

Sejarah Singkat Kesehatan Masyarakat di Indonesia

STOVIA (School Tot Opleiding Van Indiche Arsten)

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai sejak masa penjajahan Belanda pada abad ke 16. Pada saat itu kesehatan masyarakat dimulai dengan upaya pemberantasan penyakit cacar dan kolera yang menyebar di masyarakat.

Penyakit kolera mewabah di Indonesia sekitar tahun 1937, kemudian diikuti oleh wabah cacar pada tahun 1948 yang awalnya disinyalir datang dari negara Singapura. Atas kejadian tersebut pemerintah Hindia Belanda mulai melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat.

Sebelumnya tahun 1807 melalui pemerintahan Gubernur Jenderal Daendels juga sudah melakukan upaya kesmas dengan langkah penurunan angka kematian bayi, yaitu dengan cara mendirikan pelatihan dukun bayi sebagai penolong dan perawatan persalinan. Sampai akhirnya diberikan pelatihan khusus di sekolah dokter Jawa yang didirikan oleh kepala pelayanan sipil dan militer dr. Bosch. Sekolah ini dikenal juga dengan nama sekolah STOVIA (*School Tot Opleiding Van Indiche Arsten*).

Tahun 1888 didirikan Laboratorium kedokteran di Bandung dan tahun 1913 didirikan sekolah kedokteran yang ke 2 di Surabaya dengan nama NIAS (*Nederland Indische Arsten School*). Sampai pada tahun 1927 Stovia berubah menjadi Sekolah Kedokteran, sampai akhirnya sejak berdirinya Universitas Indonesia sekitar tahun 1947 dimasukkan menjadi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.

STOVIA dan NIAS mempunyai andil sangat besar dalam perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia, termasuk ketika mereka ikut menangani wabah penyakit pes di pulau Jawa dengan memberikan vaksinasi kepada 15 juta penduduk pulau Jawa dan penyemprotan DDT di rumah-rumah mereka.

Memasuki era kemerdekaan, salah satu tonggak penting perkembangan kesmas di Indonesia adalah dengan diperkenalkannya **Bandung Plan** tahun 1951 oleh dr. Y. Leimena dan dr. Patah. Konsep ini memperkenalkan cara pemulihan sakit (kuratif) dan upaya pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat serta lembaga-lembaga kesehatan yang sudah ada. Hasilnya, pada tahun 1956 dibentuk "Proyek Bekasi" di Lemah Abang sebagai contoh atau model pelayanan, pelatihan serta pengelolaan program kesehatan masyarakat pedesaan di Indonesia.

Sekitar bulan Nopember tahun 1967, para ahli kesehatan di seluruh Indonesia mengadakan seminar pertama

yang membahas program kesehatan masyarakat terpadu. Hasilnya, konsep pusat kesehatan masyarakat yang digagas oleh dr. Achmad Dipodilogo disepakati bersama sebagai upaya program kesehatan terpadu di seluruh negeri, sampai akhirnya diresmikan oleh pemerintah menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat atau Puskesmas.

Jumat, 11 Januari 2013

BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Bercermin pada abad ke-20, mudah bagi kita untuk menyebutkan kemajuan besar yang terjadi dalam bidang kesehatan dan harapan hidup dari begitu banyak manusia didunia. Angka kematian bayi menurun tajam, banyak penyakit infeksius yang telah terkendalikan, dan tersedia program KB yang lebih baik. Namun, masih banyak ruang untuk diperbaiki ! Gaya hidup sehat perorangan menyebabkan meningkatkan kasus kesakitan dan kematian sampai ketinggian yang tidak dapat diterima akibat penyakit noninfeksius seperti kanker dan penyakit jantung. Selain itu, penyakit infeksius yang baru dan yang bangkit kembali telah menipiskan sumber-sumber yang tersedia untuk pengendaliannya. Dengan begitu, pencapaian kesehatan yang baik tetap menjadi tujuan seluruh dunia di abad ke-21. Pemerintah, lembaga swasta, dan individu diseluruh dunia berupaya untuk meningkatkan kesehatan. Walaupun upaya individual untuk meningkatkan kesehatan pasti memberikan kontribusi terhadap kesehatan semua komunitas, upaya komunitas yang terorganisasi terkadang perlu jika masalah kesehatan yang ada telah menghabiskan sumber yang dimiliki individu. Jika upaya semacam itu tidak dilakukan, kesehatan seluruh komunitas dalam bahaya.

B. RUMUSAN MASALAH

1. Bagaimana sejarah singkat kesehatan komunitas dan kesehatan masyarakat.?
2. Bagaimana sejarah perkembangan kesehatan masyarakat.?
3. Bagaimana perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia.?

C. TUJUAN

Tujuan dari penulisan ini adalah untuk mengetahui sejarah perkembangan pusat pelayanan kesehatan masyarakat. Serta perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia.

BAB II

PEMBAHASAN

A. PENGERTIAN

Kata *kesehatan* berbeda bagi orang yang berbeda. Begitu pula, ada kata lain yang dapat didefinisikan dalam berbagai cara.

Kata *health* berasal dari *hal*, yang berarti “*hale, sound, whole*” (kuat, baik, utuh). Berkaitan dengan kesehatan manusia, kata *health* (kesehatan) telah didefinisikan dengan sejumlah cara—seringkali dalam konteks sosialnya, saat orangtua menjelaskan kesehatan seorang anak atau saat seorang penggemar fanatic menggambarkan kesehatan seorang atlet profesional. Sampai awal era promosi kesehatan, pada pertengahan tahun 1970-an, definisi yang paling luas diterima adalah definisi kesehatan yang dipublikasikan WHO ditahun 1974. Definisi tersebut menyatakan “kesehatan adalah kondisi sehat yang fisik, mental”. Namun, sekarang ini, kata tersebut mengambil pendekatan yang lebih holistic; Hahn dan Payne menjelaskan kesehatan dalam bentuk enam dimensi yang interaktif dan dimensi-dimensi fisik, emosional, social, intelektual, spiritual, dan dimensi okupasional. Dengan begitu, **kesehatan** sebagai keadaan atau kondisi dinamis yang sifatnya multidimensional dan merupakan hasil adaptasi seseorang terhadap lingkungannya. Kesehatan merupakan sumber untuk kehidupan dan ada dalam berbagai tingkatan. “banyak orang yang menikmati suatu kondisi sehat walau orang lain mungkin memandang kondisi tersebut sebagai kondisi yang tidak sehat.”

Kesehatan masyarakat mengacu pada status kesehatan sebuah kelompok orang tertentu dan tindakan serta kondisi pemerintah untuk meningkatkan, melindungi, dan mempertahankan kesehatan mereka.

B. SEJARAH SINGKAT KESEHATAN KOMUNITAS DAN KESEHATAN MASYARAKAT

Sejarah kesehatan komunitas dan kesehatan masyarakat hampir sepanjang sejarah peradaban. Sejarah singkat ini menyajikan sejumlah prestasi dan kegagalan didalam kesehatan komunitas dan kesehatan masyarakat.

