



Buku Referensi

Model Kesehatan Masyarakat Indonesia

Menuju Layanan Kesehatan yang Adil dan Terjangkau bagi semua

dr. Abdullah Antaria, MPH., Ph.D.



Buku Referensi

Model Kesehatan Masyarakat Indonesia

Menuju Layanan Kesehatan yang
Adil dan Terjangkau bagi semua

dr. Abdullah Antaria, MPH., Ph.D.



Model Kesehatan Masyarakat Indonesia
Menuju Layanan Kesehatan yang Adil dan Terjangkau bagi Semua

Ditulis oleh:

dr. Abdullah Antaria, MPH., Ph.D

Diterbitkan, dicetak, dan didistribusikan oleh
PT Literasi Nusantara Abadi Grup
Perumahan Puncak Joyo Agung Residence Blok. B11 Merjosari
Kecamatan Lowokwaru Kota Malang 65144
Telp : +6285887254603, +6285841411519
Email: literasinusantaraofficial@gmail.com
Web: www.penerbitlitnus.co.id
Anggota IKAPI No. 340/JTI/2022



Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang mengutip
atau memperbanyak baik sebagian ataupun keseluruhan isi buku
dengan cara apa pun tanpa izin tertulis dari penerbit.

Cetakan I, September 2025

Editor:

Prof. dr. Hj. Ratnawati, MCH., SpP (K)., Ph.D
dr. Thantia Amandha Rubbi

Perancang sampul: Azizah
Penata letak: Bas

ISBN : 978-634-234-698-3

xvi + 218 hlm. ; 15,5x23 cm.

©September 2025

PRAKATA

Di bawah langit Nusantara yang luas, di mana angin berbisik tentang harapan dan ombak menyanyikan lagu keteguhan, kesehatan masyarakat berdiri sebagai pilar suci pembangunan bangsa. Ia adalah jantung yang berdetak di setiap desa, kota, dan pelosok, menyatukan jiwa-jiwa dalam ikatan kesejahteraan. Namun, di tengah gemuruh globalisasi dan bayang-bayang ketimpangan, akses menuju kesehatan yang adil bagaikan bunga yang masih kuncup, menanti sentuhan cahaya untuk mekar penuh.

Buku Model Kesehatan Masyarakat Indonesia ini hadir laksana lentera di malam gelap, berupaya menerangi jalan menuju sistem kesehatan yang inklusif, terjangkau, dan abadi. Ia adalah lukisan cita-cita, ditorehkan dengan tinta ilmu dan semangat kebersamaan, memetakan model-model kesehatan yang berakar pada realitas Indonesia—dari sawah hijau pedesaan hingga hiruk-pikuk kota. Dengan pendekatan yang merangkul berbagai disiplin dan sektor, buku ini menenun strategi untuk memastikan setiap anak negeri, terutama mereka yang terpinggirkan dan rapuh, dapat merasakan hangatnya pelayanan kesehatan yang setara, bagaikan air yang mengalir merata ke setiap akar kehidupan.

Karya ini bukan sekadar deretan kata, melainkan undangan kepada para cendekiawan, praktisi kesehatan, pembuat kebijakan, dan setiap hati

yang peduli akan kesejahteraan bangsa. Ia dirajut untuk menjadi sumber rujukan, sekaligus nyala inspirasi yang membangkitkan inovasi dan kolaborasi. Dengan menggabungkan kebijaksanaan dari atas dan semangat dari bawah, buku ini mengajak kita semua untuk melangkah bersama, membangun sistem kesehatan yang tak hanya kokoh menghadapi badai, tetapi juga mampu menumbuhkan bunga-bunga kesejahteraan di setiap sudut Indonesia.

Dalam perjalanan panjang menyusun karya ini, aku tak sendiri. Bagaikan bintang-bintang yang menghias langit, para kontributor telah menyumbangkan cahaya ilmu mereka, editor telah menjahit setiap helai dengan ketelitian laksana pengrajin sutra, dan keluargaku—pelita hati yang tak pernah padam—senantiasa mengalirkan motivasi bagai sungai yang tak pernah kering. Kepada mereka semua, kuucapkan syukur yang tulus, sebab merekalah yang menjadikan impian ini nyata.

Semoga buku ini menjadi benih yang tumbuh subur, menabur manfaat bagi pembangunan kesehatan masyarakat Indonesia. Semoga ia menjadi jembatan yang menghubungkan hati dan pikiran, mengantarkan kita menuju fajar baru di mana kesehatan bukan lagi mimpi, melainkan hak yang dirasakan setiap jiwa, dari Sabang hingga Merauke.

Dengan penuh harap,

dr. Abdullah Antaria, MPH., Ph.D.

Jakarta, Mei 2025

UCAPAN TERIMA KASIH

Bagaikan sungai yang mengalir lembut, menyusuri lembah dan menembus batu karang, demikianlah perjalanan kelahiran buku Model Kesehatan Masyarakat Indonesia ini. Ia bukan sekadar kumpulan kata, melainkan lukisan jiwa, tenunan harapan, dan nyanyian syukur yang terjalin dari tangan-tangan penuh cinta dan hati-hati yang ikhlas. Dalam setiap barisnya, tersimpan denyut semangat banyak insan, yang bagaikan bintang-bintang di langit malam, menerangi lorong panjang penciptaan karya ini.

Di awal perjalanan, ada para cendekiawan dari The University of New South Wales Australia dan Universitas Indonesia, yang laksana pelukis ulung, menorehkan gagasan dan risalah ilmiah dengan kuas kebijaksanaan. Pemikiran mereka adalah cahaya, yang tak hanya menerangi halaman-halaman, tetapi juga membuka jendela wawasan, memperkaya makna, dan menjadikan karya ini sebuah mozaik pengetahuan yang hidup.

Kemudian, hadirilah para penyunting dari tim editorial Indonesia, bagai pengrajin intan yang dengan teliti memahat setiap kata. Dengan kesabaran laksana air yang mengalir perlahan, mereka memastikan tiap kalimat terukir indah, jernih, dan bermartabat, menjaga ruh karya ini tetap suci dan setia pada tujuannya.

Di sisi lain, rekan-rekan akademisi dan praktisi kesehatan masyarakat turut menabur benih kebaikan. Masukan mereka, bagaikan embun pagi yang menyegarkan bunga di padang, menghidupkan proses penciptaan ini. Dengan kemurahan hati, mereka berbagi pandangan, menjadikan buku ini tak hanya utuh, tetapi juga relevan, seolah-olah berdetak seiring napas zaman.

Tak lupa, di sudut hati yang paling dalam, kuukir syukur untuk istri tercinta, anak-anak yang adalah pelita jiwa, serta keluarga dan sahabat yang setia menemani. Mereka adalah angin yang mengisi layar, mendorong perahu perjuangan ini melaju meski badai sesekali mengguncang. Doa dan semangat mereka adalah pelabuhan, tempat hati berlabuh di kala lelah, dan sumber kekuatan untuk terus melangkah hingga karya ini menemui titik penyelesaian.

Dan kepada seluruh rakyat Indonesia, jiwa-jiwa luhur yang menjadi nyala abadi inspirasi, kuhaturkan penghormatan setia. Kalian adalah pohon rindang yang menaungi, akar yang kokoh menopang, dan bunga yang mekar di tengah tantangan. Keteguhan kalian dalam memperjuangkan kesehatan yang adil dan merangkul setiap lapisan masyarakat adalah denyut yang menghidupi karya ini, sekaligus panggilan untuk terus berjuang demi kebaikan bersama.

Semoga tenunan kasih ini, yang terjalin dari tangan banyak insan, menjadi titian menuju fajar baru. Semoga ia menabur benih kesejahteraan, mengukir jejak kebaikan, dan menjadi mercusuar yang membimbing sistem kesehatan masyarakat Indonesia menuju cakrawala yang lebih mulia, di mana setiap jiwa menemukan haknya untuk hidup sehat dan bermartabat.

Dengan hati penuh syukur,

dr. Abdullah Antaria, MPH., Ph.D.

Mei 2025

PENDAHULUAN

Dalam lanskap global yang terus bertransformasi, kesehatan masyarakat menjadi fondasi esensial bagi pembangunan masyarakat yang resilien, inklusif, dan sejahtera. Tantangan abad ke-21—ketimpangan sosial-ekonomi, perubahan iklim, beban ganda penyakit menular dan tidak menular, serta disrupsi teknologi—menuntut sistem kesehatan yang adaptif dan berorientasi pada keadilan (World Health Organization, 2023; Marmot & Wilkinson, 2020). Di Indonesia, konteks geografis, budaya, dan ekonomi yang beragam memperumit upaya mewujudkan akses layanan kesehatan yang merata, dengan hanya 60% ibu di wilayah tertinggal memahami pentingnya imunisasi dan 20% populasi pedesaan memiliki akses internet untuk layanan digital (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021a; International Telecommunication Union, 2023). Kesehatan, sebagaimana didefinisikan oleh WHO (1948), bukan sekadar ketiadaan penyakit, melainkan kesejahteraan holistik yang mencakup dimensi fisik, mental, dan sosial—sebuah hak asasi yang harus dijamin bagi setiap individu.

Buku ini hadir sebagai respons terhadap kompleksitas tantangan tersebut, menawarkan kerangka ilmiah dan praktis untuk merancang model kesehatan masyarakat yang relevan dengan realitas Indonesia. Dengan mengintegrasikan pendekatan ekologi sosial, determinan sosial

kesehatan, dan inovasi berbasis komunitas, buku ini mengeksplorasi strategi untuk memperluas akses layanan kesehatan yang adil, terjangkau, dan berkelanjutan (Bronfenbrenner, 1979; Marmot, 2005). Fokusnya adalah pemberdayaan komunitas sebagai agen perubahan, yang terbukti efektif dalam inisiatif seperti Posyandu dan SONJO, yang meningkatkan distribusi alat pelindung diri hingga 40% selama pandemi di Yogyakarta (Widhiyoga & Ikawati, 2022). Buku ini bukan hanya kompilasi teori, melainkan panduan aksi yang mengajak pemangku kepentingan—akademisi, praktisi, pembuat kebijakan, dan masyarakat umum—untuk berkolaborasi dalam transformasi sistem kesehatan nasional.

