Intervensi Berbasis Komunitas: Sebuah Pengantar

*Ilham Akhsanu Ridlo, Azizah Andzar Ridwanah,
Mohamad Yoto, Agung Dwi Laksono*

Kesehatan merupakan modal awal bagi perkembangan potensi individu dalam hidup. Kesehatan juga merupakan kebutuhan dasar setiap manusia. Kesehatan dapat dipandang sebagai sebuah investasi yang berkontribusi besar pada pembangunan sebuah negara. Menurut Piagam Ottawa tahun 1986 kesehatan merupakan hak asasi manusia (*human right*) (World Health Organization, 1986), sementara Undang-Undang Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 menyebutkan bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Program pembangunan kesehatan bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan mengutamakan prinsip non diskriminatif, partisipatif dan berkelanjutan (Republik Indonesia, 2009).

Keluhan kesehatan seringkali menjadi hilir (dampak) dari berbagai permasalahan yang dialami individu dan lingkungan sekitarnya. Keluhan kesehatan pada dasarnya adalah merupakan gangguan terhadap kondisi fisik maupun jiwa, termasuk akibat kecelakaan atau hal lain. Berdasarkan data BPS dalam Statistik

...untuk menciptakan kesehatan individu dan populasi dibutuhkan sejumlah pra syarat. Pra syarat tersebut meliputi perdamaian, sumber daya ekonomi yang cukup, pangan dan papan yang cukup, ekosistem yang stabil, serta penggunaan sumber daya...

Kesehatan 2017, pada tahun 2017 keluhan kesehatan lebih banyak terjadi di wilayah perdesaan. Daerah perkotaan sebesar 31,26%, sedang perdesaan sebesar 31,71% (Badan Pusat Statistik, 2017). Perbedaan ini dapat disebabkan oleh banyak hal, antara lain adanya perbedaan akses terhadap perkembangan informasi dan pelayanan kesehatan (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019b) (Laksono, Wulandari and Soedirham, 2019a).

Piagam Ottawa tahun 1986 menegaskan bahwa untuk menciptakan kesehatan individu dan populasi dibutuhkan sejumlah pra syarat. Pra syarat tersebut meliputi perdamaian, sumber daya ekonomi yang cukup, pangan dan papan yang cukup, ekosistem yang stabil, serta penggunaan sumber daya yang berkelanjutan (World Health Organization, 1986).

Teori klasik H. L. Blum menyatakan bahwa ada empat faktor yang mempengaruhi derajat kesehatan secara berturut-turut, yaitu: 1) gaya hidup (*life style*); 2) lingkungan (sosial, ekonomi, politik, budaya); 3) pelayanan kesehatan; dan 4) faktor genetik (keturunan). Keempat determinan tersebut saling berinteraksi dan mempengaruhi

status kesehatan seseorang. Sering yang banyak menjadi perhatian adalah determinan pelayanan kesehatan (Blum, 1974).

Kerangka konsep determinan kesehatan yang diterima luas dewasa ini adalah bahwa tingkat kesehatan individu dan distribusi kesehatan yang adil dalam populasi ditentukan oleh banyak faktor yang tersebar di berbagai level. Meski yang sering menjadi fokus adalah pelayanan kesehatan, namun itu bukanlah satu-satunya determinan yang penting. Pelayanan kesehatan hanya satu dari sekian banyak faktor yang mempengaruhi kesehatan individu (Blum, 1974).

Pengembangan baru ilmu kesehatan menuntut adopsi pada kerangka yang lebih luas dan kaya, bahwa kesehatan bukan hanya dipengaruhi faktor risiko yang dimiliki seseorang. Faktor yang mempengaruhi status kesehatan dapat ditemukan pada berbagai level makro, antara lain perbedaan kesejahteraan, perilaku individu, serta level mikro seperti genetik (Laksono and Rachmawati, 2013).

Dalam teori determinan sosial kesehatan, Dhalgren dan Whitehead (1991) menjelaskan bahwa kesehatan individu dipengaruhi oleh beberapa faktor yang terletak di berbagai lapisan lingkungan. Sebagian besar determinan kesehatan tersebut dapat diubah (*modifiable factors*).

