

BAB I
KONSEP KESEHATAN
MASYARAKAT

BAB I

KONSEP KESEHATAN MASYARAKAT

A. Sejarah Kesehatan Masyarakat

Sejarah kesehatan masyarakat dimulai dari Negara Yunani, dikenal 2 tokoh mitologi Yunani, Asclepius dan Higeia. Disebutkan bahwa Asclepius adalah seorang dokter yang tampan dan pandai. Meskipun tidak disebutkan pendidikan yang ditempuhnya, tetapi beliau mampu mengobati penyakit dan melakukan pembedahan berdasarkan prosedur tertentu (*surgical procedure*).

Higeia merupakan asisten Asclepius dan juga sebagai istrinya turut berkecimpung dalam bidang kesehatan dan telah melakukan upaya kesehatan masyarakat. Perbedaan antara Asclepius dan Higeia dalam pendekatan (penanganan) masalah kesehatan adalah:

- a. Asclepius melakukan pendekatan masalah kesehatan dengan cara pengobatan penyakit setelah penyakit terjadi pada seseorang.
- b. Higeia melakukan pendekatan masalah kesehatan dengan cara "hidup seimbang" sebelum terjadi sakit. Menerapkan hidup sehat, menghindari makanan/minuman beracun, makan makanan yang bergizi (baik), cukup istirahat dan melakukan olahraga. Apabila seseorang sudah jatuh sakit, Higeia menganjurkan melakukan upaya secara alamiah untuk menyembuhkan penyakit tersebut antara lain dengan memperkuat tubuhnya dengan makanan yang baik dari pada dengan pengobatan atau pembedahan.

Berdasarkan cerita mitos Yunani ini, akhirnya muncul dua aliran atau pendekatan dalam menangani masalah kesehatan. Kelompok atau aliran pertama mengikuti Asclepius, cenderung menunggu terjadinya penyakit (setelah sakit) selanjutnya melakukan pengobatan, dikenal

dengan pendekatan kuratif (pengobatan). Kelompok ini pada umumnya terdiri dari dokter, dokter gigi, psikiater, dan praktisi lain yang melakukan pengobatan penyakit baik fisik, psikis, mental, maupun sosial. Kelompok atau aliran kedua mengikuti pandangan Higiea, cenderung melakukan upaya pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan (promosi) sebelum terjadinya penyakit. Yang termasuk dalam kelompok ini adalah para petugas kesehatan masyarakat lulusan sekolah atau institusi kesehatan masyarakat dari berbagai jenjang.

Dalam perkembangan selanjutnya seakan muncul garis pemisah antara kedua kelompok profesi, yakni pelayanan kesehatan kuratif (*curative health care*) dan pelayanan pencegahan atau preventif (*preventive health care*). Dari kedua kelompok ini dapat dilihat perbedaan pendekatan yang dilakukan antara lain sebagai berikut.

- a. Pertama, pendekatan kuratif pada umumnya dilakukan terhadap sasaran secara individual, kontak terhadap sasaran (pasien) pada umumnya hanya sekali saja. Jarak antara petugas kesehatan (dokter, dokter gigi, psikiater, dan sebagainya) dengan pasien atau sasaran cenderung jauh. Sedangkan pendekatan preventif, sasaran atau pasien adalah masyarakat (bukan perorangan), masalah yang ditangani pada umumnya juga masalah yang menjadi masalah masyarakat, bukan masalah individu. Hubungan antara petugas kesehatan dengan masyarakat (sasaran) lebih bersifat kemitraan, tidak seperti dokter dan pasien.
- b. Kedua, pendekatan kuratif cenderung bersifat reaktif, artinya kelompok ini pada umumnya hanya menunggu masalah datang. Seperti misalnya dokter yang menunggu pasien datang ke Puskesmas atau tempat praktik. Kalau tidak ada pasien datang berarti tidak ada masalah, maka selesailah tugas mereka bahwa masalah kesehatan adalah adanya penyakit. Adapun kelompok preventif lebih menggunakan pendekatan proaktif, artinya tidak menunggu adanya masalah, tetapi mencari masalah. Petugas

kesehatan masyarakat tidak hanya menunggu pasien datang ke kantor atau di tempat praktik mereka, tetapi harus turun ke masyarakat mencari dan mengidentifikasi masalah yang ada di masyarakat dan melakukan tindakan.

- c. Ketiga, pendekatan kuratif cenderung melihat dan menangani klien atau pasien lebih kepada sistem biologis manusia atau pasien hanya dilihat secara parsial, padahal manusia terdiri dari kesehatan bio-psikologis dan sosial yang saling keterkaitan antara satu sistem dengan sistem yang lainnya. Sedangkan pendekatan preventif melihat klien sebagai makhluk yang utuh dengan pendekatan holistik. Terjadinya penyakit tidak semata karena terganggunya sistem biologi, individual tetapi dalam konteks yang luas aspek biologis, psikologis, dan sosial. Dengan demikian pendekatannya pun tidak individual atau parsial, tetapi harus menyeluruh atau holistik.

B. Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat

Hampir sepanjang sejarah peradaban manusia kesehatan masyarakat dalam praktiknya telah ada, hal ini dapat dilihat dari aturan yang diterapkan oleh masyarakat setempat, misalnya pembuangan kotoran manusia harus jauh dari pemukiman, jauh dari sumber air dan adanya ritual pemakaman bagi orang yang sudah meninggal. Bahkan, penggunaan berbagai ramuan yang digunakan bagi ibu bersalin ditemukan melalui keberadaan catatan arkeologi.

1. Masyarakat Kuno (500 SM)

Temuan berbagai arkeologi di lembah Indus (India Utara) adanya kamar mandi, sistem drainase di dalam rumah dan saluran pembuangan air yang letaknya lebih rendah daripada permukaan jalan menunjukkan adanya aktivitas kesehatan masyarakat pada masa itu.

Tulisan awal yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat adalah hukum Hammurabi (*code of Hammurabi*) raja terkenal Babilonia. Buku

tersebut memuat undang-undang yang berkaitan dengan praktik dokter dan kesehatan, dan berisi tentang petunjuk kebersihan personal, sanitasi perumahan/perkemahan, desinfeksi sumur, isolasi penderita lepra, pembuangan sampah, dan *hygiene* maternitas.

