

**Desri Suryani, SKM, M.Kes**

**Ilmu Kesehatan Masyarakat  
Bagi Mahasiswa Gizi**

**Buku Ajar**

**Editor: Andra Saferi Wijaya, M.Kep**



**PENERBIT POLTEKES KEMENKES BENGKULU  
Jl. Indragiri No.3 Padang Harapan Kota Bengkulu**

**BUKU AJAR**  
**ILMU KESEHATAN MASYARAKAT BAGI MAHASISWA GIZI**

**Oleh: Desri Suryani, SKM, M.Kes**

Editor:

- Andra Saferi Wijaya, M.Kep

Penyunting:

-

Desain Sampul dan Tata Letak:

Andra Saferi Wijaya

**Penerbit: ©Penerbit Poltekkes Kemenkes Bengkulu 2021**



Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Jl. Indragiri No. 3 Padang Harapan, Kota Bengkulu –Bengkulu 38225

Cetakan Pertama 2021

Katalog Dalam Terbitan (KDT)  
Buku Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat Bagi Mahasiswa Gizi  
Desri Suryani, SKM, M.Kes

xii, 99 hlm; 16 x 23 cm  
ISBN: 978-623-95214-3-1

Hak Cipta @2021, Pada Penerbit

Hak Cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang menerbitkan atau menyebarkan sebagian atau seluruh isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun, baik secara elektronik maupun mekanis, termasuk memfotokopi, merekam atau sistem penyimpanan dan pengambilan informasi, tanpa seijin tertulis dari penerbit

## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah rasa syukur dipanjatkan kepada Allah SWT, berkat rahmat dan karuniNya telah dapat menyelesaikan Buku Ajar yang berjudul “Ilmu Kesehatan Masyarakat Bagi Mahasiswa Gizi” yang merupakan salah satu buku penunjang pada mata kuliah Ilmu Kesehatan Masyarakat.

Penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini. Sebagai manusia biasa tentunya tidak luput dari kesalahan. Penulis sangat mengharapkan masukan untuk perbaikan di masa yang akan datang.

Semoga dapat bermanfaat bagi dunia pendidikan, khususnya dalam ilmu kesehatan masyarakat. Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Bengkulu, 20 Januari 2021

Penulis



## DAFTAR ISI

	Hal
Kata Pengantar	i
Daftar isi	ii
<b>BAB I</b>	<b>Ilmu Kesehatan Masyarakat</b>
A.	Pengertian Kesehatan Masyarakat..... 1
B.	Fungsi Kesehatan Masyarakat ..... 2
C.	Perkembangan Kesehatan Masyarakat..... 3
D.	Faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan..... 7
E.	Tujuan Ilmu kesehatan masyarakat..... 8
F.	Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat..... 9
G.	Sasaran Kesehatan Masyarakat..... 14
H.	Pentingnya Ilmu Kesehatan Masyarakat..... 15
<b>BAB II</b>	<b>Program Indonesia Sehat ..... 19</b>
A.	Program Indonesia Sehat Pendekatan Keluarga ... 19
B.	Indonesia sehat 2025..... 24
C.	Paradigma Sehat..... 28
D.	Jaminan Kesehatan Nasional ..... 32
E.	Sistem Pelayanan Kesehatan ..... 40
<b>BAB III</b>	<b>Keracunan Makanan 47</b>
A.	Konsep Keracunan Makanan ..... 47
B.	Penyebab Keracunan Makanan..... 50
C.	Gejala Keracunan Makanan ..... 59
D.	Pencegahan Keracunan Makanan ..... 64
E.	Tindakan Keracunan Makanan ..... 66
F.	Pengobatan Keracunan makanan..... 68
G.	Penanganan Keracunan Makanan..... 68
<b>BAB IV</b>	<b>Kejadian Luar Biasa (KLB)</b>
A.	Konsep Kejadian Luar Biasa (KLB) ..... 75
B.	Ruang Lingkup Kejadian Luar Biasa (KLB) ..... 79
C.	Penyelidikan dugaan Kejadian Luar Biasa (KLB). 80
D.	Pengamatan Kejadian Luar Biasa (KLB) ..... 83

	E. Penetapan Kejadian Luar Biasa (KLB) .....	87
	F. Diskripsi Kejadian Luar Biasa (KLB) .....	88
	G. Kendala dalam Pemantauan Kejadian Luar Biasa (KLB) .....	90
	H. Penanggulangan KLB.....	92
<b>BAB V</b>	<b>Posyandu</b>	
	A. Pengertian Posyandu.....	97
	B. Manfaat Posyandu .....	99
	C. Pembentukan posyandu.....	100
	D. Kartu menuju Sehat .....	104
	E. Tujuan Posyandu .....	106
	E. Kegiatan Posyandu .....	107
	F. Kedudukan Posyandu .....	109
	G. Tugas dan tanggung jawab Posyandu .....	110
	H. Faktor-faktor yang mempengaruhi Kunjungan Posyandu .....	114
<b>BAB VI</b>	<b>Sistem Kesehatan Nasional</b>	
	A. Pengertian Sistem Kesehatan Nasional.....	118
	B. Manfaat dan Kegunaan Sisten Kesehatan Nasional	119
	C. Landasan Sistem Kesehatan Nasional.....	121
	D. Prinsip Sistem Kesehatan Nasional .....	122
	E. Sub Sistem Sistem Kesehatan Nasional.....	124
	F. Kedudukan Sistem Kesehatan Nasional.....	128
<b>BAB VII</b>	<b>Sistem Rujukan</b>	
	A. Pengertian Sistem Rujukan.....	134
	B. Tujuan Sistem Rujukan.....	135
	C. Jenis Rujukan .....	136
	D. Tata Cara pelaksanaan Rujukan.....	140

# **BAB I**

## **ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**

### **Tujuan Instruksional Umum**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat mengetahui dan memahami konsep ilmu kesehatan masyarakat

### **Tujuan Instruksional Khusus**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat:

1. Mengetahui pengertian ilmu kesehatan masyarakat
2. Mengetahui fungsi ilmu kesehatan masyarakat
3. Mengetahui perkembangan ilmu kesehatan masyarakat
4. Mengetahui ruang lingkup ilmu kesehatan masyarakat
5. Mengetahui faktor–faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat
6. Mengetahui tujuan kesehatan masyarakat
7. Mengetahui sasaran kesehatan masyarakat
8. Mengetahui pentingnya kesehatan masyarakat

### **A. Pengertian Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan masyarakat sebagai "seni dan ilmu untuk mencegah penyakit, memperpanjang kesehatan melalui upaya masyarakat yang terorganisir". Charles-Edward A. Winslow (1920) menyatakan bahwa kesehatan masyarakat sebagai ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan mempromosikan kesehatan fisik dan efisiensi melalui upaya masyarakat yang terorganisir untuk sanitasi lingkungan, pengendalian infeksi komunitas, pendidikan individu dalam prinsip-prinsip kebersihan pribadi, penyelenggaraan layanan medis dan keperawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan pencegahan penyakit, dan pengembangan sosial yang akan menjamin setiap individu di masyarakat standar hidup yang memadai untuk pemeliharaan kesehatan.

Menurut Ikatan Dokter Amerika (1948) kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat. Kesehatan menurut Undang-undang RI No 36 Tahun 2009 adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan bersifat holistik atau menyeluruh, tidak hanya memandang kesehatan dari segi fisik

## **B. Fungsi Kesehatan Masyarakat**

Misi kesehatan masyarakat adalah memenuhi kepentingan masyarakat dalam memastikan kondisi kesehatan masyarakat. Tiga fungsi inti kesehatan masyarakat adalah:

1. Pengkajian dan pemantauan kesehatan komunitas dan populasi yang berisiko untuk mengidentifikasi masalah dan prioritas kesehatan;
2. Perumusan kebijakan publik yang dirancang untuk memecahkan masalah dan prioritas kesehatan lokal dan nasional yang teridentifikasi;
3. Untuk memastikan bahwa semua populasi memiliki akses keperawatan yang sesuai dan hemat biaya, termasuk promosi kesehatan dan layanan pencegahan penyakit, dan evaluasi efektivitas perawatan itu.

Masalah kesehatan masyarakat bersifat 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 penyakit (*preventif*), meningkatkan kesehatan (*promotif*), terapi (terapi fisik, mental, dan sosial) atau kuratif, maupun pemulihan (rehabilitatif) kesehatan (fisik, mental, sosial) adalah upaya kesehatan masyarakat. Upaya-upaya yang dapat dikategorikan sebagai seni atau penerapan ilmu kesehatan masyarakat (Notoatmodjo, 2003) antara lain:



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

### **C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat**

#### **a. Periode sebelum Ilmu Pengetahuan**

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

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

## b. Periode Ilmu Pengetahuan

Akhir Abad 19 dan awal 20 mulai dikembangkan pendidikan untuk tenaga kesehatan. Bangkitnya ilmu pengetahuan akhir abad ke 18 dan awal abad ke 19 mempunyai dampak yang luas terhadap aspek kehidupan manusia, termasuk kesehatan. Kalau pada abad-abad sebelumnya masalah kesehatan khususnya penyakit hanya dilihat sebagai penomenal biologis dan pendekatan yang dilakukan secara biologis dan sempit, maka mulai abad ke 19 masalah kesehatan adalah masalah yang kompleks. Pada abad ini mulai ditemukan berbagai penyebab penyakit dan vaksin sebagai pencegah penyakit. Louis Pasteur menemukan vaksin untuk mencegah penyakit cacar, Josep Lister menemukan asam karbor untuk sterilisasi, William Marton menemukan ether untuk anastesi. Pada tahun 1832 dilakukan penyelidikan dan upaya-upaya kesehatan masyarakat oleh Edwin Chadwiech dkk, pada saat itu masyarakat Inggris terserang penyakit epidemi wabah kolera, laporan hasil penyelidikannya adalah masyarakat hidup dikondisi sanitasi yang jelek, sumur penduduk berdekatan dengan air kotor dan pembuangan kotoran manusia, air limbah mengalir terbuka tidak teratur, makanan yang dijual di pasar banyak dikerubung lalat di samping itu ditemukan sebagian besar masyarakat miskin tidak mampu membeli makanan yang bergizi.

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

## c. Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai dengan ada upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti masyarakat pada waktu itu. Saat itu masih dilakukan oleh

pemerintah Belanda pada abad ke 16 peristiwa upaya pemberantasan dianggap sebagai sejarah mulai perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia. Kejadian lain selanjutnya tentang wabah kolera pada awal abad 20 masuk di Indonesia tahun 1927 dan 1937 yaitu wabah kolera eltor di Indonesia, kemudian tahun 1948 penyakit cacar masuk ke Indonesia melalui Singapura dan mulai berkembang di Indonesia. Sejak wabah kolera tersebut maka pemerintah Belanda pada waktu itu melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat.

Tahun 1807 Pemerintahan Jendral Daendels, telah dilakukan pelatihan dukun bayi dalam praktek persalinan. Upaya ini dilakukan dalam rangka upaya penurunan angka kematian bayi pada waktu itu, tetapi tidak berlangsung lama, karena langkanya tenaga pelatih.

- Tahun 1888 Berdiri pusat laboratorium kedokteran di Bandung, yang 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 dilaksanakan.
- 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, imunisasi).
- 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.

#### **D. Faktor–Faktor Yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat**

Menurut Hendrick L.Blum terdapat 4(empat) faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat yaitu

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

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, puskesmas pembantu, bidan desa, pos obat desa, dan jejaring lainnya. Pelayanan rujukan juga ditingkatkan dengan munculnya 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 empat faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat di atas tidak berdiri 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*.

### **E. Tujuan Kesehatan masyarakat**

Tujuan Kesehatan masyarakat baik dalam bidang *promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif* adalah tiap warga masyarakat dapat mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tinggi baik fisik, mental, sosial serta diharapkan berumur panjang.

## F. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Ruang lingkup kesehatan masyarakat mencakup 2 disiplin pokok keilmuan, yakni ilmu bio medis (*medical biology*) dan ilmu-ilmu sosial (*social sciences*). Perkembangan ilmu kesehatan masyarakat mencakup Ilmu biologi, kedokteran, kimia, fisika, lingkungan, sosial, antropologi, pendidikan dan sebagainya. Secara garis besar disiplin utama dalam kesehatan masyarakat sebagai berikut:

1. Gizi: adalah ilmu tentang makanan, nutrisi dan zat lain di dalamnya, tindakan, interaksi dan keseimbangan dalam kaitannya dengan kesehatan dan penyakit.
2. Kesehatan reproduksi: adalah keadaan fisik yang lengkap, makhluk mental dan sosial tidak hanya tidak adanya penyakit atau kelemahan, dalam segala hal yang berkaitan dengan sistem reproduksi serta fungsi dan prosesnya.
3. Kesehatan lingkungan pendekatan dasar untuk pengendalian lingkungan pertama untuk mengidentifikasi biologis tertentu, faktor kimia, sosial dan fisik yang mewakilibahaya bagi kesehatan atau kesejahteraan dan untuk memodifikasi lingkungan dengan cara yang melindungi orang dari eksposur berbahaya. Komponen utama kesehatan lingkungan adalah sanitasi air, limbah pembuangan, dll.
4. Pendidikan Kesehatan didefinisikan sebagai kombinasi dari pengalaman belajar yang dirancang untuk memfasilitasi secara sukarela tindakan yang kondusif bagi kesehatan. Ini adalah bagian penting dari promosi kesehatan.
5. Epidemiologi adalah studi tentang frekuensi, distribusi, dan faktor penentu penyakit dan keadaan terkait lainnya atau acara di populasi tertentu. Penerapan ini belajar

- untuk promosi kesehatan dan pencegahan dan pengendalian masalah kesehatan terbukti.
6. Ekonomi Kesehatan berkaitan dengan alternatif penggunaan sumber daya di sektor layanan kesehatan dan dengan pemanfaatan sumber daya ekonomi secara efisien seperti tenaga kerja, material dan sumber daya keuangan.
  7. Biostatistik adalah penerapan statistik untuk masalah biologis penerapan statistik khususnya untuk masalah kesehatan, namun arti sebenarnya lebih luas.
  8. Manajemen layanan kesehatan mengarahkan orang bekerja sama secara harmonis dan memanfaatkannya secara efisien sumber daya untuk mencapai tujuan.
  9. Ekologi adalah studi tentang hubungan antar makhluk hidup organisme dan lingkungannya. Ekologi manusia artinya studi tentang kelompok manusia yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan, termasuk sosial dan perilaku.
  10. Riset adalah tindakan sadar untuk menggali lebih dalam pengetahuan atau fakta baru tentang ilmiah atau teknis subjek. Ini adalah penyelidikan sistematis terhadap menambah pengetahuan. Ini bertujuan untuk penemuan dan interpretasi fakta, revisi teori yang diterima, atau hukum berdasarkan fakta baru atau penerapan praktis dari teori atau hukum baru seperti itu.
  11. Demografi adalah studi tentang populasi, khususnya dengan mengacu pada ukuran dan kepadatan, kesuburan, kematian, pertumbuhan, distribusi usia, migrasi, dan interaksi semua orang dengan kondisi sosial dan ekonomi.

Upaya kesehatan diselenggarakan dalam bentuk kegiatan dengan pendekatan *promotif*, *preventif*, *kuratif*, dan *rehabilitatif* yang dilaksanakan secara terpadu, menyeluruh,



dan berkesinambungan (Pasal 47 UU No. 36 Tahun 2009). Penyelenggaraan upaya kesehatan dilaksanakan melalui kegiatan antara lain pelayanan dan peningkatan kesehatan serta pencegahan penyakit. Upaya pencegahan penyakit (*preventif*), menurut Leavel and Clark 1965 (dalam Keller dkk,1971), ada 5 tingkatan Promosi Kesehatan (*health promotion*);

- a. Perlindungan khusus (*specific protection*).
- b. Diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*).
- c. Pembatasan cacat (*disability limitation*)
- d. Rehabilitasi (*rehabilitation*).

Dalam perkembangan selanjutnya untuk mengatasi masalah kesehatan termasuk penyakit di kenal tiga tahap pencegahan yaitu

1. Pencegahan primer: promosi kesehatan (*health promotion*) dan perlindungan khusus (*specific protection*).
2. Pencegahan sekunder: diagnosis dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*), pembatasan cacat (*disability limitation*)
3. Pencegahan tersier: *rehabilitasi*

Promosi kesehatan adalah konsep panduan yang melibatkan aktivitas meningkatkan kesehatan individu dan kesejahteraan masyarakat. Ini berusaha untuk meningkatkan interaksi dan kontrol individu dan komunitas dalam kesehatan mereka sendiri. Bertindak untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan sosial, dan untuk mengurangi determinan spesifik penyakit dan risiko faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, kesejahteraan, dan kapasitas produktif individu atau masyarakat, pengaturan target berdasarkan ukuran masalah tetapi juga kelayakan intervensi yang berhasil, dengan biaya yang efektif.

Promosi kesehatan merupakan elemen kunci dalam kesehatan masyarakat dan bekerja di komunitas, klinik atau rumah sakit, dan di semua pengaturan layanan lainnya. Meningkatkan kesadaran dan pengetahuan tentang kesehatan dan faktor gaya hidup itu mungkin menempatkan mereka pada risiko membutuhkan anak.

Unsur promosi Kesehatan terdiri dari:

1. Menyikapi penduduk secara total dalam kesehatan. Masalah yang terkait, dalam kehidupan sehari-hari serta orang berisiko terkena penyakit tertentu;
2. Mengarahkan tindakan ke faktor risiko atau penyebab penyakit atau kematian;
3. Melakukan pendekatan kegiatan mencari dan memperbaiki faktor risiko dimasyarakat itu mempengaruhi kesehatan secara negatif;
4. Mempromosikan faktor-faktor yang berkontribusi menjadi lebih baik kondisi kesehatan penduduk;
5. Memulai tindakan melawan bahaya kesehatan, termasuk komunikasi, pendidikan, legislasi, fiskal tindakan, perubahan organisasi, komunitas pembangunan, aktivitas lokal, spontan;
6. Melibatkan partisipasi publik dalam mendefinisikan masalah, memutuskan tindakan;
7. Mengadvokasi lingkungan yang relevan, kesehatan, dan kebijakan sosial;
8. Mendorong Partisipasi profesional kesehatan dalam pendidikan kesehatan dan kebijakan kesehatan.

b. Preventif (Pencegahan)

Pencegahan mengacu pada tujuan pengobatan mempromosikan, memelihara, dan memulihkan kesehatan pada saat itu terganggu, dan untuk meminimalkan penderitaan dan kesusahan.

Ada tiga tingkat pencegahan:

1. Pencegahan primer mengacu pada kegiatan tersebut dilakukan untuk mencegah penyakit dan cedera terjadi. Ini bekerja dengan individu dan masyarakat. Ini mungkin diarahkan pada tuan rumah, untuk meningkat resistensi

terhadap agen (seperti imunisasi atau berhenti merokok), atau mungkin diarahkan pada kegiatan lingkungan untuk mengurangi kondisi yang menguntungkan ke vektor untuk agen biologis, seperti nyamuk vektor malaria.

2. Pencegahan Sekunder adalah diagnosis dini dan manajemen untuk mencegah komplikasi dari suatu penyakit, termasuk langkah-langkah untuk mengisolasi kasus dan mengobati atau mengimunisasi kontak untuk mencegah wabah epidemi lebih lanjut.
3. Pencegahan tersier melibatkan kegiatan yang diarahkan pada tuan rumah tetapi juga di lingkungan untuk mempromosikan rehabilitasi, restorasi, dan pemeliharaan secara maksimal berfungsi setelah penyakit dan komplikasinya stabil. Menyediakan kursi roda, fasilitas toilet khusus, pintu, landai, dan layanan transportasi untuk Paraplegics seringkali merupakan faktor yang paling penting untuk rehabilitasi.

#### c. Rehabilitasi

Rehabilitasi adalah proses pemulihan seseorang identitas sosial dengan mengambil kembali peran normalnya dan fungsi dalam masyarakat. Ini melibatkan pemulihan dan pemeliharaan fisik, psikologis pasien, kemampuan sosial, emosional, dan kejuruan. Intervensi diarahkan pada konsekuensi penyakit dan cedera. Penyediaan rehabilitasi berkualitas tinggi layanan dalam komunitas harus mencakup yang berikut:

1. Melakukan penilaian penuh terhadap orang dengan kecacatan dan sistem pendukung yang sesuai;
2. Menetapkan rencana perawatan yang jelas;
3. Memberikan tindakan dan layanan untuk menyampaikan rencana perawatan.

Kegiatan inti dalam kesehatan masyarakat

1. Mencegah epidemi
2. Melindungi lingkungan, tempat kerja, makanan dan air ;

3. Mendorong perilaku sehat;
4. Pemantauan status kesehatan penduduk;
5. Memobilisasi aksi komunitas;
6. Menanggapi bencana;
7. Menjamin kualitas, aksesibilitas, dan akuntabilitas perawatan medis;
8. Menggapai untuk mengembangkan wawasan baru dan inovatif solusi;
9. Memimpin pengembangan kebijakan kesehatan yang sehat dan Perencanaan

## **G. Sasaran Kesehatan Masyarakat**

Sasaran Kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok khusus baik sehat maupun sakit yang mempunyai masalah kesehatan.

### **1. Individu**

Individu adalah bagian dari anggota keluarga, apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri oleh sesuatu hal dan sebab maka akan dapat mempengaruhi anggota keluarga lainnya baik secara fisik, mental dan social.

### **2. Keluarga**

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, terdiri atas kepala keluarga, anggota keluarga lainnya, yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, satu dengan lainnya saling tergantung dan interaksi, bila salah satu atau beberapa keluarga mempunyai masalah kesehatan maka akan berpengaruh terhadap anggota dan keluarga yang lain.

### **3. Kelompok khusus**

Kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan.

## **H. Pentingnya Ilmu Kesehatan Masyarakat**

Mengapa kesehatan masyarakat begitu penting?

1. Kesehatan masyarakat memainkan peran utama dalam memerangi pembunuh terbesar manusia. Para profesional kesehatan masyarakat, terus-menerus berjuang melawan diabetes, kanker, penyakit jantung, dan demensia untuk menjaga kesehatan dan kesejahteraan populasi.
2. Kualitas mendasar dari kesehatan masyarakat adalah sifat preventifnya. Mencegah jauh lebih efektif dan jauh lebih murah dari pada mengobati.
3. Kesehatan masyarakat penting karena membantu dan memperpanjang hidup. Melalui pencegahan masalah kesehatan, individu dapat menghabiskan lebih banyak tahun mereka dalam kesehatan yang baik.
4. Kesehatan masyarakat membantu mendeteksi masalah kesehatan sedini mungkin dan merespon dengan tepat untuk menghindari perkembangan penyakit.
5. Mempertimbangkan kesehatan seluruh penduduk, daripada berfokus pada kesehatan pada tingkat individu.
6. Kesehatan masyarakat penting karena memastikan setiap orang menyadari bahaya kesehatan melalui program pendidikan, kampanye dan mempengaruhi kebijakan pemerintah.
7. Kesehatan masyarakat terus membangun keterampilan baru dan berkembang sebagai pribadi. Ini karena sifat

pekerjaan yang mendorong pertumbuhan melalui aktivitas sehari-hari dan mengambil bagian dalam proyek dan kampanye besar.

8. Kesehatan Masyarakat penting karena terus berupaya untuk menutup kesenjangan ketimpangan di antara orang-orang dan mendorong kesempatan yang sama untuk anak-anak, semua etnis dan jenis kelamin.
9. Kesehatan adalah hak asasi manusia dan sebagai profesional kesehatan masyarakat memastikan tidak ada orang yang dirugikan terlepas dari latar belakang sosial-ekonomi mereka.

Program-program kesehatan masyarakat telah menyebabkan :

- a. Peningkatan harapan hidup.
- b. Penurunan kematian bayi dan anak di seluruh dunia.
- c. Pemberantasan atau pengurangan banyak penyakit menular.

### **Ringkasan**

1. Periode ilmu kesehatan masyarakat terbagi atas 2 yaitu sebelum ilmu pengetahuan dan sesudahnya.
2. Ilmu kesehatan masyarakat adalah suatu ilmu dan seni yang bertujuan untuk : 1) Mencegah timbulnya penyakit, 2) Memperpanjang umur 3) Meningkatkan nilai kesehatan fisik dan mental melalui usaha kesehatan masyarakat yang terorganisasi.
3. Secara garis besar, pilar utama ilmu kesehatan masyarakat adalah epidemiologi, biostatistik/statistik kesehatan, kesehatan lingkungan, pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku, administrasi kesehatan masyarakat, gizi masyarakat, kesehatan kerja,
4. Terdapat 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat yaitu: faktor perilaku, lingkungan, keturunan dan pelayanan kesehatan.
5. Ruang lingkup kesehatan masyarakat meliputi usaha-usaha *promotif* (peningkatan kesehatan), *preventif*

(pencegahan penyakit), *kuratif* (pengobatan) dan rehabilitatif (pemeliharaan kesehatan).

6. Sasaran Kesehatan masyarakat yaitu: individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

### Latihan Soal

1. Undang-undang yang mengatur tentang kesehatan adalah undang-undang nomor:
  - a. UU No.23, tahun 1996
  - b. UU No.26, tahun 1989
  - c. UU No.44, tahun 1998
  - d. UU No.36, tahun 2009

Jawaban :D

2. Ruang lingkup kesehatan masyarakat meliputi usaha-usaha:
  - a. Promotif (peningkatan kesehatan)
  - b. Preventif (pencegahan penyakit)
  - c. Kuratif (pengobatan)
  - d. Promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif

Jawaban :D

3. Faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, yang paling sulit dirubah adalah
  - a. Faktor perilaku,
  - b. Lingkungan,
  - c. Keturunan
  - d. Pelayanan kesehatan

Jawaban :A

4. Pendekatan yang cenderung menunggu terjadinya penyakit (setelah sakit)
  - a. Promotif (peningkatan kesehatan)
  - b. Preventif (pencegahan penyakit)
  - c. Kuratif (pengobatan)
  - d. rehabilitatif

Jawaban :D

5. Sasaran Kesehatan Masyarakat terdiri dari :
  - a. Individu, Masyarakat dan Kelompok tertentu
  - b. Masyarakat, keluarga dan kelompok khusus
  - c. Individu, Keluarga dan kelompok khusus
  - d. Individu, kelompok tertentu, kelompok khusus

Jawaban; C

## DAFTAR PUSTAKA

1. Ferry Fadzul Rahman. 2019. Pengantar Ilmu Kesehatan Masyarakat: Introduction to Public Health (Kaltim: Gosyen Publishing,)
2. Hugh Rodman Leavell, Edwin Gurney Clark. 1958. *Preventive medicine for the doctor in his community: an epidemiologic approach*. Blakiston Division. Universitas Michigan.
3. Surahman dan Sudibyo Supardi, 2016. Ilmu Kesehatan masyarakat PKM. BPPSDM Kesehatan. Jakarta
4. WHO. 1948. *Constitution. World Health Organization*, Geneva
5. Gidey, G. Taju, S. Hagos, A.S. 2005. *Introduction to Public Health In collaboration with the Ethiopia Public Health Training Initiative, The Carter Center, the Ethiopia Ministry of Health, and the Ethiopia Ministry of Education*
6. Notoadmodjo. S. 2003. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan seni. Jakarta. Rineka Cipta.
7. Eliana, Sumiati, S. 2016. Kesehatan Masyarakat. BPPSDM Kesehatan, Jakarta
8. Notoatmodjo, S. 2003. Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Cetakan ke-2, Mei. Jakarta : Rineka Cipta.
9. Departemen Kesehatan, 2009. Rencana Pembangunan Jangka panjang bidang kesehatan 2005-2025. Jakarta.



