

BUKU AJAR

KEPERAWATAN KOMUNITAS



**Ns. Dian Octavia, M.N.S | Ns Yona Sahalessy, S.Kep.M.Kep.,Sp.Kep.Kom
Dr.Jean Henry Raule, S.Pd.,SKM., M.Kes | Maya D. C. Masrikat, S.ST.,M.Kes (Epid)
Hamdayani,. S.Kep., Ners., M.Kes | Novarita Mariana Koch, SST., M.Kes
Moudy Lombogia,S.Kep.Ns,M.Kep | Rosamey Elleke Langitan,S.Kep.,Ns.,M.Kep
Jeineke Ellen Ratuela, S.Pd., S.SiT., M.DSc | Aneeke A Tahulending S. Pd, M.Kes
Ns. Lisa Anita Sari, M.N.S | Ns. Linnie Pondaag, S.Kep., M.Kep
Rusdin Wally, SKM,M.Kes | Dr. Muhasidah, SKM.M.Kep
Christiane P. Sarayar, S.Kep. Ns., M.Kep | Ns. Hasbi, M.K.M
Habid Al Hasbi, Ns.,M.Kep**

BUKU AJAR
KEPERAWATAN KOMUNITAS

Ns. Dian Octavia, M.N.S
Ns Yona Sahalessy, S.Kep.M.Kep.,Sp.Kep.Kom
Dr.Jean Henry Raule, S.Pd.,SKM., M.Kes
Maya D. C. Masrikat, S.ST.,M.Kes (Epid)
Hamdayani, S.Kep., Ners., M.Kes
Novarita Mariana Koch, SST., M.Kes
Moudy Lombogia,S.Kep.Ns,M.Kep
Rosamey Elleke Langitan,S.Kep.,Ns.,M.Kep
Jeineke Ellen Ratuela, S.Pd., S.SiT., M.DSc
Aneeke A Tahulending S. Pd, M.Kes
Ns. Lisa Anita Sari, M.N.S
Ns. Linnie Pondaag, S.Kep., M.Kep
Rusdin Wally, SKM,M.Kes
Dr. Muhasidah, SKM.M.Kep
Christiane P. Sarayar, S.Kep. Ns., M.Kep
Ns. Hasbi, M.K.M
Habid Al Hasbi, Ns.,M.Kep

Editor :

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes



BUKU AJAR KEPERAWATAN KOMUNITAS

Penulis:

Ns. Dian Octavia, M.N.S
Ns Yona Sahalessy, S.Kep.M.Kep.,Sp.Kep.Kom
Dr.Jean Henry Raule, S.Pd.,SKM., M.Kes
Maya D. C. Masrikat, S.ST.,M.Kes (Epid)
Hamdayani,. S.Kep., Ners., M.Kes
Novarita Mariana Koch, SST., M.Kes
Moudy Lombogia,S.Kep.Ns,M.Kep
Rosamey Elleke Langitan,S.Kep.,Ns.,M.Kep
Jeineke Ellen Ratuela, S.Pd., S.SiT., M.DSc
Aneeke A Tahulending S. Pd, M.Kes
Ns. Lisa Anita Sari, M.N.S
Ns. Linnie Pondaag, S.Kep., M.Kep
Rusdin Wally, SKM,M.Kes
Dr. Muhasidah, SKM.M.Kep
Christiane P. Sarayar, S.Kep. Ns., M.Kep
Ns. Hasbi, M.K.M
Habid Al Hasbi, Ns.,M.Kep

ISBN :

978-634-7003-19-5

Editor Buku:

La Ode Alifariki, S.Kep., Ns., M.Kes

Cetakan Pertama : 2024

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

Jl. Merdeka RT4/RW2 Binangun, Kab. Cilacap, Jawa Tengah

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

Hak Cipta dilindungi oleh undang-undang. Dilarang memperbanyak sebagian karya tulis ini dalam bentuk apapun, baik secara elektronik maupun mekanik, termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan menggunakan sistem penyimpanan lainnya, tanpa izin tertulis dari Penulis.

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga buku Ajar ini dapat tersusun. Buku Ajar ini diperuntukkan bagi Dosen, Praktisi, dan Mahasiswa Kesehatan sebagai bahan bacaan dan tambahan referensi.

Buku Ajar ini berjudul Keperawatan Komunitas mencoba menyuguhkan dan mengemas beberapa hal penting konsep Keperawatan Komunitas. Buku Ajar ini berisi tentang segala hal yang berkaitan dengan konsep Keperawatan Komunitas serta konsep lainnya yang disusun oleh beberapa Dosen dari berbagai Perguruan Tinggi.

Buku ini dikemas secara praktis, tidak berbelit-belit dan langsung tepat pada sasaran. Selamat membaca.

Kendari, 7 November 2024

Penulis

DAFTAR ISI

BAB 1 Pengantar Kesehatan Komunitas	1
A. Pendahuluan.....	1
B. Konsep Tentang Kesehatan	1
BAB 2 Peran dan Fungsi Perawat Komunitas	13
A. Pendahuluan.....	13
B. Peran dan Fungsi Perawat Komunitas.....	18
BAB 3 Kesehatan Komunitas	26
A. Pendahuluan.....	26
BAB 4 Dasar Epidemiologi dan Kependudukan	36
A. Pendahuluan.....	36
B. Konsep Epidemiologi dan Kependudukan.....	36
BAB 5 Komunitas Sebagai Klien : Pengertian, Sejarah, Prinsip, Teori dan Model Konseptual Keperawatan Komunitas	51
A. Pendahuluan.....	51
B. Komunitas sebagai Klien	52
BAB 6 Peran, Fungsi dan Etika Perawat dalam Keperawatan Komunitas	65
A. Pendahuluan.....	65
B. Peran, Fungsi dan Etika Perawat dalam Keperawatan Komunitas	65
BAB 7 Proses Keperawatan Komunitas	75
A. Pendahuluan.....	75
B. Proses Keperawatan Komunitas	75
BAB 8 Standart dan Praktik Keperawatan Komunitas	92
A. Pendahuluan.....	92
B. Konsep Standart dan Praktik Keperawatan Komunitas.....	93

BAB 9 Program Evaluasi : Definisi, Tujuan, Manfaat, Tahapan, Metode/ Alat	105
A. Pendahuluan.....	105
BAB 10 Proses Belajar Mengajar di Komunitas.....	118
A. Pendahuluan.....	118
B. Proses belajar mengajar komunitas	127
BAB 11 Terapi Komplementer di Indonesia	133
A. Pendahuluan.....	133
B. Terapi Komplementer	134
BAB 12 Konsep Pembangunan Kesehatan Indonesia	146
A. Pendahuluan.....	146
B. Transformasi Kesehatan Indonesia	150
BAB 13 Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman (Tuberkulosis, AIDS, ISPA, Covid 19) .	156
A. Pendahuluan.....	156
B. Konsep Keluarga.....	158
BAB 14 Program Pembinaan Kesehatan Komunitas (Gizi Masyarakat, Program dan Pengembangan Kota Sehat)	167
A. Pendahuluan.....	167
B. Program Pembinaan Kesehatan Komunitas.....	168
BAB 15 Program Keperawatan Kesehatan Masyarakat	176
A. Pendahuluan.....	176
B. Program Keperawatan Kesehatan Masyarakat.....	177
BAB 16 Pengelolaan Upaya Kesehatan Masyarakat di Puskesmas.....	189
A. Pendahuluan.....	189
B. Pengertian Puskesmas.....	190
C. Upaya Kesehatan di Puskesmas	194
D. Pengelolaan Program UKM.....	199

BAB 17 Public Health Nursing	210
A. Pendahuluan.....	210
B. Konsep Perawatan Komunitas.....	210
C. Asumsi Dasar PHN.....	214
D. Pandangan PHN	214
E. Tujuan PHN.....	215
F. Ruang Lingkup PHN.....	215
G. Sasaran PHN.....	215
H. Kegiatan PHN.....	215
I. Prinsip PHN.....	216
GLOSARIUM	220

BAB 1

Pengantar Kesehatan Komunitas

Ns. Dian Octavia, M.N.S.

A. Pendahuluan

Perpaduan antara keperawatan dan praktik kesehatan publik dikenal sebagai keperawatan kesehatan komunitas atau publik. Tujuan utama keperawatan kesehatan publik adalah untuk menjaga kesehatan masyarakat dan populasi sekitarnya dengan berfokus pada pengembangan dan pemeliharaan kesehatan individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. Kesehatan publik bertujuan untuk mencapai keadilan sosial di mana setiap orang memiliki hak untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka, seperti jaminan kesehatan dan pendapatan yang memadai, dan juga menanggung tanggung jawab kolektif untuk mencapainya (Nies & McEwen, 2019).

Deklarasi Alma Ata menyatakan bahwa pelayanan kesehatan primer adalah pendekatan yang sehat secara global yang berbasis pada praktik kesehatan tradisional. Untuk mencapai masyarakat yang sehat, pendekatan ini menekankan partisipasi komunitas atau masyarakat, pendekatan multisektoral, dan penggunaan teknologi yang tepat (World Health Organization, 1978) dalam (Rasiman et al., 2024).

B. Konsep Tentang Kesehatan

Sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia yang terkandung dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, kesehatan adalah hak asasi manusia dan merupakan bagian dari kesejahteraan. Satu-satunya cara pemerintah dapat menjaga kesehatan masyarakatnya adalah dengan menyediakan layanan kesehatan (Nies & McEwen, 2019).

Pada pertengahan tahun 1980an, WHO memperluas definisi sehat untuk menekankan kesadaran akan dampak sosial terhadap kesehatan. Dengan demikian sehat adalah "Sejauh

mana individu atau kelompok mampu, di satu sisi, untuk mewujudkan aspirasi dan memenuhi kebutuhan; dan disisi lain untuk mengubah atau beradaptasi dengan lingkungan. Oleh karena itu sehat, dipandang sebagai sumber daya bagi kehidupan sehari-hari, bukan sebagai tujuan hidup: hal ini adalah konsep positif yang menekankan sumber daya sosial dan personal serta kapasitas fisik". (World Health Organization, 1986).

1. World Health Organization (WHO) mengatakan bahwa kesehatan adalah ketika seseorang merasa sehat secara fisik, mental, dan sosial, bukan hanya bebas dari penyakit atau kelelahan.
2. Undang-undang RI nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sehat seseorang baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis;
3. Undang-undang RI nomor 17 tahun 2023 tentang Kesehatan mendefinisikan kesehatan sebagai keadaan sehat seseorang baik secara fisik, jiwa, maupun sosial, dan bukan sekedar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Konsep kesehatan berkembang seiring berjalannya waktu. Kesehatan didefinisikan sebagai keadaan di mana fungsi tubuh yang normal dapat terganggu oleh penyakit dari waktu ke waktu. Semakin berkembang, penyakit tidak lagi dianggap sebagai keadaan atau kondisi, tetapi sebagai proses. Persepsi ini juga berubah tentang kesehatan (Nies & McEwen, 2019).

Ruang lingkup dan standar kesehatan yang didambakan adalah fokus dari Strategi Pembangunan Kesehatan di Indonesia. Pemerintah telah menetapkan definisi sehat dalam UU RI No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan, 2009). Kemajuan dan kemampuan suatu bangsa ditunjukkan oleh kualitas kesehatan yang diinginkan. Untuk menghormati komitmen global dalam pertemuan Alma Ata tahun 1978, Indonesia termasuk dalam kategori negara yang sedang berkembang yang aktif terlibat.

Untuk mencapai kesehatan, pencapaian target dari sudut pandang manusia, masyarakat, atau kependudukan harus

menjadi perhatian yang lebih besar. Perilaku, atau gaya hidup, sangat dipengaruhi oleh masyarakat, pendidikan, pemahaman tentang kesehatan dan sakit, pengobatan sendiri, dan penggunaan sumber daya kesehatan. Lingkungan, ekonomi, dan kehidupan fisik dan biologis juga memengaruhi gaya hidup (Tumanggor, 2010).

a. Indikator Sehat

Variable yang digunakan untuk mengukur perubahan baik secara langsung maupun tidak langsung disebut indikator. Sebagaimana dinyatakan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), *“health is a state of physical mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity”*. Yang artinya kesehatan adalah keadaan sejahtera fisik, mental dan sosial dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan”.

Kementrian Kesehatan Republik Indonesia menguraikan indicator Indonesia Sehat (Kementrian Kesehatan, 2024) terdiri dari :

- 1) Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan entitas yang berhadapan langsung dengan masyarakat. Puskesmas dan rumah sakit masih menjadi jenis pelayanan kesehatan utama yang memberikan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
- 2) Sumber daya Masyarakat (SDM) kesehatan merupakan motor penggerak pembangunan kesehatan yang meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.
- 3) Sumber daya dalam bentuk anggaran dan jaminan Kesehatan.
- 4) Anggaran, fasilitas Kesehatan, dan SDM berperan dalam menentukan derajat Kesehatan Masyarakat yang dapat diukur melalui indikator kematian ibu dan bayi, status gizi, dan angka morbiditas penyakit.
- 5) Menekan angka kematian anak, seperti pelayanan neonatal dan imunisasi dasar lengkap.
- 6) Derajat kesehatan masyarakat juga tercermin dari angka kesakitan, baik pada penyakit yang pengendaliannya menjadi komitmen global pada SDGs, maupun penyakit yang berpotensi wabah. Pengendalian penyakit yang menjadi bagian dari tujuan SDGs seperti Tuberculosis, HIV, dan Malaria. menunjukkan perbaikan dan sedikit penurunan

7) Peningkatan derajat kesehatan juga dapat dicapai melalui upaya kesehatan lingkungan yang dapat mewujudkan kualitas lingkungan yang sehat secara fisik, kimia, biologi, dan sosial. Indikator kunci pada kesehatan lingkungan antara lain akses air minum layak, akses sanitasi layak, dan kabupaten/kota sehat.

b. Karakteristik Perilaku Sehat

Perilaku sehat adalah tindakan individu, kelompok, dan organisasi yang mencakup perubahan sosial, pembuatan dan pelaksanaan kebijakan, peningkatan keterampilan coping, dan peningkatan kualitas hidup. Perilaku sehat juga didefinisikan sebagai sifat pribadi seperti keyakinan, harapan, motif, nilai, persepsi, dan komponen kognitif lainnya. Perilaku sehat juga mencakup keadaan dan sifat emosional dan pola perilaku, serta tindakan dan kebiasaan yang jelas terkait dengan perawatan dan pemulihan kesehatan (Rasiman et al., 2024).

Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) ialah bentuk perwujudan orientasi hidup sehat dalam budaya perorangan keluarga, dan masyarakat, yang bertujuan untuk meningkatkan, memelihara, dan melindungi kesehatannya baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial. Perilaku hidup bersih dan sehat bertujuan memberikan pengalaman belajar atau menciptakan suatu kondisi bagi perorangan, kelompok, keluarga, dengan membuka jalur komunikasi, informasi, dan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, serta perilaku, sehingga masyarakat sadar, mau dan mampu mempraktikkan kehidupan bersih dan sehat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2011)

Pengaplikasian PHBS dalam kehidupan sehari-hari memiliki tolak ukur yang dapat digunakan sebagai ukuran bahwa seseorang dapat dikatakan sudah mengaplikasikan atau memenuhi kriteria menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat. Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia PHBS dapat dibagi menjadi beberapa tatanan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016) antara lain :

1) Beberapa Tatanan PHBS

Tatanan PHBS melibatkan beberapa elemen yang merupakan bagian dari tempat beraktivitas dalam kehidupan sehari - hari. Berikut ini 5 tatanan PHBS yang dapat menjadi simpul - simpul untuk memulai proses penyadartahuan tentang perilaku hidup bersih sehat :

- a) PHBS di Rumah tangga
 - b) PHBS di Sekolah
 - c) PHBS di Tempat kerja
 - d) PHBS di Sarana kesehatan
 - e) PHBS di Tempat umum
- 2) Manfaat PHBS
- a) Manfaat PHBS secara umum adalah meningkatkan kesadaran masyarakat untuk mau menjalankan hidup bersih dan sehat. Hal tersebut agar masyarakat bisa mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan. Selain itu, dengan menerapkan PHBS masyarakat mampu menciptakan lingkungan yang sehat dan meningkatkan kualitas hidup.
 - b) Manfaat PHBS di Sekolah
 PHBS di sekolah merupakan kegiatan memberdayakan siswa, guru dan masyarakat lingkungan sekolah untuk mau melakukan pola hidup sehat untuk menciptakan sekolah sehat. Manfaat PHBS di Sekolah mampu menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat, meningkatkan proses belajar mengajar dan para siswa, guru hingga masyarakat lingkungan sekolah menjadi sehat.
 Indikator PHBS di Sekolah yaitu: merupakan langkah untuk memberdayakan siswa, guru dan masyarakat lingkungan sekolah agar bisa dan mau melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dalam menciptakan sekolah yang sehat.
 Contoh PHBS di sekolah
 - 1) Mencuci tangan dengan sabun sebelum dan sesudah makan,
 - 2) Mengonsumsi jajanan sehat,
 - 3) Menggunakan jamban bersih dan sehat
 - 4) Olahraga yang teratur
 - 5) Memberantas jentik nyamuk
 - 6) Tidak merokok di lingkungan sekolah
 - 7) Membuang sampah pada tempatnya, dan
 - 8) Melakukan kerja bakti bersama warga lingkungan sekolah untuk menciptakan lingkungan yang sehat.
 - c) Manfaat PHBS di Rumah Tangga
 Jika PHBS diterapkan di rumah tangga, itu pasti akan membuat keluarga sehat dan meminimalkan

masalah kesehatan. Manfaat PHBS di rumah tangga antara lain adalah rumah tangga yang sehat dapat meningkatkan kesejahteraan setiap anggota keluarga dan mencegah mereka terkena penyakit, rumah tangga yang sehat dapat meningkatkan produktivitas anggota rumah tangga, dan manfaat tambahan dari PHBS di rumah tangga adalah anggota keluarga terbiasa menerapkan pola hidup sehat, sehingga anak-anak tumbuh sehat dan menerima gizi yang cukup. Berikut ini adalah indikator-indikator PHBS di rumah tangga:

- 1) Persalinan dibantu oleh tenaga Kesehatan
 - 2) Memberikan bayi Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif
 - 3) Menimbang bayi dan anak sampai dengan usia 6 (enam) tahun secara rutin setiap bulan sekali.
 - 4) Menggunakan air yang bersih
 - 5) Mencuci tangan menggunakan sabun dengan tehnik cuci tangan yang benar
 - 6) Menggunakan jamban yang sehat
 - 7) Membrantas jentik nyamuk yang ada dirumah setiap satu kali dalam seminggu secara rutin.
 - 8) Memakan makanan yang sehat dan bergizi
 - 9) Melakukan aktifitas fisik setiap hari secara rutin.
 - 10) Tidak merokok.
- d) Manfaat PHBS di Tempat Kerja
- PHBS di Tempat kerja adalah kegiatan untuk memberdayakan para pekerja agar tahu dan mau untuk melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dan berperan dalam menciptakan tempat kerja yang sehat. manfaat PHBS di tempat kerja yaitu para pekerja mampu meningkatkan kesehatannya dan tidak mudah sakit, meningkatkan produktivitas kerja dan meningkatkan citra tempat kerja yang positif.
- e) Manfaat PHBS di Masyarakat
- Manfaat PHBS di masyarakat adalah masyarakat mampu menciptakan lingkungan yang sehat, mencegah penyebaran penyakit, masyarakat memanfaatkan pelayanan fasilitas kesehatan dan mampu mengembangkan kesehatan yang bersumber dari masyarakat.

c. Komunitas

Komunitas adalah sekumpulan orang yang berinteraksi satu sama lain dan memiliki kepentingan atau fitur yang sama, yang menciptakan rasa kepemilikan dan kesatuan (Allender et al., 2013). Komunitas terbagi menjadi dua kategori utama. Yang pertama adalah komunitas geopolitik, yang paling umum dikenal atau digambarkan dengan kata "komunitas." Komunitas geopolitik terdiri dari kabupaten kota, provinsi, dan negara yang terdiri dari batasan alami atau buatan. Fenomenologi menggunakan istilah "komunitas" untuk menggambarkan hubungan antara beberapa kelompok yang saling berinteraksi. Dalam komunitas ini, tempat atau tatanan lebih abstrak, dan orang berbagi perspektif kelompok atau identitas berdasarkan budaya, nilai, sejarah, kepentingan, dan tujuan (Maurer & Smith, 2013).

Agregat dan populasi adalah istilah yang saling terkait yang sering digunakan dalam keperawatan komunitas dan publik. Populasi digunakan untuk menunjukkan sekumpulan orang yang memiliki karakteristik lingkungan atau personal yang sama di masyarakat. Agregat adalah subkelompok atau subpopulasi yang memiliki beberapa karakteristik atau kepentingan yang sama (Harkens, 2012).

SOAL

1. Sejauh mana individu atau kelompok mampu, di satu sisi, untuk mewujudkan aspirasi dan memenuhi kebutuhan; dan di sisi lain untuk mengubah atau beradaptasi dengan lingkungan. Pernyataan tersebut merupakan pengertian dari?
 - a. Sakit
 - b. Sehat**
 - c. Kesehatan
 - d. Penyakit
 - e. Keseimbangan
2. Bentuk perwujudan orientasi hidup sehat dalam budaya perorangan keluarga, dan masyarakat, yang bertujuan untuk meningkatkan, memelihara, dan melindungi kesehatannya baik secara fisik, mental, spiritual, maupun sosial. Pernyataan tersebut merupakan pengertian dari.....
 1. Karakteristik sehat
 - 2. Perilaku hidup bersih dan sehat**
 3. Deklarasi alma ata
 4. Tujuan Kesehatan di masyarakat
 5. Manfaat hidup sehat
3. Deklarasi Alma Ata menyatakan bahwa pelayanan kesehatan primer adalah pendekatan yang sehat secara global yang berbasis pada praktik kesehatan tradisional.. Deklarasi Alma Ata dilakukan pada tahun berapa?
 - a. 1975
 - b. 1976
 - c. 1977
 - d. 1978**
 - e. 1979
4. Berapa jumlah indikator (perilaku Hidup Bersih dan sehat) PHBS yang ada di tatanan rumah tangga?
 - a. 6 indikator
 - b. 7 Indikator
 - c. 8 Indikator
 - d. 9 Indikator
 - e. 10 Indikator**

5. Sub kelompok atau sub populasi memiliki beberapa persamaan karakteristik ataupun kepenringan. Pertanyaan tersebut merupakan pengertian dari...
- a. Populasi,
 - b. Kelompok
 - c. komunitas
 - d. **Agregat**
 - e. geopolitik

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, Reactor, & Warner. (2013). *Community Health nursing: promoting and protecting the public's health* (8th ed.). Wolters Kluwer/Lippincott William & Wilkins.
- Harkens. (2012). *Community and Public Health Nursing: Present, Past, and Future*. (Harkenss & D. Marcoo (eds.)). Lippincott Williams & Wilkins.
- Kementrian Kesehata Republik Indonesia, R. (2016). PHBS. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. <https://ayosehat.kemkes.go.id/phbs#:~:text=Tatanan PHBS Rumah Tangga,PHBS pada tingkatan rumah tangga> :
- Kementrian Kesehatan, K. K. R. (2024). *Profil Kesehatan Indonesia 2023*. https://www.kemkes.go.id/app_asset/file_content_download/172231123666a86244b83fd8.51637104.pdf
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, K. R. (2011). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 2269/MENKES/PER/XI/2011 Pedoman pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS)*. https://promkes.kemkes.go.id/pub/files/files13583Pedoman_umum_PHBS.pdf
- Maurer, & Smith. (2013). *Community/Public Health Nursing Practice: health for families and puppulations* (5th ed.). Elsevier.
- Nies, M. A., & McEwen, M. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga* (J. Sahar, A. Setiawan, & N. M. Riasmini (eds.); 6th editio). Elsevier.
- Rasiman, N. B., P, D. M., Wahyudin, D., Sulistiyani, Sulidah, Yuningsih, A., Widianoro, F. X., Sudiono, Widyoningsih, Vitaliati, T., Aisyiah, Junalia, E., Saltar, L., Rajunitrigo, Nurani, I. A., Aziz, A. R., Supriatun, E., Sihombing, F., Rahmadiyah, D. C., ... Suprpto, T. A. (2024). *Buku Ajar Konsep Keperawatan Komunitas (Berdasarkan Kurikulum Pendidikan Indonesia Tahun 2021)* (F. Sihombing (ed.); Pertama). Eureka Media Aksara April 2024 Anggota IKAPI Jawa Tengah No.225/JTE/2021.
- Tumanggor, R. (2010). Masalah-masalah sosial budaya dalam pembangunan kesehatan di indonesia. *Jurnal Masyarakat & Budaya*, 12(2), 231-254. <https://jmb.lipi.go.id/jmb/article/download/111/92/213>

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009
Tentang Kesehatan (2009).
<https://sireka.pom.go.id/requirement/UU-36-2009-Kesehatan.pdf>
- World Health Organization, W. (1978). *WHO menyerukan untuk kembali ke Deklarasi Alma-Ata*.
[https://translate.google.com/translate?u=https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata&hl=id&sl=en&tl=id&client=sge&prev=search#:~:text=International conference on primary health,goal of Health for All](https://translate.google.com/translate?u=https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata&hl=id&sl=en&tl=id&client=sge&prev=search#:~:text=International+conference+on+primary+health,goal+of+Health+for+All).
- World Health Organization, W. (1986). *A Discussion document on the concept and principles of health promotion*. Health Promotion.

BIODATA PENULIS



Ns. Dian Octavia, M.N.S lahir di Jambi, pada 18 Mei 1986. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi. S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Boromarajonani Nopparat Vajira Affiliated with Kasetsart University, Thailand. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Ilmu Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Harapan Ibu Jambi.

BAB 2

Peran dan Fungsi Perawat Komunitas

Ns Yona Sahalessy, S.Kep.M.Kep.,Sp.Kep.Kom

A. Pendahuluan

1. Pengertian

Perawat komunitas adalah seorang profesional kesehatan yang berfokus pada peningkatan kesehatan masyarakat di luar lingkungan rumah sakit. Mereka bekerja langsung dengan individu, keluarga, dan komunitas untuk mencegah penyakit, mempromosikan kesehatan, dan memberikan perawatan kesehatan dasar. Beberapa definisi perawat komunitas menurut para ahli:

a. Pengertian Menurut WHO (World Health Organization)

Perawat komunitas adalah perawat yang memberikan pelayanan kesehatan di tingkat primer kepada masyarakat, keluarga, dan individu. Mereka fokus pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, serta manajemen penyakit kronis dan akut di komunitas. WHO menekankan bahwa perawat komunitas berperan penting dalam upaya kesehatan masyarakat melalui pelayanan berbasis masyarakat.

b. Pengertian Menurut Kemenkes

Kementerian Kesehatan mendefinisikan perawat komunitas sebagai perawat yang bertugas memberikan pelayanan keperawatan yang holistik, mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif di dalam komunitas. Mereka berperan dalam mendukung program kesehatan masyarakat melalui Posyandu, Puskesmas, dan kerja sama dengan kader-kader kesehatan di desa atau lingkungan lokal.

- c. Perawat Komunitas Menurut ICN (International Council of Nurses)

ICN mendefinisikan perawat komunitas sebagai perawat yang berfokus pada kesehatan populasi dengan intervensi yang berbasis komunitas. Mereka menggunakan pendekatan multidisiplin untuk mengatasi faktor-faktor sosial, budaya, dan ekonomi yang mempengaruhi kesehatan. Perawat komunitas juga bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan spesifik masyarakat lokal serta menjadi agen perubahan dalam meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

2. Ruang Lingkup Praktik

Ruang lingkup praktik perawat komunitas sangat luas dan mencakup berbagai aspek kehidupan masyarakat. Secara umum, perawat komunitas berperan dalam:

a. Promosi Kesehatan:

- 1) Memfasilitasi perubahan perilaku menuju gaya hidup sehat
- 2) Mengidentifikasi faktor risiko penyakit dan memberikan intervensi.
- 3) Menjalankan program imunisasi dan skrining kesehatan.

b. Pencegahan Penyakit:

- 1) Melakukan tindakan pencegahan primer, sekunder, dan tersier.
- 2) Mengidentifikasi kelompok berisiko tinggi dan memberikan pelayanan khusus.
- 3) Mengelola program kesehatan lingkungan.

c. Pemberian Asuhan Keperawatan:

- 1) Memberikan asuhan keperawatan komprehensif kepada individu, keluarga, dan masyarakat.
- 2) Melakukan kunjungan rumah untuk memantau kondisi pasien.
- 3) Memberikan perawatan, pengobatan dan rehabilitasi.

d. Kolaborasi dengan Sektor Lain:

- 1) Bekerjasama dengan pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan sektor swasta.
- 2) Membangun jejaring untuk meningkatkan akses pelayanan kesehatan.

3. Posisi perawat komunitas dalam struktur pelayanan kesehatan

Posisi perawat komunitas dalam struktur pelayanan kesehatan sangat penting dan strategis karena mereka berfungsi sebagai penghubung antara sistem pelayanan kesehatan formal (seperti rumah sakit dan Puskesmas) dan masyarakat. Berikut adalah penjelasan tentang posisi serta peran-peran kunci yang mereka jalankan dalam struktur pelayanan kesehatan:

a. Bagian dari Pelayanan Kesehatan Primer

Perawat komunitas bekerja di level pelayanan kesehatan primer, yang merupakan tingkat pelayanan kesehatan terdepan. Mereka berperan dalam upaya preventif, promotif, serta menangani kasus-kasus ringan di tingkat komunitas sebelum merujuk pasien ke fasilitas yang lebih tinggi jika diperlukan. Pelayanan kesehatan primer ini meliputi Puskesmas, klinik, dan Posyandu, di mana perawat komunitas menjalankan fungsi pelayanan kesehatan yang berkelanjutan dan terintegrasi di dalam komunitas.

b. Sebagai Jembatan antara Fasilitas Kesehatan dan Masyarakat

Perawat komunitas sering berfungsi sebagai jembatan antara sistem pelayanan kesehatan formal dan masyarakat. Mereka memberikan pelayanan yang lebih dekat dengan komunitas dan seringkali lebih mudah diakses oleh masyarakat. Dengan pengetahuan mendalam tentang kondisi lokal dan kebutuhan spesifik masyarakat, perawat komunitas mampu memberikan intervensi kesehatan yang relevan dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

c. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Perawat komunitas berperan penting dalam pencegahan dan pengendalian penyakit di masyarakat, termasuk penyakit menular dan tidak menular. Mereka bekerja sama dengan institusi kesehatan lainnya untuk memantau dan melaporkan perkembangan penyakit di daerah mereka, serta berpartisipasi dalam program imunisasi, pemberantasan penyakit menular, dan kampanye kesehatan.

d. Keterlibatan dalam Kesehatan Berbasis Masyarakat

Dalam pelayanan kesehatan berbasis masyarakat perawat komunitas terlibat dalam memberdayakan masyarakat lokal untuk turut serta dalam kegiatan kesehatan. Mereka

bekerja bersama kader kesehatan dan tokoh masyarakat dalam mengorganisir kegiatan kesehatan, seperti Posyandu, kunjungan rumah, dan pemeriksaan kesehatan secara berkala.

e. Koordinator Program Kesehatan di Komunitas

Perawat komunitas juga sering berperan sebagai koordinator program kesehatan masyarakat yang diselenggarakan oleh pemerintah atau organisasi non-pemerintah (NGO). Mereka mengelola pelaksanaan program, dan memastikan bahwa intervensi kesehatan dijalankan dengan baik, serta melakukan pemantauan hasil program.

4. Kontribusi perawat komunitas dalam mencapai tujuan kesehatan nasional

Tujuan kesehatan nasional mencakup peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Kontribusi perawat komunitas dalam mencapai tujuan tersebut dapat terlihat ketika mereka berperan di garis depan pelayanan kesehatan, terutama dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemberdayaan masyarakat.

a. Promosi Kesehatan dan Penyuluhan Kesehatan

Perawat komunitas memiliki peran penting dalam promosi kesehatan, yaitu mengedukasi masyarakat mengenai pola hidup sehat, gizi, serta pencegahan penyakit. Dengan memberikan penyuluhan di komunitas, melalui Posyandu atau kegiatan keagamaan, mereka membantu meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya perilaku hidup sehat, yang merupakan langkah pertama dalam mencegah penyakit menular maupun tidak menular. Beberapa contoh kontribusi antara lain :

- Memberikan penyuluhan tentang pentingnya gizi seimbang untuk mencegah stunting pada anak.
- Mendorong perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) untuk mencegah penyakit menular seperti diare atau infeksi saluran pernapasan.

b. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Perawat komunitas turut berperan dalam upaya pencegahan penyakit, baik yang bersifat menular maupun tidak menular, melalui kegiatan imunisasi, pemantauan kesehatan ibu dan anak, serta program pencegahan penyakit menular seperti HIV/AIDS, TB, dan malaria. Melalui peran aktif mereka

dalam deteksi dini dan pengawasan, perawat komunitas membantu menurunkan angka kesakitan dan kematian di tingkat nasional. Beberapa contoh kontribusi:

- Melaksanakan program imunisasi untuk meningkatkan cakupan vaksinasi di masyarakat.
- Memantau perkembangan kesehatan pasien dengan penyakit kronis seperti hipertensi dan diabetes melalui kunjungan rumah secara berkala.

c. Peningkatan Akses Terhadap Pelayanan Kesehatan Primer

Salah satu tantangan utama dalam mencapai tujuan kesehatan nasional adalah keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil dan pedesaan. Perawat komunitas berkontribusi dalam memperluas akses layanan kesehatan dengan memberikan pelayanan kesehatan langsung di komunitas, seperti home care untuk pasien lansia atau layanan kesehatan keliling di daerah yang sulit dijangkau. Contoh kontribusi antara lain :

- Melakukan kunjungan rumah bagi pasien yang tidak dapat mengakses layanan kesehatan di fasilitas formal.
- Menyediakan layanan kesehatan di daerah-daerah yang jauh dari pusat kesehatan melalui program mobile clinic atau pos pelayanan kesehatan.

d. Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

Kesehatan ibu dan anak merupakan salah satu prioritas utama dalam tujuan kesehatan nasional. Perawat komunitas memainkan peran penting dalam peningkatan kesehatan ibu dan anak melalui program-program seperti pemantauan kehamilan, penyuluhan gizi ibu hamil, dan pemantauan tumbuh kembang anak di Posyandu. Kontribusi mereka sangat penting dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian bayi (AKB), yang merupakan indikator utama dalam pencapaian tujuan kesehatan nasional. Contoh kontribusi antara lain :

- Pemantauan rutin kesehatan ibu hamil dan bayi di Posyandu.
- Memberikan edukasi tentang perawatan bayi baru lahir dan pentingnya ASI eksklusif.

e. Pemberdayaan Masyarakat dan Kesehatan Berbasis Masyarakat

Perawat komunitas juga berperan dalam pemberdayaan masyarakat untuk menjadi lebih mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri. Dengan mengedukasi masyarakat,

melatih kader kesehatan, serta membentuk kelompok-kelompok kesehatan di komunitas, mereka membantu masyarakat agar lebih proaktif dalam menjaga kesehatan dan memanfaatkan sumber daya lokal yang ada. Contoh kontribusi antara lain :

- Melatih kader Posyandu untuk membantu kegiatan kesehatan ibu dan anak di desa.
 - Membentuk kelompok masyarakat untuk kegiatan gotong royong membersihkan lingkungan dan memperbaiki sanitasi.
- f. Pengelolaan Bencana dan Kesehatan Lingkungan
- Perawat komunitas seringkali juga berperan dalam penanganan kesehatan pasca-bencana dengan memberikan layanan kesehatan bagi korban bencana, membantu mengelola pusat pengungsian, serta melakukan penyuluhan tentang kesehatan lingkungan seperti kebersihan air dan sanitasi. Ini mendukung upaya pemerintah dalam mitigasi bencana dan penanganan dampak kesehatan yang timbul akibat bencana. Beberapa kontribusi antara lain :
- Berperan dalam tanggap darurat kesehatan setelah terjadi bencana seperti banjir atau gempa bumi.
 - Melakukan kampanye kebersihan lingkungan di komunitas rawan bencana.
- g. Peran dalam Sistem Rujukan Kesehatan
- Perawat komunitas berfungsi sebagai penghubung dalam sistem rujukan, di mana mereka mengidentifikasi masalah kesehatan yang memerlukan penanganan lebih lanjut di fasilitas kesehatan sekunder atau tersier. Mereka juga memberikan konseling kepada keluarga mengenai pentingnya rujukan serta membantu pasien dalam proses merujuk ke layanan kesehatan yang lebih lengkap. Contoh kontribusi antara lain :
- Mengidentifikasi kasus yang memerlukan perawatan lebih lanjut, seperti komplikasi kehamilan atau penyakit kronis.
 - Membantu pasien dalam proses rujukan ke rumah sakit dan memberikan dukungan sebelum dan sesudah pengobatan.

B. Peran dan Fungsi Perawat Komunitas

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan mempunyai peran dan fungsi dalam meningkatkan kesehatan komunitas.

Perawat dituntut mempunyai sejumlah kemampuan / kompetensi yang telah ditetapkan oleh kebijakan organisasi dengan merujuk pada persepsi dan harapan komunitas terhadap pelayanan keperawatan komunitas yang diberikan.

1. Manager kasus

Sebagai manager perawat harus mampu mengelola pelayanan yang berkordinasi dengan komunitas atau keluarga. Penyedia pelayanan kesehatan yang ada termasuk layanan sosial yang tersedia di komunitas.

Sebagai manager kasus, perawat komunitas harus dapat berfungsi dalam melakukan tindakan berikut;

- a. Mengidentifikasi kebutuhan komunitas sebagai pelayanan kesehatan. Hal ini penting dilakukan agar pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan komunitas.
- b. Menyusun rencana asuhan keperawatan komunitas. Rencana ini dibuat berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan komunitas terhadap pelayanan kesehatan.
- c. Mengkordinasikan aktivitas tim kesehatan dan layanan kesehatan sehingga pelayanan yang diberikan optimal dan tepat sasaran.
- d. Menilai kuaalitas pelayanan keperawatan yang telah diberikan. Haal ini penting dilakukan untuk meningkatkan kualitas pengelolaan layanan berikutnya.

2. Pelaksana Asuhan Keperawatan

Salah satu peran penting perawat komunitas adalah memberikan pelayanan langsung kepada komunitas sesuai dengan kebutuhan komunitas atau keluarga. Sebagai pelaksanaan asuhan keperawatan perawat komunitas berfungsi untuk;

- a. Melakukan pengkajian secara komprehensif.
- b. Menetapkan masalah keperawatan komunitas.
- c. Menyusun rencana keperawatan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan potensi komunitas.
- d. Melakukan tindakan keperawatan yang mnecakup tindakan mandiri serta tindakan kolaboratif.
- e. Melakukan evaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan serta mendokumentasikan seluruh tindakan keperawatan.

3. Pendidik

Dalam peranannya sebagai pendidik perawat harus mampu menjadi penyedia informasi kesehatan dan mengajarkan komunitas atau keluarga tentang upaya kesehatan yang dapat dilakukan. Peran tersebut dapat dilakukan saat perawat melakukan pendidikan kesehatan. Beberapa fungsi yang dapat dijalankan perawat dalam perannya sebagai pendidik;

- a. Mengidentifikasi kebutuhan belajar , yaitu apa yang ingin diketahui oleh komunitas, dan dapat diketahui saat perawat melakukan pengkajian komunitas.
- b. Memilih metode pembelajaran atau materi yang sesuai dengan kebutuhan.
- c. Menyusun rencana pendidikan kesehatan.
- d. Melaksanakan pendidikan kesehatan.
- e. Melatih komunitas / kelompok / keluarga tentang keterampilan yang harus dimiliki sesuai kebutuhannya.
- f. Mendorong keluarga untuk melatih keterampilan yang sudah diajarkan perawat.
- g. Mendokumentasikan kegiatan pendidikan kesehatan.