2. Budaya Klasik (500 SM – 500 M)

Selama abad ke-13 dan ke-12 SM orang Yunani berpergian ke Mesir, memperoleh ilmu pengetahuan dari orang Babilonia, Mesir, Yahudi, dan suku lainnya tercakup di dalam filosofi kedokteran dan kesehatan Yunani kuno (di abad ke-6 dan ke-5 SM).

Orang Yunani aktif menjalankan sanitasi komunitas, mereka mempersiapkan sumur di kota dengan mengambil sumber air dari pegunungan yang berjarak 10 mil dari perkotaan. Orang Romawi kemudian mengikuti teknologi bangsa Yunani tersebut dengan membuat saluran air dan mengalirkan air hingga bermil-mil jauhnya. Bukti sekitar 200 saluran air di Romawi hingga kini masih ada, dari Spanyol ke Syria dan dari Eropa Utara sampai Afrika Utara. Mereka juga membangun sistem saluran pembuangan air dan merintis aktivitas kesehatan masyarakat lainnya, di antaranya pengaturan pembangunan gedung, pembuangan sampah, dan pembersihan jalan serta perbaikannya.

3. Abad Pertengahan (500 – 1500 M)

Pendekatan terhadap masalah kesehatan dan penyakit di zaman ini sangat berbeda dengan pendekatan di zaman kekaisaran Romawi. Pada masa ini berkembang paham materialisme Romawi dan kesadaran spiritualisme. Masalah kesehatan dipandang memiliki penyebab spiritual dan solusi spiritual, periode ini dikenal dengan “zaman kegelapan” (500 – 1000 M). Kepercayaan ritual menyalahkan supranatural sebagai penyebab penyakit. Tidak diperhitungkan peran lingkungan fisik dan biologi yang dapat mengakibatkan penyakit menular. Sehingga penyakit menular menyebabkan epidemi yang ganas pada masa itu tidak terkendali selama

"era spiritual kesehatan masyarakat" hingga mengakibatkan jutaan orang meninggal karena lepra.

Penyakit epidemi yang paling mematikan pada periode itu adalah pes terjadi pada abad ke-14, penyakit ini dijuluki "*black death*" di Eropa sekitar 25 juta orang menjadi korban. Selama abad pertengahan ini juga terjadi epidemi penyakit lain diantaranya cacar, difteri, campak, influenza, *tuberculosis*, antraks, trakoma, dan yang terakhir muncul adalah penyakit sifilis yang juga membunuh ribuan orang.

4. Abad Kedelapan Belas

Abad kedelapan belas ditandai dengan perkembangan industri, berdampak terhadap kondisi yang tidak kondusif untuk kesehatan. Kota sangat padat, sumber air tidak memadai dan tidak sehat, jalanan kotor dan penuh sampah

Kemajuan dalam bidang kedokteran pada masa ini ditandai dengan ditemukannya vaksin cacar oleh Dr. Edward Jenner pada akhir abad ke delapan belas. Temuan ini menjadi salah satu temuan terbesar sepanjang zaman bagi dunia kedokteran maupun kesehatan masyarakat.

5. Abad Kesembilan Belas

Terjadi beberapa kemajuan luar biasa dibidang kesehatan masyarakat. Meskipun kondisi perkotaan semakin padat karena perkembangan industri namun metode pertanian yang lebih baik menyebabkan perbaikan gizi bagi banyak orang. Praktik tabib makin subur. Epidemi kolera masih terjadi di kota besar. Dr. John Snow mempelajari epidemi ini dan menemukan bahwa penyakit kolera disebabkan oleh konsumsi air dari pompa *broad street*. Epidemi kolera berakhir ketika pegangan pompa dilepaskan. Tindakan ini akhirnya membawa Dr. John Snow menemukan mikroorganisme yang dapat menyebabkan penyakit.

Pada abad ini dimulainya era modern kesehatan masyarakat, kemajuan dalam hal pemahaman berbagai penyebab penyakit menular. Pada periode ini dikenal dengan julukan periode bakteriologis kesehatan masyarakat.

6. Abad Kedua Puluh

Memasuki abad ke-20 angka harapan hidup mencapai umur 50 tahun. Banyak yang meninggal disebabkan penyakit menular seperti influenza, *pneumonia*, *tuberculosis*, dan infeksi saluran pencernaan serta penyakit lainnya demam tifoid, malaria dan difteri yang juga banyak memakan korban jiwa.

Jutaan anak meninggal karena diare dan kelainan bentuk tulang. Kondisi ini disebabkan defisiensi vitamin berjalan lambat, karena sebagian besar ilmuwan berfokus pada penyebab bakterial. Kesehatan gigi sangat buruk dijumpai di daerah perkotaan yang kumuh. Tidak tersedianya layanan prenatal dan pascanatal yang memadai menyebabkan tingginya angka kematian yang berkaitan dengan kehamilan dan kelahiran.

7. Kesehatan Masyarakat awal Tahun 2000-an

Awal milenium baru, disepakati bahwa kesehatan pada tingkat tertentu merupakan tanggung jawab perorangan, masyarakat mempunyai kewajiban untuk mewujudkan kondisi lingkungan yang mendukung tercapainya hidup sehat.

Pemberian Layanan Kesehatan

Pemberian layanan kesehatan menjadi tantangan terbesar kesehatan masyarakat di Amerika Serikat. Tingginya biaya layanan kesehatan berdampak pada ekonomi. Jika biaya layanan kesehatan tidak mencukupi, maka sebagian besar populasi dari masyarakat Amerika tidak tertakup dalam layanan kesehatan, pada tahun 1998 angka tersebut

mencapai 16,3% atau terdapat lebih 44 juta penduduk yang tidak mendapat layanan kesehatan.

