



BUKU AJAR **KEPERAWATAN** **KOMUNITAS II**



Ns. Andre Utama Saputra , S.Kep , M.Kep.
Ns. Atika Ulfa Putri , S.Kep , M.Kep.
Ns. Yulinda Ariyani, S.Kep., M.Kep.
Ns. Sari Indah Kesuma , S.Kep , M.Kep.

BUKU AJAR KEPERAWATAN KOMUNITAS II

Ns. Andre Utama Saputra , S.Kep , M.Kep

Ns. Atika Ulfa Putri , S.Kep , M.Kep

Ns Yulinda Ariyani , S.Kep , M.Kep

Ns. Sari Indah Kesuma , S.Kep , M.Kep



BUKU AJAR KEPERAWATAN KOMUNITAS II

Penulis:

Ns. Andre Utama Saputra , S.Kep , M.Kep
Ns. Atika Ulfa Putri , S.Kep , M.Kep
Ns Yulinda Ariyani , S.Kep , M.Kep
Ns. Sari Indah Kesuma , S.Kep , M.Kep

Editor:

Syifa Ismayanti

Layouter :

Tim Kreatif PRCI

Cover:

Rusli

Cetakan Pertama : Mei 2025

Hak Cipta 2025, pada Penulis. Diterbitkan pertama kali oleh:

**Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
ANGGOTA IKAPI JAWA BARAT**

Pondok Karisma Residence Jalan Raflesia VI D.151
Panglayungan, Cipedes Tasikmalaya – 085223186009

Website : www.rcipress.rcipublisher.org

E-mail : rumahcemerlangindonesia@gmail.com

Copyright © 2025 by Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
All Right Reserved

- Cet. I – : Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia, 2025
; 18 x 25 cm
ISBN

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang
Hak Cipta Pasal 72

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat serta karunia-Nya kepada kami sehingga kami berhasil menyelesaikan Buku dengan judul Buku Ajar Keperawatan Komunitas II sesuai yang ditargetkan.

Buku Ajar ini tentang terkait isu dan kecenderungan masalah kesehatan komunitas dalam konteks pelayanan kesehatan utama dengan penekanan dan peningkatan kesehatan pencegahan penyakit, dan pemeliharaan kesehatan, area- area khusus dalam keperawatan komunitas meliputi keperawatan kesehatan sekolah, kesehatan kerja, keperawatan di rumah (home care), jaminan mutu layanan keperawatan komunitas dan isu dalam keperawatan komunitas dengan penekanan pada peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan. Bentuk pengalaman belajar meliputi kuliah, diskusi, dan praktik lapangan, seminar digunakan untuk mensintesis konsep-konsep dari mata ajaran pokok. Buku Ajar ini diharapkan dapat memberikan informasi dan pengetahuan pada peserta didik dan sebagai bahan ajar

Evaluasi pada buku ini dilakukan untuk menilai pencapaian kompetensi peserta didik dari evaluasi proses mengajar, ujian tengah semester, dan ujian akhir semester. Saran dan masukan dari semua pihak yang terlibat pada Buku Ajar ini untuk mensempurnakan isi dari Buku Ajar ini sangat diharapkan. Sehingga harapannya Buku Ajar ini menjadi lebih baik lagi.

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
BAB IKONSEP PROMOSI KESEHATAN	1
BAB II SISTEM KESEHATAN NASIONAL	17
BAB III KONSEP PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT (PUSKESMAS)	29
BAB IV KONSEP PERAWATAN DI RUMAH	37
BAB V KONSEP KOMUNITAS	51
BAB VI KONSEP KEPERAWATAN KESEHATAN DI SEKOLAH ASUHAN KEPERAWATAN KESEHATAN SEKOLAH, PROGRAM USAHA KESEHATAN SEKOLAH	57
BAB VII ASKEP AGREGAT DALAM KOMUNITAS : KESEHATAN ANAK DAN REMAJA	78
BAB VIII ASUHAN KEPERAWATAN PADA AGREGAT DALAM KOMUNITAS KESEHATAN LANSIA	102
BAB IX ASUHAN KEPERAWATAN PADA AGREGAT DALAM KOMUNITAS: POPULASI RENTAN: PENYAKIT MENTAL, KECACATAN, POPULASI TERLANTAR, PENYAKIT INFEKSI DAN PENYAKIT KRONIK.	115
BAB X TERAPI KOMPLEMENTER DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS	126
BAB XI PENGKAJIAN KEPERAWATAN KOMUNITAS	132
BAB XII ANALISA DATA DAN PERUMUSAN DIAGNOSA KEPERAWATAN KOMUNITAS	152
BAB XIII MENYUSUN PERENCANAAN KEPERAWATAN KOMUNITAS	169
BAB XIV IMPLEMENTASI KEPERAWATAN KOMUNITAS	187
BAB XV EVALUASI FORMATIF DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS	207
DAFTAR PUSTAKA	230

BAB I

KONSEP PROMOSI KESEHATAN

Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Pemeliharaan kesehatan adalah upaya penanggulangan dan pencegahan gangguan kesehatan yang memerlukan pemeriksaan, pengobatan dan/atau perawatan termasuk kehamilan dan persalinan. Salah satu tujuan nasional adalah memajukan kesejahteraan bangsa, yang berarti memenuhi kebutuhan dasar manusia, yaitu pangan, sandang, pangan, pendidikan, kesehatan, lapangan kerja dan ketenteraman hidup.

Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk, jadi tanggung jawab untuk terwujudnya derajat kesehatan yang optimal berada di tangan seluruh masyarakat Indonesia, pemerintah dan swasta bersama-sama. Salah satu usaha pemerintah dalam menyadarkan masyarakat tentang hidup sehat dan pelaksanaannya bagaimana cara hidup sehat adalah dengan cara melakukan pendidikan kesehatan yang tidak hanya didapat dibangku sekolah tapi juga bisa dilakukan dengan cara penyuluhan oleh tim medis.

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Dalam konstitusi Organisasi Kesehatan Dunia tahun 1948 disepakati antara lain bahwa diperolehnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya adalah hak yang fundamental bagi setiap orang tanpa membedakan ras, agama, politik yang dianut dan tingkat sosial ekonominya. Program pembangunan kesehatan yang dilaksanakan telah berhasil meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara cukup bermakna, walaupun masih dijumpai berbagai masalah dan hambatan yang akan mempengaruhi pelaksanaan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu diperlukan adanya reformasi di bidang kesehatan untuk mengatasi ketimpangan hasil pembangunan kesehatan antar daerah dan antar golongan, derajat kesehatan yang masih tertinggal dibandingkan dengan negara-negara tetangga dan kurangnya kemandirian dalam pembangunan kesehatan.