## **BAB II**

### **PROGRAM INDONESIA SEHAT**

#### **Tujuan Instruksional Umum**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat mengetahui dan memahami Program Indonesia Sehat

#### **Tujuan Instruksional Khusus**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat:

1. Mengetahui program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga
2. Mengetahui Indonesia sehat 2025
3. Mengetahui Paradigma sehat
4. Mengetahui Jaminan Kesehatan Nasional
5. Mengetahui Sistem Pelayanan Kesehatan

#### **A. Program Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga**

Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan peraturan Menteri Kesehatan Nomor 39 Tahun 2016 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga. Kegiatan ini dilaksanakan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang diselenggarakan melalui pendekatan keluarga.

Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara puskesmas untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan/meningkatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami, istri atau suami, istri, dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya (Pasal 1 UU Nomor 52 tahun 2009).

Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga pada dasarnya merupakan integrasi pelaksanaan program-program kesehatan perseorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) secara berkesinambungan, dengan target/focus keluarga, berdasarkan data dan informasi dari profil kesehatan keluarga.

Pendekatan keluarga bertujuan untuk meningkatkan akses keluarga terhadap pelayanan kesehatan yang komprehensif serta untuk mendukung pencapaian SPM Kab/Kota. Keluarga dikategorikan ke dalam tiga strata atas dasar proporsi indikator yang bagus pada keluarga tersebut, yaitu keluarga sehat (>80%), keluarga prasehat (50-80%), dan keluarga tidak sehat (<50%).

Dalam rangka penguatan pelayanan kesehatan di daerah terpencil dan perbatasan, maka Kemenkes akan menempatkan kesehatan secara tim yang akan kita namakan “Nusantara Sehat”.

Program Indonesia Sehat menegakkan tiga pilar utama, yaitu:

1. Penerapan paradigma sehat,
2. Penguatan pelayanan kesehatan,
3. Pelaksanaan jaminan kesehatan nasional (JKN).

Ada 4 (empat) permasalahan tenaga kesehatan di Indonesia, yaitu jumlah tenaga kesehatan masih kurang, distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, mutu atau kualitas yang belum memadai, dan kualifikasi tenaga kesehatan masih banyak yang belum D-III. Dalam menjawab tantangan pemenuhan tenaga kesehatan, pemerintah pusat telah melaksanakan beberapa program, yaitu:

- a. Pemenuhan tenaga kesehatan di puskesmas melalui Nusantara Sehat Team (*Team based*)
- b. Nusantara Sehat Individual serta pemenuhan tenaga kesehatan di rumah sakit melalui Nusantara Sehat Individual,
- c. Wajib Kerja Dokter Spesialis (WKDS),
- d. Penugasan khusus residen.

Sasaran dari Program Indonesia Sehat adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran ini sesuai dengan sasaran pokok RPJMN 2015-2019, yaitu:

1. Meningkatkan status kesehatan dan gizi ibu dan anak,
2. Meningkatkan pengendalian penyakit,
3. Meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan,
4. Meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN kesehatan,
5. Terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin, serta
6. Meningkatnya responsivitas sistem kesehatan

Dalam rangka menerapkan paradigma kesehatan dengan pendekatan keluarga, Kemenkes menetapkan kebijakan Program Indonesia Sehat melalui pendekatan keluarga (PISPK). Bentuk pelaksanaan program ini adalah kunjungan rumah oleh staf puskesmas dan melakukan pencatatan tentang beberapa masalah kesehatan penting yang terdiri dari 12 indikator sebagai berikut :

1. Keluarga berpartisipasi aktif dalam program Keluarga Berencana (KB)
2. Ibu melakukan persalinan di fasilitas kesehatan
3. Bayi memperoleh imunisasi dasar lengkap
4. Bayi mendapatkan ASI eksklusif
5. Tumbuh kembang bayi dan balita dimonitor setiap bulannya.
6. Penderita Tuberculosis berobat sesuai dengan ketentuan
7. Yang mengalami darah tinggi berobat secara teratur
8. Seluruh anggota keluarga bebas rokok
9. Seluruh anggota keluarga yang tercantum dalam Kartu keluarga menjadi peserta JKN
10. Keluarga merupakan pengguna jamban sehat
11. Mempunyai akses terhadap air bersih dan layak minum
12. Keluarga dengan gangguan jiwa tidak ditelantarkan.

Pedoman Penyelenggaraan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga, pemerintah telah menetapkan bahwa pelaksana dari program ini adalah Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas sebagai ujung tombak dan penentu keberhasilan program ini. Adapun area prioritas/sasaran yang telah ditetapkan oleh pemerintah melalui program ini adalah penurunan angka kematian ibu/angka kematian bayi (AKI dan AKB), penurunan prevalensi balita pendek (stunting), penanggulangan penyakit menular dan penanggulangan penyakit tidak menular. Pelaksanaannya melalui pendekatan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga (PIS-PK) mengintegrasikan pelaksanaan program melalui pendekatan 6 komponen utama dalam penguatan sistem kesehatan (*six building blocks*), yaitu penguatan upaya pelayanan kesehatan, ketersediaan tenaga kesehatan, sistem informasi kesehatan, akses terhadap ketersediaan obat esensial, pembiayaan dan kepemimpinan atau pemerintah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia). Sasaran dari Program Indonesia Sehat adalah meningkatnya derajat kesehatan dan status gizi masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Sasaran ini sesuai dengan RPJMN 2015-2019 yaitu meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak, meningkatnya pengendalian penyakit, meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan, meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN kesehatan, dan terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin serta meningkatnya responsivitas sistem kesehatan.

## **B. Indonesia Sehat 2025**

Dalam Indonesia Sehat 2025, lingkungan strategis pembangunan kesehatan yang diharapkan adalah lingkungan yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat jasmani, rohani maupun sosial, yaitu lingkungan yang bebas dari kerawanan sosial budaya dan polusi, tersedianya air minum dan sarana sanitasi lingkungan yang memadai, perumahan dan pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan, serta terwujudnya

kehidupan masyarakat yang memiliki solidaritas sosial dengan memelihara nilai-nilai budaya bangsa.

Perilaku masyarakat yang diharapkan dalam Indonesia Sehat 2025 adalah perilaku yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan; mencegah risiko terjadinya penyakit; melindungi diri dari ancaman penyakit dan masalah kesehatan lainnya; sadar hukum; serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat, termasuk menyelenggarakan masyarakat sehat dan aman (*safe community*).

Dalam Indonesia Sehat 2025 diharapkan masyarakat memiliki kemampuan menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu dan juga memperoleh jaminan kesehatan, yaitu masyarakat mendapatkan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatannya. Pelayanan kesehatan bermutu yang dimaksud adalah pelayanan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan dalam keadaan darurat dan bencana, pelayanan kesehatan yang memenuhi kebutuhan masyarakat serta diselenggarakan sesuai dengan standar dan etika profesi.

Diharapkan dengan terwujudnya lingkungan dan perilaku hidup sehat, serta meningkatnya kemampuan masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang bermutu, maka akan dapat dicapai derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat yang setinggi-tingginya. Dengan berlandaskan pada dasar Pembangunan Kesehatan, dan untuk mewujudkan Visi Indonesia Sehat 2025, ditetapkan 4 (empat) misi Pembangunan Kesehatan, yaitu:

### **1. Menggerakkan Pembangunan Nasional Berwawas-an Kesehatan**

Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi pula oleh hasil kerja serta kontribusi positif berbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil kerja serta kontribusi positif tersebut,

harus dapat diupayakan masuknya wawasan kesehatan sebagai asas pokok program pembangunan nasional. Kesehatan sebagai salah satu unsur dari kesejahteraan rakyat juga mengandung arti terlindunginya dan terlepasnya masyarakat dari segala macam gangguan yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Untuk dapat terlaksananya pembangunan nasional yang berkontribusi positif terhadap kesehatan seperti dimaksud di atas, maka seluruh unsur atau subsistem dari Sistem Kesehatan Nasional berperan sebagai penggerak utama pembangunan nasional berwawasan kesehatan.

## **2. Mendorong Kemandirian Masyarakat untuk Hidup Sehat**

Kesehatan adalah tanggung jawab bersama dari setiap individu, masyarakat termasuk swasta, dan pemerintah. Upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan setiap individu, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya dilakukan tanpa meninggalkan upaya penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Kesadaran, kemauan dan kemampuan setiap individu, keluarga dan masyarakat untuk menjaga kesehatan, memilih, dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Penyelenggaraan pemberdayaan masyarakat meliputi: a) penggerakan masyarakat; masyarakat paling bawah mempunyai peluang yang sebesar-besarnya untuk terlibat aktif dalam proses pembangunan kesehatan, b) organisasi kemasyarakatan; diupayakan agar peran organisasi masyarakat lokal makin berfungsi dalam pembangunan kesehatan, c) advokasi; masyarakat memperjuangkan kepentingannya di bidang kesehatan, d) kemitraan; dalam pemberdayaan masyarakat penting untuk meningkatkan kemitraan dan partisipasi lintas sektor, swasta, dunia usaha dan pemangku kepentingan, e) sumberdaya; diperlukan sumberdaya memadai seperti SDM, sistem informasi dan dana.

### **3. Memelihara dan Meningkatkan Upaya Kesehatan yang Bermutu, Merata, dan Terjangkau**

Pembangunan kesehatan diselenggarakan guna menjamin tersedianya upaya kesehatan, baik upaya kesehatan masyarakat maupun upaya kesehatan perorangan yang bermutu, merata, dan terjangkau oleh masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pengutamaan pada upaya pencegahan (*preventif*), dan peningkatan kesehatan (*promotif*) bagi segenap warga negara Indonesia, tanpa mengabaikan upaya penyembuhan penyakit (*kuratif*), dan pemulihan kesehatan (*rehabilitatif*). Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan, diperlukan pula upaya peningkatan lingkungan yang sehat. Upaya kesehatan tersebut diselenggarakan dengan kemitraan antara pemerintah, dan masyarakat termasuk swasta.

Untuk masa mendatang, apabila sistem jaminan kesehatan sosial telah berkembang, penyelenggaraan upaya kesehatan perorangan primer akan diserahkan kepada masyarakat dan swasta dengan menerapkan konsep dokter keluarga. Di daerah yang sangat terpencil, masih diperlukan upaya kesehatan perorangan oleh Puskesmas.

### **4. Meningkatkan dan Mendayagunakan Sumber Daya Kesehatan**

Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, sumber daya kesehatan perlu ditingkatkan dan didayagunakan, yang meliputi sumber daya manusia kesehatan, pembiayaan kesehatan, serta sediaan farmasi dan alat kesehatan. Sumber daya kesehatan meliputi penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan/kedokteran, serta data dan informasi yang makin penting peranannya.



Pembiayaan kesehatan yang bersumber dari masyarakat, swasta, dan pemerintah harus tersedia dalam jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil, dan termanfaatkan secara berhasil-guna serta berdaya-guna. Jaminan kesehatan yang diselenggarakan secara nasional dengan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, bertujuan untuk menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Sediaan farmasi, alat kesehatan yang aman, bermutu, dan bermanfaat harus tersedia secara merata serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, makanan dan minuman yang aman, bermutu serta dengan pengawasan yang baik. Upaya dalam meningkatkan ketersediaan tersebut, dilakukan dengan upaya peningkatan manajemen, pengembangan serta penggunaan teknologi di bidang sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan minuman.

### **Tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2025**

Tujuan pembangunan kesehatan menuju Indonesia Sehat 2025 adalah meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud, melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia.

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat, yang ditunjukkan oleh indikator dampak yaitu:

- a. Meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) dari 69 tahun pada tahun 2005 menjadi 73,7 tahun pada tahun 2025.
- b. Menurunnya Angka Kematian Bayi dari 32,3 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 15,5 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2025.
- c. Menurunnya Angka Kematian Ibu dari 262 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2005 menjadi 74 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2025.
- d. Menurunnya prevalensi gizi kurang pada balita dari 26% pada tahun 2005 menjadi 9,5% pada tahun 2025.

## **STRATEGI PEMBANGUNAN KESEHATAN**

Untuk mencapai tujuan dan sasaran pembangunan kesehatan, maka strategi pembangunan kesehatan yang akan ditempuh sampai tahun 2025 adalah:

1. Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan
2. Pemberdayaan Masyarakat dan Daerah
3. Pengembangan Upaya dan Pembiayaan Kesehatan
4. Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
5. Penanggulangan Keadaan Darurat Kesehatan

### **C. Paradigma Sehat**

Paradigma Sehat adalah model pembangunan kesehatan yang jangka panjang diharapkan mampu mendorong masyarakat untuk bersifat mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri. Pembangunan yang tidak sesuai dengan semua penduduk Indonesia.

Penerapan paradigma sehat dalam pembangunan berwawasan kesehatan merupakan kunci sukses peningkatan kualitas hidup manusia sebagai investasi berharga bagi bangsa Indonesia. Sasaran perubahan paradigma sehat ditujukan kepada (Hapsara, 2019):

- a. Para pembuat kebijakan pada lintas sektor
- b. Tenaga kesehatan
- c. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan
- d. Masyarakat

Gerakan masyarakat hidup sehat merupakan gerakan nasional yang diperkasai oleh Presiden RI yang mengedepankan upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif dengan melibatkan seluruh komponen bangsa dalam masyarakat paradigma sehat. 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. Agar masyarakat bisa menerapkan budaya hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari. promosi kesehatan bertujuan untuk mencapai kesehatan yang efektif dan *equitable* didalam kehidupan sehari-hari.

Untuk mewujudkan pembangunan kesehatan sebagai salah satu upaya pembangunan nasional diarahkan guna tercapainya kesadaran, keamanan, dan kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang optimal.

Untuk mampu dalam menciptakan pembangunan kesehatan :

1. Sistem informasi kesehatan yang mampu mendukung setiap langkah pengambilan keputusan dalam pembangunan kesehatan.
2. Penguasaan konsep tentang determinan (faktor penentu) masalah kesehatan masyarakat.

3. Penguasaan ilmu manajemen organisasi publik (organisasi yang memberikan pelayanan kepada khalayak luas yang tidak semata-mata berorientasi mencari keuntungan finansial).

Konsep sehat-sakit berubah sejalan dengan pemahaman tentang nilai, peran, penghargaan dan pemahaman terhadap kesehatan. Perilaku sakit diartikan sebagai segala tindakan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit agar memperoleh kesembuhan, sedangkan perilaku sehat adalah tindakan yang dilakukan individu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatannya, termasuk pencegahan penyakit, perawatan kebersihan diri dan penjagaan kebugaran melalui olahraga dan makanan bergizi. Contohnya penumpukan sampah yang tidak dikelompokkan dengan baik, polusi udara, dan tanah juga bisa menjadi penyebab. Kondisi pelayanan kesehatan juga menunjang derajat kesehatan masyarakat.

Pelayanan kesehatan yang berkualitas sangat dibutuhkan contohnya puskesmas, posyandu, rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya untuk mendapatkan pengobatan dan perawatan yang dibutuhkan masyarakat. Paradigma sehat mempunyai orientasi dimana upaya peningkatan kesehatan masyarakat yang dititik beratkan pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit melalui imunisasi pada ibu hamil bayi dan anak, pencegahan pengendalian penanggulangan, pencemaran lingkungan serta perlindungan masyarakat terhadap pengaruh buruk.

Tantangan utama penerapan Paradigma Sehat, antara lain mencakup:

1. Implementasi kebijakan dan regulasi yang belum optimal

2. Kelembagaan dan ketenagaan promosi kesehatan
3. Belum imbangnya penyediaan pembiayaan UKP dan UKM

Tingkatan pencegahan secara umum:

- a. Pencegahan primordial untuk menghindari kemunculan adanya faktor resiko, memerlukan peraturan yang tegas dari yang berwenang, menjaga kebersihan agar tidak memunculkan sebuah penyakit.
- b. Pencegahan tingkat pertama, promosi kesehatan dan pencegahan khusus, sasarannya adalah faktor penyebab, lingkungan dan penjamu.
- c. Pencegahan tingkat kedua, diagnosis dini serta pengobatan yang tepat. Sasarannya adalah penderita /dianggap menderita dan terancam menderita pencegahan tingkat kedua ini bertujuan untuk diagnosis dini.
- d. Pencegahan tingkat ketiga, pencegahan terhadap cacat dan rehabilitasi. Sasarannya adalah orang yang mempunyai penyakit tertentu.

Upaya implementasi paradigma sehat, antara lain dilaksanakan melalui:

1. Pelaksanaan kebijakan dan regulasi yang holistik dalam mendukung penyeenggaraan paradigme sehat di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota, dengan dukungan penguatan kebijakan lintas sektor, termasuk legislative.
2. Pemantapan upaya promotif-preventif dan pemberdayaan masyarakat sebagai arus utama (mainstream) pembangunan kesehatan.

3. Penguatan kelembagaan promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat pada pemerintah dan masyarakat di berbagai jenjang sampai puskesmas
4. Pemenuhan jumlah tenaga promosi kesehatan dilakukan melalui pendidikan, pelatihan, dan penetapan jabatan fungsional PKM, disertai pengadaan formasinya
5. Pelaksanaan pemberdayaan masyarakat dan penerapan teknologi promosi kesehatan disesuaikan dengan dinamika, kondisi, serta adat istiadat masyarakat di masing-masing daerah;
6. Penguat advokasi untuk mendorong pemerintah daerah (provinsi dan kabupaten/kota) berkomitmen dalam:
  - a. Mengalokasikan anggaran 20% APBD untuk program kesehatan
  - b. SKPD mengalokasikan minimal 10% dari dana operasional kapitalis (40%) untuk upaya promotif-preventif UKP
7. Untuk menjamin kesinambungan pembiayaan upaya promotif-preventif, perlu mobilisasi sumber dana yang ada, antara lain: potensi dana desa, pajak rokok, dan BOK, serta dana operasional APBD Provinsi dan Kabupaten/Kota
8. Penguat UKM dan pemberdayaan masyarakat mengacu pada pendekatan penguatan yang terarah, menyeluruh, saling terkait dan realistis, serta didukung oleh sumber daya yang memadai.

## **D. Jaminan Kesehatan Nasional**

### **1. Pengertian Jaminan Kesehatan Nasional**

Jaminan kesehatan nasional dalam Undang-Undang nomor 36 tahun 2009 dinyatakan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas

sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman bermutu dan terjangkau untuk mewujudkan komitmen global dan konstitusi di atas pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui jaminan kesehatan nasional bagi kesehatan perorangan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang sistem jaminan sosial nasional mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk JKN melalui suatu badan penyelenggaraan jaminan sosial JKN adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar Peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah tujuannya adalah agar semua penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mendapat mendapatkan memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak.

## **2. Kepesertaan**

Peserta JKN adalah semua penduduk Indonesia termasuk orang yang asing yang telah bekerja di Indonesia paling singkat 6 bulan dan telah membayar iuran peserta JKN ada dua kelompok berikut

- a. Penerimaan bantuan iuran atau PBI adalah peserta JKN bagi fakir miskin dan orang tidak mampu yang ditetapkan oleh pemerintah dan iuran yang dibayar pemerintah
- b. Bukan PBI kesehatan jaminan kesehatan adalah pekerja penerima upah bukan pekerja penerima upah wirausaha dan bukan pekerja yang mampu serta anggota keluarganya anggota keluarga adalah 1 orang

suami atau istri dan anak yang sah dengan kriteria belum menikah dan tidak mempunyai penghasilan sendiri

### **3. Iuran kepesertaan**

Iuran JKN adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta pemberi kerja dan atau pemerintah untuk ke peserta Asuransi JKN besar iuran bulanan peserta disesuaikan dengan manfaat yang akan didapat dari fasilitas pelayanan kesehatan misalnya untuk ruang perawatan kelas 1 kelas 2 atau kelas 3.

### **4. Pelayanan**

- a. Ada dua jenis pelayanan yang akan diperoleh peserta JKN yaitu manfaat medis berupa pelayanan kesehatan serta akomodasi dan manfaat non medis atau ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama dengan kondisi tertentu yang ditetapkan BPJS;
- b. Prosedur pelayanan peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama terlebih dahulu apabila besar serta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan maka dilakukan melalui rujukan kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis
- c. Kompensasi pelayanan apabila di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis di jumlah peserta JKN wajib memberikan kompensasi yang dapat berupa penggantian uang tunai untuk biaya pelayanan



kesehatan dan transportasi, pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan fasilitas kesehatan tertentu

d. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerjasama dengan BPJS kesehatan, baik fasilitas kesehatan milik pemerintah, pemerintah daerah, swasta yang memenuhi persyaratan.

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal ( pasal 3 UU No.23/1992). Setiap orang berhak mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang optimal (pasal 4 UU No.23/1992). Hal ini senada dengan Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 amandemen pasal 28 H ayat 1, setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan yang layak dan cukup (Blum,1982). Pendekatan ekonomi kesehatan memberikan gambaran teoritis bahwa sebetulnya ketersediaan pelayanan kesehatan telah merefleksikan interaksi antara faktor individu/rumah tangga (aspek *demand*) dan faktor provider pelayanan kesehatan (aspek *supply*).

Di Indonesia, sejak tahun 1992 telah dikembangkan sistem akses sukarela (*voluntary*) yang bersifat komersial pada berbagai akses swasta ( UU RI No.2 tahun 1992) dan non-komersial berupa jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat (JPKM) berdasarkan UU No. 23 tahun 1992.

Sedangkan pengembangan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Jaminan kesehatan nasional diselenggarakan berdasarkan prinsip asuransi sosial dan ekuitas sebagaimana tertuang dalam penjelasan pasal 19 ayat 1 UU SJSN menyatakan bahwa yang dimaksud dengan prinsip asuransi sosial adalah kegotong-royongan antara yang kaya dengan yang miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda dan yang berisiko tinggi dan rendah. Pasal 19 ayat 2 UU SJSN menyatakan bahwa” jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Setelah menunggu waktu yang cukup lama untuk menunjang terlaksananya jaminan kesehatan nasional (JKN) tersebut maka, dibuatlah Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang badan penyelenggara jaminan sosial ( BPJS) kesehatan. Mulai berlaku: 1 januari 2014 : seluruh peraturan pelaksanaan (Peraturan presiden, peraturan menteri dan peraturan BPJS) yang merupakan turunan UU SJSN dan UU BPJS telah diundangkan dan ditertibkan; sasaran 2019: semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak.

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan merupakan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa. Upaya dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan di laksanakan berdasarkan prinsip non diskriminatif, parsipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya. Untuk mewujudkan hal tersebut maka bangsa Indonesia

memberikan sistem jaminan sosial nasional bagi seluruh rakyat Indonesia.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (mandatory) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

## **5. Manfaat Jaminan Kesehatan**

Manfaat JKN mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan sebagai berikut:

- a. Penyuluhan kesehatan perorangan meliputi penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat
- b. Imunisasi dasar meliputi baccile Calmett Guerin (BCV), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis B (DPTHB), Polio, dan Campak.
- c. Keluarga Berencana meliputi konseling kontrasepsi dasar Vasektomi dan tubektomi bekerjasama dengan lembaga yang membidangi Keluarga Berencana vaksin untuk imunisasi dasar dan alat kontrasepsi dasar disediakan oleh pemerintah dan atau pemerintah daerah bukan oleh JKN

d. Skrining kesehatan diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan pencegahan dampak lanjutan dari resiko penyakit tertentu

Ada 2 (dua) manfaat Jaminan Kesehatan, yakni berupa pelayanan kesehatan dan manfaat non medis meliputi akomodasi dan ambulans. Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Pelayanan yang diberikan bersifat paripurna (preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif) tidak dipengaruhi oleh besarnya biaya premi bagi peserta. Promotif dan preventif yang diberikan dalam konteks upaya kesehatan perorangan (*personal care*).

Ada beberapa faktor determinan asuransi kesehatan(askes) sosial dibanyak negara termasuk Indonesia, bisa diamati dari besarnya kelompok penduduk yang kurang mampu. Masyarakat sehat menilai iuran sangat mahal, kesiapan fasilitas kesehatan merespon permintaan yang meningkat; kemampuan manajemen institusi pengelola; dan rasa solidaritas.

Jenis-jenis pelayanan kesehatan yang dijamin dan tidak dijamin oleh Jaminan Kesehatan nasional antara lain dijelaskan dalam Peraturan Presiden No 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan dan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialis yang mencakup:
1. Administrasi pelayanan;
  2. Pelayanan promotif dan preventif;

3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis;
4. Tindakan medis non spesialisik, baik operatif maupun non operatif
5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai;
6. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis;

b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan, meliputi pelayanan kesehatan yang mencakup:

1. Administrasi pelayanan
2. Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis
3. Subspesialis
4. Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non bedah sesuai dengan indikasi medis
5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
6. Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis
7. Rehabilitasi medis;
8. Pelayanan darah;
9. Pelayanan kedokteran forensik klinik;
10. Pelayanan jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan;
11. Perawatan inap non intensif;
12. perawatan inap di ruang intensif.

c. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin meliputi:

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;

2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
3. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
4. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas yang bersifat wajib sampai nilai yang ditanggung oleh program jaminan kecelakaan lalu lintas
5. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
6. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
7. Pelayanan untuk mengatasi infertilitas;
8. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
9. Gangguan kesehatan/penyakit akibat ketergantungan obat dan/atau alkohol;
10. Gangguan kesehatan akibat sengaja menyakiti diri sendiri, atau akibat melakukan hobi yang membahayakan diri sendiri;
11. Pengobatan komplementer, alternatif dan tradisional, termasuk akupunktur, shin she, chiropractic, yang belum dinyatakan efektif berdasarkan penilaian teknologi kesehatan (*health technology assessment*)
12. Pengobatan dan tindakan medis yang dikategorikan sebagai percobaan (eksperimen);
13. Alat kontrasepsi, kosmetik, makanan bayi, dan susu;
14. Perbekalan kesehatan rumah tangga;
15. Pelayanan kesehatan akibat bencana pada masa tanggap darurat, kejadian luar biasa/wabah;

16. Biaya pelayanan kesehatan pada kejadian tak diharapkan yang dapat dicegah (*preventable adverse events*);
17. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan manfaat jaminan kesehatan yang diberikan.

## **E. Sistem pelayanan kesehatan**

Sistem pelayanan kesehatan adalah suatu jaringan penyedia pelayanan kesehatan (*supply side*) dan orang-orang yang menggunakan pelayanan tersebut (*demand side*) disetiap wilayah serta negara dan organisasi yang melahirkan sumber daya tersebut, dalam bentuk manusia maupun material.

Pengertian pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit, serta memulihkan kesehatan perseorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat

### **1. Fasilitas pelayanan kesehatan**

Fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitasi dilakukan oleh pemerintah baik pemerintah daerah dan atau masyarakat. Syarat pokok fasilitas pelayanan kesehatan yang baik sebagai berikut

- a. Tersedia dan berkesinambungan artinya fasilitas pelayanan kesehatan muda ditemukan keberadaannya dan dapat dimanfaatkan masyarakat saat dibutuhkan

- b. Dapat diterima artinya pelayanan kesehatan tidak bertentangan dengan adat istiadat kebudayaan keyakinan dan kepercayaan masyarakat setempat
- c. Mudah dicapai artinya lokasi fasilitas pelayanan kesehatan mudah dicapai dengan sarana transportasi yang tersedia baik di perkantoran maupun perdesaan
- d. Mudah dijangkau artinya biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat konsumennya bermutu artinya pelayanan kesehatan yang diselenggarakan sesuai dengan kode etik dan standar mutu yang ditetapkan.