Masalah Lingkungan

Jutaan orang Amerika hidup dalam komunitas yang udaranya tidak aman untuk dihirup, airnya tidak aman untuk diminum atau limbah padatnya dibuang secara tidak tepat. Dengan beberapa pengecualian, tingkat pencemaran yang dibebankan pada lingkungan semakin meningkat. Banyak penduduk Amerika yang masih percaya bahwa sumber daya alamnya tidak terbatas dan kontribusi individual mereka terhadap pencemaran secara keseluruhan tidak berarti. Kenyataannya, kita harus memperbaiki upaya kita dalam pelestarian alam dan penghematan energi untuk anak cucu kita, jika kita tidak ingin sumber daya alam musnah dan mereka hidup dalam lingkungan yang tidak sehat. Masalah ini diperumit dengan kenyataan semakin meningkatkan populasi penduduk dunia.

Penyakit Terkait Gaya Hidup

Penyebab kematian utama saat ini bukan penyakit menular seperti yang ditakuti 100 tahun lalu, tetapi penyakit kronis akibat gaya hidup pilihan yang tidak bijak. Empat penyebab kematian diawal tahun 2000-an adalah serangan jantung, kanker, stroke, dan penyakit paru obstruktif kronis. Meskipun benar bahwa suatu saat setiap orang akan mati akibat suatu penyebab, akan tetapi mayoritas masyarakat meninggal pada usia dini disebabkan suatu penyakit karena gaya hidup mereka yang tidak sehat. Disadari bahwa pengendalian yang kurang baik terhadap perilaku tidak sehat seperti kurang olah raga, diet yang buruk, merokok, penyalahgunaan obat dan alkohol dapat mencegah 40%-70% kasus kematian dini.

Penyakit Menular

Penyakit merupakan suatu konsep yang sulit untuk dipahami dan tidak jelas serta memiliki definisi yang berlainan baik secara sosial, budaya, maupun secara ilmu pengetahuan. Penyakit didefinisikan sebagai suatu pola respon yang diberikan oleh organisme hidup terhadap beberapa bentuk invasi benda asing atau terhadap cedera, yang mengakibatkan berubahnya fungsi normal organisme tersebut. Penyakit lebih jauh didefinisikan sebagai suatu keadaan abnormal saat tubuh tidak dapat merespon atau menjalani fungsi normalnya. Penyakit juga merupakan kegagalan mekanisme tubuh organisme untuk bereaksi terhadap invasi benda asing sehingga mengakibatkan gangguan pada fungsi atau struktur di beberapa bagian organisme tersebut.

Ada berbagai faktor yang berperan dalam suatu penyakit hingga penyakit itu dapat dicegah atau diobati dengan mengubah sebagian atau seluruh faktor yang memengaruhinya. Penyakit infeksi disebabkan oleh invasi organisme mikroskopik patogen. Patogen adalah organisme atau substansi seperti bakteri, virus, atau parasit yang mampu menimbulkan penyakit.

C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia diawali sejak pemerintah Belanda.

Tahun	Perkembangan
Abad 16	Diawali dengan upaya pemberantasan cacar dan kolera. Masuknya kolera pada tahun 1927 dan mewabah pada tahun 1937. Tahun 1948 cacar masuk ke Indonesia melalui Singapura dan berkembang di Indonesia.
1807	Pemerintah Gubernur Belanda Jenderal Daendels melakukan pelatihan dukun bayi dalam praktik persalinan. Upaya ini dilakukan dalam rangka penurunan angka kematian bayi yang tinggi pada waktu itu. Pada tahun 1930 mulai didaftarkan para dukun bayi

Tahun	Perkembangan
	sebagai penolong dan perawatan persalinan.
1851	dr. Bosch dan dr. Bleeker mendirikan sekolah dokter di Jawa dengan nama STOVIA (<i>School Tot Opleiding Van Indische Arsten</i>) sekolah untuk pendidikan dokter pribumi. Tahun 1927 didirikan sekolah dokter yang kedua di Surabaya dengan nama NIAS (<i>Nederland Indische Arsten School</i>). Pada tahun 1947 berdirinya Universitas Indonesia maka STOVIA berubah menjadi fakultas kedokteran Universitas Indonesia.
1888	Didirikan pusat laboratorium kedokteran di Bandung. Tahun 1938 pusat laboratorium ini berubah menjadi "Lembaga Eykman" laboratorium ini mempunyai peranan yang sangat penting dalam rangka menunjang pemberantasan penyakit seperti malaria, lepra, cacar dan sebagainya serta untuk bidang kesehatan masyarakat yang lain seperti : gizi dan sanitasi.
1922	Penyakit pes masuk ke Indonesia dan terjadi epidemi pada tahun 1933–1935. Pada tahun 1935 dilakukan upaya pemberantasan pes dengan melakukan penyemprotan DDT di rumah penduduk dan vaksin masal. Pada tahun 1925 Hydrich seorang petugas kesehatan pemerintah Belanda melakukan pengamatan terhadap masalah tingginya angka kematian dan kesakitan di Banyumas – Purwokerto. Dari hasil pengamatan dan analisis tersebut ia menyimpulkan bahwa penyebab tingginya angka kematian dan kesakitan ini adalah karena jeleknya kondisi sanitasi lingkungan. Masyarakat membuang kotorannya di sembarang tempat di kebun, di kali, selokan bahkan di pinggir jalan. Padahal mereka mengambil air minum di kali. Selanjutnya ia berkesimpulan bahwa kondisi sanitasi lingkungan disebabkan oleh perilaku penduduk. Oleh sebab itu untuk memulai upaya kesehatan masyarakat Hydrich mengembangkan daerah percontohan dengan melakukan "propaganda" (pendidikan) penyuluhan kesehatan. Sampai sekarang usaha Hydrich ini dianggap sebagai awal kesehatan masyarakat di Indonesia.
1951	Diperkenalkannya konsep Bandung (<i>Bandung plan</i>) oleh Dr. Y. Leimena dan dr. Patah yang merupakan tonggak penting perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia dengan diperkenalkannya konsep pelayanan kesehatan masyarakat aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan. Hal ini berarti bahwa

