

**MENCARI LENSEA DAN SOLUSI KELEMBAGAAN UNTUK
MEMAJUKAN KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA**



UNIVERSITAS GADJAH MADA

**Pidato Pengukuhan Jabatan Guru Besar
dalam Bidang Kesehatan Populasi
pada Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat,
dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada**

**Disampaikan pada Pengukuhan Guru Besar
Universitas Gadjah Mada
Tanggal 15 Juli 2025**

**Oleh:
Prof. Dr. dr. Mubasysyir Hasan Basri, MA**

Bismillahirrahmanirrahim

Assalamu 'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Salam sehat dan sejahtera untuk kita semua

Yang saya hormati,

Ketua, Sekretaris, dan Anggota Majelis Wali Amanat Universitas Gadjah Mada,

Ketua, Sekretaris, dan Anggota Senat Akademik Universitas Gadjah Mada,

Ketua, Sekretaris, dan Anggota Dewan Guru Besar Universitas Gadjah Mada,

Rektor dan para Wakil Rektor Universitas Gadjah Mada,

Para Dekan, Wakil Dekan, Ketua dan Sekretaris Departemen di lingkungan Universitas Gadjah Mada,

Ketua, Sekretaris, dan Anggota Senat Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada,

Segenap Sivitas Akademika Universitas Gadjah Mada,

Para tamu undangan, para dosen, teman sejawat, sanak keluarga, dan hadirin sekalian yang berbahagia.

Puji syukur ke hadirat Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia bagi kita semua, sehingga pada pagi hari yang berbahagia ini kita dapat hadir baik luring di Balairung maupun daring melalui You Tube pada Upacara Pengukuhan Guru Besar Universitas Gadjah Mada dalam keadaan sehat wal'afiat.

Perkenalkan saya mengucapkan terima kasih yang tidak terhingga kepada Rektor Universitas Gadjah Mada yang telah memberikan kehormatan kepada saya untuk menyampaikan pidato pengukuhan sebagai Guru Besar dalam bidang Kesehatan Populasi yang berjudul: **Mencari Lensa dan Solusi Kelembagaan untuk Memajukan Kesehatan Masyarakat Di Indonesia**

Dari kedokteran komunitas menuju *public health*

Para guru besar, kolega, dan hadirin yang saya muliakan,

Izinkan saya membuka pidato ini sebagai cerita perjalanan karir. Bukan cerita tentang pencapaian pribadi, tetapi perjalanan menemukan cara melihat suatu lensa yang membantu saya memahami menjadi asisten di Program Pendidikan Kedokteran (PPKK), di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada.

Pada tahun 1988, sebagai mahasiswa tahun keempat, saya diberi kesempatan belajar dengan Dr. Rossi Sanusi, yang kemudian membuka pintu bagi pengembangan akademik saya. Karena beliau ahli pendidikan kedokteran, dari beliau saya belajar tentang mengapa dokter harus belajar dalam konteks sosial dan budaya mereka, dan bagaimana dokter bisa bekerja sama dengan mereka merencanakan dan mengimplementasi program komunitas kesehatan masyarakat. Pengalaman di PPKK sangat indah. Bersama beliau, kami merintis sebuah jurnal kecil bernama *Berita Kedokteran Komunitas* yang niat awalnya sederhana, yaitu menerjemahkan ide-ide kedokteran komunitas menjadi suatu berita yang bisa dipahami dan bermanfaat bagi para kader, petugas puskesmas, praktisi kesehatan di lapangan, dan dosen di UGM yang tertarik memajukan *community medicine*. Jurnal ini, alhamdulillah, masih terus hidup hingga sekarang dan telah mencapai volume ke-49. Kami sedang bersiap untuk mencoba akreditasi internasional, meski saya sadar mungkin ini sudah agak terlambat. Jika Bapak/Ibu berkenan, silakan lihat langsung di laman jurnal ini: <https://jurnal.ugm.ac.id/v3/BKM/issue/view/787>.

Tujuan pendidikan kedokteran komunitas itu terus sampai sekarang saya lanjutkan melalui kegiatan setengah tahunan UGM *Public Health Symposium*. Di sini, mahasiswa Magister Kesehatan Masyarakat kita diberi ruang untuk belajar merancang dan menyampaikan gagasan inovatif terhadap program-program *public health* yang relevan di daerah mereka. Kami berharap bahwa opsi-opsi program komunitas yang menyesuaikan dengan kondisi daerah yang berbeda-beda ini dapat menjadi sumber inspirasi, baik bagi praktisi maupun aktivis komunitas yang ingin membangun *public health* dari akar rumput (<https://phs.fk.ugm.ac.id>).

Ketika menjadi asisten di PPKK, saya belajar bahwa menjadi dokter tidak cukup hanya fokus pada pengobatan penyakit. Kami dilatih memahami bagaimana masyarakat memahami sakit, bagaimana budaya lokal membentuk kebiasaan mereka saat menghadapi rasa sakit, dan bagaimana kita bisa membangun dialog antara proses penyakit melalui gaya hidup masyarakat.

Di sinilah saya memulai mengenal praktik kedokteran yang kontekstual dengan berpijak pada budaya dan bahasa sehari-hari masyarakat. Kami diajak untuk tidak hanya mengobati, tetapi juga mengajak masyarakat memahami bahwa ada pilihan hidup yang lebih sehat, bahwa pencegahan bisa dibangun dari kebiasaan sehari-hari. Itulah wajah awal dari kedokteran komunitas yang berakar pada *public health* dan pendekatan perilaku.