4. Advocate

Peran perawat sebagai pembela dapat dilakukan dengan mendukung pelayanan keperawatan yang berkualitas dan kompeten. Sikap perawat yang selalu mengupayakan peningkatan kompetensinya agar asuhan keperawatan yang diberikan terjaga kualitasnya merupakan salah satu contoh pelaksanaan peran sebagai advocate. Tindakan yang dapat dilakukan perawat sebagai advocate antara lain;

- a. Menyediakan informasi yang dibutuhkan komunitas atau kelompok maupun keluarga agar dapat membuat keputusan.
- b. Memfasilitasi komunitas dalam mengambil keputusan.
- c. Membuka akses ke provider agar komunitas mendapatkan pelayanan yang terbaik.
- d. Menghormati hak klien.
- e. Meminta persetujuan tindakan yang dilakukan.
- f. Meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan.
- g. Melaksanakan fungsi pendampingan komunitas.
- h. Memberikan informasi terkait sumber - sumber pelayanan yang dapat digunakan, dan memfasilitasi

masyarakat dalam memanfaatkan sumber - sumber tersebut.

5. **Konselor**
Sebagai konselor perawat membutuhkan keterampilan khusus yaitu memahami dibidang keahliannya, dapat dipercaya untuk membantu komunitas dan mengembangkan koping konstruktif dalam penyelesaian masalah. Perawat juga dapat memberikan berbagai solusi dalam upaya menetapkan cara yang lebih baik untuk menyelesaikan masalah.
6. **Role model**
Dalam interaksi dengan komunitas terdapat proses perilaku perawat yang dapat dipelajari oleh komunitas atau keluarga. Proses inilah yang menggambarkan bagaimana perawat menjalankan perannya sebagai role model.
7. **Penemu Kasus**
Peran selanjutnya yang dilakukan perawat komunitas adalah terlibat dalam penelusuran kasus di komunitas atau keluarga, untuk selanjutnya dilakukan kajian apa saja yang dibutuhkan komunitas. Jika kasus tersebut mungkin membutuhkan intervensi dari profesi lain atau layanan kesehatan yang lebih kompleks maka perawat komunitas dapat segera merujuk klien.
8. *Change agent*
Peran ini membantu komunitas untuk melakukan perubahan ke arah hidup yang lebih sehat.
 - a. Mengidentifikasi kekuatan dan penghambat perubahan.
 - b. Memberi dukungan dan motivasi untuk berubah.
9. **Peneliti**
Berkembangnya ilmu keperawatan salah satunya dipengaruhi oleh hasil riset / penelitian. Melalui penelitian perawat komunitas dapat mengidentifikasi masalah praktik dan mencari jawaban melalui pendekatan ilmiah.

Soal Latihan

1. Apa peran utama perawat komunitas dalam pencegahan penyakit?
 - a. Memberikan obat kepada pasien
 - b. Mengelola rumah sakit
 - c. Edukasi kesehatan kepada masyarakat
 - d. Melakukan operasi kecil
 - e. Menyediakan layanan medis di rumah sakit

Jawaban: c. Edukasi kesehatan kepada masyarakat

2. Peran perawat komunitas dalam deteksi dini masalah kesehatan di masyarakat adalah:
 - a. Memberikan imunisasi kepada bayi
 - b. Menjalankan diagnosa di laboratorium
 - c. Melakukan skrining kesehatan rutin
 - d. Mengelola keuangan rumah sakit
 - e. Membuat kebijakan rumah sakit

Jawaban: c. Melakukan skrining kesehatan rutin

3. Salah satu fungsi perawat komunitas adalah sebagai:
 - a. Administrator rumah sakit
 - b. Pelaksana tindakan medis darurat
 - c. Fasilitator program promosi kesehatan
 - d. Ahli bedah
 - e. Asisten dokter di ruang operasi

Jawaban: c. Fasilitator program promosi kesehatan

4. Apa peran perawat komunitas dalam pemberdayaan masyarakat?
 - a. Menyediakan layanan konsultasi individu
 - b. Memberikan arahan dalam membangun kelompok swadaya masyarakat
 - c. Mengatur administrasi rumah sakit
 - d. Mengurus pengobatan rutin pasien
 - e. Mengelola logistik rumah sakit

Jawaban: b. Memberikan arahan dalam membangun kelompok swadaya masyarakat

5. Fungsi utama perawat komunitas dalam mempromosikan kesehatan lingkungan adalah:
 - a. Membangun rumah sakit baru
 - b. Mengatur keuangan rumah sakit
 - c. Memberikan penyuluhan tentang sanitasi dan kebersihan

- d. Menjadi tenaga ahli gizi
- e. Menyediakan layanan farmasi

Jawaban: c. Memberikan penyuluhan tentang sanitasi dan kebersihan

DAFTAR PUSTAKA

- International Council of Nurses. (2018). *Community Nursing: Promoting Health in the Community*. Geneva: ICN. Retrieved from <https://www.icn.ch>.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). *Pedoman Pelayanan Keperawatan Komunitas*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- World Health Organization. (2020). *Nurses and Midwives in Primary Health Care*. Geneva: WHO. Retrieved from https://www.who.int/nursing_midwifery.
- World Health Organization. (2017). *Promoting Health and Preventing Disease through Community-Based Interventions*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int>.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). *Pedoman Pengendalian Penyakit Menular di Komunitas*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan RI. (2018). *Kesehatan Berbasis Masyarakat di Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- World Health Organization. (2018). *Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers*. Geneva: WHO. Retrieved from <https://www.who.int>.

BIODATA PENULIS



Ns **Yona Sahalessy, S.Kep M.Kep., Sp.Kep.Kom** lahir di Haria, pada 06 Februari 1973. Menyelesaikan pendidikan S1 di PSIK Universitas Gadjah Mada Jogjakarta dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 3

Kesehatan Komunitas

Dr. Jean Henry Raule, S.Pd., SKM., M.Kes

A. Pendahuluan

Kesehatan komunitas merupakan aspek kritis dalam upaya menciptakan lingkungan yang mendukung kesejahteraan bagi semua anggota masyarakat. Konsep ini meliputi tidak hanya pengentasan penyakit, tetapi juga pemenuhan kebutuhan sosial, ekonomi, dan lingkungan yang berkontribusi pada kesehatan secara keseluruhan. Keterlibatan masyarakat dalam merencanakan dan melaksanakan program kesehatan menjadi sangat penting, karena pendekatan partisipatif dapat meningkatkan pemahaman dan komitmen individu terhadap kesehatan. Melalui inisiatif kesehatan komunitas, diharapkan tercipta kesadaran akan pentingnya perilaku hidup sehat, yang dapat berkontribusi pada pengurangan angka morbiditas dan mortalitas di kalangan populasi (Braveman, P., & Gottlieb, 2014).

Di era modern ini, kemajuan teknologi informasi dan komunikasi memberikan peluang baru untuk meningkatkan kesadaran dan akses terhadap informasi kesehatan di tingkat komunitas. Masyarakat kini lebih mudah mendapatkan pengetahuan tentang penyakit serta cara pencegahannya melalui platform digital. Namun, tantangan seperti ketidakmerataan akses terhadap layanan kesehatan masih perlu diatasi, terutama bagi kelompok yang terpinggirkan. Oleh karena itu, upaya penelitian dan pengembangan lebih lanjut dalam bidang kesehatan komunitas menjadi sangat penting untuk menciptakan sistem kesehatan yang inklusif,

berkelanjutan, serta responsif terhadap kebutuhan masyarakat lokal.(Bongaarts, 2016),(WHO, 2022)

1. Pengertian Komunitas

Komunitas dapat didefinisikan sebagai kelompok individu yang berbagi karakteristik, nilai, atau tujuan yang sama, dan biasanya terikat dalam suatu lokasi geografis yang sama atau dalam interaksi sosial yang spesifik. Dalam konteks sosial, komunitas mencakup hubungan yang terjalin antar anggotanya, di mana mereka saling berinteraksi dan berkolaborasi untuk mencapai kesejahteraan bersama. Komunitas tidak hanya terdiri dari orang-orang yang tinggal dalam kepadatan populasi tertentu, tetapi juga bisa mencakup kelompok yang terhubung melalui minat, kepercayaan, atau identitas yang sama, seperti komunitas etnis, komunitas pendidikan, atau komunitas profesional. Oleh karena itu, pengertian komunitas mencakup dimensi sosial, ekonomi, dan budaya yang berkontribusi pada pengembangan identitas dan solidaritas di antara anggotanya.(Wenger, 1999),(Chavis, 1986) Didalam sebuah Komunitas terdapat sekelompok individu yang berbagi satu atau lebih karakteristik atau kepentingan yang sama, yang sering kali mencakup lokasi geografis, minat, nilai, atau tujuan bersama. Konsep komunitas mencakup berbagai bentuk interaksi sosial dan hubungan antara anggotanya, yang sering kali menciptakan rasa keterikatan dan solidaritas.

Dalam konteks kesehatan, komunitas dapat dianggap sebagai unit sosial yang memiliki karakteristik, kebutuhan, dan masalah kesehatan yang unik. Komunitas yang sehat adalah komunitas yang mampu mendukung kesehatan anggotanya demi untuk mengurangi kesenjangan melalui sumber daya yang ada, oleh sebab itu untuk mengurangi kesenjangan kesehatan, perlu pendekatan yang komprehensif dan inklusif yang tidak hanya fokus pada layanan kesehatan, tetapi juga pada kondisi sosial yang membentuk kesehatan Masyarakat (Marmot, 2019).

2. Tahapan Pencegahan

a. Tujuan Pencegahan

Tujuan pencegahan dalam konteks kesehatan komunitas adalah untuk mengurangi insiden penyakit dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat. Pencegahan mencakup pendekatan yang berfokus pada identifikasi dan pengurangan faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit, serta memperkuat kapasitas masyarakat untuk menjaga kesehatan. Terdapat tiga tingkat pencegahan: pencegahan primer, yang bertujuan mencegah terjadinya penyakit melalui promosi kesehatan dan pengendalian faktor risiko; pencegahan sekunder, yang berfokus pada deteksi dini penyakit melalui skrining dan program intervensi; dan pencegahan tersier, yang bertujuan meminimalkan dampak penyakit yang sudah ada melalui rehabilitasi dan pengelolaan kasus. Dengan mencapai tujuan pencegahan ini, diharapkan dapat memberikan dampak positif bagi kesehatan masyarakat secara keseluruhan. (Organization", 2005), (Claramita, 2017)

b. Strategi Pencegahan

Strategi pencegahan dalam kesehatan komunitas melibatkan serangkaian tindakan yang dirancang untuk mencegah terjadinya penyakit dan meningkatkan kesehatan populasi. Beberapa strategi yang umum digunakan antara lain: pendidikan kesehatan, yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang faktor risiko dan perilaku hidup sehat; promosi vaksinasi, yang penting untuk mencegah penyakit menular; dan penguatan sistem layanan kesehatan, yang memastikan aksesibilitas dan keterjangkauan layanan kesehatan bagi semua anggota masyarakat. Selain itu, kolaborasi antar sektor seperti pemerintahan, lembaga swadaya masyarakat, dan sektor swasta sangat penting untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan komunitas. Dengan menerapkan strategi

tersebut, diharapkan dapat menciptakan perubahan positif dalam kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

Pencegahan primer, sekunder, tersier sebagai salah satu cara membentuk masyarakat sehat. Masyarakat sehat adalah masyarakat yang memiliki pengetahuan untuk melakukan upaya pencegahan, peningkatan derajat kesehatan melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat. Usaha-usaha pengorganisasian dapat dilakukan dengan perbaikan sanitasi lingkungan, pemberantasan penyakit menular, pendidikan kebersihan perorangan, dan pengembangan rekayasa sosial (Claramita, 2017),(Fitriani, 2019)

c. Tingkatan Strategi Pencegahan:

Strategi pencegahan dapat dibedakan menjadi tiga tingkatan:

1)Pencegahan Primer

Pencegahan primer bertujuan untuk mencegah terjadinya penyakit sebelum faktor risiko muncul. Strategi ini fokus pada promosi kesehatan dan pengontrolan faktor risiko, sehingga individu atau populasi tidak terpapar penyebab penyakit. Contoh dari pencegahan primer meliputi program imunisasi untuk mencegah penyakit menular, kampanye pemasyarakatan kegiatan fisik untuk mencegah obesitas, serta penggunaan kebijakan publik seperti larangan merokok di tempat umum untuk mengurangi risiko penyakit paru-paru. Dengan upaya ini, diharapkan jumlah kasus baru penyakit dapat dikurangi secara signifikan (Claramita, 2017).

2)Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder berfokus pada deteksi dini penyakit, sehingga pengobatan atau intervensi dapat dilakukan lebih awal untuk meningkatkan hasil kesehatan. Strategi ini sering melibatkan skrining dan pemeriksaan rutin untuk mengidentifikasi penyakit

sebelum gejala muncul. Contoh pencegahan sekunder meliputi pemeriksaan mammografi untuk mendeteksi kanker payudara pada wanita, uji kolonoskopi untuk mendeteksi kanker usus besar, serta pemeriksaan tekanan darah untuk mendeteksi hipertensi. Melalui deteksi dini, intervensi medis dapat dilakukan sebelum penyakit berkembang menjadi lebih serius (Fitriani, 2019)(Claramita, 2017).

3)Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier bertujuan untuk mengurangi dampak penyakit yang sudah ada dan menghindari komplikasi lebih lanjut serta meningkatkan kualitas hidup individu. Ini sering melibatkan rehabilitasi, manajemen penyakit, serta dukungan sosial untuk membantu individu beradaptasi setelah mengalami penyakit. Contoh pencegahan tersier meliputi program rehabilitasi bagi pasien stroke, manajemen diabetes yang melibatkan pendidikan pasien untuk mengelola kondisi mereka, dan dukungan psikologis untuk individu yang telah didiagnosis dengan gangguan mental. Dengan pendekatan ini, diharapkan penderita dapat mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik meskipun telah mengalami penyakit sebelumnya (Claramita, 2017).

d. Pelayanan Kesehatan Utama

Pelayanan Kesehatan Utama (Primary Health Care - PHC) merupakan suatu pendekatan yang menekankan penerapan strategi kesehatan secara holistik, terintegrasi, dan berbasis komunitas untuk meningkatkan akses serta kualitas perawatan kesehatan bagi masyarakat. PHC mencakup berbagai dimensi layanan kesehatan, termasuk pencegahan, pengobatan, rehabilitasi, dan promosi kesehatan. Tujuan dari PHC adalah untuk menyediakan perawatan yang sesuai, terjangkau, dan berkelanjutan, serta berfungsi sebagai pintu gerbang menuju sistem layanan

kesehatan yang lebih kompleks (Claramita, 2017)(Fitriani, 2019).

Komponen utama dari pelayanan kesehatan utama meliputi aksesibilitas, keterjangkauan, keberlanjutan, dan partisipasi masyarakat. Dengan menyediakan layanan yang dekat dengan tempat tinggal masyarakat, PHC berpotensi mengurangi ketidakadilan dalam kesehatan dan memastikan bahwa setiap individu, terutama mereka yang berada dalam kelompok terpinggirkan, memperoleh perawatan yang dibutuhkan. Selain itu, PHC juga memiliki peran penting dalam mempromosikan kesehatan preventif, seperti imunisasi, skrining dini, dan pendidikan kesehatan (Fitriani, 2019)

CONTOH SOAL

1. Apa yang dimaksud dengan pencegahan primer dalam kesehatan komunitas?
 - a. Menyediakan perawatan bagi individu yang sudah sakit
 - b. Mendeteksi penyakit pada tahap awal untuk pengobatan lebih lanjut.
 - c. **Mengedukasi masyarakat untuk menghindari faktor risiko penyakit.**
 - d. Membantu pemulihan pasien setelah perawatan rumah sakit.
 - e. Melakukan penelitian mengenai penyebab penyakit.
2. Skrining untuk mendeteksi kondisi kesehatan seperti hipertensi dan diabetes termasuk dalam kategori pencegahan:...
 - a. Primer
 - b. **Sekunder**
 - c. Tersier
 - d. Edukasi
 - e. Promotif
3. Kegiatan rehabilitasi bagi pasien yang telah mengalami stroke termasuk dalam pencegahan jenis:...
 - a. Primer
 - b. Sekunder
 - c. **Tersier**
 - d. Promotif
 - e. Kuratif
4. Yang manakah berikut ini merupakan contoh pencegahan primer ?...
 - a. Pemeriksaan kesehatan tahunan.
 - b. **Vaksinasi anak.**
 - c. Program rehabilitasi untuk pasien jantung.
 - d. Skrining kanker payudara.
 - e. Manajemen diabetes.

5. Salah satu tujuan utama dari pencegahan kesehatan masyarakat adalah: ...
- a. Mengobati penyakit setelah terdeteksi.
 - b. Meningkatkan kesadaran tentang layanan kesehatan yang ada.
 - c. **Mengurangi angka kematian akibat penyakit kronis**
 - d. Mempromosikan pengobatan alternatif.
 - e. Meneliti pola penyakit di masyarakat

DAFTAR PUSTAKA

- Bongaarts, J. (2016). Health in 2015: From MDGs, Millennium Development Goals, to SDGs, Sustainable Development Goals,. *Wiley Research DE&I Statement and Publishing Policies*.
- Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). *The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes*.
<https://doi.org/10.1177/003335491412915206>
- Chavis, M. &. (1986). Sense of Community: A Definition and Theory,". *American Journal of Community Psychology*.
[https://doi.org/DOI:10.1002/1520-6629\(198601\)14:13.0.CO;2-I](https://doi.org/DOI:10.1002/1520-6629(198601)14:13.0.CO;2-I)
- Claramita, M. et. a. (2017). *PRIMARY HEALTH CARE SYSTEMS*.
- Fitriani, A. (2019). *Primary Health Care (PHC) in Indonesia Engaging Communities for Behavior Change*.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14608.97281/1>
- Marmot, M. (2019). *the challenge of an unequal world*.
[https://doi.org/DOI:10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/DOI:10.1016/S0140-6736(15)00150-6)
- Organization", W. H. (2005). *Prevention: Primary, Secondary, Tertiary*.
<https://link.springer.com/journals>
- Wenger, E. (1999). *Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity*.
<https://www.wenger-trayner.com/wp-content/uploads/2022/06/2000-EWT-Article-for-Organization-CoPs-and-social-learning-systems.pdf>
- WHO. (2022). World Health Statistics 2022. In *WHO*.

BIODATA PENULIS



Dr. Jean Henry Raule, S.Pd., SKM., M.Kes, Kotamobagu 13-09-1965 Pendidikan :Crash Program PPM SPK Manado 1985, AKPER DepKes Ujungpandang 1992, Psikologi Pendidika FIP IKIP Manado 1996, PKIP Pascasarjana IKM Universitas Airlangga (UNAIR) Surabaya 2002, PKIP STIKES Baramuli Makassar 2013,Doktor MSDM Universitas Negeri Jakarta (UNJ) 2013.Peng Kerja : Staf PKM, P2M,Dinkes SULUT,Dosen Poltekkes Manado, Dosen Luar Biasa di FKM dan Pasca Sarjana IKM UNSRAT dan PT Kes Swasta lainnya di Manado Email.jeanh1666@gmail.com

BAB 4

Dasar Epidemiologi dan Kependudukan

Maya D. C. Masrikat, S.ST.,M.Kes (Epid)

A. Pendahuluan

Epidemiologi merupakan bagian dari Ilmu Kesehatan Masyarakat yang menjadi dasar bagi para Ahli Kesehatan Masyarakat untuk menentukan tindakan kesehatan dalam rangka melindungi masyarakat agar tetap sehat. Epidemiologi terfokus pada kelompok komunitas bukan individual, sehingga para Ahli Epidemiologi menggunakan holistik sebagai pendekatan analisis untuk mengidentifikasi permasalahan dan faktor risiko serta strategi pemecahannya. Secara etimologis epidemiologi berarti ilmu mengenai kejadian yang menimpa penduduk.

Penduduk adalah semua orang yang mendiami suatu wilayah tertentu pada waktu tertentu, terlepas dari warga negara atau bukan warga negara. Ketersediaan dan kualitas data tentang kependudukan atau demografi merupakan hal yang penting karena keberhasilan pembangunan memerlukan data yang dapat memberikan gambaran tentang sejauh mana penduduk mendapatkan pelayanan yang baik di berbagai bidang khususnya bidang Kesehatan.

B. Konsep Epidemiologi dan Kependudukan

1. Konsep Epidemiologi

a. Defenisi Epidemiologi

Epidemiologi berasal dari bahasa Yunani *epi* yang artinya pada atau tentang, *demos* artinya penduduk, dan *logos* artinya ilmu. Defenisi epidemiologi sangat beragam menurut para ahli. Menurut Last (1995), epidemiologi

adalah ilmu yang mempelajari penyebaran dan faktor determinan kejadian pada status kesehatan suatu kelompok masyarakat atau komunitas (Hadisaputro S., Nizar M., Suwandono A., 2011). Terdapat tiga hal yang bersifat pokok berdasarkan definisi epidemiologi (Hidayani, 2020) antara lain : 1) distribusi (penyebaran masalah Kesehatan); 2) frekuensi (besarnya masalah Kesehatan); 3) determinan (faktor penyebab/faktor-faktor yang mempengaruhi).

b. Ruang Lingkup Epidemiologi

Pendekatan epidemiologi berfokus kepada komunitas bukan individual karena merupakan dasar bagi para ahli kesehatan masyarakat untuk menentukan tindakan dalam rangka melindungi kesehatan di masyarakat. Perkembangan epidemiologi pada awalnya masih berfokus pada kejadian penyakit menular seperti wabah atau *outbreak*, namun kemudian epidemiologi juga memperhatikan beberapa permasalahan sosial, ekonomi, politik dan keamanan yang mempengaruhi secara langsung fenomena kesehatan masyarakat sebagai faktor makro kesehatan masyarakat (Hadisaputro S., Nizar M., Suwandono A., 2011).

Ruang lingkup dari epidemiologi (Syafrudin, 2021) yaitu : 1) Epidemiologi penyakit menular; 2) Epidemiologi penyakit tidak menular; 3) Epidemiologi klinik; 4) Epidemiologi kependudukan; 5) Epidemiologi pengolahan pelayanan kesehatan; 6) Epidemiologi lingkungan dan kesehatan kerja; 7) Epidemiologi kesehatan jiwa; 8) Epidemiologi gizi.

Dengan demikian dapat dikatakan bahwa ruang lingkup epidemiologi yaitu : a) masalah kesehatan sebagai subjek dan objek epidemiologi; b) masalah kesehatan pada kelompok manusia; c) pemanfaatan data tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan dalam merumuskan penyebab timbulnya suatu masalah kesehatan.

c. Sejarah Singkat Epidemiologi

Epidemiologi pada awalnya mempunyai pengertian yang sempit, dengan menggunakan epidemi penyakit menular sebagai suatu model studi, dan masih berpegang pada model penyakit, metode dan pendekatannya. Epidemiologi kemudian berkembang dengan adanya tokoh-tokoh epidemiologi antara lain Hippocrates (460 BC-377 BC) yang dianggap *The First Epidemiologist*, Galen (129-199) seorang ahli bedah tentara Romawi yang dianggap sebagai *the Father of Experimental Physiology*, Thomas Sydenham (1624-1689) yang dianggap *the Father of Epidemiology*, Leeuwenhoek (1632-1723) penemu mikroskop, bakteri, parasit dan spermatozoa, Roberth Koch yang terkenal dengan postulat Koch, John Snow (1813-1858) yang dianggap *the Father of Field Epidemiology*, dan tokoh-tokoh yang lainnya.

Epidemiologi terus berkembang dari waktu ke waktu khususnya mengenai pandangan terhadap proses terjadinya atau penyebab penyakit yang dikemukakan oleh tokoh-tokoh epidemiologi tersebut. Teori-teori yang dikemukakan antara lain teori supernatural, *Hippocratic theory*, *Miasmatic theory*, *Contagion theory*, *Germ theory* dan lain-lain. Hal ini membuktikan bahwa epidemiologi bukan hanya tentang penyakit infeksi saja, namun juga non infeksi dan semua kejadian yang terjadi di sekitar masyarakat seperti kanker, malnutrisi, kecelakaan lalulintas maupun kecelakaan kerja, sakit jiwa, dan juga mencakup kegiatan pelayanan kesehatan (Bustan, 2006).

d. Tujuan Epidemiologi

Konsep epidemiologi pada dasarnya bertujuan memberikan informasi tentang bagaimana penyebaran dan bermacam faktor yang berhubungan dengan permasalahan status kesehatan dalam kelompok maupun masyarakat. Tujuan epidemiologi (Hadisaputro S., Nizar M., Suwandono A., 2011) adalah sebagai berikut :

- 1) Untuk menjelaskan secara spesifik penyebab penyakit atau beberapa penyakit yang berbasis data dan informasi dari berbagai disiplin ilmu seperti keturunan, biokimia dan bakteri.
 - 2) Untuk mengevaluasi penyebab penyakit yang berbasis masyarakat atau laboratorium dalam pengembangan hipotesis.
 - 3) Menyediakan data dasar untuk pengembangan dan evaluasi program pencegahan dan pengendalian kesehatan masyarakat.
- e. Manfaat Epidemiologi

Epidemiologi secara umum dapat dimanfaatkan untuk menjelaskan beberapa fenomena Kesehatan masyarakat (Hadisaputro S., Nizar M., Suwandono A., 2011), sebagai berikut :

- 1) Mengkaji Kesehatan masyarakat.
- 2) Pengambilan keputusan secara individual.
- 3) Melengkapi dasar penetapan diagnosa.
- 4) Mencari kasus.

Selain itu menurut MacMahon and Pugh tahun 1970 (Hadisaputro S., Nizar M., Suwandono A., 2011), epidemiologi dapat dimanfaatkan untuk :

- 1) Mengembangkan hipotesis dalam menjelaskan pola perkembangan dan penyebaran penyakit lebih spesifik.
- 2) Menguji desain epidemiologi.
- 3) Menguji kebenaran konsep penyakit.
- 4) Mengklasifikasikan kelompok yang terpapar untuk mengetahui dan mengidentifikasi faktor penyebab.

f. Jenis-jenis Epidemiologi

Jenis-jenis Epidemiologi terdiri dari tiga (Bustan, 2006), antara lain :

- 1) Epidemiologi Deskriptif : a) mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran suatu masalah kesehatan tanpa perlu mencari jawaban terhadap faktor-faktor penyebab timbulnya masalah kesehatan; b) hanya

memberikan gambaran atau dapat dikatakan hanya mendeskripsikan saja; c) akan menjawab pertanyaan-pertanyaan antara lain siapa (who) : kelompok mana yang terkena, di mana (where) : di mana kejadian tersebut terjadi, kapan (when) : kapan waktu kejadian terjadinya penyakit tersebut.

- 2) Epidemiologi Analitik : a) menekankan pada pencarian jawaban terhadap penyebab terjadinya, frekuensi, penyebaran serta munculnya masalah Kesehatan; b) diupayakan mencari jawaban mengapa (why) lalu dianalisa hubungan sebab akibat yang ditimbulkan; c) hubungan sebab diarahkan pada faktor yang memengaruhi; d) hubungan akibat diarahkan kepada frekuensi, penyebaran serta adanya suatu masalah kesehatan.
- 3) Epidemiologi Eksperimental : membuktikan faktor penyebab terjadinya penyakit dengan menguji kebenarannya menggunakan percobaan (eksperimen).

Jenis-jenis epidemiologi ini tidak dapat dipisahkan satu dengan yang lain karena saling berkaitan dan mempunyai peranan masing-masing sesuai tingkat kedalaman pendekatan epidemiologi yang dihadapi. Pengungkapan dan pemecahan masalah epidemiologi secara umum di mulai dari epidemiologi deskriptif, lalu diperdalam dengan epidemiologi analitik dan kemudian melakukan epidemiologi eksperimental.

g. Pengukuran Epidemiologi

Pengukuran epidemiologi yang dimaksudkan adalah berbagai ukuran kesakitan dan kematian yang lazim dipakai dalam survey atau penyelidikan-penyelidikan epidemiologi dengan ukuran dasar '*rate*' (Notoatmodjo, 2011), yaitu :

- 1) Yang berhubungan dengan kesakitan antara lain *incidence rate*, *prevalence rate* (*point period prevalence rate*), *attack rate*.

2) Yang berhubungan dengan kematian antara lain *crude death rate*, *disease specific rate*, dan *adjusted death rate*.

2. Konsep Kependudukan

a. Defenisi Kependudukan

Penduduk adalah mereka yang bertempat tinggal atau berdomisili di dalam suatu wilayah negara. Penduduk dapat juga diartikan adalah sejumlah atau sekelompok orang yang memiliki satu karakteristik atau lebih yang sama untuk semua orang. Sedangkan kependudukan berarti yang berkaitan dengan jumlah, struktur, umur, jenis kelamin, agama, kelahiran, perkawinan, kehamilan, kematian, persebaran, mobilitas dan kualitas serta ketahanannya yang menyangkut politik, ekonomi, sosial dan budaya.

Penduduk dan konsep kependudukan berkaitan erat dengan demografi. Demografi menekankan pada kajian-kajian : 1) besar atau jumlah, komposisi, dan distribusi penduduk pada suatu wilayah; 2) perubahan-perubahan dari jumlah, komposisi dan distribusi penduduk; 3) komponen-komponen dari perubahan-perubahan tersebut.

Pengertian dalam penduduk terdapat dua macam (Setiyaningrum, 2021) yaitu :

- 1) Penduduk secara Umum, yaitu setiap warga negara Indonesia maupun Asing yang mendiami suatu tempat/wilayah dan menetap serta memenuhi ketentuan sesuai syarat-syarat yang telah berlaku.
- 2) Penduduk secara Khusus, yaitu setiap warga negara Indonesia dan warga negara Asing yang berdomisili di wilayah geografis Republik Indonesia dalam kurun waktu mulai 0 sampai 180 hari atau selama 6 bulan, namun bisa lebih dari 6 bulan dan atau kurang dari 6 bulan tetapi bertujuan menetap secara berturut-turut.

Penduduk merupakan pusat dari seluruh kebijaksanaan dari program pembangunan yang berbasis kependudukan. Kependudukan pada hakekatnya tidak

dapat dipisahkan dari pembangunan manusia seutuhnya yang bersifat multidimensional dan berkaitan dengan berbagai aspek kehidupan.

b. Hubungan Demografi dengan Kesehatan

Ilmu kependudukan tidak dapat dipisahkan bila mendalami ilmu kesehatan masyarakat, karena pada saat memberikan penyuluhan kesehatan perlu mengetahui struktur masyarakat dan pendekatan yang dapat dipakai bila berinteraksi dengan masyarakat tersebut.

Manfaat data kependudukan dalam kepentingan perencanaan suatu negara terutama di bidang kesehatan (Majid, 2021), antara lain :

- 1) Untuk digunakan sebagai denominator ukuran masalah kesehatan; Berhasil tidaknya negara menangani masalah kesehatan dapat dilihat dari angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas). Derajat kesehatan suatu wilayah tercermin dari angka morbiditas terutama *incidence rate* dan *prevalence rate*, dan angka mortalitas yakni *Infant Mortality Rate* dan *Maternal Mortality Rate*.
- 2) Untuk digunakan sebagai acuan dalam perhitungan besarnya sasaran program kesehatan; Hal ini penting agar dapat menentukan berapa jumlah ibu hamil dan balita di wilayah tertentu terutama sasaran pada program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) terkait jumlah persediaan vaksin, vitamin A, tablet zat besi, dan persiapan Imunisasi yang harus disediakan baik di posyandu maupun di puskesmas.
- 3) Untuk prediksi (perkiraan) sebagai beban dan upaya/program kesehatan; Ketersediaan data kependudukan terutama kelompok umur dan jenis kelamin memungkinkan diprediksinya upaya kesehatan pada masa yang akan datang. Memudahkan dalam membedakan perencanaan berdasarkan kelompok struktur umur.

c. Tujuan Kependudukan

Adapun tujuan kependudukan (Majid, 2021) adalah sebagai berikut :

- 1) Memperjelas hakikat kependudukan sehingga dapat dimanfaatkan.
- 2) Memberikan arti dan makna agar jelas pemahaman pada komponen kependudukan
- 3) Memperjelas kedudukan kependudukan terhadap disiplin ilmu-ilmu lain yang sudah ada dan sangat dibutuhkan.
- 4) Mengembangkan hakikat kependudukan dan hubungan komponen dan faktor-faktor yang mempengaruhi baik material maupun non-material.
- 5) Membentuk kemampuan untuk melihat jauh ke depan hubungan sebab-sebab dan saling terkait serta memiliki hubungan interdependent.
- 6) Mengambil tempat di dalam diri manusia atau penduduk untuk mengenal arti dan hakikat manusia dalam membangun dirinya/masyarakat.

d. Kebijakan Kependudukan di Indonesia

Kebijakan kependudukan di Indonesia diterapkan dengan memperhatikan tiga variabel utama masalah kependudukan yaitu kelahiran, kematian dan migrasi. Dalam hal ini, pemerintah telah melaksanakan program Keluarga Berencana (KB), pembatasan usia perkawinan, mengurangi dan membatasi tunjangan bagi Pegawai Negeri Sipil serta memberikan penyuluhan kepada masyarakat.

Kebijakan yang dilaksanakan oleh pemerintah dapat berupa kebijakan langsung dan tidak langsung. Keluarga Berencana (KB) merupakan kebijakan langsung, sedangkan yang tidak langsung atau bersifat perantara misalnya memperluas kesempatan mendapatkan pendidikan serta perluasan peluang kerja, yang secara tidak langsung menjadi perantara penghambat bagi usia perkawinan (Majid, 2021).

e. Masalah Kependudukan di Indonesia

Indonesia merupakan bangsa dengan jumlah penduduk terbanyak ketiga di dunia. Jumlah penduduk Indonesia meningkat setiap tahun yaitu tahun 2010 sebanyak 237,6 juta jiwa, tahun 2015 meningkat menjadi 247,6 juta jiwa, tahun 2025 diperkirakan menjadi 273,0 juta jiwa, dan diperkirakan pada tahun 2050 akan meningkat menjadi 308,0 juta jiwa.

Pertumbuhan penduduk yang semakin meningkat tidak sebanding dengan luas tanah sebagai tempat tinggal. Hal ini mengakibatkan tanah yang awalnya dapat digunakan sebagai lahan pertanian dialihkan untuk mendirikan rumah. Lahan pertanian yang semakin sempit menyebabkan hasil yang sedikit, sedangkan banyak penduduk yang membutuhkan sehingga berakibat terhadap kenaikan harga bahan pokok. Setiap orang berusaha untuk memenuhi kebutuhan diri dan keluarganya menyebabkan rasa nasionalisme hilang. Masalah ini dapat terjadi terus-menerus dan pemerintah perlu mengendalikan ledakan penduduk untuk mengatasi masalah tersebut agar penduduk dapat hidup dengan sejahtera.

f. Dinamika Penduduk

Dinamika penduduk atau perubahan penduduk yang terjadi dari waktu ke waktu yaitu bertambah atau berkurang (Setiyaningrum, 2021), dapat dipengaruhi oleh tiga faktor antara lain:

- 1) Kelahiran (natalitas); faktor ini akan menambah pertumbuhan penduduk, namun sulit dilakukan karena banyak bayi meninggal beberapa saat setelah kelahiran kemudian dicatat sebagai lahir mati.
- 2) Kematian (mortalitas); faktor ini akan mengurangi pertumbuhan penduduk, dan terdiri dari tingkat kematian kasar (*crude death rate*) yaitu banyaknya orang yang meninggal pada suatu tahun per jumlah penduduk pertengahan tahun tersebut, dan tingkat

kematian khusus (*age specific death rate*) yang dipengaruhi oleh faktor umur, jenis kelamin, dan pekerjaan.

- 3) Migrasi (perpindahan) Penduduk; faktor ini merupakan bagian dari mobilitas penduduk yaitu perpindahan penduduk dari suatu daerah ke daerah lain dan bersifat permanen (menetap) bukan yang bersifat non permanen (sementara).

g. Komposisi Penduduk

Komposisi penduduk dapat dikelompokkan berdasarkan karakteristik (Mubarak, 2009) antara lain :

- 1) Komposisi penduduk menurut usia dan jenis kelamin : merupakan karakter penduduk yang pokok, yang berpengaruh terhadap tingkah laku demografis maupun sosial ekonomi.
- 2) Komposisi penduduk berdasarkan ciri-ciri sosial, antara lain : tingkat pendidikan penduduk yang tercermin pada kemampuan membaca, menulis, dan tingkat pendidikan, selanjutnya status perkawinan dan sebagainya.
- 3) Komposisi penduduk berdasarkan ciri-ciri ekonomi, meliputi lapangan pekerjaan, jenis pekerjaan, status pekerjaan, dan sebagainya.
- 4) Komposisi penduduk berdasarkan tempat tinggal, yaitu penduduk yang tinggal di daerah perkotaan dan di daerah pedesaan.

h. Persebaran dan Kepadatan Penduduk

Persebaran penduduk adalah bentuk penyebaran penduduk di suatu wilayah atau negara, apakah penduduk tersebut tersebar merata atau tidak. Kepadatan penduduk adalah angka yang menunjukkan jumlah rata-rata penduduk pada setiap kilometer pada suatu wilayah atau negara.

Faktor-faktor yang mempengaruhi penyebaran dan kepadatan penduduk tiap-tiap daerah atau negara adalah sebagai berikut :

- 1) Faktor Fisiografis; Penduduk selalu memilih tempat tinggal yang baik, strategis, tanah subur, relief baik, cukup air, dan daerahnya aman.
- 2) Faktor Biologi; Adanya perbedaan tingkat kematian, kelahiran dan angka perkawinan menyebabkan tingkat pertumbuhan penduduk di setiap daerah berbeda-beda.
- 3) Faktor Kebudayaan dan Teknologi; Penduduk dengan pola berpikir yang bagus dan keadaan pembangunan fisiknya maju akan bertumbuh lebih cepat, dan hal ini terjadi pada daerah yang masyarakatnya maju dibandingkan dengan daerah yang terbelakang.

SOAL

1. Pengukuran Epidemiologi yang berhubungan dengan angka kesakitan atau morbiditas adalah ...
 - a. ***incidence rate***
 - b. *crude death rate*
 - c. *disease specific death rate*
 - d. *adjusted death rate*
 - e. *age specific death rate*
2. Di bawah ini yang tidak termasuk ruang lingkup dari epidemiologi adalah ...
 - a. Epidemiologi pengolahan pelayanan Kesehatan
 - b. Epidemiologi penyakit menular
 - c. Epidemiologi kependudukan
 - d. **Epidemiologi deskriptif**
 - e. Epidemiologi gizi
3. Dinamika penduduk adalah ...
 - a. penyebaran penduduk di suatu wilayah atau negara
 - b. besar atau jumlah, komposisi, dan distribusi penduduk pada suatu wilayah
 - c. **perubahan penduduk yang terjadi dari waktu ke waktu yaitu bertambah atau berkurang**
 - d. sejumlah atau sekelompok orang yang memiliki satu karakteristik atau lebih yang sama
 - e. karakter penduduk yang pokok, yang berpengaruh terhadap tingkah laku demografis maupun sosial ekonomi
4. Persebaran penduduk adalah ...
 - a. **penyebaran penduduk di suatu wilayah atau negara**
 - b. besar atau jumlah, komposisi, dan distribusi penduduk pada suatu wilayah
 - c. perubahan penduduk yang terjadi dari waktu ke waktu yaitu bertambah atau berkurang
 - d. sejumlah atau sekelompok orang yang memiliki satu karakteristik atau lebih yang sama
 - e. karakter penduduk yang pokok, yang berpengaruh terhadap tingkah laku demografis maupun sosial ekonomi
5. Kebijakan kependudukan yang dilaksanakan oleh pemerintah dan bersifat kebijakan langsung, adalah ...