Tujuan dan Ruang Lingkup

Buku ini bertujuan untuk memetakan model kesehatan masyarakat yang mendukung Cakupan Kesehatan Universal (UHC) dan Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs), dengan penekanan pada keadilan sosial, pemberdayaan komunitas, dan integrasi teknologi (United Nations, 2015). Setiap bab dirancang untuk memberikan wawasan mendalam melalui analisis berbasis bukti, studi kasus, dan rekomendasi kebijakan. Topik yang dibahas mencakup:

- **Aksi Kesehatan:** Strategi mobilisasi komunitas untuk perubahan perilaku dan lingkungan (Bab 2).
- **Promosi Kesehatan:** Kampanye berbasis budaya untuk meningkatkan literasi kesehatan (Bab 7).
- **Perawatan Primer:** Peran Posyandu dan Puskesmas sebagai tulang punggung layanan kesehatan (Bab 9).
- **Keadilan Kesehatan:** Upaya mempersempit disparitas akses bagi komunitas terpinggirkan (Bab 8).
- **Tenaga Kesehatan Masyarakat:** Pemberdayaan kader sebagai agen perubahan sosial (Bab 10).
- **Kesejahteraan Holistik:** Integrasi kesehatan fisik, mental, dan sosial sebagai tujuan akhir (Bab 12).

Pendekatan multidisiplin dalam buku ini menggabungkan penelitian akademis, seperti data Riskesdas 2018 yang menunjukkan 25% peningkatan

imunisasi pada anak yang rutin mengunjungi Posyandu, dengan praktik lapangan seperti program Desa Sehat yang mengurangi diare hingga 25% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018, 2020). Buku ini juga menyoroti inovasi teknologi, seperti telemedicine dan aplikasi SehatPedia, sambil mengatasi tantangan etika seperti privasi data dan kesenjangan digital (International Telecommunication Union, 2023).

Relevansi dan Seruan untuk Bertindak

Bagi pembuat kebijakan, buku ini menyediakan kerangka berbasis bukti untuk merancang program kesehatan yang inklusif, seperti alokasi dana berbasis keadilan untuk daerah terpencil. Bagi tenaga kesehatan, buku ini menawarkan panduan praktis untuk memperkuat perawatan primer melalui pelatihan digital dan pendekatan sensitif gender. Bagi masyarakat, buku ini merupakan ajakan untuk berpartisipasi aktif dalam inisiatif seperti Posyandu dan arisan kesehatan, yang memperkuat modal sosial dan ketahanan komunitas (Stangl, 2022). Dengan memahami model-model yang dibahas, pembaca dapat mengadaptasi solusi sesuai konteks lokal, mempercepat capaian Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang kini mencakup 80% masyarakat miskin (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, 2023).

Pada hakikatnya, buku ini adalah seruan untuk aksi kolektif dalam memperjuangkan kesehatan sebagai hak universal. Melalui kolaborasi lintas sektor, pemanfaatan nilai budaya seperti gotong royong, dan adopsi teknologi yang etis, Indonesia dapat membangun sistem kesehatan yang tidak hanya responsif terhadap krisis, tetapi juga mampu meningkatkan kesejahteraan secara holistik. Semoga buku ini menjadi katalis bagi inovasi, inspirasi bagi perubahan, dan peta jalan menuju masyarakat Indonesia yang lebih sehat, adil, dan berkelanjutan.

Daftar Pustaka

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, 2023. *Laporan Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: BPJS.

2. Bronfenbrenner, U., 1979. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
3. International Telecommunication Union, 2023. *Global digital divide report*. Geneva: ITU.
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018. *Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta: Kemenkes RI.
5. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020. *Laporan program Sanitasi Total Berbasis Masyarakat*. Jakarta: Kemenkes RI.
6. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021a. *Laporan program kesehatan komunitas*. Jakarta: Kemenkes RI.
7. Marmot, M., 2005. Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 365(9464), pp.1099-1104.
8. Stangl, A., 2022. Social capital and community resilience: a framework for health system strengthening. *Global Health Journal*, 10(4), pp.210-218.
9. United Nations, 2015. *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations.
10. Widhiyoga, G. and Ikawati, N., 2022. SONJO initiative: community participation in health system resilience during COVID-19. *Journal of Health Community*, 15(3), pp.45-52.
11. World Health Organization, 1948. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: WHO.
12. World Health Organization, 2023. *World Health Statistics 2023*. Geneva: WHO.

DAFTAR ISI

Prakata	iii
Ucapan Terima Kasih	v
Pendahuluan	vii
Daftar Isi	xi

BAB 1 KESEHATAN KOMUNITAS-LANDASAN TEORITIS DAN PRAKTIK GLOBAL	1
---	----------

1.1 Pendahuluan	1
1.2 Landasan Teoritis Kesehatan Komunitas	4
1.3 Bukti Empiris	8
1.4 Inovasi dan Tantangan	8
1.5 Peran Gender dan Keberlanjutan	9
1.6 Rekomendasi Kebijakan	10
1.7 Kesimpulan	10

BAB 2 Aksi Kesehatan – Memobilisasi Komunitas untuk Perubahan

15

2.1	Pendahuluan	15
2.2	Landasan Teoretis	16
2.3	Strategi Implementasi	18
2.4	Studi Kasus Mendalam	20
2.5	Inovasi Teknologi	23
2.6	Tantangan dan Solusi	24
2.7	Rekomendasi Kebijakan	25

BAB 3 Model Perawatan Kesehatan-Evolusi dan Inovasi

31

3.1	Pendahuluan	31
3.2	Tinjauan Pustaka	32
3.3	Penelitian Asli: Perbandingan Indonesia dan Kanada	34
3.4	Model Inovatif: Sistem Telemedicine Hibrida	36
3.5	Diskusi	38
3.6	Kesimpulan	38

BAB 4 Kesehatan Masyarakat-Strategi untuk Dampak Seluruh Populasi

41

4.1	Pendahuluan	41
4.2	Tinjauan Pustaka	42
4.3	Penelitian Asli: Kampanye Vaksinasi Indonesia	44
4.4	Model Inovatif: Prediksi Wabah Berbasis Big Data	46
4.5	Diskusi	48
4.6	Kesimpulan	48

**BAB 5 Optimalisasi Pelayanan Kesehatan Tersier:
Analisis Efisiensi Rumah Sakit di Asia
Tenggara Menggunakan Data Envelopment
Analysis** **53**

5.1	Pendahuluan	53
5.2	Kerangka Teoretis dan Tinjauan Pustaka	54
5.3	Metodologi	56
5.4	Hasil	58
5.5	Pembahasan	60
5.6	Implikasi Etika dari Optimalisasi Efisiensi.....	62
5.7	Kesimpulan dan Rekomendasi.....	63

**BAB 6 Optimalisasi Biaya Pelayanan Kesehatan:
Menyeimbangkan Akses dan Keberlanjutan
dalam Program JKN Indonesia** **69**

6.1	Pendahuluan	69
6.2	Tinjauan Pustaka.....	71
6.3	Metodologi.....	72
6.4	Hasil	75
6.5	Pembahasan	76
6.6	Implikasi Etika.....	78
6.7	Kesimpulan dan Rekomendasi.....	79

**BAB 7 Promosi Kesehatan – Memberdayakan
Individu dan Komunitas melalui Literasi
Kesehatan** **85**

7.1	Pendahuluan	85
7.2	Promosi Kesehatan: Pergeseran Menuju Pemberdayaan	85
7.3	Tinjauan Pustaka.....	89
7.4	Metodologi.....	95

7.5	Temuan dan Analisis Tematik.....	99
7.6	Diskusi	104

BAB 8 Pelayanan Kesehatan yang Adil: Kerangka Multidimensi untuk Mengatasi Ketimpangan Determinan Sosial Kesehatan 113

8.1	Pendahuluan: Keharusan Global untuk Keadilan Kesehatan....	113
8.2	Tinjauan Pustaka: Memetakan Lanskap Ketimpangan Kesehatan	115
8.3	Metodologi: Pendekatan Metode Campuran untuk Penelitian Keadilan	118
8.4	Hasil: Mengukur Ketimpangan dan Dampak Intervensi.....	120
8.5	Diskusi: Mensintesis Bukti dan Implikasi	122
8.6	Penelitian Partisipatif Berbasis Masyarakat: Landasan Keadilan.....	124
8.7	Metode Analitis Lanjutan untuk Keadilan	126
8.8	Perangkat Implementasi Kebijakan.....	127
8.9	Studi Kasus: Keadilan dalam Aksi	128
8.10	Kesimpulan dan Rekomendasi.....	129
8.11	Lampiran	130

BAB 9 Pelayanan Kesehatan Primer: Landasan Utama Sistem Kesehatan 135

9.1	Pendahuluan	135
9.2	Tinjauan Pustaka.....	138
9.3	Metodologi.....	141
9.4	Hasil	144
9.5	Pembahasan	146
9.6	Implikasi Etika.....	148

9.7	Kesimpulan dan Rekomendasi.....	149
9.8	Lampiran	150

BAB 10 Tenaga Kesehatan Masyarakat-Katalisator Perubahan	157
---	------------

10.1	Pendahuluan	157
10.2	Tinjauan Pustaka.....	158
10.3	Metode.....	161
10.4	Hasil dan Temuan (Results and Findings)	163
10.5	Diskusi (Discussion).....	164
10.6	Kesimpulan	167

BAB 11 Kesehatan Populasi: Pendekatan Sistem	173
---	------------

11.1	Pendahuluan	173
11.2	Definisi Kesehatan Populasi dan Pemikiran Sistem	175
11.3	Determinan Kesehatan Populasi.....	176
11.4	Pemodelan Sistem dalam Kesehatan Populasi.....	178
11.5	Studi Kasus dalam Kesehatan Populasi Berbasis Sistem	179
11.6	Implikasi Kebijakan dan Arah Masa Depan	179
11.7	Kesimpulan	180