Saya berkenalan dengan Posyandu. Bagi saya, Posyandu adalah perwujudan paling konkret dalam *preventive medicine*. Setiap bulan, kader menimbang balita, mencatat perkembangan, memberi edukasi, dan mengkonsultasi anak yang tidak naik berat badan. Konsep penting untuk posyandu adalah deteksi dini dan intervensi segera (*early detection and prompt treatment*), yang merupakan titik dalam natural history of disease. Kader sebagai anggota komunitas setempat melaksanakan pemantauan gizi dengan menimbang anak balita tiap bulan di komunitas RW mereka. Penimbangan balita ini kunci karena ketika tubuh mulai memperlihatkan tanda-tanda awal penyakit jika berat badan mereka tidak naik, maka intervensi dini harus diambil¹.

Awalnya saya memahami semua ini sebagai bagian dari *medical anthropology*, ilmu kedokteran yang bertemu dengan budaya. Tapi kemudian, saya mulai tertarik pada sosiologi kesehatan. Saya melihat penyakit bukan hanya dari individu, melainkan dari struktur sosial yang membentuknya. Saya belajar bertanya, *mengapa orang miskin lebih sering sakit? Apa yang membuat satu komunitas rentan, sementara yang lain lebih tangguh?* Di Adelaide, Australia, saya mengambil MA

¹ Pada waktu itu, kami mengenal Prof. Djauhar Ismail, Prof. Tony Sadjimin, dan Prof. Yati Soenarto, dokter-dokter anak yang menjadi pemimpin program ini. Saya bahkan sangat senang bertemu secara tak sengaja dengan Dr. Jon Rohde yang dulu bekerja untuk Rockefeller Foundation, yang merupakan salah satu penggagas program PPKK, dan tinggal di Yogya tahun 1980-an dengan penuh hangat.

dalam *development studies* di Flinders University. Setelah itu di tahun 1995 saya belajar di Brown University di Department of Sociology dan belajar banyak dari Prof Mary Fennell yang merupakan ahli sosiologi organisasi, tetapi menerapkannya untuk analisis perubahan organisasi dan sistem kesehatan. Di sana juga, saya berkenalan dan jadi murid Prof Phil Brown, yang memajukan pikiran saya dalam bidang sosiologi kesehatan, epidemiologi sosial and *health activism* dalam *public health*².

Hingga kini, kecintaan saya pada program kesehatan terutama untuk masyarakat dengan kerentanan sosial baik dari tingkat komunitas, populasi, dan sistem kesehatan. Saya menggabungkan pengalaman sekolah untuk mengajar bidang ilmu sosial untuk *public health*, *health system*, *policy*, *district team problem solving*, dan manajemen program di puskesmas. Bagi saya, lulusan *master of public health* harus siap kembali ke daerah, bekerja sebagai pegawai sipil, aktivis, bahkan staf perusahaan yang memiliki misi sosial dan tujuan, yaitu membangun sistem kesehatan berbasis wilayah puskesmas.

Hadirin yang saya hormati,

Demikianlah awal dari perjalanan saya. Sebuah perjalanan yang membawa saya pada pertanyaan-pertanyaan baru tentang masyarakat, sistem, dan tentang bagaimana kita bisa bersama-sama membangun kesehatan yang adil dan bermakna bagi semua.

Population Health dan Sistem Kesehatan

Para guru besar, kolega sejawat, dan hadirin yang saya muliakan,

Epidemiologi ternyata bukan cuma cerita angka, kurva, atau tren penyakit, tetapi juga menyangkut narasi warga yang terdampak. *Popular Epidemiology*³ memberi ruang bagi masyarakat awam untuk menyuarakan pengalaman sakit mereka, menyusun bukti, dan bahkan berusaha memahami pengetahuan formal yang mereka dengar dari

² Sosiologi kesehatan [1, 2], epidemiologi sosial [3, 4], and *health activism* [5, 6]

³ *Popular epidemiology* [7–10] memiliki persamaan dengan *citizen science* [11–13], *participatory action research* [14, 15], dan *community organizing principle* dalam kesehatan masyarakat [16–18].

pejabat kesehatan profesional. *Popular epidemiology* memberi ruang diskusi tentang siapa yang berhak memahami, memetakan, dan menuntaskan masalah kesehatan. Warga tidak seharusnya hanya objek riset, tetapi mereka dapat menjadi subyek yang bisa mengamati, mencatat, bahkan meneliti tentang hidup mereka sendiri.

Popular epidemiology membawa kita kembali pada akar, yaitu masyarakat. Masyarakat bukan sebagai target program tersebut, tetapi masyarakat sebagai pemilik masalah dan solusi. Konsep ini mengingatkan kita bahwa *public health* merupakan upaya kolektif yang terorganisasi. Charles Winslow [19] menyebut *public health* sebagai: "*The science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health and efficiency through **organized community effort** for the sanitation of the environment, the control of communicable infections, the education of the individual in personal hygiene, and the organization of medical and nursing services*". Demikian pula, PAHO juga menyatakan "*Public health is an **organized effort by society**, primarily through its public institutions, to improve, promote, protect and restore the health of the population through collective action.*"

Penyebutan *organized efforts* di dua rumusan di atas menunjukkan lensa organisasi dibutuhkan dalam analisis masalah dan solusi public health.

