. Pengangkutan
 - f. Pembuangan
 - g. Dengan mengetahui unsur-unsur pengelolaan sampah, kita dapat mengetahui hubungan dan urgensinya masing-masing unsur tersebut agar kita dapat memecahkan masalah-masalah ini secara efisien.

5. **Serangga dan Binatang Pengganggu**

Serangga sebagai reservoir (habitat dan *suviyal*) bibit penyakit yang kemudian disebut sebagai vektor misalnya : pinjal tikus untuk penyakit pes/sampar, Nyamuk *Anopheles* sp untuk penyakit Malaria, Nyamuk *Aedes* sp untuk Demam Berdarah Dengue (DBD), Nyamuk *Culex* sp untuk Penyakit Kaki Gajah/Filariasis. Penanggulangan/pencegahan dari penyakit tersebut diantaranya dengan merancang rumah/tempat pengelolaan makanan dengan *rat proff* (rapat tikus), Kelambu yang dicelupkan dengan pestisida untuk mencegah gigitan Nyamuk *Anopheles* sp, Gerakan 3 M (menguras mengubur dan menutup) tempat penampungan air untuk mencegah penyakit DBD, Penggunaan kasa pada lubang angin di rumah atau dengan pestisida untuk mencegah penyakit kaki gajah dan usaha-usaha sanitasi.

Binatang pengganggu yang dapat menularkan penyakit misalnya anjing dapat menularkan penyakit rabies/anjing gila. Kecoa dan lalat dapat menjadi perantara perpindahan bibit penyakit ke makanan sehingga menimbulkan diare. Tikus dapat

menyebabkan Leptospirosis dari kencing yang dikeluarkannya yang telah terinfeksi bakteri penyebab.

6. Makanan dan Minuman

- a. Sasaran higene sanitasi makanan dan minuman adalah restoran, rumah makan, jasa boga dan makanan jajanan (diolah oleh pengrajin makanan di tempat penjualan dan atau disajikan sebagai makanan siap santap untuk dijual bagi umum selain yang disajikan jasa boga, rumah makan/restoran, dan hotel).
- b. Persyaratan hygiene sanitasi makanan dan minuman tempat pengelolaan makanan meliputi :
- c. Persyaratan lokasi dan bangunan;
- d. Persyaratan fasilitas sanitasi;
- e. Persyaratan dapur, ruang makan dan gudang makanan;
- f. Persyaratan bahan makanan dan makanan jadi;
- g. Persyaratan pengolahan makanan;
- h. Persyaratan penyimpanan bahan makanan dan makanan jadi;
- i. Persyaratan peralatan yang digunakan.

7. Pencemaran Lingkungan

Pencemaran lingkungan diantaranya pencemaran air, pencemaran tanah, pencemaran udara. Pencemaran udara dapat dibagi lagi menjadi indoor air pollution dan out door air pollution. Indoor air pollution merupakan problem perumahan/pemukiman serta gedung umum, bis kereta api, dll. Masalah ini lebih berpotensi menjadi masalah kesehatan yang sesungguhnya, mengingat manusia cenderung berada di dalam ruangan ketimbang berada di jalanan. Diduga akibat pembakaran kayu bakar, bahan bakar rumah tangga lainnya merupakan salah satu faktor resiko timbulnya infeksi saluran pernafasan bagi anak balita. Mengenai masalah out door pollution atau pencemaran udara di luar rumah, berbagai analisis data menunjukkan bahwa ada kecenderungan peningkatan. Beberapa penelitian menunjukkan adanya perbedaan resiko dampak pencemaran pada beberapa kelompok resiko tinggi penduduk kota dibanding pedesaan. Besar resiko relatif tersebut adalah 12,5 kali lebih besar. Keadaan ini, bagi jenis pencemar yang akumulatif, tentu akan lebih buruk di masa mendatang. Pembakaran hutan untuk dibuat lahan pertanian atau sekedar diambil kayunya ternyata membawa dampak serius, misalnya infeksi saluran pernafasan akut, iritasi pada mata, terganggunya jadwal penerbangan, terganggunya ekologi hutan.

Penyebab masalah kesehatan lingkungan di Indonesia

1. Pertambahan dan kepadatan penduduk.
2. Keanekaragaman sosial budaya dan adat istiadat dari sebagian besar penduduk.
3. Belum memadainya pelaksanaan fungsi manajemen.

Hubungan dan pengaruh kondisi lingkungan terhadap kesehatan masyarakat di perkotaan dan pemukiman

Contoh hubungan dan pengaruh kondisi lingkungan terhadap kesehatan masyarakat di perkotaan dan pemukiman diantaranya sebagai berikut :

1. Urbanisasi >>> kepadatan kota >>> keterbatasan lahan >>> daerah slum/kumuh >>> sanitasi kesehatan lingkungan buruk
2. Kegiatan di kota (industrialisasi) >>> menghasilkan limbah cair >>> dibuang tanpa pengolahan (ke sungai) >>> sungai dimanfaatkan untuk mandi, cuci, kakus >>> penyakit menular.
3. Kegiatan di kota (lalu lintas alat transportasi) >>> emisi gas buang (asap) >>> mencemari udara kota >>> udara tidak layak dihirup >>> penyakit ISPA.

HEALTHY CITY (KABUPATEN/KOTA SEHAT)

Dalam tatanan desentralisasi/otonomi daerah di bidang kesehatan, pencapaian Visi Indonesia Sehat 2010 ditentukan oleh pencapaian Visi Pembangunan Kesehatan setiap provinsi (yaitu Provinsi sehat). Khusus untuk Kabupaten/Kota, penetapan indikator hendaknya mengacu kepada indikator yang tercantum dalam Standard Pelayanan Minimal (SPM) Bidang Kesehatan. **SPM ini dimasukkan sebagai bagian dari Indikator Kabupaten/Kota Sehat.** Kemudian ditambah ha-hal spesifik yang hanya dijumpai/dilaksanakan di Kabupaten/Kota yang bersangkutan. Misalnya Kota/Kabupaten yang area pertaniannya luas dicantumkan indikator pemakaian pestisida. Lima diantara 16 indikator merupakan Perilaku yang berhubungan dengan Kesehatan Lingkungan, yaitu :

1. Menggunakan Air Bersih untuk kebutuhan sehari-hari
2. Menggunakan jamban yang memenuhi syarat kesehatan
3. Membuang sampah pada tempat yang disediakan
4. Membuang air limbah pada saluran yang memenuhi syarat
5. Mencuci tangan sebelum makan dan sesudah buang air besar.

