PROSPEK PENDIDIKAN PROGRAM PASCA SARJANA BIDANG KESEHATAN MASYARAKAT

Artha Budi Susila Duarsa*

ABSTRAK

Dengan berbagai kondisi kesehatan masyarakat tersebut terjadi berbagai opini di masyarakat luas bahwa ada yang salah dalam pengelolaan kesehatan masyarakat oleh pemerintah. Padahal perlu disadari secara mendalam bahwa masalah kesehatan masyarakat adalah masalah kita bersama dan tanggung jawab kita bersama untuk mengatasinya. Hanya saja karena semua itu adalah masalah kesehatan masyarakat maka tanggung jawab yang pertama adalah pada pemerintah, masyarakat memang harus ikut bertanggung jawab, namun peran masyarakat adalah mendukung (suplemen) peran pemerintah. Pemerintah harus mampu memfasilitasi, memberi peluang, bahkan mengatur bagaimana potensi masyarakat untuk dilibatlkan dalam program kesehatan masyarakat. Disinilah sebenarnya prospek peran pendidikan dan profesi kesehatan masyarakat dalam proses pembangunan kesehatan secara menyeluruh. Karena individu-individu profesi kesmas tersebar diberbagai lembaga pemerintahan, pendidikan, LSM, media masa, dll dapat memberikan kontribusi yang signifikan dalam ikut memberikan jalan keluar mengatasi berbagai masalah kesehatan yang ada sesuai dengan peran dan fungsinya. Pada makalah ini akan disampaikan demarkasi dari pendidikan ilmu kesehatan masyarakat yang terdiri dari empat kriteria yang diperlukan untuk eksistensi sebuah profesi, yaitu: 1) adanya wilayah keilmuan (ontologi), 2) adanya metode spesifik yang dipergunakan (epistemologi), 3) aplikasi teknis untuk memecahkan masalah (axiologi) dan 4) etika profesi yang mengatur perilaku aplikasi profesi tersebut

***Kata Kunci** : Pendidikan, Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana*

Pendahuluan

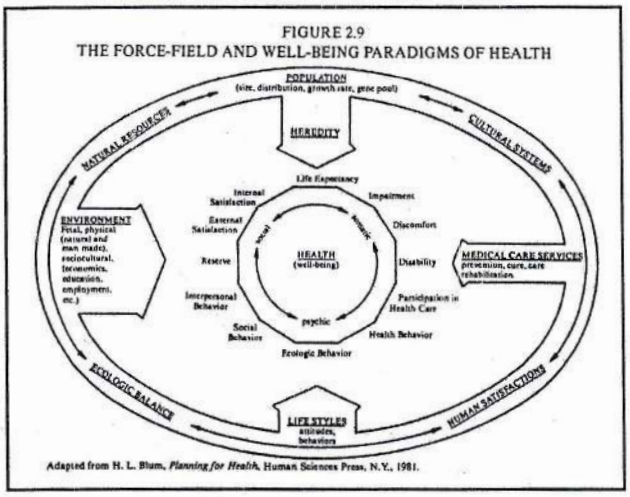
Untuk waktu yang sangat lama pemikiran kita telah didominasi oleh cara berfikir yang keliru, bahwa kesehatan selalu diasosiasikan dengan pengobatan dan penyembuhan penyakit yang merupakan upaya kuratif. Upaya kesehatan yang menekankan upaya penyembuhan seringkali menyesatkan banyak orang, dimana seolah-olah apabila semua orang yang sakit bisa diobati maka masyarakat akan menjadi sehat. Padahal apabila semua sarana pengobatan yang ada kita kerahkan seluruhnya hanya akan mampu mengobati sekitar 30% dari semua orang yang sakit. (1)

Pelayanan kuratif memiliki karakteristik tenaga pelaksananya terutama dokter, perhatian utamanya penyembuhan penyakit, sasaran utama adalah perorangan atau keluarga sakit, kurang memperhatikan efisiensi, biaya terus meningkat, unsur partisipasi dan pemberdayaan masyarakat rendah, pelayanan sering berkumpul di kota-kota besar. Upaya kesehatan yang hanya menitik beratkan pada upaya kuratif melemahkan argumentasi bahwa kesehatan itu mempunyai peranan penting dalam pembangunan bangsa. (1)