- a. **Keluarga Berencana (KB)**
- b. memperkuat peluang kerja
- c. keseimbangan pemerataan penduduk
- d. memperkuat pertahanan dan keamanan nasional
- e. memperluas kesempatan mendapatkan Pendidikan

DAFTAR PUSTAKA

- Bustan, M., 2006. *Pengantar Epidemiologi*. Revisi ed. Jakarta: Rineka Cipta.
- Bustan, M., 2012. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Cetakan Kedua ed. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ferry Efendi & Makhfudli, 2013. *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hadisaputro S., Nizar M., Suwandono A., 2011. *Epidemiologi Manajerial*. 2 ed. Semarang: Badan Penberbit UNDIP Semarang.
- Hidayani, W. R., 2020. *Epidemiologi*. Yogyakarta: Deepublish.
- Majid, R., 2021. *Dasar Kependudukan*. Pekalongan: PT. Nasya Expanding Management.
- Mubarak, W. I., 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas : Pengantar dan Teori*. Jakarta: Salemba Mediks.
- Notoatmodjo, P. S., 2011. *Kesehatan Masyarakat : Ilmu dan Seni*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Setiyaningrum, E., 2021. *Pelayanan Keluarga Bencana*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Syafrudin, 2021. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: CV. Trans Info Media.

BIODATA PENULIS



Maya D.C. Masrikat, S.ST.,M.Kes (Epid), dilahirkan di Ambon, 04 Desember 1973. Menyelesaikan pendidikan awal DIII Pendidikan Ahli Madya Keperawatan (PAMK) Depkes Ambon, kemudian melanjutkan pendidikan DIV Keperawatan di Universitas Hassanudin Makassar dan S2 di Universitas Diponegoro Semarang. Sejak tahun 1999 penulis menjadi staf pengajar di Prodi DIII Keperawatan Ambon Poltekkes Kemenkes Maluku sampai saat ini.

BAB 5

Komunitas Sebagai Klien : Pengertian, Sejarah, Prinsip, Teori dan Model Konseptual Keperawatan Komunitas

Hamdayani, S.Kep., Ners., M.Kes

A. Pendahuluan

Komunitas adalah sekelompok orang yang tinggal di wilayah geografis tertentu, mempunyai kesamaan nilai, keyakinan, dan sikap, serta bekerja sama untuk mencapai tujuan bersama.

Komunitas pembekuan adalah awal dari praktik pemeliharaan dan kesehatan masyarakat, yang bertujuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Pedoman pelayanan kesehatan masyarakat mencakup, namun tidak terbatas pada: Kerjasama antara penyedia layanan kesehatan masyarakat dan penerima layanan kesehatan; Fokus pada perawatan preventif dan promosi. Proses Keperawatan adalah suatu metode pemeliharaan penampungan yang bercirikan alamiah, sistematis, dinamis, konsisten, dan kesinambungan dalam rangka mengatasi permasalahan kesehatan klien, rekanan, dan masyarakat umum. Keperawatan komunitas terdiri dari perpaduan antara pelayanan kebersihan dan kesehatan, adanya kesinambungan pelayanan kesehatan serta proses alih peran dari perawat kesehatan komunitas kepada klien (individu, keluarga, masyarakat) sehingga kemandirian.(Nuraini Asri Intan, 2024). Materi ini terdiri dari anggota masyarakat sebagai klien yang mempunyai pengetahuan tentang pemeliharaan masyarakat, sejarah perkembangan masyarakat, prinsip-prinsip masyarakat, dan konsep model masyarakat.(Iswatun Dr, 2024).

B. Komunitas sebagai Klien

1. Pengertian Komunitas sebagai Klien

Komunitas Kesehatan dalam mengatur dan meningkatkan kesehatan, serta memberikan bantuan melalui intervensi penyakit sebagai dasar keahliannya dalam membantu individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam mengatasi berbagai masalah penyakit kesehatan yang dihadapinya dalam kehidupan sehari-hari. Diposisikan sebagai orang pertama dalam tim pelayanan kesehatan, Perawat menjalankan fungsi yang sangat relevan dengan kebutuhan individu, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan. Kesejahteraan pribadi adalah hasil interaksi positif dalam komunitas. Kesehatan manusia memburuk seiring waktu karena faktor-faktor seperti stres dan kemampuan untuk mengelola masalah dan mempertahankan homeostatis. Setiap manusia mempunyai kemampuan bawaan yang bersumber dari keadaan optimal dan sakit. Kesehatan komunitas adalah suatu sistem praktik kesehatan komunitas dan praktik kesehatan komunitas yang dilaksanakan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan individu. Untuk mencapai tujuan tersebut, komunitas adalah sekelompok individu yang tinggal di suatu wilayah tertentu, membina kesamaan nilai dan sikap serta berinteraksi satu sama lain. Sesuai dengan Organisasi Kesehatan Dunia, Pertolongan Pertama Kesehatan Masyarakat adalah bentuk perawatan kesehatan khusus yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat, kesejahteraan sosial, dan kesehatan fisik dengan memperbaiki kondisi masyarakat, merehabilitasi lingkungan fisik yang rusak, dan memberikan layanan kesehatan yang lebih substansial kepada individu dan individu. kelompok yang menghadapi tantangan dimana faktor-faktor ini berdampak negatif terhadap masyarakat secara keseluruhan. Masyarakat-kesehatan adalah suatu upaya pelayanan pertolongan yang merupakan bagian integral dari

pelayanan kesehatan yang dilapikan oleh perawat dengan mengikutsertakan tim kesehatan lainnya dan masyarakat untuk memperoleh tim kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat yang lebih tinggi (Kartiningrum, 2017).

2. Sejarah Keperawatan Komunitas

Perkembangan keperawatan komunitas dimulai dari sejarah keperawatan komunitas di Dunia dan sejarah keperawatan di Indonesia

a. Sejarah Keperawatan Komunitas di Dunia

Sejarah Keperawatan komunitas di dunia terdiri dari :

1) *The Early Home Care Nursing Stage*

Masa ini berawal dari pertengahan tahun 1800 an, beberapa di pelopori oleh tokoh agama atau kelompok amal yang berbasis agama, maksudnya adalah tokoh agama itu banyak membantu kaum marginal atau orang miskin yang mengalami masalah kesehatan dengan cara melakukan kunjungan kerumah bahkan pada tahun 1200 an kelompok biarawan di Italia ada yang sampai membentuk tim untuk memberikan perhatian pada manusia sakit ditatanan komunitas, tetapi pendekatan yang dilakukan masih individu. Pada tahun 1600-1800 di Eropa dan Amerika mulai terjadi sebuah pergolakan sosial dan revolusi industri dimana tokoh agama banyak berkurang, sehingga pemberian bantuan perawatan kesehatan bagi kaum marginal juga berkurang. Pada akhirnya masa ini diakhiri dengan kiprah Florence Nightingale yang melanjutkan perjuangan keperawatan.

2) *The District Nursing Stage*

Pada era ini dimulai sejak pertengahan 1800 - 1900. Masa ini erat kaitannya dengan pergerakan Florence Nightingale yang sangat konsisten dengan kesehatan lingkungan di wilayah masyarakat kumuh. Rumah - rumah mulai memperhatikan sanitasinya, namun pada masa ini pula sasaran

masih berfokus pada kaum marginal dan orang miskin serta masih berfokus pada pendekatan kesehatan individu dan kuratif.

3) *The public health nursing stage*

Masa ini dimulai sejak tahun 1900-1970. Pada masa ini perhatikan perawatan kesehatan tidak lagi berfokus pada kaum marginal dan orang miskin, tetapi juga sudah mulai memperhatikan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat luas, pendekatan yang dilakukan mulai berkembang dari yang tadinya pendekatan individu menjadi pendekatan keluarga. Selain itu pada masa ini pula terjadi penguatan dan pengembangan pendidikan keperawatan kesehatan masyarakat di program studi perawatan ada berbagai college atau universitas di Eropa dan Amerika.

4) *The Community Health Nursing Stage*

Masa ini dimulai pada tahun 1970 dan masih berlangsung hingga sekarang. Hal yang membedakan periode ini dengan periode sebelumnya adalah perubahan paradigma dari public health nursing batasan masyarakat tidak hanya mereka yang bermukim atau tinggal di wilayah tertentu. Bagian lain dari komunitas seperti di lembaga dan lain sebagainya. Selain itu pendekatan yang dilakukan pada masa ini pendekatan yang lebih menekankan pada pemberian asuhan kelompok tertentu, seperti kelompok ibu hamil, balita, atau dewasa dengan penyakit kronis. Meskipun masalah kesehatan secara individu juga tidak kita abaikan. Kemudian arah strategi keperawatan yang juga digunakan pada masa ini banyak melibatkan konsep promosi dan preventif dari pada kuratif.

b. Sejarah Keperawatan Komunitas di Indonesia

Masa peningkatan kesehatan penduduk di Indonesia dimulai pada abad ke-16, ditandai dengan peningkatan prevalensi penyakit anak dan obesitas yang sangat dirasakan oleh penduduk pada saat itu. Penyakit kolera masuk ke Indonesia tahun 1927, dan pada tahun 1937 terjadi wabah kolera. Setelah tahun 1948, cacar masuk ke Indonesia melalui Singapura dan mulai berkembang di Indonesia, sehingga berawal dari wabah kolera tersebut pemerintah Belanda yang pada saat Indonesia dalam penjajahan Belanda, melakukan upaya-upaya masyarakat. Pada tahun 1807, Gubernur Jendral Deandles menyelesaikan studi tentang pelatihan dukun siswa dalam praktik persalinan. Pembayaran ini dilakukan dengan tujuan untuk mengurangi angka kematian bayi dalam pengiriman paraktik. Upaya ini dilakukan dengan tujuan untuk menurunkan angka kematian tinggi bayi, meski demikian, hal ini bukanlah upaya yang lama karena efek jangka panjang dari tenaga pelatih kebidanan. Pertama kali diterapkan pada tahun 1930an, inisiatif ini dilanjutkan dengan adopsi bayi dukun sebagai penolong dan perawat. Bosch dan Dr. Blekker, kepala dinas kesehatan sel sabit dan buta huruf di Indonesia, mendirikan sekolah kedokteran pada tahun 1851. Sekolah ini juga dikenal sebagai Sekolah Tot Opleiding van Indische Arsen, atau sekolah kedokteran Pra-dasar. Pada tahun 1913, NIAS (Nederland Indische Artsen Scool) didirikan sebagai sekolah kedokteran kedua di Surabaya. Pada tahun 1927, STOVIA berubah nama menjadi Sekolah Kedokteran dan sejak itu menjadi bagian dari Universitas Indonesia (Utami Andriyani Ressa, 2024).

Perkembangan kesehatan masyarakat umum di Indonesia juga ditandai dengan berdirinya Laboratorium Kedokteran di Bandung pada tahun 1888. Pada tahun 1938, laboratorium tersebut berubah

menjadi kelompok ekyman. Selain itu, laboratorium lain juga didirikan di kota-kota seperti Medan, Semarang, Makassar, Surabaya, dan Yogyakarta dengan tujuan untuk mendeteksi keberadaan penyakit malaria, kusta, cacar, dan penyakit lainnya. Bahkan organisasi sanitasi dan gizi pun terpengaruh. Pada tahun 1922, penyakit ini menyebar ke Indonesia, dan antara tahun 1933 dan 1935, penyakit ini menjadi epidemi di beberapa tempat, terutama di wilayah Jawa. Program pemberantasan penyakit pes diluncurkan pada tahun 1935. Program ini melibatkan penerapan DDT pada properti perumahan dan ruang komunal. Hingga tahun 1941, lima belas ribu orang telah dinyatakan hilang. Pada tahun 1945, Hydrich, seorang inspektur kesehatan pemerintah Belgia, melakukan penyelidikan terhadap meningkatnya kasus angka kematian dan kesakitan di provinsi Purwokerto. Berdasarkan hasil investigasi dan analisis, disimpulkan bahwa meningkatnya angka kesakitan dan kematian di kedua wilayah tersebut disebabkan oleh memburuknya kondisi lingkungan, banyaknya penduduk yang tinggal di dekat air, dan masyarakat yang menggunakan air terkontaminasi dari laut yang sudah kering. ke atas. Kesimpulan selanjutnya adalah buruknya sanitasi lingkungan disebabkan oleh praktik kesehatan masyarakat yang kurang ideal. Oleh karena itu, Hydrich mempromosikan kesehatan masyarakat melalui perluasan wilayah yang terkena dampak dan melaksanakan kampanye pendidikan kesehatan. Saat ini, ada program Indonesia Sehat yang diperkenalkan pada tahun 2014 dan berfokus pada nilai-nilai komunitas dan keluarga, yang secara umum cukup ketat. Selain itu, terdapat peraturan lain yang dituangkan dalam Permenkes No. 43 Tahun 2019 yang sejajurnya merupakan bagian dari Perkesmas dan tidak bertentangan dengan Permenkes No. 75. Evolusi pelayanan kesehatan masyarakat selalu berubah,

terutama karena terhadap perubahan demografi, kebijakan kesehatan, dan kemajuan teknologi. Keterlibatan pemerintah dengan berbagai pemangku kepentingan, yaitu organisasi masyarakat, lembaga kesehatan dan kelompok - kelompok lain dalam komunitas yang bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan dan meningkatkan taraf hidup masyarakat umum. Tujuan utama dari penjangkauan masyarakat adalah untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat melalui penjangkauan yang holistik dan berbasis bukti. Kemajuan teknologi dan globalisasi kesehatan masyarakat juga membawa tantangan baru terhadap intervensi layanan kesehatan, seperti penggunaan teknologi informasi dan telemedis untuk memberikan penilaian kesehatan dini dan meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan (Utami Andriyani Ressa, 2024).

3. Prinsip Keperawatan Komunitas

Keperawatan Komunitas memiliki prinsip dasar komunitas yang merupakan landasan dalam memberikan pelayanan keperawatan pada tingkat komunitas. Pemahaman tentang konteks dan kebutuhan masyarakat, serta upaya untuk meningkatkan kesehatan. Prinsip keperawatan komunitas meliputi beberapa aspek penting yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. (Utami Andriyani Ressa, 2024). Berikut adalah beberapa prinsip utamanya:

- a. Perspektif holistik: Sadarilah bahwa beberapa faktor, seperti konteks sosial, ekonomi, dan agama, dapat berdampak negatif terhadap kesehatan seseorang.
- b. Partisipasi Masyarakat: Mengalami program kesehatan dengan perencanaan masyarakat, sebagaimana intervensi yang dilakukan lebih relevan dan efektif.

- c. Promosi Kesehatan: Mendidik masyarakat tentang pentingnya pilihan gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan akses terhadap layanan kesehatan.
 - d. Pencegahan Penyakit: Menekankan upaya pencegahan daripada pengobatan, dengan fokus pada deteksi dini dan intervensi
 - e. Keterpaduan Layanan Kesehatan: Mengintegrasikan berbagai layanan kesehatan untuk memberikan perawatan yang lebih komprehensif kepada masyarakat.
 - f. **Aksesibilitas**: Memastikan bahwa semua anggota masyarakat, terutama yang rentan, memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas
4. Teori dan Model Konseptual dalam Perilaku Kolektif

Sangat penting untuk memahami dinamika kesehatan masyarakat dan peran teori dan model konseptual dalam pemeliharaan masyarakat guna meningkatkan kohesi masyarakat..(Ninda, 2024). Berikut adalah beberapa teori dan model yang sering digunakan:

a. Teori Sistem

Teori sistem menegaskan bahwa komunitas adalah suatu sistem yang terdiri dari entitas-entitas tetangga yang sering berinteraksi satu sama lain. Pelajaran ini membantu siswa memahami bagaimana faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan mempengaruhi kesehatan masyarakat.

b. Model Pemberdayaan

Model ini menunjukkan bahwa sangat penting bagi individu dan masyarakat untuk bertanggung jawab terhadap kesehatan mereka sendiri. Sebagai fasilitator yang membantu masyarakat mengidentifikasi kebutuhan dan sumber daya yang tersedia, perawat beroperasi.

c. Teori Adaptasi

Teori ini fokus pada kemampuan individu dan komunitas untuk beradaptasi dengan perubahan.

Dalam konteks keperawatan komunitas, perawat membantu individu dan kelompok untuk mengembangkan strategi adaptasi terhadap masalah kesehatan.

d. Model Promosi Kesehatan

Model ini berfokus pada upaya peningkatan kesehatan melalui pendidikan dan intervensi yang mendorong perilaku sehat. Pendekatan ini digunakan oleh Perawat untuk mengedukasi masyarakat akan pentingnya hidup sehat.

e. Teori Ekologi

Teori ini melihat interaksi antara individu dan lingkungan mereka. Dalam keperawatan komunitas, pendekatan ekologi membantu perawat memahami bagaimana faktor lingkungan memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan.

f. Model Kesehatan Masyarakat

Model ini mengedepankan pentingnya intervensi kesehatan di tingkat komunitas. Perawat bekerja sama dengan pemangku kepentingan untuk merancang program-program yang menjawab kebutuhan kesehatan masyarakat.

g. Teori Kesehatan Holistik

Teori ini menekankan pentingnya melihat individu secara keseluruhan, termasuk aspek fisik, mental, sosial, dan spiritual. Pendekatan holistik dalam keperawatan komunitas memastikan bahwa semua aspek kesehatan diperhatikan.

h. Implementasi dalam Praktik

Perawat komunitas menerapkan teori dan model ini melalui berbagai cara, seperti:

- 1) Mengadakan program penyuluhan kesehatan.
- 2) Melakukan penelitian untuk memahami masalah kesehatan di komunitas.
- 3) Mengembangkan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan spesifik komunitas.

Pemahaman yang mendalam tentang teori dan model ini, perawat komunitas dapat lebih efektif dalam merancang dan melaksanakan program-program yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

CONTOH SOAL

1. Apa yang dimaksud dengan komunitas sebagai klien dalam keperawatan komunitas?
 - a. Sekelompok individu dengan karakteristik yang sama
 - b. **Sekelompok orang yang memiliki kebutuhan Kesehatan yang sama**
 - c. Organisasi yang memberikan layanan kesehatan
 - d. Pusat kesehatan masyarakat
 - e. Tenaga medis yang bertugas di lapangan
2. Seorang tokoh yang dikenal sebagai pionir dalam keperawatan komunitas?
 - a. **Florence Nightingale**
 - b. Lillian Wald
 - c. Mary Breckinridge
 - d. Virginia Henderson
 - e. Clara Barton
3. Prinsip dasar dalam keperawatan komunitas mencakup:
 - a. Pengobatan penyakit
 - b. **Pemberdayaan Masyarakat**
 - c. Penanganan individu secara intensif
 - d. Penyediaan obat-obatan
 - e. Kesehatan berbasis rumah sakit
4. Teori mana yang melihat kesehatan sebagai hasil interaksi berbagai faktor dalam komunitas?
 - a. Teori Promosi Kesehatan
 - b. **Teori Kesehatan Holistik**
 - c. Teori Sistem
 - d. Teori Adaptasi
 - e. Teori Ekologi
5. Model konseptual yang menekankan peran lingkungan dalam kesehatan masyarakat adalah:
 - a. Model Kesehatan Masyarakat
 - b. Model Promosi Kesehatan
 - c. Model Ekologi
 - d. Model Adaptasi
 - e. Model Intervensi Sosial

6. Apa tujuan dari intervensi keperawatan komunitas?
 - a. Mengurangi jumlah pasien di rumah sakit
 - b. Meningkatkan akses ke layanan Kesehatan
 - c. **Meningkatkan kesadaran kesehatan di Masyarakat**
 - d. Meningkatkan biaya pelayanan Kesehatan
 - e. Memperbaiki infrastruktur kesehatan
7. Pada konteks keperawatan komunitas, pemberdayaan berarti:
 - a. Memberikan semua keputusan kepada tenaga Kesehatan
 - b. **Membantu masyarakat mengidentifikasi kebutuhan mereka**
 - c. Mengandalkan bantuan luar untuk semua masalah
 - d. Mengabaikan partisipasi Masyarakat
 - e. Fokus pada pengobatan penyakit secara langsung
8. Apa yang menjadi fokus utama dalam pendekatan keperawatan komunitas?
 - a. Pengobatan individu
 - b. **Penyuluhan dan pendidikan Kesehatan**
 - c. Penanganan krisis Kesehatan
 - d. Penelitian Kesehatan
 - e. Pengembangan obat-obatan baru
9. Teori yang menekankan pada kemampuan komunitas untuk beradaptasi dengan perubahan adalah
 - a. Teori Kesehatan Masyarakat
 - b. **Teori Adaptasi**
 - c. Teori Sistem
 - d. Teori Promosi Kesehatan
 - e. Teori Keterhubungan Sosial

DAFTAR PUSTAKA

- Iswatun Dr (2024) *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*. 1st edn. Edited by DaryaswatiIintan Putu. PT Sonpdia publishing Indonesia.
- Kartiningrum, E. D. dkk (2017) *Konsep Dasar Keperawatan Komunitas*. 1st edn. Mojokerto: STIKesMajapahitMojokerto. Available at:
<https://ejournal.stikesmajapahit.ac.id/index.php/EBook/article/view/324/647> (Accessed: 12 October 2024).
- Ninda, P. P. A. (2024) *Keperawatan Komunitas*. 1st edn. Edited by P. I. Daryaswanti. Yogyakarta: PT Green Pustaka Indonesia.
- Nuraini Asri Intan (2024) 'Buku Referensi Keperawatan Komunitas', in Sepriano (ed.). PT Sonpdia publishing Indonesia.
- Utami Andriyani Ressa (2024) *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*. 1st edn. Jakarta: Mahakarya Citra Utama.

BIODATA PENULIS



Hamdayani, S.Kep., Ners., M.Kes lahir di Gowa pada tanggal 20 Agustus 1983. Penulis menyelesaikan kuliah dan mendapat gelar Sarjana Keperawatan dan profesi Ners tahun 2001- 2016 di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan FAMIKA Makassar. Pada tahun 2010 -2012 Program Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Timur Makassar. Tahun 2009- 2017 Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan FAMIKA Makassar. Pada tahun 2015 - 2017 Sebagai Kaprodi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan FAMIKA Makassar. Pada tahun 2018 - 2020 Sebagai Manajer Sertifikasi BNSP LSP Universitas Patria Artha. Tahun 2018 - sekarang Menjabat sebagai Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Patria Artha. Aktivitas menulis buku dimulai sejak tahun 2020 dan telah tercatat 6 buku yang pernah ditulis berjudul “ Dampak Pandemi Covid 19 Dalam Multiperspektif”, “Mitigasi Bencana Banjir Analisis Pencegahan Dan Penanganan”, “Ilmu Kesehatan Masyarakat”, “Dasar-Dasar Keperawatan Komunitas”. “Pengantar Ilmu Kesehatan Anak”, “Keperawatan Anak”.

BAB 6

Peran, Fungsi dan Etika Perawat dalam Keperawatan Komunitas

Novarita Mariana Koch, SST., M.Kes

A. Pendahuluan

Etika pada masyarakat sebagai bagian yang tidak terlepas dari kehidupan manusia. Etika seorang perawat diarahkan pada penerapan norma-norma positif masyarakat dalam mendukung tercapainya tujuan keperawatan bagi masyarakat yang berkembang untuk menciptakan suasana kondusif bagi perawatan. Perawat wajib dalam menaati kode etik yang sudah ditentukan. Untuk melaksanakan praktik keperawatan, seorang perawat harus mengambil suatu keputusan sebagai upaya pelayanan keperawatan klien atau pasien. Keputusan yang diambil berdasarkan pada pertimbangan serta kemampuan penalaran ilmiah juga penalaran etika, hal yang baik bagi pelayanan keperawatan klien dapat diukur baik dari sudut keyakinannya sendiri, norma masyarakat, serta standar professional (Ardiani, 2020). Perawat yang antara lain perawat gigi misalnya harus memahami tugas dan kewenangannya, apa yang dilakukannya apakah tindakan keperawatan sudah sesuai dengan kompetensinya. Perawat gigi merupakan bagian integral dari keperawatan (Anam, 2018).

B. Peran, Fungsi dan Etika Perawat dalam Keperawatan Komunitas

1. Peran Perawat

Perawat Mempunyai peran sebagai advokasi, bahkan memiliki tanggung jawab yang utama yaitu dalam melindungi hak-hak pasien. Perawat sebagai advokasi

berperan pada prinsip etis yaitu “beneficence artinya kewajiban dalam berbuat baik dan nonmaleficence yaitu kewajiban tidak merugikan atau mencelakakan (Ardiani, 2020).

Peran perawat khususnya perawat seutuhnya sebagai pemberi kenyamanan bagi klien dalam setiap pelayanan yang diberikan. Mengutamakan unsur pemulihan berdasarkan kejujuran dan kasih sayang terhadap sesama manusia.

Perawat sebagai bagian utama tim layanan kesehatan sebab peran penting perawat untuk meningkatkan kesehatan serta kesejahteraan individu, kelompok, juga masyarakat (Suprpto Suprpto et al., 2023).

Perawat melaksanakan tugasnya dengan hati nurani tulus sebagai bagian pengorbanan yang sejati untuk orang yang dirawatnya.

Perawat melakukan tindakan sebagai komunikator, menyampaikan pesan harus memperhatikan bahwa menyampaikan pesan sesuai dengan apa yang dibutuhkan pasien (Noviani et al., 2020). Hal ini menunjukkan betapa pentingnya komunikasi terhadap seorang klien yang disampaikan secara langsung. Setiap pesan harus mempergunakan bahasa yang mudah dimengerti, diupayakan harus menarik dan menampilkan sikap tegas yang berfokus pada kemanusiaan sehingga pendengar dapat mudah percaya terhadap komunikator, hubungan baik akan memperlancar komunikasi (Noviani et al., 2020). Ini juga membuktikan bahwa kelancaran komunikasi mempermudah hubungan antara perawat dan klien. Membina sikap terbuka dengan muka manis, adanya saling percaya, serta rendah hati bahkan mampu menjadi pendengar yang baik merupakan sikap yang mendukung berhasilnya suatu komunikasi (Noviani et al., 2020).

Berbagai proses komunikasi yang dijalankan memerlukan dukungan dari berbagai faktor.

Perawat juga sebagai komunikator atau penerima pesan yang dapat menerima simbol-simbol yang telah disampaikan komunikator, dapat membaca juga menjadi lambang verbal serta nonverbal terhadap apa yang disampaikan Komunikator, menyesuaikan setiap informasi yang sudah disampaikan juga adanya umpan balik kepada komunikator (Noviani et al., 2020).

Adanya komunikasi yang didasarkan pada sikap yang positif dan terbuka dapat menciptakan kelancaran proses sebagai bagian tanggung jawab yang tidak dapat dipisahkan dari pelayanan bagi klien. Komunikasi menjadi kunci sederhana dalam membina hubungan yang baik terhadap pasien atau klien. Perlu diingat bahwa sikap sombong, angkuh, akan menyebabkan pendengar enggan bahkan menolak uraian komunikator, cara duduk angkuh serta tidak mau mendengar orang lain merupakan cara serta sikap yang tidak terpuji, sikap yang ragu-ragu juga dapat menyebabkan pendengar atau pemirsa yang kurang percaya pada komunikator (Noviani et al., 2020).

Peranan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan komprehensif dalam upaya memberikan kenyamanan serta kepuasan pada pasien, terdiri dari: *Caring, sharing, laughing, crying, touching, helping, believing in others, learning, respecting* dan *listening*. *Caring* yaitu sikap rasa peduli, hormat, menghargai orang lain, yang artinya memberi perhatian serta mempelajari kesukaan- kesukaan seseorang serta seseorang berpikir dan bertindak. *Sharing* dimana perawat senantiasa berbagi pengalaman serta ilmu juga berdiskusi bersama pasiennya. *Laughing*, berarti senyum merupakan modal utama seseorang perawat dalam meningkatkan kenyamanan pada pasien. *Crying* perawat boleh menerima respon emosional yang baik dari pasien juga perawat lain sebagai hal biasa disaat senang maupun duka. Sentuhan bersifat fisik serta psikologis disebut *touching*. *Helping* sebagai proses perawat yang siap untuk membantu dalam asuhan keperawatannya. *Believing in*

others yang berarti perawat yakin bahwa orang lain mempunyai hasrat serta kemampuan dalam meningkatkan derajat kesehatannya. Learning yang artinya perawat harus belajar serta mengembangkan diri juga keterampilannya. Respecting memperlihatkan rasa hormat serta penghargaan terhadap orang lain dalam menjaga kerahasiaan pasien pada yang tidak layak mengetahuinya. Listening yang mau mendengar keluhan pasiennya. Feeling yang merupakan keadaan dimana perawat mampu menerima, merasakan, serta memahami rasa duka, senang, frustrasi serta rasa puas pasien (Zulani et al., 2022).

2. Fungsi Perawat

Fungsi perawat melakukan pengkajian bagi individu sehat juga yang sakit di mana segala kegiatan yang dilakukan berfungsi dalam memberikan pemulihan kesehatan sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki, bahkan aktivitas dilaksanakan melalui berbagai cara dalam mengembalikan kemampuan mandiri pasien secepatmungkin pada bentuk proses keperawatan melalui tahap pengkajian, tahap identifikasi masalah atau diagnosa keperawatan, dan perencanaan, implementasi serta evaluasi (Zulani et al., 2022).

Praktek keperawatan, menegaskan bahwa fungsi perawat yaitu fungsi Independen, fungsi dependen dan fungsi interdependen. Fungsi independen yaitu fungsi mandiri bahkan tidak tergantung terhadap orang lain, perawat melaksanakan tugas dilakukan sendiri atau mandiri, keputusan sendiri untuk tindakan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia antara lain pemenuhan kebutuhan fisiologis atau pemenuhan kebutuhan oksigenasi, kebutuhan cairan serta elektrolit, pemenuhan kebutuhan pada nutrisi, pemenuhankebutuhan akan aktivitas dan lain-lain, pemenuhan kebutuhan dalam kenyamanan, pemenuhan kebutuhan rasa cinta mencintai, pemenuhan kebutuhan terhadap harga diri juga aktualisasi diri. Fungsi Dependen sebagai fungsi perawat untuk melaksanakan kegiatannya melalui pesan atau instruksi oleh perawat lain, hal ini merupakan tindakan pelimpahan tugas, ini biasanya dilakukan oleh seorang perawat spesialis pada perawat umum, dengan kata lain dimulai

dari perawat primer kepada perawat pelaksana. Fungsi Interdependen yang dilakukan pada kelompok tim bersifat saling ketergantungan antara satu dengan lainnya. Fungsi ini terjadi jika bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim untuk memberikan pelayanan contoh memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang memiliki penyakit kompleks. Keadaan seperti ini tidak hanya dilakukan dengan tim perawat saja tetapi dengan dokter maupun lainnya, seperti dokter (Zulani et al., 2022).

Beberapa fungsi yang dimiliki oleh perawat menunjukkan betapa berharganya pelayanan yang diberikan oleh seorang perawat dalam menjadikan pasien atau klien menerima pelayanan sesungguhnya sebagai bagian bentuk pengorbanan dari seseorang yang memberikan perawatan secara berkesinambungan dan paripurna. Perlu terus dipikirkan juga bahwa seorang perawat tidak dapat bekerja sendiri tanpa bantuan teman lain karena secara tidak langsung fungsi perawat yang harus terbuka bahkan memiliki solidaritas dan tanggung jawab penuh bukan hanya secara pribadi tetapi secara bersama untuk kepentingan banyak orang. Fungsi seorang perawat sebagai contoh seorang terapis gigi dan mulut mengembangkan setiap potensinya untuk pelayanan dan intervensi perawatan yang berlandaskan pada peningkatan kapasitas tenaga kesehatan gigi profesional yang melayani untuk mempercepat proses kesembuhan pasien. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 20 Tahun 2016 mengenai Izin Penyelenggaraan Praktik Terapis Gigi Dan Mulut, untuk menjalankan praktik keprofesiannya, Terapis Gigi dan Mulut mempunyai wewenang dalam melaksanakan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut. Fungsi nyata seorang terapis gigi dan mulut atau seorang petugas kesehatan gigi dinyatakan menerapkan kompetensi berdasar ilmu yang dipelajari tanpa mengabaikan aturan-aturan yang telah ditetapkan. Selama proses penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilakukan tepat dan benar maka penyelenggara atau seorang terapis gigi dan mulut yang melayani akan ada pada ranah nyaman. Orang yang sudah diberi kewenangan harus mampu bertanggung jawab. Bertanggung jawab pada risiko yang mungkin timbul bahkan dapat mengakibatkan kerugian bagi orang lain. Apabila resikonya timbul serta terjadi

tuntutan, biasanya barulah persoalan tanggung jawab serta kewenangan muncul ke permukaan. Tuntutan hukum oleh pihak lain yaitu pasien yang disebabkan karena malpraktik bahkan penyimpangan dalam melaksanakan tugas bahkan kurang dalam menghormati hak pasien (Anam, 2018).

Kewenangan seorang perawat dalam melaksanakan tugas pelayanannya merupakan kewenangan hukum. Berdasarkan kewenangan ini maka, seorang tenaga kesehatan dapat melaksanakan pengobatan berdasarkan kompetensinya. Persyaratan administratif diperlukan dalam melaksanakan profesinya sehingga perawat gigi yang menjadi pengemban profesi yang telah memperoleh kewenangan profesional untuk menjalankan pekerjaannya. Tapi, jika tenaga kesehatan bekerja tanpa kewenangan, maka dianggap melakukan pelanggaran terhadap salah satu standar profesi tenaga kesehatan (Prasko et al., 2016).

3. Etika Perawat

Etika menekankan tentang bagaimana manusia harus bertindak serta bukan keadaan manusia. Tindakan dari manusia ditentukan pada bermacam-macam norma, antara lain norma hukum, norma moral, norma agama dan norma sopan santun (Pipit Mulyah, Dyah Aminatun, Sukma Septian Nasution, Tommy Hastomo, Setiana Sri Wahyuni Sitepu, 2020). Aturan menjadi bagian terpenting dalam melaksanakan proses atau kegiatan. Etika sebagai suatu disiplin dimulai dari melakukan identifikasi, organisasi, melakukan analisis, serta memutuskan perilaku manusia dalam menerapkan prinsip-prinsip menderteminasi perilaku yang baik terhadap satu keadaan yang dialami (Ardiani, 2020). Etika menjamin keberhasilan pekerjaan terkait dengan upaya-upaya kesehatan oleh petugas kesehatan yang dilakukan secara bertanggung jawab terhadap klien, mengikuti ketentuan sebagai syarat khusus bagi seorang tenaga kesehatan merupakan hal bijak karena keamanan dalam bekerja memberi penguatan terhadap seorang yang memberikan pelayanan dalam menciptakan suasana kondusif bagi dirinya juga bagi orang yang dilayaninya. Pelayanan yang dilakukan bukan sekedar pelayanan biasa saja tetapi pelayanan yang mengacu pada ketulusan melayani sesama yang

membutuhkan. Keputusan yang dipilih sebagai pertimbangan bahkan kemampuan penalaran ilmiah serta penalaran etika, hal terbaik bagi pelayanan keperawatan klien lihat dari sudut keyakinannya sendiri, juga norma masyarakat, serta standar professional (Ardiani, 2020). Melakukan tindakan profesional keperawatan sebagai perwujudan tanggung jawab moral bahwa setiap tindakan yang dilakukan harus berdasarkan ketentuan yang berlaku artinya kompetensi seorang tenaga kesehatan harus benar-benar diketahui dan dijunjung tinggi sebagai bagian profesi yang melekat pada seorang tenaga kesehatan secara utuh. Menciptakan suasana yang menyenangkan dalam setiap kerja pelayanan bagi klien harus ditunjukkan sebagai bagian tanggung jawab melayani. Ciptakan kenyamanan bukan hanya untuk diri sendiri tetapi untuk semua orang terutama pelayanan paripurna bagi pasien atau klien yang membutuhkan pertolongan tanpa mengabaikan norma yang sudah ditentukan.

CONTOH SOAL

1. Seorang perawat memiliki peran dalam memberikan asuhan keperawatan komprehensif dalam upaya memberikan kenyamanan serta kepuasan pada pasien berupa sikap rasa peduli, hormat, menghargai orang lain, yang artinya memberi perhatian serta mempelajari kesukaan- kesukaan seseorang serta seseorang berpikir dan bertindak. Hal ini termasuk pada peran...
 - a. **Caring**
 - b. Sharing
 - c. Crying
 - d. Touching
 - e. Helping
2. Perawat melakukan kegiatan yang dilakukan berfungsi dalam memberikan pemulihan kesehatan sesuai dengan pengetahuan yang dimiliki, bahkan aktivitas dilaksanakan melalui berbagai cara dalam mengembalikan kemampuan mandiri pasien secepat mungkin pada bentuk proses keperawatan melalui tahap pertama yaitu
 - a. Tahap Identifikasi masalah
 - b. Tahap pengkajian**
 - c. Tahap diagnosa keperawatan
 - d. Tahap perencanaan
 - e. Tahap implementasi
3. Seorang perawat melaksanakan fungsi mandiri bahkan tidak tergantung terhadap orang lain, perawat melaksanakan tugas dilakukan sendiri atau mandiri, keputusan sendiri untuk tindakan dalam memenuhi kebutuhan dasar manusia, merupakan fungsi
 - a. Independen**
 - b. Dependenden
 - c. Interdependen
 - d. Pra independen
 - e. Pra dependen
4. Seorang Perawat sebagai advokasi berperan pada prinsip etis kewajiban dalam berbuat baik yang disebut
 - a. Believe
 - b Benefit
 - c. Beneficience**
 - d. Believing
 - e. Benefing

DAFTAR PUSTAKA

- Anam, K. (2018). Tanggungjawab dan Kewenangan Perawat Gigi dalam Melakukan Tindakan Medik Kedokteran Gigi. *Ajudikasi : Jurnal Ilmu Hukum*, 2(1), 67. <https://doi.org/10.30656/ajudikasi.v2i1.621>
- Ardiani, N. D. (2020). Modul Ajar Etika Keperawatan. *Stikes Kusuma Husada Surakarta*, 1, 1–63. <Http://Eprints.Ukh.Ac.Id/Id/Eprint/676/1/Modul Ajar Etika Keperawatan.Pdf>
- Noviani, N., RRr, P., & Mardiaty, E. (2020). Komunikasi Terapeutik dalam Layanan Kesehatan Gigi. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952.
- Pipit Mulyah, Dyah Aminatun, Sukma Septian Nasution, Tommy Hastomo, Setiana Sri Wahyuni Sitepu, T. (2020). *Journal GEEJ*, 7(2).
- Prasko, P., Salikun, S., & Supardan, I. (2016). Tanggung Jawab Perawat Gigi Terhadap Tindakan Pelayanan Kesehatan Gigi Yang Sesuai Dan Tidak Sesuai Kompetensi. *Jurnal Kesehatan Gigi*, 3(1), 49–54. <https://doi.org/10.31983/jkg.v3i01.1126>
- Suprpto Suprpto, Nursyamsi Norma Lalla, & Darmi Arda. (2023). *10. 437-Article Text-2942-1-10-20230718*. 6(3), 250–257.
- Zulani, Hariyanto, S., Maria, D., Tauran, I., Urifah, S., Sugiarto, A., Muhsinah, S., Kurwiyah, N., Mairisi, E. L. D., Manik, M. J., Juliani, E., & Kuswati, A. (2022). *Keperawatan Profesional*. <https://www.bpjs>

BIODATA PENULIS



Novarita Mariana Koch, SST., M. Kes. Bekerja di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Manado sebagai dosen tetap di Jurusan Kesehatan Gigi. Pada tahun 2011 menyelesaikan pendidikan Diploma IV di Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Semarang. Tahun 2014 melanjutkan studi S2 di Universitas Sam Ratulangi Manado peminatan Promosi Kesehatan lulus tahun 2016.

