

TOPIK 2

PENGANTAR DASAR ILMU KESEHATAN MASYARAKAT (Pendekatan dan Peran Kesehatan Masyarakat)

A. Capaian Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami mengenai konsep dasar ilmu kesehatan masyarakat, yang merupakan *basic science* dari seorang Sarjana Kesehatan Masyarakat (SKM).

B. Topik:

1. Penjelasan Silabus, Kontrak Belajar dan Pengenalan Kesehatan Masyarakat

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai prinsip dan teori kesehatan masyarakat

2. Pengertian Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai pendekatan kesehatan masyarakat berdasarkan *evidence*

3. Pendekatan dan Masyarakat berdasarkan *evidence*

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai komunikasi dan informasi kesehatan

4. Konsep Komunikasi dan Informasi kesehatan

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai prinsip ilmu sosial dan perilaku, dan kesehatan masyarakat

5. Prinsip ilmu sosial dan perilaku dan kesehatan masyarakat

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai faktor risiko dan pendekatan intervensi untuk penanggulangan penyakit tidak menular

6. Konsep pencegahan penyakit, kecacatan dan kematian

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai pencegahan penyakit, kecacatan dan kematian

7. Etika hukum dan kebijakan kesehatan masyarakat

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai etika, hukum dan kebijakan kesehatan

8. Konsep dan prinsip penanggulangan penyakit menular dan tidak menular

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai konsep dan prinsip penanggulangan penyakit menular dan tidak menular

9. Kesehatan Lingkungan dan Keselamatan Kerja dalam Kesehatan Masyarakat

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai kesehatan lingkungan dan keselamatan kerja

10. Konsep Profesi kesehatan dan tenaga kesehatan masyarakat

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai profesi kesehatan dan tenaga kesehatan

11. Institusi Pelayanan Kesehatan Masyarakat

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai institusi pelayanan kesehatan

12. Sistem pelayanan Kesehatan Masyarakat

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai sistem pelayanan kesehatan

13. Program dan sistem institusi kesehatan masyarakat

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai Program dan sistem institusi kesehatan masyarakat

14. Masa depan kesehatan masyarakat

Kemampuan akhir materi ini adalah Mahasiswa mampu memahami mengenai masa depan kesehatan masyarakat

C. Pengenalan Ilmu Kesehatan Masyarakat

Pada saat Anda akan mempelajari kesehatan masyarakat maka yang pertama kali harus Anda ketahui adalah konsep kesehatan masyarakat. Topik akan menjelaskan pengertian dan tujuan kesehatan masyarakat. Setelah menyelesaikan mata kuliah ini diharapkan mahasiswa mampu menjelaskan pengertian kesehatan masyarakat, menjelaskan tujuan kesehatan masyarakat, menjelaskan sejarah kesehatan masyarakat dan menjelaskan perkembangan kesehatan masyarakat. Berkaitan dengan tujuan tersebut, bacalah uraian berikut dengan cermat, kerjakan latihan setelah membaca rambu-rambu pengerjaan latihan, dan kerjakan tes setelah membaca ringkasan.

1. Sejarah Kesehatan Masyarakat

Membicarakan kesehatan masyarakat tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani, yakni Asclepius dan Higia. Berdasarkan cerita mitos Yunani tersebut Asclepius disebutkan sebagai seorang dokter pertama yang tampan

dan pandai meskipun tidak disebutkan sekolah atau pendidikan yang telah ditempuhnya, tetapi diceritakan bahwa ia dapat mengobati penyakit dan bahkan melakukan bedah berdasarkan prosedur prosedur tertentu (surgical procedure) dengan baik.

Higea, seorang asistennya, yang kemudian diceritakan sebagai istrinya, juga telah melakukan upaya-upaya kesehatan. Beda antara Asclepius dengan Higeia dalam pendekatan/ penanganan masalah kesehatan sebagai berikut: 1) Asclepius melakukan pendekatan (pengobatan penyakit) setelah penyakit tersebut terjadi pada seseorang. 2) Higeia mengajarkan kepada pengikutnya dalam pendekatan masalah kesehatan melalui 'hidup seimbang', yaitu menghindari makanan/minuman beracun, makan makanan yang bergizi (baik), cukup istirahat, dan melakukan olahraga. Apabila orang sudah jatuh sakit, Higeia lebih menganjurkan melakukan upaya-upaya secara alamiah untuk menyembuhkan penyakitnya tersebut, antara lain lebih baik dengan memperkuat tubuhnya dengan makanan yang baik, daripada dengan pengobatan/ pembedahan.

Abad Ke-16 Pemerintahan Belanda mengadakan upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti masyarakat pada waktu itu. Sehingga berawal dari wabah kolera tersebut maka pemerintah Belanda pada waktu itu melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat.

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

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

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

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

Tahun 1930 Pendaftaran dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan

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

Tahun 1951 Diperkenalkannya konsep Bandung (Bandung Plan) oleh Dr.Y. Leimena dan dr Patah (yang kemudian dikenal dengan Patah-Leimena), yang

intinya bahwa dalam pelayanan kesehatan masyarakat, aspek kuratif dan preventif tidak dapat dipisahkan. konsep ini kemudian diadopsi oleh WHO. Diyakini bahwa gagasan inilah yang kemudian dirumuskan sebagai konsep pengembangan sistem pelayanan kesehatan tingkat primer dengan membentuk unit-unit organisasi fungsional dari Dinas Kesehatan Kabupaten di tiap kecamatan yang mulai dikembangkan sejak tahun 1969/1970 dan kemudian disebut **Puskesmas**.