Pendekatan population health⁴ mengajak kita berpikir bukan dari satu orang ke orang lain, tetapi dari satu lingkungan ke lingkungan lainnya—dari tempat tinggal, sekolah, hingga tempat kerja. Ia mengajukan pertanyaan penting: "Apakah tempat kita hidup melindungi kita dari penyakit? Apakah udara yang kita hirup aman? Apakah makanan kita sehat? Apakah semua orang punya akses ke air bersih dan layanan kesehatan?" Tapi lebih dari itu, population health juga bertanya: siapa yang memastikan semua itu ada? Apakah lingkungan kita dibentuk oleh sistem dan organisasi—baik dari pemerintah maupun komunitas—yang mengatur agar semua kebutuhan itu tersedia, terjaga, dan terus berjalan?"

⁴ Population health [20–22]. Dalam skala yang lebih kecil ada istilah household production of health, yang menekankan bagaimana rumah tangga mempertimbangkan pilihan untuk sehat dengan cara investasi waktu, biaya, dan tenaga untuk mewujudkan kesehatan lebih baik di tingkat household [23, 24]

Pada titik ini, public health kecil kemungkinan akan berhasil tanpa ditopang oleh struktur governance yang memadai. Diperlukan suatu sistem kesehatan yang tidak hanya tersusun secara klinis, tetapi juga secara sosial dan politis. Hal ini mencakup pemetaan jaringan kerja antar organisasi (inter-organizational network), baik antar organisasi perangkat daerah (OPD), antar sektor, maupun antar tingkat pemerintahan, yang mampu berfungsi secara responsif dalam situasi darurat seperti pandemi, sekaligus konsisten dalam menjaga kesehatan lingkungan sehari-hari, seperti kualitas udara.

Tantangan utama kita terletak pada lemahnya sistem tata kelola yang masih sangat bergantung pada pendekatan proyek. Posisi manajer program di berbagai instansi kerap bersifat simbolis, dan bahkan di lingkungan Dinas Kesehatan, fungsi manajerial sering disatukan dengan tugas-tugas teknis operasional. Padahal, pembangunan sistem kesehatan masyarakat yang tangguh membutuhkan kehadiran public health managers yang memiliki kapasitas kepemimpinan dalam konteks organisasi yang kompleks. Oleh karena itu, sudah saatnya kita menerapkan pendekatan berbasis kontrak manajemen, dengan indikator kinerja yang terukur dan mekanisme akuntabilitas lintas sektor. Setiap pemegang peran, baik di tingkat pusat maupun daerah, harus menyadari bahwa keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat tidak cukup diukur dari pelaksanaan kegiatan semata, melainkan dari perubahan sistemik yang memperkuat daya tahan sosial secara berkelanjutan.

Jika kita ingin mencegah penyakit secara berkelanjutan, kita tidak dapat terus-menerus bergantung hanya pada intervensi terhadap tubuh kita. Memelihara kesehatan memerlukan upaya membangun lingkungan yang sehat, sistem yang terorganisir, serta kepemimpinan yang kuat. Kita perlu mengubah cara pandang, dari melihat masalah sebagai persoalan individu yang sakit menjadi persoalan masyarakat yang rentan akibat lemahnya sistem pendukung.

Kesehatan masyarakat tidak mungkin dibangun hanya oleh pejabat dan petugas di sektor kesehatan. Kesehatan publik kita dibentuk oleh petani yang menjaga tanah bebas pestisida, oleh ibu rumah tangga yang memahami pentingnya gizi, oleh kepala desa yang memperhatikan sanitasi, dan oleh sistem yang memastikan semua unsur tersebut berjalan selaras.

Oleh karena itu, *public health* bukan sekadar ilmu, melainkan sebuah upaya untuk mengorganisasi semua pihak agar dapat bekerja menuju tujuan bersama. *Public health* adalah proses menyusun ulang peran dan tanggung jawab dalam masyarakat—agar setiap orang saling melindungi, dan agar negara hadir sebagai penjamin akses terhadap layanan, keamanan tempat tinggal dan kerja, serta penegak aturan yang memastikan sistem berjalan secara efektif dan adil.

Tentang Reformasi dan Transformasi Kesehatan

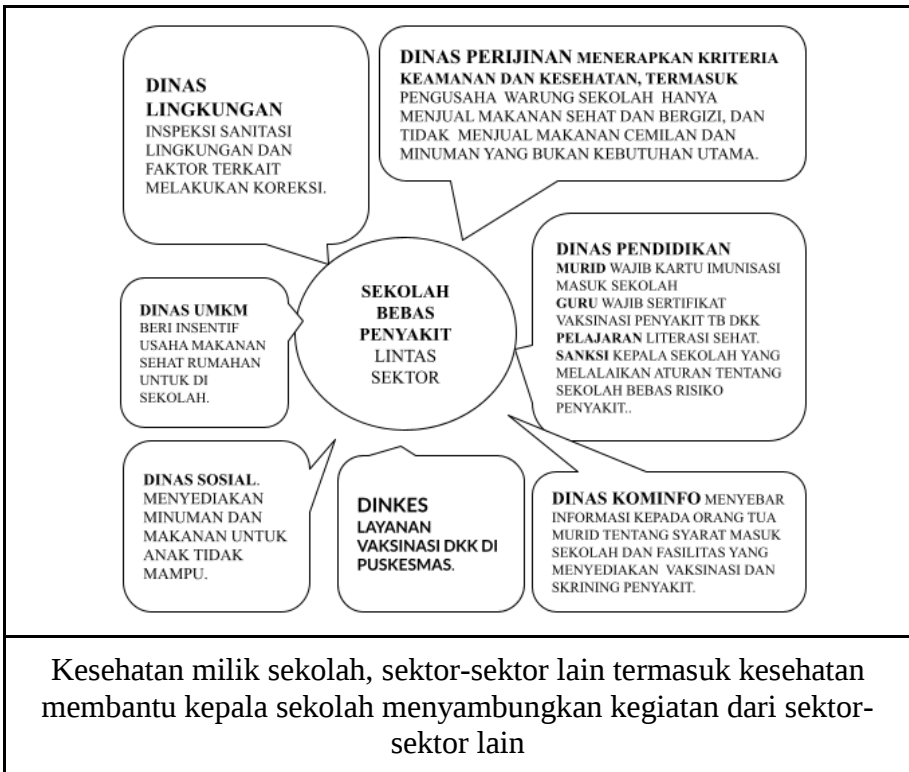
Izinkan saya membuka pidato ini dengan sebuah pertanyaan reflektif: ketika kita berbicara tentang transformasi kesehatan, apakah kita benar-benar sedang menyentuh akar masalahnya? Diagram enam pilar transformasi kesehatan yang disusun oleh Kementerian Kesehatan memang tampak lengkap dan menjanjikan. Namun, apakah perubahan tersebut cukup menyentuh persoalan mendasar dalam tata kelola dan kepemimpinan sistem kesehatan kita?