1. Peradaban awal

Secara umum, tidak ada catatan mengenai praktik kesehatan komunitas yang paling awal. Mungkin praktek tersebut berupa pantangan untuk berdefekasi di dalam wilayah pemukiman suku atau didekat sumber air minum. Mungkin juga berupa ritual yang berkaitan dengan pemakaman orang yang meninggal. Tentu saja, penggunaan ramuan untuk pencegahan dan pengobatan penyakit dan bantuan masyarakat saat persalinan bayi merupakan praktik yang sudah ada mendahului keberadaan catatan arkeologi.

a. Masyarakat kuno (sebelum 500 SM)

Penggalian di lokasi beberapa peradaban awal yang terkenal telah mengungkapkan bukti adanya aktivitas kesehatan komunitas. Temuan arkeologi dari lembah Indus di India Utara,

bertanggal sekitar 2000 SM, memberikan adanya kamar mandi dan system drainase didalam rumah dan saluran pembuangan air yang terletak lebih rendah dari permukaan jalan. System drainase juga ditemukan diantara reruntuhan kerajaan mesir kuno pertengahan (2700-2000 SM). Orang-orang *myceneans*, yang tinggal di Crete pada 1600 SM telah memiliki toilet, system penggelontoran, dan saluran pembuangan air. Resep obat tertulis untuk obat-obatan berhasil ditafsirkan dari lempeng tanah liat (prasasti) orang *Sumerian* yang bertanggal sekitar 2100 SM. Sampai sekitar 1500 SM sudah lebih dari 700 obat yang dikenal orang mesir.

Mungkin tulisan yang paling awal yang berkaitan dengan kesehatan masyarakat adalah Hukum Hammurabi (*Code of Hammurabi*), raja terkenal dari babilonia, yang hidup 3900 tahun yang lalu. Hukum Hammurabi juga memuat undang-undang yang berkaitan dengan praktik dokter dan kesehatan. *Bible's Book of Leviticus*, yang ditulis sekita 1500 SM, memberikan petunjuk mengenai kebersihan personal, sanitasi perkemahan, disinfeksi sumur, isolasi penderita lepra, pembuangan sampah, dan hygiene maternitas.

b. Budaya klasik (500 SM-500 M)

Selama abad ke 13 dan ke 12 SM, orang Yunani mulai bepergian ke Mesir dan terus melakukannya sampai beberapa abad selanjutnya. Ilmu pengetahuan dari orang Babilonia, Mesir, Yahudi dan suku lainnya di Mediterania Timur tercakup didalam filosofi kesehatan dan kedokteran Yunani. Selama "zaman keemasan" Yunani kuno (di abad ke 5 dan ke 6 SM), para pria berpartisipasi dalam permainan adu kekuatan dan keahlian dan berenang di fasilitas umum. Sangat sedikit bukti bahwa penekanan pada kebugaran ini dan pada keberhasilan dalam pertandingan atletik dibebankan secara merata pada semua anggota masyarakat. Partisipasi dalam aktivitas itu tidak didukung dan bahkan dilarang untuk wanita, kaum miskin, atau budak.

Orang-orang Yunani juga aktif menjalankan sanitasi komunikasi. Mereka memasok sumur-sumur kota setempat dengan air yang diambil dari pegunungan yang berjarak sejauh 10 mil. Setidaknya dalam satu kota, air yang berasal dari sumber yang jauh disimpan dalam reservoir dengan ketinggian 370 kaki diatas permukaan laut.

Orang-orang romawi mengembangkan teknologi yunani itu dan membangun saluran air yang dapat mengalirkan sampai bermil-mil jauhnya. Bukti sekitar 200 saluran air di Romawi masih ada sampai sekarang, di Spanyol ke Syiria dan dari Eropa Utara sampai Afrika utara. Orang Romawi juga membangun saluran air dan merintis aktivitas kesehatan komunitas yang lain, diantaranya pengaturan pembangunan gedung, pembuangan sampah, dan pembersihan jalan dan perbaikannya.

Kekaisaran Romawi memang gudang ide pengobatan Yunanai, tetapi dengan sedikit pengecualian, Romawi tidak berbuat banyak terhadap kemajuan pemikiran dibidang Kedokteran. Namun, ada satu kontribusi penting yang mereka berikan untuk bidang kedokteran dan layanan kesehatan-rumah sakit. walau rumah sakit pertama hanya merupakan penampungan budak yang sakit, sebelum era Romawi, umat kristiani telah membangun rumah sakit umum sebagai organisasi amal. Saat kekaisaran Romawi runtuh pada tahun 476 M, kebanyakan aktivitas kesehatan masyarakat menghilang.

2. Abad Pertengahan (500-1500 M)

Periode dari akhir Kekaisaran Romawi di wilayah Barat sampai tahun 1500 M dikenal sebagai Abad Pertengahan.

Pendekatan terhadap kesehatan dan penyakit pada zaman ini sangat berbeda dengan pendekatan di zaman Kekaisaran Romawi. Selama masa itu semakin berkembang paham materialism Romawi dan kesadaran Spiritual. Masalah kesehatan dipandang memiliki penyebab spiritual dan solusi spiritual. Pandangan ini memang benar pada awal abad pertengahan, selama periode yang dikenal sebagai “zaman kegelapan” (500-1000 M). Baik kepercayaan ritual maupun umat kristiani menyalahkan kekuatan supranatural sebagai penyebab penyakit. Ajaran St. Augustine misalnya, menyatakan penyakit disebabkan oleh setan yang dikirim untuk menyiksa jiwa manusia, dan kebanyakan umat kristiani percaya bahwa penyakit merupakan hukuman atas dosa mereka.

Tidak diperhitungkan peran lingkungan fisik dan biologis kedalam hubungan sebab-akibat penyakit menular menyebabkan epidemic yang ganas dan tidak terkendali selama **era spiritual kesehatan masyarakat** ini. Epidemic ini menyebabkan penderitaan dan kematian jutaan orang. Salah satu awal epidemic yang berhasil dicatat adalah epidemic penyakit lepra. Sampai tahun 1200 M, diperkirakan terdapat sekitar 19.000 tempat penampungan penderita lepra dan *leprasaria* di eropa.

Penyakit epidemik yang paling mematikan pada periode itu adalah pes. Sulit bagi kita, yang hidup diawal abad ke-21, untuk membayangkan dampak epidemic pes yang terjadi di Eropa. Tiga epidemic besar penyakit pes : yang pertama dimulai tahun pada tahun 543 M, kedua 1348 M, dan terakhir tahun 1664. Epidemic terburuk terjadi pada abad ke-14, saat penyakit itu dijuluki sebagai “*black death*”. Di Eropa saja, sekitar 25 juta orang menjadi korbannya. Jumlah ini melebihi jumlah penduduk yang tinggal dinegara bagian Ohio dan Pennsylvania sekarang. Separuh populasi di London meninggal dan dibeberapa wilayah Perancis hanya 1 dari 10 orang yang selamat.

Selama abad pertengahan inijuga terjadi epidemic penyakit yang lain, diantaranya, cacar, difteri, campak, influenza, tuberculosis, antraks dan trakoma. Banyak penyakit lain, yang saat ini belum terdeteksi, mengambil giliran. Penyakit epidemic terakhir selama periode itu adalah sifilis, yang muncul pada tahun 1492. Penyakit ini, seperti halnya penyakit epidemic yang lain, juga membunuh ribuan orang.