BAB 12 Kesejahteraan: Mengintegrasikan Kesehatan Fisik, Mental, dan Sosial	185
---	------------

12.1	Pendahuluan	185
12.2	Tinjauan Pustaka.....	188
12.3	Metodologi.....	192
12.4	Temuan dan Analisis Tematik.....	195
12.5	Diskusi	197
12.6	Kesimpulan	198

Glosarium.....207

Biography217

BAB 1

KESEHATAN KOMUNITAS–LANDASAN TEORITIS DAN PRAKTIK GLOBAL

1.1 Pendahuluan

Kesehatan komunitas adalah disiplin interdisipliner yang mengintegrasikan pendekatan sosial, medis, teknologi, dan kebijakan untuk meningkatkan kesejahteraan populasi pada skala lokal, nasional, dan global (World Health Organization, 2021). Bidang ini memadukan sosiologi, ilmu politik, epidemiologi, dan kedokteran preventif, mencerminkan kompleksitas tantangan kesehatan modern (Blumenthal, 1979; Knecht et al., 2023). Dalam era globalisasi, kesehatan komunitas menghadapi **beban penyakit ganda**—penyakit menular seperti tuberkulosis, malaria, HIV/AIDS, dan tidak menular seperti diabetes, hipertensi, kanker—ketimpangan sosial-ekonomi, serta dampak perubahan iklim seperti polusi udara, banjir, kekeringan, gelombang panas, dan migrasi akibat bencana (Marmot, 2005; Intergovernmental Panel on Climate Change, 2022).

Pasca pandemi COVID-19, pendekatan berbasis komunitas menjadi pilar utama untuk membangun ketahanan sistem kesehatan, terutama di negara berkembang seperti Indonesia, di mana akses layanan kesehatan terhambat oleh faktor geografis, ekonomi, infrastruktur, budaya, dan gender (United Nations, 2022; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia,

2021a). Inisiatif seperti **SONJO** di Yogyakarta menunjukkan bagaimana partisipasi komunitas melalui platform digital dapat memperkuat respons adaptif terhadap krisis kesehatan (Widhiyoga & Ikawati, 2022). **Program SONJO memfasilitasi kolaborasi antara kader kesehatan, pemerintah lokal, dan sektor swasta, meningkatkan distribusi alat pelindung diri selama pandemi hingga 40% di pedesaan Yogyakarta, menunjukkan potensi teknologi dalam memperkuat modal sosial (Widhiyoga & Ikawati, 2022).** Modal sosial, yang mendorong efikasi kolektif dan rasa memiliki, juga krusial untuk ketahanan komunitas (Stangl, 2022).

Sorotan utama: Dampak Perubahan Iklim

Perubahan iklim memperburuk tantangan kesehatan melalui:

- **Bencana alam:** Banjir dan kekeringan meningkatkan risiko diare dan malaria (Intergovernmental Panel on Climate Change, 2022).
- **Polusi udara:** Di Jakarta, polusi meningkatkan ISPA hingga 20% pada anak (World Health Organization, 2021).
- **Migrasi paksa:** Kenaikan permukaan laut mengganggu akses kesehatan di komunitas pesisir (United Nations, 2022).
- Solusi berbasis komunitas, seperti edukasi lingkungan dan sistem peringatan dini, menjadi kunci mitigasi.

Di Indonesia, **Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu)** menjadi tulang punggung intervensi kesehatan komunitas, menyediakan imunisasi, pemantauan gizi, edukasi kesehatan, skrining penyakit, dan promosi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018). Namun, program ini menghadapi kendala: literasi kesehatan rendah (hanya 60% ibu di Nusa Tenggara Timur memahami imunisasi), keterbatasan transportasi (40% penduduk pedesaan kesulitan menjangkau Posyandu), tenaga terlatih terbatas, kesenjangan digital (akses internet pedesaan hanya 20% pada 2023), dan norma patriarki yang membatasi akses perempuan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2021a; UNICEF, 2023; World Bank, 2023; International Telecommunication Union, 2023). **Program Posyandu Digital di Jawa Barat meningkatkan akses konsultasi daring hingga 50% selama**

BAB 2

AKSI KESEHATAN – MEMOBILISASI KOMUNITAS UNTUK PERUBAHAN

2.1 Pendahuluan

Mobilisasi komunitas dalam aksi kesehatan telah berevolusi dari pendekatan berbasis amal menuju model pemberdayaan yang berlandaskan prinsip hak asasi manusia (Braithwaite et al., 2018). Pendekatan ini didorong oleh kebijakan kesehatan global, seperti kerangka “Community Engagement” Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) tahun 2022, yang menjadikan keterlibatan komunitas sebagai strategi inti untuk mencapai Cakupan Kesehatan Universal (UHC) (WHO, 2022). Di Indonesia, konsep ini telah diwujudkan melalui berbagai inisiatif, mulai dari Posyandu pada 1980-an hingga program Desa Siaga 4.0 yang diperkenalkan pada 2023 (Kemenkes, 2023).

Data Kementerian Kesehatan (2023) menunjukkan bahwa desa-desa dengan tingkat partisipasi komunitas yang tinggi mencatatkan hasil kesehatan yang signifikan, seperti:

- Penurunan angka kematian ibu sebesar 40% (Kemenkes, 2023).
- Peningkatan cakupan imunisasi dasar hingga 30% (Kemenkes, 2023).
- Peningkatan deteksi dini stunting sebesar 25% (Kemenkes, 2023).

Namun, tantangan modern seperti kesenjangan digital, hambatan budaya, dan isu keberlanjutan pendanaan tetap menjadi kendala utama. Survei Badan Pusat Statistik (BPS) tahun 2023 mengungkapkan bahwa 65% wilayah tertinggal di Indonesia masih kekurangan infrastruktur digital (BPS, 2023). Studi antropologi oleh Airhihenbuwa (2021) juga menemukan resistensi terhadap vaksinasi di 23% komunitas adat, sementara laporan World Bank (2022) mencatat bahwa 70% program kesehatan komunitas bergantung pada pendanaan eksternal jangka pendek (Airhihenbuwa, 2021; World Bank, 2022).

Bab ini akan menguraikan secara mendalam aspek teoritis, empiris, dan teknologi dalam mobilisasi kesehatan komunitas melalui analisis komprehensif dari:

- 20 studi kasus global (diperluas dari 15).
- 50 kebijakan kesehatan nasional (diperluas dari 40).
- 30 inovasi teknologi terkini (diperluas dari 25).

Selain itu, bab ini akan mengeksplorasi pendekatan baru seperti integrasi teknologi berbasis kecerdasan buatan (AI) dan model pendanaan inovatif untuk mendukung keberlanjutan program (Gates Foundation, 2024; UNDP, 2023).

2.2 Landasan Teoretis

2.2.1 Filsafat Partisipasi Kesehatan

Konsep partisipasi komunitas dalam kesehatan berakar pada pemikiran Paulo Freire (1970) tentang “Pedagogi Kaum Tertindas,” yang menekankan pentingnya dialog kritis untuk pemberdayaan, serta teori Jürgen Habermas (1984) tentang “ruang publik” sebagai wadah deliberasi demokratis (Freire, 1970; Habermas, 1984). Dalam konteks kesehatan, Tangga Partisipasi Arnstein (1969) yang dimodifikasi memberikan kerangka untuk memahami tingkat keterlibatan komunitas, dari manipulasi hingga kontrol penuh (Arnstein, 1969).

BAB 3

MODEL PERAWATAN KESEHATAN-EVOLUSI DAN INOVASI

3.1 Pendahuluan

Model perawatan kesehatan menentukan bagaimana layanan kesehatan diorganisasi dan disampaikan, berevolusi dari pendekatan biomedis yang berfokus pada pengobatan penyakit menuju pendekatan berpusat pada pasien yang menekankan kesejahteraan holistik (Engel, 1977; WHO, 2022). Evolusi ini didorong oleh kebutuhan untuk meningkatkan akses, efisiensi, dan kualitas layanan kesehatan di tengah tantangan global seperti penuaan populasi, penyakit tidak menular, dan kesenjangan kesehatan (Lancet Commission, 2024). Di negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMIC), seperti Indonesia, tantangan seperti fragmentasi layanan dan biaya tinggi menghambat akses hingga 30% pasien (World Bank, 2023).

Bab ini mengulas perkembangan model perawatan kesehatan secara global, menyajikan penelitian asli yang membandingkan model berpusat pada pasien di Indonesia (Jaminan Kesehatan Nasional/Puskesmas) dan Kanada (Family Health Teams), serta mengusulkan model inovatif berbasis telemedicine hibrida untuk LMIC. Analisis ini mencakup:

- Tinjauan historis dan global tentang model perawatan kesehatan.
- Penelitian kuantitatif dan kualitatif di Indonesia dan Kanada.

- Kerangka HybridCare yang mengintegrasikan teknologi dan layanan tatap muka.

Penelitian ini relevan untuk konteks Indonesia, di mana program JKN telah meningkatkan cakupan kesehatan hingga 85% populasi, namun masih menghadapi tantangan kualitas dan akses di daerah terpencil (Kemenkes, 2023; ADB, 2023).

3.2 Tinjauan Pustaka

3.2.1 Konteks Historis

Model biomedis mendominasi sistem kesehatan hingga 1980-an, berfokus pada diagnosis dan pengobatan penyakit dengan pendekatan berbasis sains (Engel, 1977). Model ini efektif untuk penyakit akut, tetapi kurang menangani aspek psikososial dan pencegahan, terutama untuk penyakit kronis (Illich, 1976). Pada 1978, Deklarasi Alma-Ata WHO memperkenalkan konsep perawatan kesehatan primer (PHC) sebagai strategi untuk mencapai “Kesehatan untuk Semua” (WHO, 1978). Pendekatan ini mendorong model berpusat pada komunitas, yang diadopsi di Indonesia melalui Puskesmas pada 1980-an (Kemenkes, 2023).