BAB 7

Proses Keperawatan Komunitas

*Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep *

A. Pendahuluan

Komunitas adalah komponen penting dari pengalaman manusia sebagai bagian dari pengalaman yang saling terkait dengan keluarga, rumah, serta berbagai ragam budaya dan agama (Ervin, 2002). Keperawatan kesehatan komunitas adalah area pelayanan keperawatan profesional yang diberikan secara holistik (bio-psiko-sosio-spiritual) dan difokuskan pada kelompok risiko tinggi yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan melalui upaya promotif, preventif, tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif dengan melibatkan komunitas sebagai mitra dalam menyelesaikan masalah (Hithcock, Scubert & Thomas, 1999; Allender & Spradley, 2001, Stanhope & Lancaster, 2016).

B. Proses Keperawatan Komunitas

Proses keperawatan memberikan kerangka yang dibutuhkan dalam asuhan keperawatan kepada klien, keluarga serta komunitas dan merupakan metode yang efisien dalam membuat keputusan klinis serta pemecahan masalah, baik masalah aktual maupun potensial dalam mempertahankan kesehatan (Tarwoto dan Wartonah, 2015).

1. Pengkajian

Pengkajian menurut Iyer et al., (1996) dalam Nursalam, (2008), adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien.

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan menggunakan tiga metode, yaitu wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik.

Pengkajian Keperawatan Komunitas terdiri dari, *Survey, Asset Inventory, Foccus Group Discussion (FGD), Community Meeting*

a. *Survey*

Survei Mawas Diri (SMD) adalah kegiatan pengenalan, pengumpulan, dan pengkajian masalah kesehatan oleh tokoh masyarakat dan kader setempat dibawah bimbingan petugas kesehatan atau perawat di desa (Efendi & Makhfudli, 2009).

Perawat dan kader yang ditugaskan untuk melakukan Survei Mawas Diri meliputi :

- 1) Penentuan sasaran, baik jumlah KK maupun lokasinya.
- 2) Penentuan jenis informasi masalah kesehatan yang akan dikumpulkan.
- 3) Penentuan cara memperoleh informasi kesehatan (mis. pengamatan atau wawancara).
- 4) Pembuatan instrumen atau alat memperoleh informasi kesehatan (mis. kuisisioner).

Survei tentang "*Learning about the Community on Foot*" diadaptasi dari versi sebelumnya "*Windshield Survey*" yang telah diperluas dengan memasukkan semua komponen roda pengkajian komunitas. Pedoman ini terdiri atas tiga bagian: (1) inti komunitas, (2) subsistem komunitas, (3) persepsi (Anderson & McFarlane, 2007).

b. *Asset Inventory*

Inventarisasi aset (*Asset Inventory*) merupakan suatu metode untuk mengidentifikasi berbagai jenis sumber daya dalam masyarakat, termasuk orang-orang, lingkungan fisik, lembaga, layanan, dan kegiatan/acara penting tertentu. Untuk melakukan *Asset Inventory*, peserta mengidentifikasi orang-orang, tempat, dan hal-hal yang mereka pikir berharga dan

kemudian mendokumentasikan dan menganalisis temuan mereka serta mengidentifikasi aset dan dapat memulai proses menjelajahi keterkaitan aset-aset dan bagaimana mereka dapat digunakan untuk menciptakan perubahan yang positif (Rotary International, 2015). Inventarisasi aset adalah teknik untuk mengumpulkan informasi tentang masyarakat melalui pengamatan. Inventarisasi aset ini lebih baik bila dilakukan di sebuah pertemuan atau perkumpulan.

c. *Focus Group Discussion (FGD)*

Focus Group Discussion (FGD) merupakan suatu metode atau cara dalam mengumpulkan data kualitatif dimana sekelompok orang berdiskusi tentang suatu fokus masalah atau topik tertentu dipandu oleh seorang fasilitator atau moderator. Menggunakan FGD, dalam waktu relatif singkat (cepat) dapat digali mengenai persepsi, pendapat, sikap, motivasi, pengetahuan, masalah dan harapan perubahan berkaitan dengan masalah tertentu.

d. *Community Meeting*

Community Meeting adalah sebuah pertemuan masyarakat atau forum publik informal, yang menyatukan anggota komunitas untuk mendiskusikan isu-isu, keprihatinan suara, dan preferensi dalam prioritas masyarakat (Rotary International, 2015).

Metode pengkajian yang dilakukan adalah dengan melakukan *Winshield Survey*. Metode ini digunakan perawat untuk mengidentifikasi berbagai dimensi dari komunitas, lingkungan serta gaya hidup masyarakat. Aspek aspek yang dikaji dengan metode *winshield survey* adalah sebagai berikut :

- 1) Data Inti Data Inti meliputi hal-hal sebagai berikut:
 - a) Sejarah meliputi apa yang didapatkan oleh surveyor dari pengamatan sementara di wilayah tersebut? tanyakan mengenai sejarah

- wilayah tersebut kepada tetua atau tokoh masyarakat.
- b) Demografi; mencakup data mengenai usia, jenis kelamin, dan piramida penduduk
 - c) Kelompok etnis adalah identifikasi berbagai suku dan etnis dalam masyarakat
 - d) Nilai dan keyakinan; apakah ada rumah ibadah dan nilai dan keyakinan Masyarakat
- 2) Sub sistem Mencakup 8 sub sistem yang mempengaruhi masyarakat. Delapan (8) sub sistem tersebut meliputi hal-hal sebagai berikut:
- a) Lingkungan fisik meliputi keadaan lingkungan atau geografis, batas wilayah, peta wilayah, iklim dan kondisi perumahan, serta kondisi air.
 - b) Pelayanan kesehatan dan sosial adalah unit pelayanan kesehatan yang tersedia baik modern maupun tradisional, tenaga kesehatan, *home care*, tempat pelayanan sosial serta kesehatan jiwa komunitas.
 - c) Ekonomi mencakup status ekonomi masyarakat, industri yang ada, kegiatan yang menunjang roda perekonomian, jumlah pengangguran, prosentase masyarakat yang hidup dibawah garis kemiskinan, pendapatan per bulan, kemampuan daya beli masyarakat terutama kesehatan apakah terdapat industri, pertokoan, lapangan kerja, kemana warga berbelanja.
 - d) Keamanan dan transportasi meliputi keadaan keamanan masyarakat, pelayanan keamanan, tingkat kriminalitas, jenis transportasi yang ada, bagaimana situasi jalan, dan jarak ke fasilitas pelayanan kesehatan.
 - e) Politik dan pemerintah. Hal-hal yang dikaji adalah struktur organisasi yang ada di masyarakat, aktif atau tidak, jenis keyakinan

atau nilai terhadap politik kelompok tertentu, peran serta partai politik terhadap pelayanan kesehatan, distribusi power di masyarakat seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, dan tempat berkumpul.

- f) Komunikasi; cara masyarakat memperoleh informasi, apakah ada papan informasi, jenis perkumpulan yang ada dan alat komunikasi yang ada.
- g) Pendidikan mencakup prosentase masyarakat yang sekolah, jenis pendidikan masyarakat yang tersedia di masyarakat, pengetahuan khusus yang dibutuhkan, sarana pendidikan khusus, pengguna dan karakteristiknya.
- h) Rekreasi. Hal-hal yang dikaji adalah persepsi masyarakat tentang rekreasi, tempat yang sering digunakan, fasilitas rekreasi yang ada, jangkauan alat komunikasi, tempat anak-anak bermain (Teli,M,2018).

2. Diagnosis Keperawatan, Kriteria Hasil/Luaran Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2017). Masalah ditegaskan berdasarkan tingkat reaksi komunitas terhadap masalah yang ada. Masalah Kesehatan komunitas menggunakan hasil pengkajian sebagai dasar dalam pembuatan keputusan dan menetapkan sebuah masalah yang jelas dan etiologinya. Masalah kesehatan komunitas merupakan hasil dari pengkajian dan mengarahkan intervensi keperawatan. Menurut Freeman

and Heinrich, (2000) masalah kesehatan komunitas didapatkan dari :

- a. Pengkajian status kesehatan, sumber daya, dan kerentanan/ masalah kesehatan komunitas dan kelompoknya
- b. Faktor sosial dan lingkungan yang berhubungan dengan kesehatan, pola hubungan sehat dan sakit dalam masyarakat
- c. Evaluasi kemampuan kelompok dalam menyelesaikan masalah kesehatan
- d. Pengkajian dan penetapan prioritas tujuan kesehatan dan intervensi (Teli,M, 2018).

Standar Luaran menurut Germini et,al (2010), ICNP, (2015) dalam Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2019) menyatakan bahwa luaran Keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku atau dari persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan.

Proses Skoring Prioritas Masalah menurut Bailon dan Maglaya (1978) dalam Padila (2012)

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat masalah		1
	Aktual (Tidak/Kurang sehat)	3	
	Ancaman kesehatan	2	
	Keadaan sejahtera	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		2
	Mudah	2	
	Sebagian	1	
	Tidak Dapat	0	
3	Potensi masalah untuk dicegah		1
	Tinggi	3	
	Cukup	2	
	Rendah	1	
4	Menonjolnya Masalah		1
	Masalah berat, harus segera ditangani	2	

	Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani	1
	Masalah tidak dirasakan	0
<p>Keterangan : Skor dibagi angka tertinggi dikali bobot. Contoh : pada sifat masalah. Skor 3 Jadi $3/3 \times 1 = 1$, Kemungkinan masalah dapat diubah skor 2, Jadi $2/2 \times 2 = 2$, Potensi masalah dapat diubah skor 2 jadi $2/3 \times 1 = 0,67$, Menonjolnya masalah skor 2 jadi $2/2 \times 1 = 1$</p>		

3. Intervensi Keperawatan.

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Intervensi keperawatan adalah berbagai Tindakan yang akan dilakukan oleh perawat, baik secara mandiri maupun berdasarkan hasil kolaborasi yang terdiri dari tindakan: Observatif, terapeutik, edukatif dan kolaboratif (OTEK).

Tabel 1. Diagnosis Keperawatan, kriteria hasil dan Intervensi Keperawatan berdasarkan SDKI,SLKI dan SIKI DPP PPNI

No	Diagnosis Keperawatan	Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1	D.0090 Kesiapan Peningkatan Koping Komunitas dibuktikan dengan Perencanaan aktif oleh komunitas mengenai prediksi stressor, pemecahan masalah aktif oleh komunitas saat menghadapi	L.12109 Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 hari maka status Kesehatan komunitas meningkat dengan kriteria hasil : a. Ketersediaan program promosi kesehatan meningkat.	I.14548 Pengembangan Kesehatan Masyarakat. Observasi a. Identifikasi masalah atau isu Kesehatan dan prioritasnya. b. Identifikasi potensi atau asset dalam masyarakat terkait isu yang dihadapi. c. Identifikasi kekuatan dan partner dalam pengembangan kesehatan. d. Identifikasi pemimpin/tokoh dalam Masyarakat. Terapeutik

	<p>masalah, terdapat sumber-sumber daya yang adekuat untuk mengatasi stressor</p>	<p>b. Partisipasi dalam program Kesehatan komunitas meningkat.</p> <p>c. Keikutsertaan asuransi/jaminan kesehatan meningkat.</p> <p>d. Kepatuhan terhadap standar kesehatan lingkungan meningkat.</p> <p>e. Angka mortalitas menurun</p> <p>f. Angka morbiditas menurun</p> <p>g. Prevalensi penyakit menurun</p>	<p>e. Kepada setiap anggota Masyarakat untuk berpartisipasi sesuai asset yang dimiliki.</p> <p>f. Libatkan anggota masyarakat untuk meningkatkan kesadaran terhadap isu dan masalah kesehatan yang dihadapi.</p> <p>g. Libatkan masyarakat dalam musyawarah untuk mendefinisikan isu Kesehatan dan mengembangkan rencana kerja.</p> <p>h. Libatkan anggota masyarakat dalam mengembangkan jaringan Kesehatan.</p> <p>i. Pertahankan komunikasi terbuka dengan anggota Masyarakat dan pihak yang terlibat</p> <p>j. Perkuat komunikasi antara individu dan kelompok untuk bermusyawarah terkait daya Tarik yang sama.</p> <p>k. Kembangkan strategi manajemen konflik.</p> <p>l. Bangun komitmen antar anggota Masyarakat</p> <p>m. Kembangkan mekanisme keterlibatan tatanan local, regional bahkan nasional terkait isu Kesehatan komunitas.</p>
2	<p>D.0095 Koping Komunitas tidak efektif berhubungan dengan</p>	<p>L.121109 setelah dilakukan intervensi keperawatan Status Koping</p>	<p>I.14515 Manajemen Lingkungan Komunitas Observasi</p>

	<p>ketidak adekuatan sumberdaya untuk pemecahan masalah dibuktikan dengan mengungkapkan ketidak berdayaan komunitas, komunitas tidak memenuhi harapan anggotanya, koflik Masyarakat meningkat, insiden masalah Masyarakat tinggi (mis pembunuhan, pengrusakan, terorisme, perampokan, pelecehan, pengangguran kemiskinan, penyakit mental</p>	<p>Komunitas membaik, dengan kriteria hasil: a. Keberdayaan komunitas meningkat b. Perencanaan komunitas meningkat c. Pemecahan masalah komunitas meningkat d. Sumber daya komunitas meningkat e. Partisipasi Masyarakat meningkat f. Insiden masalah Kesehatan dalam komunitas menurun</p>	<p>a. Lakukan skrining risiko gangguan Kesehatan lingkungan b. Identifikasi factor risiko Kesehatan yang diketahui Terapeutik c. Libatkan partisipasi Masyarakat dalam memelihara keamanan lingkungan Edukasi d. Promosikan kebijakan pemerintah untuk mengurangi risiko penyakit e. Berikan Pendidikan Kesehatan untuk kelompok risiko f. Informasikan layanan Kesehatan keindividu, keluarga, kelompok berisiko dan Masyarakat Kolaborasi g. Kolaborasi dalam tim multidisiplin untuk mengidentifikasi ancaman keamanan Masyarakat h. Kolaborasi dengan tim Kesehatan lain dalam program Kesehatan komunitas untuk menghadapi risiko yang diketahui i. Kolaborasi dalam pengembangan program aksi Masyarakat j. Kolaborasi dengan kelompok Masyarakat dalam menjalankan peraturan pemerintah</p>
3	D.0110 Defisit Kesehatan Komunitas	L.08075 Setelah dilakukan intervensi	L.12435 Edukasi Perilaku Upaya kesehatan

	berhubungan dengan program tidak mengatasi seluruh masalah Kesehatan komunitas dibuktikan dengan terjadi masalah Kesehatan yang dialami dikomunitas, terdapat factor risiko fisiologis dan/atau psikologis yang menyebabkan anggota komunitas menjalani perawatan	keperawatan ketahanan komunitas meningkat, dengan kriteria hasil: a. Keberlanjutan pelayanan rutin komunitas meningkat b. Ketersediaan pelayanan Kesehatan meningkat c. Ketersediaan sumber daya untuk memenuhi kebutuhan dasar d. Kesiapan komunitas untuk tanggap krisis e. Adaptasi komunitas terhadap perubahan	Observasi a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik b. Sediakan materi dan media Pendidikan kesehatan c. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan d. Berikan kesempatan untuk bertanya e. Gunakan variasi metode pembelajaran f. Gunakan pendekatan promosi Kesehatan dengan memperhatikan pengaruh dan hambatan dari lingkungan sosial serta budaya g. Berikan pujian dan dukungan terhadap usaha positif dan pencapaiannya Edukasi h. Jelaskan penanganan masalah Kesehatan i. Informasikan sumber yang tepat yang tersedia dimasyarakat j. Anjurkan menggunakan fasilitas Kesehatan k. Anjurkan mengevaluasi tujuan secara periodic l. Ajarkan untuk menentukan perilaku spesifik yang akan diubah (mis. Keinginan mengunjungi fasilitas Kesehatan)
--	---	--	---

			<p>m. Ajarkan mengidentifikasi tujuan yang akan dicapai</p> <p>n. Ajarkan program Kesehatan dalam kehidupan sehari-hari</p> <p>o. Ajarkan pencarian dan penggunaan system fasilitas pelayanan Kesehatan</p> <p>p. Ajarkan cara pemeliharaan kesehatan</p>
--	--	--	---

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah rangkaian tindakan keperawatan yang dilakukan perawat berdasarkan intervensi keperawatan berdasarkan prioritas masalah yang dihadapi berdasarkan kebutuhan individu, keluarga dan Masyarakat/komunitas, dengan memperhatikan aspek budaya, nilai-nilai, keyakinan Masyarakat dengan melibatkan tokoh agama, tokoh Masyarakat dan tim Kesehatan lainnya. Menurut Nursalam,(2008) tujuan dari implementasi adalah membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencakup peningkatan Kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan Kesehatan dan memfasilitasi coping.

5. Evaluasi Keperawatan

a. Evaluasi Proses (Formatif)

Evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan, dilaksanakan terus menerus hingga tujuan tercapai, mencakup mengkaji respon dari intervensi yang telah diberikan.

b. Evaluasi Hasil (Sumatif)

Evaluasi hasil adalah pengamatan perubahan perilaku dan status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan dilaksanakan secara paripurna. Evaluasi

bersifat objektif, fleksibel dan efisien, terdiri atas *Closed-chart audit* (Nursalam, 2008). *Closed-chart audit* (atau sering disebut juga *closed-record audit*) adalah suatu bentuk audit yang dilakukan pada catatan medis pasien setelah periode perawatan tertentu telah berakhir.

CONTOH SOAL

1. Salah satu dari pengkajian keperawatan komunitas adalah berupa kegiatan pengenalan, pengumpulan, dan pengkajian masalah kesehatan oleh tokoh masyarakat dan kader setempat dibawah bimbingan petugas kesehatan atau perawat di desa, hal tersebut termasuk dalam pengkajian

- a. *Foccus Group Discussion (FGD)*
- b. *Community Meeting*
- c. *Survey mawas diri*
- d. *Winshield Survey*
- e. *Asset inventory*

Jawaban : c. Survey mawas diri

2. Pengkajian dengan melakukan suatu metode atau cara dalam mengumpulkan data kualitatif dimana sekelompok orang berdiskusi tentang suatu fokus masalah atau topik tertentu dipandu oleh seorang fasilitator atau moderator, adalah

- a. *Foccus Group Discussion (FGD)*
- b. *Community Meeting*
- c. *Survey mawas diri*
- d. *Winshield Survey*
- e. *Asset inventory*

Jawaban : a *Foccus Group Discussion (FGD)*

3. Masyarakat dengan masalah keperawatan kesiapan peningkatan koping komunitas, Dimana perawat melakukan salah satu Tindakan keperawatan berupa melibatkan anggota masyarakat untuk meningkatkan kesadaran terhadap isu dan masalah mesehatan yang dihadapi, hal ini termasuk dalam komponen intervensi keperawatan sebagai berikut :

- a. Kolaboratif
- b. Terapeutik
- c. Observatif
- d. Formatif
- e. Edukatif

Jawaban : b. Terapeutik

4. Berbagai kegiatan yang akan dilakukan oleh perawat, baik secara mandiri maupun berdasarkan hasil kolaborasi yang

terdiri dari tindakan: Observatif, terapeutik, edukatif dan kolaboratif (OTEK), termasuk dalam proses keperawatan sbb :

- a. Implementasi
- b. Pengkajian
- c. Intervensi
- d. Diagnosis
- e. Evaluasi

Jawaban : c. Intervensi

5. Pengamatan perubahan perilaku dan status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan dilaksanakan secara paripurna, hal ini termasuk dalam evaluasi

- a. Assesmen
- b. Subjektif
- c. Formatif
- d. Objektif
- e. Sumatif

Jawaban : e. Sumatif

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, E.T. & McFarlane, J., 2007. Buku Ajar Keperawatan Komunitas: Teori dan Praktik, Jakarta: EGC.
- Allender, J. A., & Spradley, B. W. (2001). *Community Health Nursing: Concepts and Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Efendi, F. & Makhfudli, (2009). Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan, Jakarta: Salemba Medika
- Ervin, N.E., 2002. *Advanced Community Health Nursing Practice: Population-focused Care*, New Jersey: Prentice Hall.
- Hitchcock, J. E., Schubert, P. E., & Thomas, S. A. (1999). *Community Health Nursing: Caring in Action*. Delmar.
- Nursalam. (2008), *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktek Edisi 2* Jakarta: Salemba Medika
- Padila. (2012). *Buku ajar . keperawatan keluarga dilengkapi aplikasi kasus aspek keluarga terapi herbal dan terapi modalitas*. Yogyakarta nuha medika
- Rotary International. (2015). *Community Assesment Tools: a companion piece to communities in action: a guide to*
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*. Elsevier
- Tarwoto dan Wartonah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 5*. Jakarta. Salemba Medika.
- Teli, M, (2018) *Pedoman Asuhan Keperawatan Komunitas, Individu, Keluarga dan Komunitas diPuskesmas*, Kupang, Lima Bintang Kupang
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1 Cetakan III. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1.Cetakan II Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia .
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi

1.Cetakan II Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan
Perawat Nasional Indonesia

BIODATA PENULIS



Moudy Lombogia, S.Kep.Ns, M.Kep Lahir di Tomohon pada 26 Januari 1970 Riwayat Pendidikan Sebagai berikut : Sekolah Perawat Kesehatan Manado Lulus 1988, Akademi Keperawatan Manado lulus 2000, S1 Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya Lulus 2005, S2 Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin Makasar Lulus 2013. Pernah menjabat Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Sariputra Indonesia Tomohon 2007-2011, menjadi pegawai sejak 1988 dan sejak 2006 Dosen Poltekkes Kemenkes Manado. Riwayat menulis buku yaitu : Sebagai penulis Utama pada Buku Ajar Keperawatan Maternitas (Konsep, Teori dan Modul Praktikum) pada 2017. Aktif dalam menulis Book Chapter.

BAB 8

Standart dan Praktik Keperawatan Komunitas

Rosamey Elleke Langitan,S.Kep.,Ns.,M.Kep

A. Pendahuluan

Keperawatan komunitas merupakan salah satu cabang keperawatan yang berfokus pada upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif di tingkat komunitas. Tujuan utamanya adalah meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh melalui pendekatan yang melibatkan partisipasi aktif komunitas dalam menjaga kesehatannya. Keperawatan komunitas meliputi berbagai kegiatan yang bersifat holistik, mulai dari pemberian pendidikan kesehatan, deteksi dini penyakit, intervensi kesehatan masyarakat, hingga pengelolaan lingkungan yang mendukung kesehatan. Keperawatan komunitas menekankan pada peran perawat sebagai fasilitator, edukator, dan advokat dalam menjaga kesejahteraan masyarakat. Hal ini melibatkan kolaborasi dengan berbagai pihak seperti keluarga, tokoh masyarakat, pemerintah daerah, dan lembaga kesehatan lainnya dalam merencanakan dan mengimplementasikan program kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan komunitas (Ferry Efendi Makhfudli, 2009).

Keperawatan komunitas juga merupakan bidang keperawatan yang berfokus pada peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat, keluarga, dan individu dalam lingkungan komunitas. Peran perawat komunitas mencakup berbagai aspek, mulai dari pencegahan penyakit hingga promosi kesehatan, serta intervensi langsung di lingkungan non-

institusional, seperti di rumah pasien atau di tempat-tempat pelayanan kesehatan primer (Susanto, 2022).

B. Konsep Standart dan Praktik Keperawatan Komunitas

a. Definisi Standar dan Praktik Keperawatan Komunitas

Standar adalah suatu ukuran atau patokan yang digunakan sebagai acuan untuk menentukan kualitas, kuantitas, atau kriteria tertentu dan disusun berdasarkan kebiasaan atau kesepakatan mengenai apa yang memadai dan sesuai, dapat diterima, dan layak dalam praktek keperawatan.

Standar Praktik Keperawatan Komunitas adalah merupakan pedoman yang digunakan oleh perawat dalam lingkup komunitas dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, dan kelompok di dalam Masyarakat (Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), 2005).

Standar ini dirancang untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan berkualitas, aman, efektif, dan sesuai dengan kebutuhan komunitas.

Standart praktik keperawatan memuat norma atau aturan penegasan tentang mutu pekerjaan seseorang perawat yang dianggap baik, tepat dan benar yang dirumuskan sehingga digunakan sebagai pedoman dalam pemberian asuhan keperawatan serta mmenjadi tolok ukur penilaian penampilan kerja perawat.

b. Tujuan Standar dan Praktik Keperawatan Komunitas

Tujuan Standar Praktik Keperawatan Komunitas adalah untuk memberikan panduan bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan masyarakat dengan fokus pada pencegahan penyakit, promosi kesehatan, dan peningkatan kesejahteraan komunitas (Sulistiorini, 2019). Tujuan Standar

- 1) Untuk meningkatkan kualitas layanan asuhan keperawatan di komunitas sehingga dapat memastikan asuhan keperawatan yang diberikan sesuai dengan standar profesional dan etika.

- 2) Memfasilitasi peran perawat komunitas sehingga membantu perawat komunitas dalam menjalankan peran mereka dalam promosi kesehatan, pendidikan, dan intervensi berbasis komunitas.
 - 3) Menyediakan dasar evaluasi yang berfungsi sebagai alat ukur untuk mengevaluasi efisiensi dan efektivitas praktik keperawatan yang diberikan kepada masyarakat.
 - 4) Mendorong terjadinya kolaborasi antar berbagai sektor untuk bekerja sama diantara tenaga kesehatan dan pihak lain yang kompeten dalam komunitas untuk mendukung kesehatan publik.
- c. Dasar Hukum Standar dan Praktik Keperawatan Komunitas

Dasar hukum standar dan praktik keperawatan komunitas di Indonesia diatur oleh berbagai undang-undang, peraturan, dan standar yang bertujuan untuk memastikan bahwa pelayanan keperawatan ditingkat komunitas dilaksanakan sesuai dengan prinsip-prinsip keselamatan, kompetensi, dan kualitas pelayanan. Dasar hukum yang terkait dengan standar dan praktik keperawatan komunitas di Indonesia (Hamid et al., 2019) .

- 1) Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
Undang-Undang ini menjadi dasar hukum utama bagi profesi keperawatan di Indonesia, termasuk keperawatan komunitas. Undang-Undang ini mengatur kewajiban perawat, kewenangan perawat, standar kompetensi, serta ketentuan terkait pendidikan keperawatan dan praktik mandiri perawat di masyarakat.
- 2) Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Nomor 26 Tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan UU Keperawatan.
Permenkes ini memberikan pedoman rinci terkait pelaksanaan praktik keperawatan, termasuk di

lingkungan komunitas. Ini mencakup regulasi mengenai standar kompetensi perawat, praktik keperawatan mandiri, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain.

- 3) Standar Kompetensi Perawat Indonesia (SKPI) 2013.
SKPI yang diterbitkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) merupakan acuan dalam penerapan standar pelayanan keperawatan, termasuk di komunitas. Standar ini mencakup kompetensi dasar yang harus dimiliki oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan, baik di institusi maupun di komunitas.
- 4) Permenkes Nomor 2 Tahun 2020 tentang Standar Pelayanan Keperawatan.
Regulasi ini memberikan pedoman standar pelayanan keperawatan di berbagai area, termasuk layanan keperawatan komunitas. Permenkes ini mengatur pelaksanaan layanan yang berfokus pada peningkatan kesehatan masyarakat, pencegahan penyakit, dan rehabilitasi.
- 5) Permenkes Nomor 75 Tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
Peraturan ini mengatur tentang fungsi Puskesmas sebagai pusat layanan kesehatan primer yang berfokus pada masyarakat. Perawat komunitas memiliki peran penting dalam pelaksanaan program-program kesehatan di Puskesmas.

Melalui berbagai peraturan dan standar di atas, keperawatan komunitas di Indonesia diatur secara sistematis untuk memastikan bahwa perawat yang bekerja di lingkungan komunitas dapat memberikan pelayanan yang efektif, aman, dan sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

- d. Standar Falsafah Keperawatan Komunitas
Standar Falsafah Keperawatan Komunitas atau Community Health Nursing Philosophy merupakan panduan bagi

perawat komunitas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan holistik kepada masyarakat. Falsafah ini mencerminkan keyakinan, nilai, dan prinsip yang menjadi dasar dalam praktik keperawatan komunitas (Aris Prio Agus Santoso, Ady Irawan AM, Aknes Galih Sumirat, 2022).

Prinsip dasar yang sering menjadi bagian dari falsafah keperawatan komunitas:

- 1) Kesehatan Sebagai Hak Asasi.
Setiap individu, keluarga, dan komunitas berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang adil, tanpa memandang status sosial, ekonomi, ras, atau agama. Kesehatan dianggap sebagai hak dasar manusia yang harus dipenuhi oleh sistem pelayanan kesehatan yang baik.
- 2) Pendekatan Holistik.
Perawatan tidak hanya berfokus pada penyakit, tetapi juga pada kondisi fisik, emosional, sosial, spiritual, dan lingkungan individu serta komunitas. Perawat harus memahami konteks kehidupan klien dan berusaha meningkatkan kualitas hidup keseluruhan mereka.
- 3) Promosi Kesehatan dan Pencegahan Penyakit.
Falsafah keperawatan komunitas sangat menekankan pentingnya pencegahan penyakit melalui edukasi kesehatan dan promosi gaya hidup sehat. Masyarakat harus didorong untuk berperan aktif dalam menjaga kesehatan mereka sendiri dan mencegah penyakit.
- 4) Keterlibatan Masyarakat (Community Empowerment).
Keterlibatan masyarakat dalam pengambilan keputusan tentang kesehatan mereka sangat penting. Perawat bertindak sebagai fasilitator yang mendukung masyarakat untuk mengenali dan menyelesaikan masalah kesehatan mereka sendiri.
- 5) Pemberdayaan dan Kolaborasi.
Dalam keperawatan komunitas, pemberdayaan individu dan kelompok adalah kunci untuk

meningkatkan kemandirian masyarakat dalam menjaga kesehatan. Kolaborasi dengan berbagai pemangku kepentingan (stakeholders), seperti pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan lembaga lainnya, sangat penting untuk meningkatkan layanan kesehatan.

6) Kesehatan Lingkungan

Faktor lingkungan fisik dan sosial sangat mempengaruhi kesehatan komunitas. Keperawatan komunitas berperan dalam mempromosikan lingkungan yang sehat dan aman untuk mendukung kesejahteraan masyarakat.

e. Paradigma Keperawatan Komunitas.

Paradigma keperawatan merupakan istilah yang penting dipelajari dan dipahami oleh calon tenaga kesehatan agar tidak mencederai atau mencelakai pasien dan menjadi landasan berpikir yang melandasi keperawatan komunitas. Paradigma keperawatan secara umum terdiri dari empat komponen, yaitu manusia, keperawatan, sehat-sakit, dan lingkungan (Mahaputri et al., 2019). Paradigma Keperawatan Komunitas mencakup beberapa konsep utama yang melandasi pendekatan keperawatan komunitas, yaitu:

1) Manusia

Dalam paradigma keperawatan komunitas, manusia dianggap sebagai individu, keluarga, kelompok, atau komunitas yang memiliki nilai, keyakinan, budaya, dan kebutuhan yang berbeda. Perawat memandang manusia secara holistik, artinya mempertimbangkan aspek fisik, emosional, sosial, spiritual, dan lingkungan mereka

2) Kesehatan

Kesehatan dalam keperawatan komunitas diartikan sebagai suatu kondisi dinamis yang mencakup kesejahteraan fisik, mental, sosial, dan bukan hanya ketiadaan penyakit. Konsep kesehatan di sini lebih luas

dan menekankan pada pencegahan penyakit, promosi kesehatan, dan peningkatan kualitas hidup secara keseluruhan.

3) Lingkungan

Lingkungan di dalam keperawatan komunitas mencakup seluruh faktor yang mempengaruhi kesehatan masyarakat, seperti lingkungan fisik (kualitas udara, air, sanitasi), sosial (hubungan antar individu), dan budaya (kepercayaan dan praktik). Perawat berperan dalam mengidentifikasi dan memodifikasi faktor lingkungan yang mempengaruhi kesehatan komunitas.

4) Keperawatan

Keperawatan dalam konteks komunitas melibatkan intervensi yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit pada tingkat komunitas. Pendekatan ini melibatkan kerja sama dengan masyarakat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, merencanakan intervensi, dan memfasilitasi perubahan yang positif. Peran perawat di sini juga melibatkan pendidikan kesehatan, advokasi, serta pengembangan kebijakan kesehatan yang berbasis komunitas.



Gambar 1. Paradigma Keperawatan Komunitas

f. Standar Pedoman Asuhan Keperawatan Komunitas

Standar pedoman asuhan keperawatan komunitas (community nursing care standards) adalah panduan untuk perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berfokus pada kesehatan masyarakat. Pedoman ini

bertujuan untuk menjaga kualitas, efektivitas, dan efisiensi layanan keperawatan komunitas (Noviany Banne Rasiman, Dely Maria P., 2021).

Standar pedoman asuhan keperawatan komunitas meliputi:

1) Pengkajian Kesehatan Komunitas.

Identifikasi Masalah Kesehatan: Pengumpulan data tentang kondisi kesehatan komunitas, lingkungan fisik, sosial, ekonomi, budaya, dan psikologis. Pemetaan Wilayah: Mengetahui distribusi geografis masalah kesehatan, faktor risiko, dan sumber daya. Wawancara dan Survei: Melakukan wawancara dan survei untuk memperoleh informasi terkait status kesehatan masyarakat (*RAWATAN KOMUNITAS Oleh : Jokowi, n.d.*).

2) Diagnosis Keperawatan Komunitas

Analisis Data: Menggunakan data dari hasil pengkajian untuk merumuskan masalah keperawatan komunitas. Prioritas Masalah Kesehatan: Menentukan prioritas masalah berdasarkan tingkat risiko dan urgensi.

3) Intervensi Keperawatan

Menetapkan tujuan yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatas waktu (SMART). Strategi Intervensi: Merencanakan intervensi keperawatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Kolaborasi: Bekerjasama dengan pemangku kepentingan lokal, seperti dinas kesehatan, lembaga pendidikan, dan komunitas lokal (Nofalia & Nurhadi, 2022).

4) Implementasi

Pelayanan Langsung: Memberikan intervensi kesehatan seperti imunisasi, penyuluhan, serta pengobatan dasar. Pemberdayaan Masyarakat: Meningkatkan partisipasi aktif masyarakat dalam menjaga kesehatan melalui edukasi kesehatan dan kampanye. Rujukan: Melakukan rujukan jika

ditemukan kasus yang memerlukan penanganan lebih lanjut di fasilitas kesehatan.

5) Evaluasi

Evaluasi Proses dan Hasil: Memantau dan menilai efektivitas intervensi berdasarkan tujuan yang telah ditetapkan. Tindak Lanjut: Melakukan perubahan atau penyesuaian pada intervensi jika hasilnya tidak sesuai dengan yang diharapkan.

CONTOH SOAL

1. Salah satu tujuan utama keperawatan komunitas adalah:
 - a. Meningkatkan kesehatan individu secara spesifik
 - b. Mencegah penyakit menular di rumah sakit
 - c. Meningkatkan kesehatan masyarakat melalui intervensi berbasis komunitas**
 - d. Memberikan pelayanan kesehatan primer di rumah sakit
2. Standar keperawatan komunitas menekankan pentingnya kerjasama tim. Siapa saja yang biasanya terlibat dalam tim tersebut?
 - a. Hanya perawat dan dokter
 - b. Masyarakat, tenaga kesehatan, dan pemerintah setempat**
 - c. Hanya tenaga kesehatan profesional
 - d. Pasien dan keluarganya saja
3. Salah satu standar dalam praktik keperawatan komunitas adalah:
 - a. Pelayanan diberikan secara kolaboratif dengan tim kesehatan lain**
 - b. Evaluasi hanya dilakukan oleh dokter
 - c. Perawatan hanya diberikan kepada pasien yang sakit
 - d. Pengambilan keputusan dilakukan sepenuhnya oleh perawat
4. Dalam penerapan standar praktik keperawatan komunitas, evaluasi hasil intervensi perawatan dilakukan untuk menilai keberhasilan program. Apa indikator keberhasilan program keperawatan komunitas?
 - a. Berkurangnya jumlah pasien di rumah sakit
 - b. Meningkatnya kesejahteraan ekonomi masyarakat
 - c. Meningkatnya derajat kesehatan masyarakat**
 - d. Meningkatnya kunjungan pasien ke puskesmas
5. Praktik keperawatan komunitas didasarkan pada model kesehatan masyarakat. Model ini lebih berfokus pada:
 - a. Penyembuhan penyakit setelah terjadi
 - b. Pengobatan individual tanpa intervensi kelompok
 - c. Diagnosa cepat dan perawatan pasien di rumah sakit
 - d. Pencegahan penyakit dan promosi kesehatan**

DAFTAR PUSTAKA

- Aris Prio Agus Santoso, Ady Irawan AM, Aknes Galih Sumirat, A. L. S. K. P. (2022). Pertanggungjawaban Hukum Perawat Dalam Tindakan Keperawatan Ditinjau Dari Konsep Sociological Jurisprudence. *Ejournal.Mandalanursa.Org*, 6(4), 2598-9944.
<https://doi.org/10.36312/jisip.v6i4.3870/http>
- Ferry Efendi Makhfudli. (2009). *Keperawatan, Sasaran Komunitas, Kesehatan*. 323.
- Hamid, A. Y., Susanti, H., Mulyono, S., & Chandra, Y. A. (2019). *Buku standar praktik keperawatan manajemen risiko bencana fakultas ilmu keperawatan universitas indonesia* (Issue June 2022).
- Mahaputri, A. A. I., Budiarta, I. N. P., & Dewi, A. A. S. L. (2019). Perlindungan Hukum Bagi Profesi Perawat Terhadap Pelaksanaan Praktik Keperawatan. *Jurnal Analogi Hukum*, 1(3), 277-281.
<https://ejournal.warmadewa.ac.id/index.php/analogihukum%0APerlindungan>
- Nofalia, I., & Nurhadi, Mk. (2022). *Keperawatan Komunitas I Program Studi S1 Ilmu Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang 2018*. 1-50.
- Noviany Banne Rasiman, Dely Maria P., D. (2021). Buku Ajar Konsep Keperawatan Komunitas. In *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951-952. (Vol. 21, Issue 4).
<https://www-1tandfonline-1com-1mijdrsul0a52.hps.bj.uj.edu.pl/doi/abs/10.1080/09688080.2018.1467361%0Ahttps://about.jstor.org/terms%0Ahttps://www.jstor.org/stable/3174448?seq=1>
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2005). Standar Kompetensi Perawat Indonesia. *Standar Kompetensi Perawat Indonesia- DiPublikasi Oleh Bidang Organisasi PP-PPNI Melalui; Http://Www.Inna-Ppni.or.Id*, 15, DF-1.4 %Çi□¢ 5 0 obj <</Length 6 0 R/Filter /Flate.
<http://www.inna-ppni.or.id/innappni/mntop-standar-kompetensi.html>

RAWATAN KOMUNITAS Oleh : Jokowi. (n.d).