3. Zaman Renaissance dan Penjelajahan

Periode Renaissance merupakan periode yang ditandai dengan lahirnya kembali pemikiran tentang karakteristik alam dan kemanusiaan. Perdagangan antarkota dan antarnegara sudah berkembang dan terjadi pertambahan penduduk dikota-kota besar. Periode ini juga ditandai dengan adanya penjelajahan dan penemuan. Perjalanan Columbus, Magellan, dan penjelajah lainnya pada akhirnya mengarah pada periode kolonialisme (penjajahan). Dampak Renaissance terhadap kesehatan komunitas sangat besar. Pengkajian yang lebih cermat terhadap kejadian Luar Biasa (KLB) penyakit yang terjadi selama periode itu mengungkap bahwa penyakit semacam pes selain membunuh orang suci juga membunuh pendosa. Selain itu, keyakinan bahwa penyakit disebabkan oleh factor-faktor lingkungan, bukan factor spiritual, semakin berkembang. Contoh, istilah *malaria* (yang berarti udara kotor) merupakan sebutan khas untuk udara yang lembab dan basah, yang kerap menjadi sarang nyamuk yang menularkan malaria

Observasi yang lebih kritis terhadap penyakit menghasilkan penjelasan yang lebih akurat mengenai gejala dan akibat suatu penyakit. Observasi ini mengarah kepada pengenalan awal penyakit batuk rejan, tifus, *scarlet fever*, dan malaria, sebagai penyakit yang khas dan berbeda.

Epidemic penyakit cacar, malaria, dan pes masi menjamur di Inggris dan seluruh Eropa. Pada tahun 1665, epidemic pes menelan korban 68.596 jiwa di London, yang pada saat itu berpenduduk 460.000 jiwa (15 % dari populasi menjadi korban). Penjelajah, penjajah, dan pedagang serta awak mereka menyebarkan penyakit kedaerah jajahan dan penduduk setempat diseluruh Dunia Baru. Cacar, campak, dan penyakit lainnya membinasakan penduduk asli yang tidak terlindungi

4. Adab Kedelapan Belas

Abad ke-18 ditandai dengan perkembangan industry. Walau mulai mengenal sifat suatu penyakit, kondisi kehidupan saat itu sangat tidak kondusif untuk kesehatan. Kota-kota sangat padat dan sumber air tidak memadai dan kerap tidak sehat. Jalan-jalan biasanya tidak dipadatkan, sangat kotor, dan penuh dengan sampah. Banyak rumah yang berlantai kotor dan tidak sehat.

Tempat kerja tidak aman dan tidak sehat. Sebagian besar pekerja adalah kaum miskin, termasuk anak-anak, yang dipaksa bekerja dengan jam kerja yang panjang sebagai pembantu yang terikat kontrak. Banyak dari pekerjaan itu yang tidak aman atau harus dilakukan dilingkungan yang tidak sehat, misalnya pabrik tekstil dan pertambangan batubara.

Salah satu kemajuan di bidang kedokteran, terjadi di akhir abad ke-18, layak disebutkan karena maknanya bagi kesehatan masyarakat. Pada tahun 1796, Dr. Edward Jenner berhasil memperagakan proses vaksinasi sebagai perlindungan terhadap penyakit cacar. Ia melakukannya dengan menginokulasi seorang anak laki-laki dengan materi yang berasal dari nanah penyakit *cowpox* (*Vaccinia*). Saat kemudian dipajankan dengan materi dari nanah penyakit (*variola*), anak laki-laki itu tetap sehat.

Temuan Dr. Jenner tetap menjadi salah satu temuan terbesar sepanjang zaman baik bagi dunia kedokteran maupun kesehatan masyarakat. Sebelum temuan itu, jutaan orang meninggal atau bahkan menjadi “bopengan” akibat cacar. Satu-satunya metode pencegahan yang dikenal adalah “variulasi”, suatu bentuk inokulasi dengan menggunakan materi cacar itu sendiri. Prosedur ini sangat berbahaya karena orang yang mejalaninya terkadang justru terkena cacar. Walau begitu, selama revolusi amerika, Jendral George Washington memerintahkan pasukan koloni amerika untuk menjalani “variulasi”. Perintah ini dikeluarkannya untuk memastikan bahwa epidemic cacar yang menyerang tidak akan memusnakan pasukannya. Yang cukup menarik rata-rata usia kematian seseorang yang tinggal diamerika serikat selama waktu tersebut adalah 29 tahun.

Diakhir abad ke-18, kaum muda AS berbagai masalah penyakit, termasuk berlanjutan KLB cacar, kolera, demam typhoid dan *yellow fever*. KLB *yellow fever* biasanya menyerang kota-kota pelabuhan, seperti Charleston, Baltimore, New York, dan New Orleans, tempat merapatnyakapal dari wilayah tropis Amerika. Epidemic terbesar penyakit *yellow fever* di Amerika terjadi di philadelphia tahun 1793., dengan perkiraan sekitar 23.000 kasus, termasuk 4.044 korban meninggal dalam populasi yang diperkirakan hanya berjumlah 37.000 jiwa.

Untuk mengatasi epidemic yang berlanjut itu dan banyak masalah kesehatan lainnya, misalnya kebersihan dan perlindungan terhadap persediaan air, dibentuk beberapa lembaga kesehatan pemerintah. Pada tahun 1798, Marine Hospital Service (selanjutnya menjadi U.S Public Health Service) dibentuk untuk mengatasi penyakit yang menyerang diatas sarana angkutan air. Sampai tahun 1799, beberapa kota besar di Amerika, termasuk Boston, Philadelphia, New York, dan Baltimore juga membentuk dewan kesehatan kota.

5. Abad Kesembilan Belas

Selama paruh pertama abad ke-19, terjadi beberapa kemajuan luar biasa dibidang kesehatan masyarakat. Kondisi kesehatan kehidupan di Eropa dan Inggris tetap tidak saniter dan industrialisasi menyebabkan semakin banyak penduduk berada di kota. Namun, metode pertanian yang lebih baik menyebabkan perbaikan gizi bagi banyak orang.

Selama periode ini, Amerika menikmati ekspansinya kearah barat, yang ditandai dengan semangat pioneer, kecukupan diri, dan individualism yang kuat. Pendekatan pemerintah federal pada masalah kesehatan dicirikan dengan istilah Perancis *Laissez faire*, yang berarti tanpa campur tangan. Selain itu, ada beberapa peraturan kesehatan atau lembaga kesehatan di daerah pedesaan. Praktik pertabiban tumbuh subur, periode ini merupakan masa yang sangat tepat untuk anjuran "pembeli waspada".

Epidemic masih berlanjut dikota-kota besar Eropa dan Amerika. Tahun 1849, epidemic kolera menyerang London. Dr. John Snow mempelajari epidemic ini dan mengajukan hipotesis bahwa penyakit ini disebabkan oleh konsumsi air dari pompa *Broad Street*. Dia memperoleh izin untuk melepas pegangan pompa, dan epidemic pun selesai. Tindakan snow sangat luar biasa karena berlangsung sebelum penemuan bahwa mikroorganisme dapat menyebabkan penyakit. Teori yang dominan saat itu tentang penyakit menular adalah "*teori miasmas*". Menurut teori ini, uap atau bau tak sedap (*miasmas*) yang keluar dari tanah merupakan sumber dari banyak penyakit. Teori *miasmas* tetap terkenal hampir disepanjang abad ke-19.

Di Amerika pada tahun 1850, Lemuel Shattuck menyusun laporan kesehatan untuk Persemakmuran Massachusetts yang menggarisbawahi perlunya kesehatan masyarakat untuk negara bagian ini. Termasuk di dalamnya rekomendasi untuk pembentukan dewan kesehatan, pengumpulan data statistic vital, penerapan tindakan yang saniter, dan penelitian penyakit. Shattuck juga merekomendasikan pendidikan kesehatan dan pengendalian pajanan terhadap alkohol, asap rokok, makanan tidak bermutu, dan ramuan tabib. Walau beberapa rekomendasinya perlu waktu bertahun-tahun untuk dapat diterapkan (Massachusetts Board of Health belum terbentuk sampai tahun 1869), hal yang signifikan dari laporan Shattuck begitu sedemikian rupa sehingga tahun 1850 menjadi masa kunci di dalam kesehatan masyarakat Amerika; tahun itu menandai dimulainya **era modern kesehatan masyarakat**.