Pada 1990-an, model berpusat pada pasien (patient-centered care) muncul sebagai respons terhadap keterbatasan biomedis, menekankan keterlibatan pasien, koordinasi layanan, dan kesejahteraan holistik (Stewart, 2001). Penelitian oleh Mead dan Bower (2000) menunjukkan bahwa model ini meningkatkan kepuasan pasien hingga 25% dibandingkan model tradisional (Mead & Bower, 2000). Di abad ke-21, kemajuan teknologi seperti telemedicine dan kecerdasan buatan (AI) telah mendorong model hibrida yang menggabungkan layanan digital dan tatap muka (Topol, 2024).

3.2.2 Model Global

Sistem kesehatan global bervariasi sesuai dengan konteks sosial, ekonomi, dan politik masing-masing negara. Berikut adalah gambaran beberapa model utama:

BAB 4

KESEHATAN MASYARAKAT-STRATEGI UNTUK DAMPAK SELURUH POPULASI

4.1 Pendahuluan

Kesehatan masyarakat berfokus pada pencegahan penyakit dan promosi kesehatan di tingkat populasi, berbeda dengan pendekatan klinis yang menargetkan individu (Detels et al., 2015; WHO, 2022). Strategi kesehatan masyarakat, seperti vaksinasi, pengendalian tembakau, dan skrining komunitas, telah mengurangi angka kematian global hingga 30% selama tiga dekade terakhir (GBD Collaborators, 2023). Di tengah ancaman seperti pandemi, resistensi antimikroba, dan penyakit tidak menular, kesehatan masyarakat menjadi pilar utama keamanan kesehatan global (Lancet Commission, 2024).

Di Indonesia, program seperti Pos Binaan Terpadu (POSBINDU) dan kampanye vaksinasi COVID-19 menunjukkan dampak signifikan, tetapi tantangan seperti misinformasi dan kesenjangan sumber daya masih menghambat efektivitas hingga 20% di negara berpenghasilan rendah dan menengah (LMIC) (World Bank, 2023). Bab ini mengulas strategi kesehatan masyarakat, menyajikan penelitian asli tentang kampanye vaksinasi COVID-19 di Indonesia (2021–2023), dan mengusulkan model

inovatif **PredictHealth** berbasis big data untuk prediksi wabah. Analisis ini mencakup:

- Tinjauan strategi utama dan keberhasilan regional.
- Penelitian kuantitatif dan kualitatif tentang vaksinasi di Indonesia.
- Kerangka PredictHealth untuk respons proaktif terhadap wabah.

Penelitian ini relevan untuk Indonesia, di mana cakupan vaksinasi COVID-19 mencapai 85% pada 2023, tetapi tantangan logistik dan kepercayaan masyarakat tetap ada (Kemenkes, 2023; ADB, 2023).

4.2 Tinjauan Pustaka

4.2.1 Strategi Utama

Strategi kesehatan masyarakat yang efektif mencakup beberapa pilar utama:

- **Vaksinasi:** Program vaksinasi global telah mengurangi kematian akibat penyakit seperti campak dan polio hingga 80% sejak 1980 (WHO, 2023). Di Indonesia, Program Imunisasi Wajib (PIW) meningkatkan cakupan imunisasi dasar hingga 90% pada 2023 (Kemenkes, 2023). Penelitian oleh Orenstein dan Ahmed (2023) menunjukkan bahwa vaksinasi menghasilkan penghematan biaya kesehatan hingga \$10 miliar per tahun secara global (Orenstein & Ahmed, 2023).
- **Pengendalian Tembakau:** Kebijakan seperti pajak rokok dan larangan iklan telah menurunkan prevalensi merokok hingga 25% di negara maju (Ng et al., 2024). Di Indonesia, pajak cukai rokok meningkatkan pendapatan negara sebesar Rp 200 triliun pada 2023, tetapi prevalensi merokok tetap tinggi (35% pada pria) (Bappenas, 2023).
- **Skrining Komunitas:** Program skrining seperti POSBINDU di Indonesia telah menurunkan prevalensi hipertensi sebesar 10% melalui deteksi dini (Kemenkes, 2023). Studi oleh Macinko et al. (2023) menunjukkan bahwa skrining komunitas meningkatkan

BAB 5

OPTIMALISASI PELAYANAN KESEHATAN TERSIER: ANALISIS EFISIENSI RUMAH SAKIT DI ASIA TENGGARA MENGGUNAKAN DATA ENVELOPMENT ANALYSIS

5.1 Pendahuluan

Pelayanan kesehatan tersier merupakan puncak dari sistem kesehatan, menyediakan intervensi khusus untuk kondisi kompleks seperti transplantasi organ, bedah kardiovaskular lanjutan, dan terapi onkologi (World Health Organization [WHO], 2023). Pelayanan ini ditandai dengan kebutuhan akan teknologi canggih, tim multidisiplin, dan investasi finansial yang besar (Baker & Baker, 2022). Di Asia Tenggara, transisi epidemiologis yang ditandai dengan meningkatnya penyakit tidak menular telah memperbesar permintaan terhadap pelayanan tersier (ASEAN Secretariat, 2023). Namun, tantangan sistemik seperti fragmentasi struktural, alokasi sumber daya yang tidak merata, dan ketimpangan distribusi tenaga kesehatan menghambat efisiensi pelayanan (Ramesh et al., 2022; Wibulpolprasert et al., 2021).

5.1.1 Pernyataan Masalah

Asia Tenggara menghadapi disparitas signifikan dalam efisiensi pelayanan tersier, yang dipicu oleh distribusi sumber daya yang tidak merata, kekurangan tenaga kesehatan, dan kesenjangan infrastruktur (Hollingsworth & Peacock, 2023). Negara seperti Singapura dan Thailand memiliki sistem tersier yang maju, sementara negara seperti Kamboja dan Laos berjuang dengan akses terbatas dan hasil yang suboptimal (ASEAN Secretariat, 2021). Ketimpangan ini menuntut penilaian efisiensi yang sistematis untuk memandu intervensi kebijakan yang tepat.

5.1.2 Tujuan Penelitian

Bab ini bertujuan untuk:

1. Mengevaluasi efisiensi operasional 50 rumah sakit tersier di Asia Tenggara menggunakan *Data Envelopment Analysis* (DEA) dua tahap dengan pendekatan bootstrap.
2. Mengidentifikasi praktik terbaik dan determinan kontekstual yang memengaruhi kinerja rumah sakit.
3. Mengusulkan strategi optimalisasi berbasis bukti untuk meningkatkan penyampaian pelayanan tersier di kawasan.

5.2 Kerangka Teoretis dan Tinjauan Pustaka

5.2.1 Landasan Konseptual

Analisis efisiensi dalam penelitian ini didasarkan pada dua kerangka teoretis utama:

- **Teori Produksi** (Farrell, 1957): Rumah sakit dipandang sebagai unit pengambilan keputusan (*decision-making units*) yang mengubah input seperti tenaga kerja dan modal menjadi output berupa hasil kesehatan, seperti tingkat kelangsungan hidup pasien atau volume bedah.
- **Teori Kontingensi** (Donaldson, 2001): Efisiensi rumah sakit dipengaruhi oleh faktor lingkungan seperti kebijakan nasional, struktur pembiayaan, dan karakteristik demografis pasien.

BAB 6

OPTIMALISASI BIAYA PELAYANAN KESEHATAN: MENYEIMBANGKAN AKSES DAN KEBERLANJUTAN DALAM PROGRAM JKN INDONESIA

6.1 Pendahuluan

Sistem pelayanan kesehatan global menghadapi tantangan ganda: memperluas akses ke layanan kesehatan yang berkualitas sambil memastikan keberlanjutan finansial (World Health Organization [WHO], 2023). Di Indonesia, **Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**, skema cakupan kesehatan universal (UHC) berbasis pembayar tunggal terbesar di dunia, mencakup lebih dari 238 juta penerima manfaat sejak diluncurkan pada 2014 (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2023). Namun, program ini menghadapi tantangan seperti defisit anggaran, kebocoran finansial akibat klaim penipuan, dan disparitas regional dalam efektivitas biaya (Thabrany, 2023). Bab ini bertujuan untuk:

1. Mengevaluasi efektivitas biaya JKN menggunakan analisis regresi logistik ($OR = 1,30$, $p < 0,05$).
2. Menganalisis inovasi model *pay-for-performance* (P4P) berbasis blockchain yang mengurangi biaya pemrosesan klaim sebesar 12% (Raharja et al., 2024).

3. Mengusulkan strategi kebijakan berbasis bukti untuk menyeimbangkan akses dan keberlanjutan finansial dalam sistem JKN.

6.1.1 Kerangka Teoretis

Penelitian ini didasarkan pada dua teori utama:

- **Teori Principal-Agent** (Arrow, 1963): Hubungan antara pembayar (BPJS Kesehatan) dan penyedia layanan (rumah sakit) sering kali dipengaruhi oleh asimetri informasi, yang dapat menyebabkan perilaku oportunistik seperti penipuan klaim.
- **Efisiensi Pembiayaan Kesehatan** (Musgrove, 2020): Sistem pembiayaan yang efisien meminimalkan pemborosan sumber daya sambil memaksimalkan hasil kesehatan.

6.1.2 Pernyataan Masalah

Meskipun JKN telah meningkatkan akses ke pelayanan kesehatan, program ini menghadapi tantangan keberlanjutan finansial akibat:

- **Defisit Anggaran:** BPJS Kesehatan melaporkan defisit kumulatif sebesar Rp 18,8 triliun pada 2022 (BPJS Kesehatan, 2023).
- **Kebocoran Finansial:** Sekitar 14% klaim JKN diduga bersifat penipuan atau tidak sesuai (Thabrany, 2023).
- **Disparitas Regional:** Rumah sakit di Jawa mencapai biaya 30% lebih rendah dibandingkan rumah sakit di Indonesia Timur ($p = 0,01$) (Mahendradhata et al., 2023).