Terdapat juga Penilaian Rumah Sehat, lengkapan yaitu rumah yang digunakan orang untuk tempat berlindung yang termasuk juga fasilitas dan pelayanan yang diperlukan, perlengkapan yang berguna untuk kesehatan jasmani dan rohani, serta keadaan sosial yang baik untuk keluarga dan perorangan. Indikator rumah Sehat adalah sebagai berikut:

1. Letak rumah yang sehat

- a. Tidak didirikan di dekat tempat sampah yang dikumpulkan atau yang dibuang
- b. Dekat dengan air bersih
- c. Jarak kurang lebih 100 meter dari tempat buangan sampah
- d. Dekat sarana pembersihan
- e. Di tempat di mana air hujan dan air kotor tidak menggenang

2. Ruang yang sehat

Cukup luas ditempati, cukup bersih, cukup penerangan alami dalam rumah (dapat membaca koran tanpa penerangan tambahan di pagi hari)

3. Tata ruang yang sehat

- a. Disediakan cara tersendiri untuk membuang air limbah atau mungkin untuk menyirami tanaman-tanaman di kebun
- b. Disediakan tempat khusus untuk pembuangan sampah padat
- c. Terdapat tempat khusus (kandang diluar rumah) untuk binatang peliharaan
- d. Bebas dari binatang penular antara lain bebas jentik, bebas tikus dan bebas kecoa

4. Ventilasi atau sirkulasi udara yang lancar

- a. Ruang yang cukup di mana penghuninya tidak terlalu banyak, terutama saat mereka sedang tidur
- b. Kandang oeliharaan sekurang-kurangnya 10 meter dari rumah
- c. Terdapat tempat untuk mandi dan mencuci pakaian serta alat-alat rumah tangga lainnya dengan limbah rumah tangga digunakan untuk menyirami tanaman di halamam atau kebun
- d. Mempunyai tempat khusus untuk menyimpan makanan dan minuman yang mudah dijangkau serta aman dari debu, tikus, serangga dan binatang lainnya
- e. Mempunyai tempat khusus memasak serta lubang atau saluran pembuangan asap
- f. Mempunyai jendela yang memungkinkan udara segar masuk sehingga udara kotor atau asap yang berada di dalam segera terbawa keluar
- g. Memiliki tempat-tempat terlindung guna menyimpan barang-barang atau apapun yang harus dijauhkan dari jangkauan anak-anak

5. Lantai dan dinding yang aman

- a. Mudah dibersihkan
- b. Permukaan halus atau rata
- c. Lantai terbuat dari kayu, bambu, ubin atau pester

Selain Rumah Tangga sehat terdapat pula point “R” yakni **Pelayanan Kesehatan Lingkungan** dimana item pertama (**Institusi yang dibina**) meliputi RS, Puskesmas, Sekolah, Instalasi Pengolahan Air Minum, Perkantoran, Industri Rumah Tangga dan Industri Kecil serta tempat penampungan pengungsi. Institusi yang dibina tersebut adalah unit kerja yang dalam memberikan pelayanan/jasa potensial menimbulkan resiko/dampak kesehatan.



BAB 6

KESEHATAN & KESELAMATAN KERJA

POKOK BAHASAN :

1. Definisi & Tujuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja
 2. Kebijakan Penerapan Kesehatan & Keselamatan Kerja di Era Global
 3. Kecelakaan Kerja
 4. Ergonomi
 5. Penyakit Akibat Kerja
 6. Psikologi Kerja
- 

DEFINISI DAN TUJUAN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA

1. Menurut Sumakmur (1988) **Kesehatan Kerja** adalah spesialisasi dalam ilmu kesehatan/kedokteran beserta prakteknya yang bertujuan, agar pekerja/masyarakat pekerja beserta memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, baik fisik, atau mental, maupun sosial, dengan usaha-usaha preventif dan kuratif, terhadap penyakit-penyakit/gangguan –gangguan kesehatan yang diakibatkan faktor-faktor pekerjaan dan lingkungan kerja, serta terhadap penyakit-penyakit umum. Keselamatan kerja sama dengan Hygiene Perusahaan.

Kesehatan kerja memiliki sifat sebagai berikut :

- a. Sasarannya adalah manusia
 - b. Bersifat medis.
2. **Keselamatan Kerja** adalah keselamatan yang bertalian dengan mesin, pesawat, alat kerja, bahan, dan proses pengolahannya, landasan tempat kerja dan lingkungannya serta cara-cara melakukan pekerjaan (Sumakmur, 1993). Keselamatan kerja memiliki sifat sebagai berikut :

- a. Sasarannya adalah lingkungan kerja
- b. Bersifat teknik.

Pengistilahan Keselamatan dan Kesehatan kerja (atau sebaliknya) bermacam macam ; ada yang menyebutnya Higiene Perusahaan dan Kesehatan Kerja (Hyperkes) dan ada yang hanya disingkat K3, dan dalam istilah asing dikenal *Occupational Safety and Health*.

3. Tujuan K3

Tujuan umum dari K3 adalah menciptakan tenaga kerja yang sehat dan produktif.

Tujuan hyperkes dapat dirinci sebagai berikut (Rachman, 1990) :

- a. Agar tenaga kerja dan setiap orang berada di tempat kerja selalu dalam keadaan sehat dan selamat.
 - b. Agar sumber-sumber produksi dapat berjalan secara lancar tanpa adanya hambatan.
4. **Ruang Lingkup K3**

Ruang lingkup hyperkes dapat dijelaskan sebagai berikut (Rachman, 1990) :

- a. Kesehatan dan keselamatan kerja diterapkan di semua tempat kerja yang di dalamnya melibatkan aspek manusia sebagai tenaga kerja, bahaya akibat kerja dan usaha yang dikerjakan.

- b. Aspek perlindungan dalam hyperkes meliputi :
- 1) Tenaga kerja dari semua jenis dan jenjang keahlian
 - 2) Peralatan dan bahan yang dipergunakan
 - 3) Faktor-faktor lingkungan fisik, biologi, kimiawi, maupun sosial.
 - 4) Proses produksi
 - 5) Karakteristik dan sifat pekerjaan
 - 6) Teknologi dan metodologi kerja
- c. Penerapan Hyperkes dilaksanakan secara holistik sejak perencanaan hingga perolehan hasil dari kegiatan industri barang maupun jasa.
- d. Semua pihak yang terlibat dalam proses industri/perusahaan ikut bertanggung jawab atas keberhasilan usaha hyperkes.

KEBIJAKAN PENERAPAN KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA DI ERA GLOBAL

1. Dalam bidang pengorganisasian

Di Indonesia K3 ditangani oleh 2 departemen ; departemen Kesehatan dan departemen Tenaga Kerja dan Transmigrasi. Pada Depnakertrans ditangani oleh Dirjen (direktorat jendral) Pembinaan dan Pengawasan Ketenagakerjaan, dimana ada 4 Direktur :

- a. Direktur Pengawasan Ketenagakerjaan
- b. Direktur Pengawasan Norma Kerja Perempuan dan Anak
- c. *Direktur Pengawasan Keselamatan Kerja, yang terdiri dari Kasubdit ;*
 - 1) *Kasubdit mekanik, pesawat uap dan bejana tekan.*
 - 2) *Kasubdit konstruksi bangunan, instalasi listrik dan penangkal petir*
 - 3) *Kasubdit Bina kelembagaan dan keahlian keselamatan ketenagakerjaan*
- d. *Direktur Pengawasan Kesehatan Kerja, yang terdiri dari kasubdit ;*
 - 1) *Kasubdit Kesehatan tenaga kerja*
 - 2) *Kasubdit Pengendalian Lingkungan Kerja*
 - 3) *Kasubdit Bina kelembagaan dan keahlian kesehatan kerja.*

Pada Departemen Kesehatan sendiri ditangani oleh Pusat Kesehatan Kerja Depkes. Dalam upaya pokok Puskesmas terdapat Upaya Kesehatan Kerja (UKK) yang kiprahnya lebih pada sasaran sektor Informal (Petani, Nelayan, Pengrajin, dll)

2. Dalam bidang regulasi

Regulasi yang telah dikeluarkan oleh Pemerintah sudah banyak, diantaranya :

- a. UU No 1 tahun 1970 tentang Keselamatan Kerja
- b. UU No 13 Tahun 2003 tentang Ketenagakerjaan
- c. KepMenKes No 1405/Menkes/SK/XI/2002 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Kerja Perkantoran dan Industri.
- d. Peraturan Menaker No Per 01/MEN/1981 tentang Kewajiban Melapor Penyakit Akibat Kerja.
- e. Peraturan Menaker No Per 01/MEN/1976 tentang Kewajiban Latihan Hiperkes Bagi Dokter Perusahaan.
- f. Peraturan Menaker No Per 01/MEN/1979 tentang Kewajiban Latihan Hygiene Perusahaan K3 Bagi Tenaga Paramedis Perusahaan.
- g. Keputusan Menaker No Kep 79/MEN/2003 tentang Pedoman Diagnosis dan Penilaian Cacat Karena Kecelakaan dan Penyakit Akibat Kerja.