March Lalonde dan Hendrick L. Blum (1974), menemukan faktor-faktor penting yang menentukan kesehatan penduduk. Pelayanan kuratif lebih merupakan pelayanan penanganan penyakit individu secara episodik. Namun apabila terjadi keadaan wabah maka pelayanan kuratif akan menghadapi banyak masalah karena jumlah yang sakit melebihi kapasitas yang bisa ditangani dalam waktu bersamaan. Menurut kedua pakar ini, kesehatan penduduk/kelompok masyarakat bukanlah hasil pelayanan medis kuratif, tetapi justru faktor-faktor lain seperti kesehatan lingkungan dan perilaku hidup mempunyai pengaruh yang lebih besar terhadap kesehatan penduduk. Berdasarkan hal ini upaya kesehatan yang semula menekankan pada *medis-kuratif-episodik* beralih orientasi kepada upaya *promotif, preventif, protektif* dan upaya penanggulangan penyakit beralih ke upaya penanggulangan risiko. (1)

* Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran Universitas Yarsi

Status Kesehatan Model Blum

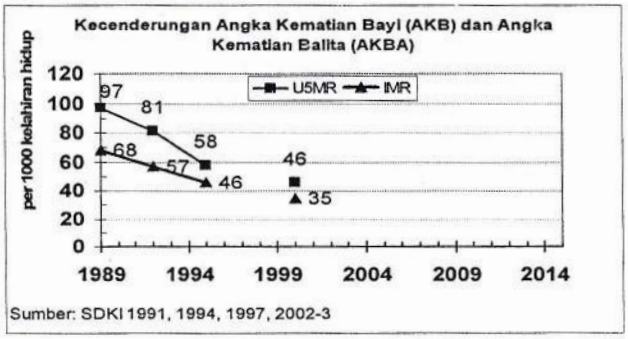


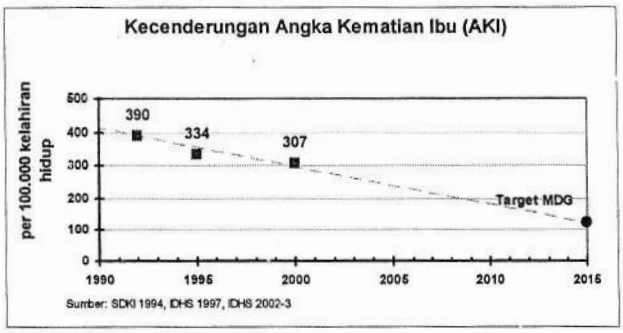
Sumber: H.L.Blum, 1981

Kesehatan Masyarakat di Indonesia

Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar masyarakat, yaitu hak untuk memperoleh pelayanan kesehatan sesuai dengan UUD 1945 pasal 28 H ayat (1): bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Demikian pula dengan dalam UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, yang menjelaskan bahwa pada hakekatnya kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. (2)

Selama lebih tiga dasawarsa pemerintah indonesia telah melaksanakan berbagai upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Walau sudah banyak kemajuan yang dicapai, harus diakui bila dibandingkan dengan beberapa negara tetangga, keadaan kesehatan masyarakat indonesia masih tertinggal. Sebagai ilustrasi, AKB, AKBA & AKI cenderung membaik, tetapi dibanding negara tetangga di ASEAN, kita masih jauh tertinggal. (3)





AKB & AKI dibeberapa Negara Asean

Negara	Angka Kematian Bayi* Th 2002	Angka Kematian Ibu** Th 85-2000
Indonesia	45	380
Vietnam	39	95
Filipina	38	170
Thailand	28	36
Malaysia	8	30

Sumber: HDR 2004
Keterangan: * per 1000 kelahiran hidup, ** per 100.000 kelahiran hidup

Akhir-akhir ini juga bangsa kita dihadapkan kembali dengan masalah-masalah kesehatan masyarakat yang datang silih berganti dan bertubi-tubi , yang sebenarnya sudah harus teratasi atau terkendali, seperti terjadinya KLB gizi buruk (busung lapar), KLB polio, KLB demam berdarah, KLB malaria, KLB diare dan tuberkulosis paru, dll. Padahal dari aspek ilmu kedokteran semua penyakit tersebut sudah diketahui tata laksananya. Sampai kemudian muncul kejadian baru terjangkitnya masyarakat dengan flu burung *(avian flu)*. Dari hasil identifikasi Departemen Kesehatan, permasalahan kesehatan yang saat ini terjadi di Indonesia dapat diuraikan sebagai berikut (4):

- Disparitas status kesehatan
- Beban ganda penyakit *(double burden diseases)*, termasuk berkembangnya penyakit menular baru *(new emerging diseases)* dan penyakit menular yang muncul kembali *(reemerging diseases)*
- Kinerja pelayanan kesehatan yang masih relatif rendah
- Perilaku masyarakat yang masih kurang mendukung poia hidup bersih dan sehat
- Masih rendahnya kondisi kesehatan lingkungan
- Masih rendahnya kualitas, pemerataan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan
- Terbatasnya tenaga kesehatan dan distribusi yang kurang merata
- Masih rendahnya status kesehatan penduduk miskin