Reformasi di bidang kesehatan perlu dilakukan mengingat lima fenomena yang berpengaruh terhadap pembangunan kesehatan. Pertama, perubahan pada dinamika kependudukan. Kedua, Temuan-temuan ilmu dan teknologi kedokteran. Ketiga, Tantangan global sebagai akibat dari kebijakan perdagangan bebas, revolusi informasi, telekomunikasi dan transportasi. Keempat, Perubahan lingkungan. Kelima, Demokratisasi. Perubahan pemahaman konsep akan sehat dan sakit serta semakin maju IPTEK dengan informasi tentang determinan penyebab penyakit telah menggugurkan paradigma pembangunan kesehatan

yang lama yang mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif.

Paradigma pembangunan kesehatan yang baru yaitu Paradigma Sehat merupakan upaya untuk lebih meningkatkan kesehatan masyarakat yang bersifat proaktif. Paradigma sehat sebagai model pembangunan kesehatan yang dalam jangka panjang diharapkan mampu mendorong masyarakat untuk mandiri dalam menjaga kesehatan melalui kesadaran yang lebih tinggi pada pentingnya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif.

Dalam Indonesia Sehat 2010, lingkungan yang diharapkan adalah yang kondusif bagi terwujudnya keadaan sehat yaitu lingkungan yang bebas dari polusi, tersedianya air bersih, sanitasi lingkungan yang memadai, pemukiman yang sehat, perencanaan kawasan yang berwawasan kesehatan serta terwujudnya kehidupan masyarakat yang saling tolong menolong. Perilaku masyarakat Indonesia Sehat 2010 yang diharapkan adalah yang bersifat proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah risiko terjadinya penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerakan kesehatan masyarakat.

Dalam Piagam Ottawa disebutkan bahwa promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan orang-orang untuk mengontrol dan meningkatkan kesehatan mereka (Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health, WHO, 1986). Jadi, tujuan akhir promosi kesehatan adalah kesadaran di dalam diri orang-orang tentang pentingnya kesehatan bagi mereka sehingga mereka sendirilah yang akan melakukan usaha-usaha untuk menyehatkan diri mereka. Untuk mencapai derajat kesehatan yang sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial, individu atau kelompok harus mampu mengenal serta mewujudkan aspirasi-aspirasinya untuk memenuhi kebutuhannya dan agar mampu mengubah atau mengatasi lingkungannya (lingkungan fisik, sosial budaya, dan sebagainya). Kesehatan adalah sebuah konsep positif yang menitikberatkan sumber daya pada pribadi dan masyarakat sebagaimana halnya pada kapasitas fisik. Untuk itu, promosi kesehatan tidak hanya merupakan tanggung jawab dari sektor kesehatan, akan tetapi jauh melampaui gaya hidup secara sehat untuk kesejahteraan (WHO, 1986).

Penyelenggaraan promosi kesehatan dilakukan dengan mengombinasikan berbagai strategi yang tidak hanya melibatkan sektor kesehatan belaka, melainkan lewat kerjasama dan koordinasi segenap unsur dalam masyarakat. Hal ini didasari pemikiran bahwa promosi kesehatan adalah suatu filosofi umum yang menitikberatkan pada gagasan bahwa kesehatan yang baik merupakan usaha individu sekaligus kolektif (Taylor, 2003).

A. Definisi Promosi Kesehatan

Promosi Kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan. (Lawrence Green, 1984)

Menurut Piagam Ottawa (1986), Promosi Kesehatan adalah suatu proses untuk memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.

Promosi Kesehatan adalah Proses membuat orang mampu meningkatkan kontrol terhadap, dan memperbaiki kesehatan mereka (WHO,1984)

Australian Health Foundation merumuskan batasan lain pada promosi kesehatan sebagai berikut :“ Health promotion is programs are design to bring about “change” within people, organization, communities, and their environment ”. Artinya bahwa promosi kesehatan adalah program-program kesehatan yang dirancang untuk membawa perubahan (perbaikan), baik di dalam masyarakat sendiri, maupun dalam organisasi dan lingkungannya.

Soekidjo Notoatmojo (2005), Pertama: promosi kesehatan dalam konsep Level and Clark (4 tingkat pencegahan penyakit) berarti peningkatan kesehatan. Kedua: upaya memasarkan, menyebarluaskan, memperkenalkan pesan-pesan kesehatan, atau upaya-upaya kesehatan sehingga masyarakat menerima pesan-pesan tersebut.

Promosi kesehatan merupakan proses pemberdayaan seseorang untuk meningkatkan control dan peningkatan kesehatannya. WHO menekankan bahwa promosi kesehatan merupakan suatu proses yang bertujuan memungkinkan individu meningkatkan kontrol terhadap kesehatan dan meningkatkan kesehatannya berbasis filosofi yang jelas mengenai pemberdayaan diri sendiri (Maulana,2009).

B. Tujuan Promosi Kesehatan

Green,1991 dalam Maulana,2009,tujuan promosi kesehatan terdiri dari tiga tingkatan yaitu:

1. Tujuan Program

Refleksi dari fase social dan epidemiologi berupa pernyataan tentang apa yang akan dicapai dalam periode tertentu yang berhubungan dengan status kesehatan. Tujuan program ini juga disebut tujuan jangka panjang, contohnya mortalitas akibat kecelakaan kerja pada pekerja menurun 50 % setelah promosi kesehatan berjalan lima tahun.

2. Tujuan Pendidikan

Pembelajaran yang harus dicapai agar tercapai perilaku yang diinginkan. Tujuan ini merupakan tujuan jangka menengah, contohnya : cakupan angka kunjungan ke klinik perusahaan meningkat 75% setelah promosi kesehatan berjalan tiga tahun.

3. Tujuan Perilaku

Gambaran perilaku yang akan dicapai dalam mengatasi masalah kesehatan. Tujuan ini bersifat jangka pendek, berhubungan dengan pengetahuan, sikap, tindakan, contohnya: pengetahuan pekerja tentang tanda-tanda bahaya di tempat kerja meningkat 60% setelah promosi kesehatan berjalan 6 bulan.

C. Visi Promosi Kesehatan

Visi adalah impian, cita – cita atau harapan yang ingin dicapai oleh suatu kegiatan atau program. Promosi kesehatan sebagai lembaga atau institusi atau suatu program yang seyogianya mempunyai visi dan misi yang jelas. Sebab dengan visi dan misi tersebut institusi atau program mempunyai arah dan tujuan yang akan dicapai. Oleh sebab itu, visi promosi kesehatan (khususnya Indonesia) tidak terlepas dari visi pembangunan kesehatan di Indonesia, seperti yang tercantum dalam Undang – Undang Kesehatan RI No. 36 Tahun 2009, yakni: “Meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya, sebagai investasi sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi”. Promosi kesehatan sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat di Indonesia harus mengambil bagian dalam mewujudkan visi pembangunan kesehatan di Indonesia tersebut. Sehingga promosi kesehatan dapat dirumuskan : “Masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya” (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

Adapun visi promosi kesehatan antara lain :

1. Mau (willigness) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
2. Mampu (ability) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
3. Memelihara kesehatan, berarti mau dan mampu mencegah penyakit, melindungi diri dari gangguan – gangguan kesehatan.
4. Meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya. Kesehatan perlu ditingkatkan karena derajat kesehatan baik individu, kelompok atau masyarakat itu bersifat dinamis tidak statis.