Tahun 1952 – Pelatihan intensif dukun bayi dilaksanakan

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

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

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

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

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

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

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

2. Definisi Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat adalah sama dengan sanitasi. Upaya memperbaiki dan meningkatkan sanitasi lingkungan merupakan kegiatan kesehatan masyarakat. Kemudian pada akhir abad ke-18 dengan diketemukan bakteri-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. Dari pengalaman-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, yakni: kesehatan masyarakat (public health) adalah ilmu dan seni: mencegah penyakit memperpanjang hidup, dan meningkatkan kesehatan, melalui Usaha-usaha Pengorganisasi Masyarakat. Dari perkembangan batasan kesehatan masyarakat tersebut dapat disimpulkan bahwa kesehatan masyarakat itu meluas dari hanya berurusan sanitasi, teknik sanitasi, ilmu kedokteran kuratif, ilmu kedokteran pencegahan sampai dengan ilmu sosial, dan itulah cakupan ilmu kesehatan masyarakat.

Definisi **ilmu kesehatan masyarakat** (bahasa Inggris: *public health*) menurut Profesor Winslow dari Universitas Yale (*Leavel and Clark, 1958*) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisiensi melalui usaha masyarakat yang terorganisir untuk meningkatkan sanitasi lingkungan, kontrol infeksi di masyarakat, pendidikan individu tentang kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan perawatan, untuk diagnosa dini, pencegahan penyakit dan pengembangan aspek sosial, yang akan mendukung agar setiap orang di masyarakat mempunyai standar kehidupan yang kuat untuk menjaga kesehatannya.

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

Menurut Prayitno (1994) dalam pandangan yang sempit mungkin dapat dikatakan bahwa Ilmu Kesehatan Masyarakat itu adalah ilmu yang mempelajari sehat dan sakit saja, dan dalam arti yang luas ternyata Ilmu Kesehatan Masyarakat adalah ilmu yang lebih menitikberatkan penanganan kasus-kasus pada upaya-upaya pencegahan, bukan pada upaya kuratif, sebab dalam IKM dikenal adanya 5 tahap pencegahan (*The Five Level of Prevention*) yang terdiri atas :

1. Upaya Promotive (meningkatkan pemahaman kesehatan)
2. Upaya Preventive (meningkatkan upaya pencegahan penyakit)
3. Upaya Protective (meningkatkan perlindungan terhadap penyakit)
4. Upaya Curative (upaya penyembuhan terhadap penyakit)
5. Upaya Rehabilitative (upaya pemulihan)

3. Tujuan dan Manfaat Kesehatan Masyarakat

Prinsip-prinsip Kesehatan Masyarakat

Agar usaha kesehatan masyarakat dapat terlaksana dengan baik ada beberapa prinsip pokok yang harus terpenuhi, yaitu:

1. Usaha kesehatan masyarakat lebih mengutamakan pencegahan (preventif) daripada pengobatan (kuratif)
2. Dalam melaksanakan tindakan pencegahan selalu menggunakan cara-cara yang ringan biaya dan berhasil baik
3. Melaksanakan kegiatannya lebih menitik beratkan kepada masyarakat.
4. Dalam melibatkan masyarakat sebagai pelaku maka sasaran yang diutamakan adalah masyarakat yang terorganisir
5. Lebih mengutamakan masalah kesehatan masyarakat yang jika tidak segera diatasi akan menimbulkan malapetaka.

Tujuan Kesehatan Masyarakat:

Terciptanya keadaan lingkungan yang sehat, terbatasnya penyakit menular, meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang prinsip-prinsip kesehatan perseorangan, tersedianya berbagai usaha kesehatan yang dibutuhkan masyarakat yang terorganisir dan terlibatnya badan-badan kemasyarakatan dalam usaha kesehatan.

Tujuan Akhir:

Terciptanya jaminan bagi tiap individu masyarakat untuk mencapai suatu derajat hidup yang cukup guna untuk mempertahankan kesehatan.

4. Ruang Lingkup Kesehatan Masyarakat

Banyak disiplin ilmu yang dijadikan sebagai dasar ilmu kesehatan masyarakat antara lain, Biologi, Kimia, Fisika, Kedokteran, Kesehatan Lingkungan, Sosiologi, Pendidikan, Psikologi, Antropologi, dan lain-lain. Berdasarkan kenyataan ini maka ilmu kesehatan masyarakat **merupakan ilmu yang multidisiplin**. Namun secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama Ilmu Kesehatan Masyarakat ini antara lain :

1. Epidemiologi adalah Ilmu yang mempelajari distribusi, frekuensi dan faktor penyebab (determinan) suatu masalah kesehatan (penyakit) yang menimpa sekelompok penduduk / masyarakat dan penerapannya untuk mengendalikan masalah kesehatan. Tujuan mempelajari Epidemiologi antara lain:
 - a. Mengetahui tingkat masalah kesehatan dalam suatu masyarakat