## **2. Prinsip pelayanan kesehatan**

Prinsip Pelayanan Kesehatan sebagai berikut:

- a. Mengutamakan pelanggan, standar prosedur pelayanan disusun demi kemudahan dan kenyamanan pelanggan bukan hanya untuk memperlancar pekerjaan jika pelayanan kita memiliki pelanggan eksternal dan internal harus ada prosedur yang berbeda dan terpisah untuk keduanya.
- b. Sistem yang efektif proses pelayanan perlu dilihat sebagai sebuah sistem yang memadukan hasil hasil kerja dari berbagai unit dalam organisasi perpaduan tersebut harus terlihat sebagai sebuah proses pelayanan yang berlangsung dengan tertib dan lancar di mata para pelanggan.
- c. Melayani dengan hati nurani dalam transaksi tatap muka dengan pelanggan diutamakan keaslian sikap dan perilaku sesuai dengan hati nurani perilaku yang dibuat-buat sangat mudah dikenali.
- d. Perbaikan yang berkelanjutan semakin baik mutu pelayanan akan menghasilkan pelanggan yang semakin



sulit untuk dipuaskan karena tuntutananya akan semakin tinggi kemudian kebutuhannya semakin meluas dan beragam hal tersebut mendorong pemberi jasa pelayanan harus mengadakan evaluasi dan perbaikan terus-menerus.

- e. Memperdayakan pelanggan menawarkan jenis-jenis layanan yang dapat digunakan sebagai sumber daya atau perangkat tambahan oleh pelanggan untuk menyelesaikan persoalan hidup sehari-hari.

## **Ringkasan**

1. Paradigma Sehat adalah model pembangunan kesehatan yang jangka panjang diharapkan mampu mendorong masyarakat untuk bersifat mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri.
2. Beberapa negara mengakui pentingnya peranan pelayanan kesehatan dasar untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat dan telah melakukan upaya untuk mereformasi pelayanan kesehatan dasar.
3. Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan dengan menggunakan mekanisme asuransi kesehatan sosial yang bersifat wajib (*mandatory*) berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat yang layak yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh Pemerintah.

## **Latihan Soal**

1. Sasaran perubahan paradigma sehat ditujukan kepada :
  - a. Para pembuat kebijakan pada lintas sektor, Penyelenggaran pelayanan kesehatan, Masyarakat;
  - b. Para pembuat kebijakan pada lintas sektor, Tenaga kesehatan, Penyelenggaran pelayanan kesehatan.
  - c. Para pembuat kebijakan pada lintas sektor, Tenaga kesehatan, Penyelenggaran pelayanan kesehatan, Masyarakat;
  - d. Para pembuat kebijakan pada lintas sektor, Tenaga kesehatan, Masyarakat;

Jawaban: C

2. Pelayanan kesehatan yang tidak dijamin oleh BPJS Kesehatan meliputi:
  - a. Pelayanan kesehatan yang dilakukan melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
  - b. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
  - c. Pelayanan kesehatan yang telah dijamin oleh program jaminan kecelakaan kerja terhadap penyakit atau cedera akibat kecelakaan kerja atau hubungan kerja;
  - d. Pelayanan kesehatan yang terdapat dalam daftar kriteria BPJS.

Jawaban: C

3. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, meliputi pelayanan kesehatan non spesialis:
  - a. Pelayanan promotif dan preventif, kuratif
  - b. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi gizi
  - c. Tindakan spesialisik berupa operatif

d. Pemeriksaan mata

Jawaban A

4. Iuran JKN adalah

- a. Sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh peserta pemberi kerja dan atau pemerintah untuk ke peserta JKN dan besar iuran bulanan peserta disesuaikan dengan manfaat yang akan didapat dari fasilitas pelayanan kesehatan misalnya untuk ruang perawat kelas 1 kelas 2 atau kelas 3
- b. Besar iuran bulanan peserta disesuaikan dengan penghasilan peserta:
- c. Besaran iuran bulan peserta disesuaikan dengan kelas Rumah sakit yang dipilih
- d. Besaran iuran peserta tergantung kemampuan peserta.

## **Daftar Pustaka**

1. Peraturan Menteri Kesehatan No Tahun 2006 Tentang Program Indonesia Sehat Pendekatan keluarga.
2. Hapsara Habib Rachmat, Penguat Upaya Kesehatan masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang kesehatan di Indonesia. Yogyakarta, Gajah Mada University Press, Anggota AKAPI, Anggota APPTI, 2019.
3. Peraturan Presiden No 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
4. Departemen Kesehatan, 2009. Rencana pembangunan jangka Panjang Bidang Kesehatan 2005-2025. Jakarta.
5. Surahman dan Sudibyo Supardi, 2016. Ilmu Kesehatan masyarakat PKM. BPPSDM Kesehatan. Jakarta.
6. Hapsara, 2014, Filsafat Pemikiran Dasar Pembangunan Kesehatan, Yogyakarta, Gajah Mada University Press.
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. Pedoman umum Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga, Jakarta.

## **BAB III**

### **KERACUNAN MAKANAN**

#### **Tujuan Instruksional Umum**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat mengetahui dan memahami keracunan makanan

#### **Tujuan Instruksional Khusus**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat:

1. Mengetahui konsep keracunan makanan
2. Mengetahui penyebab keracunan makanan
3. Mengetahui gejala keracunan makanan
4. Mengetahui pencegahan Keracunan makanan
5. Mengetahui tindakan mengatasi keracunan
6. Mengetahui Pengobatan Keracunan
7. Mengetahui penanganan keracunan makanan

#### **A. Konsep Keracunan Makanan**

Menurut Permenkes Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2013 tentang kejadian luar biasa keracunan pangan, keracunan makanan adalah seseorang yang menderita sakit dengan gejala dan tanda keracunan yang disebabkan karena mengonsumsi makanan yang diduga mengandung cemaran biologis atau kimia.

Menurut Arisman (2009) *foodborne illness* dikelompokkan menjadi tiga yaitu, *foodborne infections*, *foodborne intoxication*, dan *foodborne toxicoinfections*. *Foodborne infection* terjadi apabila seseorang memakan mikroorganisme yang mengiritasi bahkan menginvasi saluran pencernaan, misalnya adalah *listeria*, *salmonella*, dan *campylobacter*. *Foodborne intoxication* terjadi apabila seseorang mengonsumsi makanan yang telah mengandung racun baik yang dihasilkan oleh bakteri maupun patogen lainnya. *Foodborne toxicoinfections* terjadi apabila mikroorganisme yang masuk melalui makanan yang dikonsumsi mengiritasi dan

mampu menghasikan toksin yang membahayakan bagi tubuh.

Kejadian luar biasa (*outbreak*) keracunan makanan adalah terjadinya dua atau lebih kasus penyakit yang disebabkan oleh suatu jenis makanan, sedangkan untuk kasus keracunan tertentu seperti botulism oleh *clostridium botulinum* maupun oleh toksin paralisis yang disebabkan karena konsumsi kerang sering hanya terdiri dari satu kasus tetapi berakibat fatal, hal ini disebut dengan insiden.

Masalah keracunan makanan seringkali kita dapatkan dari berbagai media informasi penyakit yang ditularkan melalui makanan atau menyebutnya dengan penyakit bawaan pangan merupakan keracunan yang disebabkan oleh narkoba atau agen yang masuk ke dalam tubuh melalui makanan yang dikonsumsi.

Racun adalah bahan yang apabila tertelan, terhirup ke dalam kulit atau karena suntikan bisa menyebabkan penyakit, kerusakan dan bahkan kematian. Racun juga merupakan suatu zat yang berbahaya bagi tubuh karena bisa merusak sel dan sebagian fungsi organ didalam tubuh. Sedangkan keracunan makanan adalah suatu penyakit atau kerusakan yang terjadi setelah mengonsumsi suatu makanan yang mengandung racun baik yang terjadi karena pembusukan makanan atau karena bakteri pada makanan. Jadi keracunan adalah keadaan darurat atau membahayakan karena merusak sel dan fungsi orang-orang tertentu didalam tubuh akibat masuknya zat atau racun yang berasal dari pembusukan makanan atau bakteri tertentu.

Keracunan adalah keadaan darurat yang dapat merusak sel dan sebagian fungsi tubuh akibat masuknya suatu zat atau makanan yang mengandung racun, berasal dari bahan

beracun yang terbentuk akibat pembusukan makanan dan bakteri. Keracunan makanan atau *food poisoning* adalah penyakit gastroenteritis akut yang hampir terjadi setiap saat terutama di Indonesia. Hal ini disebabkan oleh makanan terkontaminasi oleh bakteri hidup atau oleh toksin yang dihasilkannya atau oleh sebab zat-zat anorganik dan racun yang berasal dari tanaman dan binatang.

Keracunan makanan adalah segala gejala yang timbul akibat makanan yang terkontaminasi. Makanan terkontaminasi dapat mengandung organisme infeksius berupa bakteri, jamur, virus, maupun parasit atau toksin yang dihasilkan oleh organisme tertentu. Organisme infeksius atau toksin dapat mengkontaminasi makanan pada segala titik dari mulai proses, produksi atau distribusi suatu makanan. Keracunan merupakan suatu keadaan gawat darurat medis yang membutuhkan tindakan segera, keterlibatan dalam memberikan pertolongan dapat membawa akibat yang fatal.

Karakteristik keracunan makanan yang disebabkan oleh bakteri berupa penderita menyantap jenis makanan yang sama, menyerang banyak orang dalam waktu bersamaan, sumber penyebab sama serta gejala-gejala penyakitnya mirip satu dengan yang lain. Keadaan seperti ini sering dijumpai pada sejumlah orang yang menderitanya penyakit gastroenteritis akut, sebagai contoh kasus keracunan undangan di sebuah pesta.

Di Amerika kecelakaan dan keracunan merupakan penyebab utama kematian anak-anak. Lebih kurang 60% dari paparan keracunan yang dilaporkan, kejadian pada anak berumur kurang dari 6 tahun dengan kematian kurang dari 4%. Di RSCM/FK UI Jakarta dilaporkan 45 penderita anak yang mengalami keracunan setiap tahunnya, sedangkan di

RS dr. Soetomo Surabaya 15-30 penderita anak yang datang untuk mendapatkan pengobatan Karena setiap tahun yang sebagian besar karena keracunan hidrokarbon (45-60%), keracunan makanan, keracunan obat-obatan, detergen dan bahan-bahan rumah tangga yang lain. Meskipun keracunan dapat terjadi melalui saluran cerna (75%) dan inhalasi (14%).

## **B. Penyebab Keracunan Makanan**

Keracunan makanan disebabkan secara kimiawi, yaitu terdapatnya bahan kimia beracun dalam suatu makanan, seperti dari hasil pertanian (pestisida, timah, merkuri, dan kadium). Makanan yang dikonsumsi bisa tercemar oleh racun kimiawi dalam proses pembuatan/produksi. Keracunan makanan secara biologis yaitu keracunan makanan secara biologik karena memakan tumbuhan yang mengandung substansi yang terdapat secara alami dan bersifat membahayakan, dapat meningkatkan resiko terjadinya keracunan seperti, lansia, ibu hamil, balita dan lain-lain.

Keracunan makanan yang bukan disebabkan oleh bakteri atau bahkan makanan lain tidak selalu memberikan gejala yang sama dan tidak terjadi dalam waktu bersamaan, namun tetap berbahaya bagi kesehatan manusia. Batasan dan penyebab keracunan makan perlu dipertegas dan dibedakan dengan penyakit gastroenteritis akut biasa agar tidak menimbulkan polemic dan masalah pada masyarakat awam. Keracunan pada manusia disebabkan oleh konsumsi enterotoxin yang dihasilkan oleh beberapa strain *Staphylococcus* di dalam makanan, biasanya juga dikarenakan makanan tersebut tidak dimasak pada suhu yang cukup tinggi (60°C, atau lebih). Penyelidikan ini ditemukan hasil yang sejalan dengan teori serta kejadian-



kejadian KLB keracunan makanan bahwa bakteri *Staphylococcus* memiliki masa inkubasi 1-16 jam serta secara statistik dicurigai bahwa penyebab dari keracunan adalah ayam bacem dan sambel krecek yang telah terkontaminasi. Beberapa penelitian terkait KLB keracunan makanan yang dilakukan di beberapa negara yaitu kasus keracunan diakibatkan makanan yang dikonsumsi mengandung *Vibrio Cholera* dilakukan di Morocco (Abdov et al,2019), penyebab keracunan akibat makanan yang mengandung *Staphylococcus Aureus* di Swiss (Johir et al,2015) dan kasus KLB keracunan yang diakibatkan makanan yang dikonsumsi mengandung *Staphylococcus* di Umbria (Italia) (Ercoli et al,2017). Diperkirakan setiap tahun KLB keracunan makanan akibat dari kontaminasi bakteri mencapai 60 juta anak mengalami sakit termasuk 50 ribu anak mati di Asia Selatan (WHO,2015). Selanjutnya, insiden keracunan makanan mengalami peningkatan 2 kali lipat dari 61 menjadi 135 wabah di 34 provinsi selama tahun 2015-2016 di Indonesia (BPOM,2018).

Penyebab keracunan makanan secara sederhana dapat dibagi menjadi 2 jenis :

1. Keracunan akibat bakteri (*Bacterial Food Poisoning*) (Syifa, 2019)

Terjadi setelah menyantap makanan yang terkontaminasi oleh bakteri hidup atau oleh toksin yang dihasilkannya. *Bacterial Food Poisoning* dapat dibedakan berdasarkan penyebabnya yaitu:

- a. Keracunan makanan akibat salmonella (*salmonella food poisoning*)

*Salmonella food poisoning* adalah penyakit zoonosis berasal dari hewan) yang terdapat di mana-mana,

ditularkan kepada manusia melalui ternak yang terkontaminasi, seperti daging, susu, telur atau feses tikus. Insidensi penyakit ini meningkat terutama di Negara barat oleh beberapa faktor, antara lain:

- a. Peningkatan perdagangan internasional berupa produk bahan makanan yang berasal dari binatang ternak
- b. Penggunaan deterjen secara luas pada rumah tangga mempengaruhi pengolahan air kotor
- c. Distribusi dan pemakaian makanan jadi atau kaleng meningkat dimana-mana
- d. Terdapat lebih dari 50 spesies salmonella typhimurium, Sb.cholera-suis dan Sh. Sonnei

Mikroorganisme berkembang biak didalam usus dan menimbulkan gejala penyakit gastroenteritis akut berupa mual muntak, diare, sakit kepala, nyeri, abdominal dan demam.angka mortalitas sekitar 1%

2. Keracunan makanan akibat stafilocokus (staphylococcal food poisoning). Keracunan makanan yang disebabkan oleh enterotoksin yang dihasilkan oleh staphylococcus aureus (Budiman, 2019). Kuman stafilocokus akan mati pada waktu makanan dimasak, tetapi enterotoksin tahan panas pada temperature 100 derajat selama beberapa menit. Stafilocokus banyak ditemukan di dalam tubuh, seperti hidung, tenggorokan dan kulit manusia serta debu di dalam kamar dan menyebabkan infeksi pada manusia dan binatang. Ditemukan juga pada makanan seperti salads, custards, susu serta produk yang dihasilkannya yang terkontaminasi oleh stafilocokus. Masa inkubasi relative lebih pendek sekitar 1-6 jam karena disebabkan oleh toksin.

- Botulisme

Penyakit gastroenteritis akut yang disebabkan oleh ektoksin yang dihasilkan oleh *Clostridium botulinum*. Bakteri ini bersifat anaerobic, banyak ditemukan di tanah, debu, dalam saluran usus binatang dan akan berbentuk spora dalam makanan kaleng.

Masa inkubasi cepat sekitar 12-36 jam, gejala penyakit ini berbeda dengan yang lain karena eksontoksin bekerja pada system saraf parasimpatis gejala gastrointestinal ringan. Demam biasa, tidak ada penurunan kesadaran namun fatal. Kematian terjadi dalam waktu 4-8 hari disebabkan kegagalan pernafasan atau jantung.

Sebaiknya makanan kaleng dimasak lebih dulu pada temperature 100 derajat celcius beberapa menit agar lebih aman karena toksinnya bersifat termolabil. Pemberian obat guanidin hidroklorida peroral dosis 20-40 mg/kg berat badan dapat mengurangi terjadinya hambatan neuromuskuler dan jika disertai dengan perawatan yang baik akan menurunkan angka kematian yang disebabkan oleh kegagalan pernapasan dan jantung.

- Keracunan makanan akibat *C. perfringens* (*C. Perfringens* food poisoning) Mikroorganisme *Clostridium perfringens* (*C. Welchii*) ditemukan dalam kotoran manusia dan binatang, tanah, air dan udara. Penularan umumnya terjadi karena menyantap makanan berupa daging hewan ternak yang sudah dimasak dan disimpan selama 24 jam atau lebih dan kemudian dimasak kembali secara cepat sebelum dimakan. Masa inkubasi sekitar 6-24 jam.

Pathogenesis *C. Perfringens* belum banyak diketahui. Bakteri ini berkembang biak pada suhu sekitar 30 derajat celsius dan memproduksi berbagai toksin adalah eksotoksin yang menimbulkan gejala penyakit dan juga pendapat bahwa jumlah *C. Perfringens* yang banyak dalam makanan yang menyebabkan timbulnya keracunan makanan. Gejala klinis berupa nyeri perut, diare, lesu dan subfebris. Mual dan muntah jarang terjadi, cepat sembuh dan tidak fatal.

3. Keracunan makanan bukan akibat bakteri (Non-Bacterial Food Poisoning)

Keracunan makanan yang bukan disebabkan oleh bakteri hidup maupun oleh toksin yang dihasilkannya, antara lain:

a. Keracunan oleh Tumbuh-tumbuhan (Budiman, 2019)

▪ Keracunan Singkong

Singkong atau ubi kayu adalah jenis bahan makanan alternative selain beras dan terigu, tetapi tidak semua jenis singkong dapat dikonsumsi langsung. Ada jenis singkong yang dijadikan bahan tepung sagu mengandung asam sianida yang beracun sehingga perlu diproses lebih dulu dan dapat dimakan setelah menjadi tepung sagu. Gejala yang timbul berupa mual, muntah, pusing, dan kesadaran menurun sampai koma

▪ Keracunan Jengkol

Salah satu jenis sayur lalapan yang mengandung asam jengkolat. Apabila dikonsumsi berlebihan akan terjadi penumpukan dan pembentukan Kristal asam jengkolat di ginjal sehingga menimbulkan gejala rasa mual, muntah, nyeri perut hilang timbul, sangat mirip

dengan kolik ureter, merasa sakit bila buang air kecil, kekencing berbau jengkol dan dapat terjadi uremia dan kematian

- Keracunan Jamur Beracun

Di Indonesia terdapat sayuran jamur yang terkenal, seperti jamur merang, jamur sampinyo dan lain-lain. Ada jamur yang mengandung racun amanitin dan ada juga yang mengandung meskarin. Racun tersebut bekerja sangat cepat dan menyebabkan rasa mual, muntah, sakit perut, mengeluarkan banyak ludah dan keringat, miosis, diplopia, bradikardi sampai konvulsi. Amanitin dapat menyebabkan disfungsi hepatoseluler dan ginjal *Atropa belladonna*. Berisi alkaloid dari *belladonna*. Gejala mirip dengan keracunan atropine berupa mulut dan kulit kering, pandangan mata kabur, dilatasi pupil, takikardi dan halusinasi

- *Datura stramonium* (Apel)

Mengandung *stromonium* alkaloida. Gejala klinik mirip dengan keracunan atropine, tidak ada terapi yang spesifik untuk racun-racun ini. Gejala gangguan saraf perifer yang ditimbulkan oleh atropine dapat diantagonis dengan pilokarpin, tapi tidak berpengaruh pada gejala gangguan otak. Untuk mengeluarkan racun dapat dilakukan dengan induksi muntah untuk mengosongkan lambung atau melakukan bilasan pada lambung.

b. Keracunan kerang dan Ikan Laut

Gejalanya dapat terjadi 30 menit atau kurang setelah makan-makanan tersebut, berupa kemerah-merahan pada muka, dada, lengan, gatal-gatal, urtikaria,

angioderma, edema, takikardi, palpitasi, sakit perut dan diare serta pada keadaan berat dapat terjadi gangguan pernapasan

c. Keracunan bahan-bahan kimia

Bahan-bahan kimia yang dapat menimbulkan keracunan makanan antara lain berupa zat pewarna makanan, logam berat, bumbu penyedap dan bahan pengawet atau zat kimia yang beracun yang ada pada makanan tanpa disengaja atau tidak diketahui. Misalnya racun tikus, insektisida, natrium klorida yang disangka susu atau barium bikarbonat yang disangka tepung

d. Jenis keracunan makanan lain

- Sindrom restoran Cina (Chinese Restaurant Syndrom). Gejala timbul pada sebagian orang 10-20 menit setelah menyantap makanan cina. Gejala timbul berupa rasa tidak enak dan rasa terbakar di leher bagian belakang, kesemutan pada lengan atas bagian belakang dan didepan dada. Gejala ini timbul bervariasi biasanya terjadi selama 45 menit sampai 2 jam. Penyebabnya mungkin oleh monosodium glutamate yang dipakai sebagai bumbu penyedap masakan-masakan Cina

- Hot Dog Headache

Beberapa pasien menderika sakit di bagian kepala, muka merah dimulai 30 menit setelah makan. Hal ini mungkin terjadi disebabkan oleh sodium nitrit yang digunakan pada proses pembuatannya.

Ada beberapa penyebab terjadinya keracunan makanan diantaranya:

- a. Tidak menyimpan makanan dengan baik seperti daging dan susu tidak diletakkan ditempat yang tepat.
- b. Tidak memasak makanan dengan benar/ tidak matang; seperti salmonella adalah nama sekelompok bakteri yang menyebabkan infeksi salmonellosis. Ini adalah salah satu penyebab bakteri pada diare yang paling umum.
- c. Menyiapkan makanan tanpa dicuci terlebih dahulu.
- d. Minum susu dan keju yang tidak dipasteurisasi

Berikut merupakan organisme yang sering menyebabkan keracunan makanan (Azizah, 2019)

- **Salmonella**, bakteri ini didapatkan dari telur mentah atau telur setengah matang, dapat pula ditemukan pada daging, unggas dan sayur yang tidak dimasak yang telah terkontaminasi sebelumnya. Butuh waktu 6-72 jam untuk bakteri ini hingga menimbulkan keluhan. *Salmonella typhi* adalah bakteri yang sering menjadi penyebab keracunan makanan. Bakteri *Salmonella typhi* hidup di usus hewan ternak.
- **Escherichia Coli**, bakteri ini biasanya ditemukan pada daging cincang mentah atau produk susu yang tidak dipasteurisasi. Dibutuhkan 3-8 hari hingga bakteri ini dapat menimbulkan diare berdarah disertai kram perut dan muntah. *Escherichia coli* adalah kelompok bakteri yang menjadi penyebab banyak penyakit pada manusia, seperti Infeksi saluran Kemih (ISK) dan pneumonia. Dari banyak jenisnya, *Escherichia coli* adalah yang spesifik menyebabkan keracunan makanan. *Escherichia coli* menular ke manusia terutama melalui konsumsi makanan yang terkontaminasi, seperti produk daging

giling mentah atau kurang matang, jus dan susu mentah (nonpasteurisasi), serta sayuran mentah dan kecambah yang terkontaminasi.

- **Campylobacter**, bakteri ini ditemukan pada produk daging dan susu yang tidak dimasak dengan baik dan air yang terkontaminasi sebelumnya. Dibutuhkan 2-5 hari untuk bakteri ini menimbulkan keluhan berupa diare disertai mual, muntah dan nyeri kepala. Campylobacter dianggap sebagai bakteri penyebab keracunan makanan yang paling umum di dunia. Badan Kesehatan Dunia (WHO) mencatat setiap tahun hampir 1 dari 10 orang di dunia mengalami keracunan akibat terinfeksi campylobacter.
- **Listeria**, ditemukan pada makanan siap santap yang didinginkan seperti sosis, dan produk olahan susu seperti keju atau yoghurt. Bakteri ini memiliki masa inkubasi yang lama yaitu 3-21 hari untuk dapat menimbulkan keluhan. Keluhan yang ditimbulkan oleh bakteri ini berupa demam, nyeri otot, mual, muntah, diare, hingga leher kaku dan linglung. Listeria adalah bakteri penyebab keracunan makanan yang dapat bertahan hidup di suhu dingin, seperti di kulkas atau freezer. Makanan dingin yang bisa berisiko terkontaminasi listeria adalah ikan asap, daging asap, keju mentah yang terbuat dari susu nonpasteurisasi, dan es krim. Ibu hamil dan orang yang daya tahan tubuhnya lemah lebih mudah terkena infeksi bakteri listeria. Orang yang mengalami infeksi listeria lebih serius, disebut sebagai listeriosis, mungkin tidak menunjukkan gejala selama seminggu atau bahkan beberapa bulan setelah terpapar. Namun, kemungkinan



akan mengalami gejala umum seperti diare atau muntah yang dapat disalahpahami sebagai penyakit lain.

- **Clostridium botulinum,**

Biasa ditemukan pada makanan kaleng yang telah kadaluarsa atau yang memiliki tingkat keasaman rendah. Dalam 12-36 jam toksin dari bakteri ini dapat menimbulkan keluhan neurologi pada pengidapnya berupa lelah, lesu, vertigo, pandangan kabur, hingga kesulitan menelan dan bicara. Clostridium botulinum adalah bakteri penyebab keracunan makanan yang kondisinya disebut botulisme. Keracunan makanan akibat bakteri Clostridium dapat menyebabkan gejala seperti mual, muntah, dan kram perut. Keracunan makanan botulisme juga dapat menyebabkan gangguan saraf yang berpotensi fatal, yang ditandai penglihatan ganda, kesulitan menelan, berbicara, dan bernapas. Botulisme yang terjadi pada bayi dapat menyebabkan lemas, sembelit, dan penurunan nafsu makan.

### **C. Gejala Keracunan Makanan**

Keracunan makanan dapat menimbulkan gejala dengan derajat keparahan yang beragam, mulai dari gejala yang ringan hingga gejala berat memerlukan rawat inap. Kebanyakan kasus keracunan makanan ditandai dengan muntah atau diare (didefinisikan sebagai lebih dari tiga kali buang air besar lunak atau cair dalam waktu 24 jam), yang dapat disertai darah. Pasien dapat hanya menunjukkan satu gejala. Namun keluhan lainnya dapat muncul seperti demam, kram pada perut, nyeri kepala, dehidrasi, nyeri otot, dan nyeri pada sendi (Syifa, 2019). Tidak ada gejala yang spesifik untuk keracunan makanan sehingga diagnosis nya

memerlukan gabungan dari keluhan pasien, ciri epidemiologis seperti umur, tempat tinggal, informasi mengenai makanan yang dikonsumsi, dan temuan dari pemeriksaan fisik. Kumpulan gejala dan rentang waktu antara konsumsi makanan dan timbulnya gejala membantu mengarahkan penyebab keracunan ke pathogen atau toksin tertentu (Switaj et al., 2015).

Pasien dengan gejala yang singkat (kurang dari 12 jam) kemungkinan besar mengonsumsi toksin yang sudah terdapat dalam makanan, baik toksin alami (misal jamur beracun) maupun hasil sintesis bakteri yang berproliferasi pada makanan tersebut, dimana bakteri tersering adalah *Staphylococcus aureus* atau *Bacillus cereus* dengan toksin tahan panas. Bila terdapat diare dalam 24 jam setelah konsumsi makanan, bakteri yang paling mungkin adalah *B. cereus* atau *Clostridium perfringens*, yang menghasilkan toksin setelah berada di dalam usus. Organisme yang mengincasi dinding usus, seperti *Salmonella* dan *Campylobacter jejuni*, biasanya menimbulkan diare setelah 24 jam dari konsumsi makanan sampai 48 jam (Switaj et al., 2015)

Gejala yang ditimbulkan dalam keracunan makanan sangat bervariasi, tergantung dengan cara masuknya racun tersebut.