6.1.3 Tujuan Penelitian

Bab ini bertujuan untuk:

1. Mengukur efektivitas biaya JKN melalui analisis regresi logistik.
2. Mengevaluasi dampak model P4P berbasis blockchain terhadap efisiensi pemrosesan klaim.
3. Merumuskan rekomendasi kebijakan untuk meningkatkan keberlanjutan finansial JKN tanpa mengorbankan akses.

BAB 7

PROMOSI KESEHATAN – MEMBERDAYAKAN INDIVIDU DAN KOMUNITAS MELALUI LITERASI KESEHATAN

7.1 Pendahuluan

Dalam wacana kesehatan masyarakat kontemporer, promosi kesehatan telah melampaui paradigma biomedis tradisional untuk menjadi strategi multidimensi yang berfokus pada peningkatan kapasitas individu dan kolektif dalam mengendalikan determinan kesehatan. Inti dari paradigma ini adalah literasi kesehatan, sebuah determinan dasar yang membentuk kemampuan individu untuk mengakses, memahami, menilai, dan menerapkan informasi kesehatan guna mendorong otonomi, pengambilan keputusan yang terinformasi, dan perubahan perilaku (Nutbeam, 2000; WHO, 2013).

7.2 Promosi Kesehatan: Pergeseran Menuju Pemberdayaan

Promosi kesehatan, sebagaimana dikodifikasi dalam Piagam Ottawa (WHO, 1986), bukan hanya penyebaran informasi terkait kesehatan atau pengobatan penyakit. Ini adalah proses politik dan sosial yang memungkinkan masyarakat untuk meningkatkan kesehatan mereka

melalui pengendalian yang lebih besar atas determinan kesehatannya. Piagam tersebut menekankan lima area tindakan utama: membangun kebijakan publik yang sehat, menciptakan lingkungan yang mendukung, memperkuat aksi komunitas, mengembangkan keterampilan pribadi, dan mengarahkan ulang layanan kesehatan. Di antara ini, pengembangan keterampilan pribadi—yang berakar pada pendidikan dan informasi—menempatkan literasi kesehatan sebagai pendorong pemberdayaan (Sørensen et al., 2012).

Pemberdayaan dalam promosi kesehatan lebih dari sekadar partisipasi; ini melibatkan peningkatan kesadaran kritis, pengembangan kompetensi pengambilan keputusan, dan mendorong keagenan pada tingkat individu dan komunitas. Konseptualisasi ini didukung oleh model conscientization Paulo Freire (1970), di mana literasi berfungsi sebagai alat pembebasan. Dalam konteks kesehatan, literasi bukan hanya sekumpulan keterampilan, tetapi juga mekanisme transformasi sosial dan pribadi.

7.2.1 Mendefinisikan Literasi Kesehatan dalam Konteks Multilevel

Literasi kesehatan telah berkembang melampaui literasi fungsional dasar (kemampuan membaca dan menulis informasi kesehatan) untuk mencakup domain interaktif dan kritis (Nutbeam, 2008). Literasi fungsional mencakup pemahaman resep, formulir rumah sakit, dan jadwal janji temu. Literasi interaktif melibatkan individu dalam mengomunikasikan kebutuhan kesehatan dan menavigasi sistem kesehatan. Namun, literasi kesehatan kritis merujuk pada kemampuan untuk mengevaluasi informasi secara kritis, terlibat dalam proses sipil, dan menantang determinan struktural kesehatan (Kickbusch & Maag, 2005; Nutbeam & Lloyd, 2021).

Model tiga lapis ini mencerminkan bahwa literasi kesehatan bukan hanya aset kognitif, tetapi praktik sosial yang tertanam dalam konteks. Misalnya, komunitas terpinggirkan mungkin menghadapi hambatan literasi bukan karena kurangnya kecerdasan, tetapi karena perbedaan bahasa, eksklusi digital, atau bias sistemik dalam sistem kesehatan (Zarcadoolas et al., 2006). Oleh karena itu, literasi kesehatan harus dipandang bukan

BAB 8

PELAYANAN KESEHATAN YANG ADIL: KERANGKA MULTIDIMENSI UNTUK MENGATASI KETIMPANGAN DETERMINAN SOSIAL KESEHATAN

8.1 Pendahuluan: Kebutuhan Global untuk Keadilan Kesehatan

Ketimpangan kesehatan tetap menjadi tantangan yang terus-menerus di seluruh sistem kesehatan global, yang secara tidak proporsional memengaruhi populasi terpinggirkan dan melemahkan tujuan cakupan kesehatan universal (*Universal Health Coverage*–UHC). Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO, 2023), perempuan pribumi menghadapi angka kematian ibu 4,8 kali lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan non-pribumi, sementara populasi pedesaan mengalami kesenjangan harapan hidup hingga 3,2 tahun dibandingkan dengan penduduk perkotaan (IHME, 2023). Ketimpangan ini bukan hanya bersifat klinis, tetapi berakar kuat pada **determinan sosial kesehatan (SDOH)**—status sosial-ekonomi, pendidikan, akses geografis, dan ketidakadilan sistemik seperti rasisme dan diskriminasi gender. SDOH menyumbang 50-60% dari ketimpangan kesehatan, jauh melebihi dampak perawatan klinis saja (Braveman & Gottlieb, 2023).

Dampak ekonomi dari ketimpangan ini juga sangat besar. Ketimpangan yang dapat dicegah menyebabkan kerugian produktivitas tahunan sebesar \$1,2 triliun di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah (*Low- and Middle-Income Countries*—LMICs), memperburuk siklus kemiskinan dan penyakit (UNDP, 2023). Di negara-negara berpenghasilan tinggi, ketimpangan rasial dan etnis menyebabkan biaya kesehatan berlebih dalam jumlah miliaran—\$337 miliar di Amerika Serikat saja pada tahun 2020 (Williams & Cooper, 2023). Mengatasi kesenjangan ini memerlukan pendekatan multidimensi yang mengintegrasikan intervensi berbasis bukti, keterlibatan masyarakat, dan inovasi kebijakan.

Bab ini menyediakan kerangka komprehensif untuk menangani ketimpangan kesehatan melalui strategi yang berfokus pada SDOH, dengan menekankan penelitian partisipatif berbasis masyarakat (*Community-Based Participatory Research*—CBPR), analitik canggih, dan desain kebijakan yang berorientasi pada keadilan. Bab ini mengkaji:

1. Faktor struktural penyebab ketimpangan kesehatan di LMICs dan di luar itu.
2. Intervensi berbasis bukti untuk mengurangi ketimpangan, dengan fokus pada efektivitas biaya.
3. Rekomendasi kebijakan untuk membangun sistem kesehatan yang adil.
4. Alat implementasi untuk peneliti, pembuat kebijakan, dan pemangku kepentingan masyarakat.

8.1.1 Landasan Teoretis

Bab ini didasarkan pada dua kerangka kerja yang saling melengkapi:

1. **Teori Penyebab Fundamental (Link & Phelan, 2023):** Hambatan struktural—kemiskinan, diskriminasi, dan distribusi sumber daya yang tidak merata—secara terus-menerus menghasilkan ketimpangan kesehatan, bahkan ketika teknologi medis maju. Sebagai contoh, akses ke terapi antiretroviral di Afrika Sub-Sahara tetap condong ke elit perkotaan, meskipun ada upaya penskalaan global (Benatar et al., 2023).

BAB 9

PELAYANAN KESEHATAN PRIMER: LANDASAN UTAMA SISTEM KESEHATAN

9.1 Pendahuluan

Pelayanan kesehatan primer (*primary healthcare*, PHC) diakui secara global sebagai fondasi utama sistem kesehatan yang efektif, efisien, dan berkeadilan (World Health Organization [WHO], 2023). Deklarasi Alma-Ata tahun 1978 menegaskan bahwa PHC adalah strategi kunci untuk mencapai *health for all*, dengan fokus pada akses universal, pencegahan penyakit, dan promosi kesehatan (WHO, 1978). Dalam konteks Indonesia, PHC, yang terutama disediakan melalui Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan klinik swasta dalam ekosistem *Jaminan Kesehatan Nasional* (JKN), memainkan peran sentral dalam meningkatkan hasil kesehatan dan mengurangi beban sistem rumah sakit (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2023). Namun, tantangan seperti kekurangan pendanaan (*underfunding*), distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata, dan rendahnya literasi kesehatan masyarakat menghambat potensi penuh PHC (Mahendradhata et al., 2023).

PHC tidak hanya berfungsi sebagai titik masuk utama ke sistem kesehatan, tetapi juga sebagai *gatekeeper* yang mengoptimalkan alokasi sumber daya dan memastikan pelayanan yang berkelanjutan, komprehensif,

dan terkoordinasi (Starfield, 1998). Di Indonesia, dengan populasi lebih dari 270 juta jiwa yang tersebar di lebih dari 17.000 pulau, PHC melalui Puskesmas menjadi tulang punggung sistem kesehatan nasional. Meski demikian, data menunjukkan bahwa anggaran untuk Puskesmas hanya mencakup 15% dari total belanja kesehatan nasional pada tahun 2022, jauh di bawah rekomendasi WHO sebesar 25% (Kemenkes RI, 2023; WHO, 2023). Selain itu, disparitas regional, seperti rasio dokter per kapita yang 50% lebih rendah di Indonesia Timur dibandingkan Jawa, memperburuk akses dan kualitas layanan (Thabrany, 2023).

Bab ini bertujuan untuk memberikan kerangka komprehensif guna memperkuat PHC di Indonesia, dengan fokus pada:

1. Mengevaluasi peran PHC dalam meningkatkan efisiensi, ekuitas, dan hasil kesehatan sistem kesehatan.
2. Menganalisis efektivitas dan efektivitas biaya intervensi berbasis PHC, seperti program pencegahan penyakit tidak menular (*non-communicable diseases*, NCD), *telemedicine*, dan pemberdayaan masyarakat.
3. Merumuskan rekomendasi kebijakan berbasis bukti untuk mendukung cakupan kesehatan universal (*universal health coverage*, UHC) melalui PHC yang tangguh.
4. Menyediakan alat implementasi praktis bagi peneliti, pembuat kebijakan, dan pemangku kepentingan masyarakat.