Dengan berbagai kondisi kesehatan masyarakat tersebut terjadi berbagai opini di masyarakat luas bahwa ada yang salah dalam pengelolaan kesehatan masyarakat oleh pemerintah. Padahal perlu disadari secara mendalam bahwa masalah kesehatan masyarakat adalah masalah kita

bersama dan tanggung jawab kita bersama untuk mengatasinya. Hanya saja karena semua itu adalah masalah kesehatan masyarakat maka tanggung jawab yang pertama adalah pada pemerintah, masyarakat memang harus ikut bertanggung jawab, namun peran masyarakat adalah mendukung *(suplemen)* peran pemerintah. Pemerintah harus mampu memfasilitasi, memberi peluang, bahkan mengatur bagaimana potensi masyarakat untuk dilibatlkan dalam program kesehatan masyarakat. (5)

Ilmu Kedokteran vs Ilmu Kesehatan Masyarakat ?.

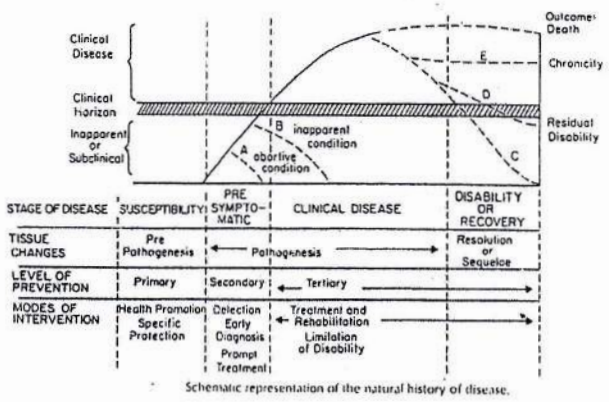
Sebagian ahli berpendapat bahwa ilmu kesehatan masyarakat yang selama ini diajarkan diberbagai perguruan tinggi belum syah sebagai cabang ilmu yang berdiri sendiri. Menurut pandangan ini ilmu kesehatan masyarakat adalah bagian dari ilmu kedokteran.Terdapat argumentasi lain yang mempertanyakan demarkasi ilmu kesehatan masyarakat . Misalnya ilmu administrasi kesehatan merupakan cabang dari pohon ilmu manajemen, ilmu pendidikan dan promosi kesehatan adalah cabang dari ilmu psikologi dan perilaku, ilmu kesehatan lingkungan adalah cabang dari ilmu fisika dan biologi, ilmu biostatistik merupakan cabang dari ilmu matematika, dll. (6)

Sebagian ahli mempunyai argumentasi sebaliknya, bahwa ilmu kesehatan masyarakat adalah syah sebagai ilmu yang berdiri sendiri. Argumentasi ini didasarkan pada dua alasan, sbb:

- Cabang-cabang ilmu berkembang bisa dari dua jenis proses, yaitu dari proses ramifikasi filsafat asal-usul ilmu dan dari proses manusia memecahkan masalahnya.
- Syarat eksistensi ilmu *(ontologi, epistemologi, axiologi)* telah dipenuhi oleh ilmu kesehatan masyarakat.

Dibedakan tiga tingkat pencegahan yang menjadi dasar pengembangan Ilmu Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Masyarakat sesuai dengan riwayat alamiah perjalanan penyakit *(natural history of disease)*. (7)

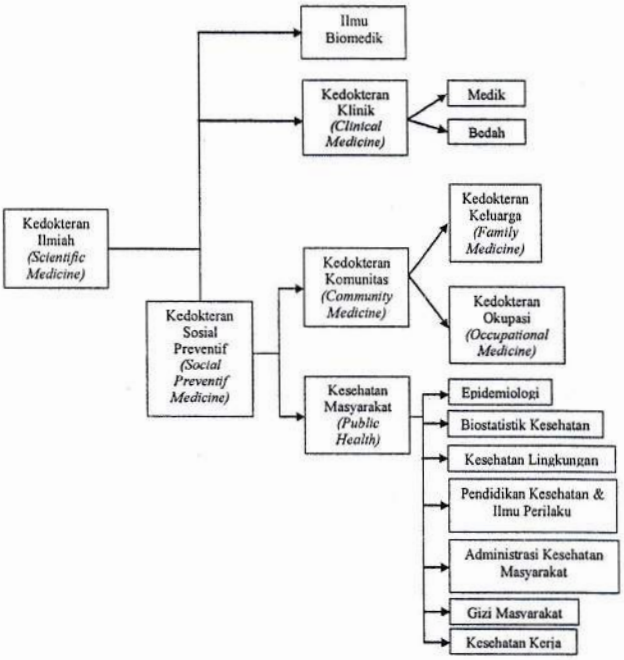
Riwayat Alamiah Perjalanan Penyakit & Tingkat Pencegahan



Schematic representation of the natural history of disease.