3. Dalam bidang pendidikan

Pemerintah telah membentuk dan menyelenggarakan pendidikan untuk menghasilkan tenaga Ahli K3 pada berbagai jenjang Pendidikan, misalnya :

- a. Diploma 3 Hiperkes di Universitas Sebelas Maret
- b. Strata 1 pada Fakultas Kesehatan Masyarakat khususnya peminatan K3 di Unair, Undip, dll dan jurusan K3 FKM UI.
- c. Starta 2 pada Program Pasca Sarjana khusus Program Studi K3, misalnya di UGM, UNDIP, UI, Unair.

Pada beberapa Diploma kesehatan semacam Kesehatan Lingkungan dan Keperawatan juga ada beberapa SKS dan Sub pokok bahasan dalam sebuah mata kuliah yang khusus mempelajari K3.

KECELAKAAN KERJA

1. Pengertian

Menurut Peraturan Menteri Tenaga Kerja RI Nomor : 03 /MEN/1998 tentang Tata Cara Pelaporan dan Pemeriksaan Kecelakaan bahwa yang dimaksud dengan kecelakaan adalah suatu kejadian yang tidak dikehendaki dan tidak diduga semula yang dapat menimbulkan korban manusia dan atau harta benda.

2. Penyebab kecelakaan kerja

Secara umum, ada dua sebab terjadinya kecelakaan kerja, yaitu penyebab langsung (*immediate causes*) dan penyebab dasar (*basic causes*).

a. Penyebab Dasar

- 1) Faktor manusia/pribadi, antara lain karena :
 - a) kurangnya kemampuan fisik, mental, dan psikologis
 - b) kurangnya/lemahnya pengetahuan dan ketrampilan/keahlian.
 - c) stress
 - d) motivasi yang tidak cukup/salah
- 2) Faktor kerja/lingkungan, antara lain karena :
 - a) tidak cukup kepemimpinan dan atau pengawasan
 - b) tidak cukup rekayasa (*engineering*)
 - c) tidak cukup pembelian/pengadaan barang
 - d) tidak cukup perawatan (*maintenance*)
 - e) tidak cukup alat-alat, perlengkapan dan barang-barang/bahan-bahan.
 - f) tidak cukup standard-standard kerja
 - g) penyalahgunaan

b. Penyebab Langsung

- 1) Kondisi berbahaya (*unsafe conditions*/kondisi-kondisi yang tidak standard) yaitu tindakan yang akan menyebabkan kecelakaan, misalnya (Budiono, Sugeng, 2003) :
 - a) Peralatan pengaman/pelindung/rintangan yang tidak memadai atau tidak memenuhi syarat.
 - b) Bahan, alat-alat/peralatan rusak
 - c) Terlalu sesak/sempit
 - d) Sistem-sistem tanda peringatan yang kurang memadai
 - e) Bahaya-bahaya kebakaran dan ledakan
 - f) Kerapihan/tata-letak (*housekeeping*) yang buruk
 - g) Lingkungan berbahaya/beracun : gas, debu, asap, uap, dll
 - h) Bising
 - i) Paparan radiasi
 - j) Ventilasi dan penerangan yang kurang

- 2) Tindakan berbahaya (*unsafe act*/tindakan-tindakan yang tidak standard) adalah tingkah laku, tindak-tanduk atau perbuatan yang akan menyebabkan kecelakaan, misalnya (Budiono, Sugeng, 2003) :
- a) Mengoperasikan alat/peralatan tanpa wewenang.
 - b) Gagal untuk memberi peringatan.
 - c) Gagal untuk mengamankan.
 - d) Bekerja dengan kecepatan yang salah.
 - e) Menyebabkan alat-alat keselamatan tidak berfungsi.
 - f) Memindahkan alat-alat keselamatan.
 - g) Menggunakan alat yang rusak.
 - h) Menggunakan alat dengan cara yang salah.
 - i) Kegagalan memakai alat pelindung/keselamatan diri secara benar.

3. Data-data tentang Kecelakaan Kerja

Soekotjo Joedatmodjo, Ketua Dewan Keselamatan dan Kesehatan Kerja Nasional (DK3N) menyatakan bahwa frekuensi kecelakaan kerja di perusahaan semakin meningkat, sementara kesadaran pengusaha terhadap Kesehatan dan Keselamatan Kerja (K3) masih rendah, yang lebih memprihatinkan pengusaha dan pekerja sektor kecil menengah menilai K3 identik dengan biaya sehingga menjadi beban, bukan kebutuhan. Catatan PT Jamsostek dalam tiga tahun terakhir (1999 - 2001) terbukti jumlah kasus kecelakaan kerja mengalami peningkatan, dari 82.456 kasus pada 1999 bertambah menjadi 98.902 kasus di tahun 2000 dan berkembang menjadi 104.774 kasus pada 2001. Untuk angka 2002 hingga Juni, tercatat 57.972 kasus, sehingga rata - rata setiap hari kerja terjadi sedikitnya lebih dari 414 kasus kecelakaan kerja di perusahaan yang tercatat sebagai anggota Jamsostek. Sedikitnya 9,5 persen dari kasus kecelakaan kerja mengalami cacat, yakni 5.476 orang tenaga kerja, sehingga hampir setiap hari kerja lebih dari 39 orang tenaga kerja mengalami cacat tubuh. (www.gatra.com)

Direktur Operasi dan Pelayanan PT Jamsostek (Persero), Djoko Sungkono menyatakan bahwa berdasarkan data yang ada pada PT Jamsostek selama Januari-September 2003 selama di Indonesia telah terjadi 81.169 kasus kecelakaan kerja, sehingga rata-rata setiap hari terjadi lebih dari 451 kasus kecelakaan kerja. Ia mengatakan dari 81.169 kasus kecelakaan kerja, 71 kasus diantaranya cacat total tetap, sehingga rata-rata dalam setiap tiga hari kerja tenaga kerja mengalami cacat total dan tidak dapat bekerja kembali. "Sementara tenaga kerja yang meninggal

dunia sebanyak 1.321 orang, sehingga *hampir setiap hari kerja terdapat lebih tujuh kasus meninggal dunia* karena kecelakaan kerja," ujarnya (www.kompas.co.id)

Menurut International Labour Organization (ILO), setiap tahun terjadi 1,1 juta kematian yang disebabkan oleh karena penyakit atau kecelakaan akibat hubungan pekerjaan. Sekitar 300.000 kematian terjadi dari 250 juta kecelakaan dan sisanya adalah kematian karena penyakit akibat hubungan pekerjaan, dimana diperkirakan terjadi 160 juta penyakit akibat hubungan pekerjaan baru setiap tahunnya (Pusat Kesehatan Kerja, 2005)