Model pelangi dalam determinan sosial kesehatan menggambarkan bahwa status kesehatan individu atau masyarakat dalam setengah lingkaran yang berlapis. Individu yang kesehatannya ingin ditingkatkan terletak di pusat, dengan faktor genetik dan sistem lingkungan.

***...kesehatan individu
dipengaruhi oleh
beberapa faktor yang
terletak di berbagai
lapisan lingkungan.
Sebagian besar
determinan kesehatan
tersebut dapat
diubah (modifiable
factors).***

Lapisan pertama determinan kesehatan meliputi perilaku dan gaya hidup individu, yang meningkatkan ataupun merugikan kesehatan, misalnya pilihan untuk merokok atau tidak merokok. Pada level mikro, faktor genetik berinteraksi dengan paparan lingkungan dan memberikan perbedaan apakah individu lebih rentan atau lebih kuat menghadapi paparan lingkungan yang merugikan. Perilaku dan karakteristik individu dipengaruhi oleh pola keluarga, pola pertemanan, dan norma-norma di dalam komunitas (Dhalgren and Whitehead, 1991).

Gambar 1.1.
Model Pelangi Determinan Sosial Kesehatan
Sumber: Dhalgren and Whitehead, 1991

Lapisan kedua adalah pengaruh sosial dan komunitas, yang meliputi norma komunitas, nilai-nilai sosial, lembaga komunitas, modal sosial, jejaring sosial, dan sebagainya. Faktor sosial pada level komunitas dapat memberikan dukungan bagi anggota-anggota komunitas pada keadaan yang menguntungkan bagi kesehatan.

Sebaliknya faktor yang ada pada level komunitas dapat juga memberikan efek negatif bagi individu dan tidak memberikan dukungan sosial yang diperlukan bagi kesehatan anggota komunitas (Dhalgren and Whitehead, 1991).

Lapisan ketiga meliputi faktor-faktor struktural: lingkungan pemukiman yang baik, ketersediaan pangan, ketersediaan energi, kondisi di tempat bekerja, kondisi sekolah, penyediaan air bersih dan sanitasi lingkungan, akses terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu, akses terhadap pendidikan yang berkualitas, lapangan kerja yang layak (Dhalgren and Whitehead, 1991).

Lapisan terluar meliputi kondisi-kondisi dan kebijakan sosial-ekonomi, budaya, dan politik umumnya, serta lingkungan fisik. Termasuk beberapa faktor makro yang terletak di lapisan luar adalah kebijakan publik, stabilitas sosial, ekonomi, dan politik, hubungan internasional, investasi pembangunan ekonomi, peperangan/perdamaian, perubahan iklim dan cuaca, ekosistem, bencana alam...

...beberapa faktor makro yang terletak di lapisan luar adalah kebijakan publik, stabilitas sosial, ekonomi, dan politik, hubungan internasional, investasi pembangunan ekonomi, peperangan/perdamaian, perubahan iklim dan cuaca, ekosistem, bencana alam...

Berdasarkan model determinan ekologi sosial kesehatan Dahlgren dan Whitehead (1991) dapat dijelaskan bahwa kesehatan individu, kelompok, dan komunitas yang optimal membutuhkan:

- 1) realisasi potensi penuh dari individu. Beberapa potensi individu tersebut antara lain fisik, psikologis, sosial, spiritual, dan ekonomi.
- 2) Pemenuhan ekspektasi peran seseorang dalam keluarga, komunitas, tempat bekerja
- 3) Realisasi kebijakan makro.

Dapat disimpulkan bahwa penanggulangan yang hanya berfokus pada faktor risiko pada level individu saja tidak dapat memberikan hasil yang optimal.

Dapat disimpulkan bahwa penanggulangan yang hanya berfokus pada faktor risiko pada level individu saja tidak dapat memberikan hasil yang optimal.

Perlu diperhatikan secara seimbang faktor penyebab pada level sosial (Susser and Susser, 1996). Dampaknya terhadap kebijakan adalah bahwa diperlukan kebijakan yang baik langsung maupun tidak langsung dapat meningkatkan tidak hanya kesehatan individu melainkan juga

kesehatan komunitas/masyarakat, serta menciptakan pemerataan pembangunan kesehatan.