Kemajuan nyata di dalam pemahaman mengenai penyebab berbagai penyakit menular berlangsung pada seperempat abad terakhir abad ke-19. Salah satu kendala pada kemajuan itu adalah teori perkembangbiakan spontan, pemikiran yang menyatakan organisme hidup dapat berkembang dari benda anorganik atau benda takhidup. Serupa dengan teori adalah pemikiran bahwa satu jenis mikroba dapat berubah menjadi jenis organism yang lain.

Di Tahun 1862, Louis Pasteur dari Perancis mengajukan teori kuman penyakit. Selama tahun 1860-an dan 1870-an, dia dan beberapa lainnya melakukan eksperimen dan observasi yang mendukung teorinya dan menumbangkan teori spontanitas. Pasteur benar-bener sangat berjasa karena berhasil menumbangkan teori perkembangbiakan spontan.

Ilmuan Jerman Robert Koch merupakan orang yang mengembangkan kriteria dan prosedur-prosedur penting untuk membuktikan pendapat bahwa mikroba tertentu, dan bukan mikroba lain, yang menyebabkan penyakit tertentu. Demonstrasi pertamanya dengan basilus antraks berlangsung pada tahun 1876. Antara tahun 1877 sampai akhir abad ke-19, identitas sejumlah agens penyakit bakteri berhasil dipastikan, termasuk di antaranya penyebab gonorrhoea, tifus,

lepra, tuberculosis, kolera, difteri, tetanus, pneumonia, pes, dan disentri. Periode ini (1875-1900) lebih dikenal dengan julukan **periode bakteriologis kesehatan masyarakat**.

Walaupun kebanyakan temuan ilmiah di akhir abad ke-19 terjadi di Eropa, cukup banyak prestasi kesehatan masyarakat yang terjadi di Amerika. Undang-undang pertama yang melarang susu bermutu rendah (**adulteracion**) disahkan pada tahun 1856, survai kebersihan pertama dilakukan di New York City tahun 1864, dan Amerika Public Health Association didirikan tahun 1872. Marine Hospital Service memiliki wewenang baru untuk melaksanakan inspeksi dan investigasi karena dikeluarkannya **Port Quarantine Act** tahun 1878. Pada tahun 1890, pasteurisasi pada susu mulai diperkenalkan, sementara pemeriksaan atas daging dimulai tahun 1891. Selama periode itu pula perawat pertama kali dipekerjakan oleh industry (1895) dan sekolah (1899). Juga pada tahun 1895, septic tank diperkenalkan untuk pengolahan air kotor. Pada tahun 1900, Mayor Walter Reed dari pasukan Amerika mengumumkan bahwa *yellow fever* ditularkan melalui nyamuk.

6. Abad Kedua Puluh

Saat dimulainya abad ke-20, angka harapan hidup masih kurang dari 50 tahun. Penyebab utama kematian adalah penyakit menular-influenza, pneumonia, tuberculosis, dan infeksi saluran pencernaan. Penyakit menular yang lain, misalnya, demam tifoid, malaria, dan difteri juga banyak menelan korban.

Masalah kesehatan yang juga terjadi. Jutaan anak mengalami kondisi yang ditandai dengan diare takmenular atau kelainan bentuk tulang. Walau gejala pellagra dan rakitis sudah dikenal dan dijelaskan, penyebab penyakit itu masih menjadi misteri yang belum dipecahkan sampai pergantian abad. Penemuan bahwa kondisi itu disebabkan oleh defisiensi vitamin berjalan lambat karena sebagian ilmuwan mencari penyebab bakterialnya.

Defisiensi vitamin dan salah satu kondisi pemicunya, kesehatan gigi yang buruk, merupakan hal yang sangat umum dijumpa di daerah kumuh kota-kota Amerika dan Eropa. Tidak tersedianya layanan prenatal dan pascanatal yang memadai menyebabkan tingginya angka kematian yang berkaitan dengan kehamilan dan kelahiran.

Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia Abad Ke-16 – Pemerintahan Belanda mengadakan upaya pemberantasan cacar dan kolera. Dengan melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat. Tahun 1807 – Pemerintahan Jendral Daendels, melakukan pelatihan dukun bayi dalam praktek persalinan dalam rangka upaya penurunan angka kematian bayi, tetapi tidak berlangsung lama karena langkanya tenaga pelatih. Tahun 1888 – Berdiri pusat laboratorium kedokteran di Bandung, 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

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.

Dalam ilmu kesehatan masyarakat tidak terlepas dari 2 tokoh yakni, Asclepius dan Higela, yang kemudian muncul dua aliran atau pendekatan dalam menangani masalah-masalah kesehatan. Pertama aliran kuratif dari kelompok Aclepius dan aliran preventiv dari golongan Higela, dua aliran tersebut saling berbeda dalam pengaplikasiannya pada kehidupan masyarakat. Aliran kuratif bersifat rektif yang sarannya per-individu, pelaksanaannya jarak jauh dan kontak langsung dengan sasaran cukup sekali, kelompok ini pada umumnya terdiri dari dokter, dokter gigi, psikiater, dan praktisi-praktisi lain yang melakukan pengobatan baik fisik, psikis, mental maupun sosial. Sedangkan aliran prevektiv lebih bersifat proaktif atau kemitraan yang sarannya masyarakat luas, Para petugas kesehatan masyarakat lulusan sekolah atau institusi masyarakat sebagai jenjang masuk dalam kelompok ini.

1. Asclepius (Pendekatan Kuratif)

- a. Sasaran → individual, kontak dengan pasien sekali saja, jarak antara petugas & pasien cenderung jauh.
- b. Bersifat reaktif

c. Secara partial

2. Higeia (Pendekatan Preventif)

a. Sasaran → masyarakat, masalahnya adalah masalah masyarakat dan hubungan antara petugas dengan masyarakat bersifat kemitraan.

b. Bersifat proaktif

c. Secara holistic

C. SEJARAH PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT

1. Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan (Pre Scientific Period).

Sejarah kebudayaan peradaban masyarakat kuno yang berpusat di Babylonia, Mesir, Yunani dan Roma (The Pre-Cristion Period). Pada saat itu pemerintah kota telah melakukan upaya-upaya pemberantasan penyakit. Sebagai bukti ditemukan dokumen-dokumen tentang peraturan-peraturan tertulis yang mengatur tentang pembuangan air limbah (drainase), pengaturan air minum, pembuangan sampah, dsb. (Hanlon, 1964). Dari hasil penemuan arkeologi pada saat itu telah dibangun WC Umum (Public Latrine) dan sumber air minum sendiri namun untuk alasan 'estetika', bukan untuk alasan kesehatan.

Pada kerajaan Romawi Kuno, peraturan-peraturan yang dibuat bedasarkan alasan kesehatan. Dalam hal itu pegawai-pegawai kerajaan ditugaskan untuk melakukan supervisi ke lapangan ke tempat-tempat air minum (Public Bar), warung makan, tempat-tempat prostitusi, dsb. (Notoadmodjo, 2005).

a. Abad Pertama sampai Abad Ketujuh.