ERGONOMI

1. Pengertian

Ergonomi adalah ilmu serta penerapannya yang berusaha menyasikan pekerjaan dan lingkungan terhadap orang atau sebaliknya dengan tujuan tercapainya produktivitas dan efisiensi yang setinggi-tingginya melalui pemanfaatan manusia seoptimal mungkin. Di beberapa negara Ergonomi diistilahkan *Arbeitswissenschaft* (Jerman), *Biotechnology* (Skandinavia), *Human (factor) Engineering* atau *Personal Research* di Amerika Utara. (Budiono, Sugeng, 2003)

2. Ruang lingkup ergonomi

Penerapan ergonomi/ruang lingkup ergonomi meliputi (Setyaningsih, Yuliani, 2002) ;

a. Pembebanan kerja fisik

Beban fisik yang dibenarkan umumnya tidak melebihi 30-40% kemampuan maksimum seorang pekerja dalam waktu 8 jam sehari. Untuk mengukur kemampuan kerja maksimum digunakan pengukuran denyut nadi yang diusahakan tidak melebihi 30-40 kali per menit di atas denyut nadi sebelum bekerja. Di Indonesia beban fisik untuk mengangkat dan mengangkut yang dilakukan seorang pekerja dianjurkan agar tidak melebihi dari 40 kg setiap kali mengangkat atau mengangkut.

b. Sikap tubuh dalam bekerja

Sikap pekerjaan harus selalu diupayakan agar merupakan sikap ergonomik. Sikap yang tidak alamiah harus dihindari dan jika hal ini tidak mungkin dilaksanakan harus diusahakan agar beban statis menjadi sekecil-kecilnya.

Untuk membantu tercapainya sikap tubuh yang ergonomik sering diperlukan pula tempat duduk dan meja kerja yang kriterianya disesuaikan dengan ukuran anthropometri pekerja.

Ukuran anthropometri tubuh yang penting dalam ergonomi adalah :

1) Berdiri

- a) Tinggi badan berdiri
- b) Tinggi bahu
- c) Tinggi siku
- d) Tinggi pinggul
- e) Depa
- f) Panjang lengan

2) Duduk

- a) Tinggi duduk
- b) Panjang lengan atas
- c) Panjang lengan bawah dan tangan
- d) Jarak lekuk lutut sampai dengan garis punggung
- e) Jarak lekuk lutut sampai dengan telapak

3) Keadaan bekerja sambil **berdiri**, mempunyai kriteria :

- a) Tinggi optimum area kerja adalah 5-10 cm di bawah tinggi siku.
- b) Pekerjaan yang lebih membutuhkan ketelitian, tinggi meja yang digunakan 10-20 cm lebih tinggi dari siku.
- c) Pekerjaan yang memerlukan penekanan dengan tangan, tinggi meja 10-20 cm lebih rendah dari siku.

c. Mengangkat dan mengangkut

Beberapa faktor yang berpengaruh pada proses mengangkat dan mengangkut adalah beratnya beban, intensitas, jarak yang harus ditempuh, lingkungan kerja, ketrampilan dan peralatan yang digunakan. Untuk efisiensi dan kenyamanan kerja perlu dihindari manusia sebagai “alat utama” untuk mengangkat dan mengangkut.

d. Sistem manusia – mesin

Penyesuaian manusia-mesin sangat membantu dalam menciptakan kenyamanan dan efisiensi kerja. Perencanaan sistem ini dimulai sejak tahap awal dengan memperhatikan kelebihan dan keterbatasan manusia dan mesin yang digunakan

interaksi manusia-mesin memerlukan beberapa hal khusus yang diperhatikan, misalnya :

- 1) adanya informasi yang komunikatif
- 2) tombol dan alat pengendali baik
- 3) perlu standard pengukuran antropometri yang sesuai untuk pekerjaannya.

e. Kebutuhan kalori

Konsumsi kalori sangat bervariasi tergantung pada jenis pekerjaan. Semakin berat kegiatan yang dilakukan semakin besar kalori yang diperlukan. Selain itu pekerjaan pria juga membutuhkan kalori yang berbeda dari pekerja wanita. Dalam hal ini perlu diperhatikan juga saat dan frekuensi pemberian kalori pada pekerja.

1) Pekerja Pria

- a) Pekerjaan ringan : 2400 kal/hari
- b) Pekerjaan sedang ; 2600 kal/hari
- c) Pekerjaan berat : 3000 kal/hari

2) Pekerja Wanita

- a) Pekerjaan ringan : 2000 kal/hari
- b) Pekerjaan sedang ; 2400 kal/hari
- c) Pekerjaan berat : 2600 kal/hari

f. Pengorganisasian kerja

Pengorganisasian kerja berhubungan dengan waktu kerja, saat istirahat, pengaturan waktu kerja gilir (shift) dari periode saat bekerja yang disesuaikan dengan irama faal tubuh manusia. Waktu kerja dalam 1 hari antara 6-8 jam. Dengan waktu istirahat $\frac{1}{2}$ jam sesudah 4 jam bekerja. Perlu juga diperhatikan waktu makan dan beribadah. Termasuk juga di dalamnya terciptanya kerjasama antar pekerja dalam melakukan suatu pekerjaan serta pencegahan pekerjaan yang berulang (repetitive)

g. Lingkungan kerja

Dalam peningkatan efisiensi dan produktifitas kerja berbagai faktor lingkungan kerja sangat berpengaruh. Berbagai faktor lingkungan yang berpengaruh misalnya suhu yang nyaman untuk bekerja adalah 24-26⁰ C.

h. Olahraga dan kesegaran jasmani

Kegiatan olahraga dan pembinaan kesegaran jasmani dibutuhkan untuk meningkatkan produktivitas. Oleh karena itu, tes kesehatan sebelum bekerja/tes kesegaran jasmani perlu dilakukan sebagai tahap seleksi karyawan.

i. Musik dan dekorasi

Musik dapat meningkatkan kegairahan dan produktivitas kerja dengan mempertimbangkan jenis, saat, lama dan sifat pekerjaan. Dekorasi dan pengaturan warna dapat memberikan kesan jarak, kejiwaan dan suhu. Misalnya :

- a) biru ; jarak jauh dan sejuk
- b) hijau ; menyegarkan
- c) merah ; dekat, hangat, merangsang
- d) orange ; sangat dekat, merangsang.

j. Kelelahan

Kelelahan adalah mekanisme perlindungan tubuh terhindar dari kerusakan lebih lanjut dan memerlukan terjadinya proses pemulihan. Sebab-sebab kelelahan diantaranya adalah monotomi kerja, beban kerja yang berlebihan, lingkungan kerja jelek, gangguan kesehatan dan gizi kurang.

PENYAKIT AKIBAT KERJA

1. Pengertian

Peraturan Menaker No Per 01/MEN/1981 tentang Kewajiban Melapor Penyakit Akibat Kerja menyebutkan bahwa Penyakit Akibat Kerja (PAK) adalah setiap penyakit yang disebabkan oleh pekerjaan atau lingkungan kerja.