D. Misi promosi kesehatan

Untuk mewujudkan visi promosi kesehatan yakni masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya diperlukan upaya – upaya. Upaya – upaya untuk mewujudkan visi ini disebut misi promosi kesehatan yaitu apa yang harus dilakukan untuk mencapai visi (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

Menurut (Ottawa Charter, 1984) secara umum misi promosi kesehatan ini ada 3 hal antara lain :

1. Advokat (Advocate)

Kegiatan advokat ini dilakukan terhadap para pengambil keputusan dari berbagai tingkat dan sektor terkait dengan kesehatan. Tujuan kegiatan ini adalah meyakinkan para pejabat pembuat keputusan atau penentu kebijakan bahwa program kesehatan yang akan dijalankan tersebut penting. Oleh sebab itu, perlu dukungan kebijakan atau keputusan dari pejabat tersebut (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

2. Menjembatani (Mediate)

Promosi kesehatan juga mempunyai misi mediator atau menjembatani antara sektor kesehatan dengan sektor yang lain sebagai mitra. Dengan kata lain promosi kesehatan merupakan perekat kemitraan di bidang pelayanan kesehatan. Kemitraan adalah sangat penting sebab tanpa kemitraan niscaya sektor kesehatan tidak mampu menangani masalah–masalah kesehatan yang begitu kompleks dan luas (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

3. Memampukan (Enable)

Sesuai dengan visi promosi kesehatan mau dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatannya, promosi kesehatan mempunyai misi utama untuk memampukan masyarakat. Hal ini berarti baik secara langsung atau melalui tokoh – tokoh masyarakat, promosi kesehatan harus memberikan keterampilan – keterampilan kepada masyarakat agar mereka mandiri di bidang kesehatan. Telah kita sadari bersama bahwa kesehatan dipengaruhi banyak faktor luar kesehatan seperti pendidikan, ekonomi, sosial dan sebagainya. Oleh sebab itu, dalam rangka memberdayakan masyarakat di bidang kesehatan, maka keterampilan di bidang ekonomi (pertanian, peternakan, perkebunan), pendidikan dan sosial lainnya perlu dikembangkan melalui promosi kesehatan ini (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

E. Strategi promosi kesehatan

Untuk mewujudkan promosi kesehatan, diperlukan suatu strategi yang baik. Strategi adalah cara yang digunakan untuk mencapai apa yang diinginkan dalam promosi kesehatan sebagai penunjang program – program kesehatan yang lainnya seperti pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, status gizi masyarakat, pelayanan kesehatan dan lain sebagainya. Strategi ini diperlukan

dalam mewujudkan visi dan misi dari promosi kesehatan (Mubarak dan Nurul, 2009).

Berdasarkan rumusan WHO (1994), strategi promosi kesehatan secara global terdiri dari 3 hal yaitu :

1. Advokasi (Advocacy)

Advokasi yaitu kegiatan memberikan bantuan kepada masyarakat dengan membuat keputusan dan penentu kebijakan dalam bidang kesehatan maupun sektor lain di luar kesehatan yang mempunyai pengaruh terhadap masyarakat (Mubarak dan Nurul, 2009).

Advokasi adalah kegiatan untuk meyakinkan orang lain agar membantu atau mendukung terhadap apa yang diinginkan. Dalam konteks promosi kesehatan, advokasi adalah pendekatan kepada para pembuat keputusan atau penentu kebijakan di berbagai sektor dan tingkat sehingga para pejabat tersebut mau mendukung program kesehatan yang kita inginkan. Dukungan dari para pejabat pembuat keputusan dapat berupa kebijakan – kebijakan yang dikeluarkan dalam bentuk undang – undang, peraturan pemerintah, surat keputusan, surat instruksi dan sebagainya.

Kegiatan advokasi ini ada bermacam – macam bentuk, baik secara formal atau informal. Secara formal misalnya, penyajian atau presentasi dan seminar tentang isu atau usulan program yang ingin diharapkan dukungan dari pejabat terkait. Kegiatan advokasi secara informal, misalnya mengunjungi pejabat yang relevan dengan program yang diusulkan, untuk secara informal minta dukungan, baik dalam bentuk kebijakan, dana atau fasilitas lain. Dari uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa advokasi adalah para pejabat baik eksekutif dan legislatif diberbagai tingkat dan sektor yang terkait dengan masalah kesehatan (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

2. Dukungan Sosial (Social Support)

Promosi kesehatan akan mudah dilakukan jika mendapat dukungan dari berbagai elemen yang ada di masyarakat. Dukungan dari masyarakat antara lain berasal dari unsur informal (tokoh agama dan tokoh adat) yang mempunyai pengaruh di masyarakat serta unsur formal seperti petugas kesehatan dan pejabat pemerintah (Mubarak dan Nurul, 2009).

Tujuan utamanya agar para tokoh masyarakat sebagai jembatan antara sektor kesehatan sebagai pelaksana program kesehatan dengan masyarakat (penerima program) kesehatan. Dengan kegiatan mencari dukungan sosial melalui tokoh masyarakat pada dasarnya adalah mensosialisasikan program – program kesehatan agar masyarakat menerima dan mau berpartisipasi terhadap program tersebut. Oleh sebab itu, strategi ini juga dapat dikatakan sebagai upaya membina suasana yang kondusif terhadap kesehatan. Bentuk kegiatan dukungan sosial ini anatara lian : pelatihan – pelatihan tokoh masyarakat, seminar,

lokakarya, bimbingan kepada tokoh masyarakat dan sebagainya. Dengan demikian sasaran utama dukungan sosial atau bina suasana adalah para tokoh masyarakat di berbagai tingkat (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

3. Pemberdayaan Masyarakat (Empowerment)

Pemberdayaan adalah strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat secara langsung. Tujuan utama pemberdayaan adalah mewujudkan kemampuan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (visi promosi kesehatan). Bentuk kegiatan pemberdayaan ini dapat diwujudkan dengan berbagai kegiatan anatara lain : penyuluhan kesehatan, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat dalam bentuk misalnya koperasi, pelatihan – pelatihan untuk kemampuan peningkatan pendapatan keluarga (income generating skill). Dengan meningkatkan kemampuan ekonomi keluarga akan berdampak terhadap kemampuan dalam pemeliharaan kesehatan contohnya, terbentuknya dana sehat, terbentuknya pos obat desa, berdirinya polindes dan sebagainya. Kegiatan – kegiatan semacam ini di masyarakat sering disebut gerakan masyarakat untuk kesehatan. Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa sasaran pemberdayaan masyarakat adalah masyarakat itu sendiri (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

Konferensi internasional promosi kesehatan di Ottawa Canada pada tahun 1986 menghasilkan Piagam Ottawa (Ottawa Charter). Dalam Piagam Ottawa tersebut dirumuskan pula strategi baru promosi kesehatan yang mencakup 5 butir, yakni :