- b. Mempelajari secara mendalam etiology suatu penyakit dan cara penyebarannya.
 - c. Mempelajari riwayat alamiah suatu penyakit.
 - d. Mengembangkan dasar-dasar program pencegahan.
 - e. Mengevaluasi alat-alat pencegahan dan pengobatan yang baru dan cara-cara baru pelayanan kesehatan.
 - f. Menyediakan informasi untuk pengembangan dan pengambilan
2. Biostatistik/Statistik Kesehatan adalah suatu cabang dari statistik yang berkaitan dengan cara-cara pengumpulan, kompilasi, pengolahan dan interpretasi fakta-fakta numerik, berhubungan dengan sehat dan sakit, kelahiran, kematian dan faktor-faktor yang berhubungan dengan itu pada populasi manusia.
 3. Manajemen Kesehatan Masyarakat adalah suatu kegiatan atau suatu seni untuk mengatur para petugas kesehatan dan non petugas kesehatan guna meningkatkan kesehatan masyarakat melalui program kesehatan

Terdiri dari fungsi-fungsi:

- a. Perencanaan
 - b. Pengorganisasian
 - c. Penyusunan Personalia
 - d. Pengkoordinasian dan penyusunan anggaran
4. Kesehatan Lingkungan adalah suatu kondisi atau keadaan lingkungan yang optimum sehingga berpengaruh pada status kesehatan yang optimum pula.

Usaha-usaha kesehatan lingkungan yang dilakukan untuk mewujudkan kesehatan manusia yang optimal bagi manusia yang hidup dalam lingkungan tersebut. Ruang Lingkup Kesehatan Lingkungan antara lain:

- a. Perumahan
 - b. pembuangan kotoran manusia
 - c. penyediaan air bersih
 - d. pembuangan sampah
 - e. pembuangan air kotor (limbah)
 - f. kandang hewan ternak
 - g. Pencemaran udara, air, dsb
5. Pendidikan Kesehatan dan ilmu Perilaku

Pendidikan kesehatan adalah suatu usaha untuk menyediakan kondisi psikologis dari sasaran agar mereka berperilaku sesuai dengan tuntutan nilai-nilai kesehatan.

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan.

6. Administrasi Kesehatan Masyarakat
7. Gizi Masyarakat adalah ilmu yang mempelajari atau mengkaji masalah makanan yang dikaitkan dengan kesehatan masyarakat mulai pengolahan sampai penyajian makanan tersebut.

- 1) Penyakit Kurang Kalori dan Protein (KKP)

- a. Banyak terjadi pada anak-anak
- b. Terbagi dalam 3 tingkatan yaitu ringan, sedang, berat/ gizi buruk

- 2) Penyakit kegemukan/ obesitas

Konsumsi kalori berlebihan dibanding kebutuhan atau pemakaian energi

8. Kesehatan Kerja adalah merupakan bagian dari kesehatan masyarakat didalam suatu masyarakat pekerja dan masyarakat lingkungannya.

Tujuannya :

Untuk memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya baik fisik, mental, dan sosial bagi masyarakat pekerja dan masyarakat lingkungan tersebut melalui usaha-usaha preventif, promotif dan kuratif terhadap penyakit atau gangguan-gangguan kesehatan akibat kerja atau lingkungan kerja.

5. Penerapan Kesehatan Masyarakat

- a. Pemberantasan penyakit, baik menular maupun tidak menular.

Pembangunan kesehatan pada periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan sasaran meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung dengan perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Program Indonesia dituangkan dalam sasaran pokok RPJMN 2015-2019 yaitu: (1) meningkatnya status kesehatan dan gizi ibu dan anak; (2) meningkatnya pengendalian penyakit; (3) meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan dasar dan rujukan terutama di daerah terpencil, tertinggal dan perbatasan; (4) meningkatnya cakupan pelayanan kesehatan universal melalui Kartu Indonesia Sehat dan kualitas pengelolaan SJSN Kesehatan, (5) terpenuhinya kebutuhan tenaga kesehatan, obat dan vaksin; serta (6) meningkatkan responsivitas sistem kesehatan.

Program Indonesia Sehat dilaksanakan dengan 3 pilar utama yaitu paradigma sehat, penguatan pelayanan kesehatan dan jaminan kesehatan nasional. Pilar paradigma sehat dilakukan dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat. Pilar penguatan pelayanan kesehatan dilakukan dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan continuum of care dan intervensi berbasis risiko kesehatan. Sementara itu pilar jaminan kesehatan nasional dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu dan kendali biaya.

Jumlah kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia terus meningkat. Hal tersebut mengubah tren penyebab kematian pada sekitar 1990-an yang mayoritas penyebabnya ialah penyakit menular atau wabah. Perubahan gaya hidup dan mobilitas masyarakat dianggap menjadi faktor utama tingginya kematian akibat PTM tersebut.

"Trennya sudah sangat berbeda sekarang. Penyakit menular seperti Tb dan diare sudah tidak lagi menjadi yang terbanyak," ungkap Menteri Kesehatan Nila F Moeloek di kantor Kemenkes, Jakarta, kemarin.