Beberapa ciri penyakit akibat kerja adalah :

- a. Populasi pekerja
- b. Penyebab spesifik
- c. Pemajanan di tempat kerja sangat menentukan
- d. Kompensasi ada
- e. Contohnya adalah keracunan Pb, Asbestosis, Silikosis (Budiono, Sugeng. 2003)

2. Jenis Penyakit Akibat Kerja

Peraturan Menteri Tenaga Kerja dan Transmigrasi Nomor PER- 01/MEN/1981 mencantumkan 30 jenis penyakit, sedangkan Keputusan Presiden RI No 22/1993

tentang Penyakit yang Timbul Karena Hubungan Kerja memuat jenis penyakit yang sama, ditambah ; ‘*penyakit yang disebabkan bahan kimia lainnya termasuk bahan obat.*’ Jenis penyakit akibat kerja tersebut adalah ;

- 1) **Pneumokoniosis** yang disebabkan oleh debu mineral pembentukan jaringan parut (**silikosis, antrakosilikosis, asbestosis**) dan silikotuberkulosis yang silikosisnya merupakan faktor utama penyebab cacat atau kematian.
- 2) **Penyakit paru dan saluran pernafasan** (bronkhopulmoner) yang disebabkan oleh **debu logam keras**.
- 3) Penyakit paru dan saluran pernafasan (bronkhopulmoner) yang disebabkan oleh **debu kapas, vlas, henep dan sisal (bissinosis)**
- 4) **Asma akibat kerja** yang disebabkan oleh penyebab sensitisasi dan zat perangsang yang dikenal yang berada dalam proses pekerjaan.
- 5) **Alveolitis allergika** yang disebabkan oleh faktor dari luar sebagai akibat penghirupan debu organik.
- 6) Penyakit yang disebabkan oleh **berillium** atau persenyawaannya yang beracun.
- 7) Penyakit yang disebabkan oleh **kadmium** atau persenyawaannya yang beracun.
- 8) Penyakit yang disebabkan oleh **fosfor** atau persenyawaannya yang beracun.
- 9) Penyakit yang disebabkan oleh **krom** atau persenyawaannya yang beracun.
- 10) Penyakit yang disebabkan oleh **mangan** atau persenyawaannya yang beracun.
- 11) Penyakit yang disebabkan oleh **arsen** atau persenyawaannya yang beracun.
- 12) Penyakit yang disebabkan oleh **raksa** atau persenyawaannya yang beracun.
- 13) Penyakit yang disebabkan oleh **timbal** atau persenyawaannya yang beracun.
- 14) Penyakit yang disebabkan oleh **flour** atau persenyawaannya yang beracun.
- 15) Penyakit yang disebabkan oleh **karbon disulfida**.
- 16) Penyakit yang disebabkan oleh **derivat halogen dari persenyawaan hidrokarbon alifatik atau aromatik** yang beracun.
- 17) Penyakit yang disebabkan oleh benzena atau homolognya yang beracun.
- 18) Penyakit yang disebabkan oleh **derivat nitro dan amina dari benzena** atau homolognya yang beracun.
- 19) Penyakit yang disebabkan oleh **nitrogliserin atau ester asam nitrat** lainnya.
- 20) Penyakit yang disebabkan oleh **alkohol, glikol atau keton**.

- 21) Penyakit yang disebabkan oleh **gas atau uap penyebab asfiksia** atau keracunan seperti karbon monoksida, hidrogenianida, hidrogen sulfida atau derivatnya yang beracun, amoniak, seng, braso dan nikel.
- 22) **Kelainan pendengaran** yang disebabkan oleh kebisingan
- 23) Penyakit yang disebabkan oleh **getaran mekanik** (kelainan-kelainan otot, urat, tulang persendian, pembuluh darah tepi atau syaraf tepi).
- 24) Penyakit yang disebabkan oleh **pekerjaan dalam udara yang bertekanan lebih.**
- 25) Penyakit yang disebabkan oleh **radiasi elektromagnetik dan radiasi yang mengion.**
- 26) Penyakit kulit (**dermatosis**) yang disebabkan oleh penyebab fisik, kimiawi atau biologik.
- 27) **Kanker kulit epiteloma primer** yang disebabkan oleh ter, pic, bitumen, minyak mineral, antrasena, atau persenyawaan, produk atau residu adri zat tersebut.
- 28) **Kanker paru atau mesotelioma yang disebabkan oleh asbes**
- 29) **Penyakit infeksi yang disebabkan oleh virus, bakteri, atau parasit** yang didapat dalam suatu pekerjaan yang memiliki resiko kontaminasi khusus.
- 30) **Penyakit yang disebabkan oleh suhu tinggi atau rendah atau panas radiasi atau kelembaban udara tinggi.**
- 31) **Penyakit yang disebabkan oleh bahan kimia lainnya termasuk bahan obat.**

3. Diagnosis spesifik Penyakit Akibat Kerja

Secara teknis penegakkan diagnosis dilakukan dengan (Budiono, Sugeng, 2003) :

- a. Anamnesis/wawancara meliputi : identitas, riwayat kesehatan, riwayat penyakit, keluhan.
- b. Riwayat pekerjaan (kunci awal diagnosis)
 - 1) Sejak pertama kali bekerja.
 - 2) Kapan, bilamana, apa yang dikerjakan, bahan yang digunakan, jenis bahaya yang ada, kejadian sama pada pekerja lain, pemakaian alat pelindung diri, cara melakukan pekerjaan, pekerjaan lain yang dilakukan, kegemaran (hobby), kebiasaan lain (merokok, alkohol)
 - 3) Sesuai tingkat pengetahuan, pemahaman pekerjaan.

- c. Membandingkan gejala penyakit waktu bekerja dan dalam keadaan tidak bekerja.
 - 1) waktu bekerja gejala timbul/lebih berat, waktu tidak bekerja/istirahat gejala berkurang/hilang.
 - 2) Perhatikan juga kemungkinan pemajanan di luar tempat kerja.
 - 3) Informasi tentang ini dapat ditanyakan dalam anamnesis atau dari data penyakit di perusahaan.
- d. Pemeriksaan fisik, yang dilakukan dengan catatan
 - 1) gejala dan tanda mungkin tidak spesifik
 - 2) pemeriksaan laboratorium penunjang membantu diagnostik klinik.
 - 3) dugaan adanya penyakit akibat kerja dilakukan juga melalui pemeriksaan laboratorium khusus/pemeriksaan biomedik.
- e. Pemeriksaan laboratorium khusus/pemeriksaan biomedik
 - 1) Misal : pemeriksaan spirometri, foto paru (pneumokoniosis-pembacaan standard ILO)
 - 2) Pemeriksaan audiometri
 - 3) Pemeriksaan hasil metabolit dalam darah/urine.
- f. Pemeriksaan/pengujian lingkungan kerja atau data higiene perusahaan, yang memerlukan :
 - 1) kerjasama dengan tenaga ahli higiene perusahaan
 - 2) kemampuan mengevaluasi faktor fisik/kimia berdasarkan data yang ada.
 - 3) Pengenalan secara langsung cara/sistem kerja, intensitas dan lama pemajanan.
- g. Konsultasi keahlian medis/keahlian lain
 - 1) Seringkali penyakit akibat kerja ditentukan setelah ada diagnosis klinik, kemudian dicari faktor kausa di tempat kerja, atau melalui pengamatan/penelitian yang relatif lebih lama.
 - 2) Dokter spesialis lainnya, ahli toksikologi dan dokter penasehat (kaitan dengan kompensasi)

4. Penerapan konsep *five level of prevention diseases* pada PAK

Penerapan konsep 5 tingkatan pencegahan penyakit (*five level of prevention diseases*) pada Penyakit Akibat Kerja adalah (Silalahi, Benet dan Silalahi, Rumondang, 1985) :

- a. *Health Promotion* (peningkatan kesehatan)