Tahun	Perkembangan
	dalam pengembangan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia kedua aspek ini tidak boleh dipisahkan, baik di rumah sakit maupun di puskesmas.
1956	<p>Dimulainya kegiatan pengembangan masyarakat sebagai bagian dari upaya pengembangan kesehatan masyarakat. Pada saat itu dr. Y. Suliani mendirikan "proyek Bekasi" menjadi proyek percontohan atau model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat pedesaan di Indonesia sebagai pusat pelatihan tenaga kesehatan. Proyek ini disamping sebagai model atau konsep keterpaduan antara pelayanan kesehatan dan pelayanan medis, juga menekankan pada pendekatan tim dalam pengelolaan program kesehatan.</p> <p>Untuk memperlancar penerapan konsep pelayanan terpadu ini terpilih 8 desa wilayah pengembangan masyarakat yaitu: Indrapura (Sumatera Utara), Lampung (Sumatera Selatan), Bojong Loa (Jawa Barat), Sleman (Jawa Tengah), Godeon (Yogyakarta), Mojosari (Jawa Timur), Kesiman (Bali) dan Barabai (Kalimantan Selatan).</p>
1967	Dilakukan seminar yang membahas dan merumuskan program kesehatan masyarakat terpadu sesuai dengan kondisi dan kemampuan rakyat Indonesia. Pada waktu itu dibahas konsep Puskesmas yang dibawakan oleh dr. Achmad Dipodilogo yang mengacu kepada konsep Bandung dan proyek Bekasi. Kesimpulan seminar ini adalah disepakatinya sistem Puskesmas yang terdiri dari tipe A, B, dan C. Dengan menggunakan hasil seminar tersebut Departemen Kesehatan menyiapkan rencana induk pelayanan kesehatan terpadu di Indonesia.
1968	Diadakan rapat kerja kesehatan nasional, dicetuskan bahwa Puskesmas adalah merupakan sistem pelayanan kesehatan terpadu, yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah (Departemen Kesehatan) menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Puskesmas). Puskesmas disepakati sebagai suatu unit pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh dan mudah dijangkau dalam wilayah kerja kecamatan atau sebagian kecamatan di kotamadya atau kabupaten.
1969	Sistem Puskesmas hanya disepakati 2 saja, yakni: tipe A dan tipe B. Tipe A dikelola oleh dokter, sedangkan tipe B hanya dikelola oleh paramedis.

Tahun	Perkembangan
1979	<p>Puskesmas hanya satu tipe dan tidak ada perbedaan tipe A dan B yang dikepalai oleh dokter. Kemudian dikembangkan penilaian puskesmas, stratifikasi puskesmas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Strata satu: Puskesmas dengan prestasi baik ▪ Strata dua: Puskesmas dengan prestasi rerata atau standar ▪ Strata tiga: Puskesmas dengan prestasi dibawah rerata <p>Dilengkapi juga dengan <i>micro planning</i> untuk perencanaan dan lokakarya mini untuk pengorganisasian kegiatan dan pengembangan kerja sama tim.</p>
1984	<p>Berkembangnya program paket terpadu kesehatan Keluarga Berencana (Posyandu) mencakup:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kesehatan Ibu dan Anak ▪ Keluarga Berencana ▪ Gizi ▪ Penanggulangan penyakit diare ▪ Imunisasi

Program pokok puskesmas yang telah distandar, yaitu:

1. Promosi Kesehatan (Promkes)
 - a. Penyuluhan Kesehatan Masyarakat
 - b. Sosialisasi Program Kesehatan
 - c. Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)
2. Pencegahan Penyakit Menular (P2M):
 - a. *Survailens Epidemiologi*
 - b. Pelacakan Kasus: TBC, Kusta, DBD, Malaria, Flu Burung, ISPA, Diare, IMS (Infeksi Menular Seksual), Rabies
3. Program Pengobatan:
 - a. Rawat Jalan Poli Umum
 - b. Rawat Jalan Poli Gigi
 - c. Unit Rawat Inap: Keperawatan, Kebidanan
 - d. Unit Gawat Darurat (UGD)
 - e. Puskesmas Keliling (Puskel)

4. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
 - a. ANC (*Antenatal Care*), PNC (*Post Natal Care*), KB (Keluarga Berencana),
 - b. Persalinan, Rujukan Ibu hamil Resti, Kemitraan Dukun
5. Upaya Peningkatan Gizi
Penimbangan, Pelacakan Gizi Buruk, Penyuluhan Gizi
6. Kesehatan Lingkungan:
 - a. Pengawasan SPAL (Saluran Pembuangan Air Limbah), SAMI-JAGA (Sumber Air Minum Jamban Keluarga), TTU (Tempat Tempat Umum), Institusi pemerintah
 - b. Survei jentik nyamuk
7. Pencatatan dan Pelaporan
Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP)

Selanjutnya program tersebut ditambah oleh program tambahan atau program penunjang puskesmas dilaksanakan sebagai kegiatan tambahan, pelaksanaannya disesuaikan dengan kemampuan sumber daya manusia yang tersedia, bahan, fasilitas puskesmas dalam memberikan pelayanan.

1. Kesehatan Mata: pelacakan kasus, rujukan
2. Kesehatan Jiwa: pendataan kasus, rujukan kasus
3. Kesehatan Lansia (Lanjut Usia): pemeriksaan, penjangkaran
4. Kesehatan Reproduksi Remaja: penyuluhan, konseling
5. Kesehatan Sekolah: pembinaan sekolah sehat, pelatihan dokter kecil
6. Kesehatan Olahraga: senam kesegaran jasmani

D. Definisi Kesehatan Masyarakat

Banyak para ahli kesehatan membuat batasan kesehatan masyarakat ini. Secara kronologis batasan kesehatan masyarakat mulai dengan batasan yang sangat sempit sampai batasan yang luas seperti

yang kita anut saat ini dapat diringkas seperti berikut ini. Batasan yang paling tua dikatakan bahwa kesehatan masyarakat adalah upaya untuk mengatasi masalah sanitasi yang mengganggu kesehatan. Dengan kata lain, kesehatan masyarakat adalah sama dengan sanitasi. Upaya memperbaiki dan meningkatkan sanitasi lingkungan adalah merupakan kegiatan kesehatan masyarakat. Kemudian pada akhir abad ke-18 dengan ditemukannya bakteri penyebab penyakit dan beberapa jenis imunisasi, kegiatan kesehatan masyarakat adalah pencegahan penyakit yang terjadi dalam masyarakat melalui perbaikan sanitasi lingkungan dan pencegahan penyakit melalui imunisasi.