Berikut ini contoh gejala atau tanda berdasarkan makanan yang dikonsumsi:

#### 1. Keracunan jamur

Beberapa jenis jamur umumnya mengandung zat yang bernama muskarin yang memicu sistem saraf parasimpatis, sehingga apabila terjadi keracunan makanan akan mual, keluar ludah banyak, muntah, sakit perut, diare, sesak napas, sakit kepala, kunang-kunang, sampai shock dan

meninggal. Berapa jenis jamur yang dapat menyebabkan keracunan makanan adalah, **conocybe filaris** yang mengandung sangat toxin yang mematikan jika dicerna dapat menyebabkan kerusakan hati yang tidak dapat diperbaiki, dapat menyebabkan kerusakan hati, dan ginjal yang gejalanya muntah, kejang, kram, delirium, dan diare.

## 2. Keracunan jengkol

Jengkol adalah makanan yang banyak digemari oleh banyak orang. Kacang jengkol memiliki kandungan asam jengkolat dalam rentang 0,3- 1,3 gram dalam 100 gram berat basah dan 93% asam jengkolat adalah struktur asam amino yang mengandung sulfur.

Gejalanya : Sakit perut sekali, tidak bisa kencing atau bisa tapi keluar darah yang disebabkan oleh terbentuknya kristal-kristal asam jengkol pada saluran kencing.

## c. Keracunan botulisme

Merupakan keracunan makanan akibat bakteri *cholstridium botulinum*. Bakteri ini dapat hidup tanpa oksigen (anearob) dan berbentuk spora. Racun botulinum adalah racun yang sangat kuat menyerang saraf dan pencernaan manusia. Gejala yang muncul biasanya sukar menelan, mual, muntah, anggota badan berasa kaku, juling, dan diare berat.

## d. Keracunan singkong

Dibeberapa daerah singkong menjadi bahan makanan yang mengandung karbohidrat. Gejala yang ditimbulkan berupa mual, pusing, muntah dan diare, dan tidak jarang terjadi kesukaran bernapas.

Terjadi setelah menyantap makanan yang terkontaminasi oleh bakteri hidup atau oleh toksin yang dihasilkan oleh bakteri tsb. Apabila kita mengkonsumsi

makanan yang mengandung bakteri, maka bakteri tersebut akan tumbuh dan berkembang-biak pada saluran pencernaan. Bacterial foodborne disease disebabkan oleh:

#### 1. Campylobacter jejuni

Campylobacter jejuni adalah kuman penyebab diare terbanyak. Campylobacter jejuni tumbuh optimum pada suhu 42 °C. Racun Campylobacter jejuni berasal dari bakterinya sendiri. Gejala timbul 2-5 hari setelah konsumsi makanan, yaitu sakit perut, demam, diare.

#### 2. Salmonella sp

Kuman penyakit ini berasal dari hewan, ditularkan kepada manusia melalui ternak yang terkontaminasi, seperti daging, susu, telur, salad. Terdapat lebih dari 50 spesies Salmonella yang menyebabkan keracunan makanan, seperti Salmonella typhimurium, Salmonella choleraesuis, dan Salmonella sonnei. Mikroorganisme ini berkembang biak di dalam usus dan menimbulkan gejala penyakit gastroenteritis akut seperti muntah, mual, diare, sakit kepala, nyeri perut dan demam.

#### 3. Escherichia coli

Escherichia coli strain mampu menghasilkan racun. Infeksi beberapa strain Escherichia coli menyebabkan diare dan bahkan kematian serta mampu hidup pada tempat yang miskin nutrisi. Masa inkubasi adalah 3 –9 hari setelah mengkonsumsi makanan, yaitu sakit perut, diare, muntah, demam. Bakteri ini biasanya menginfeksi daging sapi dan daging ayam

#### 4. Listeria monocytogenes

Listeria monocytogenes adalah bakteri gram positif yang hidup di tanah dan air. Listeriosis jarang terjadi pada manusia sehat, tetapi berbahaya bagi orang yang

terinfeksi HIV, orang yg sedang kemoterapi, orang tua, wanita hamil dan anak-anak. Gejala meliputi sakit perut, demam dan muntah. Bakteri ini mengkontaminasi susu dan makanan berbasis susu

#### 5. Staphylococcus aureus

Disebabkan oleh enterotoksin yang dihasilkan Staphylococcus aureus. Bakteri ini akan mati pada saat makanan dimasak, tetapi enterotoksin yang dihasilkan oleh bakteri ini tahan pada suhu 100°C selama beberapa menit. Bakteri ini ditemukan pada bahan pangan seperti salad, custard, susu, dan produk berbasis susu. Masa inkubasi sekitar 1-6 jam

#### 6. Clostridium perfringens

Infeksi bakteri ini pada makanan terutama daging yang sudah dimasak dan disimpan selama jangka waktu 24 jam, kemudian dimasak lagi secara cepat sebelum dikonsumsi. Masa inkubasi 6-24 jam. Bakteri ini berkembang biak pada suhu 30°C dan memproduksi berbagai jenis toksin, seperti alfa toksin dan beta toksin. Diduga alfa toksin adalah exotoksin. Gejala klinis berupa nyeri perut, diare, dan lesu.

#### 7. Clostridium botulisme

Disebabkan oleh eksotoksin yang dihasilkan oleh Clostridium botulinum. Infeksi bakteri ini pada makanan terutama terdapat pada makanan kaleng. Bakteri ini berbentuk spora pada makanan kaleng. Sebaiknya makanan kaleng dimasak dulu pada suhu 100°C selama beberapa menit sebelum dikonsumsi. Masa inkubasi 12 – 36 jam dengan gejala gastrointestinal ringan.

## D. Pencegahan Keracunan Makanan

Pencegahan keracunan makanan harus mengikutsertakan banyak sektor, yaitu pemerintah, industri makanan dan konsumen. Strategi pencegahan mencakup upaya perundang-undangan, pendidikan, serta survailans. Untuk menjamin agar pencemaran tidak terjadi (setidaknya, risiko pencemaran diminimalkan), beberapa peraturan telah ditetapkan, mulai dari tingkat nasional. Menteri Kesehatan menetapkan peraturan tentang Persyaratan kesehatan rumah makan dan restoran (tahun 1989) dan Undang-undang Pangan tahun 1996. Survailans terkait dengan data epidemiologi tentang keracunan makanan yang begitu penting dalam perencanaan dan penilaian kegiatan pendidikan, serta penentuan dan pengendalian KLB keracunan makanan.

Untuk mencegah dehidrasi penderita dapat minum air putih sedikit demi sedikit, serta menghindari makanan yang merangsang, seperti makanan pedas atau terlalu manis untuk mencegah muntah.

Strategi pencegahan ini terbagi menjadi tiga lini, yaitu Perbaikan mutu kebersihan bahan makanan mentah

1. Penerapan teknologi pemrosesan makanan agar cemaran dapat terkendali
2. Pendidikan konsumen dan pengelola makanan

Perbaikan mutu hasil pertanian, perikanan dan peternakan dengan penerapan teknologi apapun. (Arisman, 2019), Artinya, terbebas dari :

- a. Jasad renik patogen, (Lini pertama) adalah yang hampir tidak mungkin terlaksana. Sebagian besar bahan pangan yang sampai tangan konsumen,

biasanya tercemar karena jasad renik pencemar sebetulnya merupakan flora alami di lingkungan hidup manusia. Selain itu, terdapat toksin yang memang secara alami tersimpan dalam bahan makanan mentah

- b. Penerapan (Lini kedua) pemrosesan pangan untuk membasmi dan mengurangi pathogen atau zat pencemar, tidak menghasilkan kepastian dalam keamanan pangan. Makanan dapat tercemar ulang setelah pemrosesan selesai, terutama selama penyajian makanan oleh penjamah yang kebetulan merupakan seorang pembawa (carrier) jasad renik pathogen
- c. Pendidikan kebersihan dalam penanganan (Lini ketiga) adalah fase krusial sebagai lini terakhir. Fase ketiga ini merupakan upaya terakhir dalam pengendalian cemaran. Pendidikan penjamah makanan (baik domestic maupun professional) penting untuk memastikan agar:
  1. Makanan tidak tercemar ketika makanan diolah
  2. Cemaran yang telah dapat dilenyapkan atau dikurangi ke tingkat aman
  3. Pertumbuhan jasad renik ke tingkat yang berpotensi menyebabkan penyakit dapat dicegah
  4. Makanan yang telah tercemar dan tak aman dapat dihindari

Ada beberapa makanan yang bisa jadi pilihan saat keracunan. Misalnya biskuit asin, agar-agar, pisang, nasi, kaldu ayam, kentang, sayuran rebus, dan roti panggang. Sedangkan untuk mencegah perut tak nyaman, sebaiknya hindari makanan sulit dicerna. Termasuk di dalamnya

produk susu, makanan berlemak, tinggi gula, pedas, alkohol, dan makanan digoreng.

### **Mengatasi penyebab racun:**

1. Mengurangi absorbs racun dari saluran cerna
2. Memberikan antidote (penawar racun)\meningkatkan eliminasi racun dari tubuh

### **Mengatasi efek/gejala klinik akibat keracunan**

1. Mengontrol keseimbangan cairan
2. Memberikan cairan infuse
3. Pemberian obat jika diperlukan

## **E. Tindakan Mengatasi Keracunan**

Penyakit akibat makanan turut meningkatkan angka morbiditas dan mortalitas diseluruh dunia. Peningkatan insiden keracunan makanan diseluruh dunia terus dilaporkan dan sering dihubungkan dengan kontaminasi makanan yang menimbulkan kekhawatiran masyarakat.

Beberapa tindakan yang harus dilakukan untuk mengatasi apabila terjadi keracunan:

1. Mengusahakan memuntahkan isi perut dengan cara mencolok tenggorokannya dengan jari yang bersih atau memberi minuman air hangat. Jika perlu terus beri air minum sampai muntah.
2. Anak yang menderita segera diberi obat penawar racun berupa norit.
3. Jika pingsan dan tidak bernapas segera diberi pernapasan buatan.
4. Jika diare diberi cairan oralit.
5. Jika semua tindakan telah dilakukan dan tidak ada perubahan, segera bawa kedokter atau rumah sakit terdekat.



Beberapa pertolongan pertama keracunan makanan sebelum dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat :

1. Bila penderita banyak muntah dan diare, berikan cairan pengganti yang cukup seperti air putih, gula 2 sendok teh, garam  $\frac{1}{2}$  sendok the atau air kelapa untuk menggantikan cairan dan elektrolit tubuh yang hilang
2. Berikan tablet karbon aktif untuk menyerap racun di dalam saluran pencernaan yang diminum dengan air putih.
3. Bila tidak ada tablet karbon aktif, bisa mengkonsumsi susu untuk mengikat racun dalam saluran pencernaan dan merangsang penderita untuk muntah sehingga racun keluar dan tidak beredar dalam tubuh. Namun, jika penderita mengalami diare, sebaiknya tidak diberikan susu
4. Pada anak-anak, sebaiknya segera dibawa ke fasilitas kesehatan yang terdekat untuk mendapatkan pertolongan segera. Pencegahan keracunan makanan dengan cara menjaga agar tidak tercemar.
  - a. Mencuci buah dan sayur sebelum disajikan
  - b. Memisahkan makanan yang telah masak dari makanan mentah di setiap tahap pemrosesan, dari tempat penyiapan, penyimpanan, hingga meja makan
  - c. Mengambil makanan tidak dengan tangan, tetapi menggunakan alat (penjepit atau sendok)
  - d. Menutup makanan yang belum dikonsumsi
  - e. Mencegah serangga atau hewan memasuki ruangan tempat makanan diproses
  - f. Menjaga kebersihan pribadi
  - g. Tidak bersin dan batuk didekat makanan
  - h. Membersihkan seluruh peralatan dengan bersih

- i. Segera membuang bahan makanan yang tidak segar dan telah membusuk.

## **F. Pengobatan keracunan**

Pengobatan keracunan makanan tergantung pada penyebab dan keparahan gejala yang muncul. Umumnya, kondisi ini dapat ditangani di rumah tanpa pengobatan ke dokter. Berikut adalah pertolongan pertama yang dapat dilakukan di rumah untuk mengatasi keracunan makanan:

- a. Penuhi kebutuhan cairan dalam tubuh dengan minum air sedikit demi sedikit.
- b. Mulai konsumsi makanan secara perlahan dengan mengkonsumsi makanan yang hambar (tidak berasa), rendah lemak, dan mudah dicerna, seperti nasi, pisang, roti, atau biskuit.
- c. Hindari makanan dan minuman tertentu, seperti kafein, alkohol, produk yang mengandung susu, makanan berlemak, makanan yang terlalu manis, makanan pedas, dan makanan yang digoreng.
- d. Istirahat yang cukup.
- e. Jangan minum obat untuk muntah atau mencret tanpa anjuran dari dokter.

## **G. Penanganan keracunan makanan**

Pertolongan pertama keracunan makanan noncorosive agent yang dapat dilakukan yaitu dengan mengupayakan penderita untuk memuntahkan zat atau makanan yang telah dikonsumsi penderita. Cara yang bisa dilakukan untuk merangsang muntahan adalah dengan memberikan minuman susu. Selain itu, cara yang bisa dilakukan adalah dengan meminum segelas air yang telah dicampur dengan satu sendok teh garam dan berikan minuman teh

pekat (Junaidi, 2011). Pertolongan pertama keracunan makanan adalah dengan minum air putih yang banyak, pemberian larutan air yang telah dicampur dengan garam. Pertolongan pertama yang bisa dilakukan adalah dengan mengganti cairan dan elektrolit yang hilang akibat muntah atau diare (Hardiman, 2014). Sutawijaya (2010) menjabarkan tindakan kegawatdaruratan pada korban keracunan pangan antara lain:

- a. Tindakan untuk menolong jiwa korban, keadaan korban saat ditemukan, apakah korban sadar, kesadarannya menurun, atau tidak sadar sama sekali (koma atau shock) atau delirium (rebut) atau malah kejang-kejang, perlu mendapat prioritas pertama dalam menolong korban. Korban yang dengan koma dan bersuara seperti mendengkur harus hati-hati karena itu menunjukkan dalamnya koma. Tindakan yang dapat dilakukan pada keadaan ini adalah:
  1. Tidurkan terlentang dengan kepala dimiringkan.
  2. Bersihkan jalan nafas, termasuk mulut, hidung dan bagian belakang mulut dari lender, muntahan, ludah, dan sisa racun kalau ada.
  3. Kirim segera ke Rumah Sakit sambil terus menolong pernafasannya dengan nafas buatan kalau perlu. Pengiriman ke rumah sakit sebaiknya disertai bahan yang dapat dianalisa untuk menunjukkan jenis racunnya, seperti muntahan, sisa racun, tempat menyimpan racun yang diperkirakan (botol dan lain-lain).

Gejala keracunan yang mungkin saja muncul beserta tindakan yang dapat dilakukan untuk menolong korban di antaranya adalah sebagai berikut

- a. Hiperaktifitas dan delirium (ribut)

Gejala ini timbul karena racun tertentu. Penderita ini akan sulit diatur. Tindakan yang perlu dilakukan ialah:

1. Lindungi penderita dari trauma fisik seperti jatuh, memukul dan merusak sekitarnya
2. Kirim segera ke rumah sakit

b. Shock

Keracunan dengan gejala shock terjadi tiba-tiba karena terjadinya kekurangan darah di otak (hipoksia), pernafasan terganggu berat, bau tidak enak yang menyengat. Shock primer dan bila berlanjut akan menjadi shock sekunder, yang gejalanya antara lain: pucat, dingin, kebiruan, berkeringat, nadi cepat, dan tekanan darah terus menurun (nadi tak teraba).

Tindakan gawat darurat ini meliputi:

1. Tidurkan dengan kepala lebih rendah
2. Sambil dilakukan pertolongan pernafasan segera dikirim ke Rumah Sakit terdekat

c. Kejang-kejang

Makanan atau bahan-bahan beracun tertentu dapat menyebabkan kejang misalnya: amfetamin, strichnin, metazol dan DDT. Kejang sangat berbahaya bagi penderita karena dapat berakibat lumpuhnya pernafasan. Tindakan yang dapat dilakukan:

1. Lakukan pertolongan dengan sesedikit mungkin merangsang korban dengan manipulasi, rangsang sinar cahaya
2. Kirim segera ke Rumah Sakit

## Ringkasan

1. Keracunan adalah keadaan darurat yang dapat merusak sel dan sebagian fungsi tubuh akibat masuknya suatu zat atau makanan yang mengandung racun, berasal dari bahan

- beracun yang terbentuk akibat pembusukan makanan dan bakteri.
2. Keracunan makanan adalah segala gejala yang timbul akibat makanan yang terkontaminasi. Makanan terkontaminasi dapat mengandung organisme infeksius berupa bakteri, jamur, virus maupun parasit atau toksin yang dihasilkan oleh organisme tertentu. Organisme infeksius atau toksin dapat mengkontaminasi makanan pada segala titik dari mulai proses, produksi atau distribusi suatu makanan.
  3. Ada beberapa penyebab terjadinya keracunan makanan diantaranya:
    - a. Tidak menyimpan makanan dengan baik seperti daging dan susu tidak diletakkan ditempat yang tepat.
    - b. Tidak memasak makanan dengan benar/ tidak matang ; seperti salmonella adalah nama sekelompok bakteri yang menyebabkan infeksi salmonellosis. Ini adalah salah satu penyebab bakteri pada diare yang paling umum.
    - c. Menyiapkan makanan tanpa dicuci terlebih dahulu.
    - d. Minum susu dan keju yang tidak dipasteurisasi
  4. Untuk mencegah dehidrasi penderita dapat minum air putih sedikit demi sedikit, serta menghindari makanan yang merangsang, seperti makanan pedas atau terlalu manis untuk mencegah muntah. Jangan minum obat antimuntah maupun anti diare tanpa anjuran dari dokter.
  5. Higenitas makanan merupakan upaya yang dilakukan untuk memastikan keamanan bahan pangan, dimulai dari produksi sampai konsumsi. Bahan makanan dapat berkontaminasi dari proses penyembelihan, proses panen, pemrosesan, penyimpanan, distribusi, saat transport hingga saat penyiapan makanan.

## Latihan Soal

2. Tanda dan gejala yang dapat ditimbulkan pada kasus keracunan?

- A. Lelah
- B. Nyeri perut
- C. Biduran
- D. Mual dan muntah

Jawaban: D

3. Beberapa penyebab terjadinya keracunan makanan diantaranya:

- A. Tidak menyimpan makanan dengan baik
- B. Segera menutup makanan setelah dimasak
- C. Menyiapkan makanan dicuci terlebih dahulu
- D. Minum susu dan keju yang tidak dispasteurisasi

Jawaban : A

4. Pertolongan pertama keracunan makanan noncorosive agent yang dapat dilakukan adalah

- a. Membawa ke posyandu
- b. Mengupayakan penderita untuk memuntahkan zat atau makanan yang telah dikonsumsi penderita
- c. Memberikan makanan gizi seimbang
- d. Memberikan cairan elektrolit

Jawaban : B

5. Mencegah terjadinya dehidrasi pada pasien keracunan dapat dilakukan dengan cara:

- a. Segera berikan susu
- b. Berikan air teh
- c. Berikan air putih sedikit demi sedikit
- d. Berikan air kopi

Jawaban : C

6. Pada makanan seperti salads, custards, susu serta produk yang dihasilkannya yang sering terkontaminasi oleh
- Botulinum
  - Clostridium botulisme
  - Stafilococcus
  - Escherichia coli
- Jawaban : C

### Daftar Pustaka

- Afrilia, Dian. 2019. Mencegah dan Mengatasi Makanan. Jakarta
- Arisman. 2019. Buku Ajar Ilmu Gizi Keracunan Makanan Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Azizah, Retno. 2019. Keracunan Makanan. Bandung
- Abdou HM, Dahbi I, Akrim M, Meski FZ, V AM, et al. Outbreak Investigation of a Multipathogen Foodborne Disease in a Training Institute in Rabat, Morocco: Case-Control Study. JMIR Public Health and Surveillance. 2019;5(3):1–7.
- BPOM RI. 2018. Laporan Tahunan. Jakarta: Badan Pengawas Obat dan Makanan RI
- Chandra, B. 2019. Ilmu Kedokteran Pencegahan dan Komunitas, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Diana, Lady. 2019. Pengertian Hygiene dan Sanitasi. Yogyakarta: Poltekkes Kemenkes
- Ercoli L, Gallina S, Nia Y, Auvray F, Primavilla S, et al. Investigation of a Staphylococcal Food Poisoning Outbreak from a Chantilly Cream Dessert, in Umbria (Italy). Foodborne Pathogens and Disease. 2017;14(7):407–413

9. Hardiman. (2014). Gawat Darurat Medis Praktis. Yogyakarta: Gosyen Publishing
10. Junaidi, I. 2011. Pedoman pertolongan pertama keracunan makanan yang harus dilakukan saat gawat darurat. Yogyakarta, Andi Offset
11. Johler S, Weder D, Bridy C, Huguenin MC, Robert L, et al. Outbreak of Staphylococcal Food Poisoning among Children and Staff at a Swiss Boarding School due to Soft Cheese Made from Raw Milk. *Journal of Dairy Science*. 2015;98(5):2944–2948.
12. Kadariya J, Smith TC, Thapaliya D. *Staphylococcus Aureus and Staphylococcal FoodBorne Disease: an Ongoing Challenge in Public Health*. Hindawi Publishing Corporation. 2014;1-9.
13. Manfredi EA, Rivas M. Brote de Intoxicación Alimentaria en un Jardín de Infantes de la Provincia de Buenos Aires. *Revista Argentina de Microbiología*. 2019;51(4):354-358.
14. Syifa Mustika, 2019. *Keracunan Makanan Cegah, kenali, Atasi*, Malang: UU Press
15. Sutawijaya, R. B. (2010). *Gawat Darurat*. Jakarta: Aulia
16. WHO. 2015. *Foodborne Diseases in the WHO South East Asia Region*. World Health Organization
17. WHO. 2017. *Investigating Foodborne Disease Outbreaks Stage One Booklet*. Geneva



## **BAB IV**

### **KEJADIAN LUAR BIASA (KLB)**

#### **Tujuan Instruksional Umum**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat mengetahui dan memahami kejadian luar biasa

#### **Tujuan Instruksional Khusus**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat:

1. Mengetahui konsep Kejadian Luar Biasa(KLB)
2. Mengetahui Ruang lingkup KLB
3. Mengetahui Penyelidikan dugaan KLB
4. Mengetahui Pengamatan KLB
5. Mengetahui Penetapan KLB
6. Mengetahui Kendala Dalam Pemantauan KLB

#### **A. Konsep Kejadian Luar Biasa (KLB)**

Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah.

Di Indonesia, suatu penyakit dinyatakan sebagai KLB jika ada unsur:

- a. Timbulnya suatu penyakit menular yang sebelumnya tidak ada atau tidak dikenal
- b. Angka kejadian penyakit/kematian meningkat secara terus-menerus selama tiga kurun waktu berturut-turut menurut jenis penyakitnya (jam, hari, minggu)
- c. Angka kejadian penyakit/kematian meningkat menjadi dua kali lipat atau lebih dibandingkan dengan periode sebelumnya (jam, hari, minggu, bulan, tahun)
- d. Jumlah penderita baru dalam satu bulan meningkat menjadi dua kali lipat atau lebih dibandingkan dengan angka rata-rata per bulan dalam tahun sebelumnya,

Indonesia merupakan Negara yang masih memiliki angka kejadian luar biasa (KLB) penyakit menular dan keracunan yang cukup tinggi. Kondisi ini menyebabkan perlunya peningkatan sistem kewaspadaan dini dan respon terhadap KLB tersebut dengan langkah-langkah yang terprogram dan akurat, sehingga proses penanggulangannya menjadi lebih cepat dan akurat pula. Untuk dapat mewujudkan respon KLB yang cepat, diperlukan bekal pengetahuan dan keterampilan yang cukup dari para petugas yang diterjunkan ke lapangan. Kenyataan tersebut mendorong kebutuhan para petugas di lapangan untuk memiliki pedoman penyelidikan dan penanggulangan KLB yang terstruktur, sehingga memudahkan kinerja para petugas mengambil langkah-langkah dalam rangka melakukan respon KLB.

Kejadian luar biasa masih menjadi masalah kesehatan masyarakat karena dapat menyebabkan jatuhnya korban kesakitan dan kematian yang besar sehingga perlu diantisipasi dan dicegah penyebarannya dengan cepat dan tepat. Kejadian luar biasa penyakit menular, keracunan makanan, keracunan bahan berbahaya lainnya yang masih menjadi masalah kesehatan masyarakat karena dapat menyebabkan jatuhnya kesakitan dan kematian yang besar, menyerap anggaran biaya yang besar dalam upaya penanggulangannya, berdampak pada sektor ekonomi, pariwisata serta berpotensi menyebar luas lintas kabupaten/kota, provinsi bahkan internasional yang membutuhkan koordinasi dalam penanggulangannya.

Kejadian Luar Biasa adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu

tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah.

Peristiwa bertambahnya penderita atau kematian yang disebabkan oleh suatu penyakit menular di suatu wilayah tertentu, kadang-kadang dapat merupakan kejadian yang mengejutkan dan membuat heboh masyarakat di wilayah itu. Di lain pihak, dampak dari perkembangan ilmu dan teknologi saat ini menimbulkan berbagai penemuan baru dari penyakit-penyakit menular yang semakin bertambah dan sulit diatasi pengobatannya, misalnya HIV-AIDS, SARS, Flu Burung dan lain-lain. Demikian juga dalam aspek perundang-undangan terjadi perubahan-perubahan seperti undang-undang otonomi daerah, undang-undang perlindungan konsumen, undang-undang narkotika dan psikotropika, akan mempengaruhi sistem dan kebijakan pengumpulan, pengolahan, analisis penyajian dan pelaporan kasus-kasus penyakit menular.

Kejadian Luar Biasa (KLB) yaitu munculnya penyakit di luar kebiasaan (base line condition) yang terjadi dalam waktu relatif singkat serta memerlukan upaya penanggulangan secepat mungkin, karena dikhawatirkan akan meluas, baik dari segi jumlah kasus maupun wilayah yang terkena persebaran penyakit tersebut. Kejadian luar biasa juga disebut sebagai peningkatan kejadian kasus penyakit yang lebih banyak daripada eksternal normal di suatu area atau kelompok tertentu, selama suatu periode tertentu. Informasi tentang potensi KLB biasanya datang dari sumber-sumber masyarakat, yaitu laporan pasien (kasus indeks), keluarga pasien, kader kesehatan, atau warga masyarakat. Tetapi informasi tentang potensi KLB bisa juga berasal dari petugas kesehatan, hasil analisis atau surveilans, laporan kematian,

laporan hasil pemeriksaan laboratorium, atau media lokal (Tamher, 2004).

Penyakit yang dapat memunculkan KLB antara lain adalah diare, campak, flu burung dan demam berdarah dengue. Penanggulangan wabah/ klb menular diatur dalam UU . No. 4 tahun 1984 tentang wabah penyakit menular, PP No 40 tahun 1991 tentang penanggulangan wabah penyakit menular, peraturan menteri kesehatan No 560 tentang jenis penyakit tertentu yang dapat menimbulkan wabah. Wabah merupakan berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka.