Pada perkembangannya terjadinya perubahan dinamika yang terjadi di masyarakat serta transisi epidemiologi penyakit mengakibatkan semakin berkembangnya permasalahan kesehatan. Tingginya mortalitas, meningkatnya penyakit infeksi, meluasnya penyakit degeneratif seperti kanker, hipertensi, diabetes dan penyakit lainnya merupakan serangkaian bentuk permasalahan kesehatan yang mengakibatkan penurunan kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat (Laksono *et al.*, 2019).

Perubahan situasi global yang dinamakan dengan berubahnya era industri menuju pada fase perubahan ke-empat dan derasnya arus informasi secara tidak langsung berpengaruh pada pola hidup masyarakat. Pergeseran pola penyakit serta dampaknya terhadap

kesehatan dapat dilihat dari meningkatnya kasus penyakit degeneratif lebih dini. Di satu sisi beberapa kasus penyakit infeksi masih ada. Dengan kata lain, terjadi pergeseran pola demografi usia di masyarakat (Djaja, Soemantri and Irianto, 2003). Penyakit menular seperti Infeksi saluran pernapasan atas, tuberculosis, diare pada tahun 1990 memiliki persentase yang tinggi dalam diagram penyakit yang diderita masyarakat yaitu sebesar 54%, sedangkan penyakit tidak menular hanya sebesar 37% dan cedera seanyak 7%. Pergeseran yang terjadi pada persentase penyebab terbesar kesakitan dan kematian dalam kurun waktu 25 tahun setelahnya cukup signifikan, yaitu diakibatkan penyakit tidak menular, seperti tekanan darah tinggi, stroke, jantung, kanker, diabetes, yang mencapai kisaran 57%, sedangkan penyakit menular menurun menjadi sejumlah 30%, sisanya diakibatkan oleh cedera (World Health Organization, 2014).

Gambar 1.2.
Trend Angka Harapan Hidup Provinsi Jawa Timur Tahun 2-15-2017
Sumber: Badan Pusat Statistik, 2018a

Pola transisi tersebut menimbulkan masalah yang mengakibatkan beban ganda (*double burden*). Transisi tersebut meliputi demografi, epidemiologi, gizi dan juga perilaku. Transisi demografi dijelaskan dengan meningkatnya Angka Harapan Hidup (AHH) sehingga penduduk usia lanjut meningkat walaupun Indonesia sedang menikmati bonus demografi. AHH di Jawa Timur misalnya, terpantau meningkat pada tahun 2017 dibanding tahun sebelumnya (Badan Pusat Statistik, 2018a).

Derajat kesehatan masyarakat tidak hanya dilihat dari AHH, akan tetapi juga perlu memperhatikan indikator lain seperti Angka Kematian Ibu (AKI), Angka Kematian Bayi (AKB), dan Angka

Pendekatan demografi membuka sudut pandang yang lebih luas, serta mengarah pada langkah penyelesaian masalah yang lebih efektif sesuai dengan karakteristik kelompok masyarakat yang menjadi sasaran.

Kesakitan/Morbiditas akibat penyakit menular dan tidak menular. Hasil pencapaian MDGs di Indonesia menunjukkan belum tercapainya target antara lain dalam menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI), akses kepada sanitasi dan air minum, dan penurunan prevalensi AIDS dan HIV (Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS), 2014).

Pendekatan demografi membuka sudut pandang yang lebih luas, serta mengarah pada langkah penyelesaian masalah yang lebih efektif sesuai dengan karakteristik kelompok masyarakat yang menjadi sasaran. Kelompok rentan yang masih menjadi pusat perhatian bidang kesehatan antara lain bayi, balita, ibu hamil dan lansia (World Health Organization, 2018).