Sulistiorini, A. E. (2019). Tanggung Jawab Hukum Perawat Maternitas Dalam Melakukan Tindakan Kebidanan Di Bidang Persalinan. *Law and Justice*, 4(2), 112-119. <https://doi.org/10.23917/laj.v4i2.8684>

Susanto, W. H. A. (2022). Bab 1 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas. In *Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga*.

BIODATA PENULIS



Rosamey Elleke Langitan, S.Kep,Ns.M.Kep lahir di Luwuk, pada 15 Mei 1972. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Palu, Prodi Keperawatan Poso

BAB 9

Program Evaluasi : Definisi, Tujuan, Manfaat, Tahapan, Metode/Alat

Jeineke Ellen Ratuela, S.Pd., S.SiT., M.DSc

A. Pendahuluan

Program merupakan serangkaian koleksi aktifitas terorganisir yang didesain untuk mencapai tujuan tertentu. Aktifitas yang terorganisir tersebut dirancang untuk menyelesaikan beberapa masalah. Jika tidak ada masalah maka tidak diperlukan intervensi terprogram yang diharapkan dapat menyelesaikan masalah. Program merupakan intervensi atau layanan yang diharapkan dapat memberikan dampak kepada peserta yang mengikuti program. Jika dikaitkan dengan evaluasi maka program evaluasi merupakan penilaian atas serangkaian atau suatu kesatuan implementasi kegiatan yang diatur dengan kebijakan, berlangsung secara berkesinambungan, dalam suatu organisasi dengan melibatkan sekelompok orang (Faizin & Kusumaningrum, 2023)

Evaluasi merupakan serangkaian prosedur untuk menilai suatu program dan memperoleh informasi tentang keberhasilan pencapaian tujuan, kegiatan, hasil, dan dampak serta biayanya. Fokus utama dari evaluasi adalah mencapai perkiraan yang sistematis dari dampak program. Dengan demikian, evaluasi merupakan suatu usaha untuk mengukur suatu pencapaian tujuan atau keadaan tertentu dengan membandingkan dengan standar nilai yang sudah ditentukan sebelumnya. Juga merupakan suatu usaha untuk mencari kesenjangan antara yang ditetapkan dengan kenyataan hasil pelaksanaan. Menurut Wijono (1997), evaluasi adalah prosedur secara menyeluruh yang dilakukan dengan menilai masukan, proses dan indikator keluaran untuk menentukan keberhasilan dari pelaksanaan

suatu program dalam mencapai tujuan yang ditetapkan (Kholifah, 2016)

1. Pengertian Program Evaluasi

Menurut William N. Dunn istilah evaluasi sama artinya dengan penaksiran (*appraisal*), pemberian angka (*rating*), dan penilaian (*assessment*). Kata ini menyatakan usaha untuk menganalisis hasil kebijakan dalam arti satuan nilainya. Evaluasi adalah proses yang mengkaji secara kritis suatu program, aktivitas, kebijakan, atau semacamnya. Hal ini melibatkan pengumpulan informasi tentang kegiatan dan hasil program (Aurellia A., 2022)

Evaluasi sebagai suatu proses untuk memastikan sejauh mana terealisasi atau tidaknya suatu tujuan. Menurut Wirawan (2011:7) “evaluasi sebagai riset untuk mengumpulkan, menganalisis, dan menyajikan informasi yang bermanfaat mengenai objek evaluasi, menilainya dan membandingkannya dengan indikator evaluasi dan hasilnya dipergunakan untuk mengambil keputusan mengenai objek evaluasi. Evaluasi merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kealpaan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan dan pelaksanaan tindakan.

Evaluasi adalah suatu tindakan pengambilan keputusan dalam menilai terhadap suatu objek, keadaan, peristiwa lainnya yang sedang diamati. Lebih lanjut disampaikan juga bahwa dengan melakukan evaluasi dapat mengambil kesimpulan tentang segala sesuatu yang telah terjadi, sekaligus memberikan landasan dan arahan bagi kegiatan lanjutan yang perlu dilakukan. Batasan lainnya untuk evaluasi juga disampaikan oleh Gronlund & Linn (1990) menyatakan bahwa evaluasi adalah proses sistematis dari pengumpulan, analisis, dan penafsiran data atau informasi

untuk menentukan tingkat ketercapaian tujuan pelajaran yang diterima oleh peserta didik (Putro et al., 2024)

Program evaluasi adalah proses pencarian informasi, penemuan informasi dan penetapan informasi yang dipaparkan secara sistematis tentang perencanaan, nilai, tujuan, manfaat, efektifitas dan kesesuaian sesuatu dengan kriteria dan tujuan yang telah ditetapkan (Munthe, 2015).

2. Tujuan Program Evaluasi

Menurut Supriyanto (1988) tujuan program evaluasi adalah sebagai berikut :

- a. Memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program. Sehubungan dengan ini, perlu adanya kegiatan-kegiatan yang dilakukan antara lain, memeriksa kembali kesesuaian program dalam hal perubahan-perubahan kecil yang terus menerus, mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan, menentukan sebab dan faktor di dalam maupun di luar yang mempengaruhi pelaksanaan suatu program.
- b. Sebagai alat untuk memperbaiki kebijaksanaan perencanaan dan pelaksanaan program yang akan datang. Hasil evaluasi akan memberikan pengalaman mengenai hambatan dari pelaksanaan program yang lalu dan selanjutnya dapat dipergunakan untuk memperbaiki kebijaksanaan dan pelaksanaan program yang akan datang.
- c. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber dana dan sumber daya manajemen saat ini serta di masa mendatang.

Tujuan dari evaluasi program kesehatan adalah untuk memperbaiki program-program kesehatan dan pelayanannya untuk mengantarkan dan mengarahkan alokasi tenaga serta dana untuk program dan pelayanan yang sedang berjalan dan yang akan datang. Evaluasi harus digunakan secara konstruktif dan bukan untuk membenarkan tindakan yang telah lalu atau sekadar mencari kekurangan-kekurangan saja (Kholifah, 2016)

Tujuan evaluasi program menurut Roswati (2008:66-67) adalah sebagai berikut :

- 1) Menjawab pertanyaan-pertanyaan tentang tindak lanjut suatu program di masa depan
- 2) Penundaan pengambilan keputusan
- 3) Pergeseran tanggung jawab
- 4) Pembembenaran/justifikasi program
- 5) Memenuhi kebutuhan akreditasi
- 6) Laporan akuntansi untuk pendanaan
- 7) Menjawab atas permintaan pemberi tugas, informasi yang diperlukan
- 8) Membantu staf mengembangkan program
- 9) Mempelajari dampak/akibat yang tidak sesuai dengan rencana
- 10) Mengadakan usaha perbaikan bagi program yang sedang berjalan
- 11) Menilai manfaat dari program yang sedang berjalan
- 12) Memberikan masukan bagi program baru (Munthe, 2015)

Menurut tujuan, evaluasi dapat dibagi menjadi tiga, yaitu :

- a. Evaluasi proses
Evaluasi proses bertujuan untuk mengkaji bagaimana program berjalan dengan fokus pada masalah penyampaian pelayanan (service delivery).
- b. Evaluasi Biaya-Manfaat
Evaluasi biaya-manfaat bertujuan untuk mengkaji biaya program relatif terhadap alternatif penggunaan sumber daya dan manfaat dari program.
- c. Evaluasi dampak
Evaluasi dampak bertujuan untuk mengkaji apakah program memberikan pengaruh yang diinginkan terhadap individu, rumah tangga, masyarakat, dan kelembagaan.

3. Manfaat Program Evaluasi

Menurut Roswati (2008) mengatakan bahwa manfaat dari evaluasi program sebagai berikut:

- 1) Memberikan masukan apakah suatu program dihentikan atau diteruskan
- 2) Memberitahukan prosedur mana yang perlu diperbaiki

- 3) Memberitahukan strategi, atau teknik yang perlu dihilangkan/diganti
- 4) Memberikan masukan apakah program yang sama dapat diterapkan di tempat lain
- 5) Memberikan masukan dana harus dialokasikan ke mana
- 6) Memberik masukan apakah teori/pendekatan tentang program dapat diterima/ditolak (Munthe, 2015)

Pendapat lainnya tentang manfaat program evaluasi sebagai berikut :

- 1) Meningkatkan kemungkinan tercapainya suatu tujuan atau inisiatif
- 2) Memastikan sumber daya yang bermanfaat
- 3) Mengidentifikasi apa dan mengapa rencana bisa berhasil atau tidak berhasil
- 4) Mengidentifikasi area yang perlu ditingkatkan untuk memberikan layanan terbaik
- 5) Menilai sudah tepatkah suatu program dan kebijakan
- 6) Menghasilkan keputusan yang lebih baik
- 7) Pengembangan kemampuan sumber daya
- 8) Proses penentuan suatu program perlu dilanjutkan atau tidak
- 9) Mengembangkan inisiatif dan meningkatkan kinerja
- 10) Dasar komunikasi yang berkelanjutan antar tim (Aurellia, A., 2022)

4. Tahapan Evaluasi

Langkah-langkah dalam melakukan evaluasi merujuk pada teknik evaluasi sehingga ada beberapa urutan tahap-tahap yang perlu dilakukan. Evaluasi program lebih menekankan pada bagaimana cara mengumpulkan informasi hingga cara mengolah informasinya. Menurut Notoatmodjo terdapat beberapa tahapan dalam kegiatan evaluasi meliputi:

- 1) Menentukan topik evaluasi, sehingga pastikan sudah tahu apa yang akan dievaluasi.
- 2) Merancang kegiatan evaluasi yang mampu menentukan keberhasilan program.
- 3) Menetapkan cara atau metode evaluasi yang akan digunakan.

- 4) Melaksanakan evaluasi, mengolah, dan menganalisis data hasil evaluasi tersebut.
- 5) Menentukan keberhasilan program yang dievaluasi berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan.
- 6) Menyusun rekomendasi terhadap program berikutnya berdasarkan hasil evaluasi tersebut (Aurellia A., 2022)

Untuk mencapai tujuan evaluasi program harus dilakukan dengan langkah-langkah yang sistematis dan logis. Berikut adalah tahapan-tahapan evaluasi program yang umum digunakan:

1) Menentukan ruang lingkup evaluasi

Langkah pertama adalah menentukan ruang lingkup evaluasi, yaitu apa saja yang akan dievaluasi dari program. Ruang lingkup evaluasi dapat mencakup aspek-aspek seperti :

- Kebijakan program, yaitu dasar hukum, visi, misi, tujuan, sasaran, indikator, strategi, dan anggaran program.
- Implementasi program, yaitu pelaksanaan kegiatan-kegiatan program sesuai dengan rencana kerja dan jadwal waktu.
- Hasil program, yaitu output atau produk yang dihasilkan oleh program dalam bentuk kuantitatif atau kualitatif.
- Dampak program, yaitu outcome atau manfaat yang dirasakan oleh sasaran atau penerima manfaat program dalam jangka pendek atau panjang.
- Efektivitas program, yaitu perbandingan antara hasil dan dampak program dengan sumber daya yang digunakan.

2) Menentukan model evaluasi

Langkah kedua adalah menentukan model evaluasi, yaitu kerangka kerja atau pendekatan yang digunakan untuk melakukan evaluasi program. Model evaluasi dapat dipilih sesuai dengan tujuan, sifat, karakteristik, dan

konteks program. Beberapa model evaluasi yang populer adalah:

- Model *CIPP (Context, Input, Process, Product)*, yang mengevaluasi empat komponen utama dari program, yaitu konteks (lingkungan dan kebutuhan program), input (sumber daya dan rencana program), proses (pelaksanaan dan pengelolaan program), dan produk (hasil dan dampak program).
- Model *Kirkpatrick (Reaction, Learning, Behavior, Results)*, yang mengevaluasi empat tingkat efektivitas dari program pelatihan atau pembelajaran, yaitu reaksi (tingkat kepuasan peserta terhadap program), pembelajaran (tingkat peningkatan pengetahuan dan keterampilan peserta akibat program), perilaku (tingkat perubahan perilaku peserta di tempat kerja akibat program), dan hasil (tingkat pencapaian tujuan organisasi akibat program).
- Model *Stake (Countenance)*, yang mengevaluasi dua aspek utama dari program, yaitu antecedents (faktor-faktor sebelum pelaksanaan program yang mempengaruhi desain dan implementasi program) dan transactions (interaksi antara pelaksana dan penerima manfaat program selama pelaksanaan program).

3) Menentukan metode pengumpulan data

Langkah ketiga adalah menentukan metode pengumpulan data, yaitu teknik-teknik yang digunakan untuk mengumpulkan informasi yang relevan dengan ruang lingkup dan model evaluasi. Metode pengumpulan data dapat bersifat kuantitatif atau kualitatif. Beberapa metode pengumpulan data yang umum digunakan adalah:

- Kuesioner atau angket, yaitu alat ukur berupa pertanyaan tertulis yang disajikan kepada responden untuk mendapatkan tanggapan mereka terhadap aspek-aspek tertentu dari program.

- Wawancara, yaitu alat ukur berupa pertanyaan lisan yang diajukan kepada responden secara langsung atau melalui media komunikasi untuk mendapatkan informasi mendalam terkait program.
- Observasi, yaitu alat ukur berupa pengamatan langsung atau tidak langsung terhadap perilaku, aktivitas, atau situasi yang terkait dengan program.
- Dokumentasi, yaitu alat ukur berupa pengumpulan dan analisis dokumen-dokumen yang berkaitan dengan program, seperti laporan, proposal, surat, jurnal, buku, dan lain-lain.
- Tes atau ujian, yaitu alat ukur berupa soal-soal yang disajikan kepada peserta program untuk mengukur tingkat pengetahuan atau keterampilan mereka sebelum dan sesudah mengikuti program.

4) Menentukan teknik analisa data

Langkah keempat adalah menentukan teknik analisis data, yaitu prosedur-prosedur yang digunakan untuk mengolah dan menafsirkan data yang telah dikumpulkan. Teknik analisis data dapat bersifat deskriptif atau inferensial. Beberapa teknik analisis data yang umum digunakan adalah:

- Statistik deskriptif, yaitu teknik analisis data yang digunakan untuk menyajikan dan merangkum data dalam bentuk tabel, grafik, diagram, atau ukuran-ukuran tendensi sentral (mean, median, modus) dan dispersi (varian, simpangan baku).
- Statistik inferensial, yaitu teknik analisis data yang digunakan untuk menguji hipotesis atau membuat kesimpulan umum tentang populasi berdasarkan sampel data dengan menggunakan uji parametrik (t-test, ANOVA, regresi) atau uji nonparametrik (chi-square, Mann-Whitney, Kruskal-Wallis).
- Analisis kualitatif, yaitu teknik analisis data yang digunakan untuk mengkodekan, mengelompokkan, menghubungkan, dan menafsirkan data dalam bentuk

kata-kata atau gambar dengan menggunakan metode-metode seperti grounded theory, fenomenologi, etnografi, atau studi kasus.

5)Menyusun laporan evaluasi

Langkah kelima adalah menyusun laporan evaluasi, yaitu dokumen tertulis yang berisi hasil dan temuan dari evaluasi program. Laporan evaluasi harus disusun dengan cara yang sistematis, logis, jelas, dan objektif. Laporan evaluasi biasanya terdiri dari beberapa bagian, antara lain:

- Pendahuluan, yaitu bagian yang berisi latar belakang masalah, tujuan evaluasi, ruang lingkup evaluasi, model evaluasi, dan metodologi evaluasi.
- Hasil evaluasi, yaitu bagian yang berisi hasil analisis data sesuai dengan ruang lingkup dan model evaluasi yang dipilih.
- Pembahasan evaluasi, yaitu bagian yang berisi interpretasi dan implikasi dari hasil evaluasi terhadap program.
- Simpulan dan saran evaluasi, yaitu, bagian yang berisi ringkasan dari hasil dan pembahasan evaluasi serta rekomendasi untuk perbaikan dan pengembangan program di masa depan

6)Metode/Alat Evaluasi

Metode yang dipakai dalam evaluasi menurut Setiadi (2018) antara lain:

- a) Observasi langsung
- b) Wawancara
- c) Memeriksa laporan
- d) Latihan Soal

Metode lainnya yang bisa digunakan yaitu :

- 1) Metode 160 Derajad
Mendapatkan umpan balik (feeedback) ganda, yakni selain dari pimpinan perusahaan/instansi, juga berasal dari kolega hingga konsumen

- 2) Metode Analisa Biaya Manfaat
Metode ini dilakukan dengan mengidentifikasi komponen-komponen yang termasuk ke dalam manfaat (benefit), dan tergolong biaya (cost)
- 3) Metode Program dan Kebijakan
Program atau kebijakan, yang bisa Anda lakukan dengan tiga pendekatan:
 - a) Pseudo Evaluation (Evaluasi Semu)
Dengan metode deskriptif, tanpa perlu bertanya secara langsung kepada perorangan, kelompok, dan masyarakat. Evaluasi dilakukan dengan tampilan tabel, teknik sajian grafik, analisis seri terinterupsi, angka indeks, analisis diskontinu-regresi, serta analisis seri terkontrol.
 - b) Evaluasi Formal
Perlu dilakukan berdasarkan program/kebijakan yang dituju, dan para pembuat kebijakan administrator program sudah mengumumkannya. Metode ini dilakukan dengan teknik klarifikasi nilai, pemetaan sasaran, analisis dampak silang, pemetaan hambatan, hingga discounting.
- 4) Metode Keputusan teoritis
Terdapat dua jenis informasi yang digunakan, yakni finansial, untuk mengevaluasi kinerja berdasarkan anggaran yang dibuat, dibandingkan dengan kinerja aktual. Informasi non-finansial, untuk mengukur kepuasan pelanggan, efisiensi proses internal, hingga efektivitas pengeluaran

CONTOH SOAL

1. Seorang perempuan berumur 40 tahun datang ke puskesmas dengan keluhan: pusing, susah tidur, pandangan mata kabur dan hasil TD 170/90 mmHG. Gejala yang terjadi pada pasien tersebut termasuk dalam gejala penyakit ...
 - a. Insomnia
 - b. **Hipertensi**
 - c. Vertigo
 - d. Migrain
 - e. DM
2. Di bawah ini penyebab -penyebab dari hipertensi sekunder adalah...
 - a. Faktor keturunan
 - b. Bukan faktor keturunan
 - c. Jenis kelamin
 - d. Umur
 - e. **Gaya hidup**
3. Mengonsumsi garam berlebih setiap hari dapat menyebabkan penyakit...
 - a. **Hipertensi**
 - b. DM
 - c. Diare
 - d. Konstipasi
 - e. gagal nafas
4. Di bawah ini yang dapat menyebabkan meningkatnya tekanan darah adalah,kecuali...
 - a. Jantung yang memompa lebih kuat
 - b. Arteri besar kehilangan kelenturannya
 - c. **berkurangnya cairan didalam sirkulasi**
 - d. adanya tekanan ginjal yang tidak normal
 - e. bertambahnya cairan didalam sirkulasi
5. Komplikasi yang sering terjadi pada pasien hipertensi adalah,kecuali...
 - a. Gagal Jantung
 - b. Stroke
 - c. **diare**
 - d. kerusakan paru
 - e. MCI

DAFTAR PUSTAKA

- Aurellia Anindyadevi. (2022). Evaluasi adalah: Tahapan, Tujuan, dan Fungsinya . *Detikjabar*.
- Faizin, A., & Kusumaningrum, H. (2023). Review Model-model Evaluasi Program Untuk Pendidikan dan Pelatihan Online. *EduManajerial*, 1(1), 42-54. <https://doi.org/10.15408/em.v1i1.32245>
- Kholifah, S. N. , W. , W. (2016). *Buku Ajar Keperawatan-Keluarga-dan-Komunitas-Komprehensif (I)*.
- Munth, P. A. (2015). Pentingnya Evaluasi Program Di Institusi Pendidikan. *Scholaria*, 5(2), 1-14.
- Putro, W. G., Kes, M., Pesak, E., & Kep, S. (2024). *Bunga Rampai Administrasi Kebijakan Kesehatan (Vol. 1)*. www.mediapustakaindo.com
- Setiadi. (2018). *Konsep dan Praktik Penulisan Riset Keperawatan (Edisi 2)*. Jakarta: Graha Ilmu

BIODATA PENULIS



Jeineke Ellen Ratuela, S.Pd., S.SiT., M.DSc, lahir di Tombatu, pada 30 Juni 1975. Menyelesaikan pendidikan D4 di Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta, S2 Ilmu Kedokteran Gigi Minat Manajemen Pelayanan Kesehatan Gigi Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 10

Proses Belajar Mengajar di Komunitas

Aneeke A Tahulending S. Pd, M.Kes

A. Pendahuluan

1. Pengertian komunitas

Pengertian Komunitas Adalah Sistim Pembinaan Kesehatan Berubah Dalam Dua Cara Utama Untuk Menekan Biaya Perawatan Kesehatan Melalui Suatu sistim yang berkembang menjadi model berbasis komunitas dan juga menjadi komponen kesehatan sebagai fungsi Utama untuk dan pencegahan penyakit dan upaya penyembuhan.

Pengertian tentang komunitas itu sendiri ditemukan banyak juga beragam, Ada beberapa ragam komunitas seperti dibawah ini :

- a. Baldwein dan rekan (1998) menguraikan evolusi defenisi komunitas dengan memeriksa sebuah definisi yang muncul dalam teks keprawatan kesehatan bahwa sebelum tahun 1996 defenisi kesehatan komunitas dia berfokus pada batas-batas geografis, di kombinasikan dengan akitab sosial individu (Baldwein 1998),Definisi komunitas sebagai kelompok individu yang menmpati lokasi tertentu,yang memiliki nilai-nilai,keyakinan dan minat yang sama,dan berkolaborasi menuju tujuan bersama (Mobarak dan catin 2009).
- b. Definisi lain menyebutkan komunitas merupakan suatu kumpulan orang-orang yang saling berinteraksi satu dengan yang lain berlandaskan karakter dan memiliki tujuan yang sama (Allender, Rector, & Warner, 2013).

- c. Komunitas atau masyarakat juga disebutkan sebagai suatu kumpulan orang yang hidup bersama dalam satu daerah atau suatu lokasi membentuk budaya dan saling berinteraksi satu dengan yang lainnya, bersifat berkelanjutan serta terikat oleh identitas yang bersama (Stanhope & Lancaster, 2019).
- d. Komunitas adalah sekelompok orang yang berbagi sesuatu yang sama dan berinteraksi satu sama lain yang mungkin menunjukkan komitmen yang sama dan berbagi batas geografis (Lundy & Janes, 2009).
- e. World Health Organization (WHO) menjelaskan bahwa komunitas adalah sekelompok orang yang mungkin tidak terkait secara spasial tetapi memiliki minat, kekhawatiran, atau identitas yang sama (WHO, 2022).
- f. WHO juga mendefinisikan kesehatan komunitas sebagai sumber daya lingkungan, sosial, dan ekonomi untuk mempertahankan kesejahteraan emosional dan fisik di antara orang-orang dengan cara memajukan aspirasi mereka dan memenuhi kebutuhan mereka di lingkungan unik mereka

2. Tujuan keperawatan komunitas :

Tujuan utama keperawatan adalah untuk mengurangi dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan dengan menerapkan strategi sebagai berikut :

- a. Individu, keluarga dan kelompok yang tinggal dalam komunitas tertentu di prioritaskan untuk mendapatkan perawatan (*direct care*)
- b. Penekanan adalah pada kesehatan masyarakat dengan pertimbangan masalah kesehatan dapat memperuhi keluarga, individu dan kelompok (*Community health*). Selain itu diharapkan individu, keluarga, kelompok dan komunitas memiliki kemampuan untuk :
 - 1) Mengidentifikasi masalah kesehatan yang di hadapi

- 2) Mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah kesehatan.
- 3) Mengembangkan dan menerapkan strategi pemecahan masalah dalam konteks masalah kesehatan.
- 4) Membahas masalah yang mereka hadapi.
- 5) Mengevaluasi seberapa jauh masalah mereka akhirnya diselesaikan.

3. Pelayanan keperawatan kesehatan komunitas :

Depkes (2006) menyatakan pelayanan kesehatan Publik dapat di administrasikan kesemua tingkat perawatan kesehatan meliputi :

- a. Di unit kesehatan perawatan seperti rumah sakit dan puskesmas yang meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap
 - 1) Di dalam rumah perawatan yang mengkhususkan diri dalam "*Home care*" Menawarkan penawaran langsung pada keluarga yang mengalami penyakit akut atau kronis. Implementasi perawatan di rumah dapat meningkatkan fungsi keluarga dalam mengelola kondisi kesehatan beresiko tinggi di antara anggota keluarga.
 - 2) Di kelas Atau sekolah perawat sekolah memiliki kapasitas untuk menawarkan pelayanan perawatan Hunian (*Day care*) Dalam berbagai jenjang pendidikan seperti Tk,Sd,Smp,Sma,Perguruan tinggi. Tanggung jawab sekolah meliputi; penilaian kesehatan, promosi kesehatan, dan pendidikan kesehatan.
 - 3) Di tempat Kerja Atau industri Perawat mampu melakukan perawatan langsung dengan terjadinya penyakit atau kecelakaan Minimal diberbagai pengaturan seperti tempat kerja, kantor, industri rumah tangga dan pabrik. Memberikan kesehatan yang berkaitan dengan keselamatan

kerja, nutrisi seimbang, mitigasi stres, olahraga fisik, dan berhenti merokok.

- 4) Di barak penampungan perawat bertanggung jawab untuk memberikan perawatan langsung di barak-barak penampungan kepada individu yang mengalami penyakit akut, penyakit kronis, dan berbagai kondisi kesehatan fisik dan mental.
- 5) Di kegiatan puskesmas keliling memberikan perawatan keperawatan kepada individu, komunitas pedesaan, dan populasi pengungsi layang keperawatan mencakup penyediaan perawatan yang sederhana, pemeriksaan kesehatan, manajemen penyakit akut dan kronis, serta administrasi dan rujukan kasus medis.
- 6) Di panti, lembaga atau kelompok Khusus lainnya contohnya panti asuhan, panti jompo, dan panti sosial lainnya seperti Rutan dan Lapas.
- 7) Di komunitas yang resiko tinggi seperti:
 - a) Wanita, anak-anak, dan lansia sasaran kekerasan.
 - b) Di fasilitas kesehatan mental.
 - c) Di fasilitas kecanduan narkoba / penyalagunaan sat terlarang.
 - d) Di panti jompo gelandangan, pemulung, pengemis, penghidap HIV, Dan pekerja seks komersial.

4. Komponen Komunitas

Anderson dan McFarlane, 2000 telah mengelompokkan beberapa komponen penting dalam komunitas seperti:

- a. Lingkungan fisik
- b. Pendidikan,
- c. Politik dan pemerintah
- d. Transportasi
- e. Pelayanan kesehatan dan sosial,
- f. Komunikasi,

- g. Ekonomi,
- h. Rekreasi

5. Prinsip keperawatan komunitas

Dermawan (2012) Mengatakan bahwa prinsip-prinsip dasar praktek kesehatan meliputi :

- a. Keluarga dianggap sebagai unit dalam kesehatan publik.
- b. Sarannya meliputi individu, keluarga, organisasi dan komunitas.
- c. Perawat kesehatan berkerja dengan masyarakat, bukan untuk masyarakat.
- d. Layanan yang di tawarkan memprioritaskan tindakan pencegahan dan promosi, sementara juga mengakui pentingnya upaya penyembuhan dan rehabilitasi.
- e. Proses keperawatan berfungsi sebagai kerangka dasar untuk menangani masalah dalam layanan kesehatan masyarakat
- f. Penyediaan perawatan kesehatan masyarakat tidak hanya di rumah sakit melainkan sebagian besar di masyarakat
- g. Pasiaen mencakup baik individu yang mengalami sakit maupun sehat.
- h. Fokus utama perawatan kesehatan masyarakat berpusat pada promosi perilaku sehat diantara masyarakat
- i. Tujuan pelayanan utama layanan kesehatan masyarakat adalah untuk meningkatkan kualitas hidup dengan optimalkan derajat kesehatan.
- j. Perawat kesehatan masyarakat berfungsi sebagai untuk kolektif bukan sebagai entitas independen
- k. Mayoritas beban perawat kesehatan masyarakat didedifikasikan untuk kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan hasil kesehatan, mengurangi terjadinya penyakit, memenuhi kebutuhan individu baik sehat maupun tidak sehat, memberikatan bantuan pada warga yang sakit yang tidak memanfaatkan mereka sendiri dari layanan pusat kesehatan masyarakat dan

cenderung untuk pasien yang baru keluar fasilitas medis.

- l. Pentingnya kunjungan ke rumah.
- m. Penekanan utama adalah pada pendidikan kesehatan.
- n. Layanan kesehatan publik harus disesuaikan infrastruktur perawatan kesehatan yang sudah ada.
- o. Asuhan keperawatan terstruktur dalam pengaturan intruksi yang mengkoordinasikan layanan kesehatan, Termasuk puskesmas,sekolah , rumah perawatan , dan fasilitas lainnya dengan keluarga berfungsi sebagai unit dasar layanan.

6. Sasaran dan area praktek keperawatan komunitas

Adapun sasaran area praktek keperawatan komunitas berfokus kepada : a).Populasi , Komunitas atau Agregat, b).Praktisi perawat keluarga. C.)Praktisi *community health nursing* (CHN). d)Praktisi sekolah perawat kesehatan. e). Praktisi perawat bekerja

7. Model Teori Keperawatan komunitas :

Smits (2019) Menuliskan model yang digunakan dalam keperawatan komunitas diantaranya :

- a. Model *Healt care system* (Bilty Neuman)
Model ini memberikan pendekatan holistik dan berbasis sistem yang komprehensif untuk keperawatan yang mengandung unsur yang fleksibilitas. Teori ini berfokus pada respons sistim pasien terhadap stres lingkungan aktual atau potensial dan pengguna intrefensi pencegahan perawatan primer, sekunder,dan tersier untuk relasi, pencapaian, dan pemeliharaan kesehatan sistem pasien.
- b. Model *environment* (Florence Nightingale)
Fokus keperawatan dalam model ini adalah mengubah lingkungan pasien untuk mempengaruhi perubahan kesehatannya. Faktor lingkungan yang memperngaruhi kesehatan seperti yang di definisikan dalam teori ini : udara segar, air bersih , persedian makanan yang cukup, daiernase yang efisien kebersihan pasien dan

lingkungan, dan cahaya (Terutama sinar matahari langsung)

c. Teori *self care deficit* (Dorothea Orem)

Teori perawatan diri mencakup perawatan diri yang merupakan praktek kegiatan dimulai dari dilakukan individu atas namanya sendiri untuk mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan, agar perawatan diri yang merupakan kemampuan manusia“ yang merupakan manusia terlibat dalam perawatan diri” di kondisikan oleh usia, keadaan perkembangan, pengalaman hidup, Orientasi sosial budaya, kesehatan dan sumber daya yang tersedia.

d. Model *health promotion* (Nola J Pander)

Model promosi kesehatan ini berfokus pada tiga bidang; karakteristik dan pengalaman individu, kognisi dan pengaruh khusus perilaku, dan hasil perilaku. Teori ini mencatat bahwa setiap orang memiliki karakteristik dan pengalaman pribadi yang unik yang mempengaruhi tindakan selanjutnya. Hipotesis variabel untuk pengetahuan pengaruh khusus perilaku memiliki makna motivasi yang penting. Perilaku promosi kesehatan adalah hasil perilaku yang diinginkan, yang menjadikan titik akhir dalam model promosi kesehatan. Perilaku ini harus menghasilkan peningkatan kesehatan, peningkatan kemampuan fungsional dan kualitas hidup yang lebih baik disemua tahap perkembangan.

e. Model *Adaptation* (Callista Roy)

Roy menjelaskan bahwa adaptasi terjadi ketika orang merespon positif terhadap perubahan lingkungan dan itu adalah proses dan hasil individu dan kelompok yang menggunakan kesadaran, refleksi diri, dan pikiran untuk menciptakan integrasi manusia dan lingkungan. Konsep kunci dari model adaptasi roy adalah terdiri dari 4 komponen: Manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan. Menurut model roy, seseorang adalah

mahluk Bio-psiko-sosial. Dalam interaksi konstan dengan lingkungan yang berubah.

- f. Teori *interpersonal relations* (Hildegard E Peplau)
Teori hubungan interpersonal adalah teori klasifikasi diskriptif kelas menengah teori Peplau's terdiri dari 4 komponen yaitu : orang yang merupakan organisme yang berkembang yang mencoba mengurangi kecemasan yang di sebabkan oleh kebutuhan, lingkungan, yang terdiri dari kekuatan-kekuatan yang ada di luar orang tersebut, dan diletakan dalam konteks budaya, kesehatan yaitu simbol kata yang mengandung makna motivasi kepribadian dan proses manusia lainnya menuju kekekalan yang kreatif, konstruktif, produktif, personal dan bermasyarakat. Adapun model keperawatan ini mengindetifikasi empat fase dan hubungan interpersona, orientasi, indentifikasi, exploritasi dan resolusi.
- g. Teori *conceptual system and theory of goal attainment* (Imogene King).
teori pencapaian tujuan mendefinisikan keperawatan sebagai "suatu proses tindakan , reaksi dan interaksi, dimana perawatan klien membagi informasi tentang presepsi mereka dalam situasi keperawatan Dan suatu proses interaksi manusia antara perawat dan klien dimana masing-masing suatu yang berbeda melalui komunikasi mereka menetapkan tujuan, cara mengexplorasi, dan cara menyepakati untuk mencapai tujuan. Dalam definisi ini ada urutan perilaku yang melibatkan tindakan mental dan fisik, dan reaksi termasuk dan urutan perilaku dijelaskan dalam tindakan."
- h. Model Community as partnern (Anderso & Mc Farly)
Model keperawatan yang menyebutkan komunitas sebagai mitra dimana model ini melibatkan semua stakeholder, profesi, keluarga, dan komunitas untuk berkolaborasi bersama untuk tujuan kesehatan

komunitas melalui promosi program kesehatan melalui kemitraan. Model ini mengisyaratkan keterlibat dan keterkaitan antaran satu dengan lainnya dengan tujuan dan keterbatasannya yang sama.

- i. Model *conseptual* (virginia henderson)
Teori ini memfokuskan diri pada aktivitas sehari-hari (*Actifiti of daily living*) Melalui bernafas, makan dan minum, eliminasi, istirahat hidup, membuka dan memakai pakaian, bergerak, memelihara kebersihan tubuh, mencegah kecelakaan dan bahaya, berkomunikasi, berkerja untuk memenuhi kebutuhan hidupnya serta belajar.
- j. Model *beahavioral system* (Dorothy jonson)
Komopenen system perialku, yang terdiri semua cara berpola, berulang, bertujuan yang menjadi ciri kehidupan dan menggabungkan orang sebagai subsitim yang terdiri dari: Pencapaian, avikasi, perlindungan agresif, ketergantungan, pencernaan, eliminasi, dan subsitim seksual.
- k. Teori *Succesful Aging* (Troutmant/jordan)
Teori Penuaan sukses Menggabungkan delapan tema utama ini adalah kemandirian aktif, kontribuksi yang bermanfaat bagi masyarakat dan orang lain memiliki sumber kenyamanan, kebebasan, kesehatan, memiliki sperpektik dan koping yang positif , hubungan dengan Tuhan dan hubungan dengan orang lain.
- l. Model *the community nursing practice* (Barry-King)
model keperawatan komunitan (CNPM) disajikan sebagai sintesis dari suatu dekade pengalaman perawatan orang dan komunitas. Nilai membentuk dasar model memberikan landasan untuk praktik CNPM didasarkan pada nilai-nilai rasa larut orang dalam kehidupan yang menyeluruh, dan kepedulian.

B. Proses belajar mengajar komunitas

1. Pengertian pembelajaran

Istilah pembelajaran merupakan terjemahan dari kata intruksion menurut Gagne, Brings, Vager (1992). Pembelajaran adalah serangkaian kegiatan yang dirancang untuk meningkatkan terjadinya proses belajar pada semua. Dalam kamu bahasa Indonesia pembelajaran menekankan pada proses, cara, pembuatan menjadikan orang atau makhluk hidup belajar. Pembelajaran dapat diartikan sebagai kegiatan yang ditunjukkan untuk membelajarkan siswa (dimiyanti dan mujiono 1999). Dalam pengertian lain pembelajaran adalah usaha-usaha yang terencana dalam memanipulasi sumber-sumber belajar agar terjadi proses belajar dalam diri siswa (arif s. sanmit dan kawan' 1990). Iskandar dkk 1995, Mengartikan pembelajaran sebagai upaya untuk membelajarkan siswa. Pembelajaran menurut wiken (1991) merupakan seperangkat tindakan yang di rancang untuk mendorong proses belajar peserta didik dengan memperhitungkan kejadian-kejadian external yang berperan terhadap rangkaian kejadian-kejadian internal yang berlangsung dalam peserta didik. Degeng 1993 mengartikan pembelajaran sebagai upaya untuk membelajarkan pembelajaran. Menurut Gagne dkk dalam beni (2011). Pembelajaran dapat didefinisikan sebagai serangkaian belajar dan prosedur yang digunakan untuk memfasilitasi keberlangsungan proses belajar.

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan pembelajaran segala upaya yang dilakukan oleh pendidik agar terjadi proses belajar pada diri peserta didik. Secara implisip didalam pembelajaran ada kegiatan memilih, menetapkan dan mengembangkan metode atau model untuk mencapai hasil pembelajaran yang diinginkan. Pembelajaran lebih menekankan cara-cara untuk mencapai tujuan dan berkaitan dengan bagaiman cara

mengorganisasikan isi pembelajaran, menyampaikan isi pembelajaran, dan mengelolah pembelajaran.

Proses pembelajaran seharusnya diselenggarakan secara interaktif, inspiratif dalam suasana yang menyenangkan, mengairakan, menantang, memotivasi peserta didik untuk bepartipasi aktif, serta memberikan ruang yang cukup bagi prakarsa, kreaktifitas, kemandirian, sesuai dengan bakat, minat dan perkembangan fisik serta psikologi peserta didik.

Pendidikan Kesehatan adalah proses mendidik manusia tentang kesehatan. Menurut Laporan JCHET (1991), Pendidikan Kesehatan adalah :“Proses dari kesinambungan belajar yang memampukan manusia, sebagai individu ataupun anggota struktur sosial agar bisa membuat keputusan sendiri”

Pendidikan kesehatan adalah usaha mengupayakan agar perilaku individu, kelompok, atau masyarakat mempunyai pengaruh positif terhadap pemeliharaan dan peningkatan Kesehatan.

Tujuan pendidikan kesehatan adalah mengubah perilaku dari yang merugikan kesehatan atau tidak sesuai dengan norma kesehatan ke arah tingkah laku yang menguntungkan Kesehatan atau norma yang sesuai dengan kesehatan.

2. Asas-asas Pembelajaran

Dalam kamus besar bahasa indonesia asas adalah keseluruhan dasar, suatu kebenaran yang menjadi pokok dasar sedangkan prinsip adalah asas atau dasar yang dijadikan pokok berpikir, bertindak dan sebagainya. Dapat disimpulkan asas dan prinsi adalah sama karena menjadi pokok dasar baik bertindak maupun berpikir. Pembelajaran disebut juga kegiatan pembelajaran (intruksional) adalah usaha mengelolah lingkungan dengan sengaja agar seorang membentuk diri secara positif dalam kondisi tertentu. Dengan demikian inti dari pembelajaran adalah segala upaya yang dilakukan oleh pendidik agar terjadi proses

belajar pada peserta didik. Kegiatan pembelajaran tidak akan berarti jika tidak menghasikan kegiatan belajar pada peserta didiknya.