Pada awal abad ke-19 kesehatan masyarakat sudah berkembang dengan baik, kesehatan masyarakat diartikan upaya integrasi antara ilmu sanitasi dengan ilmu kedokteran. Adapun ilmu kedokteran sendiri merupakan integrasi antara ilmu biologi dan ilmu sosial. Dan perkembangan selanjutnya, kesehatan masyarakat diartikan sebagai aplikasi dan kegiatan terpadu antara sanitasi dan pengobatan (kedokteran) dalam mencegah penyakit yang melanda penduduk atau masyarakat. Oleh karena masyarakat sebagai objek penerapan ilmu kedokteran dan sanitasi mempunyai aspek sosial ekonomi dan budaya yang sangat kompleks.

Akhirnya "kesehatan masyarakat" diartikan sebagai aplikasi keterpaduan antara ilmu kedokteran, sanitasi, dan ilmu sosial dalam mencegah penyakit yang terjadi di masyarakat. Dari pengalaman praktik kesehatan masyarakat yang telah berjalan sampai pada awal abad ke-20, Winslow (1920) akhirnya membuat batasan kesehatan masyarakat yang sampai sekarang masih relevan sebagai berikut: kesehatan masyarakat (*Public Health*) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan melalui "usaha pengorganisasian masyarakat" untuk:

- a. Perbaikan sanitasi lingkungan.
- b. Pemberantasan penyakit menular.

- c. Pendidikan untuk kebersihan perorangan.
- d. Pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan.
- e. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.

Dari batasan tersebut bahwa kesehatan masyarakat adalah kombinasi antara teori (ilmu) dan praktik (seni) yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan penduduk (masyarakat). Ketiga tujuan tersebut sudah barang tentu saling berkaitan dan mempunyai pengertian yang luas. Untuk mencapai ketiga tujuan pokok tersebut, Winslow mengusulkan cara atau pendekatan yang dianggap paling efektif adalah melalui "upaya pengorganisasian masyarakat".

Pengorganisasian masyarakat dalam rangka pencapaian tujuan kesehatan masyarakat, pada hakikatnya adalah menghimpun potensi masyarakat atau sumber daya (*resources*) yang ada di dalam masyarakat itu sendiri untuk upaya: preventif, kuratif, promotif, dan rehabilitatif kesehatan mereka sendiri. Pengorganisasian masyarakat dalam bentuk penghimpunan dan pengembangan potensi serta sumber daya masyarakat dalam konteks ini pada hakikatnya adalah menumbuhkan, membina dan mengembangkan partisipasi masyarakat di bidang pembangunan kesehatan.

Menumbuhkan partisipasi masyarakat tidaklah mudah, memerlukan pengertian, kesadaran dan penghayatan oleh masyarakat terhadap masalah kesehatan mereka sendiri, serta upaya pemecahannya. Untuk itu diperlukan pendidikan kesehatan masyarakat melalui pengorganisasian dan pengembangan masyarakat. Jadi pendekatan utama yang diajukan oleh Winslow dalam rangka mencapai tujuan kesehatan masyarakat sebenarnya adalah salah satu strategi atau pendekatan pendidikan kesehatan.

Selanjutnya Winslow secara implisit mengatakan bahwa kegiatan kesehatan masyarakat itu mencakup:

1. Sanitasi lingkungan.
2. Pemberantasan penyakit.
3. Pendidikan kesehatan (*hygiene*).
4. Manajemen (pengorganisasian).
5. Pengembangan rekayasa sosial dalam rangka pemeliharaan kesehatan masyarakat.

Dari 5 bidang kegiatan kesehatan masyarakat tersebut, 2 kegiatan diantaranya yakni kegiatan *hygiene* dan rekayasa sosial adalah menyangkut kegiatan pendidikan kesehatan. Sedangkan kegiatan bidang sanitasi pemberantasan penyakit dan pelayanan kesehatan, sesungguhnya tidak sekedar penyediaan sarana fisik, fasilitas kesehatan, dan pengobatan saja, tetapi perlu upaya pemberian pengertian dan kesadaran kepada masyarakat tentang manfaat serta pentingnya upaya atau fasilitas fisik tersebut dalam rangka pemeliharaan, peningkatan, dan pemulihan kesehatan mereka. Apabila tidak disertai dengan upaya ini maka sarana atau fasilitas pelayanan tersebut tidak atau kurang berhasil secara optimal.

Batasan lain disampaikan oleh Ikatan Dokter Amerika (1948) kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha pengorganisasian masyarakat. Batasan ini mencakup pula usaha masyarakat dalam pengadaan pelayanan kesehatan pencegahan dan pemberantasan penyakit. Dari perkembangan batasan kesehatan masyarakat seperti tersebut diatas dapat disimpulkan bahwa kesehatan masyarakat itu meluas dari mulai urusan sanitasi, teknik sanitasi, ilmu kedokteran kuratif, ilmu kedokteran pencegahan sampai dengan ilmu sosial dan itulah cakupan ilmu kesehatan masyarakat.

E. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Seperti disebutkan di atas bahwa kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni. Oleh sebab itu, ruang lingkup kesehatan masyarakat dapat pula dilihat dari dua hal tersebut. Sebagai ilmu, kesehatan masyarakat pada mulanya hanya mencakup 2 disiplin pokok keilmuan, yakni ilmu biomedis (*medical biology*) dan ilmu sosial (*social science*). Tetapi sesuai dengan perkembangan ilmu, maka disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakatpun berkembang. Sampai saat ini disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain, mencakup ilmu: biologi, kedokteran, kimia, fisika, lingkungan, sosiologi, antropologi, psikologi, pendidikan, dan sebagainya. Oleh sebab itu, ilmu kesehatan masyarakat adalah merupakan ilmu yang multidisiplin.

Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat atau sering disebut sebagai pilar utama ilmu kesehatan masyarakat antara lain sebagai berikut:

1. Epidemiologi.
2. Biostatistik/statistik kesehatan.
3. Kesehatan lingkungan.
4. Pendidikan kesehatan dan ilmu perilaku.
5. Administrasi kesehatan masyarakat.
6. Gizi masyarakat.
7. Kesehatan kerja.