Pada masa ini berbagai penyakit menyerang penduduk. Di berbagai tempat terjadi endemik atau wabah penyakit. Bahkan begitu banyaknya penyakit menular dan, oleh karena itu kesehatan masyarakat makin dirasakan pentingnya (Halon, 1964). Penyakit kolera menjalar dari Inggris ke Afrika, kemudian ke Asia (khususnya Asia Barat dan Asia Timur) dan akhirnya sampai ke Asia Selatan. Pada Abad ke 7 India menjadi pusat endemik kolera. Selain kolera penyakit lepra menyebar dari Mesir ke Asia Kecil dan Eropa melalui emigran. Upaya-upaya yang dilakukan adalah perbaikan lingkungan yaitu higiene dan sanitasi, pengusahaan air minum yang bersih, pembuangan sampah, ventilasi rumah telah menjadi bagian kehidupan masyarakat waktu itu (Notoadmodjo, 2005).

b. Abad ke-13 sampai abad ke-17.

Pada masa ini kejadian endemik Pes yang paling dasyat terjadi di China dan India, diperkirakan 13 juta orang meninggal. Catatan lain di India, Mesir dan Gaza 13.000 orang meninggal setiap harinya, atau selama wabah tersebut jumlah kematian mencapai 60 juta orang. Pertistiwa tersebut dikenal dengan 'The Black Death'. Pada abad tersebut Kolera juga menjadi masalah di beberapa tempat. Tahun 1603 terjadi kematian 1 diantara 6 orang karena penyakit menular. Tahun 1665 meningkat menjadi 1 diantara 5 orang. Tahun 1759 tercatat penyakit-penyakit lain yang mewabah diantaranya Dipteri, Tifus, dan Disentri.

2. Periode Ilmu Pengetahuan (Scientific Period).

Abad ke-18 sampai permulaan abad ke-19 (kebangkitan Ilmu Pengetahuan.

Penyakit-penyakit yang muncul bukan saja dilihat sebagai fenomena biologis yang sempit, tetapi merupakan suatu masalah yang kompleks. Pada masa ini juga ditemukan berbagai macam vaksin dan bahan disinfektans. Vaksin Cacar oleh Luis Pasteur, Asam Carbolic untuk sterilisasi ruangan operasi ditemukan oleh Joseph Lister, Ether untuk Anestesi oleh William Marton, dsb.

Tahun 1832 di Inggris terjadi epidemic Kolera. Parlemen Inggris menugaskan Edwin Chadwich, seorang pakar sosial untuk memimpin penyelidikan penyakit tersebut. Atas laporannya tersebut Parlemen Inggris mengeluarkan UU tentang upaya-upaya peningkatan kesehatan penduduk, termasuk sanitasi lingkungan dan tempat kerja, pabrik, dsb. John Simon diangkat oleh pemerintah Inggris untuk menangani masalah kesehatan.

Pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20 mulai dikembangkan pendidikan tenaga kesehatan. Tahun 1883 Sekolah Tinggi Kedokteran didirikan oleh John Hopkins di Baltimore AS, dengan salah satu departemennya adalah Departemen Kesehatan Masyarakat. Tahun 1908 sekolah kedokteran mulai menyebar di Eropa, Kanada, dsb. Dari segi pelayanan masyarakat, pada tahun 1855 untuk pertamakalinya pemerintah AS membentuk Departemen Kesehatan yang merupakan peningkatan dari Departemen Kesehatan Kota yang sudah terbentuk sebelumnya. Tahun 1972 dibentuk Asosiasi Kesehatan Masyarakat Amerika (American Public Health Association) (Notoamodjo, 2005).

D. PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA.

1. Masa Pra Kemerdekaan.

Pada tahun 1807 Gubernur Jendral Daendels melakukan pelatihan praktik persalinan pada para dukun bayi. Pada tahun 1851 didirikan sekolah dokter Jawa di Batavia yaitu STOVIA. Tahun 1888 di Bandung didirikan Pusat Laboratorium Kedokteran yang selanjutnya menjadi Lembaga Eykman sekarang. Pada Tahun 1913 didirikan Sekolah Dokter Belanda yaitu NIAS di Surabaya. Tahun 1922 terjadi wabah Pes, sehingga tahun 1933-1935 diadakan pemberantasan Pes dengan DDT dan vaksinasi massal.

Hasil penyelidikan Hydric, petugas kesehatan pemerintah waktu itu, penyebab kesakitan dan kematian yang terjadi di Banyumas adalah kondisi sanitasi, lingkungan dan perilaku penduduk yang sangat buruk. Hydric kemudian mengembangkan percontohan dan propaganda kesehatan.

2. Masa Era Kemerdekaan.

a. Pra Reformasi.

1. Masa Orde Lama.

Pada tahun 1951 konsep bandung Plan diperkenalkan oleh dr. Y. Leimena dan dr. Patah, yaitu konsep pelayanan yang menggabungkan antara pelayanan kuratif dan preventif. Tahun 1956 didirikanlah proyek Bekasi oleh dr. Y. Sulianti di Lemah Abang, yaitu model pelayanan kesehatan pedesaan dan pusat pelatihan tenaga. Kemudian didirikan Health Centre (HC) di 8 lokasi, yaitu di Indrapura (Sumut), Bojong Loa (Jabar), Salaman (Jateng), Mojosari (Jatim), Kesiman (Bali), Metro (Lampung), DIY dan Kalimantan Selatan. Pada tanggal 12 November 1962 Presiden Soekarno mencanangkan program pemberantasan malaria dan pada tanggal tersebut menjadi Hari Kesehatan Nasional (HKN).

2. Masa Orde Baru.

Konsep Bandung Plan terus dikembangkan, tahun 1967 diadakan seminar konsep Puskesmas. Pada tahun 1968 konsep Puskesmas ditetapkan dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional dengan disepakatinya bentuk Puskesmas yaitu Tipe A, B & C. Kegiatan Puskesmas saat itu dikenal dengan istilah 'Basic'. Ada Basic 7, Basic 13 Health Service yaitu : KIA, KB, Gizi Mas., Kesling, P3M, PKM, BP, PHN, UKS, UHG, UKJ, Lab, Pencatatan dan Pelaporan. Pada tahun 1969, Tipe Puskesmas menjadi A & B. Pada tahun 1977 Indonesia ikut menandatangani kesepakatan Visi : "Health For All By The Year 2000", di Alma Ata, negara bekas Federasi Uni Soviet, pengembangan dari konsep " Primary Health Care". Tahun 1979 Puskesmas tidak ada pen' Tipe'an, dan dikembangkan piranti manajerial Perencanaan dan penilaian Puskesmas yaitu ' Micro Planning' dan Stratifikasi Puskesmas. Pada tahun 1984 dikembangkan Posyandu, yaitu pengembangan dari pos penimbangan dan karang gizi. Posyandu dengan 5 programnya yaitu, KIA, KB, Gizi, Penanggulangan Diare dan Imunisasi dengan 5 Mejanya (Notoadmodjo, 2005). Pada waktu-waktu selanjutnya Posyandu bukan saja untuk pelayanan Balita tetapi juga untuk pelayanan ibu hamil. Bahkan pada waktu-waktu tertentu untuk promosi dan distribusi Vit.A, Fe, Garam Yodium, dan suplemen gizi lainnya. Bahkan Posyandun saat ini juga menjadi andalan kegiatan penggerak masyarakat (mobilisasi sosial) seperti PIN, Campak, Vit A, dsb.

b. Reformasi.