1. Kebijakan Berwawasan Kebijakan (Healthy Public Policy)

Adalah suatu strategi promosi kesehatan yang ditujukan kepada para penentu atau pembuat kebijakan agar mereka mengeluarkan kebijakan – kebijakan publik yang mendukung atau menguntungkan kesehatan. Dengan kata lain, agar kebijakan dalam bentuk peraturan, perundangan, surat – surat keputusan dan sebagainya, selalu berwawasan atau berorientasi kepada kesehatan publik. Misalnya, ada peraturan atau undang – undang yang mengatur adanya analisis dampak lingkungan untuk mendirikan pabrik, perusahaan rumah sakit dan sebagainya. Setiap kebijakan yang dikeluarkan oleh pejabat publik harus memperhatikan dampaknya terhadap lingkungan kesehatan masyarakat (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

2. Lingkungan yang Mendukung (Supporting Environment)

Hendaknya setiap aktivitas yang dilakukan oleh masyarakat harus memperhatikan dampak pada lingkungan sekitar agar mempermudah promosi kesehatan. Lingkungan yang dimaksud di sini bukan saja lingkungan fisik, tetapi lingkungan non – fisik yang kondusif terhadap kesehatan masyarakat (Mubarak dan Nurul, 2009).

Strategi ini ditujukan kepada para pengelola tempat umum termasuk pemerintah kota, agar mereka menyediakan sarana – prasarana atau fasilitas yang mendukung terciptanya perilaku sehat bagi masyarakat atau sekurang – kurangnya pengunjung tempat – tempat umum tersebut. Lingkungan yang mendukung bagi kesehatan tempat – tempat umum antara lain : tersedianya tempat sampah, buang air besar atau kecil, air bersih, ruangan bagi perokok dan non perokok serta lain sebagainya. Jadi, para pengelola tempat – tempat umum seperti pasar, terminal, stasiun kereta api, bandara, pelabuhan, mall harus menyediakan sarana – sarana untuk mendukung perilaku sehat bagi pengunjungnya. (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

3. Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Service)

Sudah menjadi pemahaman masyarakat pada umumnya, bahwa dalam pelayanan kesehatan itu ada provider dan customer. Penyelenggara (penyedia) pelayanan kesehatan adalah pemerintah, sedangkan swasta dan masyarakat adalah pemakai atau pengguna pelayanan kesehatan. Pemahaman semacam ini harus diubah dan dioreintasikan bahwa masyarakat bukan hanya sekedar pengguna atau penerima pelayanan kesehatan, tetapi sekaligus sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan baik pemerintah ataupun swasta harus melibatkan, bahkan memberdayakan masyarakat agar mereka juga dapat berperan bukan hanya sebagai penerima pelayanan kesehatan tetapi sekaligus sebagai penyelenggara kesehatan masyarakat. Dalam mereorientasikan pelayanan kesehatan ini peran promosi kesehatan sangatlah penting (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

4. Keterampilan Individu (Personnel Skill)

Diharapkan tiap – tiap individu yang berada di masyarakat mempunyai pengetahuan dan kemampuan yang baik dalam memelihara kesehatannya, mengenai penyebab penyakit, mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya dan mampu mencari pengobatan yang layak jika mereka atau anak – anak mereka sedang sakit (Mubarak dan Nurul, 2009).

Kesehatan masyarakat adalah kesehatan agregat yang terdiri dari individu, keluarga dan kelompok – kelompok. Jadi, kesehatan masyarakat akan terwujud apabila kesehatan individu, keluarga serta kelompok dapat terwujud. Strategi untuk mewujudkan keterampilan individu (personnel skill) dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan adalah sangat penting. Langkah awal dari peningkatan keterampilan dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka ini adalah memberikan pemahaman – pemahaman kepada anggota masyarakat tentang cara – cara memelihara kesehatan, mencegah penyakit, mengenal penyakit, mencari pengobatan ke fasilitas kesehatan profesional, meningkatkan kesehatan dan sebagainya. Metode dan teknik pemberian

pemahaman ini lebih bersifat individual daripada massa (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

5. Gerakan Masyarakat (Community Action)

Untuk mendukung perwujudan masyarakat yang mau, mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya seperti tersebut dalam visi promosi kesehatan ini, maka di dalam masyarakat itu sendiri harus ada gerakan atau kegiatan – kegiatan untuk kesehatan. Oleh sebab itu, promosi kesehatan harus mendorong serta memacu kegiatan – kegiatan di masyarakat dalam mewujudkan kesehatan mereka. Tanpa adanya kegiatan masyarakat di bidang kesehatan, niscaya terwujud perilaku yang kondusif untuk kesehatan atau masyarakat yang mau dan mampu memelihara serta meningkatkan kesehatan mereka (Soekidjo Notoatmodjo, 2010).

F. Sasaran promosi kesehatan

Berdasarkan pentahapan upaya promosi kesehatan, maka sasaran dibagi dalam tiga kelompok sasaran, yaitu :

1. Sasaran Primer (primary target)

Sasaran umumnya adalah masyarakat yang dapat dikelompokkan menjadi, kepala keluarga untuk masalah kesehatan umum, Ibu hamil dan menyusui anak untuk masalah KIA (Kesehatan Ibu dan Anak) serta anak sekolah untuk kesehatan remaja dan lain sebagainya. Sasaran promosi ini sejalan dengan strategi pemberdayaan masyarakat (empowerment).

2. Sasaran Sekunder (secondary target)

Sasaran sekunder dalam promosi kesehatan adalah tokoh-tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat, serta orang-orang yang memiliki kaitan serta berpengaruh penting dalam kegiatan promosi kesehatan, dengan harapan setelah diberikan promosi kesehatan maka masyarakat tersebut akan dapat kembali memberikan atau kembali menyampaikan promosi kesehatan pada lingkungan masyarakat sekitarnya. Tokoh masyarakat yang telah mendapatkan promosi kesehatan diharapkan pula agar dapat menjadi model dalam perilaku hidup sehat untuk masyarakat sekitarnya.

3. Sasaran Tersier (tertiary target)

Adapun yang menjadi sasaran tersier dalam promosi kesehatan adalah pembuat keputusan (decision maker) atau penentu kebijakan (policy maker). Hal ini dilakukan dengan suatu harapan agar kebijakan-kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan oleh kelompok tersebut akan memiliki efek/dampak serta pengaruh bagi sasaran sekunder maupun sasaran primer dan usaha ini sejalan dengan strategi advokasi (advocacy).

G. Prinsip-prinsip promosi kesehatan

Prinsip promosi kesehatan menurut WHO pada Ottawa Charter for health promotion (1986) mengemukakan ada tujuh prinsip pada promosi kesehatan, antara lain :

1. Empowerment (pemberdayaan) yaitu cara kerja untuk memungkinkan seseorang untuk mendapatkan kontrol lebih besar atas keputusan dan tindakan yang mempengaruhi kesehatan mereka.
2. Partisipative (partisipasi) yaitu dimana seseorang mengambil bagian aktif dalam pengambilan keputusan.
3. Holistic (menyeluruh) yaitu memperhitungkan hal-hal yang mempengaruhi kesehatan dan interaksi dari dimensi-dimensi tersebut.
4. Equitable (kesetaraan) yaitu memastikan kesamaan atau kesetaraan hasil yang di dapat oleh klien.
5. Intersectoral (antar sektor) yaitu bekerja dalam kemitraan dengan instansi terkait lainnya atau organisasi.
6. Sustainable (berkelanjutan) yaitu memastikan bahwa hasil dari kegiatan promosi kesehatan yang berkelanjutan dalam jangka panjang.
7. Multi Strategy yaitu bekerja pada sejumlah strategi daerah seperti program kebijakan.