Masalah kesehatan masyarakat adalah multi kausal, maka pemecahannya harus secara multidisiplin. Oleh sebab itu kesehatan masyarakat sebagai seni atau praktiknya mempunyai bentangan yang luas. Semua kegiatan baik yang langsung maupun yang tidak langsung untuk mencegah penyakit (preventif), peningkatan kesehatan (promotif), terapi fisik, mental dan sosial (kuratif) maupun pemulihan (rehabilitatif) adalah upaya kesehatan masyarakat. misalnya pembersihan lingkungan, penyediaan air bersih, pengawasan makanan, perbaikan gizi,

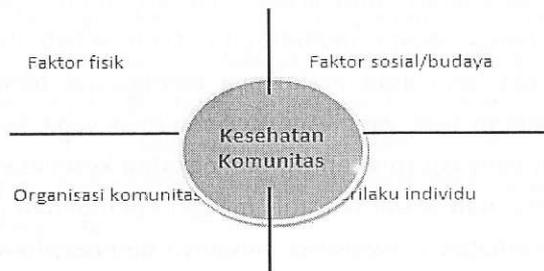
penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat, cara pembuangan tinja, pengelolaan sampah dan air limbah, pengawasan sanitasi tempat umum, pemberantasan sarang nyamuk, kecoa, lalat dan sebagainya.

Secara garis besar upaya yang dapat dikategorikan sebagai seni atau penerapan ilmu kesehatan masyarakat antara lain sebagai berikut:

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

F. Faktor yang Memengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat

Banyak faktor yang memengaruhi kesehatan suatu masyarakat sehingga status kesehatan masyarakat setiap komunitas berbeda. Faktor tersebut dapat berupa faktor fisik, sosial dan budaya serta kemampuan komunitas untuk mengorganisasi dan bekerja sama sebagai satu kesatuan dan juga perilaku individu yang ada didalam komunitas tersebut.



Gambar 1.1 Faktor yang memengaruhi kesehatan komunitas

Faktor Fisik

Berikut ini faktor fisik yang memengaruhi kesehatan suatu komunitas, meliputi:

a. Geografi

Masalah kesehatan masyarakat dapat dipengaruhi secara langsung oleh ketinggian, letak dan iklimnya. Di negara tropis yang iklimnya hangat, lembab, dan hujan turun sepanjang tahun, penyakit parasit dan infeksius merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama. Di banyak negara tropis, ketahanan terhadap penyakit itu semakin sulit karena kondisi tanah yang tidak subur sehingga produksi makanan tidak mencukupi dan terjadi malnutrisi. Di daerah dengan iklim sedang, masalah penyakit infeksius lebih sedikit dan pasokan makanan yang adekuat lebih dari cukup, masalah kesehatan masyarakat yang utamanya adalah obesitas dan penyakit jantung.

b. Lingkungan

Mutu lingkungan menjadi faktor keberlangsungan hidup manusia. Pencemaran terhadap tanah, air dan udara berakibat pada gangguan kesehatan masyarakat. Banyak pakar berpendapat bahwa lingkungan yang tidak sehat berdampak pada kesehatan masyarakat sekitarnya. Sehingga lingkungan yang tidak dijaga dan dilestarikan membawa generasi yang akan datang pada keadaan yang sulit untuk mendapatkan sumber daya alam yang kian terkuras dan tidak tergantikan.

c. Besar komunitas

Semakin besar jumlah masyarakat yang berada pada satu wilayah, maka dibutuhkan tenaga kesehatan yang semakin banyak dan profesional hal ini berkaitan dengan semakin besarnya masalah kesehatan dalam masyarakat tersebut. Sebagai contoh penyakit menular akan lebih cepat berkembang di daerah penduduk yang padat dalam suatu wilayah. Hal ini berhubungan dengan jumlah

penduduk yang padat akan menghasilkan jumlah sampah lebih banyak dibandingkan dengan penduduk yang sedikit. Meskipun di satu sisi ada efek negatif dan positif besarnya penduduk terhadap kesehatan masyarakat.

d. Perkembangan Industri

Perkembangan industri memiliki dampak positif dan negatif terhadap status kesehatan komunitas. Perkembangan industri membekali masyarakat dengan sumber daya tambahan untuk program kesehatan komunitas, tetapi disisi lain perkembangan industri juga dapat menimbulkan pencemaran lingkungan. Masyarakat yang berada diwilayah industri yang berkembang cepat memberikan efek positif seperti: (1) mendapatkan bahan baku, (2) membuang produk sampingan, (3) membuang limbah, (4) memperlakukan dan melindungi karyawan mereka, (5) menanggulangi kecelakaan lingkungan.

Faktor Sosial Budaya

Faktor sosial merupakan faktor yang muncul dari interaksi antara individu atau kelompok didalam masyarakat. Contoh masyarakat yang hidup di kota memiliki angka kesakitan terkait stres yang tinggi dibandingkan masyarakat desa.

Faktor budaya muncul dari cara pandang masyarakat berkaitan dengan kekuatan supranatural atau Tuhan, hubungan dengan orang lain dan lingkungan alamnya.

a. Kepercayaan, Tradisi, dan Praduga

Kepercayaan anggota masyarakat terhadap perilaku kesehatan seperti olah raga dan merokok akan memengaruhi kesehatan masyarakat. Tradisi dari kelompok etnis tertentu dapat memengaruhi jenis makanan yang disediakan di tempat umum (restoran). Praduga terhadap kelompok ras tertentu akan menyebabkan tindak kekerasan dan kejahatan.

b. Ekonomi

Kondisi ekonomi memengaruhi layanan kesehatan, sebagai contoh rendahnya hasil pajak akan berdampak pada menurunnya dana sosial kesehatan bagi masyarakat. Dana yang sedikit mengubah kebijakan aturan yang berlaku di masyarakat.

c. Politik

Masalah kesehatan berkaitan dengan politik, para elit politik yang memegang kekuasaan dapat menentukan kebijakan terhadap masalah kesehatan dan memberi keputusan terhadap isu kesehatan.