9.1.1 Kerangka Teoretis

Penelitian ini didasarkan pada dua kerangka teoretis yang saling melengkapi:

1. **Model Starfield untuk Pelayanan Kesehatan Primer (Starfield, 1998):** Menekankan empat pilar PHC:
 - **Akses Pertama (*First-Contact Access*):** PHC sebagai titik kontak awal untuk semua kebutuhan kesehatan.
 - **Kesinambungan (*Continuity*):** Hubungan berkelanjutan antara pasien dan penyedia layanan untuk manajemen kesehatan jangka panjang.

BAB 10

TENAGA KESEHATAN MASYARAKAT- KATALISATOR PERUBAHAN

10.1 Pendahuluan

Tenaga Kesehatan Masyarakat (TKM) atau *Community Health Workers* (CHWs) memainkan peran penting dalam menjembatani kesenjangan antara sistem layanan kesehatan dan masyarakat yang mereka layani. Mereka adalah petugas kesehatan garis depan yang juga merupakan anggota terpercaya dari komunitas tempat mereka bekerja, menjadikan mereka memiliki posisi strategis untuk meningkatkan hasil kesehatan, mendorong kesetaraan kesehatan, dan mengurangi disparitas layanan kesehatan (Lehmann & Sanders, 2007). TKM umumnya merupakan pekerja awam dengan pemahaman yang mendalam tentang konteks sosial, budaya, dan ekonomi masyarakatnya, sehingga mereka mampu membangun hubungan yang kuat, menumbuhkan kepercayaan, dan memberikan layanan yang sesuai secara budaya (Perry et al., 2014).

Pentingnya peran TKM telah diakui secara global sebagai komponen esensial dalam layanan kesehatan primer dan cakupan kesehatan semesta (*Universal Health Coverage/UHC*) (WHO, 2007). TKM diidentifikasi sebagai pendekatan yang hemat biaya untuk memperluas jangkauan layanan kesehatan ke populasi yang kurang terlayani, meningkatkan

literasi kesehatan, dan mengurangi beban pada sistem layanan kesehatan yang sudah kewalahan (Haines et al., 2007). Misalnya, selama pandemi COVID-19, TKM memainkan peran krusial dalam melakukan penyuluhan komunitas, edukasi kesehatan, pelacakan kontak, dan kampanye vaksinasi (Perry et al., 2021).

Bab ini mengeksplorasi peran multifungsi TKM sebagai katalisator perubahan, mengkaji tantangan yang mereka hadapi, serta menyajikan strategi berbasis bukti untuk integrasi efektif mereka ke dalam sistem layanan kesehatan. Pembahasan disusun berdasarkan berbagai studi, laporan, dan buku, guna memberikan gambaran komprehensif mengenai dampak TKM terhadap kesehatan global.

10.2 Tinjauan Pustaka

10.2.1 Perkembangan Historis Tenaga Kesehatan Masyarakat

Konsep TKM telah ada sejak tahun 1960-an, saat Deklarasi Alma-Ata pertama kali mengakui potensi mereka dalam mempromosikan layanan kesehatan primer (WHO, 1978). Program-program awal seperti *Barefoot Doctors* di Tiongkok menunjukkan kekuatan model layanan kesehatan berbasis komunitas dalam menjangkau populasi terpencil (Zhu, 2018). Keberhasilan program tersebut menginspirasi negara-negara lain untuk mengadopsi model serupa, seperti program *Agentes Comunitários de Saúde* di Brasil dan *Health Extension Program* di Ethiopia (Bhutta et al., 2010).

Sejak saat itu, peran TKM berkembang dari sukarelawan menjadi posisi yang lebih terstruktur dan profesional, sering kali dengan pelatihan formal, sertifikasi, serta integrasi ke dalam sistem kesehatan nasional (Lehmann & Sanders, 2007). Namun, peran dan tanggung jawab mereka sangat bervariasi tergantung pada konteks lokal, mencerminkan kebutuhan dan prioritas masing-masing komunitas (Olaniran et al., 2017).

BAB 11

KESEHATAN POPULASI: PENDEKATAN SISTEM

11.1 Pendahuluan

Kesehatan populasi adalah bidang multidisiplin yang mempelajari hasil kesehatan, distribusinya, dan determinan yang memengaruhi kelompok populasi (Kindig & Stoddart, 2003). Pendekatan sistem dalam kesehatan populasi mengakui interaksi kompleks antara faktor biologis, lingkungan, sosial, ekonomi, dan politik yang membentuk hasil kesehatan (Leischow & Milstein, 2006). Berbeda dengan model biomedis tradisional yang berfokus pada intervensi tingkat individu, pendekatan sistem memperluas cakupan untuk memasukkan pengaruh komunitas, kebijakan, dan dinamika global (Stermann, 2000). Di Indonesia, misalnya, program **Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)** dan **Puskesmas** mencerminkan upaya untuk mengatasi kesehatan populasi melalui pendekatan sistem yang mengintegrasikan layanan kesehatan primer, pencegahan penyakit, dan promosi kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia [Kemenkes RI], 2023).

Bab ini bertujuan untuk:

1. Mengeksplorasi kesehatan populasi melalui lensa pemikiran sistem, dengan fokus pada interaksi dinamis, *feedback loops*, dan sifat emergen sistem kesehatan.

2. Menganalisis determinan kesehatan populasi, termasuk faktor sosial, lingkungan, dan struktural, serta relevansinya dalam konteks Indonesia.
3. Mengevaluasi pendekatan pemodelan sistem, seperti *causal loop diagrams* (CLD) dan *agent-based modeling* (ABM), dalam merancang intervensi kesehatan populasi.
4. Menyajikan studi kasus global dan lokal untuk mengilustrasikan penerapan pendekatan sistem.
5. Merumuskan rekomendasi kebijakan untuk memperkuat kesehatan populasi melalui kolaborasi lintas sektor dan inovasi teknologi.

11.1.1 Kerangka Teoretis

Penelitian ini mengadopsi dua kerangka teoretis utama:

- **Pemikiran Sistem** (Sterman, 2000): Memahami kesehatan populasi sebagai hasil dari interaksi kompleks antara berbagai komponen sistem, seperti kebijakan, akses layanan kesehatan, dan faktor sosial-ekonomi.
- **Kerangka Determinan Sosial Kesehatan (SDOH)** (Marmot & Wilkinson, 2006): Menekankan bahwa kesehatan populasi tidak hanya ditentukan oleh layanan kesehatan, tetapi juga oleh faktor sosial seperti pendidikan, pendapatan, dan lingkungan.

11.1.2 Pernyataan Masalah

Meskipun pendekatan sistem menawarkan kerangka yang kuat untuk memahami kesehatan populasi, banyak tantangan tetap ada:

- **Ketimpangan Kesehatan:** Di Indonesia, disparitas regional menyebabkan angka harapan hidup di Papua 10 tahun lebih rendah dibandingkan di Yogyakarta (Badan Pusat Statistik [BPS], 2023).
- **Beban Penyakit Ganda:** Peningkatan penyakit tidak menular (NCD) seperti diabetes (prevalensi 10,8% pada 2022) bersamaan dengan penyakit menular seperti TBC membebani sistem kesehatan (Kemenkes RI, 2023).

BAB 12

KESEJAHTERAAN: MENGINTEGRASIKAN KESEHATAN FISIK, MENTAL, DAN SOSIAL

12.1 Pendahuluan

Kesejahteraan (wellbeing) adalah konstruk multidimensi yang mencakup kesehatan fisik, mental, dan sosial, mencerminkan kemampuan individu untuk berkembang dalam lingkungannya (World Health Organization [WHO], 2023). WHO mendefinisikan kesehatan sebagai “keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap, bukan hanya ketiadaan penyakit atau kelemahan” (WHO, 1948, hlm. 1). Perspektif holistik ini telah mendapatkan perhatian dalam kebijakan kesehatan global, dengan kerangka kerja seperti Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (Sustainable Development Goals/SDGs) yang menekankan kesejahteraan sebagai elemen kunci untuk pembangunan manusia yang berkelanjutan (United Nations, 2015). Di era yang ditandai dengan meningkatnya penyakit tidak menular (non-communicable diseases/NCDs), krisis kesehatan mental, dan ketimpangan sosial, integrasi ketiga dimensi ini menjadi esensial untuk merancang sistem kesehatan yang mempromosikan ketahanan, kesetaraan, dan kualitas hidup (Patel et al., 2018).

Secara global, NCD menyumbang 74% kematian, dengan penyakit kardiovaskular dan gangguan kesehatan mental menjadi beban utama

(WHO, 2023). Kondisi kesehatan mental, termasuk depresi dan kecemasan, memengaruhi lebih dari 970 juta orang, sementara determinan sosial seperti kemiskinan dan diskriminasi memperburuk disparitas kesehatan (Allen et al., 2020). Di negara berpendapatan rendah dan menengah (low- and middle-income countries/LMICs), termasuk Indonesia, akses terhadap intervensi kesejahteraan terintegrasi masih terbatas, dengan hanya 30% fasilitas kesehatan primer (Puskesmas) yang menawarkan layanan kesehatan mental (Kemenkes RI, 2023). Tantangan-tantangan ini menegaskan perlunya kerangka kerja terpadu yang secara holistik menangani kesehatan fisik, mental, dan sosial.

Bab ini bertujuan untuk:

1. Mengevaluasi keterkaitan kesehatan fisik, mental, dan sosial dalam membentuk kesejahteraan holistik.
2. Menganalisis intervensi berbasis bukti yang mengintegrasikan ketiga dimensi ini, seperti program berbasis komunitas, alat kesehatan digital, dan inisiatif kesejahteraan di tempat kerja.
3. Mengusulkan rekomendasi kebijakan untuk menanamkan kesejahteraan ke dalam sistem kesehatan, dengan fokus pada konteks Indonesia dan LMIC.
4. Menyediakan alat implementasi untuk peneliti, pembuat kebijakan, dan pemangku kepentingan komunitas.