Sebagai peneliti dan praktisi kesehatan masyarakat, saya melihat bahwa keberhasilan transformasi kesehatan sangat bergantung pada perubahan cara organisasi publik memahami dan menjalankan tanggung jawabnya. Masalah kesehatan yang kita hadapi saat ini—seperti stunting, tuberkulosis, obesitas, dan gangguan kesehatan mental—tidak muncul dari klinik semata. Sebagian besar berasal dari lingkungan sosial, ekonomi, dan tata kelola sektor lain. Oleh karena itu, transformasi yang kita perlukan bukan hanya teknis, tetapi struktural: bagaimana pemerintah pusat dan daerah dapat memimpin jaringan lintas sektor agar bekerja secara terpadu.

Sayangnya, hingga kini banyak organisasi pelaksana di daerah maupun di pusat belum memiliki kesadaran dan kapasitas untuk mengintegrasikan peran mereka dalam upaya kesehatan masyarakat. Ketika kata "kesehatan" muncul, sering kali sektor lain mundur dan menyerahkan urusan sepenuhnya kepada Dinas Kesehatan. Ini menjadi jebakan administratif. Padahal, faktor seperti air bersih, makanan bergizi, sanitasi, dan pendidikan kesehatan merupakan bagian dari *public health* yang justru berada di luar wilayah teknis sektor kesehatan.

Untuk menggambarkan hal ini secara konkret, mari kita lihat contoh program kesehatan di sekolah. Secara formal, kegiatan tersebut

berada di bawah tanggung jawab Dinas Kesehatan. Namun, jika kita ingin sekolah menjadi tempat yang aman dan sehat bagi anak, maka sektor lain harus terlibat. Dinas Pendidikan harus menjamin literasi gizi masuk kurikulum. Dinas Perizinan harus mengawasi makanan di kantin. Dinas Sosial harus mempertimbangkan bantuan pangan berbasis risiko gizi. Semua ini dapat berjalan tanpa menyebut kata "kesehatan", namun justru inilah praktik public health dalam bentuk yang paling murni—yakni usaha bersama yang terorganisasi.



Coba kita perhatikan pertanyaan-pertanyaan berikut. Siapa yang seharusnya memimpin transformasi di tingkat desa? Mengapa kita harus memfokuskan organisasi desa ketika memikirkan transformasi kesehatan? Apakah sistem keuangan dan informasi kita cukup fleksibel untuk mendukung kerja kolaboratif antar sektor? Apakah kepala daerah

memahami bahwa kesehatan masyarakat adalah bagian dari tanggung jawab mereka? Jika jawabannya belum, maka pekerjaan rumah kita masih panjang. Kita harus menguji dan menyimulasikan transformasi kesehatan ini di lingkungan nyata: dari RT, desa, sekolah, hingga tempat kerja. Kita harus mampu menerjemahkan gagasan besar menjadi orkestra kebijakan lintas sektor di tingkat lokal, tempat transformasi benar-benar menyentuh kehidupan masyarakat.

Bapak/Ibu yang saya hormati,

Transformasi kesehatan yang kita dambakan adalah mengevaluasi cara berpikir kita dalam mengorganisasikan semua pihak di lingkungan sekitar kita. Public health di era ini bukan lagi tugas eksklusif apa yang biasa dianggap bagian dari “sektor kesehatan”. Petugas kesehatan hanya satu bagian dari tanggung jawab kolektif yang harus bekerja terpadu dengan sektor-sektor pembangunan lain yang bekerja bersama warga.

Di sinilah barangkali kita perlu dan bahkan harus menyembunyikan kata ‘kesehatan’ agar tidak dianggap sebagai strategi untuk sektor kesehatan saja. Ini seolah hanya permainan kata, tetapi strategi mencapai tujuan multisektoral yang berujung pada kesehatan kita. Sering kali, ketika kata ‘kesehatan’ disebut sebagai peran kolektif berubah menjadi beban sektoral. Padahal, substansi isu seperti kualitas air, sanitasi, pola makan anak, literasi remaja, atau perumahan sehat, semua hal tersebut termasuk dalam faktor penentu kesehatan yang berada di luar sektor kesehatan.

Dengan menyembunyikan kata ‘kesehatan’, kita mengembalikan tanggung jawab kepada seluruh sistem pemerintahan. Kita mendorong sektor perizinan untuk berpikir tentang warung sekolah. Kita menantang dinas pendidikan untuk memastikan bahwa literasi gizi masuk dalam kurikulum. Kita mengajak dinas sosial untuk mengatur bantuan pangan, tetapi mengatur ulang distribusi berdasarkan risiko kesehatan. Dan ketika semua itu dilakukan, tanpa perlu menyebut kata ‘kesehatan’, justru kita sedang menjalankan *public health* dalam bentuknya yang paling murni, yaitu berupa *organized efforts of society*.