d. Agama

Berkaitan dengan kesehatan masyarakat, beberapa agama memperbolehkan melakukan pembatasan kelahiran, sedangkan agama lain melarangnya. Masyarakat ada yang menganut agama yang tidak memperbolehkan mengkonsumsi makan daging, namun ada pula agama yang tidak melarangnya. Jadi jelas bahwa agama dapat memengaruhi kesehatan suatu masyarakat baik secara positif maupun negatif.

e. Norma sosial

Nilai yang dianut dalam masyarakat memberi dampak positif dan negatif, misalnya di Amerika masyarakat mempunyai kebiasaan minum alkohol sebagai bentuk kesenangan dan semua orang menikmatinya termasuk kelompok yang masih terlalu muda diperbolehkan minum alkohol. Hingga 85%-90% siswa di kampus mencobanya dan terlihat jelas bahwa industri miras di Amerika telah memengaruhi norma sosial penduduknya.

f. Status sosial ekonomi

Di negara barat kesenjangan antara status kesehatan dan kematian antara masyarakat yang sosial ekonomi tinggi dan ekonomi rendah sangat menonjol. Golongan yang mempunyai kekuasaan mendapat pelayanan kesehatan yang lebih baik sedangkan golongan yang

sosial ekonominya paling rendah, sangat sulit untuk mendapatkan akses kesehatan. Selain mendapatkan akses menuju layanan kesehatan, pendapatan yang tinggi memungkinkan seseorang untuk memiliki rumah yang lebih baik, tinggal dipemukiman yang aman dan memungkinkan peluang untuk menerapkan perilaku yang meningkatkan kesehatan.

Pengorganisasian Masyarakat

Pengorganisasian masyarakat adalah proses untuk membantu masyarakat dalam mengidentifikasi masalah atau tujuan umum, memobilisasi sumber daya dengan cara lain membangun serta menerapkan strategi untuk mencapai tujuan yang telah mereka tetapkan bersama. Jika masyarakat dapat mengorganisasikan sumber dayanya dengan efektif menjadi satu kekuatan yang kokoh, masyarakat itu menjadi lebih siap untuk mengatasi dan memecahkan masalah kesehatannya. Dewasa ini narkoba menjadi masalah kesehatan utama, masalah ini tidak kunjung selesai namun jika masyarakat dapat mengorganisasikan sumber dayanya dengan efektif menjadi suatu kekuatan yang kokoh maka masyarakat akan lebih siap untuk bekerja sama memberantas narkoba.

Perilaku Individual

Perilaku anggota masyarakat berkontribusi pada kesehatan seluruh masyarakat. Jumlah kecelakaan dan cedera wajah dapat diturunkan jika masyarakat taat peraturan lalu lintas dan menggunakan sabuk keselamatan. Masyarakat yang mau diimunisasi akan meningkatkan kekebalan dan semakin lambat penyebaran penyakit tersebut sehingga makin sedikit orang yang akan terjangkit penyakit, konsep ini disebut ***imunitas kelompok***.

E. Sasaran Kesehatan Masyarakat

Sasaran kesehatan masyarakat adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga dan kelompok yang berisiko tinggi seperti keluarga penduduk didaerah kumuh, daerah terisolasi dan daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil. Untuk dapat mencapai hasil yang efektif, sasaran pendidikan kesehatan dapat dipilah menjadi tiga, yaitu sasaran primer, sekunder, dan tersier.

Sasaran primer biasanya disesuaikan dengan masalah kesehatan yang terjadi, seperti:

- a. Kepala keluarga untuk masalah kesehatan secara umum.
- b. Remaja putri dan wanita usia subur untuk masalah kesehatan reproduksi.
- c. Ibu hamil dan menyusui untuk masalah kesehatan ibu dan anak.
- d. Anak sekolah untuk kesehatan remaja.

Sasaran sekunder, misalnya para tokoh masyarakat, tokoh agama, dan tokoh adat. Dengan memberikan pendidikan kesehatan pada kelompok ini diharapkan mereka dapat menyebarkan kepada masyarakat dilingkungannya, seperti memberikan contoh perilaku sehat.

Sasaran tersier meliputi pembuat keputusan atau penentu kebijakan, baik di tingkat pusat maupun tingkat daerah. Kebijakan atau keputusan yang dikeluarkan kelompok ini akan mempunyai dampak terhadap perilaku para tokoh masyarakat (sasaran sekunder) dan masyarakat umum (sasaran primer).

PHC (PRIMARY HEALTH CARE)

A. Latar Belakang PHC

Gerakan PHC dimulai resmi pada tahun 1977 ketika sidang kesehatan WHO ke 30. Pada konferensi internasional di Alma Alta (Uni Soviet) pada tanggal 12 September 1978 ditentukan bahwa tujuan agar

menemukan titik temu dengan PHC, resolusi dikenal dengan *Health for All by the Year 2000* (HFA 2000) atau sehat untuk semua di tahun 2000 merupakan target resmi dari bangsa yang tergabung dalam WHO.

Pada tahun 1981 setelah diidentifikasi tujuan kesehatan untuk semua dan strategi PHC untuk merealisasikan tujuan, WHO membuat indikator global untuk pemantauan dan evaluasi yang dicapai tentang sehat untuk semua pada tahun 1986. Indikator tersebut adalah:

1. Perkembangan sosial dan ekonomi.
2. Penyediaan pelayanan kesehatan, status kesehatan.
3. Kesehatan sebagai objek atau bagian dari perkembangan sosial ekonomi.

B. Pengertian, Unsur, Prinsip dan Program PHC

1. Pengertian PHC

Primary Health Care (PHC) adalah strategi yang dapat dipakai untuk menjamin tingkat minimal dari pelayanan kesehatan untuk semua penduduk. PHC menekankan pada perkembangan yang bisa diterima dan terjangkau, pelayanan kesehatan yang diberikan adalah esensial bisa diraih dan mengutamakan pada peningkatan serta kelestarian yang disertai percaya diri sendiri, disertai partisipasi masyarakat dalam menentukan sesuatu tentang kesehatan.

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 dan masyarakat, melalui partisipasi mereka sepenuhnya serta dengan biaya yang dapat dijangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka sehingga membentuk semangat untuk hidup mandiri (*self reliance*) dan menentukan nasib sendiri (*self determination*).