12.1.1 Landasan Teoretis

Bab ini didasarkan pada tiga kerangka kerja yang saling melengkapi:

1. **Model Biopsikososial (Engel, 1977):** Hasil kesehatan dihasilkan dari interaksi faktor biologis, psikologis, dan sosial, yang memerlukan intervensi terintegrasi (Engel, 1977; Suls & Rothman, 2020). Model ini menekankan bahwa kesehatan tidak dapat dipahami hanya dari satu dimensi, tetapi sebagai sistem yang saling berinteraksi.
2. **Salutogenesis (Antonovsky, 1996):** Berfokus pada faktor-faktor yang mempromosikan kesehatan dan ketahanan, seperti rasa koherensi (sense of coherence), daripada hanya menangani penyakit (Antonovsky, 1996; Bauer et al., 2021). Pendekatan ini relevan untuk

INDEKS

A

Agent-Based Modeling (ABM),
178, 209
Akses layanan kesehatan, 178, 209
Aksi kesehatan, 209
Arisan kesehatan, 209
Aset komunitas, 210
ASHA (India), 5, 8, 13, 121, 126,
129, 170

B

Biaya layanan kesehatan, 210
Bukti empiris, 10

C

Cakupan, viii, 8, 15, 22, 27, 45, 55,
71, 145, 198
Cakupan imunisasi, 22, 27, 145
Causal Loop Diagrams (CLD),
178, 210
Community engagement, 11, 210

D

Dana desa, 27, 210
Depresi, 189, 210
Desa Sehat, ix, 5, 21, 28, 210
Desa Siaga, 15, 18, 28, 211
Determinan sosial kesehatan, 211
Diabetes, 109, 121, 124
Digital, 2, 6, 8, 9, 10, 23, 24, 27,
29, 39, 40, 49, 50, 51, 91, 103,
107, 108, 109, 191, 198, 211
Digital health, 109, 211
Disparitas kesehatan, 211

E

Edukasi gizi, 6, 211
Ekologi sosial, model, 211

F

Fisik, 185, 188, 193, 194, 195

G

Gotong royong, 211

H

HIV/AIDS, 1, 5, 13, 51, 212

I

Imunisasi, 6, 8, 42, 212

Inovasi teknologi, 212

Intervensi berbasis komunitas,
179, 198, 212

Intervensi multi-level, 6

J

Jamban sehat, 20

Jaminan Kesehatan Nasional
(JKN), ix, 10, 18, 31, 69, 117,
135, 173, 199, 212

Jamu, 212

K

Kader kesehatan, 212

Kampanye kesehatan, 213

Keadilan kesehatan, 213

Kebijakan kesehatan, 213

Kepatuhan, 21, 145

Kerangka teoritis, 211

Kesehatan komunitas, 1, 3, 10, 213

Kesehatan mental, 188, 189, 196,
197, 213

Kesehatan populasi, 173, 175, 214

Kesehatan publik, 214

Kesejahteraan, viii, 87, 108, 185,
188, 189, 190, 191, 193, 194,
195, 196, 197, 213, 215

Kesenjangan digital, 4, 9, 103, 213

L

Lansia, 191, 196

Literasi kesehatan, 45, 86, 88, 90,
96, 99, 100, 101, 105, 106,
107, 214

M

Mental, 179, 185, 187, 189, 193,
194, 195, 197, 201

Modal sosial, 2, 214

N

NCD (Non-Communicable Diseases), 136, 137, 138, 139, 140,
141, 142, 143, 144, 145, 146,
147, 149, 150, 152, 174, 185,
187, 188, 191, 193, 196, 201,
214

Norma patriarki, 7, 214

O

Obesitas, 179

P

Pemberdayaan komunitas, 96, 214

Pemberdayaan perempuan, 7

Pemodelan sistem, 178, 215

Pendekatan berbasis aset, 5, 215

Pendidikan ibu, 177

Perawatan primer, 215
 Perawatan tersier, 215
 Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS), 215
 PKK (Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga), 3, 191, 215
 Polusi udara, 2, 177, 215
 Posyandu, viii, ix, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 17, 22, 24, 26, 27, 191, 196, 215, 216
 PRECEDE-PROCEED, model, 4, 6, 10, 92, 98, 216
 Privasi data, 103
 Promosi kesehatan, 85, 96, 103, 216
 Puskesmas, viii, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 135, 136, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 150, 173, 178, 179, 186, 189, 195, 197, 215, 216

R

Regional, 3, 6, 7, 14, 38, 43, 49, 61, 64, 66, 67, 70, 71, 79, 81, 112, 131, 133, 137, 139, 146, 154, 182, 197
 Resistensi budaya, 7, 9, 23, 27
 Riskesdas, viii, 4, 8, 216

S

Sanitasi, x, 12, 22, 27, 199, 216
 SehatPedia, ix, 3, 8, 12, 21, 23, 36, 216
 SONJO (Yogyakarta), viii, x, 2, 14, 199

Sosial, ix, 4, 5, 7, 10, 19, 46, 92, 99, 100, 106, 107, 113, 115, 159, 165, 166, 174, 177, 179, 185, 187, 190, 193, 194, 195, 199
 Stigma, 165, 187, 196, 217
 Stigma kesehatan mental, 217
 Stunting, 28, 217
 System Dynamics (SD), 178, 217

T

Telemedicine, 9, 23, 36, 40, 82, 140, 142, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 183, 200, 217
 Tenaga kesehatan masyarakat, 217
 Tradisi budaya, 217

GLOSARIUM

Agent-Based Modeling (ABM)

Definisi: Pendekatan pemodelan sistem yang mensimulasikan interaksi individu untuk memahami dinamika kesehatan populasi.

Referensi: Bab 11

Aksi kesehatan

Definisi: Upaya terorganisir untuk memobilisasi komunitas guna mencapai perubahan perilaku atau lingkungan yang mendukung kesehatan.

Referensi: Bab 2

Akses layanan kesehatan

Definisi: Kemampuan individu atau komunitas untuk memperoleh layanan kesehatan yang terjangkau dan berkualitas.

Referensi: Bab 8

Arisan kesehatan

Definisi: Skema tabungan kelompok berbasis komunitas untuk mendanai kebutuhan kesehatan di Indonesia.

Referensi: Bab 2

Aset komunitas

Definisi: Sumber daya sosial, fisik, dan budaya dalam komunitas yang dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan kesehatan.

Referensi: Bab 1, Bab 2

Biaya layanan kesehatan

Definisi: Beban finansial yang terkait dengan penyediaan dan akses layanan kesehatan, termasuk strategi pengurangannya.

Referensi: Bab 6

Causal Loop Diagrams (CLD)

Definisi: Alat pemodelan sistem untuk memvisualisasikan hubungan sebab-akibat dalam dinamika kesehatan populasi.

Referensi: Bab 11

Community engagement

Definisi: Proses melibatkan komunitas secara aktif dalam perencanaan dan pelaksanaan intervensi kesehatan.

Referensi: Bab 2

Dana desa

Definisi: Anggaran pemerintah yang dialokasikan untuk pembangunan desa, termasuk inisiatif kesehatan masyarakat.

Referensi: Bab 2, Bab 8

Depresi

Definisi: Gangguan kesehatan mental yang ditandai dengan kesedihan berkepanjangan dan hilangnya minat, sering menghadapi stigma di Indonesia.

Referensi: Bab 12

Desa Sehat

Definisi: Inisiatif lokal untuk menciptakan lingkungan desa yang mendukung kesehatan melalui partisipasi komunitas.

Referensi: Bab 2

Desa Siaga

Definisi: Program kesehatan berbasis komunitas untuk meningkatkan kesiapan desa dalam menangani masalah kesehatan.

Referensi: Bab 2

Determinan sosial kesehatan

Definisi: Faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan yang memengaruhi status kesehatan individu dan populasi.

Referensi: Bab 1, Bab 11

Digital health

Definisi: Penggunaan teknologi digital, seperti aplikasi mobile, untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan.

Referensi: Bab 1, Bab 12

Disparitas kesehatan

Definisi: Ketimpangan dalam akses dan hasil kesehatan antar kelompok sosial atau wilayah geografis.

Referensi: Bab 8

Edukasi gizi

Definisi: Kampanye untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pola makan sehat dan pencegahan malnutrisi.

Referensi: Bab 7

Ekologi sosial, model

Definisi: Kerangka teoritis yang menjelaskan interaksi antara individu, komunitas, dan lingkungan dalam konteks kesehatan.

Referensi: Bab 1

Gotong royong

Definisi: Nilai budaya Indonesia yang menekankan kerja sama komunal untuk mencapai tujuan bersama, termasuk dalam inisiatif kesehatan.

Referensi: Bab 2, Bab 12

HIV/AIDS

Definisi: Penyakit infeksius yang melemahkan sistem imun, menjadi fokus intervensi kesehatan masyarakat di Indonesia.

Referensi: Bab 1, Bab 2

Imunisasi

Definisi: Proses pemberian vaksin untuk mencegah penyakit menular, merupakan pilar perawatan primer di Indonesia.

Referensi: Bab 1, Bab 9

Inovasi teknologi

Definisi: Penerapan teknologi baru, seperti AI dan telemedicine, untuk meningkatkan efisiensi dan akses layanan kesehatan.

Referensi: Bab 1, Bab 12

Intervensi berbasis komunitas

Definisi: Program kesehatan yang dirancang dan dilaksanakan bersama komunitas untuk memenuhi kebutuhan lokal.

Referensi: Bab 1, Bab 2, Bab 9

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Definisi: Program asuransi kesehatan nasional Indonesia untuk menyediakan akses layanan kesehatan yang terjangkau.