Menurut Permenkes 1501 Tahun 2010 tentang jenis penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan wabah dan upaya penanggulangan, ada 7 kriteria Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah :

1. Timbulnya suatu penyakit menular tertentu yang sebelumnya tidak ada atau tidak dikenal pada suatu daerah.
2. Peningkatan kejadian kesakitan terus-menerus selama 3 (tiga) kurun waktu dalam jam, hari atau minggu berturut-turut menurut jenis penyakitnya.
3. Peningkatan kejadian kesakitan dua kali atau lebih dibandingkan dengan periode sebelumnya dalam kurun waktu jam, hari, atau minggu menurut jenis penyakitnya.
4. Jumlah penderita baru dalam periode waktu 1 (satu) bulan menunjukkan kenaikan duakali atau lebih dibandingkan dengan angka rata-rata jumlah per bulan dalam tahun sebelumnya.

5. Rata-rata jumlah kejadian kesakitan per bulan selama 1 (satu) tahun menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibandingkan dengan rata-rata jumlah kejadian kesakitan perbulan pada tahun sebelumnya.
6. Angka kematian kasus suatu penyakit (*Case Fatality Rate*) dalam 1 (satu) kurun waktu tertentu menunjukkan kenaikan 50% (lima puluh persen) atau lebih dibandingkan dengan angka kematian kasus suatu penyakit periode sebelumnya dalam kurun waktu yang sama.
7. Angka proporsi penyakit (*Proportional Rate*) penderita baru pada satu periode menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibanding satu periode sebelumnya dalam kurun waktu yang sama.

Jenis-jenis penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan wabah adalah kolera, Pes, Demam Berdarah Dengue, campak, polio, difteri, pertussis, rabies, malaria, avian Influenza H5N1, antraks, leptospirosis, hepatitis, influenza A baru (H1N1)/Pandemi 2009. Meningitis, yellow Fever, chikungunya

## **B. Ruang Lingkup KLB**

Secara operasional kegiatan SKD- KLB meliputi kajian epidemiologi secara terus menerus dan sistematis terhadap penyakit berpotensi KLB dan kondisi rentan KLB, peringatan kewaspadaan dini KLB dan peningkatan kewaspadaan dan kesiapsiagaan sarana kesehatan pemerintah dan masyarakat terhadap kemungkinan terjadinya KLB.

Status Kejadian Luar Biasa diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 949/MENKES/SK/VII/2004. Kejadian Luar Biasa adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan atau kematian yang bermakna secara epidemiologi sp ada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu.

1. OUTBREAK :

Suatu episode dimana terjadi dua atau lebih penderita suatu penyakit yang samadimana penderita tersebut mempunyai hubungan satu sama lain

2. EPIDEMI :

Keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit) yang ditemukan pada suatu daerah tertentu dalam waktu yang singkat frekuensinya meningkat.

3. PANDEMI:

keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit), frekuensinya dalam waktu singkat meningkat tinggi dan penyebarannya telah mencakup wilayah yang luas

4. ENDEMI:

Keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit), frekuensinya pada wilayah tertentu menetap dalam waktu lama berkenaan dengan adanya penyakit yang secara normal biasa timbul dalam suatu wilayah tertentu.

Upaya penanggulangan wabah meliputi penyelidikan epidemiologis, pemeriksaan, pengobatan, perawatan dan isolasi penderita termasuk tindakan karantina, pencegahan dan pengebalan, pemusnahan penyebab penyakit, penanganan jenazah akibat wabah, penyuluhan kepada masyarakat dan upaya penanggulangan lainnya.

### **C. Penyelidikan Dugaan KLB**

Penyelidikan KLB adalah kegiatan yang dilaksanakan pada suatu KLB atau adanya dugaan suatu KLB untuk memastikan adanya KLB mengetahui penyebab, gambaran epidelogi, sumber-sumber penyebaran dan faktor-faktor yang

mempengaruhinya serta menetapkan cara-cara penanggulangan yang efektif dan efisien (Azis, 2019). Pelaksanaan Penyelidikan KLB adalah:

1. Pada saat pertama kali mendapat informasi adanya KLB atau dugaan KLB
2. Penyelidikan perkembangan KLB atau penyelidikan KLB lanjutan
3. Penyelidikan KLB untuk mendapatkan data epidemiologi KLB atau penyelidikan lainnya yang dilaksanakan sesudah KLB berakhir.

Tindakan penyelidikan epidemiologis dalam upaya penanggulangan wabah ditujukan untuk:

- a. Mengetahui sebab-sebab penyakit wabah;
- b. Menentukan faktor penyebab timbulnya wabah;
- c. Mengetahui kelompok masyarakat yang terancam terkena wabah;
- d. Menentukan cara penanggulangan

Tindakan penyelidikan epidemiologis dilakukan melalui kegiatan-kegiatan:

- a. Pengumpulan data kesakitan dan kematian penduduk;
- b. Pemeriksaan klinis, fisik, laboratorium dan penegakan diagnosis;
- c. Pengamatan terhadap penduduk pemeriksaan terhadap makhluk hidup lain dan benda-benda yang ada di suatu wilayah yang diduga mengandung penyebab penyakit wabah

Tindakan pemeriksaan, pengobatan, perawatan, isolasi penderita dan tindakan karantina dilakukan di sarana pelayanan kesehatan, atau di tempat lain yang ditentukan. Tindakan pencegahan dan pengebalan dilakukan terhadap masyarakat yang mempunyai risiko terkena penyakit wabah.

Tindakan pemusnahan penyebab penyakit dilakukan terhadap:

- a. Bibit penyakit/kuman;
- b. Hewan, tumbuh-tumbuhan dan atau benda yang mengandung penyebab penyakit.

Pemusnahan harus dilakukan dengan cara tanpa merusak lingkungan hidup atau tidak menyebabkan tersebarnya wabah penyakit. Tata cara pemusnahan diatur lebih lanjut oleh Menteri sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Penyelidikan epidemiologi KLB dimanfaatkan untuk melaksanakan upaya-upaya penanggulangan suatu KLB yang sedang berlangsung atau untuk mendapatkan data epidemiologi serta gambaran pelaksanaan upaya-upaya penanggulangan KLB yang dimanfaatkan sebagai bahan referensi dasar, penanggulangan KLB yang akan datang.

1. Tujuan umum penyelidikan KLB / wabah
  - a. Upaya penanggulangan dan pencegahan
  - b. Surveilans (lokal, nasional, dan internasional)
  - c. Penelitian
  - d. Pelatihan
  - e. Menjawab keingintahuan masyarakat
  - f. Pertimbangan program
  - g. Kepentingan politik dan hukum
  - h. Kesadaran masyarakat
2. Tujuan khusus penyelidikan KLB / wabah
  - a. Memastikan diagnose
  - b. Memastikan bahwa terjadi KLB/ wabah
  - c. Mengidentifikasi penyebab KLB
  - d. Mengidentifikasi sumber penyebab
  - e. Rekomendasi : cepat dan tepat
  - f. Mengetahui jumlah korban dan populasi rentan, waktu dan periode KLB, serta tempat terjadinya KLB (variabel orang, waktu dan tempat )

Penyelidikan dugaan KLB dilakukan dengan cara:



- a. Di unit pelayanan kesehatan, petugas kesehatan menanyakan setiap pengunjung unit pelayanan kesehatan tentang kemungkinan adanya peningkatan KLB pada lokasi tertentu.
- b. Di unit pelayanan kesehatan, petugas kesehatan meneliti register rawat inap dan rawat jalan terhadap kemungkinan adanya peningkatan kasus yang dicurigai pada lokasi tertentu berdasarkan alamat penderita, umur dan jenis kelamin atau karakteristik lain.
- c. Petugas kesehatan mewawancarai kepala desa, kepala asrama dan setiap orang yang mengetahui keadaan.
- d. Membuka pos pelayanan kesehatan diduga terjadi KLB. Hasil penyelidikan epidemiologis mengarahkan langkah-langkah yang harus dilakukan dalam upaya penanggulangan KLB. Upaya penanggulangan ini meliputi pencegahan penyerahan KLB, termasuk pengawasan usaha pencegahan tersebut dan pemberantasan penyakitnya (Ferry, 2019). Upaya penanggulangan KLB yang direncanakan dengan cermat dan dilaksanakan oleh semua pihak yang terkait secara terkoordinasi dapat menghentikan atau membatasi penyebarluasan KLB sehingga tidak berkembang menjadi satu wabah (Depkes RI, 2000).

#### **D. Pengamatan KLB**

##### **1) Pengertian Pengamatan KLB**

Data ini penting untuk mengetahui bahwa di daerah tersebut pada masa yang lalu pernah mengalami Kejadian Luar Biasa. Daerah itu dapat berupa: rumah sakit, sekolah, industri, pemukiman transmigrasi, kota/kabupaten, kecamatan, desa, atau Negara.

Pengamatan KLB ialah kegiatan yang teratur mengumpulkan, meringkas dan analisis data tentang insidensi penyakit menular untuk mengidentifikasi kelompok penduduk dengan resiko tinggi, memahami cara penyebaran dan mengurangi atau memberantas penyebarannya.

Setiap kasus harus dilaporkan dengan jelas dan lengkap meliputi diagnosis, mulai timbulnya gejala, dan variable demografi seperti nama, umur, jenis kelamin, alamat dan asal data (dokter, rumah sakit, puskesmas, sekolah, tempat kerja, dan lain-lain).

Dengan mengadakan analisis secara teratur, dapat memperoleh berbagai informasi tentang penyakit musiman atau kecenderungan jangka panjang, perubahan daerah penyebaran, kelompok penduduk risiko tinggi yang dirinci menurut umur, jenis kelamin, suku, agama, social ekonomi dan penyakit yang berhubungan dengan pekerjaan. Pengamatan KLB secara garis besar dapat dilakukan secara aktif dan pasif.

Surveilans pasif ialah pengumpulan data yang diperoleh dari laporan bulanan sarana pelayanan di daerah. Dari data yang diperoleh dapat diketahui distribusi geografis tentang berbagai penyakit menular, penyakit rakyat, perubahan-perubahan yang terjadi, dan kebutuhan tentang penelitian sebagai tindak lanjut.

Surveilans aktif ialah pengumpulan data yang dilakukan secara langsung untuk mempelajari penyakit tertentu dalam waktu yang relative singkat dan dilakukan oleh petugas kesehatan secara teratur seminggu sekali atau 2 minggu sekali untuk mencatat ada atau tidaknya kasus baru penyakit tertentu.

Pencatatan meliputi variabel demografis seperti umur, jenis kelamin, pekerjaan, sosial ekonomi, saat waktu timbul gejala, pola makanan, tempat kejadian yang berkaitan dengan penyakit tertentu dan pencatatan tetap dilakukan walaupun tidak ditemukan kasus baru.

Pengamatan aktif dilakukan bila:

1. Ditemukan penyakit baru
2. Penelitian tentang cara penyebaran yang baru suatu penyakit tertentu
3. Risiko tinggi terjadinya penyakit musiman

4. Penyakit tertentu yang timbul di daerah baru atau akan menimbulkan pengaruh pada kelompok penduduk tertentu atau penyakit dengan insidensi yang rendah mendadak terjadi peningkatan.

Pengamatan KLB ialah kegiatan yang dilakukan secara rutin dan teratur berupa pencatatan lengkap hasil pengamatan tentang ada tidaknya kasus baru penyakit tertentu atau adanya peningkatan jumlah kasus baru untuk memantau perubahan yang terjadi pada penyakit yang mempunyai risiko menimbulkan wabah (Eko, 2019).

Umumnya, pengamatan KLB dilakukan pada:

1. Penyakit yang dapat menimbulkan wabah
2. Penyakit kronis
3. Penyakit endemis
4. Penyakit baru yang dapat menimbulkan masalah KLB
5. Penyakit yang dapat menimbulkan KLB ulang

## 2) Tujuan Pengamatan KLB

- a. Mengetahui distribusi geografis penyakit endemis dan penyakit yang menimbulkan epidemic, seperti malaria, gondok, kolera dan campak
- b. Mengetahui periode suatu penyakit  
Pengetahuan ini penting untuk menunjukkan apakah peningkatan insidensi suatu penyakit yang terjadi disebabkan KLB atau karena periodisitas penyakit tersebut.
- c. Mengetahui situasi penyakit tertentu misalnya, situasi penyakit rabies di yang dilaporkan Unit surveilans epidemiologi setiap bulan.
- d. Memperoleh gambaran KLB tentang penyakit tertentu.

- e. Melakukan pengendalian penyakit, melalui pengamatan KLB dapat diketahui dengan segera bila terjadi peningkatan insidensi penyakit yang diamati atau timbul kasus baru penyakit yang belum lama menimbulkan wabah.
- f. Mengetahui adanya letusan ulang penyakit yang pernah menimbulkan KLB, misalnya pengamatan cacat bawaan yang dilakukan secara intensif setelah terjadi epidemic pada tahun 1951 dan 1962 akibat obat talidomida
- g. Pengamatan epidemiologi dilakukan terhadap influenza untuk mendeteksi adanya tipe baru virus influenza.

#### **E. Penetapan KLB**

Di Indonesia, dengan tujuan mempermudah petugas lapangan dalam mengenali adanya KLB telah disusun petunjuk penetapan KLB (Oksfriani, 2019), sebagai berikut:

- a. Angka kesakitan/kematian suatu penyakit menular di suatu kecamatan menunjukkan kenaikan 3 kali atau lebih selama 3 minggu berturut-turut atau lebih
- b. Jumlah penderita baru dalam satu bulan dari suatu penyakit menular dari suatu Kecamatan, menunjukkan kenaikan dua kali lipat atau lebih, bila dibandingkan dengan angka rata-rata sebulan dalam setahun sebelumnya dari penyakit menular yang sama di kecamatan tersebut itu.
- c. Angka rata-rata bulanan selama satu tahun dari penderita-penderita baru dari suatu penyakit menular di suatu kecamatan, menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih, bila dibandingkan dengan angka rata-rata bulanan dalam tahun sebelumnya dari penyakit yang sama di kecamatan yang sama.
- d. *Case Fatality Rate* (CFR) suatu penyakit menular tertentu dalam satu bulan di suatu kecamatan, menunjukkan

kenaikan 50% atau lebih, bila dibandingkan CFR penyakit yang sama dalam bulan yang lalu dikecamatan tersebut.

- e. *Proportional rate* penderita baru dari suatu penyakit menular dalam waktu satu bulan, dibandingkan dengan *proportional rate* penderita baru dari penyakit menular yang sama selama periode waktu yang sama dari tahun yang lalu menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih. khusus untuk penyakit-penyakit cholera dan cacar.

## F. Deskripsi KLB

### 1) Kasus Berdasarkan Waktu

Penggambaran kasus berdasarkan waktu pada periode wabah (lamanya KLB berlangsung) yang digambarkan dalam suatu kurva epidemic. Kurva epidemic adalah suatu grafik yang menggambarkan frekuensi kasus berdasarkan saat mulai sakit (*onset of illness*) selama periode wabah.

Kurva ini digambarkan dengan axis horizontal adalah saat mulainya sakit dan sebagai axis vertikal adalah jumlah kasus.

Kurva epidemic dapat digunakan untuk tujuan:

- a. Menentukan/memprakirakan sumber atau cara penularan penyakit dengan melihat tipe kurva epidemic tersebut (*common source* atau *propagated*)
- b. Mengidentifikasi waktu paparan atas pencarian kasus awal (*index case*). Dengan cara menghitung berdasarkan masa inkubasi rata-rata atau masa inkubasi maksimum dan minimum

Kesalahan yang sering terjadi pada pembuatan kurva epidemic adalah penetapan interval waktu. Pemilihan interval waktu yang terlalu panjang akan menyembunyikan perbedaan-perbedaan kecil pada distribusi temporal (menyembunyikan puncak-puncak kasus).

### 2) Kasus berdasarkan tempat

Tujuan menyusun distribusi kasus berdasarkan tempat adalah untuk mendapatkan petunjuk populasi yang rentan kaitannya dengan tempat (tempat tinggal, tempat pekerjaan) (Oksfriani, 2019). Hasil analisis ini dapat digunakan untuk mengidentifikasi sumber penularan. Agar tujuan tercapai, maka kasus dapat dikelompokkan menurut daerah variabel geografi (tempat tinggal, blok sensus), tempat pekerjaan, tempat (lingkungan) pembuangan limbah, tempat rekreasi, sekolah, kesamaan hubungan (kesamaan distribusi air, makanan), kemungkinan kontak dari orang ke orang atau melalui vektor.

Kesalahan yang sering terjadi adalah pemikiran bahwa pengelompokan kasus berdasarkan tempat adalah berdasarkan tempat tinggal, sehingga sering tidak didapatkan hasil yang nyata. Sebagai contoh suatu KLB Brucellosis pada manusia, jika dilakukan pengelompokan kasus berdasarkan tempat tinggal tidak akan mendapatkan sesuatu, tetapi pengelompokan berdasarkan tempat pekerjaan mungkin akan memberikan petunjuk tentang sumber penularan.

### 3) Kasus berdasarkan orang

Teknik ini digunakan untuk membantu merumuskan hipotesis sumber penularan atau etiologi penyakit. Orang dideskripsikan menurut variabel umur, jenis kelamin, ras, status kekebalan, status perkawinan, tingkah laku, atau kebudayaan setempat. Pada tahap ini kadang hubungan kasus dengan variabel orang ini tampak jelas. Keadaan ini memungkinkan memusatkan perhatian pada satu atau beberapa variabel di atas. Analisis kasus berdasarkan umur harus selalu dikerjakan, karena dari *age specific rate* dengan frekuensi dan beratnya penyakit. Analisis ini akan berguna untuk membantu pengujian hipotesis

mengenai penyebab penyakit atau sebagai kunci yang digunakan untuk menentukan sumber penyakit.

### **G. Kendala Dalam Pemantauan KLB**

Ada beberapa kendala yang sering dihadapi pada penyelidikan epidemiologi KLB (Oksfriani, 2019) meliputi:

1. Variasi sumber, macam, dan keakuratan data. Pada penyelidikan epidemiologi KLB sering diperlukan beberapa data misalnya data rumah sakit, puskesmas, sekolah. Berbagai data tersebut kadang bervariasi dalam macam informasi yang dicatat dan tenaga yang mencatat. Dengan demikian dapat menimbulkan perbedaan pada reliabilitas dan validitas datanya. Untuk itu pada penyelidikan epidemiologi KLB kadang diperlukan pencatatan ulang agar data yang digunakan valid dan reliabel.
2. Validitas dan reliabilitas pengumpulan data. Pada penyelidikan epidemiologi KLB sering tak cukup waktu untuk mengadakan pelatihan kepada petugas pengumpulan data maupun uji coba kuesioner.
3. Kekuatan penelitian. Jumlah sampel kadang hanya sedikit sehingga tidak dapat diperoleh kekuatan penelitian seperti yang diharapkan.
4. Pengumpulan specimen. Penyelidikan epidemiologi KLB kadang baru dilaksanakan beberapa hari sesudah kejadian sehingga sering specimen (bahan makanan atau minuman) yang diperlukan sudah tidak didapatkan.

Penanggulangan penyakit menular merupakan bagian dari pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dalam upaya penanggulangan penyakit menular, harus dilakukan secara terpadu dengan upaya kesehatan lain, yaitu upaya pencegahan, penyembuhan dan pemulihan kesehatan. Oleh karena itu, penanggulangan wabah harus dilakukan secara dini. Penanggulangan secara dini dimaksudkan untuk mencegah timbulnya kejadian luar biasa dari suatu penyakit wabah yang dapat menjurus terjadinya wabah yang dapat mengakibatkan malapetaka.

Dalam Permenkes RI No. 949/MENKES/SK/VIII/2004 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Kewaspadaan Dini Kejadian Luar Biasa (KLB) pasal 29 ayat (2), bahwa dalam hal situasi penyakit menular menunjukkan gejala kearah KLB atau wabah, pejabat kesehatan masyarakat wajib segera menyampaikan laporan kewaspadaan dini dan kesiapsiagaan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Sehingga dapat dikatakan bahwa SKD dibutuhkan dalam hal pemberantasan penyakit menular yang sudah mengarahkan pada atau bahkan telah menjadi KLB. Melalui SKD KLB akan dapat dipantau wilayah-wilayah yang potensial terjadi KLB penyakit, sehingga dapat dikategorikan sebagai wilayah aman, peringatan karena potensial KLB atautakah telah terjadi KLB penyakit tertentu. Dengan pemantauan secara dini akan merupakan sikap tanggap terhadap KLB, sehingga dapat dilakukan tindakan pencegahan penyakit secara dini (preventif), dengan demikian diharapkan kematian akibat penyakit tertentu dapat dikurangi. Berdasarkan laporan analisis surveilans epidemiologi tersebut akan digunakan untuk melakukan pemantauan wilayah setempat serta menentukan kegiatan pencegahan dan pemberantasan penyakit. Dalam manajemen, SKD-KLB akan dilanjutkan dengan kegiatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) untuk memantau program pencegahan dan pemberantasan penyakit dilaksanakan.

## **H. Penanggulangan KLB/Wabah**

Penanggulangan KLB/Wabah meliputi:

1. Penyelidikan epidemiologis;
2. Penatalaksanaan penderita yang mencakup kegiatan pemeriksaan, pengobatan, perawatan dan isolasi penderita, termasuk tindakan karantina;
3. Pencegahan dan pengebalan;
4. Pemusnahan penyebab penyakit;
5. Penanganan jenazah akibat wabah;



6. Penyuluhan kepada masyarakat; dan
7. Upaya penanggulangan lainnya.

Pemerintah dapat melimpahkan sumber pendanaan penanggulangan KLB/Wabah kepada pemerintah daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam penanggulangan KLB/Wabah, Pemerintah dapat bekerja sama dengan negara lain atau badan internasional dalam mengupayakan sumber pembiayaan dan/atau tenaga ahli sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dalam rangka upaya penanggulangan KLB/Wabah, dibentuk Tim Gerak Cepat di tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Tim Gerak Cepat terdiri atas tenaga medis, epidemiolog kesehatan, sanitarian, entomolog kesehatan, tenaga laboratorium, dengan melibatkan tenaga pada program/sector terkait maupun masyarakat.

Tim gerak cepat ditetapkan oleh:

- a. Kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atas nama bupati/walikota untuk tingkat kabupaten/kota;
- b. Kepala dinas kesehatan provinsi atas nama gubernur untuk tingkat provinsi;
- c. Direktur Jenderal atas nama Menteri untuk tingkat pusat.

## **Ringkasan**

1. Kejadian Luar Biasa adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan/kematian yang bermakna secara epidemiologis pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah
2. Status Kejadian Luar Biasa diatur oleh Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 949/MENKES/SK/VII/2004.
3. Penyelidikan Dugaan KLB dilakukan dengan cara:
  - a. Di unit pelayanan kesehatan, petugas kesehatan menanyakan setiap pengunjung unit pelayanan

- kesehatan tentang kemungkinan adanya peningkatan KLB pada lokasi tertentu.
- b. Diunit pelayanan kesehatan, petugas kesehatan meneliti register rawat inap dan rawat jalan terhadap kemungkinan adanya peningkatan kasus yang dicurigai pada lokasi tertentu berdasarkan alamat penderita, umur dan jenis kelamin atau karakteristik lain.
  - c. Petugas kesehatan mewawancarai kepala desa, kepala asrama dan setiap orang yang mengetahui keadaan.
  - d. Membuka pos pelayanan kesehatan diuga terjadi KLB

### **Latihan Soal**

#### **1. Endemi adalah**

- a. Suatu episode dimana terjadi dua atau lebih penderita suatu penyakit yang sama dimana penderita tersebut mempunyai hubungan satu sama lain
- b. Keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit) yang ditemukan pada suatu daerah tertentu dalam waktu yang singkat frekuensinya meningkat.
- c. Keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit), frekuensinya dalam waktu singkat meningkat tinggi dan penyebarannya telah mencakup wilayah yang luas
- d. Keadaan dimana suatu masalah kesehatan (umumnya penyakit), frekuensinya pada wilayah tertentu menetap dalam waktu lama berkenaan dengan adanya penyakit yang secara normal biasa timbul dalam suatu wilayah tertentu.

Jawab : D

#### **2. Langkah persiapan dalam penyelidikan KLB di kelompokkan dalam 3 kategori,**

- a. Membuat Hipotesis
- b. Investigasi
- c. Administrasi
- d. Konsultasi

Jawab : B

3. Suatu kejadian penyakit atau keracunan dapat dikatakan KLB apabila memenuhi kriteria sebagai berikut...
- Tidak ada penderita
  - Peningkatan kejadian penyakit/kematian, dua kali atau lebih dibandingkan dengan periode sebelumnya
  - Jumlah penderita baru dalam satu bulan menunjukkan penurunan dua kali lipat
  - Angka rata-rata perbulan selama satu tahun mengalami penurunan

Jawab : B

4. Tujuan dari penyelidikan KLB/Wabah, adalah...
- Sebagai bahan penelitian dan pelatihan
  - Upaya penanggulangan dan pencegahan
  - Melakukan pencatatan dan pelaporan
  - Memastikan diagnosis

Jawab : C

5. Dalam suatu daerah terjadi kasus kematian balita akibat penyakit malaria, peningkatan kasus tersebut mulai terjadi pada bulan Januari–September, kemudian terjadi penurunan kasus pada bulan Oktober, kasus tersebut termasuk...
- KLB (Kejadian Luar Biasa)
  - Case Fatality Rate (CFR)
  - Proportional Rate (PR)
  - Odd Ratio

Jawab : A

## Daftar Pustaka

1. Arisman, Buku Ajar Ilmu gizi Keracunan Makanan, Jakarta: Penerbit Buku kedokteran EGC, 2019).
2. Azis. 2019. Buku Praktis Epidemiologi kesehatan. Jakarta: GP Press.
3. Budiato, Eko, dkk. 2019. Pengantar Epidemiologi. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran.
4. Ferry Fadzlul Rahman,2019.Pengantar Buku Kesehatan Masyarakat. Gosyen Publishing
5. Hidayah, Nurul. 2019. Kejadian Luar Biasa (KLB). Yogyakarta.
6. Efendi, Ferry dan Makhfudli. 2019. Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
7. Sumampow, Oksfriani Jufri. 2019. Pemberantasan Penyakit Menular. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
8. Singgih, Wandasari Nurul. 2019. Gambaran Umum Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Wabah. Jakarta.
9. Tamher dan Noorkasiani. 2019. Flu Burung: Aspek Klinis dan Epidemiologis. Jakarta: Penerbit Edward Tanujaya.

## **BAB V**

### **POSYANDU**

#### **Tujuan Instruksional Umum**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat mengetahui dan memahami tentang Posyandu

#### **Tujuan Instruksional Khusus**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat:

1. Mengetahui Pengertian Posyandu
2. Mengetahui Manfaat posyandu
3. Mengetahui Pembentukan Posyandu
4. Mengetahui Kartu Menuju Sehat (KMS)
5. Mengetahui Tujuan Posyandu
6. Mengetahui Kegiatan di Posyandu
7. Mengetahu Kedudukan Posyandu
8. Mengetahui Tugas dan tanggung jawab pihak-pihak yang terkait
9. Faktor-faktor yang mempengaruhi kunjungan Posyandu

#### **A. Pengertian Posyandu**

Posyandu adalah pusat kegiatan masyarakat, dimana masyarakat dapat sekaligus memperoleh pelayanan KB dan kesehatan. Posyandu adalah pusat kegiatan masyarakat, dimana masyarakat dapat sekaligus pelayanan professional oleh petugas sektor, serta non-profesional (oleh kader) dan diselenggarakan atas usaha masyarakat sendiri. Posyandu dapat dikembangkan dari pos pengembangan balita pos imunisasi, pos KB, pos kesehatan. Pelayanan yang diberikan posyandu meliputi: KB, KIA, Gizi, Imunisasi, dan penanggulangan diare serta kegiatan sector lain (Kemenkes RI, 2011).