Misalnya : pendidikan kesehatan, meningkatkan gizi yang baik, pengembangan kepribadian, perusahaan yang sehat dan memadai, rekreasi, lingkungan kerja yang memadai, penyuluhan perkawinan dan pendidikan seks, konsultasi tentang keturunan dan pemeriksaan kesehatan periodik.

b. *Specific Protection* (perlindungan khusus)

Misalnya : imunisasi, higiene perorangan, sanitasi lingkungan, proteksi terhadap bahaya dan kecelakaan kerja.

c. *Early diagnosis and prompt treatment* (diagnosa dini dan pengobatan tepat)

Misalnya : diagnosis dini setiap keluhan dan pengobatan segera, pembatasan titik-titik lemah untuk mencegah terjadinya komplikasi.

d. *Disability limitation* (membatasi kemungkinan cacat)

Misalnya : memeriksa dan mengobati tenaga kerja secara komprehensif, mengobati tenaga kerja secara sempurna, pendidikan kesehatan.

e. *Rehabilitasi* (pemulihan kesehatan)

Misalnya : rehabilitasi dan mempekerjakan kembali para pekerja yang menderita cacat. Sedapat mungkin perusahaan mencoba menempatkan karyawan-karyawan cacat di jabatan-jabatan yang sesuai.

5. Fungsi dan Tugas Perawat dalam K3

Fungsi dan tugas perawat dalam usaha K3 di Industri adalah sebagai berikut (Effendy, Nasrul, 1998) :

a. Fungsi

- 1) Mengkaji masalah kesehatan
- 2) Menyusun rencana asuhan keperawatan pekerja
- 3) Melaksanakan pelayanan kesehatan dan keperawatan terhadap pekerja
- 4) Penilaian

b. Tugas

- 1) Pengawasan terhadap lingkungan pekerja
- 2) Memelihara fasilitas kesehatan perusahaan
- 3) Membantu dokter dalam pemeriksaan kesehatan pekerja
- 4) Membantu dalam penilaian keadaan kesehatan pekerja
- 5) Merencanakan dan melaksanakan kunjungan rumah dan perawatan di rumah kepada pekerja dan keluarga pekerja yang mempunyai masalah
- 6) Ikut menyelenggarakan pendidikan K3 terhadap pekerja
- 7) Turut ambil bagian dalam usaha keselamatan kerja

- 8) Pendidikan kesehatan mengenai keluarga berencana terhadap pekerja dan keluarga pekerja.
- 9) Membantu usaha penyelidikan kesehatan pekerja
- 10) Mengkordinasi dan mengawasi pelaksanaan K3.

PSIKOLOGI KERJA

1. Pengertian

Ilmu yang mempelajari perilaku manusia dalam hubungannya dengan dunia kerja, baik individual, interpersonal, manajerial maupun organisasional.

Tujuan

Menciptakan dan memelihara suasana kerja yang baik, sehat, nyaman, serasi dan aman yang akan mendukung upaya peningkatan produktifitas

Teori Kebutuhan Manusia (Maslow)

- a. Kebutuhan hidup dasar
- b. Kebutuhan rasa aman
- c. Kebutuhan bersosialisasi
- d. Kebutuhan harga diri
- e. Kebutuhan aktualisasi → **BEKERJA**

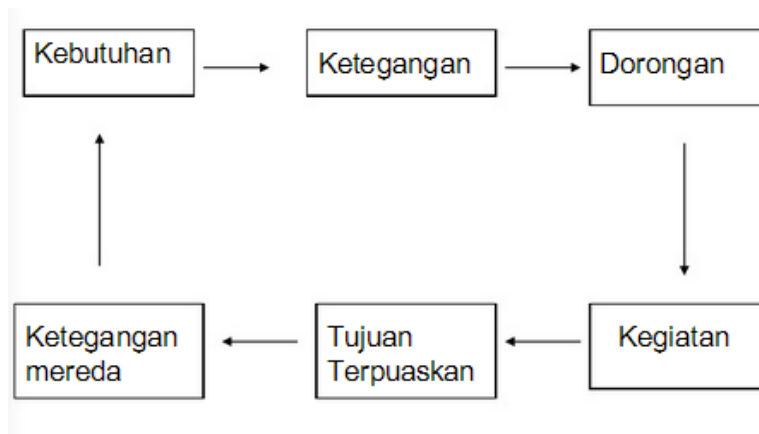
2. Aspek Psikologi Individu

- a. Intelegensia
- b. Bakat/Kemampuan Khusus
- c. Minat
- d. Kepribadian
- e. Temperamen
- f. Motivasi
- g. Edukasi

3. Kondisi Lingkungan Kerja Yang Berpengaruh :

- a. Faktor fisisk
- b. Faktor kimia
- c. Faktor biologis
- d. Faktor psikososial
- e. Tata letak ruang

- f. Warna ruang kerja
 - g. Musik
 - h. Rumah yang jauh
4. Aspek Psikologi Kerja
- a. Motivasi kerja dan kepuasan kerja
 - 1) Dorongan untuk melakukan aktivitas untuk memenuhi kebutuhan dalam diri manusia → Tujuan tercapai
 - 2) Selama masih ada tuntutan yang belum terpenuhi → masih selalu timbul dorongan



Gambar. 3 Motivasi & Kepuasan Kerja

- 3) Termotivasi : Bekerja untuk memenuhi kebutuhannya
 - 4) Motivasi Tinggi : Bekerja untuk mendapat kesenangan dan kepuasan
 - 5) Setelah bekerja → orang melakukan penilaian
 - 6) Bila hasil pekerjaan telah sesuai dengan harapan dan tujuan → Kepuasan Kerja
 - 7) Bila belum → timbul dorongan untuk mencapainya
- b. Seleksi dan penempatan pegawai

Prosedur : Analisis Pekerjaan → Penetapan alat ukur/test psikologis
 - c. Pelatihan dan pengembangan

Tujuan :

 - 1) Meningkatkan produktifitas
 - 2) Meningkatkan mutu
 - 3) Meningkatkan semangat kerja
 - 4) Menarik dan menahan tenaga kerja yang baik
 - 5) Menjaga kesehatan dan keselamatan kerja

Pelatihan : Proses pendidikan jangka pendek dengan prosedur yang sistematis dan terorganisir

Pengembangan : Proses pendidikan jangka panjang, dengan prosedur sistematis dan terorganisir dimana tenaga kerja manajerial mempelajari pengetahuan konseptual dan teoritis.

d. Produktifitas kerja

Produktifitas : Perbandingan antara hasil atau keluaran (Output) dengan masukan (Input). Artinya : Menghasilkan lebih banyak dan berkualitas (Output) dengan usaha yang sama.

Produktifitas tenaga kerja : efisiensi proses menghasilkan sumber daya yang digunakan, bukan dengan tenaga kerja bekerja lebih berat tetapi dengan perencanaan yang tepat, teknologi dan manajemen yang baik.

Faktor-faktor yang mempengaruhi produktivitas kerja

- 1) Pekerjaan yang menarik
- 2) Upah yang baik
- 3) Keamanan dan perlindungan kerja
- 4) Penghayatan atas arti pekerjaan
- 5) Lingkungan dan suasana kerja yang baik
- 6) Promosi dan pengembangan diri
- 7) Rasa terlibat dalam organisasi
- 8) Pengertian dan simpati atas persoalan pribadi
- 9) Kesetiaan pimpinan pada diri pekerja

e. Stres kerja

- 1) Pengertian

Suatu ketidakseimbangan yang dihayati antara tuntutan pekerjaan dengan kemampuan, bila kegagalan yang terjadi berdampak penting. Merupakan dampak negatif dalam bekerja dan dapat dialami oleh setiap pekerja, apapun jabatan dan kedudukannya.