Referensi: Bab 4, Bab 6

Jamu

Definisi: Obat tradisional berbasis herbal yang digunakan dalam praktik kesehatan masyarakat Indonesia.

Referensi: Bab 12

Kader kesehatan

Definisi: Relawan terlatih yang mendukung layanan kesehatan masyarakat, terutama di tingkat komunitas.

Referensi: Bab 10

Kampanye kesehatan

Definisi: Upaya terorganisir untuk meningkatkan kesadaran dan mengubah perilaku masyarakat terkait isu kesehatan.

Referensi: Bab 7

Keadilan kesehatan

Definisi: Prinsip bahwa setiap individu berhak atas akses yang setara terhadap layanan kesehatan berkualitas.

Referensi: Bab 8

Kebijakan kesehatan

Definisi: Peraturan dan program pemerintah untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Referensi: Bab 4

Kesejahteraan

Definisi: Kondisi holistik yang mencakup kesehatan fisik, mental, dan sosial, menjadi fokus intervensi terintegrasi.

Referensi: Bab 12

Kesenjangan digital

Definisi: Ketimpangan dalam akses terhadap teknologi digital yang memengaruhi pemanfaatan layanan kesehatan.

Referensi: Bab 1

Kesehatan komunitas

Definisi: Pendekatan untuk meningkatkan kesehatan melalui keterlibatan aktif komunitas dan pemanfaatan sumber daya lokal.

Referensi: Bab 1

Kesehatan mental

Definisi: Kesejahteraan emosional dan psikologis, sering kali menghadapi tantangan stigma di Indonesia.

Referensi: Bab 12

Kesehatan populasi

Definisi: Pendekatan sistemik untuk memahami dan meningkatkan kesehatan kelompok besar melalui analisis determinan.

Referensi: Bab 11

Kesehatan publik

Definisi: Ilmu dan praktik untuk mencegah penyakit dan mempromosikan kesehatan di tingkat populasi.

Referensi: Bab 4

Literasi kesehatan

Definisi: Kemampuan individu untuk memahami dan menggunakan informasi kesehatan untuk membuat keputusan yang tepat.

Referensi: Bab 1, Bab 7

Modal sosial

Definisi: Jaringan hubungan sosial dan kepercayaan yang mendukung kolaborasi dalam inisiatif kesehatan masyarakat.

Referensi: Bab 1, Bab 2

NCD (Non-Communicable Diseases)

Definisi: Penyakit tidak menular, seperti diabetes dan hipertensi, yang menjadi tantangan utama kesehatan masyarakat.

Referensi: Bab 1, Bab 11

Norma patriarki

Definisi: Struktur sosial yang membatasi peran perempuan, memengaruhi akses dan partisipasi dalam kesehatan masyarakat.

Referensi: Bab 1, Bab 10

Pemberdayaan komunitas

Definisi: Proses meningkatkan kapasitas komunitas untuk mengelola dan memecahkan masalah kesehatan mereka sendiri.

Referensi: Bab 2

Pemodelan sistem

Definisi: Pendekatan analitis untuk memahami dinamika kompleks dalam kesehatan populasi menggunakan alat seperti CLD.

Referensi: Bab 11

Pendekatan berbasis aset

Definisi: Strategi kesehatan yang memanfaatkan kekuatan dan sumber daya komunitas untuk mencapai tujuan kesehatan.

Referensi: Bab 1, Bab 2

Perawatan primer

Definisi: Layanan kesehatan dasar yang menjadi fondasi sistem kesehatan, disediakan melalui Puskesmas dan Posyandu.

Referensi: Bab 9

Perawatan tersier

Definisi: Layanan kesehatan spesialis untuk menangani kasus medis kompleks, sering kali terbatas di daerah terpencil.

Referensi: Bab 5

Perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)

Definisi: Praktik sehari-hari untuk menjaga kebersihan dan kesehatan, dipromosikan melalui kampanye kesehatan.

Referensi: Bab 7

PKK (Pemberdayaan Kesejahteraan Keluarga)

Definisi: Organisasi berbasis komunitas yang mendukung kesejahteraan keluarga, termasuk inisiatif kesehatan masyarakat.

Referensi: Bab 2, Bab 12

Polusi udara

Definisi: Kontaminasi lingkungan yang memengaruhi kesehatan pernapasan, menjadi fokus determinan kesehatan.

Referensi: Bab 1, Bab 11

Posyandu

Definisi: Pos pelayanan terpadu, program berbasis komunitas untuk menyediakan layanan kesehatan dasar bagi ibu dan anak.

Referensi: Bab 1, Bab 9, Bab 12

PRECEDE-PROCEED, model

Definisi: Kerangka perencanaan kesehatan untuk mengidentifikasi kebutuhan dan merancang intervensi berbasis komunitas.

Referensi: Bab 1

Promosi kesehatan

Definisi: Proses memungkinkan individu dan komunitas untuk meningkatkan kontrol atas kesehatan mereka.

Referensi: Bab 7

Puskesmas

Definisi: Pusat kesehatan masyarakat yang menyediakan layanan perawatan primer di tingkat lokal di Indonesia.

Referensi: Bab 9

Riskesdas

Definisi: Riset Kesehatan Dasar, survei nasional untuk mengumpulkan data kesehatan masyarakat Indonesia.

Referensi: Bab 1

Sanitasi

Definisi: Sistem dan praktik untuk menjaga kebersihan lingkungan guna mencegah penyakit.

Referensi: Bab 2

SehatPedia

Definisi: Aplikasi digital yang menyediakan informasi kesehatan dan mendukung literasi kesehatan masyarakat.

Referensi: Bab 1, Bab 2

Stigma kesehatan mental

Definisi: Persepsi negatif terhadap individu dengan gangguan kesehatan mental, menghambat akses perawatan.

Referensi: Bab 12

Stunting

Definisi: Gangguan pertumbuhan anak akibat malnutrisi kronis, menjadi prioritas kesehatan masyarakat Indonesia.

Referensi: Bab 1, Bab 11

System Dynamics (SD)

Definisi: Metode pemodelan untuk menganalisis dinamika sistem kesehatan yang kompleks.

Referensi: Bab 11

Telemedicine

Definisi: Layanan kesehatan jarak jauh menggunakan teknologi komunikasi untuk konsultasi dan diagnosis.

Referensi: Bab 1, Bab 12

Tenaga kesehatan masyarakat

Definisi: Profesional dan relawan yang bekerja untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, termasuk kader kesehatan.

Referensi: Bab 10

Tradisi budaya

Definisi: Nilai dan praktik lokal, seperti gotong royong dan jamu, yang memengaruhi pendekatan kesehatan masyarakat.

Referensi: Bab 12

BIOGRAPHY



dr. Abdullah Antaria, MPH, PhD, is a distinguished public health leader renowned for his expertise in health planning and management. Born in Bandarlampung on 14 December 1961, he has devoted over three decades to advancing Indonesia's public health systems.

Personal Information

- Full Name: Assoc. Prof. dr. Abdullah Antaria, MPH, PhD
- Place/Date of Birth: Bandarlampung, 14 December 1961
- Marital Status: Married to Prof. dr. Ratnawati, MCH, SpP(K), PhD, a prominent pulmonologist. They have three children.
- Contact: +6281245052347 | email: aaantaria@gmail.com

Education

- PhD in Health Planning and Administration, The University of New South Wales, Australia (2001–2005)

- Master of Public Health, The University of New South Wales, Australia (1994–1995)
- Medical Doctor, Sriwijaya University, Indonesia (1980–1988)

Professional Experience

- Emergency Doctor, dr. A. Moeloek Hospital, Bandarlampung (1988–1989)
- Head of Health Centres, Lampung Health Service (1988–1993)
- Head of Public Health Services, Bappenas, Indonesia (1997–2006)
- Head of Planning, RSUP dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta (2010–2012)
- Expert Adviser for MDGs/SDGs, Ministry of Human Development (2014–2017)
- Senior Lecturer, Poltekkes Kemenkes Jakarta 1 (2022–present)

Contributions

dr. Antaria has shaped Indonesia's health systems through mental health guidelines, MDG/SDG strategies, and cross-sectoral coordination. His publications on JKN and stunting reflect an evidence-based approach. As an educator, he mentors future health leaders, while his international roles, including leading Indonesia's 2015 OIC delegation, underscore his global impact.

Buku Referensi

Model Kesehatan Masyarakat Indonesia

Menuju Layanan Kesehatan yang Adil dan Terjangkau bagi semua



Buku *Model Kesehatan Masyarakat Indonesia* ini hadir laksana lentera di malam gelap, berupaya menerangi jalan menuju sistem kesehatan yang inklusif, terjangkau, dan abadi. Ia adalah lukisan cita-cita, ditorehkan dengan tinta ilmu dan semangat kebersamaan, memetakan model-model kesehatan yang berakar pada realitas Indonesia—dari sawah hijau pedesaan hingga hiruk-pikuk kota. Dengan pendekatan yang merangkul berbagai disiplin dan sektor, buku ini menenun strategi untuk memastikan setiap anak negeri, terutama mereka yang terpinggirkan dan rapuh, dapat merasakan hangatnya pelayanan kesehatan yang setara, bagaikan air yang mengalir merata ke setiap akar kehidupan.

Karya ini bukan sekadar deretan kata, melainkan undangan kepada para cendekiawan, praktisi kesehatan, pembuat kebijakan, dan setiap hati yang peduli akan kesejahteraan bangsa. Ia dirajut untuk menjadi sumber rujukan, sekaligus nyala inspirasi yang membangkitkan inovasi dan kolaborasi. Dengan menggabungkan kebijaksanaan dari atas dan semangat dari bawah, buku ini mengajak kita semua untuk melangkah bersama, membangun sistem kesehatan yang tak hanya kokoh menghadapi badai, tetapi juga mampu menumbuhkan bunga-bunga kesejahteraan di setiap sudut Indonesia.



✉ literasinusantaraofficial@gmail.com
🌐 www.penerbitlitnus.co.id
📺 @litnuspenerbit
📞 literasinusantara_
☎ 085755971589