Dalam UU Tahun 2003 tentang sisk dinas ayat 1 pasal 20, pembelajaran adalah proses interaksi peserta didik dan sumber belajar pada suatu lingkungan belajar. Kegiatan pembelajaran di rancang untuk memberikan pengalaman belajar yang melibatkan proses mental dan fisik melalui; kontraksi para peserta didik jika dilakukan dengan lingkungan yang nyaman dan memberikan rasa aman kepada peserta didik. Asas-asas pembelajaran adalah sesuatu yang dijadikan dasar berpikir dan bertindak untuk mencapai proses belajar melalui : Peragaan ,Minat dan perhatian, Motivasi, Apersepsi,Koreksi dan konsentrasi, Individualisasi, Kooperasi/ kooperatif

3. Faktor-faktor yang mempengaruhi belajar

Ada dua faktor yang mempengaruhi belajar seseorang yakni: faktor internal dan faktor eksternal, Faktor internal disebut juga faktor psikologi sedangkan faktor eksternal disebut juga dengan faktor sosiologis. Faktor internal itu sendiri ada juga dua macam yakni :

- a. Aspek fisiologis secara umum seperti kesehatan yang prima,tidak dalam keadaan lelah dan capek, tidak dalam cacat jasmani dan sebagainya, hal ini dapat mempengaruhi peserta didik dalam menerima materi pembelajaran.
- b. Aspek psikologis setiap individu dalam hal peserta didik pada dasarnya memiliki kondisi psikologi yang berbeda-beda yang tentunya turut mempengaruhi beberapa hasil belajarnya.

Beberapa hasil faktor psikologi meliputi intelegensi (IQ), perhatian, bakat, motif, kognitif daya nalar peserta didik. Kalau faktor eksternal juga ada dua macam yaitu : 1). Faktor lingkungan mempengaruhi hasil belajar faktor lingkungan ini meliputi lingkungan sosial dan lingkungan non sosial. Lingkungan sosial misalnya: keluarga,sekolah,

masyarakat. Sedangkan lingkungan non sosial yaitu: suhu, cuaca, waktu, tempat belajar. 2). Faktor metode; foaktor metode jga sangat berpenhgaruh terhadap hasil belajar siswa. Penggunaan metode yang tepat akan memberikan hasil yang efektif., terlebih zaman teknologi canggih, pendidik dapat memanfaatkan berbagai macam media dan dikemas dengan metode yang bervariasi.

Keberhasilan dalam proses belajar dan pembelajaran dapat dilihat melalui tingkat keberhasilan dalam mencapai tujuan pendidikan. Efektifitas sebuah proses belajar dan pembelajaran ditentukan oleh intekasi diantara komponen - komponen tersebut (Pane & Darwis Dasopay 2017).

4. Macam - macam metode yang dipakai dalam proses pembelajaran.

Ada banyak macam metode yang dipakai oleh guru dalam proses pembelajaran meliputi :

Metode ceramah, metode tanya jawab, metode diskusi, metode diskusi kelompok, metode permainan (games), metode kisah/cerita, metode team teaching, metode peer teaching, metode karyawisata, metode tutorial, metode micro teaching, metode kerja kelompok, metode persepsi, metode braim storming, metode curah pendapat, metode latihan, metode eksperimen, metode pembelajaran dengan modul, metode praktek kerja lapangan, metode simposium

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi, N. S. (2008). Konsep dasar keperawatan. EGC. Depkes, R. I. (2006). Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisan Medik. Jakarta.
- Eka Diah Kartiningrum, E. D. K., Lembunai Tat Alberta, L. T. A., Dwiharini Puspitaningsih, D. P., & Yudha Laga Hadi Kusuma, Y. L. H. K. Konsep Dasar Keperawatan Komunitas.
- Mubarak W I, Chayatin N. (2009). Ilmu Keperawatan Komunitas I Pengantar Teori. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurhayati. (2011). Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Komunitas. Jakarta: Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Metode dan Model-model pembelajaran "menjadikan proses pembelajaran lebih variatif,Aktif,Inovatif,Efektif dan menyenangkan" 2019. Dok. M sobry suktino. Holistic Psikologi pendidikan 2021. Sama', S.Pd, M.Pd.; Annisa Wahyuni, M.Pd.; Anastasia Dewi Anggraeni,M.Pd.Yayasan Penerbit Muhammad Zaini

BIODATA PENULIS



Anneke A Tahulending SPd, M.Kes, Lahir di Manado, 2 April 1968. Penulis menempuh Pendidikan Keperawatan Gigi mulai dari SPRG Dep.Kes Manado lulus tahun 1987, kemudian, Diploma III Pendidikan Bandung lulus tahun 1996, dan selanjutnya diploma III Keperawatan Gigi di Politeknik Kesehatan Kemenkes Jojakarta lulus pada tahun 1998. Selanjutnya penulis menyelesaikan pendidikan dari Program Studi Sarjana Pendidikan di Universitas Negeri Manado pada Fakultas Ilmu Pendidikan (FIP) Peminatan Kurikulum dan Teknologi Pendidikan Universitas Negeri Manado lulus tahun 2003 dan selanjutnya melanjutkan ke Program Pasca Sarjana di Program Studi Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado Peminatan Administrasi Kebijakan Kesehatan lulus tahun 2010. Sejak tahun 2005 - sampai sekarang sebagai dosen tetap pada Program Studi Diploma III Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Kemenkes Manado.

BAB 11

Terapi Komplementer di Indonesia

Ns. Lisa Anita Sari, M.N.S

A. Pendahuluan

Perkembangan keperawatan komplementer belakangan ini mendapatkan perhatian dari beberapa negara. Keperawatan komplementer menjadi terapi alternatif yang melengkapi pengobatan dan sebagai bagian yang penting dalam pelayanan kesehatan sejak tahun 1990-an di berbagai negara termasuk Amerika dan Eropa. Keperawatan komplementer juga mengalami perkembangan di Indonesia sebagai salah satu negara di Asia yang mempunyai berbagai macam budaya tradisional didalam pengobatan. Perkembangan terapi komplementer di Indonesia banyak dibahas dalam seminar, workshop dan pelatihan sebagai salah satu cara untuk menjawab kebutuhan perkembangan sesuai dengan amanah PERMENKES yang menjadikan terapi komplementer sebagai salah satu intervensi yang dapat digunakan didalam bidang keperawatan (Nies & McEwen, 2019).

Adapun beberapa istilah lainnya selain penggunaan kata komplementer ialah alternatif, tradisional dan integratif (Kramlich, 2014). Penggunaan kata “komplementer” lebih diyakini bahwa terapi tersebut digunakan sebagai pelengkap untuk terapi konvensional atau modern, sedangkan pilihan kata “alternatif” menyatakan bahwa terapi digunakan sebagai pengganti pengobatan barat dalam intervensi kesehatan (Nies & McEwen, 2019). Istilah terapi alternatif merupakan cara utama dalam pengobatan yang menggantikan terapi konvensional, sementara istilah tradisional merupakan sistem penyembuhan

secara budaya yang telah digunakan selama berabad-abad sebelumnya, sedangkan penggunaan istilah integratif melibatkan pengobatan konvensional dan komplementer secara bersama-sama sebagai suatu pengobatan dan promosi kesehatan (NCCIH, 2016).

Perkembangan keperawatan komplementer berawal dari perbedaan pandangan yang terjadi diantara klien dengan perawat ataupun tenaga kesehatan lainnya yang ada di pelayanan kesehatan terhadap sistem pelayanan kesehatan yang diberikan. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, selain menggunakan pendekatan biomedis untuk promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan dan penyembuhan juga perlu untuk memperhatikan kesatuan tubuh, termasuk pikiran, jiwa dan nilai individu sebagai aplikasi dari prinsip holistik atau menyeluruh (Nies & McEwen, 2019). Manajer pelayanan kesehatan mempercayai bahwa pemberian terapi komplementer dapat meningkatkan kapasitas daripada pelayanan kesehatan secara menyeluruh dengan memenuhi kesenjangan terapeutik didalam praktik kesehatan (Singer & Adams, 2014).

Sistem pelayanan kesehatan yang diberikan secara menyeluruh ini merupakan salah satu bentuk pelayanan dalam praktik keperawatan yang sering disebut dengan keperawatan komplementer.

B. Terapi Komplementer

1. Pengertian terapi komplementer

Terapi komplementer merupakan terapi tambahan yang diberikan secara bersamaan dengan pengobatan konvensional (Kramlich, 2014).

Defenisi lain mendefinisikan terapi komplementer sebagai terapi yang digunakan selain dari keperawatan kesehatan tradisional (Stanhope & Lancaster, 2014).

Pendapat lain menyatakan bahwa terapi komplementer sebagai kumpulan praktik dan produk yang terkait dengan kesehatan yang penggunaannya diluar terapi konvensional (Hall et al., 2017).

Berdasarkan PERMENKES RI NO 15 TAHUN 2018 menyatakan bahwa pelayanan kesehatan tradisional yaitu pengobatan atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu terhadap pengalaman dan keterampilan yang didapatkan melalui turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. Sedangkan pelayanan kesehatan tradisional komplementer merupakan penerapan kesehatan tradisional yang memanfaatkan ilmu biomedis dan biokultural dalam penjelasannya serta manfaat yang didapat dan keamanannya terbukti secara ilmiah.

2. Tujuan terapi komplementer

Menurut Purwanto (2013), terapi komplementer bertujuan untuk :

- a. Memperbaiki fungsi dan sistem kerja organ tubuh secara menyeluruh.
- b. Meningkatkan sistem kekebalan tubuh terhadap serangan penyakit.
- c. Menstimulasi dan mengaktifkan mekanisme penyembuhan alami yang ada didalam tubuh.

Berdasarkan PERMENKES RI NO 15 TAHUN 2018, pengaturan pelayanan kesehatan tradisional komplementer bertujuan untuk :

- a. Menjamin terselenggaranya pelayanan yang aman, efektif dan bermutu.
- b. Memberikan acuan dalam penyelenggaraannya bagi Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, masyarakat, fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan tradisional .
- c. Terlaksananya pengawasan dan pembinaan secara berjenjang oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan lintas sektor yang terkait.

3. Kriteria terapi komplementer

Menurut PERMENKES RI NO 15 TAHUN 2018, pelayanan kesehatan tradisional komplementer harus memenuhi kriteria, yaitu :

- a. Dapat dipertanggungjawabkan baik secara keamanan maupun manfaatnya dalam mengikuti kaidah ilmiah bermutu dan digunakan secara rasional dan tidak bertentangan dengan norma agama dan norma yang berlaku di masyarakat.
- b. Tidak membahayakan kesehatan klien yang menggunakan terapi tersebut.
- c. Memperhatikan kepentingan terbaik klien yang menggunakan terapi tersebut.
- d. Mempunyai potensi pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, penyembuhan, pemulihan kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup klien baik secara fisik, mental dan sosial.

4. Karakteristik terapi komplementer

Menurut PERMENKES RI NO 15 TAHUN 2018, pelayanan kesehatan tradisional komplementer memiliki karakteristik, yaitu :

- a. Konsep pelayanan kesehatan tradisional
 - 1) Adanya gangguan kesehatan individu yang disebabkan oleh ketidakseimbangan unsur bio, psiko, sosio, spiritual dan budaya.
 - 2) Manusia mempunyai kemampuan beradaptasi dan penyembuhan diri sendiri (self healing).
 - 3) Penyehatan dilaksanakan dengan pendekatan secara menyeluruh dan alamiah dengan tujuan untuk menyeimbangkan kembali antara kemampuan adaptasi dengan penyebab gangguan kesehatan.
- b. Berbasis budaya
Berasal dari tradisi budaya yang diwarisi secara turun temurun dari suatu masyarakat tertentu.
- c. Prosedur penetapan kondisi kesehatan individu (prosedur diagnosis)

Didasarkan pada kemampuan wawancara, pendengaran, penglihatan, perabaan dan penciuman yang dapat dibantu dengan alat dan teknologi yang bekerja sesuai dengan konsep kesehatan tradisional.

- d. Penetapan kondisi kesehatan individu (diagnosis)
Berdasarkan kesimpulan yang didapatkan melalui prosedur penetapan kondisi kesehatan perorangan dan konsep emik, yaitu pernyataan kondisi kesehatan perorangan yang berdasarkan pada pengalaman secara subjektif pasien dan pandangan masyarakat terhadap gangguan kesehatan tersebut.
- e. Tatalaksana pengobatan dan perawatan
Pengobatan dan perawatan dilakukan dengan menggunakan bahan alam, teknik olah pikir, teknik manual dan teknik energi serta dapat menggunakan alat dan teknologi yang sesuai dengan ciri kesehatan tradisional.

5. Tipe terapi komplementer

Menurut *National Center Complementary and Integratif Health* (NCCIH, 2016) menyatakan bahwa tipe terapi komplementer terbagi atas 2 tipe, yaitu produk alami (herbal, vitamin, mineral dan probiotik) dan pikiran atau tubuh.

Pendapat lain menyatakan bahwa ada 5 tipe terapi komplementer menurut Snyder., et al (2014), yaitu :

- a. Terapi pikiran dan tubuh
Mempraktikkan pikiran dan tubuh agar fokus kepada interaksi antara otak, pikiran, tubuh dan kebiasaan yang memiliki tujuan untuk menggunakan pikiran dalam mempengaruhi fungsi tubuh dan mempromosikan kesehatan.
- b. Produk alami
Terapi yang menggunakan zat yang tersedia di alam bebas.

- c. Praktik manipulasi dan sistem tubuh
Praktik yang memanipulasi dan dasar tubuh utamanya pada struktur dan sistem tubuh seperti jaringan lunak, tulang dan sendi, serta sistem sirkulasi dan limpa.
- d. Terapi energi
Terapi yang berfokus pada penggunaan energi yang berasal dari lingkungan seperti biofields dan megnetik yang dipercaya sebagai energi yang diperoleh dari lingkungan sekitar dan dapat diserap tubuh.
- e. Sistem pemeliharaan kesehatan
Suatu sistem besar yang merupakan unit pelayanan yang dibangun atas dasar teori dan fakta praktik yang ada, serta seringkali dilibatkan dan dibandingkan dengan pengobatan barat.

Berdasarkan PERMENKES RI NO 15 TAHUN 2018, pelayanan kesehatan tradisional komplementer dilakukan dengan menggunakan :

- a. Keterampilan
 - 1) Teknik manual
Merupakan teknik pengobatan atau perawatan yang berdasarkan manipulasi dan gerakan dari satu atau beberapa bagian tubuh.
 - 2) Terapi energi
Merupakan teknik pengobatan atau perawatan dengan menggunakan medan energi baik dari luar maupun dari dalam tubuh itu sendiri.
 - 3) Terapi olah pikir
Merupakan teknik pengobatan atau perawatan yang bertujuan memanfaatkan kemampuan pikiran untuk memperbaiki fungsi tubuh.
- b. Ramuan
Menggunakan obat tradisional.
- c. Kombinasi dengan memadukan antara keterampilan dan ramuan
Kombinasi pelayanan kesehatan tradisional yang mempunyai kesamaan, kecocokan dan keharmonisan

yang merupakan satu kesatuan sistem keilmuan kesehatan tradisional.

6. Fokus terapi komplementer

Perawat sangat penting untuk mengenal terapi komplementer, dikarenakan masyarakat masih banyak yang menggunakan terapi tradisional, sehingga perawat perlu memiliki pengetahuan yang cukup untuk membantu masyarakat dalam memberikan informasi kesehatan (Nies & McEwen, 2019).

Perawat yang melakukan terapi komplementer perlu mengintegrasikannya kedalam asuhan keperawatan. Hal ini sesuai dengan UU Keperawatan No 38 Tahun 2014 Pasal 30 yang menjelaskan tentang tugas dan wewenang perawat dalam penatalaksanaan tindakan komplementer dan alternatif.

Prinsip keperawatan yang perlu diaplikasikan dalam melakukan terapi komplementer dan alternatif yaitu holistik, komprehensif dan kontinum (Berman et al., 2015).

7. Penggunaan terapi komplementer dalam keperawatan di Indonesia

Perkembangan terapi komplementer di Indonesia mengalami kemajuan pesat yang ditunjukkan dengan adanya institusi pendidikan tinggi yang ikut mengembangkan berbagai jenis terapi. Perkembangan ilmu yang ada juga didukung dengan bermunculannya organisasi yang menaungi peminat keilmuan komplementer yang bertujuan memberikan intervensi secara menyeluruh. Penggunaan terapi komplementer di Indonesia berbeda-beda bergantung pada minat, kebutuhan, ketersediaan dan keinginan daripada klien itu sendiri (Nies & McEwen, 2019). Adapun beberapa terapi komplementer yang umum atau sering digunakan di Indonesia, yaitu :

a. Jamu

Perkembangan obat herbal di Indonesia diawali dengan pengembangan produksi jamu yang saat ini

perkembangan jamu semakin pesat dikarenakan sudah dikelola dengan teknik modern. Hal ini juga mendapatkan dukungan dari beberapa perguruan tinggi di Indonesia yang membuka pasca sarjana herbal sejak tahun 2010 (Suriadi et al., 2013).

Pada saat ini, perkembangan jamu dikelola secara tradisional dan modern, beberapa produk jamu dari Indonesia bahkan sudah sampai ke mancanegara. Sementara jamu tradisional yang masih diolah secara manual dengan membuat sendiri dan masih banyak ditemukan dengan dijual keliling kampung seperti jamu gendong (Wulandari & Azraningsih, 2014).

b. Pijat

Berdasarkan PERMENKES RI NO 8 TAHUN 2014, pijat memiliki prinsip yang sama dengan masase, dikenal juga dengan nama pijit dan urut. Pijat bertujuan untuk relaksasi, melemaskan otot dan memperlancar peredaran darah. Teknik pijat tradisional Indonesia memiliki tata cara pemijatan dengan gerakan dasar yang terdiri dari menekan, mengusap, meremas dan mencubit, menekan sambil memutar, menggetar, menepuk dan menghangatkan. Gerakan tersebut dilakukan dengan tekanan ringan hingga dalam.

8. Peran perawat dalam terapi komplementer

Perkembangan penggunaan terapi komplementer oleh masyarakat pada saat ini menimbulkan perhatian secara khusus, perawat di tuntut untuk memiliki peranan terutama dalam praktik, pendidikan dan penelitian bidang keperawatan. Perawat berasumsi bahwa peran tersebut agar klien dapat menentukan terapi tersebut sesuai dengan aturannya. Kondisi ini menuntut adanya panduan terhadap terapi komplementer yang berdasarkan bukti untuk digunakan, oleh karena itu peran pendidikan dan riset keperawatan menjadi penting dalam memenuhi tuntutan ini (Nies & McEwen, 2019).

Perawat memiliki peranan penting dalam memaksimalkan pengaplikasian terapi komplementer yang mendukung perawatan secara menyeluruh (Snyder et al., 2014).

Peran perawat dalam terapi komplementer yaitu memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dengan mengkaji fisik, psikologis, sosial dan spiritual (Shari et al., 2014).

Menurut Hidayah & Nisak (2018), peran perawat terkait terapi komplementer, yaitu :

a. Pelaksana

Perawat memberikan pelayanan kesehatan berupa asuhan keperawatan yang komprehensif dengan mengaplikasikan salah satunya terapi komplementer.

b. Pendidik

Perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien, salah satunya dengan memberikan informasi dan bagaimana cara mengakses informasi mengenai terapi komplementer.

c. Konseling

Perawat membantu pasien dalam mengenali masalah kesehatan yang dihadapinya untuk kemudian mencari berbagai macam alternatif jalan keluar terhadap permasalahan tersebut, salah satunya dengan mengenali terapi komplementer.

d. Koordinator

Perawat mengorganisasikan pelayanan kesehatan dengan mengintegrasikan terapi komplementer sebagai terapi pelengkap dalam pengobatan konvensional.

e. Peneliti

Perawat senantiasa melakukan pembaharuan keilmuan dalam bidang keperawatan terkait terapi komplementer melalui penerapan prinsip dan metode riset, kemudian memanfaatkan hasil riset tersebut untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan itu sendiri.

Dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan terapi komplementer, harus dilakukan

sesuai dengan langkah proses keperawatan. Proses keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi, mencegah, mengatasi masalah dalam status kesehatan (Berman et al., 2015). Proses keperawatan berfokus pada lima langkah utama yang mencakup assessmen, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi (Potter & Perry, 2013). Proses ini akan membantu perawat dalam memahami pasien dengan memperlakukannya secara holistik.

DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., et al. (2015). *Kozier and Erb's Fundamental of Nursing Australian Edition*. 3rd Edition. Vol 1. Pearson Australia Group Pty.
- Hall, H., Leach, M., Brosnan, C., & Collins, M. (2017). Nurses's Attitudes Towards Complementary Therapies : A Systematic Review and Meta Synthesis. *International Journal of Nursing Studies*. Vol 69 : 47-56. www.elsevier.com/ijns
- Hidayah, N., & Nisak, R. (2018). *Buku Ajar Terapi Komplementer Untuk Mahasiswa Keperawatan (Evidence Based Practice)*. ISBN 978-602-5960-56-7. Yogyakarta: Samudra Biru.
- Kramlich, D. (2014). Introduction to Complementary, Alternative and Traditional Therapies. *Critical Care Nurses*. Vol 34, No 6 : 50-56. DOI <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2014807>
- National Center Complementary and Integrative Health. (2016). *Complementary, Alternative or Integrative Health : What's In a Name?*. https://nccih.nih.gov/sites/nccam.nih.gov/files/D347_05-25-2012.pdf
- Nies, Mary,A., & McEwen, Melanie. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Singapore: Elsevier.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan SPA.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.
- Potter, P., & Perry, A. (2013). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Purwanto, B. (2013). *Herbal dan Keperawatan Komplementer (Teori, Praktik, Hukum dalam Asuhan Keperawatan)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Shari, W.W., Suryani & Emaliyawati, E. *Terapi Komplementer pada Penurunan Kecemasan Pasien yang Akan Menjalani Intervensi Koroner Perkutan (IKP) : Telaah Literatur*. BIMIKI. Vol 2, No 2 : 37-45.

- Singer, J., & Adams, J. (2014). Integrating Complementary and Alternative Medicine into Mainstream Healthcare Services : The Perspectives of Health Service Managers. BMC. The Official Journal of the International Society for Complementary Medicine Research. DOI <https://doi.org/10.1186/1472-6882-14-167>
- Snyder, M., Lindquist, R., & Tracy, M, F. (2014). Complementary and Alternative Therapies in Nursing. 7th Edition. USA: Elsevier.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2014). Public Health Nursing : Population-Centered Health Care in The Community. 8th Edition. USA: Elsevier.
- Suriadi, Atmiati, Hartono, Iswahyudi, Kardiatun, T., Dibua, U., badger-Emeka, Ugonabo, J., Tirmomwe, J., Agwu, E., & Ssamula, M. (2013). The Effect of Cinnamon on Glucose Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Pontianak, Indonesia. International Journal of Medicine and Medical Sciences. Vol 5, No 10 : 434-437.
- Undang-undang Keperawatan Republik Indonesia Nomor 38 tahun 2014.
- Wulandari, R. A., & Azrianingsih, R. (2014). Etnobotani Jamu Gendong Berdasarkan Persepsi Produsen Jamu Gendong di Desa Karangrejo, Kecamatan Kromengan, Kabupaten Malang. Jurnal Biotropika. Vol 2, No 4.

BIODATA PENULIS



Ns. Lisa Anita Sari, MNS merupakan seorang penulis muda yang lahir di Jambi, pada 20 Desember 1989. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners nya di STIKES Harapan Ibu Jambi, kemudian melanjutkan S2 nya di Kasetsart University, Thailand. Hingga saat ini, penulis masih aktif dalam menulis dan berusaha meluangkan waktunya untuk menulis disela-sela kesibukan dalam mengajar, meneliti dan juga sebagai seorang ibu dengan satu orang anak. Penulis saat ini sebagai dosen di Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Jambi yang mengampu mata kuliah Konsep Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga dan Keperawatan Gerontik.

BAB 12

Konsep Pembangunan Kesehatan Indonesia

Ns. Linnie Pondaag, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Pembangunan kesehatan merupakan bagian integral dari pembangunan nasional. Pembangunan kesehatan memegang peran cukup penting mengingat kesehatan adalah salah satu kebutuhan pokok rakyat yang dapat mewujudkan manusia Indonesia yang berkualitas. Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Pancasila dan Undang-Undang Dasar negara Republik Indonesia tahun 1945., didalamnya kegiatan tersebut dalam rangka upaya memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, dan berkelanjutan dalam rangka pembentukan sumber daya manusia, serta peningkatan ketahanan dan daya saing, bangsa bagi pembangunan nasional, (Triwibowo,2015).

Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan berazaskan perikemanusiaan, keseimbangan, manfaat, perlindungan, penghormatan terhadap hak dan kewajiban, keadilan, gender, dan nondiskriminatif, dan norma-norma agama. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber

daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomis (UU RI No 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan).

1. Dasar Pembangunan Kesehatan

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2007 tentang Rencana Jangka Panjang Pembangunan Nasional (RPJP-N) Tahun 2020-2025, pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dapat terwujud (Kemenkes RI 2009).

Dasar pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mendasarkan pada :

a. Dasar perkemusiaan

Pembangunan kesehatan harus berlandaskan perikemusiaan yang dijiwai, digerakkan dikendalikan oleh keimanan dan ketakwaan terhadap Tuhan Yang Maha Esa. Tenaga kesehatan perlu berbudi luhur dan memegang teguh etika profesi dan selalu menerapkan prinsip perikemusiaan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan

b. Dasar pemberdayaan dan kemandirian

Setiap orang dan masyarakat bersama pemerintah berperan, berkewajiban dan bertanggung jawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga dan lingkungannya. Pembangunan kesehatan harus mampu membangkitkan dan mendorong peran aktif masyarakat. Pembangunan kesehatan dilaksanakan dengan berlandaskan pada kepercayaan atas kemampuan dan kekuatan sendiri serta kepribadian bangsa dan semangat solidaritas sosial serta gotong-royong.

c. Dasar Adil dan merata

Dalam pembangunan kesehatan setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, tanpa memandang suku, golongan, agama, dan status sosial ekonominya.

Setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan kembang, serta berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

d. **Pengutamaan dan Manfaat**

Pembangunan Kesehatan diselenggarakan dengan mengutamakan kepentingan umum daripada kepentingan perorangan atau golongan. Upaya kesehatan yang bermutu diselenggarakan dengan memanfaatkan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta harus lebih mengutamakan pendekatan peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit.

2. Arah pembangunan Kesehatan

Pembangunan Kesehatan diarahkan agar memberikan perhatian khusus pada penduduk rentan, antara lain : Ibu, Bayi, Anak, Manusia lanjut usia, Masyarakat miskin

3. Nilai-nilai pembangunan kesehatan secara terintegrasi antara Pusat dan Daerah dengan mengedepankan nilai-nilai:

Berpihak pada rakyat, Bertindak cepat dan tepat, Kerjasama tim, Integritas yang tinggi, Transparansi serta akuntabilitas.

Sistem kesehatan merupakan suatu bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan semua upaya bangsa Indonesia dalam satu Langkah untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam rangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana yang tercantum dalam Undang-Undang Dasar 1945.

4. Sistem Kesehatan nasional (SKN)

Sistem Kesehatan Nasional adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pengelola kesehatan merupakan proses atau cara tercapai tujuan pembangunan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan, manajemen, informasi dan

regulasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat, (Siswanto,2020).

Berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012, komponen pengelolaan kesehatan yg disusun dalam SKN dikelompokkan dalam subsistem upaya kesehatan ;penelitian dan pengembangan kesehatan; pembiayaan kesehatan ;sumber daya manusia kesehatan; sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan; manajemen, informasi dan regulasi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat. Peraturan presiden Nomor 72 tahun 2012 secara terperinci telah menjelaskan setiap sub sistem dalam sistem kesehatan nasional tersebut,(Siswanto,2020).

Penguatan Sistem Kesehatan Nasional dipandang perlu dilakukan, bukan hanya terkait dengan kesiapan dalam kondisi pandemi, melainkan juga bagaimana mengantisipasi berbagai isu didalam bidang kesehatan masa kini dan akan datang, misalnya transisi demografi, komunitas global yang kian terbuka, perubahan iklim, dan kecepatan kemajuan teknologi informasi. Berdasarkan analisis mandiri unit utama Kementerian Kesehatan, maka diidentifikasi ranah penguatan Sistem Kesehatan Nasional, sebagai berikut:

- a. Penguatan Subsistem Upaya kesehatan
Penguatan Puskesmas dan Pelayanan Kesehatan Daerah Sulit, Penguatan Sistem Rujukan, dan Pengendalian Penyakit dan Health Security
- b. Subsistem Sumber Daya Manusia (SDM)
Pemenuhan tenaga, Produksi, Kualitas, dan Distribusi
- c. Kemandirian Obat dan Alat Kesehatan Dalam Negeri
Penguatan sektor hulu, penguatan Regulasi, Penguatan Operasional, Perlindungan Sektor Hilir
- d. Penelitian dan Pengembangan kesehatan
Kemandirian Obat, Vaksin, dan Alat Kesehatan, Riset Inovasi Penuatan Sistem Kesehatan, dan Riset Kesehatan nasional untuk Mendukung SDG'S dan RPJMN

- e. Manajemen Pelayanan Kesehatan
Digitalisasi Pelayanan Kesehatan, Desentralisasi dan Penguatan Dinas Kesehatan, dan Kelembagaan dan Regulasi
- f. Pemberdayaan masyarakat
Desa/Kelurahan terapkan 5 Pilar STBM dan Setop Buang Air Besar Sembarangan, Peningkatan peran serta masyarakat dan sektor swasta dalam penurunan AKI AKB, Revitalisasi Posyandu, dan Peningkatan peran serta masyarakat dalam penagasan dan pemantauan kesehatan anak.
- g. Penguatan Pembiayaan Kesehatan
Pembiayaan kesehatan bersumber dari pemerintah dan Swasta/masyarakat, Inovasi pembiayaan kesehatan

B. Transformasi Kesehatan Indonesia

Keberhasilan dalam penanganan pandemic COVID-19 merupakan hasil luar biasa dari sinergi dan kolaborasi antara pemerintah dan masyarakat. Pandemi yang mengguncang berbagai aspek kehidupan termasuk kesehatan , memberi pelajaran berharga bagi bangsa tentang pentingnya membangun ketahanan sistem kesehatan nasional.

Pasca pandemi fokus kementerian kesehatan beralih ke peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui rancangan enam pilar transformasi sistem kesehatan nasional guna mewujudkan masyarakat yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan. Komitmen kuat pemerintah mereformasi sistem kesehatan nasional dibuktikan dengan disahkannya Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan, sebagai awal baru membangun Kembali sistem kesehatan yang Tangguh dan menyeluruh hingga ke pelosok negeri, daerah perbatasan, maupun kepulauan terluar.

Enam pilar Transformasi Kesehatan : Upaya Menuju Reformasi Kesehatan Nasional (Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik Kemenkes RI, 2023)

Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin meluncurkan enam pilar transformasi kesehatan, pada tahun 2022. Keenam

Pilar sejalan dengan visi presiden untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, produktif, mandiri dan berkeadilan. Perubahan renstra Kementerian Kesehatan menjadi konsekuensi logis Ketika sektor kesehatan akan bertransformasi. Perubahan tersebut mencakup 6 pilar hal prinsip atau disebut sebagai pilar transformasi kesehatan yang juga merupakan bentuk penerjemahan reformasi kesehatan nasional.

1. Pilar Pertama : Transformasi Layanan Primer

Pilar ini memberikan perhatian pada Jejaring layanan primer yang terdiri dari : Puskesmas, Posyandu, Prima, Posyandu, dan Laboratorium Kesehatan Masyarakat.

Perhatian lainnya ialah pada upaya promosi kesehatan, penanggulangan masalah stunting atau tengkes, perluasan imunisasi, dan pencegahan tuberculosis (TBC).

2. Pilar Kedua : Upaya yang dilakukan meliputi transformasi Layanan Rujukan. Perhatian pada upaya ini menyasar jejaring layanan rujukan dan transformasi rumah sakit vertikal

3. Pilar Ketiga : Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan

Upaya yang dilakukan meliputi kemandirian industri farmasi dan alat kesehatan dalam negeri, serta tenaga kesehatan cadangan

4. Pilar Keempat : Transformasi Sistem Pelayanan kesehatan

Program yang dilakukan meliputi national Health Account, Annual Review Tariff, Health Technology Assessment, dan Konsolidasi pembiayaan kesehatan

5. Pilar Kelima : transformasi Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan.

Kementerian kesehatan memprogramkan peningkatan jumlah tenaga kesehatan, pemerataan tenaga kesehatan, dan peningkatan mutu tenaga kesehatan

6. Pilar Keenam : Transformasi Teknologi Kesehatan

Program yang diampu meliputi Rekam Medik Elektronik serta Biomedical and Genome Science Initiative (BGC-I)

Keenam pilar tersebut bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang sehat, mandiri, produktif, dan berkeadilan. Keenam pilar juga sebagai bentuk kesiapan pemerintah dalam menghadapi masalah

kesehatan dimasa yang akan datang, (Biro Komunikasi dan pelayanan publik Kemenkes RI, 2023).

CONTOH SOAL

1. Sebutkan tujuan Pembangunan Kesehatan Indonesia!
2. Sebutkan arah pembangunan kesehatan Indonesia!
3. Sebutkan dan jelaskan dasar pembangunan kesehatan Indonesia!
4. Sebutkan 6 Pilar transformasi kesehatan!
5. Sebutkan komponen subsistem SKN menurut Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012!

DAFTAR PUSTAKA

- Biro Komunikasi dan Pelayanan Publik Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2023). Buku Kinerja Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2022-2023
- Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 374 tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional
- Permenkes RI Nomor 21 tahun 2020 tentang Rencana Strategis kementerian Kesehatan tahun 2020-2024
- Triwibowo,C & Erlisya Pushandani. (2015). Pengantar Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat. Yogyakarta: Nuha Medika
- Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- Siswanto dkk (2020). Bunga Rampai kinerja Pembangunan Kesehatan Indonesia : Tantangan, Masalah, dan Solusi. Jakarta : Lembaga penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB)

BIODATA PENULIS



Ns. Linnie Pondaag, S.Kep., M.Kep lahir di Karimbow, pada 21 Juli 1982. Menyelesaikan pendidikan S1. Keperawatan dan Profesi (Ners) di Universitas Sam Ratulangi Manado dan S2 Keperawatan di Universitas Hasanuddin Makassar. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Tomohon.

BAB 13

Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman (Tuberkulosis, AIDS, ISPA, Covid 19)

Rusdin Wally, SKM,M.Kes

A. Pendahuluan

Pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan pemukiman merupakan dua aspek yang sangat penting dalam menjaga kesehatan masyarakat, terutama di daerah dengan kepadatan penduduk tinggi dan akses sanitasi yang kurang memadai. Penyakit menular seperti Tuberkulosis (TBC), HIV/AIDS, Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA), dan Covid-19 menjadi perhatian utama dalam upaya ini karena penyebarannya yang cepat dan dampak yang signifikan terhadap kesehatan masyarakat.

1. Tuberkulosis (TBC)

TBC adalah penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis*. Penyakit ini menyebar melalui udara saat orang yang terinfeksi batuk atau bersin. Di lingkungan padat penduduk dengan ventilasi yang buruk, penularan TBC lebih mudah terjadi. Upaya pemberantasan TBC melibatkan diagnosis dini, pengobatan jangka panjang dengan antibiotik, serta peningkatan kebersihan lingkungan dan ventilasi udara.

2. HIV/AIDS

HIV/AIDS merupakan penyakit menular yang menyerang sistem kekebalan tubuh. Meskipun tidak menular melalui udara, HIV ditularkan melalui kontak darah, hubungan seksual tanpa kondom, dan dari ibu ke bayi selama kehamilan, persalinan, atau menyusui. Pemberantasan HIV/AIDS memerlukan pendekatan komprehensif yang

meliputi edukasi, pencegahan, akses ke terapi antiretroviral (ARV), serta pengurangan stigma sosial.

3. **Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)**

ISPA mencakup berbagai infeksi pada saluran pernapasan atas dan bawah, seperti flu dan pneumonia. Faktor lingkungan seperti polusi udara, kebersihan yang buruk, dan kekurangan akses ke air bersih dapat memperparah penyebaran ISPA. Upaya pencegahan dan pengendalian ISPA melibatkan promosi kebersihan, vaksinasi, serta penyehatan lingkungan.

4. **Covid-19**

Pandemi Covid-19 yang disebabkan oleh virus SARS-CoV-2 telah membawa dampak global yang besar. Virus ini menyebar terutama melalui droplet dan kontak langsung dengan permukaan yang terkontaminasi. Selain langkah-langkah medis seperti vaksinasi dan pengobatan, upaya mitigasi juga sangat bergantung pada penyehatan lingkungan pemukiman, termasuk penggunaan masker, pembatasan interaksi sosial, dan peningkatan kebersihan diri serta lingkungan.

Penyehatan lingkungan pemukiman adalah salah satu strategi pencegahan utama dalam mengatasi penyakit menular, karena lingkungan yang sehat meminimalisir faktor-faktor yang mendukung penyebaran patogen. Elemen kunci dari penyehatan lingkungan meliputi:

1. **Akses terhadap air bersih**

Air bersih sangat penting untuk mencegah penularan penyakit seperti diare, kolera, dan tifus yang sering muncul di daerah dengan sistem air yang buruk. Penggunaan air bersih untuk minum, mandi, dan membersihkan makanan membantu meminimalisir penyebaran mikroorganisme patogen yang berbahaya.

2. **Sistem sanitasi yang baik**

Sanitasi yang memadai, termasuk pengelolaan air limbah dan pembuangan tinja, sangat penting untuk mengurangi risiko penyakit berbasis air dan kontaminasi lingkungan.

Ketika limbah tidak dikelola dengan benar, patogen dari kotoran manusia dapat mencemari sumber air, tanah, dan makanan, yang berpotensi memicu wabah penyakit.

3. Ventilasi yang memadai

Ventilasi yang baik di rumah-rumah dan bangunan umum membantu memperlancar sirkulasi udara segar, yang sangat penting untuk mencegah penyakit menular yang ditularkan melalui udara, seperti TBC dan Covid-19. Udara yang bersih dan sirkulasi yang lancar mengurangi konsentrasi virus atau bakteri di udara dalam ruang tertutup.

4. Pengelolaan limbah yang tepat

Pengelolaan sampah rumah tangga dan limbah industri dengan cara yang aman dan efisien penting untuk mencegah penyebaran penyakit serta menghindari kontaminasi lingkungan. Sampah yang tidak dikelola dengan baik bisa menjadi sarang bagi vektor penyakit seperti nyamuk dan tikus, yang dapat membawa penyakit menular.