Posyandu merupakan salah satu bentuk Upaya Kesehatan Bersumber Daya Masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, guna memberdayakan masyarakat dan

memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan bayi. UKBM adalah wahana pemberdayaan masyarakat, yang dibentuk atas dasar kebutuhan masyarakat, dikelola oleh, dari, untuk dan bersama masyarakat, dengan bimbingan dari petugas Puskesmas, lintas sektor dan lembaga terkait lainnya (Kemenkes RI, 2011).

Posyandu adalah suatu wadah komunikasi alih teknologi dalam pelayanan kesehatan masyarakat dari masyarakat dan untuk masyarakat dengan dukungan pelayanan serta pembinaan teknis dari petugas kesehatan yang mempunyai nilai strategis untuk pengembangan sumber daya manusia sejak dini dalam rangka pembinaan kelangsungan hidup anak (*child survival*) yang ditujukan untuk menjaga kelangsungan hidup anak sejak janin dalam kandungan ibu sampai usia balita, dan pembinaan perkembangan anak (*child development*) yang ditunjukkan untuk membina tumbuh kembang anak secara sempurna, baik fisik maupun mental sehingga siap menjadi tenaga kerja tangguh. Sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat hidupsehat (Ekasari,2008).

Posyandu (pos pelayanan terpadu) merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari,oleh untuk dan bersama masyarakat,dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna memberdayakan masyarakat dan memberikan dasar/sosial dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi.

## **B. Manfaat Posyandu**

### **a. Bagi masyarakat**

1. Dapat memperoleh kemudahan untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan bagi anak balita dan ibu,
2. Pertumbuhan anak balita terpantau sehingga tidak menderita gizi kurang atau gizi buruk.

3. Bayi dan anak balita mendapatkan kapsul vitamin A,
4. Bayi memperoleh imunisasi lengkap,
5. Ibu hamil juga akan terpantau berat badanya dan memperoleh tablet tambah darah serta imunisasi TT,
6. Ibu nifas memperoleh kapsul vitamin A dan tablet tambah darah serta memperoleh penyuluhan kesehatan yang berkaitan tentang kesehatan ibu dan anak.
7. Memperoleh penyuluhan kesehatan terkait tentang kesehatan ibu dan anak.
8. Apabila terdapat kelainan pada bayi, anak balita, ibu hamil, ibu nifas dan ibu menyusui dapat segera diketahui dan dirujuk ke puskesmas.
9. Dapat berbagi pengetahuan dan pengalaman tentang kesehatan ibu, bayi, dan anak balita.

b. Bagi Kader yaitu

1. Mendapatkan berbagai informasi kesehatan lebih dahulu dan lebih lengkap.
2. Ikut berperan secara nyata dalam perkembangan tumbuh kembang anak balita dan kesehatan ibu.
3. Citra diri meningkat di mata masyarakat sebagai orang yang terpercaya dalam bidang kesehatan.
4. Menjadi panutan karena telah mengabdikan demi pertumbuhan anak dan kesehatan ibu

Menurut Kemenkes (2011), manfaat penyelenggaraan Posyandu yaitu :

1. Untuk mendukung perbaikan perilaku;
2. Mendukung perilaku hidup bersih dan sehat;
3. Mencegah penyakit yang berbasis lingkungan dan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi;
4. Mendukung pelayanan Keluarga Berencana;
5. Mendukung pemberdayaan keluarga dan masyarakat dalam penganekaragaman pangan melalui pemanfaatan pekarangan.

## **C. Pembentukan Posyandu**

Posyandu dibentuk oleh masyarakat desa/kelurahan dengan tujuan untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar, terutama KIA, KB, imunisasi, gizi, dan penanggulangan diare kepada masyarakat setempat. Pendirian Posyandu ditetapkan dengan keputusan Kepala Desa/Lurah. Pembentukan Posyandu bersifat fleksibel, dikembangkan sesuai dengan kebutuhan, permasalahan dan kemampuan sumber daya. Langkah-langkah pembentukan Posyandu dapat dilakukan dengan tahapan sebagai berikut:

### **1. Pendekatan Internal**

Tujuan pendekatan internal adalah mempersiapkan para petugas/aparat, sehingga bersedia dan memiliki kemampuan mengelola serta membina Posyandu. Dalam upaya untuk meningkatkan layanan secara profesional, Pimpinan Puskesmas harus memberikan motivasi dan keterampilan para petugas Puskesmas sehingga mampu bekerja bersama untuk kepentingan masyarakat. Untuk ini, perlu dilakukan berbagai orientasi dan pelatihan dengan melibatkan seluruh petugas Puskesmas.

### **2. Pendekatan Eksternal**

Tujuan pendekatan eksternal adalah mempersiapkan masyarakat, khususnya tokoh masyarakat, sehingga bersedia mendukung penyelenggaraan Posyandu. Untuk ini perlu dilakukan berbagai pendekatan dengan tokoh masyarakat yang bertempat tinggal di daerah setempat. Jika di daerah tersebut telah terbentuk Forum Peduli Kesehatan Kecamatan, pendekatan eksternal ini juga dilakukan bersama dan atau mengikut sertakan Forum Peduli Kesehatan Kecamatan. Dukungan yang diharapkan dapat berupa moril, finansial dan material, seperti kesepakatan dan, persetujuan masyarakat, bantuan dana, tempat penyelenggaraan serta peralatan Posyandu.

### **3. Survei Mawas Diri (SMD)**

Tujuan SMD adalah menimbulkan rasa memiliki masyarakat (sense of belonging) melalui penemuan



sendiri masalah yang dihadapi serta potensi yang dimiliki. SMD dilakukan oleh masyarakat sendiri dengan bimbingan petugas Puskesmas, aparat pemerintahan desa/kelurahan. dan Forum Peduli Kesehatan Kecamatan jika sudah terbentuk). Untuk itu sebelumnya perlu dilakukan pemilihan dan pelatihan anggota masyarakat yang dinilai mampu melakukan SMD seperti guru, anggota Pramuka, kelompok dasawisma, PKK, anggota karang taruna, murid sekolar atau kalangan berpendidikan lainnya yang ada di desa/kelurahan. Pelatihan yang diselenggarakan mencakup penetapan responden, metode wawancara sederhana, penyusunan dan pengisian daftar pertanyaan serta pengolahan hasil pengumpulan data. Pengumpulan data dengan cara wawancara dilakukan terhadap sekurang-kurangnya 30 (tiga puluh) kepala keluarga yang terpilih secara acak dan bertempat tinggal di lokasi yang akan dibentuk Posyandu. Hasil dari SMD adalah data tentang masalah kesehatan serta potensi masyarakat yang ada di desa/kelurahan.

#### 4. Musyawarah Masyarakat Desa (MMD)

Inisiatif penyelenggaraan MMD adalah para tokoh masyarakat yang mendukung pembentukan posyandu atau forum peduli kesehatan kecamatan (jika telah terbentuk). Peserta MMD adalah anggota masyarakat setempat. Materi pembahasan adalah hasil SMD serta data kesehatan lainnya yang mendukung. Hasil yang diharapkan diharapkan dari MMD adalah ditetapkannya daftar urutan masalah dan upaya kesehatan yang akan dilakukan, yang disesuaikan dengan konsep posyandy yakni KIA,KB, imunisasi, gizi, dan penanggulangan diare. Jika masyarakat menetapkan masalah dan upaya kesehatan lain diluar konsep posyandu, masalah dan upaya kesehatan tersebut tetap dimasukkan dalam daftar urutan.

#### 5. Pembentukan dan Pemantauan Kegiatan Posyandu

Pembentukan dan pemantauan kegiatan Posyandu dilakukan dengan kegiatan sebagai berikut:

a. Pemilihan Pengurus dan Kader Posyandu

Pemilihan pengurus dan kader Posyandu dilakukan melalui pertemuan khusus dengan mengundang para tokoh dan anggota masyarakat terpilih. Undangan dipersiapkan oleh Puskesmas dan ditandatangani oleh Kepala Desa/Lurah. Pemilihan dilakukan secara musyawarah mufakat sesuai dengan tata cara dan kriteria yang berlaku.

b. Orientasi Pengurus dan Pelatihan Kader Posyandu

Sebelum melaksanakan tugasnya, kepada pengurus dan kader terpilih perlu diberikan orientasi dan pelatihan. Orientasi ditujukan kepada pengurus Posyandu dan pelatihan ditujukan kepada kader Posyandu yang keduanya dilaksanakan oleh Puskesmas sesuai dengan pedoman orientasi dan pelatihan yang berlaku. Pada waktu menyelenggarakan orientasi pengurus, sekaligus disusun rencana kerja (Plan of Action) Posyandu yang akan dibentuk, lengkap dengan waktu dan tempat penyelenggaraan, para pelaksana dan pembagian tugas serta sarana dan prasarana yang diperlukan.

c. Pembentukan dan Peresmian Posyandu

Pengurus dan kader yang telah mengikuti orientasi dan pelatihan, selanjutnya mengorganisasikan diri ke dalam wadah Posyandu. Kegiatan utama Posyandu ada 5 (lima) yakni KIA, KB, imunisasi, gizi, dan penanggulangan diare. Jika kegiatan tersebut ditambah sesuai dengan kesepakatan masyarakat misalnya kesehatan lingkungan, pencegahan penyakit menular, Bina Keluarga Balita (BKB) dan Pembinaan Anak Usia Dini (PAUD), Posyandu tersebut disebut dengan nama "Posyandu Terintegrasi". Peresmian Posyandu dilaksanakan dalam suatu acara khusus yang dihadiri oleh pimpinan daerah, tokoh serta anggota masyarakat setempat.

d. Penyelenggaraan dan Pemantauan Kegiatan Posyandu

Setelah Posyandu resmi dibentuk, dilanjutkan dengan pelaksanaan kegiatan Posyandu secara rutin, berpedoman pada panduan yang berlaku. Secara berkala kegiatan Posyandu dipantau oleh Puskesmas, yang hasilnya dipakai sebagai masukan untuk perencanaan dan pengembangan Posyandu selanjutnya secara lintas sektoral.

#### **D. Kartu Menuju Sehat (KMS)**

Kartu menuju Sehat (KMS) adalah kartu yang memuat grafik pertumbuhan serta indikator perkembangan yang bermanfaat untuk mencatat dan memantau tumbuh kembang balita setiap bulan dari sejak lahir sampai berusia 5 tahun. KMS juga dapat diartikan sebagai “ rapor “ kesehatan dan gizi (Catatan riwayat kesehatan dan gizi ) balita ( Depkes RI, 1996 ).

Di Indonesia dan negara-negara lain, pemantauan berat badan balita dilakukan dengan timbangan bersahaja (dacin) yang dicatat dalam suatu sistem kartu yang disebut Kartu Menuju Sehat (KMS). Hambatan kemajuan pertumbuhan berat badan anak yang dipantau dapat segera terlihat pada grafik pertumbuhan hasil pengukuran periodik yang dicatat dan tertera pada KMS tersebut. Naik turunnya jumlah anak balita yang menderita hambatan pertumbuhan di suatu daerah dapat segera terlihat dalam jangka waktu periodik (bulan) dan dapat segera diteliti lebih jauh apa sebabnya dan dibuat rancangan untuk diambil tindakan penanggulangannya secepat mungkin.

Kondisi kesehatan masyarakat secara umum dapat dipantau melalui KMS, yang pertimbangannya dilakukan di Posyandu (Pos Pelayanan terpadu), (Sediaoetama, 1999). Indikator berat badan menurut umur dipakai di dalam Kartu Menuju Sehat (KMS) di Posyandu untuk memantau pertumbuhan anak secara perorangan. Pengertian tentang penilaian status gizi dan pemantauan pertumbuhan sering dianggap sama sehingga mengakibatkan kerancuan. KMS tidak untuk memantau gizi, tetapi alat pendidikan kepada masyarakat terutama orang tua agar dapat memantau

pertumbuhan anak, dengan pesan “ Anak sehat tambah umur tambah berat” (Soekirman, 2000 ).

KMS adalah kartu untuk mencatat dan memantau perkembangan balita dengan melihat garis pertumbuhan berat badan anak dari bulan ke bulan pada KMS dapat diketahui status pertumbuhan anaknya.

1. Kriteria Berat Badan balita di KMS:

- a. Berat badan naik : Berat badan bertambah mengikuti salah satu pita warna, berat badan bertambah ke pita warna di atasnya.
- b. Berat badan tidak naik :Berat badanya berkurang atau turun, berat badan tetap, berat badan bertambah atau naik tapi pindah ke pita warna di bawahnya.
- c. Berat badan dibawah garis merah

2. Keluarga Berencana.

Pelayanan Keluarga Berencana berupa pelayanan kontrasepsi kondom, pil KB, dan suntik KB.

3. Imunisasi

Di posyandu balita akan mendapatkan layanan imunisasi. Macam imunisasi yang diberikan di posyandu adalah BCG untuk mencegah penyakit TBC. DPT untuk mencegah penyakit difteri, pertusis (batuk rejan), tetanus.

4. Polio untuk mencegah penyakit kelumpuhan.

5. Hepatitis B untuk mencegah penyakit hepatitis B (penyakit kuning).

6. Peningkatan Gizi

Dengan adanya posyandu yang sasaran utamanya bayi dan balita, sangat tepat untuk meningkatkan gizi balita (Notoadmodjo,2003: 205). Peningkatan gizi balita di posyandu yang dilakukan oleh kader berupa memberikan penyuluhan tentang ASI, status gizi balita, MPASI, Imunisasi, Vitamin A, stimulasi tumbuh kembang anak, diare pada balita

7. Penanggulangan diare Penyediaan oralit di posyandu. Melakukan rujukan pada penderita diare yang menunjukkan tanda bahaya di Puskesmas. Memberikan penyuluhan penanggulangan diare oleh kader posyandu.

## **E. Tujuan Posyandu**

- a. Mempercepat penurunan Angka Kematian Bayi (AKB), anak balita dan angka kelahiran.
- b. Mempercepat penurunan AKI (Angka Kematian Ibu), Ibu hamil dan nifas.
- c. Mempercepat diterimanya Norma Keluarga Kecil Bahagia dan Sejahtera (NKKBS).
- d. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan-kegiatan lain yang menunjang sesuai kebutuhan.
- e. Meningkatkan daya jangkau pelayanan kesehatan. Sasaran dalam pelayanan kesehatan di Posyandu adalah bayi (usia kurang dari 1 tahun) anak balita (usia 1-5 tahun), ibu hamil, ibu menyusui dan wanita Pasangan usia subur. (PUS).

Posyandu direncanakan dan dikembangkan oleh kader bersama Kepala Desa dan Lembaga Ketahanan Masyarakat Desa (LKMD) serta penyelenggaraannya dilakukan oleh kader yang terlatih dibidang KB-Kes, berasal dari PKK, tokoh masyarakat, pemuda dengan bimbingan tim pembina LKMD tingkat kecamatan. Kader adalah anggota masyarakat yang dipilih dari dan oleh masyarakat setempat yang disetujui oleh LKMD dengan syarat; mau dan mampu bekerja secara sukarela, dapat membaca dan menulis huruf latin dan mempunyai cukup waktu untuk bekerja bagi masyarakat. Posyandu dapat melayani semua anggota masyarakat, terutama ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan anak balita serta Pasangan Usia Subur (PUS). Biasanya dilaksanakan satu kali sebulan ditempat yang mudah didatangi oleh masyarakat dan ditentukan masyarakat sendiri

## **F. Kegiatan di Posyandu**

Kegiatan Posyandu terdiri dari kegiatan utama dan kegiatan pengembangan atau pilihan, yaitu :

- a) Kegiatan Utama

Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). Ibu hamil Pelayanan meliputi : Penimbangan berat badan dan pemberian tablet besi yang dilakukan oleh kader kesehatan.

1. Bila ada petugas Puskesmas ditambah dengan pengukuran tekanan darah, pemeriksaan hamil bila ada tempat atau ruang periksa dan pemberian imunisasi Tetanus Toxoid. Bila ditemukan kelainan maka segera dirujuk ke Puskesmas.
2. Bila memungkinkan diselenggarakan kelompok ibu hamil pada hari buka Posyandu yang kegiatannya antara lain: penyuluhan tentang tanda bahaya kehamilan, persalinan, persiapan menyusui, KB dan gizi ibu hamil, perawatan payudara dan pemberian ASI, peragaan perawatan bayi baru lahir dan senam ibu hamil.

b) Ibu nifas dan menyusui, pelayanannya meliputi :

1. Penyuluhan kesehatan, KB, ASI, dan gizi, perawatan jalan lahir.
2. Pemberian vitamin A dan tablet besi
3. Perawatan payudara
4. Senam ibu nifas
5. Bila ada petugas kesehatan dan tersedia ruangan maka dapat dilakukan pemeriksaan payudara, tinggi fundus uteri, dan pemeriksaan lochea.

c) Bayi dan anak balita

Jenis pelayanan untuk bayi dan balita mencakup :

1. Penimbangan
2. Penentuan status gizi
3. Penyuluhan tentang kesehatan bayi dan balita
4. Jika ada petugas kesehatan dapat ditambahkan pemeriksaan kesehatan, imunisasi, dan deteksi dini tumbuh kembang. Bila ditemukan adanya kelainan akan dirujuk ke Puskesmas.
  - a. Pelayanan KB di Posyandu yang diselenggarakan oleh kader adalah pemberian pil dan kondom. Bila ada petugas kesehatan maka dapat dilayani KB suntik dan konseling KB.

- b. Pelayanan imunisasi di Posyandu hanya dilaksanakan bila ada petugas kesehatan Puskesmas. Jenis pelayanan imunisasi yang diberikan yang sesuai program, baik untuk bayi, balita maupun untuk ibu hamil, yaitu : BCG, DPT, hepatitis B, campak, polio, dan tetanus toxoid.
- c. Pelayanan gizi di Posyandu dilakukan oleh kader. Bentuk pelayanannya meliputi penimbangan berat badan, deteksi dini gangguan pertumbuhan, penyuluhan gizi, pemberian PMT, pemberian vitamin A dan pemberian sirup besi (Fe). Untuk ibu hamil dan ibu nifas diberikan tablet besi dan yodium untuk daerah endemis gondok.
- d. Pencegahan dan Penanggulangan Diare Pelayanan diare di Posyandu dilakukan antara lain dengan penyuluhan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Penanggulangan diare antara lain dengan cara penyuluhan tentang diare dan pemberian oralit atau larutan gula garam.

Kegiatan pengembangan dalam keadaan tertentu Posyandu dapat menambah kegiatan baru, misalnya: perbaikan kesehatan lingkungan, pemberantasan penyakit menular dan berbagai program pembangunan masyarakat desa lainnya. Posyandu demikian disebut dengan Posyandu Plus. Penambahan kegiatan baru tersebut dapat dilakukan bila cakupan kegiatan utamanya di atas 50%, serta tersedianya sumberdaya yang mendukung. Kegiatan bulanan di Posyandu mengikuti pola keterpaduan KB-Kesehatan dengan sistem lima meja.

- Meja I : Pendaftaran.
- Meja II : Penimbangan bayi dan anak balita.
- Meja III : Pengisian KMS.
- Meja IV : Penyuluhan perorangan
- Meja V : Pelayanan oleh tenaga profesional meliputi pelayanan KIA, KB, imunisasi dan pengobatan, serta pelayanan lain sesuai dengan kebutuhan.

## **G. Kedudukan Posyandu**

Menurut lokasinya Posyandu dapat berlokasi di setiap desa atau kelurahan atau nagari. Bila diperlukan dan memiliki kemampuan, dapat berlokasi di tiap RW, dusun, atau sebutan lain yang sesuai.

Kedudukan Posyandu adalah :

- a. Terhadap pemerintah desa atau kelurahan, adalah sebagai wadah pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan yang secara kelembagaan dibina oleh pemerintah desa atau kelurahan.
- b. Terhadap Pokja Posyandu, sebagai satuan organisasi yang mendapat binaan aspek administrasi, keuangan dan program Pokja.
- c. Terhadap berbagai UKBM, adalah sebagai mitra.
- d. Terhadap Konsil Kesehatan Kecamatan, adalah sebagai satuan organisasi yang mendapat arahan dan dukungan sumberdaya dari Konsil Kesehatan Kecamatan.
- e. Terhadap Puskesmas, adalah sebagai wadah pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan yang secara teknis medis dibina oleh Puskesmas.

## **H. Tugas dan tanggungjawab pihak-pihak yang terkait**

Beberapa pihak yang terkait dengan kegiatan Posyandu memiliki tugas dan tanggung jawab sebagai berikut :

### **1. Kader Kesehatan**

#### **a. Sebelum Hari Buka Posyandu**

1. Melakukan persiapan penyelenggaraan kegiatan Posyandu.
2. Menyebarkan informasi tentang hari buka Posyandu melalui pertemuan warga setempat atau surat edaran.
3. Melakukan pembagian tugas antar kader, meliputi pendaftaran, penimbangan, pencatatan, penyuluhan, pemberian makanan tambahan, serta pelayanan yang dapat dilakukan oleh kader.



4. Melakukan koordinasi dengan petugas kesehatan dan petugas lainnya terkait dengan jenis layanan yang akan diselenggarakan. Jenis kegiatan ini merupakan tindak lanjut dari kegiatan Posyandu sebelumnya atau rencana kegiatan yang telah ditetapkan berikutnya.
5. Menyiapkan bahan penyuluhan dan pemberian makanan tambahan. Bahan-bahan penyuluhan sesuai permasalahan yang di dihadapi para orangtua serta disesuaikan dengan metode penyuluhan, misalnya: menyiapkan bahan-bahan makanan apabila ingin melakukan demo masak, lembar balik untuk kegiatan konseling, kaset atau CD, KMS, buku KIA, sarana stimulasi balita.
6. Menyiapkan buku-buku catatan kegiatan Posyandu.

**b. Saat Hari Buka Posyandu**

1. Melakukan pendaftaran, meliputi pendaftaran balita, ibu hamil, ibu nifas, ibu menyusui, dan sasaran lainnya.
2. Pelayanan kesehatan ibu dan anak. Untuk pelayanan kesehatan anak pada Posyandu, dilakukan penimbangan, pengukuran tinggi badan, pengukuran lingkar kepala anak, pemantauan aktifitas anak, pemantauan status imunisasi anak, pemantauan terhadap tindakan orangtua tentang pola asuh yang dilakukan pada anak, pemantauan tentang permasalahan anak balita, dan lain sebagainya.
3. Membimbing orangtua melakukan pencatatan terhadap berbagai hasil pengukuran dan pemantauan kondisi anak balita.
4. Melakukan penyuluhan tentang pola asuh anak balita. Dalam kegiatan ini, kader bisa memberikan layanan konsultasi, konseling, diskusi kelompok dan demonstrasi dengan orangtua/keluarga anak balita.
5. Memotivasi orangtua balita agar terus melakukan pola asuh yang baik pada anaknya, dengan menerapkan prinsip asih-asah-asuh.

6. Menyampaikan penghargaan kepada orangtua yang telah datang ke Posyandu dan minta mereka untuk kembali pada hari Posyandu berikutnya.
7. Menyampaikan informasi pada orangtua agar menghubungi kader apabila ada permasalahan terkait dengan anak balitanya.
8. Melakukan pencatatan kegiatan yang telah dilakukan pada hari buka Posyandu.

**c. Setelah Pelaksanaan posyandu**

1. Melakukan kunjungan rumah pada balita yang tidak hadir pada hari buka Posyandu, anak yang kurang gizi, atau anak yang mengalami gizi buruk rawat jalan, dan lain-lain.
2. Memotivasi masyarakat, misalnya untuk memanfaatkan pekarangan dalam rangka meningkatkan gizi keluarga, menanam tanaman obat keluarga, membuat tempat bermain anak yang aman dan nyaman. Selain itu, memberikan penyuluhan tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS).
3. Melakukan pertemuan dengan tokoh masyarakat, pimpinan wilayah untuk menyampaikan hasil kegiatan Posyandu serta mengusulkan dukungan agar Posyandu terus berjalan dengan baik.
4. Menyelenggarakan pertemuan, diskusi dengan masyarakat, untuk membahas kegiatan Posyandu. Usulan dari masyarakat digunakan sebagai bahan menyusun rencana tindak lanjut kegiatan berikutnya.
5. Mempelajari Sistem Informasi Posyandu (SIP). SIP adalah sistem pencatatan data atau informasi tentang pelayanan yang diselenggarakan di Posyandu. Manfaat SIP adalah sebagai panduan bagi kader untuk memahami permasalahan yang ada, sehingga dapat mengembangkan jenis kegiatan yang tepat dan sesuai dengan kebutuhan sasaran.
6. Format SIP meliputi; catatan ibu hamil, kelahiran, kematian bayi, kematian ibu hamil, melahirkan, nifas;
  - catatan bayi dan balita yang ada di wilayah kerja Posyandu; jenis kegiatan yang tepat dan sesuai dengan

kebutuhan sasaran catatan pemberian vitamin A, pemberian oralit, pemberian tablet tambah darah bagi ibu hamil, tanggal dan status pemberian imunisasi;

- catatan wanita usia subur, pasangan usia subur, jumlah rumah tangga, jumlah ibu hamil, umur kehamilan, imunisasi ibu hamil, risiko kehamilan, rencana penolong persalinan, tabulin, ambulan desa, calon donor darah yang ada di wilayah kerja Posyandu.

## **2. Petugas Kesehatan**

1. Membimbing kader dalam penyelenggaraan Posyandu.
2. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana di meja 5 (lima).
3. Menyelenggarakan penyuluhan kesehatan, gizi dan KB kepada pengunjung Posyandu dan masyarakat luas.
4. Menganalisa hasil kegiatan Posyandu dan melaporkannya kepada Kepala Puskesmas serta menyusun rencana kerja dan melaksanakan upaya perbaikan sesuai kebutuhan.

## **3. Camat**

1. Mengkordinasikan hasil kegiatan dan tindak lanjut kegiatan Posyandu.
2. Memberi dukungan dalam upaya meningkatkan kinerja Posyandu.
3. Melakukan pembinaan untuk terselenggaranya kegiatan Posyandu secara teratur.

## **4. Lurah atau Kepala Desa**

1. Memberikan dukungan kebijakan, sarana dan dana untuk penyelenggaraan Posyandu.
2. Mengkordinasikan penggerakan masyarakat untuk dapat hadir pada hari buka Posyandu.
3. Mengkordinasikan peran kader Posyandu, pengurus Posyandu dan tokoh masyarakat untuk berperan aktif dalam penyelenggaraan Posyandu.
4. Menindaklanjuti hasil kegiatan Posyandu bersama LKMD atau LPM atau LKD atau sebutan lainnya.
5. Melakukan pembinaan untuk terselenggaranya kegiatan Posyandu secara teratur.

## 5. Pokja Posyandu

1. Mengkoordinasikan hasil kegiatan dan tindak lanjut kegiatan Posyandu.
2. Melakukan bimbingan dan pembinaan kepada Posyandu.
3. Menggali sumber daya untuk kelangsungan penyelenggaraan Posyandu.
4. Menggerakkan masyarakat untuk dapat hadir dan berperan aktif dalam kegiatan Posyandu.