Berdasarkan data yang dihimpun Kemenkes, pada 1990, angka kematian akibat PTM di Indonesia berada pada angka 37%. Angka tersebut terus mengalami kenaikan. Pada 2000, kematian akibat PTM menjadi 49%. Selanjutnya pada 2010 angka tersebut kembali meningkat menjadi 58%. Terakhir, hingga pertengahan 2015, diketahui **JUMLAH** kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) di Indonesia terus meningkat. Hal tersebut mengubah tren penyebab kematian pada sekitar 1990-an yang mayoritas penyebabnya ialah penyakit menular atau wabah. Perubahan gaya hidup dan mobilitas masyarakat dianggap menjadi faktor utama tingginya kematian akibat PTM tersebut.

Nila menambahkan, untuk mengantisipasi hal tersebut, berbagai upaya dilakukan, termasuk upaya kampanye hidup sehat yang terus dilakukan di berbagai daerah. Selain itu, upaya peningkatan pelayanan kesehatan primer di berbagai titik wilayah Indonesia juga dilakukan. Salah satunya melalui program Tim Nusantara Sehat yang telah diluncurkan sejak pertengahan 2015 oleh Presiden Joko Widodo.

"Program tersebut diluncurkan sebagai upaya peningkatan kualitas, fasilitas, dan akses kesehatan di wilayah terpencil," ujarnya.

Sekjen Kemenkes Untung Suseno mengatakan saat ini tenaga kesehatan serta kelengkapan alkes yang kurang masih terjadi di banyak puskesmas. Hal itu menjadi salah satu prioritas yang ditingkatkan untuk mencegah terjadinya kematian PTM.

"Saat ini dari sekitar 9.700 puskesmas yang fasilitasnya sudah lengkap terpenuhi baru sekitar 1.000. Untuk itu, distribusi alkes dan

pemenuhan tenaga medis terus dilakukan," terangnya. Sebelumnya, pada Agustus 2015, ASEAN juga mengadakan forum yang membahas kematian PTM sebagai salah satu prioritas masalah kesehatan yang harus ditekan angkanya. (Media Indonesia, Rabu, 06 Januari 2016)

b. Perbaiki sanitasi lingkungan

Sarana sanitasi merupakan sarana peturasan yang diperlukan dalam suatu rumah tangga, kantor, dan fasilitas sosial. Dapat berupa sarana jamban keluarga (JAGA) atau jamban institusi (JASI) yang dapat digunakan untuk keperluan 10-25 jiwa, tergantung luas lahan dan jumlah pemakai yang direncanakan.

Sarana sanitasi ini dapat dikelompokkan sebagai berikut :

- a. Jamban individual merupakan jamban keluarga (JAGA) yang hanya dimiliki oleh satu keluarga (rumah), serta memiliki bangunan penampungan tinja setempat yang saniter berupa tangki septik, cubluk atau yang sejenisnya.
- b. Jamban komunal lebih merupakan jamban kolektif, karena penampungan tinjanya digunakan secara bersama, namun bangunan jambannya dapat ditempatkan 2 – 5 unit pada masing-masing rumah tangga yang berada disekitarnya. Umumnya jamban komunal ini dapat ditempatkan pada lokasi terbatas atau disekitar lokasi yang terdapat banyak sarana air bersihnya seperti sumur gali / sumur bor yang masih berfungsi baik untuk keperluan memasak dan mencuci.
- c. Jamban institusi (JASI) merupakan jamban yang digunakan secara bersama oleh anggota institusi tersebut atau bagi masyarakat yang memerlukannya. Bangunan jamban ini dapat lebih dari satu ruang, sesuai dengan keperluannya. Umumnya jamban institusi ini ditempatkan pada fasilitas umum yang terdapat di desa, masjid, sekolah, kantor desa/ camat dan Puskesmas
- d. Sarana Penampungan Air Limbah (SPAL), merupakan juga sarana sanitasi untuk keperluan peresapan air kotor hasil aktivitas penggunaan air bersih oleh masyarakat, sisa pencucian, mandi, dapur dan dari sisa pemakaian air bersih melalui sarana Sumur Gali, Kran Umum, Hidran Umum, dll.

c. Perbaiki lingkungan pemukiman

Program Sanitasi Perkotaan Berbasis Masyarakat (SPBM) merupakan salah satu komponen Program Urban Sanitation and Rural Infrastructure (USRI) yang diselenggarakan sebagai program pendukung PNPM-Mandiri. Program ini bertujuan untuk menciptakan dan meningkatkan kualitas kehidupan masyarakat, baik secara individu maupun kelompok untuk turut berpartisipasi memecahkan berbagai permasalahan yang terkait pada upaya peningkatan kualitas kehidupan, kemandirian dan kesejahteraan masyarakat.

Mekanisme penyelenggaraan Program Perkotaan Berbasis Masyarakat (SPBM) menerapkan pendekatan pembangunan berkelanjutan berbasis masyarakat melalui pelibatan masyarakat secara utuh dalam seluruh tahapan kegiatan, mulai dari pengorganisasian masyarakat, perencanaan, pelaksanaan, pengawasan program sampai dengan upaya keberlanjutan, khususnya dalam hal peningkatan kualitas prasarana dan sarana sanitasi berbasis masyarakat dalam rangka mendukung upaya pencapaian target MDG pada 2015, yaitu menurunkan sebesar separuh dari proporsi penduduk yang belum memiliki akses sanitasi dasar serta sasaran RPJMN 2010-2014 dalam bidang sanitasi yaitu stop Buang Air Besar Sembarangan (BABS) dan peningkatan layanan pengelolaan air limbah.