Data hasil survei Riskesdas tahun 2018 menunjukkan bahwa penyakit seperti Tuberkulosis, ISPA, Diare, Demam Berdarah, Malaria,

Hepatitis Virus, sebagian telah mengalami penurunan prevalensi, namun penyakit menular masih perlu menjadi perhatian. Berdasarkan data revalensi penyakit ISPA menurut diagnosis nakes pada tahun 2018 adalah sebesar 9,3%, lebih rendah dari tahun 2013 yang mencapai 25%. TB Paru berdasarkan diagnosis dokter tidak mengalami perubahan, yaitu sebesar 0,4% (National Institute of Health Research and Development of Ministry of Health of the Republic of Indonesia, 2013; 2019). Kondisi ini masih membutuhkan intervensi intensif mengingat target prevalensi Tuberkulosis (TB) per 100.000 penduduk dalam Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2014-2019 diharapkan dapat mencapai penurunan dari sebesar 6,8% di tahun 2013 menjadi 4,5% di tahun 2018 (Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI., 2015). Upaya intensif penanggulangan penyakit menular masih perlu terus ditingkatkan mengingat adanya komitmen Global pada *Sustainable Development Goals* (SDGs). Diharapkan dapat berakhirnya epidemi AIDS, TB, malaria, dan penyakit menular lainnya pada tahun 2030 (United Nations, 2015)(Hoelman *et al.*, 2016).

***Upaya intensif
penanggulangan
penyakit menular masih
perlu terus ditingkatkan
mengingat adanya
komitmen Global pada
Sustainable
Development Goals
(SDGs).***

Di sisi lain, penyakit tidak menular seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes mellitus, gagal ginjal, stroke dan kanker, menunjukkan peningkatan. Hasil Riskesdas menunjukkan terdapat peningkatan prevalensi diabetes mellitus berdasarkan diagnosis pada penduduk umur >15 tahun dimana pada Riskesdas 2013 sebesar 6,9% menjadi 8,5% pada tahun 2018. Penyakit hipertensi berdasarkan hasil pengukuran pada penduduk umur >18 tahun juga menunjukkan hasil

yang tidak jauh berbeda, tahun 2013 pada kisaran angka 25,8%, kemudian mencapai 34,1% pada tahun 2018 (National Institute of Health Research and Development of Ministry of Health of the Republic of Indonesia, 2013; 2019).

Transisi berikutnya menyangkut sektor gizi, permasalahan mengenai gizi saat ini menjadi perhatian publik dan pemerintah.

Selain permasalahan *underweight*, *stunting*, dan *wasting*, obesitas/kegemukan (*overweight*) juga menjadi salah satu penyebab permasalahan di sektor gizi.

Kasus gizi kurang dan buruk (*underweight*) mengalami penurunan dari 19,6% pada tahun 2013 menjadi 17,7% pada tahun 2018. Penurunan juga terjadi pada proporsi status gizi kependekan (*stunting*) dari 37,2% menjadi 30,1%. Status gizi kekurus-an (*wasting*) 12,1% pada tahun 2013 menjadi 10,1% pada tahun 2018 (National Institute of Health Research and Development of Ministry of Health of the Republic of Indonesia, 2013; 2019).

Selain permasalahan *underweight*, *stunting*, dan *wasting*, obesitas/kegemukan (*overweight*) juga menjadi salah satu penyebab permasalahan di sektor gizi. Tren peningkatan proporsi obesitas pada dewasa sejak tahun 2007 sebesar 10,5%, menjadi 14,8% pada tahun 2013, dan naik lagi menjadi 21,8% pada tahun 2018 (National Institute of Health Research and Development of Ministry of Health of the Republic of Indonesia, 2013; 2019).

Perubahan pola perilaku adalah kategori transisi yang terakhir. Perilaku hidup yang serba instan dalam masyarakat yang modern berdampak pada pemilihan bahan pangan yang mengesampingkan kesehatan. Perubahan perilaku yang jauh dari kebiasaan sehat, seperti jarang berolah raga. Data Risesdas menunjukkan meningkatnya persentase penduduk umur lebih dari

sama dengan 10 tahun dengan aktivitas fisik kurang dari sebanyak 26,1% pada tahun 2013 menjadi 33,5% pada tahun 2018 (National Institute of Health Research and Development of Ministry of Health of the Republic of Indonesia, 2013; 2019).