- 2) Stresor dalam pekerjaan

- Lingkungan kerja yang tidak nyaman
- Beban kerja yang berlebihan
- Shift kerja
- Pekerjaan yang terasing/isolir

- Pekerjaan yang monoton
 - Role ambiguity
 - Pengembangan karir
 - Hubungan antar manusia
- 3) Faktor yang berpengaruh : Kepribadian, usia, lama kerja, jabatan & dukungan sosial
- 4) Pengelolaan stres kerja
- Pendekatan individu
 - Peningkatan ketrampilan kerja
 - Ketrampilan mengurangi dampak stres
 - Pendekatan organisasi
 - Struktur organisasi yang baik
 - Pelatihan
 - Seleksi dan penempatan pegawai



BAB 7

ADMINISTRASI & KEBIJAKAN KESEHATAN

POKOK BAHASAN :

7. Definisi & Tujuan Kesehatan dan Keselamatan Kerja
 8. Kebijakan Penerapan Kesehatan & Keselamatan Kerja di Era Global
 9. Kecelakaan Kerja
 10. Ergonomi
 11. Penyakit Akibat Kerja
 12. Psikologi Kerja
- 

DAFTAR PUSTAKA

- Prof. Dr. Soekidjo Notoatmodjo. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Cet. ke-2, Mei. Jakarta : Rineka Cipta. 2003.
- Nasrul Efendi. 1998. *Dasar Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, jakarta:EGC
- Eko budianto.,2003, *Pengantar epidemiologi*, jakarta: EGC
- Dwi Hapastari.,2010, *pengaruh lingkungan sehat dan perilaku hidup sehat terhadap status kesehtan*
- Tri rini.,2013, *pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan dan kepulauan*, Jakarta
- Ricki m. 2005. *Kesehatan lingkungan*. Yogyakarta : Graha ilmu
- Achmadi, Umar Fahmi, 1991. *Transformasi Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan Kerja di Indonesia*, Jakarta : UI Press.
- Azwar, 1983. *Pengantar Kesehatan Lingkungan*. Mutiara. Jakarta
- Depkes RI, 1982. *Sistem Kesehatan Nasional*. Depkes RI.Jakarta
- Ehler, Victor M. 1965., *Municipal and Rural Sanitation*. Mc. Graw Hill, Publishing Company Ltd, New Delhi.
- Harsanto, et al.2002. *Pedoman Teknis Penilaian Rumah Sehat*. Jakarta : Depkes RI.
- Keputusan Gubernur Jawa Tengah No 71 tahun 2004 tentang *Standard Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan Kab/Kota di Provinsi Jawa Tengah*
- Keputusan Menteri Kesehatan No 1202/MENKES/SK/VIII/2003 tentang *Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat*
- Keputusan Menteri Kesehatan No 1457/Menkes/SK/X/2003 *Standard Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kab/Kota*
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1098/MENKES/SK/VII/2003 tentang *Persyaratan Hygiene Sanitasi Rumah Makan dan Restoran*
- Leavel and Clark. 1965. *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*, 3th Edition, McGraw-Hill Inc, New York.
- Notoatmodjo, Soekidjo.2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat ; Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta : Rineka Cipta.

- Peraturan Menteri Kesehatan No 416 tahun 1990 tentang *Syarat-syarat dan Pengawasan Kualitas Air*
- Purdom, 1980. *Environmental Health*.second edition. Academic Press.
- Soeparman dan Suparmin. 2001.*Pembuangan Tinja dan Limbah Cair : Suatu Pengantar*. Jakarta : EGC.
- Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang *Kesehatan*
- Wagner & Lanoix,1958. *Excreta Disposal for Rural Areas and Small Comunities*, World Health Organization. Geneva.
- Effendy, Nasrul. Dasar-dasar keperawatan kesehatan masyarakat, edisi 2. Jakarta : EGC, 1998.
- Peraturan Menaker No Per 01/MEN/1981 tentang Kewajiban Melapor Penyakit Akibat Kerja
- Pusat Kesehatan kerja dalam www.depkes.go.id
- Rachman, Abdul, et al, 1990. Pedoman Studi Hiperkes pada Institusi Pendidikan Tenaga Sanitasi, Jakarta : Depkes RI, Pusdiknakes.
- Setyaningsih, Yuliani, 2002. Pengantar ergonomi dalam Kumpulan Materi Kuliah Program Matrikulasi. Semarang : FKM UNDIP
- Silalahi, Benet dan Silalahi, Rumondang, 1985. Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja, Jakarta : PT Pustaka Binaman Pressindo.
- Sumakmur, 1988, Higene Perusahaan dan Kesehatan Kerja, Jakarta : Haji Masagung.
- Sumakmur, 1993. Keselamatan dan pencegahan kecelakaan. Jakarta : Haji Masagung.

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT merupakan ilmu yang multi disipliner, karena memang pada dasarnya Masalah Kesehatan Masyarakat berbasis Multikausal, maka pemecahannya harus secara multidisiplin. Oleh karena itu, kesehatan masyarakat sebagai seni atau prakteknya mempunyai bentangan yang luas. Semua kegiatan baik langsung maupun tidak untuk mencegah (preventif), meningkatkan kesehatan (promotif), terapi (terapi fisik, mental dan social) atau kuratif, maupun pemulihan (rehabilitative) kesehatan (fisik, mental, social) adalah upaya kesehatan masyarakat.

Buku ini memuat berbagai hal yang berkaitan dengan ilmu kesehatan masyarakat. Pembahasan dalam buku ini sangat sederhana sehingga mudah dipahami oleh siapapun pengguna buku ini. buku ini juga dapat oleh masyarakat umum sebagai referensi pengetahuan agar dapat melakukan tindakan preventif sehingga terciptanya jaminan bagi tiap individu masyarakat untuk mencapai suatu derajat hidup yang cukup guna untuk mempertahankan kesehatan.

Pembahasan dalam buku ini adalah sebagai berikut :

- Bab 1 Konsep Ilmu Kesehatan Masyarakat----1
- Bab 2 Konsep Sehat Sakit Menurut WHO----11
- Bab 3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan----24
- Bab 4 UpayaUpaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat----39
- Bab 5 Kesehatan Lingkungan----48
- Bab 6 Kesehatan & Keselamatan Kerja---60
- Bab 7 Penutup----79

Dr. Sandu Siyoto, SKM, M.Kes & Erma Retnaningtyas, SST, SKM, M.Kes

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT



**FORUM ILMIAH KESEHATAN
(FORIKES)**

Sekretariat: Jl. Cemara 25, RT.01, RW.02 Ds./Kec. Sukorejo, Ponorogo
Telepon: 085235004462, 081335718040
Email: forikes@gmail.com, Website: www.forikes.webs.com



**Dr. Sandu Siyoto.,SKM.,M.Kes
Erma Retnaningtyas.,SST.,SKM.,M.Kes**



**FORUM ILMIAH KESEHATAN
(FORIKES)**

Sekretariat: Jl. Cemara 25, RT.01, RW.02 Ds./Kec. Sukorejo, Ponorogo
Telepon: 085235004462, 081335718040
Email: forikes@gmail.com, Website: www.forikes.webs.com

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Dr. Sandu Siyoto.,SKM.,M.Kes
Erma Retnaningtyas.,SST.,SKM.,M.Kes

FORUM ILMIAH KESEHATAN (FORIKES)

KESEHATAN MASYARAKAT MERUPAKAN ILMU DAN SENI MEMELIHARA,
MELINDUNGI DAN MENINGKATKAN KESEHATAN MASYARAKAT MELALUI
USAHA-USAHA PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

FORIKES

ILMU KESEHATAN MASYARAKAT

Oleh:

Dr. Sandu Siyoto.,SKM.,M.Kes
Erma Retnaningtyas.,SST.,SKM.,M.Kes

ISBN : 9786021 081631.