Program SPBM ini dilaksanakan secara bertahap di 1350 kelurahan yang berada di 34 kabupaten/kota di 5 provinsi terpilih yang sebelumnya menjadi lokasi pelaksanaan program PNPM Mandiri Perkotaan (P2KP), lokasi kelurahan tersebut telah menerima dana BLM sebanyak 3 kali siklus. Hal ini merupakan perwujudan dari sinergi diantara program pembangunan yang dilaksanakan oleh pemerintah. Pada pelaksanaan nantinya program ini akan menggunakan lembaga masyarakat (BKM/LKM) yang sudah ada dan mempunyai rekam jejak dan kinerja yang baik dalam mengelola program pemberdayaan masyarakat.

Melalui pelaksanaan Program SPBM ini masyarakat akan merencanakan program, memilih jenis prasarana/sarana sanitasi komunal yang sesuai dengan kebutuhan, menyusun rencana kerja, melakukan pembangunan konstruksi serta mengelola dan melestarikan hasil pembangunan.

d. Pemberantasan Vektor

Pemberantasan, pencegahan, dan pengobatan penyakit yang terjadi dalam masyarakat merupakan salah satu usaha kesehatan masyarakat.

Vektor adalah hewan yang berperan membawa atau menularkan suatu penyakit, tetapi agen penyebab penyakit tersebut tidak mengalami perkembang-biakan pada tubuh hewan tersebut. Sebagai contoh penyakit yang ditularkan lewat vektor antara lain: lalat menularkan penyakit disentri, malaria, DHF.

Induk semang atau hospes dapat dibedakan menjadi 2 yaitu hospes sejati (definitif) dan perantara. Induk semang sejati adalah makhluk hidup dimana penyebab penyakit melangsungkan kehidupan dan berkembang-biak. Induk semang perantara adalah makhluk hidup yang ditempati oleh agen penyakit yang mana agen penyakit tersebut hanya mengalami pertumbuhan dan perkembangan tetapi tidak berkembang-biak. Biasanya induk semang berperan menularkan suatu penyakit ke induk semang lainnya. Sebagai contoh: nyamuk *Anopheles* sp. menularkan malaria. Kucing menularkan penyakit Toxoplasmosis. Nyamuk *Aedes aegypti* menularkan demam berdarah Dengue (BDB).

e. Pendidikan (penyuluhan) kesehatan masyarakat

Menurut WHO (1954) yang dikutip oleh Notoatmodjo (2003), tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan status kesehatan dan mencegah timbulnya penyakit, mempertahankan derajat kesehatan yang sudah ada, memaksimalkan fungsi dan peran pasien selama sakit, serta membantu pasien dan keluarga untuk mengatasi masalah kesehatan.

Dalam proses pendidikan kesehatan terdapat tiga persoalan pokok yaitu masukan (input), proses dan keluaran (output). Masukan (input) dalam pendidikan kesehatan menyangkut sasaran belajar yaitu individu, kelompok dan masyarakat dengan berbagai latar belakangnya. Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan dan perilaku pada diri subjek belajar. Dalam proses pendidikan kesehatan terjadi timbal balik berbagai faktor antara lain adalah pengajar, teknik belajar dan materi atau bahan pelajaran. Sedangkan keluaran merupakan kemampuan sebagai hasil perubahan yaitu perilaku sehat dari sasaran didik melalui pendidikan kesehatan (Notoatmodjo,2003).

f. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak

Upaya kesehatan Ibu dan Anak adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi dan anak balita serta anak prasekolah. Pemberdayaan Masyarakat bidang KIA masyarakat dalam upaya mengatasi situasi gawat darurat dari aspek non klinik terkait kehamilan dan persalinan. Sistem kesiagaan merupakan sistem tolong-menolong, yang dibentuk dari, oleh dan untuk masyarakat, dalam hal penggunaan alat transportasi atau komunikasi (telepon genggam, telepon rumah), pendanaan, pendonor darah, pencacatan pemantauan dan informasi KB. Dalam pengertian ini tercakup pula pendidikan kesehatan kepada masyarakat, pemuka masyarakat serta menambah keterampilan para dukun bayi serta pembinaan kesehatan di taman kanak-kanak.