Sedangkan menurut Michael,dkk,2009 Prinsip-prinsip promosi kesehatan antara lain sebagai berikut:

1. Manajemen puncak harus mendukung secara nyata serta antusias program intervensi dan turut terlibat dalam program tersebut.
2. Pihak pekerja pada semua tingkat ini pengorganisasian harus terlibat dalam perencanaan dan implementasi intervensi.
3. Fokus intervensi harus berdasarkan pada factor risiko yang dapat didefinisikan serta dimodifikasi dan merupakan prioritas bagi pekerja.
4. Intervensi harus disusun sesuai dengan karakteristik dan kebutuhan pekerja.
5. Sumber daya setempat harus dimanfaatkan dalam mengorganisasikan dan mengimplementasikan intervensi.
6. Evaluasi harus dilakukan juga.
7. Organisasi harus menggunakan inisiatif kebijakan berbasis populasi maupun intervensi promosi kesehatan yang intensif dengan berorientasi pada perorangan dan kelompok.
8. Intervensi harus bersifat kontinue serta didasarkan pada prinsip-prinsip pemberdayaan dan atau model yang berorientasi pada masyarakat dengan menggunakan lebih dari satu metode.

H. Program/ Jenis-Jenis Kegiatan Promosi Kesehatan.

Ditujukan kepada populasi tertentu dengan setting khusus, melibatkan partisipasi masyarakat sejak perencanaan (termasuk need assessment), hingga implementasi dan evaluasi, bertujuan mengubah individu, lingkungan fisik dan sosial, masyarakat dan kebijakan, mengkaitkan perhatian tentang kesehatan dengan isu kehidupan yang lebih luas (kesejahteraan), memberdayakan sumber daya yang ada.

Ewlest & simnet (1994) dalam Heri.D.J. Maulana (2009) hal. 26, mengidentifikasi tujuan area kegiatan promosi kesehatan yaitu:

1. Program Pendidikan Kesehatan

Program pendidikan kesehatan adalah kesempatan yang direncanakan untuk belajar tentang kesehatan, dan melakukan perubahan-perubahan secara sukarela dalam tingkah laku.

2. Pelayanan Kesehatan Preventif

Winslow (1920) dalam Level & Clark (1958) dalam Heri.D.J. Maulana (2009) hal. 27, mengungkapkan 3 tahap pencegahan yang dikenal dengan teori five levels of prevention, yaitu:

a. Pencegahan Primer

Dilakukan saat individu belum menderita sakit, meliputi:

- 1) Promosi Kesehatan (health promotion)
- 2) Kegiatan pada tahap ini ditujukan untuk meningkatkan daya tahan tubuh terhadap masalah kesehatan.
- 3) Perlindungan Khusus (specific protection)
Berupa upaya spesifik untuk mencegah terjadinya penularan penyakit tertentu, misalnya melakukan imunisasi, dan peningkatan keterampilan remaja untuk mencegah ajakan menggunakan narkoba, dan penanggulangan stress.

b. Pencegahan Sekunder

- 1) Diagnosis dini dan pengobatan segera.
- 2) Pembatasan kecacatan

c. Pencegahan Tersier

Pada tahap ini upaya yang dilakukan adalah mencegah agar cacat yang diderita tidak menjadi hambatan sehingga individu yang menderita dapat berfungsi optimal secara fisik, mental, dan sosial.

3. Kegiatan Berbasis Masyarakat

Promosi kesehatan menggunakan pendekatan “dari bawah”, bekerja dengan dan untuk penduduk, dengan melibatkan masyarakat dalam kesadaran kesehatan.

4. Pengembangan Organisasi
Pengembangan organisasi berhubungan dengan pengembangan dan pelaksanaan kebijakan dalam organisasi-organisasi yang berupayameningkatkan kesehatan para staf dan pelanggan.
5. Kebijakan Publik Yang Sehat
Upaya ini melibatkan badan resmi atau sukarela, kelompok profesional, dan masyarakat umum yang bekerja sama mengembangkan perubahan-perubahan dalam situasi dan kondisi kehidupan.
6. Tindakan Kesehatan Berwawasan Lingkungan
Upaya yang dilakukan adalah menjadikan lingkungan fisik penunjang kesehatan, baik di rumah, tempat kerja, atau tempat-tempat umum.
7. Kegiatan ekonomi yang bersifat peraturan
Kegiatan politik dan edukasional ini ditunjukan pada politisi untuk kebijaksanaan dan perencana yang melibatkan upaya lobi dan implementasi perubahan perubahan legestatif. seperti peraturan pemberian label makanan halal mendorong pratik etik yang sukarela.

Jenis kesehatan promosi kesehatan meliputi:

1. Pemberdayaan masyarakat
2. Pengembangan kemitraan
3. Upaya advokasi
4. Pembinaan suasana
5. Pengembangan SDM
6. Pengembangan IPTEK
7. Pengembangan media dan sarana
8. Pengembangan infrastruktur

I. Primary Health Care (PHC)

1. Definisi PHC

Pemahaman tentang PHC dapat didefinisikan sebagai berikut, *Primary Health Care (PHC)* adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan pada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum, baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri dan menentukan nasib sendiri.

2. Tujuan PHC

Apa yang menjadi tujuan umum PHC? Tujuan umum PHC adalah mendapatkan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan, sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan, sedangkan yang menjadi tujuan khusus adalah berikut ini.

- Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani.
- Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani.
- Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dari populasi yang dilayani.
- Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumber-sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

3. Fungsi PHC

PHC hendaknya harus memenuhi fungsinya sebagai berikut.

- Pemeliharaan kesehatan.
- Pencegahan penyakit.
- Diagnosa dan pengobatan.
- Pelayanan tindak lanjut.
- Pemberian sertifikat.

Selanjutnya yang menjadi unsur utama PHC adalah: mencakup upaya-upaya dasar kesehatan; melibatkan peran serta masyarakat; melibatkan kerja sama lintas sektoral.