Hadirin yang saya hormati,

Karena itu, ketika kita bicara transformasi, fokus kita adalah apa yang terjadi di daerah. Pemain nasional turun bergabung dalam orkestra yang dibuat oleh kepala-kepala daerah, bukan orkestra pusat senang bermain di tataran birokrasi dan administrasi apa yang mereka sebut program-program nasional. Mari kita refleksikan lagi:

1. Siapa yang mengarahkan transformasi di level kabupaten? Siapa saja yang bisa menjadi *board of governance*, atau siapa yang menjadi ketuanya (semacam komisarisi) yang bisa kita minta pertanggung jawaban jika mereka memilih arah yang tidak pas, dan berapa lama mereka harus diberi waktu memperbaiki.
2. Apakah mekanisme kerja antar sektor yang mengelola keuangan sejalan atau cukup fleksibel untuk mendukung pembiayaan program kolaborasi antar sektor? Jika tidak, berarti kita mengikuti pembiayaan berbasis sektoral yang menghalangi keterpaduan program di setting populasi.
3. Apakah sistem informasi kita memungkinkan deteksi dini dan kemampuan respon cepat multi-sektoral agar kerentanan sosial penduduk segera diatasi, termasuk dropout anak sekolah, penyebaran hoaks kesehatan, atau risiko sistemik seperti gagal panen dan langkah cepat dari pemda?
4. Apakah kepala daerah kita bisa menginstruksikan semua organisasi pelaksana daerah untuk turun mengikuti arahan kepala desa dalam risiko-risiko penyakit di banyak desa?

Jika jawabannya belum, maka tugas kita belum selesai. Kita harus mensimulasi transformasi itu pada *setting* RT/RW, desa, kota, sekolah, pesantren, tempat kerja, perusahaan kecil dan besar, serta penduduk yang tinggal terisolasi oleh kondisi geografis yang sulit. Kita harus menerjemahkan transformasi itu ke dalam orkestra OPD di *setting* populasi, lebih operasional dari kebijakan transformasi kesehatan yang ada di tingkat nasional.

Bapak/Ibu yang saya hormati,

Sekali lagi, transformasi bisa berarti mengubah sistem menjadi sistem yang lain. Tetapi juga bisa benar transformasi yang kita

butuhkan adalah perubahan cara kita berpikir dan berorganisasi di berbagai tingkat untuk menyampaikan layanan lintas sektoral untuk penduduk di berbagai setting populasi. Di era ini, *public health* bukan lagi tanggung jawab para ahli epidemiologi atau dokter masyarakat. Public health adalah panggilan untuk semua birokrat sektor yang bersentuhan dengan kehidupan warga sehari-hari.

Catatan kaki

Isu sektoral dan intersektoral. Arogansi sektoral sudah lama menjadi praktek di lapangan dan biasa dikritik, yang karena sebab itu, kolaborasi intersektoral itu selalu hanya menjadi harapan [25]. Kenyataannya, kolaborasi intersektoral itu lebih banyak dilakukan dalam rapat-rapat pelaksanaan, bukan merupakan bagian perbaikan struktur atau memanfaatkan struktur organisasi yang sesuai agar bisa menggunakan prinsip intersektoral dalam organisasi. Intersectoral approach telah coba dibangun, tetapi hasil pasti seperti apa yang dilakukan belum sampai pada melalui struktur governance dari organisasi yang tepat [26]. Seharusnya intersektoral agencies itu berperan sebagai bagian dari unit pendukung dalam organisasi pelaksanaan. Di daerah, yang menjadi manajer eksekutif seharusnya adalah sekretaris daerah, karena dengan demikian organisasi pelaksana daerah secara hirarkis berada di bawah sekda. Penguatan organisasi yang menyatukan intersectoral collaboration. Pendekatan ini diabaikan di daerah karena komando kementerian sampai ke bawah seolah menjadi pilihan politik udang di balik batu. Dalam perencanaan sektor kesehatan ada upaya melibatkan sektor lain, meski demikian sebatas membangun peta tetapi tidak sampai pada kegiatan bersama yang diharapkan dalam konsep kegiatan satu pintu [27]. Struktur governance masih belum tersentuh dalam upaya melaksanakan multisectoral collaboration [28], meskipun pekerja-pekerja di lapangan adalah orang bagus tetapi di lapangan governance structure belum mendukung ke arah itu [29][30]. Kekuatan sektoral itu luar biasa sehingga bahkan ide *society* yang membutuhkan dukungan intersektoral itu kalah dengan besarnya kekuatan sektora [31]. Pertukaran informasi intersektor sangat terbatas [32].