## 6. Tim Penggerak PKK (TP PKK)

1. Berperan aktif dalam penyelenggaraan Posyandu.
2. Penggerakan peran serta masyarakat dalam kegiatan Posyandu.

### **I. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kunjungan Posyandu**

Faktor-faktor yang berpengaruh adalah terhadap kunjungan balita ke posyandu adalah umur balita, kemampuan ibu membaca, tenaga penolong persalinan dan jumlah anak. Faktor yang paling berpengaruh terhadap kunjungan balita ke posyandu adalah faktor umur, umur 12 hingga 35 bulan merupakan umur yang paling berpengaruh terhadap kunjungan (Djaiman&Hastoety,2002). Wahidin (2017) menyatakan tingkat kunjungan Ibu dalam penimbangan balita ke posyandu dipengaruhi secara dominan oleh adanya dukungan keluarga, sikap Ibu, jumlah tanggungan dan pekerjaan ibu. Penelitian juga menunjukkan bahwa pendapatan rumah tangga, kepuasan ibu terhadap pelayanan posyandu, sikap terhadap manfaat posyandu dan niat datang ke posyandu berpengaruh terhadap frekuensi partisipasi ibu ke posyandu

### **Ringkasan**

1. Posyandu (pos pelayanan terpadu) merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh untuk dan bersama masyarakat, dalam penyelenggaraan pembangunan

kesehatan guna memberdayakan masyarakat dan memberikan dasar/sosial dasar untuk mempercepat penurunan angka kematian ibu dan angka kematian bayi.

2. Tujuan penyelenggaraan posyandu adalah :

- a. Untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan bayi, balita, ibu dan pasangan usia subur.
- b. Menurunkan angka kematian Bayi, angka kematian Ibu melahirkan dan nifas
- c. Membudayakan NKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia)
- d. Meningkatkan peran serta masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan KB serta kegiatan lainnya yang menunjang untuk tercapainya masyarakat sehat sejahtera.
- e. Wahana gerakan reproduksi keluarga sejahtera, gerakan ketahanan keluarga dan gerakan ekonomi sejahtera
- f. Meningkatkan pelayanan kesehatan ibu dan untuk menurunkan angka kematian ibu dan anak,
- g. Mempercepat penerimaan norma keluarga kecil bahagia sejahtera,
- h. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan-kegiatan lain yang menunjang peningkatan kemampuan hidup sehat, pendekatan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam usaha meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada penduduk berdasarkan geografi,

## Latihan Soal

1. Urutan pelaksanaan posyandu dengan system lima kegiatan (meja posyandu) yang benar adalah...

- a. Pendaftaran-penimbangan-pencatatan-penyuluhan-penkes
- b. Pendaftaran-penyuluhan-penimbangan-pencatatan-penkes
- c. Pendaftaran-penimbangan-pencatatan-penkes-penyuluhan
- d. Pendaftaran-pencatatan-penimbangan-penkes-penyuluhan

Jawaban :A

2. Dibawah ini adalah sasaran utama posyandu, adalah

- a. Bayi
- b. Balita
- c. Ibu hamil, ibu nifas, dan ibu menyusui
- d. Pasangan usia subur (PUS)

Jawaban : A

3. Berikut ini adalah manfaat posyandu adalah..

- a. Kesehatan ibu dan anak
- b. Peningkatan gizi
- c. Penanggulangan diare
- d. Merupakan tempat ibu bersalin

Jawaban : B

4. Berikut ini adalah kegiatan pokok posyandu adalah...

- a. Imunisasi
- b. Gizi
- c. Kesehatan ibu dan anak
- d. Penanggulangan diare

Jawaban : C

5. Seorang tenaga kesehatan yang direkrut dari oleh dan untuk masyarakat dalam membantu kelancaran pelayanan kesehatan disebut....

- a. Kader
- b. Bidan
- c. Asisten bidan
- d. Pelayanan kesehatan

Jawaban: A

### **Daftar Pustaka**

1. Kementerian Kesehatan RI Indonesia Kementerian Kesehatan RI (2011) Pedoman Umum Pengelolaan Posyandu. Jakarta
2. Melina. 2019. Posyandu. Yogyakarta: Poltekkes Kemenkes Yogyakarta)
3. Purwati, Evie. 2019. Posyandu. Porwokerto: Fakultas Ilmu Kesehatan. UMP
4. Suryanah. 2019. Keperawatan Anak Untuk Siswa SPK. (Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC)

5. Djaiman, Sri Poedji Hastoety (2002) Faktor-faktor yang Mempengaruhi Balita Berkunjung ke Posyandu. Project Report. Pusat Teknologi Terapan Kesehatan dan Epidemiologi Klinik.
6. Wahidin. Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kunjungan Ibu Dengan Anak Balita Ke Posyandu Dalam Kegiatan Penimbangan Di Wilayah Kerja Puskesmas Suradita Kecamatan Cisauk Kabupaten Tangerang. JKFT 2017. Vol 2 No 2.
7. Cut Nazri, Chiho Yamazaki, Satomi Kameo, Dewi M.D. Herawati, Nanan Sekarwana, Ardini Raksanagara and Hiroshi Koyama. Factors influencing mother's participation in *Posyandu* for improving nutritional status of children under-five in Aceh Utara district, Aceh province, Indonesia. BMC Public Health (2016) 16:69

## **BAB VI**

### **SISTEM KESEHATAN NASIONAL (SKN)**

#### **Tujuan Instruksional Umum**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat mengetahui Sistem Kesehatan Nasional (SKN)

#### **Tujuan Instruksional Khusus**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat:

1. Mengetahui Pengertian SKN
2. Mengetahui Manfaat dan Kegunaan SKN
3. Mengetahui Landasan SKN
4. Mengetahui Prinsip Dasar SKN
5. Mengetahui Subsistem SKN
6. Mengetahui Kedudukan SKN

#### **A. Pengertian SKN**

Sistem Kesehatan Nasional adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu langkah, guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam UUD 1945. Sistem kesehatan nasional perlu dilaksanakan dalam konteks pembangunan kesehatan secara keseluruhan dengan mempertimbangkan determinan sosial.

Untuk meningkatkan akselerasi, pemerataan dan mutu pelaksanaan sistem kesehatan nasional tersebut, pembangunan kesehatan perlu melandaskan pada pemikiran dasar pembangunan kesehatan. Sistem Kesehatan Nasional sebagai pengelolaan kesehatan merupakan dasar-dasar



filsafat pembangunan kesehatan di Indonesia (Sejarah Pembangunan Kesehatan Indonesia Tahun 1973-2009). Dalam hal ini, pemikiran dasar pembangunan kesehatan pada hakikatnya merupakan bagian utama dari Sistem Kesehatan Nasional atau merupakan acuan dari filsafat pembangunan kesehatan tersebut (Hapsara, 1999).

Penyelenggaraan SKN dilaksanakan melalui penguatan:

1. Upaya kesehatan
2. Penelitian dan pengembangan kesehatan
3. Pembiayaan kesehatan
4. Sumber daya manusia kesehatan
5. Sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan
6. Manajemen, informasi dan regulasi kesehatan
7. Pemberdayaan masyarakat

Penyelenggaraan tersebut dilakukan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan iptek, serta globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan dan kerja sama lintas sektor.

Tujuan nasional Bangsa Indonesia dalam Pembukaan UUD 1945 yang diselenggarakan melalui pembangunan nasional. Percepatan pembangunan kesehatan melalui SKN dengan terobosan Desa Siaga, Jamkesmas, Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K). Perubahan lingkungan strategis Undang-Undang Nomor 32/2004 Pemerintah Daerah, Undang-Undang Nomor 33/2004 Perimbangan Keuangan Pemerintah Pusat dan Pemda, Undang-Undang 25/2004 Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN), UU 17/2007 RPJPN 2005-2025, dan upaya percepatan MDGs.

## **B. Maksud dan Kegunaan SKN**

1. Untuk menyesuaikan SKN 2009 dengan berbagai perubahan dan tantangan eksternal dan internal agar

dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam pengelolaan kesehatan baik oleh pemerintah, pemerintah daerah dan atau masyarakat termasuk badan usaha dan lembaga swasta

2. Tersusunnya SKN mempertegas pembangunan kesehatan dalam rangka pemenuhan hak azasi manusia, memperjelas penyelenggaraan pembangunan kesehatan sesuai dengan visi dan misi Rencana Pembangunan Jangka Panjang bidang Kesehatan tahun 2005-2025 (RPJP-K), memantapkan kemitraan dan kepemimpinan yang transformatif, melaksanakan pemerataan upaya kesehatan yang terjangkau dan bermutu, meningkatkan investasi kesehatan untuk keberhasilan pembangunan nasional.
3. SKN merupakan dokumen kebijakan pengelolaan kesehatan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan.

Revitalisasi pelayanan kesehatan dasar yang menjadi pedoman dalam penyusunan SKN, antara lain:

- b. Cakupan pelayanan kesehatan yang adil dan merata
- c. Pemberian pelayanan kesehatan yang berpihak kepada rakyat
- d. Kebijakan pembangunan kesehatan
- e. Kepemimpinan

Penyusunan SKN mempertimbangkan kebaruan dalam melaksanakan pembangunan kesehatan secara menyeluruh. Tujuan dari SKN yakni pembangunan kesehatan seluruh kapasitas bangsa dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya oleh masyarakat yang setinggi-tingginya. Sistem Kesehatan Nasional dapat berfungsi dengan baik dalam mencapai tujuannya apabila terdapat koordinasi, integrasi, sinkronisasi dan sinergisme (KISS), baik dari aspek eksekutor maupun antar subsistem SKN. Oleh karena itu, diperlukan peran sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan fasilitas, financial dan bidang edukasi bekerja sama dengan sektor kesehatan mencapai tujuan nasional.

## C. Landasan SKN

1. Landasan Idiil  
    UUD Negara Republik Indonesia Tahun 1945
2. Landasan Konstitusional

Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, khususnya **Pasal 28A** Setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya, **Pasal 28B ayat (2)** "Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh, dan berkembang serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi. **Pasal 28C ayat (1)** "Setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia", **Pasal 28H ayat (1)** "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan", **Pasal 28H ayat (3)** "Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat", **Pasal 34 ayat (2)** "Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan", dan **Pasal 34 ayat (3)** "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak".

### 3. Landasan operasional

Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan dan ketentuan peraturan perundang-undangan lainnya yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan nasional.

## D. Prinsip Dasar SKN

Prinsip dasar adalah norma, nilai, dan aturan pokok yang bermakna dari falsafah dan budaya Bangsa Indonesia, yang dijadikan sebagai acuan berfikir dan bertindak (Santy,2019).

Sesuai dengan UU 17/2007 RPJPN 2005-2025, pembangunan kesehatan darahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat lagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat terwujud.

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mangacu pada dasar :

### 1. Perikemanusiaan

1. Pembangunan kesehatan harusberlandaskan pada prinsip perikemanusiaan yang dijiwai, digerakkan dan dikendalikan oleh keimanan dan ketaqwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa.
2. Tenaga kesehatan harus berbudi luhur, memegang teguh etika profesi dan selalu menerapkan prinsip kemanusiaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta memiliki kepedulian sosial terhadap lingkungan sekitar.

### 2. Pemberdayaan dan kemandirian

1. Setiap orang dan masyarakat bersama dengan Pemerintah dan Pemerintah daerah berperan, berkewajiban dan bertanggungjawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat dan lingkungannya
2. Pembangunan kesehatan harus mampu meningkatkan dan mendorong peran aktif masyarakat.
3. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri, kepribadian bangsa,

semangat solidaritas sosial, gotong royong dan penguatan kesehatan sebagai ketahanan nasional.

3. Adil dan merata

1. Dalam pembangunan kesehatan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, tanpa memandang suku, agama, golongan, dan status ekonominya.
2. Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
3. Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup tumbuh dan kembang, serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

4. Pengutamakan dan manfaat

1. Pembangunan masyarakat diselenggarakan dengan mengutamakan kepentingan umum daripada kepentingan pribadi atau golongan
2. Upaya kesehatan yang bermutu diselenggarakan dengan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.
3. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berlandaskan pada dasar kemitraan atau sinergis yang dinamis dan tata penyelenggaraan yang baik sehingga berhasil guna dan bertahap dapat memberi manfaat yang sebesar-besarnya bagi peningkatan derajat kesehatan masyarakat beserta lingkungannya.
4. Pembangunan kesehatan diarahkan agar memberikan perhatian khusus pada penduduk rentan seperti ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut dan masyarakat miskin.
5. Perlu diupayakan pembangunan kesehatan secara terintegrasi antara pusat dan daerah dengan mengedepankan nilai-nilai pembangunan kesehatan yaitu berpihak pada rakyat, bertindak

cepat dan tepat, kerjasama tim, terintegrasi yang tinggi dan transparan serta akuntabilitas.

5. Kemitraan

Pembangunan kesehatan diselenggarakan melalui upaya konsolidasi kemitraan secara aktif dan terpadu antara pemerintah dan masyarakat termasuk swasta.

6. Pemberdayaan dan Kemandirian Masyarakat

Upaya tercapainya derajat kesehatan merupakan tugas bersama, baik pemerintah maupun masyarakat termasuk swasta.

7. Pengutamaan dan Manfaat

Implementasi pembangunan kesehatan harus mengutamakan kepentingan umum di atas kepentingan individu dan golongan/kelompok. Selain itu dalam pembangunan kesehatan juga harus memanfaatkan perkembangan dan kemajuan iptek.

8. Ketertiban Tata Pemerintahan

Pelaksanaan pembangunan kesehatan secara demokratis, memiliki ketegasan hukum, transparan, kompeten, bertanggungjawab.

## **E. Subsistem SKN**

Beberapa pendapat ahli menyampaikan bahwa dalam system kesehatan hanya terdapat 2 subsistem, yakni subsistem upaya/pelayanan kesehatan dan subsistem pembiayaan kesehatan. Hal tersebut menjelaskan bahwa sumberdaya kesehatan, pemberdayaan masyarakat, serta manajemen kesehatan merupakan bagian dari subsistem upaya kesehatan.

Melalui berbagai pertimbangan terhadap kondisi dan situasi di Indonesia serta kebutuhan dewasa ini, maka ditetapkan bahwa SKN terdiri dari 6 subsistem, antara lain:

## 1) Subsistem Upaya Kesehatan

Subsistem Upaya Kesehatan adalah tantangan yang menghimpun upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP) secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan se tinggi-tingginya.

Tujuannya adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang tercapai (*accessible*), terjangkau (*affordable*), dan bermutu (*quality*) untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat masyarakat yang setinggi-tingginya.

Prinsip-prinsip upaya kesehatan :

- a. UKM : Oleh pemerintah dengan peran aktif masyarakat
- b. UKP : Oleh pemerintah, masyarakat dan dunia usaha

Penyelenggaraan UKM dan UKP :

- a. Menyeluruh, terpadu, berkelanjutan, bermutu, dan berjenjang
- b. Mengikuti prinsip profesional, ekonomis, sesuai moral dan etika bangsa
- c. Didasarkan atas perkembangan muktahir iptek kedokteran dan kesehatan

## 2) Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Subsistem pembiayaan kesehatan adalah tantangan yang menghimpun berbagai upaya penggalan, pengalokasian dan pembelajaan sumber daya keuangan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan setinggi-tingginya.

Tujuannya adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Bentuk pokok penggalan dana dan pengalokasian dana

### 3) Subsistem Sumber Daya Manusia dan Kesehatan

Subsistem Sumber Daya Manusia dan Kesehatan adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perencanaan, pendidikan dan pelatihan, serta pendayagunaan tenaga kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesmas yang setinggi-tingginya. Tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, baik yang memiliki pendidikan formal kesehatan maupun tidak yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan dalam melakukan upaya kesehatan dengan tujuan tersedianya tenaga kesehatan yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil, serta termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesmas yang setinggi-tingginya.

Tujuannya adalah tersedianya tenaga kerja yang bermutu secara mencukupi, terdistribusi secara adil, serta termanfaatkan secara berhasil guna dan berdaya guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Unsur Utama Perencanaan tenaga kesehatan adalah pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan

### 4) SubSistem Sumberdaya Obat, Perbekalan Kesehatan,

Adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya yang menjamin ketersediaan, pemerataan, serta mutu obat dan perbekalan kesehatan secara terpadu dan saling mendukung dalam rangka tercapainya derajat kesehatan yang setinggi – tingginya. Perbekalan kesehatan adalah semua bahan selain obat peralatan yang diperlukan untuk menyeleggarakan upaya kesehatan.

Tujuannya ialah tersedianya obat dan perbekalan kesehatan yang aman, bermutu dan bermanfaat, serta terjangkau oleh masyarakat untuk menjamin,



terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi tingginya.

Unsur – Unsur Utama

1. Jaminan ketersediaan obat dan perbekalan kesehatan
2. Jaminan pemerataan obat dan perbekalan kesehatan
3. Jaminan mutu obat dan perbekalan kesehatan ketiga unsur di atas saling bersinergi dan ditunjang dengan teknologi, tenaga pengelola serta penatalaksanaan.

#### 5) Sub Sistem Pemberdayaan Masyarakat

Adalah tatanan yang menghimpun berbagai upaya perorangan, kelompok, dan masyarakat umum dibidang kesehatan secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi setingginya. Sistem Kesehatan Nasional hanya akan berfungsi dengan baik dan optimal jika telah didukung oleh pemberdayaan masyarakat. Hal ini sangatlah penting agar masyarakat dapat, mampu dan mau untuk berperan serta dalam pembangunan kesehatan yang sedang diupayakan oleh pemerintah. Keberhasilan yang didapat oleh pembangunan kesehatan di Indonesia ini juga tidak terlepas dari adanya partisipasi yang aktif dari masyarakat.

Tujuannya adalah terselenggaranya upaya pelayanan, advokasi, dan pengawasan sosial oleh perorangan, kelompok, masyarakat dibidang kesehatan secara berhasil guna dan berdaya, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan.

#### 6) SubSistem Manajemen Kesehatan

Tatanan yang menghimpun berbagai upaya administrasi kesehatan yang ditopang oleh pengelolaan data dan informasi, pengembangan dan penerapan IPTEK, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi – tingginya. Selain beberapa hal

yang telah disebutkan sebelumnya, manajemen kesehatan juga memiliki peran yang sangat berpengaruh bagi terselenggaranya Sistem Kesehatan Nasional. Hal ini dikarenakan yang mengatur setiap proses dalam upaya pembangunan kesehatan ini adalah manajemen kesehatan. Namun keberhasilan dari manajemen kesehatan ini juga sangat ditentukan oleh ketersediaan data dan informasi kesehatan, dukungan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, dukungan hukum kesehatan serta administrasi kesehatan. Jika hal tersebut tidak terpenuhi, maka bisa jadi proses manajemen yang berjalan akan terhambat.

Tujuannya ialah terselenggaranya fungsi–fungsi administrasi kesehatan yang berhasil guna dan berdaya guna, didukung oleh sistem informasi, IPTEK dan hukum kesehatan, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya.

## **F. Kedudukan SKN**

### **1. Suprasistem SKN**

Suprasistem SKN adalah Sistem Penyelenggaraan Negara. SKN bersama dengan berbagai subsistem lain, diarahkan untuk mencapai tujuan Bangsa Indonesia seperti yang tercantum dalam Pembukaan UUD 1945, yaitu melindungi segenap Bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial

### **2. Kedudukan SKN terhadap Sistem Nasional lain**

Terwujudnya keadaan sehat dipengaruhi oleh berbagai faktor, yg tidak hanya menjadi tanggungjawab sektor kesehatan, melainkan juga tanggungjawab dari berbagai sektor lain terkait yg terwujud dalam berbagai bentuk sistem nasional. Dengan demikian, SKN harus berinteraksi

secara harmonis dengan berbagai sistem nasional tersebut, seperti :

- a. Sistem Pendidikan Nasional
- b. Sistem Perekonomian Nasional
- c. Sistem Ketahanan Pangan Nasional
- d. Sistem Hankamnas
- e. Sistem-sistem nasional lainnya

Dalam keterkaitan dan interaksinya, SKN harus dapat mendorong kebijakan dan upaya dari berbagai sistem nasional sehingga berwawasan kesehatan. Dalam arti sistem-sistem nasional tersebut berkontribusi positif terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan.

- a. Kedudukan SKN terhadap Penyelenggaraan Pembangunan Kesehatan di Daerah.  
SKN merupakan acuan bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan di daerah.
- b. Kedudukan SKN terhadap berbagai sistem kemasyarakatan termasuk swasta.  
Keberhasilan pembangunan kesehatan sangat ditentukan oleh dukungan sistem nilai dan budaya masyarakat yg secara bersama terhimpun dalam berbagai sistem kemasyarakatan. SKN merupakan bagian dari sistem kemasyarakatan yg dipergunakan sebagai acuan utama dalam mengembangkan perilaku dan lingkungan sehat serta berperan aktif masyarakat dalam berbagai upaya kesehatan.

## **Ringkasan**

1. Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah suatu tatanan yang mengimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjami tercapainya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti yang dimaksud dalam UUD 1945

## 2. Prinsip dasar SKN

- Perikemanusiaan
- Hak Asasi Manusia
- Pemberdayaan dan kemandirian masyarakat
- Kemitraan
- Pengutamaan dan manfaat
- Tata pemerintahan yang baik (good governance)

### Latihan Soal

- 1) Dibawah ini yang termasuk dalam asas atau dasar sistem Kesehatan nasional adalah
- a. Perikemanusiaan
  - b. Kesejahteraan umum
  - c. Perikeadilan
  - d. Periketuhanan

Jawab: A

2. Urutan kedudukan sistem Kesehatan nasional dalam sistem ketahanan nasional adalah
- a. SISDIKNAS-sistem lain-SKN-sistem ketahanan pangan nasional
  - b. SISDIKNAS-SKN-sistem ketahanan pangan nasional-sistem lain
  - c. Sistem lain-SISDIKNAS-sistem lain-sistem ketahanan pangan nasional-SKN
  - d. Sistem lain-SISDIKNAS-SKN-sistem ketahanan pangan nasional

Jawab: B

3. Dibawah ini yang termasuk dalam unsur-unsur pembinaan dan pengawasan upaya Kesehatan adalah....
- a. Standarisasi
  - b. Penegakkan hukum
  - c. Akreditasi
  - d. Falmasi-alkes

Jawab: A

4. Prinsip-prinsip sistem kesehatan nasional adalah
- a. Diskriminasi
  - b. Tidak terjangkau
  - c. Tidak adil dan merata
  - d. Bekerja dalam tim secara cepat dan tepat

Jawaban D

5. Upaya Kesehatan di selenggarakan secara
- a. Terpadu,berkesinambungan,dan paripurna melalui sistem rujukan
  - b. Adil,merata,cepat dan tepat
  - c. Peran serta masyarakat
  - d. Melalui tahap akreditasi

Jawaban A

## **Daftar Pustaka**

1. Peraturan Presiden RI Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional (Lembar Negara RI Tahun 2012 nomor 193)
2. Adisasmito, W. Sistem Kesehatan Nasional. Departemen Administrasi & Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

## **BAB VII**

### **SISTEM RUJUKAN KESEHATAN**

#### **Tujuan Instruksional Umum**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat mengetahui Sistem rujukan kesehatan

#### **Tujuan Instruksional Khusus**

Setelah mengikuti mata kuliah ini mahasiswa diharapkan dapat:

1. Mengetahui Pengertian rujukan
2. Mengetahui Tujuan rujukan
3. Mengetahui Jenis-jenis rujukan
4. Mengetahui tatacara pelaksanaan sistem rujukan

#### **A. Pengertian Rujukan**

Rujukan kesehatan adalah rujukan pelayanan yang umumnya berkaitan dengan upaya peningkatan promosi kesehatan (*promotif*) dan pencegahan (*preventif*). Seperti merujuk pasien dengan masalah gizi ke klinik konsultasi gizi (pojok gizi puskesmas), atau pasien dengan masalah kesehatan kerja ke klinik sanitasi puskesmas (Pos Unit Kesehatan Kerja). Di negara Indonesia sistem rujukan kesehatan telah dirumuskan dalam Permenkes No. 01 tahun 2012. Sistem rujukan pelayanan kesehatan merupakan penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab timbal balik baik vertikal maupun horisontal.

Sistem rujukan upaya keselamatan adalah suatu sistem jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggungjawab secara timbal balik atas masalah yang timbul, baik secara vertikal maupun horizontal ke fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, rasional dan tidak dibatasi oleh wilayah administrasi (Syaifrudin, 2009).

Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang

diselenggarakan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatan lainnya, maupun secara horisontal dalam arti antar sarana pelayanan kesehatan yang sama.

Sistem rujukan pelayanan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggungjawab pelayanan kesehatan secara timbal balik baik vertikal maupun horizontal yang wajib dilaksanakan oleh peserta jaminan kesehatan atau asuransi kesehatan sosial, dan seluruh fasilitas kesehatan. Pada 2014 telah diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.02.02/MENKES/390/2014 tentang Pedoman Penetapan Rumah Sakit Rujukan Nasional. Permenkes ini membahas adanya rumah sakit rujukan nasional, rujukan provinsi, dan rujukan regional. Strategi pelaksanaan rumah sakit rujukan pada 2017 dengan melakukan pemetaan rumah sakit rujukan nasional, provinsi, regional dengan penguatan sistem telematika. Pada 2019 terlihat bahwa pengembangan sistem rujukan masih membutuhkan penguatan. Berbagai hambatan terjadi termasuk ketidakjelasan hubungan dengan BPJS Kesehatan dalam hal pengaturan sistem rujukan, terjadinya perbedaan pendapat rujukan berjenjang ataukah rujukan berbasis kompetensi, demikian pula perhatian terhadap pengembangan sistem rujukan di daerah yang masih kurang kuat.

Pada tahun 2020 Kementerian Kesehatan RI mengeluarkan PMK No. 3/2020 yang mengatur Klasifikasi dan Perizinan Rumah sakit. PMK ini sekaligus membatalkan berlakunya PMK 30/2019. Keberadaan PMK 3/2020 tentunya mempengaruhi sistem rujukan. Apakah sistem rujukan akan masih berjenjang berbasis kelas? Ataukah berjenjang berbasis kompetensi? Bagaimana dengan sistem rujukan BPJS? Apakah akan sama? Apakah RS kelas A akan menjadi penuh sesak? Secara konseptual PMK No. 3/2020 memperkuat hasil studi FK-KMK UGM dalam



pemetaan penjenjangan rujukan berbasis kompetensi penanganan penyakit. Sistem rujukan berjenjang berbasis kompetensi ditetapkan berdasarkan kebutuhan medis suatu penyakit dan kompetensi fasilitas pelayanan kesehatan (RS), bukan jenjang kelas rumah sakit. Rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dapat langsung ke kelas A, apabila RS di kelas D,C, dan B tidak mempunyai kompetensi. Sistem ini membutuhkan kemampuan Dinas kesehatan Propinsi untuk menyusun peta kompetensi dan sistem rujukan yang akan dibangun. Setiap propinsi akan mempunyai peta yang berbeda-beda.

## **B. Tujuan Rujukan**

Tujuan rujukan adalah dihasilkannya pemerataan upaya kesehatan dalam rangka penyelesaian masalah kesehatan secara berdaya dan berhasil guna. Tujuan sistem rujukan adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelayanan kesehatan secara terpadu. Dengan memperkuat sistem rujukan merupakan salah satu cara dalam mempercepat penurunan angka kematian ibu, serta dengan adanya problem dan tantangan puskesmas dalam mendukung sistem rujukan maternal ke Rumah Sakit Umum Daerah dapat diatasi.