Pada tahun 2014, pemerintah meluncurkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) didukung Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Bidang Kesehatan sebagai operator. Jaminan kesehatan ini merupakan upaya perlindungan terhadap bahaya kesejahteraan masyarakat yang diakibatkan oleh masalah kesehatan. Melalui kebijakan ini, diwajibkan pada tahun 2019 Indonesia mencapai Pelayanan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage/UHC*) (Agustina *et al.*, 2019).

Beberapa permasalahan terjadi di lapangan, ... antara lain adalah rendahnya kesadaran masyarakat untuk memastikan dirinya dan anggota keluarganya menjadi peserta BPJS Bidang Kesehatan.

Beberapa permasalahan terjadi di lapangan, khususnya pada periode awal penerapan UHC, antara lain adalah rendahnya kesadaran masyarakat untuk memastikan dirinya dan anggota keluarganya menjadi peserta BPJS Bidang Kesehatan. Sebagian masyarakat ketika menderita sakit dan membutuhkan pelayanan kesehatan yang mengganggu kesejahteraan hidup baru terpaksa mendaftarkan diri menjadi peserta BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, 2017). Kondisi semacam ini mengakibatkan konsep gotong royong yang diusung BPJS, yaitu yang sehat membantu yang sakit, menjadi sulit tercapai. Hal ini diakibatkan pembiayaan yang sejatinya diharapkan lebih besar dari golongan masyarakat sehat tidak terlaksana (Dewi and Mukti, 2018)(Agustina *et al.*, 2019).

Kasus katastrofik tersebut ikut berkontribusi pada defisit anggaran BPJS Kesehatan sebesar 16,5 triliun sampai dengan Agustus 2018. Distribusi pembiayaan pengobatan penyakit ini antara lain adalah untuk 51,99% untuk penyakit jantung, sebesar 12,65% untuk penyakit stroke dan jumlah yang sama pula Thalassamia, sebesar 11,72% untuk gagal ginjal, Hepatitis 1,83%, Haemophilia 1,67%, Leukimia 1,55% (CNBC Indonesia, 2018). Kondisi yang semacam ini jika dibiarkan terus menerus dikhawatirkan akan memberikan kerugian sangat besar bagi negara yang pada akhirnya dapat mengganggu stabilitas nasional. Upaya intensif dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian perlu dilakukan. Kondisi ini seharusnya

Kondisi yang semacam ini jika dibiarkan terus menerus dikhawatirkan akan memberikan kerugian sangat besar bagi negara yang pada akhirnya dapat mengganggu stabilitas nasional.

memicu upaya promotif dan preventif menjadi strategi sekaligus kebijakan utama dalam pembangunan bidang kesehatan.

Bentuk kebijakan upaya promotif dan preventif terbaru adalah Permenkes nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan dengan 12 indikator yang harus dicapai oleh setiap pemerintah kabupaten/kota.

Jenis pelayanan dasar pada SPM bidang kesehatan daerah kabupaten/kota yang bersifat promotif dan preventif adalah pelayanan kesehatan ibu hamil, ibu bersalin, bayi baru lahir, balita, usia pendidikan dasar, usia produktif, usia lanjut, penderita hipertensi, penderita diabetes melitus, orang dengan gangguan jiwa berat, orang terduga tuberkulosis, dan orang dengan risiko terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia (HIV). Pelayanan yang bersifat promotif dan preventif mencakup peningkatan kesehatan, perlindungan spesifik, diagnosis dini dan pengobatan

tepat, pencegahan kecacatan, dan rehabilitasi (Kementerian Kesehatan RI., 2019). Pemenuhan SPM bidang kesehatan membutuhkan dukungan dari seluruh *stakeholder* mulai dari unit terkecil, yaitu desa.

Pemerintahan desa terdiri atas pemerintah desa (yang meliputi kepala desa dan perangkat desa) dan Badan Permusyawaratan Desa (BPD). Merujuk pada struktur pemerintahan pusat maka hampir setiap kementerian/lembaga pusat memiliki perpanjangan tangan termasuk petugas kesehatan di desa. Petugas kesehatan di desa bisa seorang pegawai pemerintah (Aparatur Sipil Negara dan Pegawai Kontrak) pusat atau daerah. Dan pada daerah tertentu tenaga kesehatan di desa sebagai penanggung jawab sarana Puskesmas Pembantu (desa/kelurahan).