Meragukan praktek aksi intersektoral dalam praktek di lapangan [33, 34]. Horizontal coordination [35]

Daftar Pustaka

1. Amick B (ed) (1995) Society and health. Oxford University Press
2. Steiner SM, Marshall JM, Mohammadpour A, Thompson AW (2022) Applying social science to bring resident stakeholders into pollution governance: A rural environmental justice public health case study. *J Appl Soc Sci (Boulder)* 16:44–69
3. Krieger N (2007) Why epidemiologists cannot afford to ignore poverty. *Epidemiology* 18:658–663
5. Krieger N (2001) Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol* 30:668–677
6. Brown P (1995) Popular epidemiology, toxic waste and social movements. *Sociology of health & illness monograph series* 91–112
7. Den Broeder L, Devilee J, Van Oers H, Schuit AJ, Wagemakers A (2018) Citizen Science for public health. *Health Promot Int* 33:505–514
8. Brown P (1992) Popular epidemiology and toxic waste contamination: lay and professional ways of knowing. *J Health Soc Behav* 33:267–281
9. Brown P (1997) Popular Epidemiology Revisited. *Current Sociology* 45:137–156
10. Oneka G, Vahid Shahidi F, Muntaner C, Bayoumi AM, Mahabir DF, Freiler A, O’Campo P, Shankardass K (2017) A glossary of terms for understanding political aspects in the implementation of Health in All Policies (HiAP). *J Epidemiol Community Health* 71:835–838
11. Morgan G (2005) Highlighting the importance of “popular epidemiology.” *J Epidemiol Community Health* 59:254
12. Parra C, Cernuzzi L, Rojas R, Denis D, Rivas S, Paciello J, Coloma J, Holston J (2020) Synergies Between Technology, Participation, and Citizen Science in a Community-Based Dengue Prevention Program. *Am Behav Sci* 64:1850–1870
13. Brown P, Morello-Frosch R, Zavestoski S (2011) Contested

Illnesses: Citizens, Science, and Health Social Movements. University of California Press

14. Smith G, Roy D, Stephens P, Casaer J, Jansen P, Blanco-Aguilar JA (2023) MAMMALNET – citizen science data collection from a One Health perspective. *One Health Cases*. <https://doi.org/10.1079/onehealthcases.2023.0021>
15. Coombe CM, Schulz AJ, Brakefield-Caldwell W, Gray C, Guzman JR, Kieffer EC, Lewis T, Reyes AG, Rowe Z, Israel BA (2020) Applying experiential action learning pedagogy to an intensive course to enhance capacity to conduct community-based participatory research. *Pedagogy Health Promot* 6:168–182
16. Lubis DS, Conn C, Andajani S (2022) Participatory action research to co-design internet-based HIV prevention with young men who have sex with men in HIV prevention in Bali, Indonesia. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences* 10:1426–1433
17. Horowitz CR, Brenner BL, Lachapelle S, Amara DA, Arniella G (2009) Effective recruitment of minority populations through community-led strategies. *Am J Prev Med* 37:S195–200
18. Minkler M, Wakimoto P, Beaulieu LJ, et al (2021) *Community Organizing and Community Building for Health and Social Equity*, 4th edition. Rutgers University Press
19. Haapanen KA, Christens BD, Freeman HE, Speer PW, Crowell-Williamson GA (2023) Stories of self, us, and now: narrative and power for health equity in grassroots community organizing. *Front Public Health* 11:1144123
20. Terris M (1998) C.-E. A. Winslow: scientist, activist, and theoretician of the American public health movement throughout the first half of the twentieth century. *J Public Health Policy* 19:134–46; discussion 147–59
21. Kindig D (2022) The promise of population health: A scenario for the next two decades. *NAM Perspect*. <https://doi.org/10.31478/202203a>
22. Magnan S, Kindig D (2023) I hear you: Seeking population health common ground. *Am J Public Health* 113:1106–1109
23. Kindig D, Stoddart G (2003) What is population health? *Am J*

Public Health 93:380–383

24. Berman P, Kendall C, Bhattacharyya K (1994) The household production of health: integrating social science perspectives on micro-level health determinants. *Soc Sci Med* 38:205–215
25. Schumann DA, Mosley W (1994) The household production of health. Introduction. *Soc Sci Med* 38:201–204
26. Bustari A, Trisnantoro L, Hasanbasri M (2018) Kolaborasi lintas sektoral dalam kesiapsiagaan bencana banjir studi kasus di Kabupaten Aceh Tamiang. *Jurnal Online Keperawatan Indonesia* 1:42–63
27. Siswanto S (2009) Community Empowerment Through Inter-sectoral Action, a Case Study of Gerbangmas in Lumajang District.
28. Hipgrave DB, Laksmono LH, Koemarasakti GM, Nandy R, Setiawan B, Hermawan L, Marbun D (2018) District team problem solving as an approach to district health programme planning: a review, and survey of its status in selected districts in Indonesia. *Health Policy Plan* 33:555–563
29. Rasanathan K, Atkins V, Mwansambo C, Soucat A, Bennett S (2018) Governing multisectoral action for health in low-income and middle-income countries: an agenda for the way forward. *BMJ Glob Health* 3:e000890
30. Glandon D, Hasan MZ, Mann M, Gupta S, Marsteller J, Paina L, Bennett S (2023) “All my co-workers are good people, but...”: collaboration dynamics between frontline workers in rural Uttar Pradesh, India. *Health Policy Plan* 38:655–664
31. Diasso D, Doudou MH, Levrak MC, Sedutto HD, Savadogo A (2021) Municipalities’ organisational capacity to support the implementation of the Multi-Sector Nutrition Plan in Burkina Faso. *Glob Health Action* 14:1979279
32. McCoy T (2024) It’s not about health, it's about society”: A qualitative analysis of multilateral leaders' perceptions of opportunities and challenges to multisectoral collaboration for pandemic. search.proquest.com
33. Hegewisch-Taylor J, Dreser A, Aragón-Gama AC, Moreno-Reynosa MA, Ramos Garcia C, Ruckert A, Labonté R (2024)