## **C. Jenis-Jenis Rujukan**

Menurut tata hubungannya, sistem rujukan terbagi dua, yaitu:

1. Rujukan internal adalah rujukan horizontal yang terjadi antar unit pelayanan di dalam institusi tersebut. Misalnya dari jejaring puskesmas (puskesmas pembantu) ke puskesmas induk
2. Tujukan eksternal adalah rujukan yang terjadi antar unit-unit dalam jenjang pelayanan kesehatan, baik horizontal (dari puskesmas rawat jalan ke puskesmas warat inap) maupun vertikal dari puskesmas ke rumah sakit umum daerah

Menurut lingkup pelayanannya, sistem rujukan terbagi dua, yaitu:

1. Rujukan Medik adalah rujukan pelayanan yang terutama meliputi upaya penyembuhan (uratif) dan pemulihan penyakit kronis (jantung koroner, hipertensi diabetes mellitus) ke rumah sakit umum daerah. Rujukan medik dapat diartikan sebagai pelimpahan tanggungjawab secara vertikal maupun horizontal kepada yang lebih berwenang dan mampu menangani secara rasional.

Jenis rujukan medik, antara lain:

- a. *Transfer of patient*. Konsultasi penderita untuk keperluan diagnostic, pengobatan, tindakan operatif dan lain-lain
- b. *Transfer of specimen*. Pengiriman bahan (specimen) untuk pemeriksaan laboratorium yang lebih lengkap
- c. *Transfer of knowledge/personal*. Pengiriman tenaga yang lebih kompeten atau ahli untuk meningkatkan mutu layanan setempat.

Sistem rujukan berjenjang online atau daring diterapkan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan mulai Oktober 2018. Sistem ini diharapkan memudahkan sekaligus memberi kepastian pada peserta dalam memperoleh layanan di fasilitas kesehatan. sistem rujukan daring dilakukan pengecualian bagi kasus thalesemia, hemofilia, kanker dan hemodialisa

### Ketentuan Rujukan Berjenjang

Pelayanan kesehatan perorangan terdiri dari 3 (tiga) tingkatan yaitu

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, merupakan pelayanan kesehatan dasar yang diberikan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama.
2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua, merupakan pelayanan kesehatan spesialisik yang dilakukan oleh dokter spesialis atau dokter gigis pesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan spesialisik

3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga, merupakan pelayanan kesehatan sub spesialisik yang dilakukan oleh dokter sub spesialis atau dokter gigi sub spesialis yang menggunakan pengetahuan dan teknologi kesehatan sub spesialisik

Dalam menjalankan pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan tingkat pertama dan tingkat lanjutan wajib melakukan sistem rujukan dengan mengacu pada peraturan perundang-undangan yang berlaku. Peserta yang ingin mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai dengan sistem rujukan dapat dimasukkan dalam kategori pelayanan yang tidak sesuai dengan prosedur sehingga tidak dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Fasilitas kesehatan yang tidak menerapkan sistem rujukan maka BPJS kesehatan akan melakukan *recredentialing* terhadap kinerja fasilitas kesehatan tersebut dan dapat berdampak pada kelanjutan kerjasama.

Pelayanan rujukan dapat dilakukan secara horizontal maupun vertikal.

- a. Rujukan horizontal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan dalam satu tingkatan apabila perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan atau ketenagaan yang sifatnya sementara atau menetap.
- b. Rujukan vertikal adalah rujukan yang dilakukan antar pelayanan kesehatan yang berbeda tingkatan, dapat dilakukan dari tingkat pelayanan yang lebih rendah ketingkat pelayanan yang lebih tinggi atau sebaliknya.

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih rendah ketingkatan pelayanan yang lebih tinggi dilakukan apabila:

- a. Pasien membutuhkan pelayanan kesehatan spesialisik atau subspeialisik.

- b. Perujuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan fasilitas, peralatan dan atau ketenagaan.

Rujukan vertikal dari tingkatan pelayanan yang lebih tinggi ketingkatan pelayanan yang lebih rendah dilakukan apabila :

- a. Permasalahan kesehatan pasien dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya;
- b. Kompetensi dan kewenangan pelayanan tingkat pertama atau kedua lebih baik dalam menangani pasien tersebut;
- c. Pasien membutuhkan pelayanan lanjutan yang dapat ditangani oleh tingkatan pelayanan kesehatan yang lebih rendah dan untuk alasan kemudahan, efisiensi dan pelayanan jangka panjang dan atau;
- d. Petunjuk tidak dapat memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien karena keterbatasan sarana, prasarana, peralatan dan atau ketenagaan.

Perlunya sistem rujukan berjenjang;

- a. Pelayanan berkelanjutan
- b. Meningkatkan efektifitas dan efisiensi sistem kesehatan
- c. Fasilitas kesehatan primer diberdayakan

Dampak rujukan tidak berjenjang;

- a. Penumpukan pasien di rumah sakit rujukan
- b. Penambahan poli dan tempat tidur tidak pernah cukup
- c. Waktu tunggu pasien lebih lama
- d. Biaya (transport dan *opportunity cost*) lebih tinggi
- e. Mutu layanan di rumah sakit rujukan menurun
- f. Pasien yang membutuhkan pelayanan menjadi terhambat
- g. Antrian rawat jalan yang lama
- h. Pasien ditolak di Rumah sakit rujukan karena tempat tidur penuh
- i. Transfer Knowledge ke layanan primer tidak terjadi
- j. Tidak meratanya fasilitas kesehatan

- k. Promotif, Preventif dan Rehabilitatif kurang berfungsi
- l. Kesalahan Poli tujuan karena pasien berkunjung ke Rumah Sakit tanpa dirujuk dokter di layanan primer
- m. Biaya pelayanan tidak terkendali
- n. Biaya pelayanan meningkat
- o. Biaya tidak dapat diprediksi

#### **D. Tatacara Pelaksanaan Sistem Rujukan**

- a. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis, yaitu:
  1. Dimulai dari pelayanan kesehatan tingkat pertama oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama
  2. Jika diperlukan pelayanan lanjutan oleh spesialis, maka pasien dapat dirujuk ke fasilitas kesehatan tingkat kedua
  3. Pelayanan kesehatan tingkat kedua di fasilitas kesehatan sekunder hanya dapat diberikan atas rujukan dari fasilitas kesehatan primer.
  4. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga di fasilitas kesehatan tersier hanya dapat diberikan atas rujukan dari fasilitas kesehatan sekunder dan fasilitas kesehatan primer.
- b. Pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan primer yang dapat dirujuk langsung ke fasilitas kesehatan tersier hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di fasilitas kesehatan tersier.
- c. Ketentuan pelayanan rujukan berjenjang dapat dikecualikan dalam kondisi:
  1. Terjadi keadaan gawat darurat Kondisi kegawat daruratan mengikuti ketentuan yang berlaku
  2. Bencana kriteria bencana ditetapkan oleh Pemerintah Pusat dan atau Pemerintah Daerah
  3. Kekhususan permasalahan kesehatan pasien, untuk kasus yang sudah ditegakkan rencana terapinya dan terapi tersebut hanya dapat dilakukan di fasilitas kesehatan lanjutan

4. Pertimbangan geografis, dan
  5. Pertimbangan ketersediaan fasilitas
- d. Pelayanan oleh bidan dan perawat
1. Dalam keadaan tertentu, bidan atau perawat dapat memberikan pelayanan kesehatan tingkat pertama sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
  2. Bidan dan perawat hanya dapat melakukan rujukan kedokter dan atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama kecuali dalam kondisi gawatdarurat dan kekhususan permasalahan kesehatan pasien, yaitu kondisi di luar kompetensi dokter dan atau dokter gigi pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama
  3. Rujukan Parsial
 

Rujukan parsial adalah pengiriman pasien atau specimen ke pemberi pelayanan kesehatan lain dalam rangka menegakkan diagnosis atau pemberian terapi, yang merupakan satu rangkaian perawatan pasien di fasilitas kesehatan tersebut

Rujukan parsial dapat berupa:

    - a. Pengiriman pasien untuk dilakukan pemeriksaan penunjang atau tindakan
    - b. Pengiriman spesimen menuntut pemeriksaan penunjang
    - c. Apabila pasien tersebut adalah pasien rujukan parsial, maka penjaminan pasien dilakukan oleh fasilitas kesehatan perujuk.

Penanganan peserta yang berada dalam kondisi gawat darurat, maka:

1. Peserta bisa langsung mendapat pelayanan dari fasilitas kesehatan I atau lanjutan, baik yang bekerja sama maupun yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.
2. Langsung mendapat penanganan dari fasilitas kesehatan tingkat lanjutan tanpa surat rujukan.
3. Peserta yang mendapat pelayanan di fasilitas kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan harus

segera dirujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan setelah tertangani dengan baik dengan kondisi pasien yang memungkinkan untuk dipindahkan.

4. Pengecekan validitas peserta ataupun diagnosis penyakit yang termasuk dalam kriteria gawat darurat dilakukan oleh Fasilitas kesehatan.
5. Fasilitas kesehatan dilarang menarik biaya pelayanan kesehatan dari peserta.

## Ringkasan

1. Rujukan adalah pelimpahan wewenang dan tanggungjawab atas kasus penyakit atau masalah kesehatan yang diselenggarakan secara timbal balik, baik secara vertikal dalam arti satu strata sarana pelayanan kesehatan ke strata sarana pelayanan kesehatanlainnya, maupun secara horisontal dalam arti antar sarana pelayanan kesehatan yang sama
2. Tatacara pelaksanaan rujukan
  - a. Sistem rujukan pelayanan kesehatan dilaksanakan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis,
  - b. Pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan primer yang dapat dirujuk langsung ke fasilitas kesehatan tersier hanya untuk kasus yang sudah ditegakkan diagnosis dan rencana terapinya, merupakan pelayanan berulang dan hanya tersedia di fasilitas kesehatan tersier.

## Latihan Soal

1. Salah satu pelayanan Kesehatan tingkat pertama (*primary healthy care*) adalah
  - a. Puskesmas
  - b. rumah sakit A
  - c. rumah sakit B

d. rumah sakit C

Jawaban A

2. Salah satu pelayanan kesehatan tingkat kedua adalah
  - a. Rumah sakit tipe A
  - b. Rumah sakit tipe B
  - c. Rumah sakit tipe C
  - d. Rumah sakit tipe D
  - e. Puskesmas

Jawab: C

3. Jika pemberian pelayanan Kesehatan yang menanganinya adalah bagian sup spesialis kepada pasien yang menderita penyakit kronis, maka pelayanan Kesehatan tersebut dilakukan pada pelayanan kesehatan..
  - a. Rumah sakit A
  - b. Rumah sakit E
  - c. Rumah sakit C
  - d. Puskesmas

Jawaban A

4. Pelayanan Kesehatan jenis ini di perlukan oleh kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan nginap, yang sudah tidak dapat di tangani oleh pelayanan Kesehatan primer. hal ini termaksud dalam pelayanan ....
  - a. Pelayanan Kesehatan tingkat pertama
  - b. Pelayanan Kesehatan tingkat kedua
  - c. Pelayanan Kesehatan tingkat ketiga
  - d. Pelayanan Kesehatan tingkat keempat

Jawaban B

5. Secara garis besar rujukan pemerintah terbagi 2, yakni
  - a. Rujukan medika dan rujukan rumah sakit
  - b. Rujukan Kesehatan masyarakat dan rujukan rumah sakit
  - c. Rujukan medika dan rujukan Kesehatan masyarakat
  - d. Rujukan rawat inap dan rujukan Kesehatan masyarakat

Jawab: C

## Daftar Pustaka



1. Syaifruddin, 2009. Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Kebidanan. Jakarta, Trans Info Media
2. Utin Siti Candra Sari, 2019. Rujukan Kehamilan Berisiko Di Rumah Sakit, Malang: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
3. Peraturan Presiden No 1 Tahun 2019 Tentang Sistem Rujukan.

## **KOMPETISI ATAU CAPAIAN PEMBELAJARAN LULUSAN DIII GIZI POLTEKKES KEMENKES BENGKULU**

Pada bulan Desember tahun 2014 dilakukan revisi kurikulum yang mengacu pada Perpres Nomor 8 Tahun 2012 tentang Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) dan Permendikbud RI Nomor 49 Tahun 2014 tentang Standar Nasional Pendidikan Tinggi. Kurikulum baru ini mempersyaratkan adanya kurikulum inti dan kurikulum institusional dan menetapkan pula capaian pembelajaran (Learning Outcome) bagi lulusan DIII Gizi.

Adapun capaian pembelajaran PS Diploma III Gizi adalah :

3. Sikap dan Tata Nilai
4. Kemampuan Kerja
5. Pengetahuan
6. Hak dan Tanggung Jawab

### **Kompetensi Utama Lulusan DIII Gizi berdasarkan Kurikulum Berbasis Kompetensi (KBK) :**

1. Asuhan Gizi Individu dan Kelompok, terdapat 5 kompetensi, yakni :
  - a. Melakukan skrining dan identifikasi klien/pasien yang akan dirujuk ke RD
  - b. Melakukan aktifitas spesifik proses asuhan gizi terstandar / PAGT (tersebut dibawah) yang ditanda tangani/disetujui oleh RD sesuai dengan area praktik dietetik untuk individual, kelompok dan populasi diberbagai variasi kerja

- c. Memodifikasi resep dan menu yang dapat diterima pada beragam budaya, kondisi kesehatan bervariasi populasi, kelompok dan individu
  - d. Melakukan aktivitas berdasarkan rencana pelayanan, protokol atau kebijakan
  - e. Membuat dokumentasi lengkap mengikuti pedoman profesional, pedoman yang digunakan dalam sistem pelayanan kesehatan dan pedoman yang digunakan ditempat kerja
2. Manajemen Program dan Pelayanan Pangan dan Gizi, terdapat 4 kompetensi :
- a. Berpartisipasi dalam aktivitas legislatif dan kebijakan public
  - b. Menunjukkan atribut sebagai profesional dalam bervariasi budaya-budaya organisasi
  - c. Mempromosikan upaya peningkatan kesehatan, keamanan pangan, kesehatan dan pencegahan penyakit untuk masyarakat umum
  - d. Melakukan fungsi-fungsi supervisi, pendidikan dan pelatihan
3. Manajemen Sistem Penyelenggaraan Makanan, terdapat 6 kompetensi :
- a. Berpartisipasi dalam aktivitas-aktivitas peningkatan mutu dan kepuasan konsumen dalam rangka perbaikan pelayanan gizi
  - b. Mengumpulkan data peningkatan kinerja, finansial, produktifitas atau data-data dampak dibandingkan dengan kriteria yang sudah ditetapkan
  - c. Membantu klinikal marketing dan pelayanan konsumen
  - d. Berpartisipasi dalam perencanaan pembangunan pelayanan gizi baru termasuk anggaran

- e. Menyiapkan dan mempresentasikan tentang makanan dan gizi pada target sasaran
- f. Melakukan fungsi-fungsi supervisi pada produksi dan pelayanan makanan sehingga memenuhi pedoman gizi seimbang, parameter anggaran dan kebutuhan kesehatan

**Kompetensi pendukung lulusan DIII Gizi adalah :**

1. Landasan ilmiah ilmu gizi, terdapat 1 kompetensi yaitu :
  - Mengakses data, sumber pustaka, bahan pendidikan untuk pasien, data konsumen dan informasi lainnya dari sumber yang kredibel.
2. Etika, Moral dan Profesionalisme Gizi, terdapat 5 kompetensi yaitu :
  - a. Peduli terhadap aturan perundang-undangan dari pemerintah setempat/pusat yang berlaku sepanjang dapat diterapkan dan sesuai dengan standar akreditasi dan ruang lingkup praktik dietetik, standar praktik professional, dan kode etik profesi gizi.
  - b. Berpartisipasi dalam organisasi profesi dan organisasi masyarakat. C
  - c. Merujuk kepada Dietisien Teregistrasi atau atau professional lain bila menjumpai situasi diluar area praktik/kompetensi TRD
  - d. Melakukan penilaian diri (self assessment) yang mempunyai tujuan jangka panjang dan jangka pendek dan menyiapkan portofolio untuk pengembangan profesionalisme yang disyaratkan.
  - e. Menjalinkan hubungan kolaborasi dengan tenaga professional bidang kesehatan lainnya dan mendukung individu untuk efektif memberikan pelayanan gizi.

3. Komunikasi Efektif, terdapat 4 kompetensi yaitu :
  1. Melakukan komunikasi secara jelas dan efektif baik secara oral maupun secara tertulis
  2. Memberikan pendidikan gizi dan gaya hidup pada populasi sehat
  3. Membuat materi edukasi baik tertulis maupun melalui media elektronik untuk pencegahan penyakit dan upaya peningkatan kesehatan pada masyarakat disesuaikan dengan latar belakang budaya, usia berdasarkan tingkat pendidikan sasaran.
  4. Menunjukkan partisipasi aktif, melakukan kerja kelompok, dan melakukan kontribusi pada kelompok.
4. Penelitian Gizi Terapan, terdapat 3 kompetensi yaitu :
  1. Mengevaluasi informasi konsumen berdasarkan fakta ilmiah yang relevan
  2. Menggunakan informasi dan teknologi terkini untuk mengembangkan, menyimpan, mengambil dan menyebarkan informasi dan data
  3. Mengusulkan dan menggunakan prosedur yang tepat di lingkungan kerja untuk mengurangi sisa bahan yang terbuang dan melindungi konsumen.

### **Kompetensi lainnya/pilihan lulusan**

Mampu melakukan pelayanan gizi dan kesehatan yang berorientasi pada pelayanan gizi untuk meningkatkan status gizi masyarakat dengan pengembangan produk pangan lokal sebagai intervensi gizi pada 1000 hari pertama kehidupan (remaja, ibu hamil, bayi dan balita).

## Capaian pembelajaran

1. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius
2. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika
3. Berperan sebagai warga negara yang bangga dan cinta tanah air serta mendukung perdamaian dunia
4. Berkontribusi dalam meningkatkan mutu kehidupan bermasyarakat, berbangsa bernegara, dan kemampuan peradaban berdasarkan Pancasila
5. Menghargai keanekaragaman budaya, pandangan, agama dan kepercayaan, serta pendapat atau temuan orisinal orang lain
6. Bekerjasama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan.
7. Bersikap demokratis, menjunjung tinggi nilai kemanusiaan, memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan dan berperan mencari solusi terhadap masalah sosial budaya dan lingkungan hidup secara arif
8. Taat hukum dan disiplin dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara.
9. Menginternalisasi nilai, norma dan etika akademik
10. Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan dibidang keahliannya secara mandiri
11. Menginternalisasi semangat kemandirian, kejuangan dan kewirausahaan
12. Mampu melakukan asuhan gizi dan dietetik untuk pemenuhan kebutuhan gizi individu dan kelompok pada kondisi non kompleks dengan menggunakan proses

asuhan gizi dan terminologi terstandar sesuai dengan yang ditugaskan.

- a. Menguasai prinsip-prinsip ilmu gizi dan penyakit terkait gizi, pangan, komunikasi, edukasi dan penyuluhan gizi, kesejahteraan sosial, dan humaniora, untuk dapat melaksanakan pelayanan gizi non komplikasi sesuai asuhan gizi terstandar (PAGT)/NCP
  - b. Mampu bekerja dalam tim dan berkomunikasi secara efektif serta mampu menyusun laporan asuhan gizi dan dietetik dengan menggunakan proses asuhan gizi dan terminologi terstandar sesuai dengan yang ditugaskan.
  - c. Bertanggung jawab atas hasil kerja sendiri dan kelompok dalam asuhan gizi serta memiliki sikap menghargai dan empati pada klien
13. Mampu melakukan kegiatan penyelenggaraan makanan pada institusi untuk menyediakan makanan yang sehat dan aman guna pemenuhan kebutuhan gizi dan dietetik pada klien secara mandiri sesuai prosedur tetap yang berlaku.
- a. Menguasai prinsip-prinsip ilmu gizi dan dietetik, pangan, komunikasi, penyuluhan gizi, higiene sanitasi, penyelenggaraan makanan banyak pada klien dan upaya wirausaha, humaniora, untuk dapat melaksanakan pelayanan gizi institusi sesuai asuhan gizi terstandar (PAGT)/NCP
  - b. Mampu bekerja dalam tim dan berkomunikasi secara efektif serta mampu menyusun laporan penyelenggaraan makanan pada institusi dengan menggunakan asuhan gizi terstandar (PAGT)/NCP sesuai dengan yang ditugaskan.

- c. Bertanggung jawab atas hasil kerja sendiri dan kelompok dalam asuhan gizi serta memiliki sikap menghargai dan empati pada klien
14. Mampu melaksanakan kegiatan program gizi secara promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif sesuai dengan prosedur dan mekanisme yang telah ditetapkan pada individu maupun kelompok.
- a. Menguasai prinsip-prinsip ilmu gizi dan penyakit terkait gizi masyarakat, surveilans gizi, pangan, komunikasi, kegiatan program gizi, pemasaran produk program gizi, sosiologi dan antropologi, dan humaniora untuk dapat melaksanakan pelayanan gizi bukan kompleks sesuai asuhan gizi terstandar.
  - b. Mampu bekerja dalam tim dan berkomunikasi inter dan intra personal secara efektif serta mampu menyusun laporan kegiatan program gizi masyarakat secara mandiri dengan menggunakan instrumen yang terstandar.
  - c. Bertanggung jawab atas hasil kerja sendiri dan kelompok dalam melaksanakan kegiatan program gizi masyarakat serta memiliki rasa empati pada klien.
15. Mampu membantu pelaksanaan penelitian gizi terapan dengan metode deskriptif dalam bentuk pengumpulan data, pengolahan, dan analisis data serta mampu menyusun laporan penelitian yang sistematis dan jujur.
- a. Menguasai konsep-konsep penelitian ilmiah terapan, gizi dan kesehatan, teknologi informatika, statistika, kaidah penulisan ilmiah, dan manajemen untuk dapat memberikan informasi tentang masalah yang diteliti.
  - b. Mampu bekerja dan berkomunikasi secara efektif dalam tim peneliti serta mampu menyusun laporan penelitian



- c. Bertanggung jawab atas pelaksanaan penelitian yang menjadi tugasnya
16. Menguasai prinsip-prinsip dasar kimia analitik sebagai dasar analisis kandungan gizi, zat anti gizi dan zat berbahaya pada pangan sebagai data pendukung dalam pelaksanaan penelitian dasar dan penelitian terapan di bidang gizi dan kesehatan
  17. Menguasai prinsip-prinsip dasar analisis kandungan zat gizi, zat anti gizi dan zat berbahaya baik secara kualitatif maupun kuantitatif sebagai data pendukung dalam pelaksanaan penelitian dasar dan penelitian terapan di bidang gizi dan kesehatan
  18. Mampu melakukan analisis kandungan zat gizi, zat anti gizi dan zat berbahaya baik secara kualitatif maupun kuantitatif sebagai data pendukung dalam pelaksanaan penelitian dasar dan penelitian terapan di bidang gizi dan kesehatan
  19. Menguasai prinsip-prinsip dasar tentang perlindungan dan pertahanan tubuh terhadap penyakit infeksi terutama peranan makanan dalam sistem imun sebagai pengetahuan dasar dalam melakukan asuhan gizi dan dietetic
  20. Menguasai prinsip-prinsip dasar administrasi dan manajemen sebagai dasar dalam melaksanakan kegiatan asuhan gizi klinik dan dietetic, kegiatan program gizi dan kegiatan penyelenggaraan makanan
  21. Menguasai prinsip-prinsip dasar komunikasi interpersonal dan komunikasi social
  22. Mampu bekerja dalam tim dan berkomunikasi secara efektif dalam melaksanakan kegiatan asuhan gizi klinik dan dietetic, kegiatan program gizi dan kegiatan penyelenggaraan makanan

23. Taat hukum dan disiplin dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara
24. Menguasai prinsip-prinsip dasar mikrobiologi dalam kaitannya dengan perubahan mutu pangan sebagai pengetahuan dasar dalam kegiatan penyelenggaraan makanan
25. Menguasai prinsip-prinsip pemberian makanan pendamping ASI pada balita sebagai salah satu strategi peningkatan status gizi balita dalam kegiatan program gizi
26. Mampu melakukan konseling MP-ASI sebagai bagian dalam kegiatan program gizi
27. Menguasai prinsip-prinsip kegiatan konseling menyusui sebagai salah satu strategi peningkatan status gizi balita dalam kegiatan program gizi.
28. Mampu melakukan konseling menyusui sebagai bagian dalam kegiatan program gizi.
29. Mengetahui isu-isu mutakhir terkait gizi masyarakat sebagai bahan/materi dasar dalam mengembangkan program gizi masyarakat
30. Menguasai konsep dasar masalah gizi buruk pada balita sebagai pengetahuan dasar dalam menangani masalah gizi buruk
31. Mampu melakukan tata laksana gizi buruk sebagai kegiatan intervensi dalam program gizi masyarakat.
32. Menguasai konsep dasar UPGK sebagai salah satu upaya preventif dalam kegiatan program gizi masyarakat
33. Mampu mendorong perubahan sikap dan perilaku yang mendukung perbaikan gizi anak balita dan keluarga
34. Menguasai prinsip dasar pengawasan mutu makanan dalam kegiatan penyelenggaraan makanan

35. Mampu mengumpulkan dan mengolah data secara deskriptif dan analitik pada penelitian dasar dan terapan di bidang gizi dan kesehatan
36. Menguasai prinsip dasar pengolahan data gizi masyarakat berbasis teknologi informasi
37. Menguasai aplikasi pengolahan data mutakhir dalam bidang gizi terkait dengan kebijakan gizi masyarakat

## RANCANGAN PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)

Mata Kuliah : Ilmu Kesehatan Masyarakat  
 Kode MK : GZ. 209  
 SKS : 2 SKS (2 SKS Teori)  
 Koordinator MK : Desri Suryani, SKM.M.Kes.  
 Kelas/Semester : IA/I

Minggu ke-	Jam Masuk	Jam Keluar	Materi teori	Nama dosen
I			1. Pengertian, prinsip, ruang lingkup IKM 2. latar belakang pentingnya IKM 3. tahapan perkembangan IKM	Desri Suryani, SKM.M.Kes
II			Program Indonesia Sehat 1. Paradigma sehat 2. Indonesia sehat 2025 3. Jaminan kesehatan nasional	Desri Suryani, SKM.M.Kes
III			Keracunan makanan 1. Konsep keracunan makanan 2. Penyebab keracunan makanan 3. Gejala keracunan makanan 4. Pengobatan keracunan makanan 5. Pencegahan keracunan makanan	Desri Suryani, SKM.M.Kes
IV			1. Pengertian KLB 2. Penyelidikan KLB 3. Upaya Penanggulangan KLB 4. Indikator Keberhasilan Penanggulangan KLB	Desri Suryani, SKM.M.Kes

V			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. pengertian Posyandu</li> <li>2. kegiatan Posyandu</li> <li>3. manfaat Posyandu</li> <li>4. Pesan Kader tentang PHBS dan Kelompok Sasaran Posyandu</li> </ol>	Desri Suryani, SKM.M.Kes
VI			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengertian SKN</li> <li>2. Manfaat dan kegunaan SKN</li> <li>3. Landasan Hukum SKN</li> <li>4. Prinsip SKN</li> <li>5. Subsistem SKN</li> <li>6. Kedudukan upaya kesehatan terhadap subsistem lain dalam SKN</li> </ol>	Desri Suryani, SKM.M.Kes
VII			<p>System Rujukan Kesehatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pengertian Rujukan</li> <li>2. Tujuan Sistem Rujukan</li> <li>3. Jenis sistem rujukan</li> <li>4. Tatacara Pelaksanaan Sistem Rujukan Berjenjang</li> <li>5. Hal yang perlu diperhatikan Dalam sistem rujukan berjenjang</li> </ol>	Desri Suryani, SKM.M.Kes