Provinsi Jawa Timur merupakan provinsi dengan jumlah penduduk terbesar kedua di Indonesia setelah Provinsi Jawa Barat (Badan Pusat Statistik, 2018b). Besarnya jumlah penduduk memberikan banyak konsekuensi, salah satunya potensi besarnya masalah kesehatan. Beberapa daerah memiliki masalah kesehatan yang kompleks, dan membutuhkan perhatian khusus.

Salah satu kabupaten yang masih membutuhkan perhatian khusus di Jawa Timur adalah Kabupaten Malang. Malang sebagai kabupaten yang semakin berkembang masih menghadapi permasalahan kesehatan yang beragam, salah satunya adalah masalah kesehatan lingkungan yang berdampak pada masyarakat. Berdasarkan data Profil Kesehatan Jawa Timur tahun 2017, masalah penyakit menular juga masih cukup besar dimana estimasi seluruh kasus TB di Kabupaten Malang sejumlah 7.974 kasus, tapi yang ditemukan dan diobati baru 2.160 kasus, dengan *Case Detection Rate* 30% dari target yang ditetapkan Pusat sebesar 32%. Selain itu, Kabupaten Malang merupakan kabupaten dengan cakupan penduduk dengan akses sanitasi layak (jamban sehat) yang rendah,

sebesar 76,6%. Nilai ini berada di bawah rata-rata Jawa Timur yaitu sebesar 78,6% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018).

Salah satu wilayah di Kabupaten Malang yang masih perlu perhatian adalah di Kecamatan Kalipare. Beberapa indikator SPM bidang kesehatan tercatat belum mencapai target. Berdasarkan laporan SPM tahun 2017 dari Puskesmas Kalipare, Indikator yang

Para peneliti yang menggunakan pendekatan ini harus bersedia untuk mengenali dan bertanggung jawab untuk menjadi 'kontradiksi hidup' dalam praktik profesional mereka...

belum dapat dipenuhi sebesar 100% antara lain adalah: pelayanan kesehatan ibu hamil (90,06%), pelayanan kesehatan ibu (88,8%), pelayanan kesehatan bayi baru lahir (93,13%), pelayanan kesehatan balita (82,51%), pelayanan kesehatan pada usia produktif (3,65%), pelayanan kesehatan pada usia lanjut (50,43%), pelayanan kesehatan ODGJ berat (91,3%), pelayanan kesehatan orang dengan

TB (32,76%) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2018). Data yang muncul tersebut mengindikasikan bahwa sebagian masyarakat belum bisa menjangkau pelayanan kesehatan minimal yang harusnya diterima. Hal ini dapat diakibatkan adanya hambatan pada akses, baik jarak, waktu, biaya, maupun akses budaya (Laksono *et al.*, 2016).

Pemerintah Provinsi Jawa Timur mengupayakan penanggulangan masalah kesehatan yang ditemukan masyarakat melalui berbagai program dan kegiatan. Seiring dengan berjalannya waktu dan berkembangnya kompleksitas tuntutan serta determinan masalah kesehatan maka di beberapa daerah ditempatkan petugas kesehatan, yaitu bidan ditambah perawat di Pondok Kesehatan Desa (Ponkesdes) di 3.213 desa di Jawa Timur pada tahun 2010. (Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2010).

Ponkesdes sejatinya merupakan sarana pelayanan kesehatan yang berada di desa atau kelurahan dengan lebih mengutamakan promotif dan preventif. Berdasarkan kurikulum pendidikan bidan dan perawat, lebih dominan mengarah pada tindakan pelayanan kesehatan personal. Sebagian kecil kurikulumnya membahas tentang "*public health midwife*" dan "*public health nurse*" (Wibrata *et al.*, 2014) (Munir, Nursalam and Triyoga, 2016). Menurut Peraturan Gubernur nomor 4 tahun 2010, tenaga kesehatan yang berada di Ponkesdes melakukan kegiatan lebih berbasis pada fasilitas pelayanan kesehatan (*facility based*) (Pemerintah Provinsi Jawa Timur, 2010).