Upaya untuk memperbaiki kesehatan lingkungan pemukiman melalui penyediaan fasilitas sanitasi, edukasi tentang kebersihan, serta perbaikan infrastruktur air dan limbah dapat secara signifikan mengurangi beban penyakit menular di masyarakat. Penyehatan lingkungan yang berkelanjutan juga berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup, produktivitas, dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

B. Konsep Keluarga

Konsep kesehatan tentang pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan pemukiman mencakup pendekatan multidimensi yang bertujuan untuk mencegah, mengendalikan, dan menghilangkan penyebaran penyakit menular melalui intervensi medis, sosial, dan lingkungan. Konsep ini melibatkan pemahaman terhadap faktor-faktor biologis, perilaku manusia, dan lingkungan yang berperan dalam penularan penyakit. Berikut adalah penjelasan mengenai

konsep kesehatan terkait pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan pemukiman:

1. Pemberantasan Penyakit Menular

Penyakit menular adalah penyakit yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen seperti bakteri, virus, jamur, dan parasit yang dapat menyebar dari orang ke orang, hewan ke manusia, atau lingkungan ke manusia. Strategi pemberantasan penyakit menular mencakup:

a. Deteksi Dini dan Diagnosis Tepat

Upaya deteksi dini dan diagnosis yang cepat dan akurat adalah kunci dalam mencegah penyebaran penyakit. Misalnya, skrining TBC, tes HIV, serta tes PCR untuk Covid-19 menjadi komponen penting dalam pemberantasan penyakit menular.

b. Pengobatan dan Intervensi Medis

Setelah diagnosis, pengobatan yang tepat harus segera diberikan untuk mencegah komplikasi dan penyebaran lebih lanjut. Misalnya, pengobatan TBC memerlukan terapi antibiotik jangka panjang, sementara pasien HIV/AIDS harus menjalani terapi antiretroviral (ARV) secara konsisten. Pengobatan Covid-19 mencakup berbagai intervensi medis sesuai gejala dan tingkat keparahan.

c. Pencegahan Melalui Vaksinasi

Vaksinasi merupakan strategi kunci dalam pencegahan penyakit menular. Vaksin TBC (BCG), vaksin untuk ISPA seperti vaksin flu dan pneumonia, serta vaksin Covid-19 telah terbukti efektif mengurangi angka kesakitan dan kematian.

d. Pemberantasan Vektor

Beberapa penyakit menular disebarkan oleh vektor seperti nyamuk (contohnya malaria dan demam berdarah). Pemberantasan vektor melibatkan pengendalian populasi serangga melalui insektisida, pengurasan genangan air, dan penggunaan kelambu.

e. **Edukasi dan Perubahan Perilaku**

Promosi kesehatan dan edukasi masyarakat tentang kebersihan, penggunaan kondom untuk pencegahan HIV/AIDS, penggunaan masker dan menjaga jarak untuk Covid-19, serta perilaku sehat lainnya, menjadi bagian integral dari program pencegahan penyakit menular.

2. **Penyehatan Lingkungan Pemukiman**

Lingkungan yang tidak sehat sering kali menjadi faktor pemicu terjadinya penyakit menular. Penyehatan lingkungan pemukiman melibatkan peningkatan kualitas tempat tinggal dan infrastruktur untuk meminimalisir risiko penularan penyakit. Konsep ini mencakup:

a. **Akses Air Bersih**

Air bersih penting untuk mencegah penyebaran penyakit yang ditularkan melalui air, seperti diare, tifus, dan kolera. Air bersih diperlukan untuk konsumsi, kebersihan pribadi, serta sanitasi.

b. **Sistem Sanitasi yang Baik**

Sanitasi yang baik mencegah kontaminasi lingkungan oleh kotoran manusia yang dapat membawa patogen. Ketiadaan toilet yang layak atau sistem pembuangan limbah yang buruk sering kali dikaitkan dengan peningkatan risiko penyakit menular.

c. **Ventilasi yang Baik**

Ventilasi yang memadai di rumah dan ruang publik sangat penting dalam mencegah penularan penyakit pernapasan yang ditularkan melalui udara, seperti TBC, ISPA, dan Covid-19. Sirkulasi udara yang baik membantu mengurangi konsentrasi patogen di udara.

d. **Pengelolaan Sampah dan Limbah**

Limbah yang tidak dikelola dengan baik dapat menjadi tempat berkembangnya vektor penyakit, seperti lalat dan tikus, yang membawa berbagai patogen berbahaya. Penanganan sampah dan limbah yang tepat dapat mengurangi risiko penularan penyakit.

- e. **Kepadatan Penduduk dan Tata Ruang Pemukiman**
Kepadatan penduduk yang tinggi dan lingkungan dengan sanitasi buruk meningkatkan risiko penularan penyakit menular. Oleh karena itu, perencanaan pemukiman yang baik, termasuk ketersediaan fasilitas umum seperti sarana kebersihan dan tempat tinggal yang layak, berperan penting dalam mengurangi penyebaran penyakit.

3. **Pendekatan Multisektoral**

Upaya pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan pemukiman membutuhkan kolaborasi lintas sektor, termasuk sektor kesehatan, pendidikan, sosial, dan infrastruktur. Misalnya, kampanye kesehatan masyarakat memerlukan dukungan dari pendidikan dan media, sementara penyehatan lingkungan melibatkan pengembangan infrastruktur dan kebijakan tata ruang.

Pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan pemukiman juga sejalan dengan upaya global untuk mencapai **Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs)**, khususnya dalam bidang kesehatan yang berkualitas (SDG 3) dan air bersih serta sanitasi layak (SDG 6). Kolaborasi antar sektor dan penerapan kebijakan berbasis bukti sangat penting untuk mencapai masyarakat yang sehat dan bebas penyakit menular.

Tabel 1. Upaya pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan pemukiman untuk beberapa penyakit, yaitu tuberkulosis, TB, AIDS, ISPA, dan Covid-19:

Penyakit	Penyebab	Cara Penularan	Upaya Pemberantasan	Penyakit Lingkungan pemukiman
Tuberkulosis (TB)	Bakteri <i>Mycobacterium tuberculosis</i>	Melalui udara (droplet) ketika penderita batuk/bersin	- Pengobatan dengan terapi obat jangka panjang (6 bulan) - Deteksi dini melalui pemeriksaan dahak	- Ventilasi dan sirkulasi udara yang baik - Sanitasi lingkungan dan kebersihan pribadi yang terjaga

AIDS	Virus HIV (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)	Kontak dengan cairan tubuh (darah, air mani, dll.)	<ul style="list-style-type: none"> - Edukasi mengenai hubungan seksual yang aman - Pemberian obat antiretroviral (ARV) untuk menekan perkembangan virus 	<ul style="list-style-type: none"> - Pengelolaan limbah medis yang aman - Penyediaan fasilitas kebersihan, terutama di tempat umum
ISPA	Berbagai virus dan bakteri	Kontak langsung atau melalui udara	<ul style="list-style-type: none"> - Pengobatan sesuai gejala (antibiotik jika disebabkan bakteri) - Edukasi mengenai kebersihan tangan dan etika batuk 	<ul style="list-style-type: none"> - Sirkulasi udara yang memadai - Pembersihan rutin area publik untuk mengurangi kontaminasi
Covid-19	Virus SARS-CoV-2	Melalui udara (droplet), kontak langsung	<ul style="list-style-type: none"> - Vaksinasi massal - Penerapan protokol kesehatan (masker, jaga jarak, cuci tangan) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ventilasi udara yang baik - Disinfeksi rutin fasilitas umum



Gambar 1. Edukasi tentang tuberkulosis yang menyoroti gejala, pencegahan, dan upaya kewaspadaan.



Gambar 2. Pendidikan tentang aids yang menampilkan kesadaran dan pilihan pengobatan



Gambar 3. Edukasi tentang Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) dengan fokus pada upaya pencegahan dan penyadaran

CONTOH SOAL

1. Apa cara penularan utama penyakit tuberkulosis (TB)?
 - a. Melalui makanan yang terkontaminasi
 - b. Kontak langsung dengan kulit penderita
 - c. **Melalui udara ketika penderita batuk atau bersin**
 - d. Gigitan serangga yang terinfeksi
 - e. Melalui jarum suntik
2. Apa yang dimaksud dengan ARV dalam pengobatan AIDS?
 - a. Alat untuk deteksi dini virus
 - b. **Obat yang digunakan untuk menekan perkembangan virus HIV**
 - c. Program pencegahan penularan virus HIV
 - d. Terapi untuk menyembuhkan AIDS secara total
 - e. Metode pengobatan mendeksi virus
3. Penyehatan lingkungan yang dapat membantu mencegah penyebaran ISPA meliputi:
 - a. Menggunakan pakaian tebal
 - b. Menutup jendela dan pintu agar udara tidak masuk
 - c. Menghindari dari gangguan binatang pengganggu
 - d. Menghindari penggunaan kipas angin
 - e. **Memastikan sirkulasi udara yang baik di dalam ruangan**
5. Langkah pencegahan yang paling efektif untuk menghindari penyebaran Covid-19 adalah:
 - a. Minum obat antibiotik setiap hari
 - b. **Memakai masker, menjaga jarak, dan mencuci tangan secara rutin**
 - c. Menghindari makanan pedas dan dingin
 - d. Menggunakan kipas angin untuk mengurangi panas tubuh
 - e. Menggunakan baju yang tebal

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, N. (2009) Pedoman Nasional Penanggulangan TBC. Jakarta: Depkes RI
- Aditama, T. (2005) Tuberkulosis Diagnosis, Terapi, Dan Masalahnya. Jakarta: YP- IDI
- Akhmerov, A., & Marbán, E. (2020). *COVID-19 and the Heart*. New York: Springer.
- Ariyanti, K. S. 2020. Gambaran Pengetahuan Remaja Tentang HIV/AIDS di SMA Negeri 1 Baturiti. *Jurnal Medika Usada*, 3(2).
<https://doi.org/10.54107/medikausada.v3i2.70>
- Bender L. (2020). Pesan dan Kegiatan Utama Pencegahan dan Pengendalian COVID-19 di Sekolah. Publikasi UNICEF.
- Brewster, J. (2017). *The AIDS Reader: Informing America's Response to the AIDS Crisis*. New York: The Continuum International Publishing Group.
- Browner, C. H., & Preedy, V. R. (Eds.). (2016). *Handbook of Respiratory Disease*. New York: Springer.
- Depkes, RI. 2013. Informasi Tentang ISPA Pada Balita dan Pusat Penyuluhan Kesehatan Masyarakat : Jakarta
- Ghinai, I., & Woods, S. (2021). *COVID-19: The Great Pandemic of 2020*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gonzalez, A. R., & Schneider, M. J. (2019). *Tuberculosis: A Comprehensive Guide to Diagnosis and Treatment*. New York: Springer Publishing Company.
- Halimah. 2019. Kondisi Lingkungan Rumah Pada Balita Penderita Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) di Desa Teke Kecamatan Palibelo Kabupaten Bima Tahun 2019 . Tersedia dalam <http://repository.poltekkeskupang.ac.id>. Diakses tanggal 10 September 2019.
- Kemenkes RI. (2020). Infodatin HIV AIDS. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 1-8.

BIODATA PENULIS



Rusdin Wally, SKM., M.Kes lahir di Ambon, pada 17 Oktober 1973. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Maluku Utara dan S2 di Fakultas Ilmu Kesehatan Lingkungan Universitas Diponegoro. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Sanitasi Poltekkes Kemenkes Maluku.

BAB 14

Program Pembinaan Kesehatan Komunitas (Gizi Masyarakat, Program dan Pengembangan Kota Sehat)

Dr. Muhasidah, SKM.M.Kep

A. Pendahuluan

Program Pembinaan Kesehatan Komunitas adalah segala upaya fasilitas yang bersifat persuasif dan melalui pemerintah yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku, dan kemampuan masyarakat dalam menemukan, merencanakan serta memecahkan masalah menggunakan sumber daya atau potensi yang mereka miliki termasuk partisipasi dan dukungan tokoh – tokoh masyarakat serta LSM yang masih ada dan hidup di masyarakat (James A. Christenson & Jerry W. Robinson, 1998).

Penggerakkan dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan akan menghasilkan kemandirian masyarakat di bidang kesehatan dengan demikian penggerakkan dan pemberdayaan masyarakat merupakan proses sedangkan kemandirian merupakan hasil, karenanya kemandirian masyarakat dibidang kesehatan dapat diartikan sebagai kemampuan untuk dapat mengidentifikasi masalah kesehatan yang ada di lingkungannya. Peran serta masyarakat di dalam pembangunan kesehatan dapat diukur dengan makin banyaknya jumlah anggota masyarakat yang mau memanfaatkan pelayanan kesehatan seperti, Puskesmas, Pustu, Polindes, mau hadir ketika ada kegiatan penyuluhan kesehatan, dll (Pranarka & Vidhyandika,1996).

B. Program Pembinaan Kesehatan Komunitas

a. Pengertian Ilmu Kesehatan Komunitas

Menurut Spradly (1985), Logan dan Dawkin (1987) Keperawatan kesehatan komunitas adalah pelayanan perawatan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan pendekatan kepada kelompok risiko tinggi, dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan pendekatan kesehatan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan.

b. Program Pembinaan Kesehatan Komunitas

Proses pelayanan kesehatan dan kualitas pelayanan berkaitan dengan ketersediaan sarana kesehatan yang terdiri dari (Puskesmas, Balai Pengobatan), pelayanan rujukan (Rumah Sakit), ketersediaan tenaga keehatan, peralatan dan obat-obatan. Secara operasional pelaksanaan pelayanan kesehatan komunitas dalam organisasi pemerintah daerah mejadi beban tugas dan wewenang dari Dinas Kesehatan. Karena itu, Dinas Kesehatan memiliki tujuan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat dan menjadikanya leih efisien, efektif serta dapat dijangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Kondisi tersebut sudah sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.951/Menkes/SK/VI/2000 yaitu ; “Tujuan Pembangunan Kesehatan adalah untuk meningkatkan kesedaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang optimal”.

Program Kesehatan Masyarakat, meliputi :

- 1) Pembinaan gizi masyarakat
- 2) Pembinaan kesehatan keluarga
- 3) Pembinaan upaya kesehatan kerja dan olahraga
- 4) Dukungan manajemen
- 5) Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat

6) Penyehatan lingkungan

c. Konsep Dan Fungsi Puskesmas

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah suatu organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok.

Menurut Depkes RI (2004) Puskesmas merupakan unit pelaksana teknis dinas kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerja (Sulaiman, 2021)

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya lingkungan sehat. Keberadaan puskesmas juga berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan yang berwawasan kesehatan.

Menurut Trihono (2005) ada 3 (tiga) fungsi puskesmas yaitu : pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yang berarti puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sector termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya , sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

d. Gizi Masyarakat

Adanya pencapaian MDGs untuk menanggulangi kemiskinan dan kelaparan menjadikan suatu tantangan yang harus dihadapi di Indonesia. Hal ini sesuai dengan penelitian yang menyebutkan bahwa tantangan utama pencapaian MDGs bidang kesehatan adalah bagaimana pemerintah dapat menerjemahkan komitmen dan kebijakan intervensi efektif yang sudah tersedia menjadi program

rutin pelayanan kesehatan yang dapat langsung menyentuh masyarakat, terutama mereka yang paling membutuhkan, yaitu masyarakat miskin (Setyowati & Astuti, 2015)

Pihak pemerintah masih perlu meningkatkan upaya kesehatan yang berkesinambungan karena keadaan sosial ekonomi terutama pada penduduk miskin yang mendasari terjadinya kurang gizi yang masih menjadi ancaman. Sehingga Dinas Kesehatan perlu melaksanakan Program Perbaikan Gizi Masyarakat khususnya Pemantauan Pertumbuhan Balita yang keberhasilannya dapat diukur dari beberapa kegiatan, meliputi cakupan K/S yaitu indicator untuk menggambarkan presentase balita yang mempunyai Kartu Menuju Sehat (KMS) atau buku KIA.

Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 pasal 141 :

- 1) Upaya perbaikan gizi masyarakat ditujukan untuk peningkatan mutu gizi perorangan dan masyarakat
- 2) Pelayanan gizi adalah suatu upaya memperbaiki atau meningkatkan makanan, dietetic masyarakat, kelompok, individu atau klien yang merupakan suatu rangkaian kegiatan yang meliputi pengumpulan, pengobatan, analisis, simpulan, anjuran, implementasi dan evaluasi gizi, makanan dan dietetik dalam rangka mencapai status kesehatan optimal dalam kondisi sehat atau sakit.
- 3) Upaya perbaikan gizi dilakukan pada seluruh siklus kehidupan sejak dalam kandungan sampai dengan lanjut usia dengan prioritas kepada kelompok rawan :
 - a) Bayi dan balita
 - b) Remaja perempuan, dan
 - c) Ibu hamil dan ibu menyusui
- 4) Peningkatan mutu gizi dilakukan melalui ;
 - a) Perbaikan pola konsumsi makanan yang sesuai dengan gizi seimbang

- b) Perbaikan perilaku sadar gizi, aktivitas fisik dan kesehatan
 - c) Peningkatan akses dan mutu pelayanan gizi yang sesuai dengan kemajuan ilmu dan teknologi.
 - d) Peningkatan system kewaspadaan pangan dan gizi
 - e) Penanganan kekurangan energi protein (KEP), anemia zat besi, gangguan akibat kekurangan zat yodium dan kekurangan vitamin A.
- 5) Pemerintah, Pemerintah Daerah dan Pemerintah Kabupaten/Kota bertanggung jawab terhadap pendidikan dan informasi yang benar tentang gizi kepada masyarakat.
 - 6) Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Kabupaten/Kota bertanggung jawab atas pemenuhan kecukupan gizi keluarga miskin dan dalam situasi darurat.
 - 7) Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan Pemerintah Kabupaten/Kota dan masyarakat melakukan upaya untuk mencapai status gizi yang baik, termasuk dalam pemenuhan kecukupan gizi keluarga miskin dan penanggulangan gizi buruk dengan mendirikan pusat atau unit pemulihan gizi.
 - 8) Dinas menyusun petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis upaya perbaikan gizi.
- e. Pengembangan Kota Sehat

Kota sehat merupakan kondisi kota yang aman, nyaman, bersih, dan sehat untuk dihuni oleh masyarakat. Hal ini dapat terselenggara melalui penerapan tatanan dengan kegiatan yang terintegrasi yang disepakati oleh pemerintah daerah dan masyarakat. Di antara kegiatan yang dapat dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat dan forum yang diselenggarakan oleh pemerintah kota sebagai wadah

bagi masyarakat untuk menyalurkan aspirasi mereka serta ikut berpartisipasi. Forum ini berperan dalam menentukan arah, perencanaan, dan prioritas guna mewujudkan wilayah yang aman, nyaman, bersih dan sehat oleh seluruh masyarakat.

Tatanan kota sehat dikelompokkan berdasarkan kawasan dan permasalahan khusus, yang terdiri dari :

- 1) Kawasan pemukiman, sarana dan prasarana umum
- 2) Kawasan sarana lalu lintas tertib dan pelayanan transportasi
- 3) Kawasan pertambangan sehat
- 4) Kawasan hutan sehat
- 5) Kawasan industry dan perkotaan
- 6) Kawasan pariwisata sehat
- 7) Ketahanan pangan dan gizi
- 8) Kehidupan masyarakat sehat yang mandiri
- 9) Kehidupan social yang sehat

Desentralisasi bidang kesehatan sebagai pendekatan yang dianggap paling tepat saat ini dalam mengatasi permasalahan kesehatan kota. Beberapa peraturan perundang-undangan bidang kesehatan sebagai tindak lanjut UU No.25 tahun 1999 tentang Pemerintahan daerah dan UU No.25 tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan Antara Pemerintah Pusat dan Daerah yang merupakan inti desentralisasi, misalnya keputusan Menkes RI No 574/Menkes/SK/IV/2000 tentang Pembangunan Kesehatan menuju Indonesia Sehat 2010 (IS 2010).

Pemerintah melalui Peraturan Bersama Menteri Dalam Negeri dan Menteri Kesehatan No.34 Tahun 2005 dan No.1138/Menkes/PB/VIII/2005 tanggal 3 Agustus 2005 menetapkan pedoman penyelenggaraan Kabupaten/Kota sehat yang berupaya untuk menciptakan dan meningkatkan kualitas lingkungan baik fisik, sosial, budaya, megembangkan ekonomi masyarakat dengan mengembangkan potensi-potensi masyarakat dengan cara

memberdayakan fungsi-fungsi kehidupan dalam membangun potensi maksimal suatu kota/desa.

DAFTAR PUSTAKA

- Hapsari, D., Sari, H. P., Afifah, T., & Suriani, O. (2007). Gambaran Kebijakan Penyelenggaraan Kota Sehat pada Lima Kota di Indonesia. *Media Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan*, 17(3 Sept).
- Setyowati, M., & Astuti, R. (2015). Pemetaan Status gizi balita dalam mendukung keberhasilan pencapaian millenium development goals (MDGs). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 10(2), 110-121.
- Sulaiman, E. S. (2021). *Manajemen kesehatan: Teori dan praktik di puskesmas*. Ugm Press.

BIODATA PENULIS



Dr. Muhasidah, SKM, M. Kep. lahir di Keppe (palopo), pada tanggal 27 Juni 1965. Menyelesaikan pendidikan Akademi Keperawatan Depkes Banta-bantaeng UjungPandang tahun 1985-1988, S1 Kesehatan Masyarakat Jurusan AKK di FKM UNHAS tahun 1997-1999, melanjutkan Pendidikan S2 di Universitas Indonesia Jakarta di Jurusan Kepemimpinan & Manajemen Keperawatan tahun 2000- 2002. Kemudian melanjutkan Pendidikan S3 di Universitas Negeri Makassar (UNM) jurusan PKLH (Pendidikan Kependudukan dan Lingkungan Hidup) masuk 2012 dan selesai Februari 2017. Bekerja di RS 45 (Ibnu Sina) kota Makassar tahun 1990-1992, pengelola dan pengajar di SPK Muhammadiyah tahun 1990-1998, bekerja di Puskesmas Maradekaya Kota Makassar tahun 1992-1999. Bekerja di Akper Depkes Jiwa tahun 1999-2000, dan bekerja di Akper Depkes Tidung yang berubah menjadi Poltekkes Kemenkes Makassar Jurusan Keperawatan mulai tahun 2002 sampai sekarang.

BAB 15

Program Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Christiane P. Sarayar, S.Kep. Ns., M.Kep

A. Pendahuluan

Penguatan sistem kesehatan merupakan strategi kunci dalam mencapai cita-cita pembangunan kesehatan suatu negara disamping pengembangan pelayanan kesehatan primer. Pada dasarnya kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan lebih besar daripada sumber daya yang tersedia sehingga diperlukan tinjauan prioritas dalam setiap bentuk, tujuan dan indikator dalam capaian sistem kesehatan sehingga penyelenggaraan pelayanan kesehatan dapat dikategorikan berdasarkan tujuan dari jenis pelayanan yang diberikan seperti pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif yang dalam konteks sistem kesehatan nasional digolongkan berdasarkan tingkatan kebutuhan kesehatan yaitu pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier (Bappenas, 2023).

Berdasarkan laporan *World Health Statistic* Pada tahun 2019 Indonesia mencapai angka harapan hidup sebesar 71,3 tahun, capaian tersebut masih berada dibawah rerata dunia yaitu 73,31 tahun selain itu pada tahun 2022 indonesia menempati peringkat kedua jumlah temuan kasus baru tuberculosis secara global (WHO, 2023) hal ini menunjukkan bahwa meski terjadi peningkatan serajat kesehatan masyarakat secara umum namun penelaan, pengawasan serta perbaikan berkelanjutan sangat diperlukan untuk sistem kesehatan nasional. Dalam sistem kesehatan nasional harus dipastikan selain menjamin tersedianya pelayanan primer kepada setiap warga, bentuk upaya preventif, promotive, peningkatan literasi

kesehatan dan kemampuan untuk menjaga kesehatan secara mandiri perlu diintegrasikan pada seluruh bentuk pelayanan kesehatan (Bappenas, 2023).

Salah satu bentuk upaya pemerintah dalam menyediakan fasilitas kesehatan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama yang memprioritaskan upaya promotif dan preventif pada wilayah kerjanya harus melaksanakan kegiatan manajemen puskesmas, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) dan kunjungan keluarga. Pelayanan Perkesmas merupakan bagian dari pelayanan keperawatan yang mengacu pada Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan. Perkesmas yang dilaksanakan secara benar, terarah dan tepadu dengan upaya kesehatan yang lain diharapkan mampu meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan dan meningkatkan capaian program. Sasaran Perkesmas adalah individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatan (Kemenkes, 2021)

B. Program Keperawatan Kesehatan Masyarakat

1. Falsafah Perkesmas

Falsafah perkesmas merupakan keyakinan terhadap nilai kemanusiaan yang menjadi pedoman bagi individu, keluarga, kelompok maupun Masyarakat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan kesehatan Masyarakat yang meliputi (Mertajaya, 2019) :

- a. Perawatan kesehatan masyarakat merupakan pekerjaan luhur dan manusiawi yang ditujukan untuk klien
- b. Perawatan kesehatan masyarakat merupakan Upaya kemanusiaan dalam rangka meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bagi terwujudnya manusia dan masyarakat yang sehat

- c. Perawatan kesehatan masyarakat terjangkau dan dapat diterima oleh seluruh lapisan masyarakat
 - d. Upaya promotive dan preventif merupakan upaya pokok tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitative
 - e. Perawatan kesehatan masyarakat sebagai provider dan masyarakat sebagai consumer pelayanan kesehatan sehingga dapat tercipta suatu hubungan yang saling mendukung dan mempengaruhi perubahan dalam kebijakan dan pelayanan kearah peningkatan status kesehatan masyarakat
 - f. Pengembangan tenaga kesehatan masyarakat secara berkesinambungan
 - g. Individu dalam suatu masyarakat ikut bertanggung jawab atas kesehatan
2. Pengertian Perkesmas

Berikut ini merupakan beberapa definisi dari Perkesmas:

- a. World Health Organization (WHO, 2017)

“Community health nursing is A special field of nursing that combines the skills of nursing, public health and some phases of social assistance and functions as part of the total public health programme for the promotion of health, the improvement of the conditions in the social and physical environment, rehabilitation of illness and disability”

Perkesmas merupakan bidang keperawatan khusus yang menggabungkan ketrampilan keperawatan, kesehatan masyarakat, bantuan dan fungsi sosial sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat untuk promosi kesehatan, perbaikan kondisi sosial dan lingkungan fisik, rehabilitasi penyakit dan kecacatan.

- b. American Public Health Association (APHA, 2013)

Community health nursing is the “practice of promoting and protecting the health of populations using knowledge from nursing, sosial and public health sciences”

Keperawatan kesehatan masyarakat merupakan praktik untuk mempromosikan dan melindungi

kesehatan masyarakat dengan menggunakan ilmu keperawatan, sosial dan ilmu kesehatan masyarakat.

- c. Kemenkes (2006)
Kepmenkes No. 279 tahun 2006 tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas bahwa Keperawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) adalah suatu bidang dalam keperawatan kesehatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif, preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai suatu kesatuan yang utuh, melalui proses keperawatan untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal sehingga mandiri dalam upaya kesehatannya.
- d. Ruth B. Freeman (1981)
Keperawatan kesehatan masyarakat merupakan suatu bidang keperawatan khusus dimana teknik keperawatan, ketrampilan berorganisasi diterapkan dalam hubungan yang serasi dengan ketrampilan tenaga profesi kesehatan maupun tenaga sosial lain demi untuk memelihara kesehatan masyarakat.
- e. Sines *et all* (2009)
Keperawatan kesehatan masyarakat merupakan upaya untuk mengurangi kesenjangan kesehatan dengan cara bekerja sama dengan individu, keluarga, dan komunitas untuk mempromosikan kesehatan, mencegah perilaku kesehatan yang buruk, dan untuk perlindungan kesehatan. Penekanannya adalah pada kerja kemitraan yang melintasi batas-batas disiplin, profesional dan organisasi yang berdampak pada kebijakan sosial dan politik yang terorganisir untuk

memengaruhi faktor penentu kesehatan dan mempromosikan kesehatan seluruh masyarakat.

f. Tujuan Perkesmas

Tujuan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat adalah meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah keperawatan kesehatan masyarakat yang optimal. Pelayanan keperawatan diberikan secara langsung kepada seluruh masyarakat dalam rentang sehat-sakit dengan mempertimbangkan seberapa jauh masalah kesehatan masyarakat mempengaruhi individu, keluarga, dan kelompok maupun masyarakat. Fokus utamanya ialah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan, membimbing dan mendidik individu, keluarga, kelompok, masyarakat untuk menanamkan pengertian, kebiasaan dan perilaku hidup sehat sehingga mampu memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya (Kemenkes, 2006).

g. Sasaran Perkesmas

Sasaran keperawatan kesehatan masyarakat adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, kelompok beresiko tinggi termasuk kelompok/masyarakat penduduk di daerah kumuh, terisolasi, berkonflik, dan daerah yang tidak terjangkau pelayanan kesehatan (Kemenkes, 2006)

h. Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat pada tatanan pelayanan kesehatan.

Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat dapat diberikan secara langsung pada semua tatanan pelayanan kesehatan, antara lain (Kemenkes, 2006):

- a) Unit Pelayanan Kesehatan yang memiliki pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Pelayanan diberikan langsung pada klien/keluarga yang mendampingi.

- b) Di Rumah
Perawat “home care” memberikan pelayanan secara langsung pada keluarga di rumah yang menderita penyakit akut maupun kronis. Peran *home care* dapat meningkatkan fungsi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mempunyai resiko tinggi masalah kesehatan
- c) Di Sekolah
Perawat sekolah dapat melakukan perawatan sesaat (*day care*) diberbagai institusi pendidikan (TK, SD, SMP, SMA, dan Perguruan tinggi, guru dan karyawan). Perawat sekolah melaksanakan program screening kesehatan, mempertahankan kesehatan, dan pendidikan kesehatan
- d) Di Tempat Kerja/ Industri
Perawat dapat melakukan kegiatan perawatan langsung dengan kasus kesakitan/kecelakaan minimal di tempat kerja/kantor, home industri/ industri, pabrik dll. Melakukan pendidikan kesehatan untuk keamanan dan keselamatan kerja, nutrisi seimbang, penurunan stress, olah raga dan penanganan perokok serta pengawasan makanan.
- e) Di Barak Penampungan
Perawat memberikan tindakan perawatan langsung terhadap kasus akut, penyakit kronis, dan kecacatan fisik ganda, dan mental
- f) Dalam Kegiatan Puskesmas Keliling
Pelayanan keperawatan dalam puskesmas keliling diberikan kepada individu, kelompok masyarakat di pedesaan, kelompok terlarut. Pelayanan keperawatan yang dilakukan adalah pengobatan sederhana, screening kesehatan, perawatan kasus penyakit akut dan kronis, pengelolaan dan rujukan kasus penyakit

g) Panti/ Kelompok Khusus

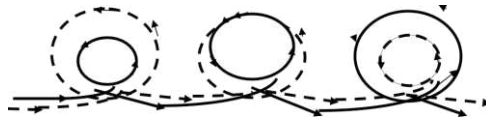
Di Panti atau kelompok khusus lain, seperti panti asuhan anak, panti wreda, dan panti sosial lainnya serta rumah tahanan (rutan) atau lembaga pemasyarakatan (Lapas)

h) Kelompok Risiko Tinggi

- 1) Pelayanan perawatan pada kelompok wanita, anak-anak, lansia mendapat perlakuan kekerasan
- 2) Pelayanan keperawatan di pusat pelayanan kesehatan jiwa
- 3) Pelayanan keperawatan dipusat pelayanan penyalahgunaan obat
- 4) Pelayanan keperawatan ditempat penampungan kelompok lansia, gelandangan pemulung/ pengemis, kelompok penderita HIV/AIDS, dan WTS



i. Orientasi Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Keperawatan kesehatan masyarakat berorientasi pada proses pemecahan masalah yang dikenal dengan "*nursing proses*" (proses keperawatan) yaitu metoda ilmiah dalam keperawatan yang dapat dipertanggung jawabkan sebagai cara terbaik dalam memberikan pelayanan keperawatan yang sesuai respon manusia dalam menghadapi masalah kesehatan. Langkah-langkah proses keperawatan kesehatan masyarakat adalah pengakajian, perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian. Dalam penerapan proses keperawatan, terjadi proses alih peran dari tenaga keperawatan kepada klien (sasaran) secara bertahap dan berkelanjutan untuk mencapai kemandirian sasaran dalam menyelesaikan masalah kesehatannya. Proses alih peran tersebut digambarkan sebagai lingkaran dinamis proses keperawatan, berikut :



Gambar 1. Lingkaran Dinamis Proses Keperawatan

Keterangan :

-  Peran Perawat
-  Peran Klien

CONTOH SOAL

1. Perpaduan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat bahkan ilmu sosial yang diaplikasikan kepada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat melalui upaya pelayanan promotive dan preventif tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitative, merupakan pengertian dari ...
 - a. Puskesmas
 - b. Perkesmas**
 - c. Upaya Kesehatan Masyarakat
 - d. Manajemen Kesehatan Masyarakat
2. Upaya pelayanan kesehatan masyarakat melalui komunikasi yang efektif untuk mengedukasi masyarakat tentang kesehatan untuk meningkatkan status Kesehatan, penguatan gerakan masyarakat, serta penyusunan kebijakan dan regulasi yang mendukung dan melindungi kesehatan Masyarakat merupakan ...
 - a. Upaya Preventif
 - b. Upaya Promotif**
 - c. Upaya Kuratif
 - d. Upaya Rehabilitasi
 - e. Upaya paliatif
3. Merawat dan membantu pemasangan alat medis yang dibutuhkan pasien selama perawatan dirumah merupakan salah satu contoh penerapan pelayanan perkesmas pada tatanan pelayanan....
 6. Unit Pelayanan Kesehatan
 - 7. Di Rumah**
 8. Di Sekolah
 9. Pada Kelompok Resiko Tinggi
 10. Dalam kegiatan puskesmas keliling
4. Melakukan pendidikan kesehatan untuk keamanan dan keselamatan kerja merupakan salah satu contoh penerapan pelayanan perkesmas pada tatanan pelayanan....
 - f. Di Rumah
 - g. Di Sekolah
 - h. Tempat Kerja**
 - i. Panti Sosial
 - j. Barak Penampungan

5. Dalam penerapan proses keperawatan kesehatan masyarakat, terjadi proses alih peran dari tenaga keperawatan kepada klien secara bertahap dan berkelanjutan dengan tujuan...
 - a. Mencapai pengertian bersama pada konsep sehat-sakit
 - b. Perlindungan Kesehatan
 - c. Pemeliharaan dan Pemantauan Kesehatan
 - d. Pengembangan kebijakan public untuk kesehatan Masyarakat
 - e. **Mencapai kemandirian klien dalam menyelesaikan masalah kesehatannya**

DAFTAR PUSTAKA

- APHA (2013). *The definition and practice of public health nursing: a statement of the public health nursing section*. Washington, DC: American Public Health Association.
<https://www.apha.org/-/media/files/pdf/membergroups/phn/nursingdefinition.pdf>
- Bappenas (2023). *Review dan Reformasi Sistem Kesehatan Nasional Indonesia*. Jakarta Pusat : Direktorat Kesehatan Gizi Masyarakat; Kedeputusan Bidang Pembangunan Manusia, Masyarakat dan Kebudayaan, Kementrian PPN/Bappenas.
https://perpustakaan.bappenas.go.id/e-library/file_upload/koleksi/migrasi-data-publikasi/file/Unit_Kerja/Direktorat%20Kesehatan%20Gizi%20Masyarakat/Review%20dan%20Reformulasi%20Sistem%20Kesehatan%20Nasional%20Indonesia.pdf
- Freeman. R. B. 1981. *Community Health Nursing Practice*, Second Edition. Edisi 3. W.B. Saunders Inc. Philadelphia
- Kemkes RI (2006). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 279 tentang pedoman penyelenggaraan upaya perawatan kesehatan Masyarakat di Puskesmas.
<https://manajemenrumahsakit.net/wp-content/uploads/2012/09/KMK-279-2006-PERKESMAS.pdf>
- Kemkes RI (2021). *Kebijakan Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM
https://siakpel.kemkes.go.id/upload/akreditasi_kurikulum/modul-1-37313137-3837-4631-b635-343539323532.pdf
- Mertajaya, I., Made, Adventus & Anggraini, Y. (2019). *Modul Perawat Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)*.
- Sines, D. Saunders, M. & Burford, J.,F (2009). *Community Health Care Nursing, Fourth Edition*. UK : Wiley-Blackwell.
<https://www.wiley.com/en-us/Community+Health+Care+Nursing%2C+4th+Edition-p-9781444316247>

- Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
<https://www.kemkes.go.id/id/undang-undang-republik-indonesia-nomor-17-tahun-2023-tentang-kesehatan>
- Undang-undang RI Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
<https://peraturan.bpk.go.id/Details/38782/uu-no-38-tahun-2014>
- WHO (2017). *Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage*. Geneva: World Health Organization (Human Resources for Health Observer Series No. 18).
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
<https://iris.who.int/rest/bitstreams/1082885/retrieve>
- WHO (2023). *World Health Statistics 2023: Monitoring Health for SDGs*.
https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/2023/world-health-statistics-2023_20230519_.pdf

BIODATA PENULIS



Christiane P. Sarayar, S.Kep., Ns., M.Kes. lahir di Manado, pada 11 November 1991. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Sam Ratulangi Manado, Profesi Ners di Universitas Pembangunan Indonesi dan S2 di Pascasarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi Manado. Saat ini penulis sebagai Dosen di Program Studi Diploma Tiga Keperawatan STIKES Bethesda Tomohon.

BAB 16

Pengelolaan Upaya Kesehatan Masyarakat di Puskesmas

*Ns. Hasbi, M.K.M *

A. Pendahuluan

Pusat Kesehatan Masyarakat adalah bagian dari dinas kesehatan kabupaten / kota yang merupakan suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat disamping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Selain tugas yang diemban tersebut puskesmas juga memiliki fungsi sebagai pusat pembangunan kesehatan masyarakat di wilayahnya, membina peran serta masyarakat di wilayah kerjanya dalam rangka meningkatkan kemampuan untuk hidup sehat, dan memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

Puskesmas pertama kali dimulai pada abad ke-16 dengan upaya pemberantasan cacar dan kolera oleh Pemerintah Belanda. Pada tahun 1969, konsep puskesmas diterapkan di Indonesia untuk menggantikan unit-unit pelayanan yang terpisah-pisah seperti balai pengobatan dan balai kesejahteraan ibu dan anak dengan fokus pada integrasi pelayanan kesehatan di bawah pengawasan dinas kesehatan (Ningsih, 2021). Menyikap hal tersebut maka mulailah dibangun puskesmas di berbagai wilayah yang dipimpin oleh seorang dokter yang disebut dokwil yang bertanggung jawab kepada dokter kabupaten (dokabu) sebagai atasan mereka di tingkat kabupaten. Puskesmas memberikan layanan kesehatan komprehensif yang mencakup pengobatan, pencegahan,

peningkatan kesehatan, dan pemulihan kesehatan (Ningsih, 2021).

Puskesmas sebagai pilar utama dalam sistem pelayanan kesehatan nasional, memiliki peran yang signifikan dan strategis dalam meningkatkan kesejahteraan masyarakat. Sejak diperkenalkannya pada tahun 1969, puskesmas telah mencapai berbagai pencapaian yang signifikan. Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB) berhasil menurun secara signifikan. AKI turun dari 318 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 228 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2007, sedangkan AKB turun dari 46 per 1000 kelahiran hidup pada tahun 1997 menjadi 34 per 1.000 kelahiran hidup pada tahun 2007. Selaras dengan penurunan AKB, umur harapan hidup (UHH) rata-rata penduduk Indonesia juga meningkat secara signifikan dari 68,6 tahun 2004 menjadi 70,5 tahun pada tahun 2007 (Sulaiman, 2021).

B. Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya (kemenkes, 2019). Puskesmas mesti ada minimal satu unit di setiap kecamatan sehingga sebagai bagian terdepan dari sistem kesehatan maka puskesmas memiliki kesempatan besar untuk berinteraksi langsung dengan masyarakat, baik yang sehat maupun yang sakit. Interaksi ini perlu dibangun dan dijaga baik dengan salah satunya membina kerjasama lintas program dan lintas sector karena kompleksnya masalah kesehatan yang dialami masyarakat.