Sumber: Mausner & Kramer, 1985 dalam Weber, DJ & Rutala,WA, 2001

Deskripsi Pembagian Ilmu Kedokteran & Ilmu Kesehatan Masyarakat



Sumber: Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedoteran Universitas Indonesia 2003

Ilmu Bio-Medik: lmu-ilmu dasar kedokteran yang menunjang pelaksanaan aplikasi ilmu kedokteran (kedokteran klinik dan kedokteran komunitas). Misalnya: Anatomi, histologi, biokimia, fisiologi, parasitologi, mikrobiologi, farmakologi, patologi klinik/anatomi, dll.

Ilmu Kedokteran Klinik: menekankan pada upaya pengobatan orang yang sakit lanjut *(advance disease)* dengan mencegah kejadian sakit berat dan cacat serta kematian. Pada umumnya memerlukan pelayanan di rumah sakit (dirujuk ke RS).

Ilmu Kedokteran Komunitas: Ilmu kedokteran yang diterapkan kepada individu dan kelompok individu yang masih berada di dalam lingkup komunitasnya (belum perlu dirujuk ke RS), dengan pendekatan pelayanan berbasis keluarga dan berorientasi komunitas, dengan memperhatikan semua faktor-faktor sosial lingkungan yang ada dalam lingkup keluarga dan lingkup komunitasnya yang turut mempengaruhi kejadian sakitnya dan berupaya melaksanakan kegiatan pencegahan yang sedini-diniya, serta mengintegrasikan semua unsur pelayanan yang diperlukan dalam upaya memberikan pelayanan yang menyeluruh, paripurna, terpadu dan berkesinambungan. Pengetahuan kedokteran yang perlu dikuasai adalah kedokteran klinik (sampai batas tertentu) dan kedokteran sosial-preventif *(social-preventif medicine.* Lingkup aplikasinya pelayanannya adalah kedokteran keluarga *(family medicine)* dan kedokteran kerja

Ilmu Kesehatan Masyarakat: Ilmu atau seni yang bertujuan untuk mencegah penyakit, memperpanjang harapan hidup dan meningkatkan kesehatan serta efisiensi

melalui upaya pengorganisasian masyarakat dalam lingkup sanitasi lingkungan, pengendalian penyakit menular, pendidikan prinsip kebersihan perorangan, pengorganisasian pelayanan medis dan keperawatan untuk diagnosa dini dan pengobatan penyakit, serta pengembangan kehidupan sosial yang menjamin setiap orang dapat mencapai standar hidup yang memadai untuk memelihara kesehatannya, sehingga pada akhirnya setiap orang akan mampu mencapai derajat kesehatan yang stinggi-tingginya sesuai dengan hak dan martabatnya sebagai manusia

Pendidikan Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat

Terdapat empat kriteria yang diperlukan untuk eksistensi sebuah profesi, yaitu: 1) adanya wilayah keilmuan *(ontologi)*, 2) adanya metode spesifik yang dipergunakan *(epistemologi)*, 3) aplikasi teknis untuk memecahkan masalah *(axiologi)* dan 4) etika profesi yang mengatur perilaku aplikasi profesi tersebut. (6)