4. Prinsip Dasar PHC

Pada tahun 1978, dalam konferensi Alma Alta ditetapkan prinsip-prinsip PHC sebagai pendekatan atau strategi global guna mencapai kesehatan bagi semua. Lima prinsip PHC sebagai berikut.

a. Pemerataan upaya kesehatan

Distribusi perawatan kesehatan menurut prinsip ini, yaitu perawatan primer dan layanan lainnya untuk memenuhi masalah kesehatan utama dalam masyarakat yang harus diberikan sama bagi semua individu tanpa memandang jenis kelamin, usia, kasta, warna, lokasi perkotaan atau pedesaan, dan kelas sosial.

b. Penekanan pada upaya preventif

Upaya preventif adalah upaya kesehatan yang meliputi segala usaha, pekerjaan dan kegiatan memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dengan peran serta individu agar berperilaku sehat serta mencegah berjangkitnya penyakit.

c. Penggunaan teknologi tepat guna dalam upaya kesehatan

Teknologi medis harus disediakan yang dapat diakses, terjangkau, layak, dan diterima budaya masyarakat (misalnya, penggunaan kulkas untuk vaksin *cold storage*).

d. Peran serta masyarakat dalam semangat kemandirian

Peran serta atau partisipasi masyarakat untuk membuat penggunaan maksimal dari lokal, nasional, dan sumber daya yang tersedia lainnya. Partisipasi masyarakat adalah proses individu dan keluarga untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan orang-orang di sekitar mereka serta mengembangkan kapasitas untuk berkontribusi dalam pembangunan masyarakat.

Partisipasi bisa dalam bidang identifikasi kebutuhan atau selama pelaksanaan. Masyarakat perlu berpartisipasi di desa, lingkungan, kabupaten atau tingkat pemerintah daerah. Partisipasi lebih mudah dilakukan di tingkat lingkungan atau desa karena masalah heterogenitas yang minim.

e. Kerja sama lintas sektoral dalam membangun kesehatan

Pengakuan bahwa kesehatan tidak dapat diperbaiki oleh suatu intervensi hanya pada sektor kesehatan formal. Sektor lain sama pentingnya dalam mempromosikan kesehatan dan kemandirian masyarakat. Sektor-sektor ini mencakup, sekurang-kurangnya: pertanian (misalnya, keamanan makanan), pendidikan, komunikasi (misalnya, menyangkut masalah kesehatan yang berlaku, metode pencegahan dan pengontrolan mereka), perumahan, pekerjaan umum (misalnya, menjamin pasokan yang cukup dari air bersih dan sanitasi dasar), pembangunan perdesaan, industri, dan organisasi masyarakat (termasuk Panchayats atau pemerintah daerah, organisasi-organisasi sukarela, dan sebagainya).

5. Elemen PHC

Elemen PHC adalah sebagai berikut.

- Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya.
- Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar.
- Kesehatan ibu dan anak termasuk KB.
- Imunisasi terhadap penyakit- penyakit infeksi utama. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa.
- Penyediaan obat-obat essential.

6. Ciri-Ciri Pelaksanaan PHC

Pelaksanaan PHC memiliki ciri-ciri sebagai berikut.

- Pelayanan yang utama dan dekat dengan masyarakat.
- Pelayanan yang menyeluruh.
- Pelayanan yang terorganisasi.

- Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu maupun masyarakat. Pelayanan yang berkeseninambungan.
- Pelayanan yang progresif.
- Pelayanan yang berorientasi pada keluarga.
- Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah satu aspek saja.

7. Tanggung Jawab Perawat Dalam PHC

Sebagai seorang perawat memiliki tanggung jawab dalam PHC meliputi hal-hal sebagai berikut.

- Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan.
- Kerja sama dengan masyarakat, keluarga dan individu.
- Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan diri sendiri pada masyarakat.
- Memberikan dukungan dan bimbingan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat.
- Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat.

Latihan

1. Tuliskan contoh-contoh yang terkait dengan fungsi PHC yang dilakukan oleh perawat! Tuliskan contoh-contoh yang terkait dengan penerapan prinsip PHC!
2. Tuliskan contoh-contoh yang terkait dengan penerapan dari elemen PHC! Tuliskan contoh-contoh kegiatan yang merupakan ciri-ciri kegiatan PHC!
3. Tuliskan contoh-contoh yang merupakan bentuk tanggung jawab perawat dalam PHC!

Ringkasan

PHC (Primary Health Care) dan bentuk operasional dari PHC tersebut di Indonesia adalah PKMD (Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa). *PHC* adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan pada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum, baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri dan menentukan nasib sendiri. Tanggung jawab perawat dalam PHC adalah mendorong partisipasi masyarakat, kerja sama dengan masyarakat dan mengajarkan konsep kesehatan dasar.

Tes 1

1. Konferensi di Alma Ata menetapkan *Primary Health Care* (PHC) sebagai pendekatan atau strategi global untuk mencapai kesehatan bagi semua. Bentuk operasional dari PHC di Indonesia adalah....

A. Posyandu
B. MMD
C. PKMD
D. Poskesdes

Jawaban : PKMD

2. Prinsip dasar dalam pelaksanaan PHC adalah....

A. pemerataan tenaga kesehatan
B. penekanan pada upaya kuratif
C. menggunakan teknologi tepat guna
D. melibatkan peran serta pemerintah

Jawaban : pemerataan tenaga kesehatan

3. Tanggung jawab perawat dalam implementasi PHC adalah....

A. mendorong partisipasi masyarakat
B. melibatkan pemerintah daerah dalam kegiatannya
C. mendorong keterlibatan LSM
D. melibatkan investor swasta

Jawaban : mendorong partisipasi masyarakat

4. Yang tidak termasuk dalam fungsi PHC adalah....

A. pemeliharaan kesehatan
B. pencegahan penyakit
C. pemulihan terhadap penyakit
D. pelayanan tindak lanjut

Jawaban : Pemeliharaan Kesehatan

5. Berikut ini yang termasuk dalam elemen PHC adalah pelayanan yang....

A. utama dan dekat dengan masyarakat
B. menyeluruh
C. terorganisasi
D. meningkatkan penyediaan makanan dan perbaikan gizi

BAB II

SISTEM KESEHATAN NASIONAL

A. Pengertian SKN

Adapun yang dimaksud SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pengelolaan kesehatan adalah proses atau cara mencapai tujuan pembangunan kesehatan melalui pengelolaan upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, makanan, manajemen, informasi dan regulasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat.

B. Tujuan Dan Kegunaan SKN

1. Tujuan SKN

SKN bertujuan untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan oleh semua komponen bangsa, baik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, maupun lembaga swasta secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2. Kegunaan SKN

SKN merupakan dokumen kebijakan pengelolaan kesehatan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, dengan demikian SKN dapat digunakan sebagai pedoman dalam pengelolaan kesehatan, baik oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, maupun lembaga swasta.

C. Cara Penyelenggaraan SKN

Penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Adanya sumber daya dalam penyelenggaraan upaya kesehatan ditujukan untuk keberhasilan penyelenggaraan upaya kesehatan. Sumber daya dalam penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi terutama tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, perbekalan kesehatan, teknologi dan produk teknologi.