Diterbitkan Oleh:
Forum Ilmiah Kesehatan (FORIKES)

© 2016 Forum Ilmiah Kesehatan (Forikes)

Jl. Cemara 25 RT. 01, RW. 02, Ds./Kec. Sukorejo, Ponorogo
E-mail: forikes@gmail.com, Telepon: 085853252665, 085235004462

Editor: Dr Indasah.,M.Kes
Desain sampul: Erma Retnaningtyas.,SST.,SKM.,M.Kes

sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit

Kutipan Pasal 44, Ayat 1 dan 2, Undang-Undang Dasar Republik Indonesia Tentang Hak CIPTA :
Tentang Sanksi pelanggaran Undang-Undang Nomor 19 Tahun 2002 tentang HAK CIPTA, sebagaimana telah di ubah dengan Undang-Undang No.7 Tahun 1987, Undang-Undang NO.12 Tahun 1997 Bahwa :

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak mengumumkan atau menyebarkan suatu ciptaan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) tahun dan atau denda paling sedikit Rp. 1.000.000,. (Satu Juta Rupiah), atau pidana penjara paling lama **7 (Tujuh) tahun** atau denda paling banyak **Rp. 5.000.000.000,. (lima milyar rupiah)**.
2. Barangsiapa menyebarluaskan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta atau Hak terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1), dipidana dengan pidana penjara paling **lama 5 (lima) tahun** dan/atau denda paling banyak **Rp 500.000.000,. (lima ratus juta Rupiah)**

Ilmu Kesehatan Masyarakat :
Dr. Sandu Siyoto.,SKM.,M.Kes ; Erma Retnaningtyas.,SST.,SKM.,M.Kes
—Ponorogo : Forum Ilmiah Kesehatan, 2016
1 jil.,217 hlm., 20,5 x 29 cm
Cetakan I, September 2016

KATA PENGANTAR

Masalah kesehatan merupakan masalah yang sangat penting yang di hadapi oleh masyarakat kita saat ini .Semakin maju teknologi di bidang kedokteran ,semakin banyak pula macam penyakit yang mendera masyarakat.Hal ini tentu sajadi pengaruhi oleh faktor tingkah laku manusia itu sendiri.Tapi apakah benar hanya faktor tingkah laku saja yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat?Sebelum membahas tentang masalah kesehatan masyarakat tentunya lebih baik jika kita memahami konsep dari kesehatan masyarakat itu terlebih dahulu.

Buku ini akan membahas tentang Ilmu kesehatan masyarakat secara luas tentang konsep ilmu kesehatan masyarakat, Konsep sehat-sakit, Faktor-Faktor yang mempengaruhi kesehatan, Upaya-upaya Kesehatan Masyarakat, Kesehatan Lingkungan Dan Kesehatan Kerja.

Kami sungguh bermaksud menghadirkan sebaik mungkin berbagai hal terkait segala pembahasan dalam buku ini, akan tetapi kami juga menyadari tidak ada hal yang tanpa retak dan cela. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati, kami mengharap banyak saran, anjuran dan kritis dari berbagai pihak.

Penyusun,
Awal September 2016

DAFTAR ISI

Halaman judul 1----i

Halaman judul 2----ii

Kata pengantar----iii

Daftar isi----v

Bab 1 Konsep Ilmu Kesehatan Masyarakat----1

Bab 2 Konsep Sehat Sakit Menurut WHO----11

Bab 3 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kesehatan----24

Bab 4 UpayaUpaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat----39

Bab 5 Kesehatan Lingkungan----48

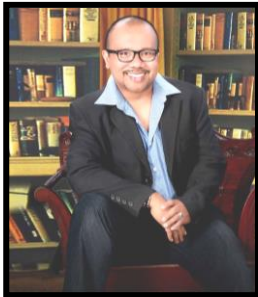
Bab 6 Kesehatan & Keselamatan Kerja---60

Bab 7 Penutup----79

Pustaka----80

Tentang penulis----83

PROFIL PENULIS



Dr H. Sandu Siyoto.,S.Sos.,SKM.,M.Kes lahir di Desa Klagen Rejoso Nganjuk Jawa Timur pada Tanggal 16 Februari 1970. Lulusan Pendidikan D-III Akademi Penilik Kesehatan Surabaya (Dep.Kesehatan RI). S1 Fakultas Sospol Unkad Tahun 1996 dan Sarjana Kesehatan Masyarakat STIKes Majapahit Tahun 2013. Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta pada tahun 2001 dan Program Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya Tahun 2013. Menjabat sebagai sekretaris Jendral Asosiasi Institusi Pendidikan Tinggi Kesehatan Masyarakat Indonesia (AIPTKMI) periode 2016 -2019. Beberapa pelatihan, workshop dan kursus baik sebagai peserta maupun pembicara yang berkaitan dengan aktifitas praktis dan juga akademik telah diikuti oleh penulis baik yang bersifat lokal, regional, nasional serta Internasional (Singapura, Johor Malaysia, Melbourne, Hobart Tasmania, Taiwan da Philipina).

Beberapa hasil penelitian penulis sudah dipublikasikan dalam forum regional, nasional bahkan Internasional. Selain itu beberapa buku dan karya penulis juga telah diterbitkan, diantaranya “Kesehatan Reproduksi” (2013) yang ditulis bersama Dr.Hasdiana.,M.Kes “Kledok Nganjuk” (2014) yang ditulis bersama budayawan Dr.Purwadi, SS.,m.Hum. “Dasar-Dasar Riset Keperawatan” Ditulis bersama Dr Hasdiana Hasan Rohan, M.si, Dr.Indasah, M.Kes.



Erma Retnaningtyas,.SST.,SKM.,M.Kes Lahir di Kediri, 26 Maret 1982. Riwayat pendidikan SDN Jambu II Kayen Kidul Tamat pada Tahun 199. SLTP N II Pare Tamat pada Tahun 1993 dan SMU N I Plemahan Tamut Tahun 1997. Kemudian mengambil Diploma III Kebidanan STIKes Karya Husada Kediri Tamat tahun 2004. Diploma IV Bidan Pendidik di STIKes Husada Jombang Tamat tahun 2008. Sarjana Kesehatan Masyarakat STIKes Surya Mitra Husada Kediri Tamat Tahun 2011 dilanjutkan dengan mengambil Program Magister Kesehatan Masyarakat dengan Pemintana Manajemen Kesehatan Ibu dan Anak Tamat pada Tahun 2015.

Penulis aktif berorganisasi Profesi di Ikatan Bidan Indonesia Cabang Kota Kediri sebagai Ketua II Ranting Pendidikan periode 2015 sampai dengan 2018. Bekerja di Ruang Bersalin Rumah Sakit DKT Kediri pada Tahun 2004 sampai 2007. Tahun 2011 bekerja sebagai Dosen di STIKes Surya Mitra Husada Kediri sampai sekarang dan mengikuti berbagai seminar, pengabdian masyarakat maupun kegiatan penelitian.