2. Prinsip PHC

Lima prinsip dasar PHC adalah:

- a. Pemerataan upaya kesehatan.
- b. Penekanan pada upaya preventif.
- c. Menggunakan teknologi tepat guna.
- d. Melibatkan peran serta masyarakat.
- e. Melibatkan kerja sama lintas sektoral.

3. Program PHC

Program PHC antara lain:

- a. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya.
- b. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi.
- c. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar.
- d. Kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana.
- e. Imunisasi terhadap penyakit infeksi utama.
- f. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat.
- g. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa.
- h. Penyediaan obat esensial.

C. Perkembangan PHC di Indonesia

Setelah melewati satu periode Pembangunan Jangka Panjang Pertama selama 25 tahun, pelayanan kesehatan di Indonesia sudah semakin berkembang. Pada tahun 1982 disusunlah Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang dijadikan dasar penyusunan Rencana Pembangunan Jangka Panjang di bidang kesehatan sampai dengan tahun 2000. RPJPK ini telah dijabarkan ke dalam program lima tahunan disesuaikan dengan perkembangan dan transisi masalah kesehatan serta kependudukan.

Kajian perkembangan pelayanan kesehatan Indonesia digulirkan sejak Pelita I tahun 1971. Orientasi sistem pelayanan kesehatan Indonesia mulai diarahkan untuk mendukung kebijakan pengembangan pelayanan

kesehatan dasar (*primary health care oriented/community based health care services*). Sistem ini mengutamakan pelayanan kesehatan yang bersifat promosi kesehatan dan pencegahan. Perubahan orientasi sejak Pelita I tersebut ditandai dengan didirikannya puskesmas dan puskesmas pembantu. Hingga akhir tahun 2000, lebih dari 7000 puskesmas didirikan dan tersebar luas sampai ke tingkat kecamatan. Pembangunan puskesmas pembantu dan pos kesehatan juga tersebar luas sampai ke tingkat desa.

Misi utama pelayanan kesehatan primer ini adalah memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat yang tinggal di suatu wilayah melalui kegiatan monitoring pertumbuhan bayi (penimbangan, pelayanan kesehatan untuk anak), distribusi oralit, promosi penggunaan ASI, imunisasi, penyediaan air bersih, pemberian makanan tambahan (vitamin A, tablet besi dan kapsul yodium), pelayanan KB dengan biaya yang relatif murah.

Selama 35 tahun Indonesia mengembangkan *Primary health care service*. Indonesia sudah mencatat sukses besar dengan adanya penurunan tingkat kematian bayi (*Infant Mortality Rate/IMR*), tingkat fertilitas (*Fertility Rate/FR*), tingkat kematian ibu bersalin (*Maternal Mortality Rate/MMR*), angka kematian kasar (*Crude Date Rate/CDR*) dan angka kesakitan karena beberapa penyakit menular, terutama yang bisa dicegah dengan imunisasi serta memperpanjang angka harapan hidup (*Expectation of life*).

Penerapan PHC

Penerapan PHC di Indonesia melalui Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). Definisi PKMD yaitu: PKMD merupakan kegiatan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya didasarkan melalui sistem pelayanan puskesmas, dimana dalam mengembangkan kegiatan kesehatan oleh lembaga ini diikutsertakan anggota masyarakat di wilayah pedusunan melalui segala pengarahan untuk menimbulkan kesadaran

secara aktif dalam membantu memecahkan dan mengembangkan usaha kesehatan di desanya (Dirjen Binkesmas Depkes RI, 1976).

Sehingga PKMD dapat diartikan sebagai rangkaian kegiatan masyarakat yang dilakukan berdasarkan gotong royong, swadaya masyarakat dalam rangka menolong mereka sendiri untuk mengenal dan memecahkan masalah atau kebutuhan yang dirasakan masyarakat, baik dalam bidang kesehatan maupun bidang yang berkaitan dengan kesehatan agar mampu memelihara kehidupannya yang sehat dalam rangka meningkatkan mutu hidup dan kesejahteraan masyarakat.

Pokok pikiran yang fundamental, yang mendasari definisi PKMD tersebut di atas ditekankan melalui pendekatan sebagai berikut:

- a. Untuk keberhasilan PKMD di suatu daerah harus memanfaatkan pendekatan operasional terpadu (*comprehensive operational approach*) yang meliputi pendekatan secara sistem (*system approach*), pendekatan lintas sektoral dan antarprogram (*interprogram and intersectoral approach*), pendekatan multidisipliner (*multidisiplionnary approach*), pendekatan edukatif (*educational approach*) dan sebagainya.
- b. Dalam pembinaan terhadap peran serta masyarakat melalui pendekatan edukatif, hendaknya faktor ikut sertanya masyarakat ditempatkan, baik sebagai komplemen maupun suplemen terdepan dalam penunjang sistem kesehatan nasional ini.
- c. Sebagai kegiatan yang dikelola sendiri oleh masyarakat, PKMD secara bertahap dan terus menerus harus mampu didorong untuk membuka kemungkinan menumbuhkan potensi swadayanya melalui pemerataan akan peran setiap individu di desa secara lebih luas dan nyata.
- d. Puskesmas sebagai pengarah (*provider*) setempat perlu meningkatkan kegiatan di luar gedung (*outdoor activities*) untuk mengarahkan "intervensinya" di dalam memacu secara edukatif

terhadap kelestarian kegiatan PKMD oleh masyarakat di bawah bimbingan Lembaga Sosial Desa (LSD).

Kegiatan masyarakat tersebut diharapkan muncul atas kesadaran dan prakarsa masyarakat sendiri dengan bimbingan dan pembinaan dari pemerintah secara lintas program dan lintas sektoral. Kegiatan tersebut tak lain merupakan bagian integral dari pembangunan nasional umumnya dan pembangunan desa khususnya. Puskesmas sebagai pusat pengembangan kesehatan di tingkat kecamatan mengambil prakarsa untuk bersama dengan sektor yang bersangkutan, menggerakkan Peran Serta Masyarakat (PSM) dalam bentuk kegiatan PKMD.