Prinsip pengelolaan Program KIA adalah memantapkan dan peningkatan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pelayanan KIA diutamakan pada kegiatan pokok :

- a. Peningkatan pelayanan antenatal di semua fasilitas pelayanan dengan mutu yang baik serta jangkauan yang setinggi-tingginya.
 - b. Peningkatan pertolongan persalinan yang lebih ditujukan kepada peningkatan pertolongan oleh tenaga professional secara berangsur.
 - c. Peningkatan deteksi dini resiko tinggi ibu hamil, baik oleh tenaga kesehatan maupun di masyarakat oleh kader dan dukun bayi serta penanganan dan pengamatannya secara terus menerus.
 - d. Peningkatan pelayanan neonatal (bayi berumur kurang dari 1bulan) dengan mutu yang baik dan jangkauan yang setinggi tingginya.
- g. Pembinaan gizi masyarakat

Komitmen pemerintah untuk mensejahterakan rakyat nyata dalam peningkatan kesehatan termasuk gizinya. Hal ini terbukti dari penetapan perbaikan status gizi yang merupakan salah satu prioritas Pembangunan Kesehatan 2010-2014. Tujuannya adalah untuk menurunkan prevalensi kurang gizi sesuai dengan Deklarasi World Food Summit 1996 yang dituangkan dalam Milenium Development Goals (MDGs) pada tahun 2015, yang menyatakan setiap negara menurunkan kemiskinan dan kelaparan separuh dari kondisi 1990.

Undang-undang nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, khususnya pada Bab VIII tentang Gizi, pasal 141 ayat 1 menyatakan bahwa upaya perbaikan gizi masyarakat ditujukan untuk peningkatan mutu gizi perseorangan dan masyarakat.

Untuk mencapai tujuan program perbaikan gizi, yaitu meningkatkan kesadaran gizi keluarga dalam upaya meningkatkan status gizi masyarakat, ada pertanyaan yang menjadi dasar semua upaya yang akan kita lakukan ke depan. "Dimana posisi kita saat ini ?" Walaupun banyak yang sudah kita CAPAI, tetapi masih lebih banyak lagi pekerjaan rumah yang harus kita lakukan.

h. Pengawasan Sanitasi Tempat-Tempat Umum

Jadi sanitasi tempat-tempat umum adalah suatu usaha untuk mengawasi dan mencegah kerugian akibat dari tempat-tempat umum terutama yang erat hubungannya dengan timbulnya atau menularnya suatu penyakit. Untuk mencegah akibat yang timbul dari tempat-tempat umum.

Usaha-usaha yang dilakukan dalam sanitasi tempat-tempat umum dapat berupa :

- a. Pengawasan dan pemeriksaan terhadap factor lingkungan dan factor manusia yang melakukan kegiatan pada tempat-tempat umum.
- b. Penyuluhan terhadap masyarakat terutama yang menyangkut pengertian dan kesadaran masyarakat terhadap bahaya-bahaya yang timbul dari tempat-tempat umum.

Ruang Lingkup Sanitasi Tempat-Tempat Umum Secara spesifik ruang lingkup sanitasi tempat – tempat umum di antara nya adalah:

- a. Penyediaan air minum (water supply)
- b. Pengelolaan sampah padat, air kotor, dan kotoran manusia (wastes disposal meliputi sawage, refuse, excreta)
- c. Hygiene dan sanitasi makanan (food hygiene and sanitation)
- d. Perumahan dan kontruksi bangunan (housing and construction)
- e. Pengawasan fektor (vector control)
- f. Pengawasan pencemaran fisik (physical pollution)
- g. Hygiene dan sanitasi industry (industrial hygiene and sanitation)

i. Pengawasan Obat dan Minuman

Berdasarkan Pasal 3 Peraturan Kepala BPOM Nomor 14 Tahun 2014, Unit Pelaksana Teknis di lingkungan BPOM mempunyai fungsi :

- 1) Penyusunan rencana dan program pengawasan obat dan makanan.
- 2) Pelaksanaan pemeriksaan secara laboratorium, pengujian dan penilaian mutu produk terapan, narkotika, psikotropika zat adiktif, obat tradisional, kosmetik, produk komplemen, pangan dan bahan berbahaya.
- 3) Pelaksanaan pemeriksaan laboratorium, pengujian dan penilaian mutu produk secara mikrobiologi.
- 4) Pelaksanaan pemeriksaan setempat, pengambilan contoh dan pemeriksaan sarana produksi dan distribusi
- 5) Investigasi dan penyidikan pada kasus pelanggaran hukum.
- 6) Pelaksanaan sertifikasi produk, sarana produksi dan distribusi tertentu yang ditetapkan oleh Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan
- 7) Pelaksanaan kegiatan layanan informasi konsumen.
- 8) Evaluasi dan penyusunan laporan pengujian obat dan makanan.
- 9) Pelaksanaan urusan tata usaha dan kerumahtanggaan.
- 10) Pelaksanaan tugas lain yang ditetapkan oleh Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan, sesuai dengan bidang tugasnya.

j. Pembinaan Peran Serta Masyarakat

Pergerakan dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan akan menghasilkan kemandirian masyarakat dibidang kesehatan dengan demikian pergerakan dan pemberdayaan masyarakat merupakan proses sedangkan kemandirian merupakan hasil, karenanya kemandirian masyarakat dibidang kesehatan dapat diartikan sebagai kemampuan untuk dapat mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada dilingkungannya.

Peran serta masyarakat adalah proses dimana individu, keluarga, lembaga swadaya masyarakat, dunia usaha dan masyarakat luas pada umumnya.