No	Kriteria	Ruang Lingkup/Demarkasi
1	Wilayah keilmuan Ilmu Kesehatan Masyarakat (Ontologi Ilmu Kesehatan Masyarakat).	• Epidemiologi & Biostatistik untuk deskripsi masalah kesehatan penduduk • Kesehatan Lingkungan & Kesehatan Kerja untuk deskripsi determinan masalah kesohatan: lingkungan (fisik, biologis, sosial). • PKIP untuk deskripsi determinan masalah kesehatan: perilaku/gaya hidup. • Biostatistik untuk deskripsi determinan maslah kependudukan/genetik • Administrasi Kebijakan Kesehatan untuk deskripsi dterminan masalah kesehatan pelayanan kesehatan (primer, sekunder, dan tersier) • Dll
2	Metode spesifik Ilmu Kesehatan Masyarakat (Epistemologi Ilmu Kesehatan Masyarakat)	• Surveylance • Risk Assessment • Health Education • Health Promotion • Comunity Mobilization • Administrasi & Manajemen Kesehatan • Health Policy Anaysis • Comprehensive Health Planning • dll
3	Aplikasi teknis untuk memecahkan masalah kesehatan masyarakat (Axiologi Ilmu Kesehatan Masyarakat)	Tujuan normatif aplikasi ilmu kesehatan masyarakat: • Derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya Tujuan khusus pemecahan masalah kesehatan masyarakat: • Program pemberantasan penyakit menular • Penanggulangan wabah penyakit menular • Teknik penyehatan lingkungan & air bersih • Pembinaan gizi masyarakat • Pembinaan peran serta masyarakat • dll
4	Etika Profesi	Etika umum profesi: kejujuran, moralitas, dll Etika khusus profesi kesehatan masyarakat: • Mengutamakan tindakan promotif dan preventif • Equity, Efficiency & Quality • Sustainability • Solidarity

Kompetensi Profesi Kesehatan Masyarakat:

1. Kognitif
   - Menguasai/memahami ontologi, epistemologi dan axiologi ilmu kesehatan masyarakat
   - Mengetahui etika profesi ilmu kesehatan masyarakat
2. Afektif

   Mempunyai inklinasi/preferensi dan komitmen terhadap nilai dan norma yang berlaku dalam ilmu kesehatan masyarakat.
   - Concern terhadap kesehatan penduduk secara keseluruhan
   - Mengutamakan promotif dan preventif
   - Memberikan intervensi yang *cost effective*
   - Evidence based
   - Holistic approach
   - Multi disiplin
   - Team work
   - Taat pada etika ilmiah
3. Psikomotor

   Mampu mengaplikasikan ilmu dan metode ilmu kesehatan masyarakat dalam memecahkan masalah kesehatan masyarakat dengan selalu mentaati etika profesi ilmu kesehatan masyarakat

Tujuan pendidikan kesehatan masyarakat di perguruan tinggi adalah membentuk tenaga kesehatan masyarakat yang profesional (kompetensi kognitif, afektif, psikomotor) untuk meningkatkan derajat kesehatan penduduk dengan (6):

- Penguasaan ilmu dan teknologi ilmu kesehatan masyarakat
- Penguasaan dan komitmen terhadap nilai dan norma kesehatan masyarakat
- Taat pada etika akademik/etika penelitian
- Interaksi terus menerus dan dinamis dengan dinamika dan turbulensi masalah kesehatan dan sistem kesehatan

Lapangan pekerjaan profesi kesehatan masyarakat:

- Pemerintah (pusat, propinsi, kabupaten/kota, kecamatan)
- Swasta (perusahaan)
- Rumah Sakit
- Asuransi
- Lembaga Swadaya Masyarakat
- dll

Fungsi-fungsi yang dapat dijalankan profesi kesehatan masyarakat:

- Administrator
- Pelaksana Teknis
- Konsultan
- Pendidikan
- Penelitian
- Advocacy

Daftar Pustaka :

1. Konsorsium Ilmu Kesehatan Indonesia, Juli 2003 Kesehatan dan Pembangunan Bangsa
2. Gani, Ascobat, September 2003: Pembangunan Kesehatan, Otonomi Daerah dan Peranan Profesi dan Ilmu Kesehatan Masyarakat
3. Direktur Kesehatan & Gizi Masyarakat Bappenas, Juni 2005: Kebijakan Perencanaan Nasional Tahun 2006 Berdasarkan Rencana Kerja Pemerintah tahun 2006.
4. Direktur Jendral Pengendalian & Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI, Juli 2005: Tantangan Pengelolaan Kesehatan Masyarakat.

5. Sulastomo, Juli 2005. Apa yang salah dengan Kesehatan Masyarakat di IndonesiaI?. Peran Media Massa dan LSM.
6. Gani, Ascobat , Juli 2005: Pendidikan dan Pendidik Profesi Kesehatan Masyarakat
7. Mausner & Kramer, 1985 dalam Weber, DJ & Rutala, WA: Epidemiologic Methods for the Study of Infectious Diseases, Oxford - New York. 2001
8. Bagian Ilmu Kedokteran Komunitas Fakultas Kedoteran Universitas Indonesia, 2003: Ilmu Kedokteran Klinik, Ilmu Kedokteran Komunitas dan Ilmu Kesehatan Masyarakat.
9. Blum, Henrik L. Planning for Health. Human science Press, New York. 1981