Pengelolaan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilakukan dengan memperhatikan nilai-nilai prorakyat, inklusif, responsif, efektif, dan bersih. Penyelenggaraan SKN dilaksanakan secara berjenjang dari tingkat pusat sampai daerah. Pemerintah membuat kebijakan yang dapat dilaksanakan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Penyelenggaraan SKN mempertimbangkan

komitmen global dan komponennya yang relevan dan berpengaruh secara mendasar dan bermakna terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

D. Subsistem Upaya Kesehatan

Subsistem upaya kesehatan adalah pengelolaan upaya kesehatan yang terpadu, berkesinambungan, paripurna, dan berkualitas, meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang adil, merata, terjangkau, dan bermutu untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

1. Unsur sub sistem upaya kesehatan

Unsur-unsur subsistem upaya kesehatan terdiri atas, *upaya kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, sumber daya upaya kesehatan, serta pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan*. Adapun rincian penjelasan unsur-unsur subsistem upaya kesehatan adalah berikut ini.

a. Upaya Kesehatan

Pelayanan kesehatan meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, baik pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer melalui pendidikan dan pelatihan dengan selalu mengutamakan keamanan, kualitas, dan bermanfaat. Pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer dilaksanakan secara sinergi dan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan yang diarahkan guna mengembangkan lingkup keilmuan (*body of knowledge*) supaya sejajar dengan pelayanan kesehatan.

Upaya kesehatan diutamakan pada berbagai upaya yang mempunyai daya ungkit tinggi dalam pencapaian sasaran pembangunan kesehatan, utamanya penduduk rentan, antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin.

b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan meliputi fasilitas pelayanan kesehatan perorangan dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat, yang diselenggarakan oleh Pemerintah (termasuk TNI/POLRI), pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota, dan/atau masyarakat yang sifatnya sesuai dengan kondisi geografis dan kebutuhan masyarakat.

Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, baik peningkatan, pencegahan, pengobatan, maupun pemulihan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat, termasuk swasta. Fasilitas pelayanan kesehatan tersebut meliputi pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer), pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder) dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier). Ketentuan persyaratan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut ditetapkan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

c. Sumber Daya Upaya Kesehatan

Sumber daya upaya kesehatan terdiri atas sumber daya manusia kesehatan, fasilitas kesehatan, pembiayaan, sarana dan prasarana, termasuk, sediaan farmasi dan alat kesehatan, serta manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan yang memadai guna terselenggaranya upaya kesehatan.

Fasilitas kesehatan menyelenggarakan keseluruhan upaya kesehatan yang terdiri atas penyelenggaraan upaya kesehatan tidak langsung yang mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan langsung.

d. Pembinaan dan Pengawasan Upaya Kesehatan

Pelayanan kesehatan harus diberikan berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah, organisasi profesi, dan/atau masyarakat.

Pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan dilakukan secara berjenjang melalui standarisasi, sertifikasi, lisensi, akreditasi, dan penegakan hukum yang dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat.

2. Prinsip subsistem upaya kesehatan

Prinsip-prinsip subsistem upaya kesehatan terdiri atas, terpadu, berkesinambungan, dan paripurna, bermutu, aman, dan sesuai kebutuhan, adil dan merata, nondiskriminasi, terjangkau, teknologi tepat guna, serta bekerja dalam tim secara cepat dan tepat. Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut.

a. *Terpadu, Berkesinambungan, dan Paripurna*

Upaya kesehatan bagi masyarakat diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan hingga pemulihan, serta rujukan antartingkatan upaya.

b. *Bermutu, Aman, dan Sesuai Kebutuhan*

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat harus berkualitas, terjamin keamanannya bagi penerima dan pemberi upaya, dapat diterima masyarakat, efektif dan sesuai, serta mampu menghadapi tantangan global dan regional.

c. *Adil dan Merata*

Pemerintah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) dan di luar negeri dalam kondisi tertentu.

d. *Nondiskriminasi*

Setiap penduduk harus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis, bukan status sosial ekonomi dan tidak membedakan suku atau ras, budaya dan agama, dengan tetap memperhatikan kesetaraan dan pengarusutamaan gender serta perlindungan anak.

e. *Terjangkau*

Ketersediaan dan pembiayaan pelayanan kesehatan yang bermutu harus terjangkau oleh seluruh masyarakat.

f. *Teknologi Tepat Guna*

Upaya kesehatan menggunakan teknologi tepat guna yang berbasis bukti. Teknologi tepat guna berasas pada kesesuaian kebutuhan dan tidak bertentangan dengan etika dan norma agama.

g. *Bekerja dalam Tim secara Cepat dan Tepat*

Upaya kesehatan dilakukan secara kerja sama tim, melibatkan semua pihak yang kompeten, dilakukan secara cepat dengan ketepatan atau presisi yang tinggi.

3. Penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan

Penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan terdiri atas upaya kesehatan serta pembinaan dan pengawasan.

a. Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan mencakup kesehatan fisik, mental, termasuk intelegensia dan sosial. Terdapat tiga tingkatan upaya, yaitu upaya kesehatan tingkat pertama/primer, upaya kesehatan tingkat kedua/sekunder, dan upaya kesehatan tingkat ketiga/tersier. Upaya kesehatan diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna melalui sistem rujukan.

1) Upaya kesehatan primer

Upaya kesehatan primer terdiri atas dua bentuk upaya sebagai berikut.

a) Pelayanan kesehatan perorangan primer

Pelayanan kesehatan perorangan primer adalah pelayanan kesehatan sejak kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan. Penekanannya pada pemberian layanan pengobatan, pemulihan tanpa mengabaikan upaya peningkatan dan pencegahan, termasuk di dalamnya pelayanan kebugaran dan gaya hidup sehat (healthy life style).

Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan oleh tenaga kesehatan berkompetensi seperti yang ditetapkan, sesuai dengan ketentuan yang berlaku serta dapat dilaksanakan di rumah, tempat kerja, maupun fasilitas pelayanan kesehatan perorangan primer, baik Puskesmas dan jejaringnya, fasilitas pelayanan kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta.

Dilaksanakan dengan dukungan pelayanan kesehatan perorangan sekunder dalam sistem rujukan yang timbal balik. Penyelenggaraannya berdasarkan kebijakan pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh Pemerintah dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah, organisasi profesi, dan/atau masyarakat.

Selain itu, dapat diselenggarakan sebagai pelayanan yang bergerak (ambulatory), menetap, atau dapat dikaitkan dengan tempat kerja, seperti klinik perusahaan atau dapat disesuaikan dengan lingkungan atau kondisi tertentu (kesehatan matra, seperti: kesehatan haji, kesehatan pada penanggulangan bencana, kesehatan transmigrasi, kesehatan di bumi perkemahan, kesehatan dalam penanggulangan gangguan keamanan dan ketertiban masyarakat, kesehatan dalam operasi dan latihan militer di darat, kesehatan kelautan dan bawah air, kesehatan kedirgantaraan atau penerbangan, dan kesehatan dalam situasi khusus dan/atau serba berubah).