6. Ruang Lingkup Kegiatan Kesehatan Masyarakat

Ruang lingkup kegiatan kesehatan masyarakat yang harus dipahami dan dikuasai baik oleh praktisi kesehatan maupun masyarakat umum terbagi menjadi 4 (empat) bagian. Berikut ini penjelasan ruang lingkup kegiatan kesehatan masyarakat:

a. Promotif

Promotif atau peningkatan kesehatan adalah usaha yang ditujukan untuk meningkatkan kesehatan yang meliputi usaha-usaha, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olah raga secara teratur, istirahat yang cukup dan rekreasi sehingga seseorang dapat mencapai tingkat kesehatan optimal

b. Preventif

Usaha yang ditujukan untuk mencegah terjadinya penyakit melalui usaha-usaha pemberian imunisasi pada bayi dan anak, ibu hamil, pemeriksaan kesehatan secara berkala untuk mendeteksi penyakit secara dini

c. Kuratif

Kuratif atau pengobatan merupakan usaha yang ditujukan terhadap orang yang sakit untuk dapat diobati secara tepat dan adekuat sehingga dalam waktu singkat dapat dipulihkan kesehatannya.

d. Rehabilitatif

Usaha yang ditujukan terhadap penderita yang baru pulih dari penyakit yang dideritanya. Usaha pemulihan ini ditujukan untuk memperbaiki kelemahan-kelemahan fisik, mental dan sosial pasien sebagai akibat dari penyakit yang dideritanya melalui latihan-latihan yang telah terprogram dan dapat pula dilakukan melalui latihan fisioterapi

7. Konsep Sehat Sakit

Menurut WHO sehat adalah a state of complete physical, mental, and social well being and not merely the absence of illness or indemnity (suatu keadaan yang sempurna baik fisik mental dan sosial tidak hanya bebas dari penyakit atau kelemahan.)

Mengandung 3 karakteristik :

1. Merefleksikan perhatian pada individu sebagai manusia
2. Memandang sehat dalam konteks lingkungan internal dan eksternal.
3. Sehat diartikan sebagai hidup yang kreatif dan produktif.

Sehat merupakan suatu kondisi tetapi merupakan penyesuaian, bukan merupakan suatu keadaan tetapi suatu proses. Proses disini adalah adaptasi individu yang tidak hanya terhadap fisik mereka tetapi terhadap lingkungan sosialnya.

Menurut PENDER (1982) sehat adalah perwujudan individu yang diperoleh melalui kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain (aktualisasi). Perilaku yang sesuai dengan tujuan , perawatan diri yang kompeten sedangkan penyesuaian diperlukan untuk mempertahankan stabilitas dan integritas structural.

Menurut UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

DEFINISI SAKIT

1. Menurut Bauman (1985) sakit adalah : ketidakseimbangan dari kondisi normal tubuh manusia diantaranya system biologic dan kondisi penyesuaian.
2. Menurut PEMONS (1972) sakit adalah gangguan dalam fungsi normal individu sebagai tatalitas termasuk keadaan organism sebagai siste biologis dan penyesuaian sosialnya.
3. Pengertian sakit dalam bahasa inggris diartikan menjadi 2 yaitu illness dan disease perbedaan kedua istilah ini ialah:
 - a. Illness
Konsepnya abstrak
Sifatnya subjektif
Akibat mekanisme coping (pertahanan) tak adekuat.
 - b. Disease
Suatu kondisi yang patologis
Terdapat sign dan symptom.

4. Sasaran Kegiatan Masyarakat

Berdasarkan makna penetapan sasaran tersebut maka sampai dengan akhir tahun 2010, Dinas Kesehatan Kabupaten Malang menetapkan sasaran sebagai berikut :

- 1) Meningkatnya pelayanan kesehatan ibu dan bayi dengan indikator sasaran sebagai berikut :
 - a. Meningkatnya kunjungan ibu hamil K4.
 - b. Meningkatnya pertolongan persalinan oleh bidan/tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan.
 - c. Meningkatnya ibu hamil resiko tinggi dirujuk.
 - d. Meningkatnya kunjungan neonatus / KN2.
 - e. Meningkatnya kunjungan bayi dan balita.
 - f. Meningkatnya bayi berat badan lahir rendah yang ditangani
- 2) Meningkatnya pelayanan kesehatan anak pra sekolah dan usia sekolah, dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- a. Meningkatnya deteksi dini tumbuh kembang anak balita dan pra sekolah.
 - b. Meningkatnya pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/guru UKS / dokter kecil.
 - c. Meningkatnya pemeriksaan kesehatan siswa SD dan setingkat kelas 1 oleh tenaga kesehatan atau tenaga terlatih/guru UKS / dokter kecil.
 - d. Meningkatnya pelayanan kesehatan remaja.
- 3) Pelayanan keluarga berencana, dengan indikator sasaran sbagai berikut :
- a. Meningkatnya peserta KB aktif
- 4) Meningkatnya pelayanan imunisasi, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Meningkatnya desa atau kelurahan Universal Child Immunization hingga 100%.
- 5) Meningkatnya pelayanan pengobatan dan perawatan, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Meningkatnya pelayanan kesehatan rawat jalan.
 - b. Meningkatnya pelayanan kesehatan rawat inap.
- 6) Meningkatnya pelayanan kesehatan jiwa, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Meningkatnya pelayanan kesehatan gangguan jiwa di sarana pelayanan kesehatan umum.
- 7) Meningkatnya pelayanan kesehatan kerja, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Meningkatnya pelayanan kesehatan kerja pada pekerja formal.
- 8) Meningkatnya pelayanan kesehatan usia lanjut, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Meningkatnya pelayanan kesehatan pra usia lanjut dan usia lanjut.
- 9) Meningkatnya pemantauan pertumbuhan balita, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Meningkatnya balita yang naik berat badannya (N/D).

b. Menurunnya balita bawah garis merah (BGM).