Waktu terus bergulir, tahun 1997 Indonesia mengalami krisis ekonomi. Kemiskinan meningkat, kemampuan daya beli masyarakat rendah, menyebabkan akses ke pelayanan kesehatan rendah, kemudian dikembangkan program kesehatan untuk masyarakat miskin yaitu, JPS-BK. Tahun 1998 Indonesia mengalami reformasi berbagai bidang termasuk pemerintahan dan menjadi negara demokrasi. Tahun 2001 otonomi daerah mulai dilaksanakan, sehingga dilapangan program-program kesehatan bernunasa desentralisasi dan sebagai konsekuensi negara demokrasi, program-program kesehatan juga banyak yang bernuasa 'politik'. Tahun 2003 JPS-BK kemudian menjadi PKPS-BBM Bidang Kesehatan, tahun 2005 berubah lagi menjadi Askeskin. Pada saat itu juga dikembangkan Visi Indonesia Sehat Tahun 2010 dengan Paradigma Sehat. Puskesmas dan Posyandu masih tetap eksis, bahkan Posyandu menjadi andalan ujung tombak 'mobilisasi sosial' bidang kesehatan. Dalam era otonomi dan demokrasi menuntut akutanbilas dan kemitraan, sehingga berkembang LSM-LSM baik bidang kesehatan, maupun bukan untuk menuntut akutanbilas tersebut dalam berbagai bentuk partisipasi. Sebagai 'partnersship' LSM-LSM tersebut program kesehatan yang bertanggung jawab adalah Promosi Kesehatan. Promosi Kesehatan harus menjadi ujung tombak mewakili program kesehatan secara keseluruhan, baik sebagai pemasaran-sosial Visi Indonesia Sehat 2010 untuk merubah paradigma (Paradigma Sehat) petugas kesehatan dan masyarakat. Tugas lain promosi kesehatan melakukan **advokasi, komunikasi kesehatan dan mobilisasi sosial**, baik kepada pihak legislatif, eksekutif maupun masyarakat itu sendiri. Terutama melalui kemitraan

dengan LSM-LSM tersebut. Dengan kata lain pada era otonomi/desentralisasi saat ini sektor kesehatan harus diperjuangkan juga secara politik karena sebenarnya saat ini bidang kesehatan disebut juga sebagai era 'Political Health', maka peranan promosi kesehatan sangat menonjol dalam ikut mengakomodasi upaya tersebut dengan berbagai strategi.

Secara universal perkembangan Kesehatan Masyarakat dibagi menjadi 5 era, dengan dasar pembagian 5 unsur, yaitu unsur jangkuan dengan filosofi yang dianut dengan titik berat pelayanan, unsur penyelenggaraan pendidikan dan penelitian pengembangan, seperti pada Tabel 1.1 berikut dibawah ini.

Tabel 1.1 : Era Perkembangan Kesehatan Masyarakat

Unsur Pengembangan	Empirical Health Era < 1850	Basic Science Era (1850-1900)	Clinical Science Era (1900-1950)	Public Health Science Era (1950-1900)	Political Science Era > 1900
Titik Berat Pelayanan	Gejala-Gejala Penyakit	Bakteri & Penyakit	Pasien (Penderita)	Masyarakat/ penduduk	Masyarakat dan Lingkungan Kesehatan
Cara Penyelenggaraan Pendidikan	Mengikuti petunjuk secara mutlak dari pengajar	Diagnosa Laboratorium	Poliklinik/ Balai Pengobatan sebagai tempat praktik	Klinik & balai Kesehatan Masyarakat dan masyarakat sebagai tempat praktik	RS Pendidikan dan daerah lokasi praktik

Penelitian dan Pengembangan	Pengalaman Empiris (historical)	Pengembangan Laboratorium	Pengembangan Iptek Kedokteran	Pengembangan masyarakat dan dengan pengembangan tolok ukur dan kriteria-kriteria	Selain pengembangan Iptek Kedokteran dan masy, juga dikembangkan bidang ilmu yang lain seperti ekonomi, sosial dan politik.
------------------------------------	---------------------------------	---------------------------	-------------------------------	--	---

E. DEFENISI KESEHATAN MASYARAKAT

Kesehatan masyarakat menurut Winslow (1920), Kesehatan Masyarakat (Public Health) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan kesehatan melalui "Usaha-usaha Pengorganisasian Masyarakat" untuk

1. Perbaikan sanitasi lingkungan
 2. Pemberantasan penyakit-penyakit menular
 3. Pendidikan untuk kebersihan perorangan
 4. Pengorganisasian pelayanan-pelayanan medis dan perawatan untuk diagnosis dini dan pengobatan.
 5. Pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin setiap orang terpenuhi kebutuhan hidup yang layak dalam memelihara kesehatannya.
- Menurut Ikatan Dokter Amerika (1948), kesehatan masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.

F. RUANG LINGKUP KESEHATAN MASYARAKAT

Disiplin ilmu yang mendasari ilmu kesehatan masyarakat antara lain, mencakup :

1. Ilmu biologi
2. Ilmu kedokteran
3. Ilmu kimia
4. Fisika
5. Ilmu Lingkungan
6. Sosiologi

7. Antropologi (ilmu yang mempelajari budaya pada masyarakat)
8. Psikologi
9. Ilmu pendidikan

Oleh karena itu ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin. Secara garis besar, disiplin ilmu yang menopang ilmu kesehatan masyarakat, atau sering disebut sebagai pilar utama Ilmu Kesehatan Masyarakat ini antara lain sbb :

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.

G. FAKTOR – FAKTOR YANG MEMPENGARUHI DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT

Menurut Hendrick L. Blumm, terdapat 4 faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan masyarakat, yaitu: factor

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

Dari ke 4 faktor di atas ternyata pengaruh perilaku cukup besar diikuti oleh pengaruh faktor lingkungan, pelayanan kesehatan dan keturunan. Ke empat faktor di atas sangat berkaitan dan saling mempengaruhi.

Perilaku sehat akan menunjang meningkatnya derajat kesehatan, hal ini dapat dilihat dari banyaknya penyakit berbasis perilaku dan gaya hidup. Kebiasaan pola makan yang sehat dapat menghindarkan diri kita dari banyak penyakit, diantaranya penyakit jantung, darah tinggi, stroke, kegemukan, diabetes mellitus dan lain lain. Perilaku / kebiasaan mencuci tangan sebelum makan juga dapat menghindarkan kita dari penyakit saluran cerna seperti mencret mencret dan lainnya.

Saat ini pemerintah telah berusaha memenuhi 3 aspek yang sangat terkait dengan upaya pelayanan kesehatan, yaitu upaya memenuhi ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan dengan membangun Puskesmas, Pustu, Bidan Desa, Pos Obat Desa, dan jejaring lainnya. Pelayanan rujukan juga ditingkatkan dengan munculnya rumah sakit rumah sakit baru di setiap kabupaten / kota.

Upaya meningkatkan akses ke fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat secara langsung juga dipermudah dengan adanya program jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) bagi masyarakat kurang mampu. Program ini berjalan secara sinergi dengan program pemerintah lainnya seperti Program bantuan langsung tunai (BLT), Wajib Belajar dan lain lain.

Untuk menjamin agar fasilitas pelayanan kesehatan dapat memberi pelayanan yang efektif bagi masyarakat, maka pemerintah melaksanakan program jaga mutu. Untuk pelayanan di rumah sakit program jaga mutu dilakukan dengan melaksanakan akreditasi rumah sakit.