Pemerintah wajib menyediakan pelayanan kesehatan perorangan primer di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) sesuai kebutuhan, terutama bagi masyarakat miskin, daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan primer untuk penduduk miskin dibiayai oleh Pemerintah, sedangkan golongan ekonomi lainnya dibiayai dalam sistem pembiayaan yang diatur oleh Pemerintah.

b) Pelayanan kesehatan masyarakat primer (PKMP)

Pelayanan kesehatan masyarakat primer adalah pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang pelaksanaan operasionalnya dapat didelegasikan kepada Puskesmas, dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan primer lainnya yang diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat.

Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat primer ditanggung oleh Pemerintah/Pemerintah Daerah bersama masyarakat, termasuk swasta. Pemerintah/Pemerintah Daerah wajib melaksanakan dan membiayai pelayanan kesehatan masyarakat primer yang berhubungan dengan prioritas pembangunan kesehatan melalui kegiatan perbaikan lingkungan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan kematian, serta paliatif.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat primer didukung kegiatan lainnya, seperti surveilans, pencatatan, dan pelaporan yang diselenggarakan oleh institusi kesehatan yang berwenang. Pemerintah/Pemerintah Daerah dapat membentuk fasilitas pelayanan kesehatan yang secara khusus ditugaskan untuk melaksanakan upaya kesehatan masyarakat sesuai keperluan. Pembentukan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer mendukung upaya kesehatan berbasis masyarakat dan didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat sekunder. Dalam pelayanan kesehatan perorangan termasuk pula pelayanan kesehatan berbasis masyarakat dalam bentuk seperti Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) dan pengobatan tradisional, alternatif dan komplementer yang secara ilmiah telah terbukti terjamin keamanan dan khasiatnya.

2) Upaya Kesehatan Sekunder

Upaya kesehatan sekunder adalah upaya kesehatan rujukan lanjutan, yang terdiri atas pelayanan kesehatan perorangan sekunder dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder.

a) Pelayanan Kesehatan Perorangan Sekunder (PKPS)

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder adalah pelayanan kesehatan spesialis yang menerima rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan primer, yang meliputi rujukan kasus, spesimen, dan ilmu pengetahuan serta dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang dirujuk.

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan oleh dokter spesialis atau dokter yang sudah mendapatkan pendidikan khusus dan mempunyai izin praktik serta didukung tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan, di tempat kerja maupun fasilitas pelayanan kesehatan perorangan sekunder, baik rumah sakit setara kelas C maupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya milik Pemerintah.

Selain itu, pelayanan kesehatan perorangan sekunder dapat dijadikan sebagai wahana pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pendidikan dan pelatihan.

b) Pelayanan Kesehatan Masyarakat Sekunder (PKMS)

Pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat primer dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumber daya manusia kesehatan serta didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat tersier. Penyelenggaraan pelayanan ini menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Provinsi sebagai fungsi teknisnya, yakni melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat yang tidak sanggup atau tidak memadai dilakukan pada pelayanan kesehatan masyarakat primer. Dalam penanggulangan penyakit menular yang tidak terbatas pada suatu batas wilayah administrasi pemerintahan (lintas kabupaten/kota), maka tingkat yang lebih tinggi (provinsi) yang harus menanganinya.

3) Upaya Kesehatan Tersier

Upaya kesehatan tersier adalah upaya kesehatan rujukan unggulan yang terdiri atas pelayanan kesehatan perorangan tersier dan pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

a) Pelayanan Kesehatan Perorangan Tersier (PKPT).

Pelayanan kesehatan perorangan tersier menerima rujukan **subspesialistik** dari pelayanan kesehatan di bawahnya, dan dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang rujukannya dilaksanakan oleh dokter **subspesialis** atau dokter **spesialis** yang telah mendapatkan pendidikan khusus atau pelatihan serta mempunyai izin praktik yang didukung oleh tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan.

Pelayanan kesehatan ini dilaksanakan di rumah sakit umum, rumah sakit khusus setara kelas A dan B, baik milik Pemerintah, Pemerintah Daerah maupun swasta yang mampu memberikan pelayanan kesehatan **subspesialistik** dan juga termasuk klinik khusus, seperti pusat radioterapi.

Pelayanan kesehatan perorangan tersier wajib melaksanakan penelitian dan pengembangan dasar maupun terapan dan dapat dijadikan sebagai pusat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan.

b) Pelayanan Kesehatan Masyarakat Tersier (PKMT)

Pelayanan kesehatan masyarakat tersier menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sumber daya manusia kesehatan, serta rujukan operasional, melakukan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan masyarakat, penapisan teknologi, serta produk teknologi yang terkait.

Pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat tersier adalah Dinas Kesehatan Provinsi, unit kerja terkait di tingkat provinsi, Kementerian Kesehatan, dan unit kerja terkait di tingkat nasional. Pelaksanaan pelayanan ini menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan yang didukung dengan kerja sama lintas sektor. Institusi pelayanan kesehatan masyarakat tertentu secara nasional dapat dikembangkan untuk menampung kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat.

b. Pembinaan dan Pengawasan

Pembinaan upaya kesehatan ditujukan untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan yang harus didukung dengan standar pelayanan yang selalu dikaji dalam periode tertentu sesuai kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebutuhan. Pembinaan upaya kesehatan dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat, termasuk swasta.

Pengawasan ditujukan untuk menjamin konsistensi penyelenggaraan upaya kesehatan dan dilakukan secara intensif, baik internal maupun eksternal serta dapat melibatkan masyarakat dan swasta. Hasil pengawasan digunakan untuk perlindungan terhadap masyarakat dan tenaga kesehatan selaku penyelenggara upaya kesehatan.

4. Subsistem Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan

Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan adalah pengelolaan penelitian dan pengembangan, pemanfaatan dan penapisan teknologi, serta produk teknologi kesehatan yang diselenggarakan dan dikoordinasikan guna memberikan data kesehatan yang berbasis bukti untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

5. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Subsistem pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

6. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sumber daya manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan.

Unsur-unsur subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri atas, sumber daya manusia kesehatan, sumber daya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan, serta penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan.

Prinsip-prinsip subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri atas, adil dan merata serta demokratis, kompeten dan berintegritas, objektif dan transparan, serta berhierarki dalam sumber daya manusia kesehatan.

7. Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Makanan

Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah pengelolaan berbagai upaya yang menjamin keamanan, khasiat atau manfaat, mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan. Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika.

8. Subsistem Manajemen, Informasi, dan Regulasi Kesehatan

Subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan adalah pengelolaan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan yang mendukung subsistem lainnya dari SKN, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

9. Subsistem Pemberdayaan Masyarakat

Subsistem pemberdayaan masyarakat adalah pengelolaan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok, maupun masyarakat, secara terencana, terpadu, dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

LATIHAN

1. Tuliskan tujuan dan kegunaan SKN bagi pembangunan kesehatan !
2. Tuliskan yang dimaksud dengan pengelolaan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilakukan dengan memperhatikan nilai-nilai yang prorakyat, inklusif, responsive, efektif, dan bersih.!
3. Tuliskan contoh-contoh yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan perorangan primer!
4. Tuliskan contoh-contoh yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder!
5. Tuliskan contoh-contoh yang merupakan kegiatan pengorganisasian masyarakat dalam pemberdayaan!