10) Meningkatkan pelayanan gizi masyarakat, dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- a. Meningkatnya ibu hamil mendapat 90 tablet Fe.
- b. Meningkatnya balita mendapat kapsul Vitamin A 2 (dua) kali per tahun.
- c. Seluruh bayi BGM dari keluarga miskin diberi makanan pendamping ASI.
- d. Seluruh balita gizi buruk mendapat perawatan kesehatan.
- e. Meningkatnya wanita usia subur yang mendapatkan kapsul yodium.

11) Meningkatkan pelayanan obstetrik dan neonatal emergensi dasar dan komprehensif, dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- a. Meningkatnya akses terhadap ketersediaan darah dan komponen yang aman untuk menangani rujukan ibu hamil dan neonatus.
- b. Meningkatnya ibu hamil resiko tinggi / komplikasi yang ditangani.
- c. Meningkatnya neonatal resiko tinggi / komplikasi yang ditangani.

12) Meningkatkan pelayanan gawat darurat, dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- a. Meningkatnya sarana kesehatan dengan kemampuan pelayanan kegawatdaruratan yang dapat diakses masyarakat.

13) Meningkatkan penyelenggaraan penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan KLB dan Gizi Buruk, dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- a. Meningkatnya desa/kelurahan yang mengalami KLB ditangani < dari 24 jam.
- b. Meningkatnya kecamatan bebas rawan gizi.

14) Meningkatkan pencegahan dan pemberantasan penyakit polio, dengan indikator sasaran sebagai berikut

- a. Tercapainya penemuan seluruh penderita Acute Flacid Paralysis (AFP) rate per 100.000 penduduk usia < 15 tahun.

- 15) Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit TB Paru, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Meningkatnya angka kesembuhan penderita TB Paru BTA positif.
- 16) Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit ISPA, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Seluruh balita penderita pneumonia mendapat penanganan pelayanan kesehatan.
- 17) Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit HIV/AIDS, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Seluruh darah donor disekrening terhadap HIV/AIDS.
 - b. Seluruh penderita HIV/AIDS mendapat penanganan pelayanan kesehatan.
 - c. Seluruh penderita Infeksi Menular Seksual (IMS) diobati.
 - d. Seluruh lokalisasi mewajibkan penggunaan kondom.
- 18) Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit DBD, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Seluruh penderita DBD mendapat penanganan pelayanan kesehatan.
- 19) Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit Diare, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Seluruh balita penderita Diare mendapat penanganan pelayanan kesehatan.
- 20) Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit Malaria, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Seluruh penderita Malaria mendapat penanganan pelayanan kesehatan.
- 21) Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit Kusta, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Meningkatnya penderita Kusta yang selesai berobat (RFT Rate).
- 22) Meningkatnya pencegahan dan pemberantasan penyakit Filaria, dengan indikator sasaran sebagai berikut :

- a. Seluruh penderita Filaria mendapat penanganan pelayanan kesehatan.
- 23) Meningkatkan Pelayanan Kesehatan Lingkungan, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Meningkatkan institusi yang dibina kesehatan lingkungannya.
- 24) Meningkatkan pelayanan pengendalian vektor, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Meningkatkan rumah/bangunan yang bebas jentik nyamuk aedes.
- 25) Meningkatkan pelayanan hygiene sanitasi tempat- tempat umum dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Meningkatkan Tempat-tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan.
- 26) Meningkatkan penyuluhan perilaku sehat, dengan indikator sasaran sebagai berikut :
- a. Meningkatkan rumah tangga sehat
 - b. Meningkatkan bayi yang mendapat ASI Eksklusif.
 - c. Meningkatkan desa dengan garam beryodium baik
 - d. Meningkatkan posyandu purnama
 - e. Meningkatkan desa dengan program PHBS
 - f. Meningkatkan peserta dana sehat / JPKM

Referensi

Mubarak Wahit Igbal, 2012. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta : Salemba Medika

Syafrudin, 2009. Ilmu Kesehatan Masyarakat. Jakarta Timur : CV. Trans Info Media

Notoatmojo,soekidjo.2008 "Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat". Jakarta : Rineka Cipta

Entjang, Indan, 2000, Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung: Citra Aditya Bakti Kumpulan Materi Kesmas Bahan Bacaan Jurusan Kebidanan Politeknik Makassar.

Soekidjo Notoatmojo.2003. Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat.Ed.2. Jakarta : Rineka Cipta

Ambarwati,Eny Retna. 2009.Asuhan Kebidanan Komunitas.Yogyakarta: Nuha Medika

Buku Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM) jilid I cetakan keenam; Jakarta; 2011

Entjang, Indan, 2000, Ilmu Kesehatan Masyarakat. Bandung: Citra Aditya Bakti