Ke 4 faktor yang Mempengaruhi Derajat Kesehatan Masyarakat di atas tidak berdiri sendiri sendiri, namun saling berpengaruh. Oleh karena itu upaya pembangunan harus dilaksanakan secara simultan dan saling mendukung. Upaya kesehatan yang dilaksanakan harus bersifat komprehensif, hal ini berarti bahwa upaya kesehatan harus mencakup upaya preventif / promotif, kuratif, dan rehabilitatif.

Dengan berbagai upaya di atas, diharapkan peran pemerintah sebagai pembuat regulasi, dan pelaksana pembangunan dapat dilaksanakan untuk meningkatkan Derajat Kesehatan Masyarakat

BAB III

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Kesehatan masyarakat mengacu pada status kesehatan sebuah kelompok orang tertentu dan tindakan serta kondisi pemerintah untuk meningkatkan, melindungi, dan mempertahankan kesehatan mereka.

Sejarah Singkat Kesehatan Komunitas Dan Kesehatan Masyarakat

1. Peradaban awal
 - a. Masyarakat kuno (sebelum 500 SM)
 - b. Budaya klasik (500 SM-500 M)
2. Abad Pertengahan (500-1500 M)
3. Zaman Renaissance dan Penjelajahan
4. Adab Kedelapan Belas
5. Abad Kesembilan Belas
6. Abad Kedua Puluh

Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat

1. Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan (Pre Scientific Period).
 - a. Abad Pertama sampai Abad Ketujuh.
 - b. Abad ke-13 sampai abad ke-17.
2. Periode Ilmu Pengetahuan (Scientific Period).

Abad ke-18 sampai permulaan abad ke-19 (kebangkitan Ilmu Pengetahuan).

Perkembangan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia.

1. Masa Pra Kemerdekaan.
2. Masa Era Kemerdekaan.
 - a. Pra Reformasi.
 1. Masa Orde Lama.
 2. Masa Orde Baru.

b. Reformasi.

B. SARAN

Makalah ini masih jauh dari kesempurnaan, penulis berharap untuk makalah selanjutnya akan lebih baik lagi. Dan semoga makalah ini dapat menjadi pembelajaran bagi pembaca.

Diposkan oleh [Maria Ulfa](#) di [06.44](#)

Tugas 5 - Perkembangan Puskesmas

SEJARAH PUSKESMAS (PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT) DI INDONESIA

Pusat Kesehatan Masyarakat, atau yang disingkat dan lebih dikenal di Indonesia dengan nama Puskesmas, adalah unit pelaksana teknis (UPT) dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggungjawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja UPT. Sebagai unit fungsional pelayanan kesehatan terdepan dalam unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/ kota, tugasnya adalah menyelenggarakan sebagian tugas teknis Dinas Kesehatan Pembangunan Kesehatan. Maksudnya adalah sebagai penyelenggara upaya kesehatan seperti melaksanakan upaya penyuluhan, pencegahan dan penanganan kasus-kasus penyakit di wilayah kerjanya, secara terpadu dan terkoordinasi. Sementara pertanggung jawaban secara keseluruhan ada di Dinkes dan sebagian ada di Puskesmas.

logo Puskesmas

Sejarah perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia dimulai sejak pemerintahan Belanda pada abad ke-16. Kesehatan masyarakat di Indonesia pada waktu itu dimulai dengan adanya upaya pemberantasan cacar dan kolera yang sangat ditakuti masyarakat pada waktu itu.

Kolera masuk di Indonesia tahun 1927 dan tahun 1937 terjadi wabah kolera eltor di Indonesia. Kemudian pada tahun 1948 cacar masuk ke Indonesia melalui Singapura dan ternyata efek yang ditimbulkan penyakit tersebut sangat mengkhawatirkan. Berawal dari wabah

kolera tersebut, pemerintah Belanda pada waktu itu melakukan upaya-upaya kesehatan masyarakat.

Kemudian pada September 1959, wabah malaria masuk ke Malang. Dengan tekad yang kuat, malaria ditargetkan terberantas pada tahun 1970.

Puskesmas telah menjadi tonggak periode perjalanan sejarah Dinas Kesehatan Kabupaten di Indonesia. Konsep Puskesmas sendiri diterapkan di Indonesia pada tahun 1969. Perihal diterapkannya konsep Puskesmas ini, pada awal berdirinya, sedikit sekali perhatian yang dicurahkan Pemerintah di Kabupaten pada pembangunan di bidang Kesehatan. Sebelum konsep Puskesmas diterapkan, dalam rangka memberikan pelayanan terhadap masyarakat maka dibangunlah Balai Pengobatan (BP), Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA), yang tersebar di kecamatan-kecamatan. Unit tersebut berdiri sendiri-sendiri tidak saling berhubungan dan langsung melaporkan kegiatannya kepada Kepala Dinas Kesehatan, umumnya unit tersebut dipimpin oleh seorang Mantri (perawat) senior yang pendidikannya bisa Pembantu Perawat atau Perawat.

Sejalan dengan diterapkannya konsep Puskesmas di Indonesia tahun 1969, maka mulailah dibangun Puskesmas di beberapa wilayah yang dipimpin oleh seorang Dokter Wilayah (Dokwil) yang membawahi beberapa Kecamatan, sedang di tingkat kabupaten ada Dokter Kabupaten (Dukabu) yang membawahi Dokwil. Pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas tersebut adalah pelayanan kesehatan menyeluruh (komprehensif) yang meliputi pelayanan: pengobatan (kuratif), upaya pencegahan (preventif), peningkatan kesehatan (promotif) dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif).

Masalah-masalah kesehatan yang ditemukan juga sedemikian banyak, antara lain: Penyakit-penyakit menular (Cacar, Malaria, TBC) masih merajalela dengan prevalensi alias angka kejadian yang tinggi. Status gizi terutama pada golongan rawan anak-anak di bawah lima tahun dan ibu hamil atau menyusui masih belum memuaskan. Air minum yang sehat, pembuangan kotoran dan sanitasi perumahan yang sangat tidak memadai. Hal tersebut erat kaitannya dengan kemiskinan yang dicerminkan oleh rendahnya tingkat pendidikan, penghasilan perkapita, produksi perkapita dan konsumsi perkapita (termasuk konsumsi dalam bidang sanitasi, gizi dan pelayanan kesehatan).

Selain hal tersebut masalah ketenagaan, khususnya dokter, perawat gigi, nutrisisionis, jumlahnya juga masih terbatas. Disadari bahwa tanpa partisipasi masyarakat secara memadai, tidaklah mungkin keinginan atau tuntutan masyarakat yang semakin meningkat di bidang kesehatan. Untuk itu pada tahun 1976 dikembangkanlah konsep Pembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD). PKMD bisa dikatakan perpanjangan konsep dari Puskesmas. PKMD adalah bagian integral dari Pembangunan Desa secara keseluruhan. Usaha-usaha PKMD jika dilihat dari kepentingan masyarakat merupakan kegiatan swadaya masyarakat yang bertujuan untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui perbaikan status kesehatan. Jika dilihat dari kepentingan Pemerintah maka PKMD merupakan usaha untuk memperluas jangkauan pelayanan kesehatan baik oleh Pemerintah maupun oleh swasta sebagai "Health Provider" dengan peran serta aktif dari masyarakat sendiri. Diharapkan dengan pelaksanaan PKMD akan menyediakan pelayanan untuk perbaikan hygiene perorangan, kesehatan lingkungan, perbaikan taraf gizi, pengembangan kesadaran untuk hidup sehat, penyuluhan kesehatan,

pelayanan kuratif dan preventif termasuk kesejahteraan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana, Imunisasi, Pemberantasan Penyakit Menular, Usaha Kesehatan Sekolah dan lain sebagainya sesuai dengan kebutuhan setempat.

bangunan Puskesmas yang sudah semakin modern

Dengan adanya pelaksanaan PKMD, banyak contoh-contoh di desa dimana masyarakat secara bergotong-royong mengatasi problema kesehatan, seperti : pembuatan kakus (WC), pemasangan pipa bambu untuk mendatangkan air bersih, taman gizi, pertolongan pertama pada kecelakaan, pengobatan ringan, mengenal dan melaporkan adanya penyakit menular, penyuluhan dalam bidang kesehatan Ibu dan Anak, Keluarga Berencana dan sebagainya.