- Analyzing One Health governance and implementation challenges in Mexico. *Glob Public Health* 19:2377259
34. Mondal S, Van Belle S, Maioni A (2021) Learning from intersectoral action beyond health: a meta-narrative review. *Health Policy Plan* 36:552–571
 35. Turner S, Ulloa AM, Niño N, Valencia Godoy V (2021) The Role of Intersectoral Action in Response to COVID-19: A Qualitative Study of the Roles of Academia and the Private Sector in Colombia. *Int J Health Policy Manag.* <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.100>
 36. Ssenyonjo A, Van Belle S, Ssengooba F, Titeca K, Bakubi R, Criel B (2022) Not for us, without us: examining horizontal coordination between the Ministry of Health and other sectors to advance health goals in Uganda. *Health Policy Plan* 37:1221–1235

Ucapan Terima Kasih

Izinkan saya menyampaikan rasa terima kasih yang tulus kepada para guru, sahabat, dan keluarga akademik yang telah kebersamai perjalanan panjang saya dalam dunia kesehatan masyarakat. Sejak tahun 1985, saya bergabung dalam Program Pendidikan Kedokteran Komunitas sebagai asisten dosen, mengelola kegiatan mahasiswa kedokteran yang turun langsung ke lapangan di Puskesmas. Terima kasih saya sampaikan kepada Dr. Rossi Sanusi, Dr. Radjiman, dan banyak senior serta teman seangkatan yang menjadi rekan seperjuangan dalam masa-masa awal tersebut.

Di jenjang selanjutnya, saya beruntung dibimbing oleh Prof. Maria Zadoroznyi saat menempuh studi di Flinders University, South Australia, yang dengan penuh kesabaran membimbing saya dalam penulisan tesis. Selain itu, selama menempuh pendidikan di Department of Sociology, Brown University, saya mendapatkan banyak ilmu dan inspirasi dari Prof. Mary Fennell, Prof. Steve McGarvey, dan Prof. Susan M. Allen. Tak terhingga pula terima kasih saya untuk Prof. Sofia Mubarika, Prof. Laksono Trisnantoro, serta promotor dan ko-promotor saya di Program S3 Kedokteran, yaitu Prof. Moh Hakimi, Prof. Hari

Kusnanto, dan Prof. Agus Dwiyanto, yang telah membimbing saya menyelesaikan disertasi sekaligus menempa cara pandang saya terhadap sistem kesehatan.

Saya bersyukur bisa tumbuh dalam lingkungan IKM, yang di dalamnya saya bisa terlibat banyak kolega. Di lingkungan program studi S2 IKM, saya mengajar dan belajar bersama dalam bidang *health policy*, *district team problem solving*, *health sociology*, dan *social determinants of health*. Terima kasih saya haturkan kepada kolega-kolega di tiga departemen, yaitu Biostatistik, Epidemiologi dan Kesehatan Populasi, Kebijakan dan Manajemen Kesehatan, serta Perilaku Kesehatan, Kedokteran Sosial dan Kesehatan Lingkungan, yang telah memperkaya ruang diskusi dan kolaborasi. Teman-teman yang semua telah bersama-sama meneruskan dan membesarkan program pasca sarjana kesehatan masyarakat sejak masih dipimpin Prof Parmono Ahmad di tahun 1986an. Terima kasih atas kepala-kepala prodi IKM yang sebelum saya, mulai Dr Rossi, Prof Hamam Hadi, Prof Hari Kusnanto, dan Prof Siswanto, beserta *crew* prodi yang sangat penuh rasa kekeluargaan sudah hampir 25 tahun ini. Untuk *crew* prodi S2 IKM, meski saya tidak menyebut satu-satu, karena banyaknya, terima kasih atas kebersamaan dalam keseharian dan ketika sibuk sedang diakreditasi. Semoga terus menikmati pekerjaan dan makan sama-sama mingguan buatan Mas Muji dan Mas Mamat dan sekali-sekali yang lain, semoga kita tetap terus memelihara keakraban di tempat kerja kita.

Saya ingin menyampaikan rasa terima kasih yang tulus kepada seluruh dosen dan tenaga kependidikan di Departemen BEPH dan HBES atas kerja sama, dedikasi, dan semangat luar biasa dalam menjaga keberlangsungan dan kualitas Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat (MPH) kita. Kita telah berjibaku bersama dalam menyiapkan pengajaran, mengelola perkuliahan dari semester ke semester, mempersiapkan akreditasi lima tahunan, serta menghadirkan UGM Public Health Symposium dan Seminar yang rutin digelar dua kali setahun. Setahun terakhir, kita juga berhasil menyelenggarakan RESTART, sebuah lomba presentasi 5 menit bagi mahasiswa pascasarjana yang melatih soft skill komunikasi sains untuk audiens profesional maupun awam. Terima kasih sebesar-besarnya saya