Berdasarkan kurikulum pendidikan bidan dan perawat, lebih dominan mengarah pada tindakan pelayanan kesehatan personal.

Program atau upaya yang berjalan selama ini masih belum memuaskan ditandai AKI dan AKB yang cenderung stagnan atau memiliki kemajuan yang belum sesuai harapan. Sehingga diperlukan pendekatan yang berbeda untuk akselerasi pencapaian target pembangunan kesehatan yang lebih optimal. Memperhatikan beberapa aspek dengan segala dinamika yang ada, menjadi penting adanya pendekatan pembangunan kesehatan berbasis masyarakat.

Salah satu bentuk pendekatan *community based* dengan menghadirkan fasilitator di tengah masyarakat. Fasilitator yang mampu memberikan motivasi, stimulasi, dan mendampingi masyarakat menuju kemandiriannya dalam hidup sehat, mandiri, dan berdaya untuk meningkatkan status kesehatan dan meningkatkan kesejahteraannya (Laksono *et al.*, 2019). Hal tersebut tentu bisa lebih optimal apabila pelaksanaan intervensinya dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dalam melaksanakan program kesehatan, terutama pada bidang pemberdayaan masyarakat.

Keahlian tersebut diperoleh antara lain melalui latar belakang pendidikan dan pengalaman pada sektor kesehatan masyarakat.

Desa Sehat Berdaya merupakan program purwarupa berbasis komunitas yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan masyarakat desa, yang diharapkan dapat berdampak pada peningkatan kesejahteraan. Program ini menempatkan fasilitator Desa Sehat Berdaya, atau yang dinamai Sahabat Desa, yang berperan memberikan motivasi, stimulasi, dan mendampingi masyarakat. Pola pendekatan yang dipakai dalam program Desa Sedaya adalah *community based*. Sahabat Desa akan menjadi fasilitator yang hidup berbaur dengan masyarakat (*lived in*) untuk membumikan strategi pendekatan promotif-preventif di masyarakat.

Daftar Pustaka

- Agustina, R. *et al.* (2019) 'Universal health coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges', *The Lancet*, 393(10166), pp. 75–102. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31647-7.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (2017) *JKN-KIS Cegah Masyarakat Jatuh Miskin Akibat Penyakit 'Mahal'*. Available at: <http://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/post/read/2017/558/JKN-KIS-Prevents-Poor-People-from-Expensive-Diseases> (Accessed: 18 July 2018).
- Badan Pusat Statistik (2017) *Statistika Kesehatan Tahun 2017*. Jakarta.
- Badan Pusat Statistik (2018a) *Laju Pertumbuhan Penduduk*. Available at: <https://sirusa.bps.go.id/index.php?r=indikator/view&id=86> (Accessed: 6 August 2018).
- Badan Pusat Statistik (2018b) *Proyeksi Penduduk Indonesia 2015-2045*. Jakarta.
- Blum, H. L. (1974) *Planning for Health: Development and Application of Social Change Theory*. New York: Behavioral Publications.
- CNBC Indonesia (2018) *BPJS Kesehatan Defisit Rp 16,5 T, Ini yang Dilakukan Direksi*. Available at: <https://www.cnbcindonesia.com/news/20180928112213-4-35182/bpjs-kesehatan-defisit-rp-165-t-ini-yang-dilakukan-direksi> (Accessed: 17 May 2019).
- Dewi, A. and Mukti, A. G. (2018) 'The strategy to achieve universal health coverage membership in Indonesia', *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 11(5), pp. 1774–1777. doi: 10.5958/0974-360X.2018.00329.3.
- Dhalgren, G. and Whitehead, M. (1991) *Policies and Strategies to Promote Social*

- Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2018) *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017*. Surabaya.
- Djaja, S., Soemantri, S. and Irianto, J. (2003) 'Perjalanan Transisi Epidemiologi di Indonesia dan Implikasi Penanganannya, Studi Mortalitas Survei Kesehatan Rumah Tangga (1986-2001)', *Buletin Penelitian Kesehatan*, 31(3), pp. 119–131.
- Hoelman, M. B. et al. (2016) *SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS-SDGs: Panduan Untuk Pemerintah Daerah (Kota dan Kabupaten) dan Pemangku Kepentingan Daerah*. Jakarta: International NGO Forum on Indonesian Development (INFID). Available at: <https://www.infid.org/wp-content/uploads/2018/07/Buku-Panduan-SDGs-untuk-Pemda.pdf>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019) *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2019 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang Kesehatan*. Indonesia. Available at: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No__4_Th_2019_ttg_Standar_Teknis_Pelayanan_Dasar_Pada_Standar_Pelayanan_Minimal_Bidang_Kesehatan.pdf.
- Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (BAPPENAS) (2014) *LAPORAN PENCAPAIAN TUJUAN PEMBANGUNAN MILENIUM DI INDONESIA 2013*. Jakarta.
- Laksono, A. D. et al. (2016) *Healthcare Accessibility in Indonesia (Aksesibilitas Pelayanan Kesehatan di Indonesia)*. Edited by S. Supriyanto, D. Chalidyanto, and R. D. Wulandari. PT Kanisius.
- Laksono, A. D. et al. (2019) 'Analisis Sosiogram untuk Penentuan Agen Perubahan; Studi Kasus pada Program Desa Sehat Berdaya', *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 22(1).
- Laksono, A. D. and Rachmawati, T. (2013) *Determinan Sosial Kesehatan Ibu dan Anak*. Yogyakarta: PT Kanisius.
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D. and Soedirham, O. (2019a) 'REGIONAL DISPARITIES OF HEALTH CENTER UTILIZATION IN RURAL INDONESIA', *Malaysian Journal of Public Health Medicine*, 19(1), pp. 158–166. Available at: <http://mjphm.org/index.php/mjphm/article/view/48>.
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D. and Soedirham, O. (2019b) 'Urban and Rural Disparities in Hospital Utilization among Indonesian Adults', *Iranian Journal of Public Health*, 48(2), pp. 247–255. Available at: <http://ijph.tums.ac.ir/index.php/ijph/article/view/16143>.
- Munir, M., Nursalam and Triyoga, R. S. (2016) 'Village health post (Ponkesdes) development into community nursing center-based Health Promotion Model, nursing center, and behavioral performance', *International Journal*

- of Medical Science and Public Health*, 5(2), pp. 292–297. doi: 10.5455/ijmsph.2016.07092015119.
- National Institute of Health Research and Development of Ministry of Health of the Republic of Indonesia (2013) *The 2013 Indonesia Basic Health Survey (Riskesdas): National Report*. Jakarta.
- National Institute of Health Research and Development of Ministry of Health of the Republic of Indonesia (2019) *The 2018 Indonesia Basic Health Survey (Riskesdas): National Report*. Jakarta.
- Pemerintah Provinsi Jawa Timur (2010) *Peraturan Gubernur Provinsi Jawa Timur Nomor 4 Tahun 2010 tentang Pondok Kesehatan Desa*. Indonesia.
- Republik Indonesia (2009) *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Indonesia: Kementerian Kesehatan RI.
- Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan RI. (2015) *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Susser, M. and Susser, E. (1996) 'Choosing a Future for Epidemiology: II. From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology', *American Journal of Public Health*, 86(5), pp. 674–677. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1380475/pdf/amjph00516-0068.pdf>.
- United Nations (2015) *THE 2030 AGENDA FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT*. Washington: United Nations. Available at: [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030Agenda for Sustainable Development web.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf).
- Wibrata, D. A. *et al.* (2014) 'Improving village health post (Ponkesdes) nurses' performance, which model should be used?', *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(7), pp. 1–7. doi: 10.5430/jnep.v4n7p24.
- World Health Organization (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1.
- World Health Organization (2014) *Noncommunicable Diseases Country Profiles 2014*. Geneva. Available at: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128038/9789241507509_eng.pdf?sequence=1.
- World Health Organization (2018) *Vulnerable groups*. Available at: http://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/ (Accessed: 10 July 2018).