Selanjutnya dalam rangka mengoperasionalkan kebijakan Pemerintah Pusat (Departemen Kesehatan) di Kabupaten, maka berdirilah Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten yang bertugas melaksanakan pembinaan, pengembangan, pengawasan dan penertiban upaya kesehatan di Kabupaten serta Kecamatan. Segala urusan yang dilimpahkan oleh Pemerintah Pusat kepada pejabat-pejabatnya di daerah tetap menjadi tanggung jawab Pemerintah Pusat baik mengenai perencanaan, pelaksanaan maupun pembiayaan. Adapun hubungan fungsional antara Kantor Departemen Kesehatan Kabupaten dengan Dinas Kesehatan Kabupaten meliputi :

- (1) Pengarahan perencanaan program desentralisasi
- (2) Penyelenggaraan administrasi kepegawaian
- (3) Pengawasan yang menyeluruh
- (4) Hubungan teknis kesehatan.

Keberhasilan Program Kesehatan secara nyata dapat dilihat dari semakin meningkatnya kualitas upaya Pelayanan Rujukan yang diketahui dari meningkatnya strata/score Puskesmas dan RSUD dimana Untuk Puskesmas yang terakreditasi secara penuh dan RSUD type B.

petugas Puskesmas memberi pelayanan kepada warga

Peran serta segenap masyarakat dan kerja sama lintas sektoral dan PKK dalam upaya pembangunan Kesehatan cukup besar. Terbukti dengan semakin memasyarakatnya Posyandu

dan tercapainya target-target program Kesehatan khususnya Imunisasi/UCI, Kesejahteraan Ibu dan Anak (KIA), Penyuluhan Kesehatan Masyarakat (PKM), Pembinaan Kesehatan Lingkungan (PKL), Gerakan Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN), Usaha Perbaikan Gizi Keluarga (UPGK), Upaya Kesehatan Rujukan, Penyuluhan Obat Generik, dan lain-lain.

Keberhasilan program pembangunan Kesehatan merupakan “hasil upaya terobosan” sebagaimana tercermin dalam ungkapan “Gerakan Utama” yaitu :

1. Gemas Imunisasi (Gerakan Masal Imunisasi)

Memanfaatkan semua potensi sarana sektoral/lintas program dan lintas sektoral serta masyarakat yang ada untuk mencapai target Imunisasi/UCI.

2. Gerakan Momentum

Memanfaatkan hari-hari besar Nasional / Instansi / Organisasi untuk pencapaian target program Kesehatan terutama UCI, KIA dan Kesehatan Lingkungan pada hari ABRI, Bhayangkara, HKN, HKS, HUT Korpri, Bulan Bhakti LKMD, hari Ibu dll.

3. Gerakan Catat Laport

Meningkatkan kualitas pencatatan dan pelaporan kegiatan program Kesehatan yang dilaksanakan Kandepkes, dinkesda, RSUD, Gudang farmasi dan Puskesmas, dengan komputerisasi serta peningkatan pengetahuan dan ketrampilan analisa data dan visualisasi data.

4. Gerakan Penghijauan Puskesmas

Untuk meningkatkan keberhasilan Program Kesehatan / Strata Puskesmas menjadi strata maju (hijau).

5. Gerakan Taat

Mentaati semua pedoman dan petunjuk program kesehatan / prioritasnya, yang diberikan tingkat atas (Pusat/Tingkat I/ Tingkat II).

6. Gerakan Waskat Program

Melaksanakan Monitoring dan Evaluasi program secara ketat dengan feed back report / supervisi oleh atasan langsung masing-masing program.

7. Gerakan Porselinisasi Puskesmas

Meningkatkan kualitas kebersihan ruang Pelayanan Kesehatan (ruang pengobatan, ruang KIA, KB, Kamar Kecil, ruang tunggu dan sebagainya). Dimaksudkan agar supaya kebersihan dan sterilitas ruang relatif lebih terjamin.

8. Shock Therapi dan Kasih Sayang

Memberikan penghargaan dan petunjuk agar supaya potensi yang ada pada masing-masing petugas kesehatan dapat lebih ditingkatkan lagi.

9. Gerakan Cinta Segitiga Emas

- a. Cinta Imunisasi.
- b. Cinta Ibu dan Anak.
- c. Cinta JPKM / Dana Sehat / Pos Obat Desa.

10. Gerakan Puskesmas Jaya (Jalan Raya)

Meningkatkan fungsi Puskesmas di sepanjang jalan yang rawan kecelakaan, dengan pelayanan gawat darurat selama 24 jam dan fasilitas khusus Ambulance jalan raya.

11. Gerakan Puskesmas Bersih Hatinya

Gerakan Puskesmas Bersih, Sehat, Indah dan Nyaman dimaksudkan agar secara fisik dan non fisik, kualitas sarana dan prasarana Puskesmas (Fisik) dan kualitas manusianya (Non Fisik) sesuai dengan yang dimaksudkan di dalam nama gerakan yaitu senantiasa bersih hatinya.

12. Gerakan Puskesmas Wisata

Meningkatkan kualitas Puskesmas di daerah wisata sedemikian rupa sehingga dapat mengantisipasi berbagai masalah Kesehatan yang timbul, yang pada gilirannya dapat memberikan pelayanan Kesehatan yang baik pada wisatawan.

13. Gerakan Desa Sehat

Meningkatkan keberhasilan program Kesehatan dengan peran nyata LKMD melalui desa percontohan Kesehatan di setiap wilayah kerja Puskesmas.

14. Gerakan Senyum Puskesmas

Yaitu gerakan dimana petugas Puskesmas baik Dokter maupun karyawan lain, diharapkan lebih ramah, baik hati, atensi (perhatian) pada pasien dan memperhatikan etika Kedokteran maupun etika Keperawatan, Kebidanan serta memperhatikan norma agama dan adat istiadat setempat.

15. Gadis Cantik

Gerakan anti Gondok Endemis, cegah keterbelakangan mental dan kretin dengan jalan pemasyarakatan garam beriodium dan kapsul beriodium.

Visi Puskesmas

Visi pembangunan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas adalah tercapainya Kecamatan Sehat menuju terwujudnya Indonesia Sehat

Indikator Kecamatan Sehat:

- (1) lingkungan sehat,
- (2) perilaku sehat,
- (3) cakupan pelayanan kesehatan yang bermutu
- (4) derajat kesehatan penduduk kecamatan

Misi Puskesmas

1. Menggerakkan pembangunan berwawasan kesehatan di wilayah kerjanya
2. Mendorong kemandirian hidup sehat bagi keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya
3. Memelihara dan meningkatkan mutu, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan
5. Memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya

pasien mencoba alat spiroanalyzer di Klinik Berhenti Merokok yang disediakan Puskesmas

Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia (menurut catatan waktu)

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.