sampaikan kepada para dosen di BEPH: Prof. dr. Siswanto Agus W., Dr. Istiti Kandarina, Drs. Abdul Wahab, dr. Riris Andono Ahmad, Anis Fuad, Dr. Citra Indriani, Dr. Prima Dhewi Ratrikaningtyas, dr. Risalia Reni Arisanti, dr. Vicka Oktaria, dr. Rosalia Kurniawati Harisaputra, dr. Ifta Choiriyyah, Digna Niken Purwaningrum, Bayu Satria Wiratama, Lastdes Cristiany Friday, dr. Amirah Ellyza Wahdi, Citra Widya Kusuma, Anggriyani Wahyu Pinandari, dr. Ahmad Watsiq Maula, Rizka Dinari, dr. Bianda Dwida Pramudita, dan dr. Jonathan Hasian Haposan. Juga kepada para tendik BEPH: Ibu Antini, Pak Ratino, Bu Tri, Pak Muji, Pak Risdianto, Bu Ferdiana, Bu Siti Rohanah, Pak Gandung, Bu Mushima, Bu Ignasia, Bu Salsa, dan Bu Rizky Adinda. Untuk dosen HBES: Prof. Yai Suryo Prabandari, Dr. Fatwa Sari Tetra Dewi, Dr. Retna Siwi Padmawati, Dr. Supriyati, Dr. Fitriana Kusumaningrum, dr. Bagas Suryo Bintoro, dr. Hayu Qaimamunazzala, Vena Jaladara, Luthfi Azizatunnisa', Aditya Lia Ramadona, Dr. Daniel, Ari Prayogo Pribadi, Erlin Erlina, Dr. Annisa Utami Rauf, dr. Ardhina Ramanian, dan dr. Inria Astari Zahra, serta tendik HBES: Pak Asnandar, Bu Esthy, Bu Pirenaningtyas, Pak Haryadi, Pak Heri Pratikno, Pak Anton, dan Bu Latifah. Semoga semangat kebersamaan ini terus terpelihara dan menginspirasi upaya kita selanjutnya dalam memperkuat pendidikan kesehatan masyarakat di UGM.

Saya juga ingin mengucapkan terima kasih untuk rekan-rekan dosen, editor eksternal di Berita Kedokteran Komunitas yang saya bidani dengan Dr Rossi dan Dr Radjiman dan teman-teman asisten PPKK di tahun 1985. Tahun ini BKM sudah berusia 40 tahun. Semoga Mbak Ika dkk di tim jurnal Sinta 2 ini akan segera naik tingkat mendapat pengakuan internasional dalam waktu dekat. Terima kasih nanti Prof Dewi Susana dari FKM UI akan ikut membantu kita untuk memperkuat kapasitas tim internasional.

Ucapan terima kasih yang dalam untuk Almarhum Hasan Basri Sulaiman dan alm Maimunah Walir yang memaparkan saya hidup mandiri lebih dini pindah ke Yogyakarta di tahun 1972, untuk mendapat pendidikan lebih maju di kota ini. Almarhum ayah dan ibu saya, keduanya, ternyata sudah sama-sama pergi belajar ke Jawa ketika mereka masih muda saya, lulus dari SD. Hal itu membesarkan hati saya pergi lebih dini daripada rata-rata orang yang pindah ke Yogya.

Saya sekolah di Madrasah Muallimin Muhammadiyah di Patang Puluhan hingga sampai tahun kelima, karena kemudian saya memilih meneruskan track sekolah umum di SMA 2 Bener hingga mendapat kesempatan sekolah tahun 1980 di Fakultas Kedokteran, tempat hingga saya saat ini mengabdikan.

Saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada teman-teman hebat yang telah mendukung dan membersamai kegiatan bersama Biro Perencanaan Kementerian Kesehatan dalam upaya mendampingi perencanaan dinas kesehatan di berbagai kabupaten yang tergolong terpencil namun menjadi prioritas penguatan kapasitas perencanaan. Terima kasih khusus saya sampaikan kepada Akhmadi, Retna Siwi Padmawati, M. Faozi Kurniawan, Vena Jaladara, Lusha Ayu Astari, Annisa Utami Rauf, Kharisma Dewi, Candra, Faisal, Agus Salim, Fahmi Baiquni, Aditya Lia Ramadana, Indra Komala R.N, Anantasia Noviana, Megarini Sulisty, Indah Prismadian, Yohana Marinka, Qonita Nur Amalia, Ahmad Watsiq Maula, Citra Widya Kusuma, Naomi Fitri Latifa, Nuning, dan Rizky Adinda. Dari kegiatan ini, saya tidak hanya melihat semangat kolaboratif yang luar biasa, tetapi juga banyak belajar bahwa perencanaan dan implementasi program di daerah harus terus diperkuat dan disambungkan agar mampu menjawab tantangan nyata di lapangan.

Mengucapkan terima kasih untuk Bang Munawwir dan keluarga di Yogyakarta, yang sejak kuliah berusaha mandiri bisa membantu adik-adiknya hingga semua selesai kuliah. Juga untuk almarhum Bang Mudzakkir, dan adik-adik Dr Mundzir, Ir Munir, Apt Husnayani, dan Ir Husni beserta keluarga di Bandung, dan adik bungsu, Dr Mursyid PhD, yang pindah dari ITB untuk mengabdikan di Universitas Bangka Belitung di Pangkal Pinang. Tidak lupa ingin berterima kasih untuk paman almarhum Pakwo dan Makwo Rasyid yang selalu terbuka dan menjadi ayah ketika ayah lebih dulu dipanggil yang Maha Kuasa di tahun 1975. Banyak kenangan manis hidup di rantau yang jika pulang kampung pasti bertemu keluarga besar Pakwo Rasyid dan putra-putri beliau. Alhamdulillah Dr Rasuwin Rasyid dan istri ikut dalam acara pengukuhan hari ini.

Terima kasih sebesar-besarnya untuk Mbak Roosiany, yang dulu kuliah di Fakultas Farmasi di sebelah FK, terus menjadi pasangan

sejak tahun 1988. Dalam banyak langkah beliau selalu ikut ke mana saya sekolah dan bersama-sama menempa diri hingga sekarang. Kami bersama-sama mencari jalan untuk anak-anak kami tercinta dan menyaksikan mereka tumbuh berkembang, Ardina, Arifah, Dzikri, dan Fauzan yang kini telah menempuh *professional development* mereka masing-masing. Terima kasih semua, yang setiap hari selalu berada di benak kami, yang alhamdulillah terus dapat bercerita melalui WhatsApp call jarak jauh tiap akhir pekan.