Menurut Kementerian Kesehatan RI puskesmas merupakan sebuah unit organisasi kesehatan fungsional yang berperan sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga menggalang partisipasi masyarakat sambil memberikan layanan kesehatan yang komprehensif dan terintegrasi kepada masyarakat di daerahnya melalui kegiatan inti (kemkes, 2023). Puskesmas diberikan tanggung jawab dan wewenang untuk melaksanakan pembangunan kesehatan di

wilayah kerjanya. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di puskesmas bertujuan untuk mewujudkan wilayah kerja puskesmas yang sehat dengan masyarakat yang memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, dan juga memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Puskesmas adalah sebuah sarana pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab dalam menyelenggarakan layanan kesehatan untuk masyarakat dan individu di tingkat dasar dengan fokus lebih besar pada upaya promosi dan pencegahan penyakit di area prakteknya (Kemenkes, 2023).

Puskesmas merupakan suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan secara komprehensif kepada komunitas dalam suatu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok (anggraeni, 2019).

Dalam menjalankan tugasnya puskesmas berperan dalam memberdayakan Pembangunan Masyarakat menggerakkan partisipasi masyarakat memiliki wawasan kesehatan yang luas, memantau dan mendorong pemecahan masalah kesehatan masyarakat serta memberikan pelatihan kesehatan dasar. Mengingat peran, tugas, dan fungsinya puskesmas seharusnya mendapat perhatian khusus dalam upaya pembangunan ketahanan nasional di bidang kesehatan (Andriansyah, 2017).

Puskesmas adalah sebuah entitas fungsional yang bertindak sebagai pusat pengembangan kesehatan masyarakat sambil memperkuat keterlibatan masyarakat, memberikan layanan kesehatan komprehensif dan terpadu kepada Masyarakat di wilayahnya. Oleh karena itu puskesmas diharapkan dapat menjadi lokasi untuk meningkatkan kesehatan masyarakat Indonesia. Sebagai ujung tombak dalam pelayanan kesehatan, puskesmas efektif dalam memberikan

bantuan pertama dengan standar pelayanan kesehatan (Andriansyah, 2017).

Berdasarkan Permenkes Nomor 43 tahun 2019 puskesmas diselenggarakan dengan berbagai prinsip yang meliputi paradigma sehat, pertanggungjawaban wilayah, kemandirian masyarakat, ketersediaan akses pelayanan kesehatan, teknologi tepat guna, dan keterpaduan dan kesinambungan. Penjelasan untuk setiap prinsip-prinsip tersebut seperti berikut :

1. Paradigma sehat ;

Paradigma sehat adalah cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penduduk agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan penduduk yang sakit. Mewujudkan paradigma sehat ini merupakan hal yang sulit bila puskesmas hanya berperan sendiri. Puskesmas perlu mendorong seluruh pemangku kepentingan berpartisipasi dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat melalui Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. (Kemenkes, 2019).

2. Pertanggungjawaban wilayah

Prinsip ini mengharuskan puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Kepala puskesmas dan seluruh jajarannya secara terorganisir menyusun perencanaan, menggerakkan dan melaksanakan program layanan, mengawasi dan mengendalikan program layanan, serta menilai hasil program layanan.

3. Ketersediaan akses pelayanan kesehatan

Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status

sosial, ekonomi, agama, budaya, dan kepercayaan. Pelayanan tidak hanya dilakukan di dalam gedung, tapi juga di luar gedung seperti penyuluhan, skrining kesehatan, imunisasi, kunjungan rumah dan lain sebagainya.

4. Kemandirian masyarakat

Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Puskesmas harus menstimulus masyarakat untuk dapat mengetahui masalah kesehatan mereka, mendorong mereka untuk mau mengatasi masalah tersebut, dan memberikan pengetahuan, sikap, dan keterampilan sehingga mereka mampu untuk mengatasi masalah kesehatan dengan sumber daya yang mereka miliki. Keberhasilan puskesmas salah satunya dilihat dari tingkat kemandirian masyarakat dalam mengenal masalah kesehatan sehingga tahu mengidentifikasi sumber daya yang dimiliki masyarakat sehingga mampu untuk

5. Ketersediaan akses pelayanan kesehatan

Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya, dan kepercayaan. Akses pelayanan diberikan tidak hanya di puskesmas, tapi juga diberikan dengan mendekatkan pelayanan ke lingkungan masyarakat. Akses pelayanan juga bisa diberikan dengan memanfaatkan media sosial seperti penyampaian informasi dan konseling masalah kesehatan.

6. Teknologi tepat guna

Prinsip teknologi tepat guna dimaksudkan bahwasanya puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan, dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan. Teknologi dalam pelayanan kesehatan dan kedokteran terkadang harus mengeluarkan biaya yang mahal dan bisa saja tidak terjangkau oleh masyarakat. Menyiasati itu maka puskesmas bisa mengembangkan inovasi teknologi yang efisien tapi cukup

efektif hasilnya, contohnya teknologi skin to skin yaitu memberikan sentuhan kulit orang tua pada bayi yang lahir dengan berat badan rendah dan memerlukan kehangatan untuk mengontrol suhu bayi agar tetap normal. Penggunaan inkubator untuk kasus ini sangat efektif namun memerlukan biaya yang tidak sedikit.

7. Keterpaduan dan kesinambungan

Puskesmas mengintegrasikan dan mengkoordinasikan penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen puskesmas. Pasien yang mengalami masalah kesehatan individu atau UKP membutuhkan juga dukungan dari keluarga dan masyarakat yang dilakukan dengan pelayanan UKM.

C. Upaya Kesehatan di Puskesmas

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Mencapai tujuan pembangunan kesehatan tersebut dengan mengintegrasikan program yang dilaksanakannya baik program UKM maupun UKP tingkat pertama dengan pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga merupakan salah satu cara puskesmas mengintegrasikan program untuk meningkatkan jangkauan sasaran dan mendekatkan akses pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya dengan mendatangi keluarga.

Pelayanan program UKM yang dilakukan puskesmas meliputi esensial dan pengembangan. UKM esensial yang dimaksud meliputi:

1) Pelayanan promosi kesehatan

Menurut WHO promosi kesehatan merupakan serangkaian proses mengupayakan individu-individu dan masyarakat dalam meningkatkan kompetensi mereka dengan mengandalkan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan sehingga mampu meningkatkan derajat kesehatannya.

Pemanfaatan teknologi untuk mempromosikan kesehatan menjadi salah satu tantangan utama dalam masyarakat saat ini. Media sosial yang hampir dimiliki semua manusia memiliki pengaruh besar terhadap pola hidup yang dipilih dan dijalankan. Tenaga promosi kesehatan sebaiknya mengikuti tren digitalisasi dan memanfaatkan media sosial secara efektif untuk mendukung program-program kesehatan Masyarakat.

Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat Kementerian Kesehatan memprioritaskan promosi kesehatan melalui program-program. Salah satu programnya adalah Indonesia Sehat, dengan fokus pada pendekatan preventif-promotif dan penguatan akses pelayanan kesehatan terutama pada fasilitas kesehatan pertama (FKTP). Strategi yang sedang dikembangkan salah satunya adalah kampanye promosi kesehatan melalui media sosial (Febrianti, Sulaiman, Z., Said, Adri, & Ramlan, 2023). Promosi kesehatan terdiri dari kegiatan penyuluhan kesehatan menyangkut PHBS dan pembentukan desa siaga

2) Pelayanan kesehatan lingkungan;

Perbaikan kesehatan lingkungan memberikan manfaat kesehatan, kenyamanan petugas dan masyarakat yang datang di puskesmas, juga sarana memotivasi dan membudayakan lingkungan dan perilaku hidup bersih di masyarakat meliputi rumah sehat, air bersih, dan SPAL (Indrawati dkk, 2014). Lingkungan merupakan faktor terbesar yang dapat mempengaruhi status kesehatan dibandingkan dengan faktor-faktor lain seperti genetik, pelayanan kesehatan, dan perilaku. Faktor ini yang mengharuskan kesehatan lingkungan sebagai salah satu program esensial yang dikelola oleh puskesmas.

3) Pelayanan kesehatan keluarga

Program pelayanan kesehatan keluarga (kesga) ini bertujuan mencapai tingkat kesehatan yang optimal bagi ibu dan keluarganya serta meningkatkan kesehatan anak untuk memastikan pertumbuhan dan perkembangan yang optimal,

yang menjadi dasar peningkatan kualitas manusia secara menyeluruh. Evaluasi program kesga dilakukan untuk memantau perkembangan layanan kesga di lokasi pelayanan dengan menggunakan berbagai indikator seperti laporan bulanan kesga, data kelahiran dan kematian ibu dan perinatal. Dilakukan juga pemantauan wilayah setempat (PWS) dengan indikator ibu dan anak, serta pelaporan bulanan standar pelayanan minimal yang telah ditetapkan (Kareba, L (2020)).

4) Pelayanan gizi

Status gizi pada balita merupakan salah satu parameter yang mencerminkan kesejahteraan masyarakat. Salah satu metode evaluasi status gizi pada balita adalah melalui pengukuran antropometri menggunakan indeks berat badan menurut umur (BB/U) atau berat badan terhadap tinggi badan (BB/TB). Perkembangan status gizi masyarakat dapat dipantau melalui pencatatan dan pelaporan hasil penimbangan bayi dan balita setiap bulan di posyandu. Program perbaikan gizi meliputi pengukuran status gizi, ASI eksklusif, dan imunisasi (Aditya & Purnaweni).

5) Pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit.

Peningkatan jumlah kasus penyakit menular masih menjadi permasalahan kesehatan masyarakat yang serius di Indonesia. Data dari profil kesehatan tahun 2009 hingga 2014 menunjukkan bahwa beberapa penyakit menular seperti diare, malaria, demam berdarah dengue, influenza, tifus abdominalis, dan penyakit saluran pencernaan, merupakan masalah utama di Indonesia.. Pada awal tahun 2016, Indonesia kembali menghadapi lonjakan kasus demam berdarah dengue. Dalam tiga minggu pertama bulan Januari saja tercatat 1.669 kasus positif terinfeksi DBD dengan 22 kasus kematian. Pada pertengahan tahun 2019 seluruh dunia digemparkan dengan adanya penyakit covid-19 yang menjadi pandemi di semua negara. Penyakit menular meliputi penyakit HIV/AIDS, hepatitis, demam berdarah, kusta, TB Paru, diare, campak, ISPA dan lain-lain.

Sejalan dengan penyakit menular, penyakit tidak menular (PTM) pun menjadi salah satu tantangan kesehatan terbesar di abad ke-21 dan telah menjadi perhatian global baik di negara berkembang maupun negara maju. PTM menyebabkan kejadian pada 41 juta dari 57 juta kematian (71%) dan terdiri dari penyakit kardiovaskular (44%), kanker (9%), penyakit pernapasan kronis (9%), diabetes (4%), dan 75% kematian dini (kematian pada usia 30-69 tahun) di dunia. Data di Indonesia menunjukkan bahwa PTM sebagai penyebab utama kematian pada tahun 2016. PTM bertanggung jawab atas 73% kematian di Indonesia dengan proporsi diantaranya penyakit kardiovaskular (35%), kanker (12%), penyakit pernapasan kronis (6%), diabetes (6%), dan risiko kematian dini lebih dari 20%. Hal ini menunjukkan bahwa kejadian PTM harus menjadi perhatian (Pradipta, 2023).

Dalam mencegah dan mengendalikan penyakit menular, digunakan tiga pendekatan atau strategi, yaitu :

1) Eliminasi reservoir (sumber penyakit)

Pendekatan ini dilakukan dengan mengisolasi penderita dengan menempatkannya di area khusus untuk mengukur kontak dengan orang lain dan melakukan karantina, yaitu membatasi gerak penderita dan menempatkannya bersama penderita lain yang sejenis dalam tempat yang dirancang khusus untuk isolasi, biasanya untuk jangka waktu yang lama.

2) Memutuskan mata rantai penularan

Meningkatkan sanitasi lingkungan dan hygiene personal merupakan langkah penting untuk memutuskan mata rantai penularan penyakit menular

3) Perlindungan kelompok rentan,

Kelompok rentan seperti bayi, anak balita, dan lansia, memerlukan perlindungan khusus dengan imunisasi, baik imunisasi aktif maupun pasif. Peningkatan status gizi pada anak juga merupakan langkah pencegahan yang penting terhadap penyakit infeksi pada anak

karena anak dengan gizi kurang memiliki risiko lebih tinggi (Lestari, 2023).

Selain UKM esensial, UKM pengembangan juga dilakukan oleh puskesmas. UKM pengembangan merupakan upaya kesehatan masyarakat yang kegiatannya bersifat inovatif dan/atau disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja, dan potensi sumber daya yang tersedia di puskesmas. Jenis pengembangan ini tidak sama pada setiap puskesmas

Program layanan UKP tingkat pertama dilaksanakan oleh dokter, dokter gigi, dan dokter layanan primer, serta tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensi dan kewenangannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Dokter, dokter gigi, dan dokter layanan primer, serta tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan UKP tingkat pertama harus dilakukan sesuai dengan standar pelayanan, standar prosedur operasional, dan etika profesi. Pelayanan kesehatan UKP tersebut dilakukan dalam beberap bentuk, yaitu :

1. Rawat jalan, baik kunjungan sehat maupun kunjungan sakit
2. Pelayanan gawat darurat
3. Pelayanan persalinan normal
4. Perawatan di rumah (home care) dan / atau
5. Rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan

Pelayanan UKM dan UKP yang dilaksanakan puskesmas harus berjalan bersinergi dan saling terintegrasi. Keberhasilan dalam penanganan masalah kesehatan suatu komunitas dengan memberikan pelayanan terhadap individu yang bermasalah serta terhadap keluarga, kelompok, maupun masyarakat yang menjadi sistem penunjang individu tersebut. Dalam melaksanakan kedua pelayanan tersebut maka puskesmas juga harus menyelenggarakan kegiatan manajemen puskesmas, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan

kesehatan masyarakat (perkesmas), pelayanan laboratorium, dan kunjungan keluarga.

D. Pengelolaan Program UKM

Mengelola program UKM menggunakan manajemen puskesmas yang dijadikan regulasi menteri kesehatan yang dijabarkan pada permenkes nomor 44 tahun 2016. Manajemen puskesmas ini dibagi menjadi 3 (tiga) bagian besar yang saling berkesinambungan. Ketiga bagian tersebut adalah P1 (Perencanaan), P2 (Penggerakan dan Pelaksanaan), dan P3 (Pengawasan, Pengendalian, dan Penilaian). Kepala puskesmas dan setiap penanggung jawab program UKM harus paham dan dapat mengaplikasikan manajemen puskesmas ini (Kemkes, 2016)

1. Perencanaan (P1)

Perencanaan yang disusun melalui pengenalan permasalahan secara tepat berdasarkan data yang akurat, serta diperoleh dengan cara dan dalam waktu yang tepat, maka akan dapat mengarahkan upaya kesehatan yang dilaksanakan puskesmas dalam mencapai sasaran dan tujuannya. Setiap koordinator pelayanan UKM baik essential maupun penunjang menyusun perencanaan dengan memanfaatkan data-data yang ada serta indikator kinerja yang telah ditetapkan. Adapun tahapan perencanaan program puskesmas adalah sebagai berikut :

a. Persiapan

Tahap ini pengelola program dan tim mempelajari Rencana Lima Tahunan dinas kesehatan kabupaten/kota, yang merupakan turunan dari Rencana Lima Tahunan dinas kesehatan provinsi dan Rencana Lima Tahunan Kementerian Kesehatan, Standar Pelayanan Minimal tingkat kabupaten/kota, target yang disepakati bersama dinas kesehatan kabupaten/kota, yang menjadi tanggung jawab puskesmas, dan Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (Kemenkes, 2016)

b. Analisis situasi

Tahap ini dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai keadaan dan mengidentifikasi masalah

kesehatan yang dihadapi Puskesmas, agar dapat merumuskan kebutuhan pelayanan dan pemenuhan harapan masyarakat yang rasional sesuai dengan keadaan wilayah kerja Puskesmas. Tahap ini dilakukan dengan cara:

- 1) Mengumpulkan data kinerja puskesmas
Ketika pemegang program akan menyusun perencanaan maka data yang dikumpulkan adalah data 1 tahun yang lewat untuk perencanaan tahun depan. Penyusunan dilakukan pada saat tahun berjalan.
- 2) Analisis data
Data yang telah terkumpul maka selanjutnya dianalisis. Analisis yang digunakan adalah deskriptif, assosiatif, dan komparatif. Hasil analisis kemudian ditampilkan dengan menggunakan beberapa alternatif.

c. Perumusan Masalah

Dari hasil analisis data, dilaksanakan perumusan masalah. Masalah adalah kesenjangan antara harapan dan kenyataan. Tahapan ini dilaksanakan melalui:

- 1) Identifikasi Masalah
Identifikasi masalah dilaksanakan dengan membuat daftar masalah yang dikelompokkan menurut jenis upaya, target, pencapaian, dan masalah yang ditemukan, seperti contoh tabel di bawah ini:

NO	UPAYA	TARGET	PENCAPAIAN	MASALAH
1	UKM Essensial			
2	UKM Pengembangan			

- 2) Menetapkan prioritas masalah
Meningat adanya keterbatasan kemampuan dalam mengatasi masalah, ketidaktersediaan teknologi yang memadai atau adanya keterkaitan satu masalah

dengan masalah lainnya, maka perlu dipilih masalah prioritas dengan jalan kesepakatan tim. Bila tidak dicapai kesepakatan dapat ditempuh dengan menggunakan kriteria lain. Dalam penetapan urutan prioritas masalah dapat mempergunakan berbagai macam metode seperti metode USG (Urgency, Seriousness, Growth) seperti contoh di bawah ini :

N O	MASALAH	U	S	G	TOTAL
1	Masalah A	5	3	3	11
2	Masalah B	4	4	4	12
3	Masalah C	3	5	5	13

Keterangan: berdasarkan skala likert 1-5 (5=sangat besar, 4=besar, 3=sedang, 2=kecil, 1=sangat kecil). Atas dasar contoh tersebut maka isu yang merupakan prioritas adalah Isu C.

- 3) Mencari akar penyebab masalah
Setelah ditentukan masalah yang menjadi prioritas, selanjutnya dicari akar penyebab dari masalah tersebut. Penyebab masalah agar dikonfirmasi dengan data di puskesmas. Beberapa metode yang dapat dipergunakan dalam mencari akar penyebab masalah yaitu diagram Ishikawa dan pohon masalah
- 4) Menetapkan cara pemecahana masalah
Untuk menetapkan cara pemecahan masalah dapat dilakukan kesepakatan di antara anggota tim dengan didahului brainstorming (curah pendapat). Bila tidak terjadi kesepakatan dapat digunakan tabel cara pemecahan masalah.

No	Masalah	Penyebab Masalah	Alternatif Pemecahan Masalah	Pemecahan Masalah Terpilih	Ket
1.					
2					
3					

Kegiatan-kegiatan yang diindentikasi dan disepakati pada kolom “pemecahan masalah terpilih” adalah rencana usulan kegiatan (RUK) yang diusulkan koordinator program ke kepala puskesmas melalui tim perencanaan puskesmas.

2. Penggerakan dan Pelaksanaan (P2)

Penggerakan dan Pelaksanaan program/kegiatan merupakan kegiatan lanjutan dari rencana pelaksanaan kegiatan (RPK) yang telah disetujui anggarannya. Penggerakan pelaksanaan program/kegiatan dapat dilakukan melalui berbagai cara, diantaranya adalah rapat dinas, pengarahan pada saat apel pegawai, pelaksanaan kegiatan dari setiap program sesuai penjadwalan pada Rencana Pelaksanaan Kegiatan bulanan, maupun dilakukan melalui forum yang dibentuk khusus untuk itu. Forum yang dibentuk khusus untuk melakukan penggerakan pelaksanaan program/kegiatan dinamakan forum Lokakarya Mini Puskesmas.

a. Lokakarya mini (lokmin) bulanan

Lokakarya mini bulanan bertujuan untuk menilai sampai seberapa jauh pencapaian dan hambatan-hambatan yang dijumpai oleh para pelaksana program/kegiatan pada bulan atau periode yang lalu sekaligus pemantauan terhadap pelaksanaan rencana kegiatan puskesmas yang akan datang; sehingga dapat dibuat perencanaan ulang yang lebih baik dan sesuai dengan tujuan yang hendak dicapai. Keberhasilan pelaksanaan kegiatan puskesmas memerlukan keterpaduan baik lintas program maupun lintas sektor. Lokmin bulanan dilaksanakan pada setiap

awal bulan. Lokmin bulanan ada 2 yaitu lokmin bulanan perdana dan rutin.

b. Lokakarya mini (lokmin) triwulanan

Lokakarya mini tribulanan bertujuan untuk menginformasikan dan mengidentifikasi capaian hasil kegiatan tribulan sebelumnya, membahas dan memecahkan masalah dan hambatan yang dihadapi oleh lintas sektor pada kegiatan tribulan sebelumnya, dan menganalisa serta memutuskan Rencana Tindak Lanjut (RTL) dengan memasukkan aspek umpan balik dari masyarakat dan sasaran program. Ketidakberhasilan pelaksanaan kegiatan program tidak aka terlepas dari Kerjasama yang baik koordinator program dengan lintas sektor terkait. Hambatan yang ditemukan saat pelaksanaan kegiatan di lapangan didiskusikan dalam lokmin triwulanan. Lokmin tribulanan dibagi menjadi 2 (dua) yaitu lokmin tribulanan perdana dan rutin. Lokmin bulanan perdana pada bulan Februari setiap tahun dan lokmin tribulanan rutin adalah setiap bulan Mei, Agustus, dan November setiap tahunnya.

3. Pengendalian, Pengawasan, dan Penilaian

Pengawasan Puskesmas dibedakan menjadi dua, yaitu pengawasan internal dan eksternal. Pengawasan internal adalah pengawasan yang dilakukan oleh puskesmas sendiri, baik oleh Kepala Puskesmas, tim audit internal maupun setiap penanggung jawab dan pengelola/pelaksana program. Adapun pengawasan eksternal dilakukan oleh instansi dari luar puskesmas antara lain dinas kesehatan kabupaten/kota, institusi lain selain Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dan/atau masyarakat.

Pengawasan yang dilakukan mencakup aspek administratif, sumber daya, pencapaian kinerja program, dan teknis pelayanan. Apabila ditemukan adanya ketidaksesuaian baik terhadap rencana, standar, peraturan perundangan maupun berbagai kewajiban yang berlaku perlu dilakukan pembinaan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Pengawasan dilakukan melalui kegiatan supervisi yang dapat dilakukan secara terjadwal atau sewaktu-waktu.

Pengendalian adalah serangkaian aktivitas untuk menjamin kesesuaian pelaksanaan kegiatan dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya dengan cara membandingkan capaian saat ini dengan target yang telah ditetapkan sebelumnya. Jika terdapat ketidaksesuaian, maka harus dilakukan upaya perbaikan (corrective action). Kegiatan pengendalian ini harus dilakukan secara terus menerus. Pengendalian dapat dilakukan secara berjenjang oleh Dinas kesehatan kabupaten/kota, Kepala Puskesmas, maupun penanggung jawab program.

Tujuan dari pengawasan dan pengendalian adalah sebagai berikut:

- a. Mengetahui sejauh mana pelaksanaan pelayanan kesehatan, apakah sesuai dengan standar atau rencana kerja,
- b. Mengetahui adanya kendala, hambatan/tantangan dalam pelaksanaan
- c. Mengetahui adanya penyimpangan pada pelaksanaan
- d. Memberikan informasi kepada pengambil keputusan tentang adanya penyimpangan dan penyebabnya,
- e. Memberikan informasi/laporan kepada pengambil keputusan tentang adanya perubahan-perubahan lingkungan yang harus ditindaklanjuti dengan penyesuaian kegiatan.
- f. Memberikan informasi tentang akuntabilitas pelaksanaan dan hasil kinerja program/kegiatan kepada pihak yang berkepentingan, secara kontinyu dan dari waktu ke waktu.

Penilaian Kinerja program puskesmas adalah suatu proses yang obyektif dan sistematis dalam mengumpulkan, menganalisis dan menggunakan informasi untuk menentukan seberapa efektif dan efisien pelayanan program disediakan, serta sasaran yang dicapai sebagai penilaian hasil kerja/prestasi Puskesmas. Penilaian Kinerja dilaksanakan oleh Puskesmas dan kemudian hasil penilaiannya akan diverifikasi oleh dinas kesehatan kabupaten/kota.

Tujuan dilaksanakannya penilaian kinerja adalah agar Puskesmas:

- a. Mendapatkan gambaran tingkat kinerja program pada akhir tahun kegiatan.
- b. Mendapatkan masukan untuk penyusunan rencana kegiatan di tahun yang akan datang.
- c. Dapat melakukan identifikasi dan analisis masalah, mencari penyebab dan latar belakang serta hambatan masalah kesehatan di wilayah kerjanya berdasarkan adanya kesenjangan pencapaian kinerja.
- d. Dapat menetapkan tingkat urgensi suatu kegiatan untuk dilaksanakan segera pada tahun yang akan datang berdasarkan prioritasnya.

CONTOH SOAL

1. Pengertian puskesmas ini adalah :
 - a. Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan pada tingkat kecamatan yang berfokus pada pengobatan dan rehabilitasi tanpa mengenyampingkan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit
 - b. Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan yang bertanggung jawab kepada dinas kesehatan kabupaten/kota untuk melaksanakan pembangunan kesehatan**
 - c. Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan mandiri yang memiliki otonomi untuk memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat umum.
 - d. Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan yang hanya melaksanakan pelayanan upaya kesehatan masyarakat
2. Pelayanan puskesmas terdiri dari upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat. Pelayanan UKM yang dilakukan adalah :
 - a. Promosi kesehatan, pengobatan, gizi, pencegahan dan pengendalian penyakit menular, dan kesehatan lingkungan
 - b. Promosi kesehatan, gizi, kesehatan lingkungan, pencegahan dan pengendalian penyakit, imunisasi, dan kesehatan keluarga
 - c. Promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan keluarga, penyakit
 - d. Promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, gizi, kesehatan keluarga, dan pencegahan dan pengendalian penyakit.**
3. Puskesmas diharuskan menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Hal ini merupakan penjabaran dari prinsip :
 - a. Paradigma sehat
 - b. Pertanggungjawaban wilayah**
 - c. Kemandirian masyarakat
 - d. Teknologi tepat guna

4. Dalam melaksanakan pelayanan UKM dan UKP, maka puskesmas juga harus menyelenggarakan beberapa kegiatan. Di bawah ini yang tidak termasuk kegiatan yang harus dilakukan puskesmas adalah :
 - a. **Pengobatan**
 - b. Manajemen puskesmas
 - c. Kefarmasian
 - d. Perkesmas
5. Tahapan P1 (Perencanaan) program puskesmas adalah sebagai berikut :
 - a. Persiapan, analisis situasi, penetapan alternatif pemecahan masalah
 - b. Persiapan,identifikasi, masalah, peemecahan masalah
 - c. **Persiapan, analisis, perumusan masalah**
 - d. Perumusan masalah, pemecahan masalah, penetapan masalah
6. Ketika koordinator program akan menyusun perencanaan untuk tahun yang akan datang, maka data yang dipergunakan untuk dianalisis sebagai sumber data adalah :
 - a. Data tahun berjalan
 - b. **Data 1 tahun sebelumnya**
 - c. Data 2 s.d. 4 tahun sebelumnya
 - d. Data yang tersedia saja
7. Pada tahap P2 maka penggerakan dapat dilakukan oleh koordinator program pada saat lokmin bulanan dan tribulanan. Pernyataan yang tidak sesuai tentang lokmin adalah :
 - a. **Lokmin bulanan dan tribulanan dilaksanakan disesuaikan dengan jadwal kosongnya puskesmas**
 - b. Lokmin bulanan terbagi atas perdana dan rutin
 - c. Lokmin tribulanan perdana adalah di bulan Februari sedangkan tribulanan rutin adalah di bulan Mei, Agustus, dan November setiap tahunnya
 - d. Lokmin bulanan dilaksanakan di awal bulan

DAFTAR PUSTAKA

- Aditya & Purnaweni (2017) Iigood, MR (2015). *Implementasi Program Perbaikan Gizi Balita di Puskesmas Wonosalam I Kabupaten Demak*. Journal of Public Policy and Management Review
- Andriansyah (2017). Peranan Kepala Puskesmas dalam rangka Meningkatkan Pelayanan dan Penjamin Jaminan Sosial pada Kecamatan Palmerah Jakarta Barat : Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik
- Febrianti, Sulaiman, Z., Said, Adri, & Ramlan (2023). Implementasi Penggunaan Sosial Media dalam Program Promosi Kesehatan di Puskesmas Kota Enrekang. [https : //doi.org/10.56338/mppki.v614](https://doi.org/10.56338/mppki.v614)
- Kareba, L (2020). Evaluasi Sistem Pelaksanaan Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) di Puskesmas. Sigli. Jurnal Ilmiah Kesmas-I
- Kemendes (2023). Keputusan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia No. HK.01.07/Mendes/2099/2023/ Data Pusat Kesehatan Masyarakat Terintegrasi Tahun 2023. <https://www.kemendes.go.id/data-puskesmas-terregistrasi-semester-1-tahun-2023>
- Kemendes (2016). Permenkes Nomor 44 tentang Panduan Manajemen Puskesmas. <https://peraturan.bpk.go.id>
- Kemendes (2019). Permenkes Nomor 43 tentang Puskesmas. <https://Repository.kemendes.go.id>
- Lestari, T.R.P (2023). Penanggulangan Penyakit Menular di Puskesmas : Studi Kasus di Kabupaten Belu Provinsi Nusa Tenggara Timur
- Ningsih (2021). Sejarah Kesehatan Masyarakat dan Sejarah Puskesmas. OSF Preprints
- Pradipta, RO. Tantangan Indonesia dalam Menghadapi Penyakit Tidak Menular. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36213176/>
- Sulaiman. (2021). Manajemen Kesehatan : Teori dan Praktik di Puskesmas. Ugm Press

BIODATA PENULIS



Ns. Hasbi, S.Kep., MKM lahir di Kampung Laut, Tanjung Jabung Timur, pada tanggal 05 September tahun 1975. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan di Akper Depkes Jambi, S1 Keperawatan dan Program Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan UI, dan S2 Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat UI. Sampai saat ini penulis sebagai Widyaiswara di Bapelkes Provinsi Jambi Ketua Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia Provinsi Jambi

BAB 17

Public Health Nursing

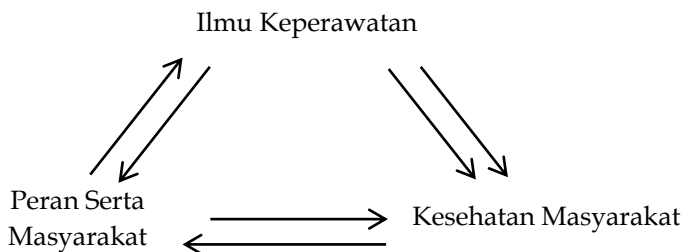
Habid Al Hasbi, Ns.,M.Kep

A. Pendahuluan

WHO (1959) mengatakan bahwa perawatan kesehatan masyarakat atau *Public Health Nursing* (PHN) merupakan gabungan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan melibatkan peran aktif masyarakat. Fokus utama dari layanan ini adalah promosi kesehatan dan pencegahan penyakit secara berkelanjutan, tanpa mengesampingkan layanan kuratif dan rehabilitatif yang dilakukan secara komprehensif dan terpadu. Sasaran PHN adalah individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat, dengan tujuan untuk meningkatkan fungsi hidup manusia secara optimal sehingga masyarakat dapat mandiri dalam menjaga kesehatannya.

B. Konsep Perawatan Komunitas

Tiga Komponen dasar ilmu Keperawatan Kesehatan



Konsep keperawatan dikarakteristikan oleh 4 konsep pokok, yaitu:

a. Manusia

Ludwig Binswager mendefinisikan manusia sebagai entitas yang dapat dikenali dan diketahui, makhluk yang mempunyai kemampuan untuk mengada, suatu kesadaran bahwa ia ada dan mampu mempertahankan adanya di dunia.

Manusia selalu berupaya memahami kebutuhannya dengan berbagai cara, termasuk belajar dan mengembangkan sumber daya yang sesuai dengan potensi serta kemampuan yang dimilikinya. Dalam kehidupan sehari-hari, manusia terus-menerus menghadapi perubahan lingkungan dan berusaha beradaptasi terhadap pengaruh-pengaruh tersebut. Dimensi manusia mencakup kesatuan utuh antara aspek fisik, intelektual, emosional, sosial-budaya, spiritual, dan lingkungan (Taylor C. dkk., *Fundamental of Nursing*, 1989). Dalam konteks keperawatan, manusia menjadi sasaran utama pelayanan atau asuhan, yang meliputi individu, keluarga, dan masyarakat sebagai klien dalam praktik keperawatan.

1) Individu sebagai klien

Individu adalah anggota keluarga yang unik, mencakup aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual. Peran perawat dalam merawat individu adalah untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka, termasuk kebutuhan fisik, sosial, psikologis, dan spiritual, terutama ketika mereka mengalami kelemahan fisik atau mental, keterbatasan pengetahuan, atau kurangnya kemauan untuk mencapai kemandirian.

2) Keluarga sebagai klien

Keluarga adalah kelompok individu yang berinteraksi secara terus-menerus, baik secara pribadi maupun dalam masyarakat. Dalam keperawatan, keluarga berperan penting karena memengaruhi pemenuhan kebutuhan dasar manusia seperti kebutuhan fisiologis, rasa aman, cinta, harga diri, dan

aktualisasi diri (berdasarkan Hirarki Kebutuhan Maslow).

a) Keluarga sebagai unit utama

Keluarga adalah unit dasar masyarakat yang berperan dalam kehidupan sosial.

b) Keluarga sebagai kelompok

Keluarga dapat menciptakan, mencegah, atau mengabaikan masalah kesehatan. Setiap masalah kesehatan dalam keluarga dipengaruhi oleh peran keluarga.

c) Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan

Penyakit satu anggota keluarga akan memengaruhi seluruh anggota keluarga lainnya, dan kondisi keluarga berdampak pada kesehatan klien.

3) Masyarakat sebagai klien

Masyarakat adalah kelompok manusia yang hidup bersama dalam satu sistem adat istiadat, norma, dan hukum dengan identitas bersama. Ciri-cirinya adalah interaksi antar warga, pengaturan oleh adat dan norma, keberlangsungan waktu, dan identitas yang mengikat warga.

b. Kesehatan

Sehat diartikan sebagai kemampuan untuk menjalankan peran dan fungsi secara efektif (Parson). Kesehatan juga digambarkan sebagai proses yang bergerak menuju kreativitas, konstruktifitas, dan produktivitas (Peplau). Menurut HL Bloom, ada empat faktor yang memengaruhi kesehatan:

- 1) Keturunan
- 2) Perilaku
- 3) Pelayanan Kesehatan
- 4) Lingkungan

Kesehatan menjadi tujuan utama dalam pelayanan keperawatan, dengan kondisi sehat-sakit berada dalam spektrum yang meliputi kesehatan optimal hingga status

terendah yaitu kematian, di mana kondisi normal berada di tengah sebagai keadaan yang seimbang.

c. Keperawatan dan PHN

Pelayanan esensial yang diberikan oleh perawat kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan masalah kesehatan mencakup promosi, pencegahan, perawatan, dan rehabilitasi, menggunakan proses keperawatan untuk mencapai kesehatan optimal. Keperawatan merupakan layanan profesional yang integral dengan kesehatan, meliputi aspek biologi, psikologi, sosial, dan spiritual secara menyeluruh. Layanan ini diberikan kepada individu, keluarga, dan masyarakat, baik yang sehat maupun yang sakit, mencakup seluruh siklus hidup.

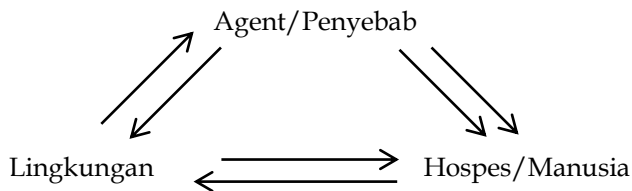
Asuhan keperawatan dilakukan karena adanya kelemahan fisik atau mental, keterbatasan pengetahuan, atau kurangnya kemampuan untuk melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan ini mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan, dan pemeliharaan kesehatan, dengan fokus pada pelayanan kesehatan primer, untuk mencapai kehidupan sehat dan produktif. Semua kegiatan dilakukan sesuai dengan wewenang, tanggung jawab, dan etika profesi keperawatan.

Sebagai profesi, keperawatan memiliki beberapa prinsip:

- 1) Keperawatan memandang manusia secara holistik sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual.
- 2) Keperawatan menggunakan pendekatan humanistik yang menghargai martabat manusia dan menjunjung tinggi keadilan.
- 3) Keperawatan bersifat universal, tanpa membedakan ras, jenis kelamin, usia, agama, atau status sosial.
- 4) Keperawatan adalah bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan.
- 5) Klien dianggap sebagai mitra aktif, di mana perawat bekerja sama dengan klien dalam proses asuhan keperawatan.

d. Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan berfokus pada lingkungan masyarakat, yang memiliki dampak terhadap status kesehatan manusia. Lingkungan ini mencakup aspek fisik, psikologis, sosial budaya, dan spiritual. Untuk memahami hubungan antara lingkungan dan kesehatan masyarakat (baik individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat), dapat digunakan model segitiga agen-hospes-lingkungan yang dikembangkan oleh Leavell (1965). Dalam model ini, ketiga komponen tersebut saling berinteraksi dan memengaruhi status kesehatan penduduk.



Model Leavell. Agen, hospes dan lingkungan saling berhubungan dan mempengaruhi kesehatan

C. Asumsi Dasar PHN

1. Sistem pelayanan kesehatan kompleks.
2. Pelayanan kesehatan (primer, sekunder, tersier) adalah bagian dari sistem kesehatan.
3. Keperawatan sebagai subsistem kesehatan didasarkan pada pendidikan dan riset.
4. Fokus utama PHN adalah pelayanan kesehatan primer.
5. PHN berpusat pada tatanan kesehatan utama.

D. Pandangan PHN

1. Pelayanan kesehatan harus dapat diakses dan diterima semua orang.
2. Kebijakan kesehatan harus melibatkan penerima layanan.
3. Perawat dan klien bekerja sama untuk mempengaruhi kebijakan kesehatan.

4. Lingkungan memengaruhi kesehatan individu, keluarga, dan kelompok.
5. Pencegahan penyakit penting untuk peningkatan kesehatan.
6. Kesehatan adalah tanggung jawab individu.
7. Klien adalah bagian tim kesehatan, bertanggung jawab atas kesehatannya sendiri.

E. Tujuan PHN

1. Tujuan Umum

PHN secara umum bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara mandiri.

2. Tujuan Khusus

PHN secara khusus bertujuan untuk meningkatkan pemahaman tentang sehat-sakit, kemampuan merawat diri, penanganan kelompok rentan, serta mengatasi lingkungan yang kurang sehat.

F. Ruang Lingkup PHN

1. **Promotif:** Penyuluhan, peningkatan gizi, olahraga, rekreasi.
2. **Preventif:** Imunisasi, pemeriksaan kesehatan rutin, pemeliharaan ibu hamil.
3. **Kuratif:** Perawatan di rumah, perawatan ibu hamil, perawatan tali pusat bayi.
4. **Rehabilitatif:** Latihan fisik bagi pasien, fisioterapi.
5. **Resosialitatif:** Membantu pasien yang terisolasi seperti penderita AIDS atau kusta.

G. Sasaran PHN

Sasaran utama dalam penerapan PHN yaitu individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang sehat atau memiliki masalah kesehatan. Prioritas diberikan kepada keluarga rawan seperti ibu hamil, balita, penderita penyakit kronis, serta kelompok khusus seperti warga panti atau daerah endemis.

H. Kegiatan PHN

1. Memberikan asuhan keperawatan di rumah.
2. Penyuluhan kesehatan.
3. Melaksanakan rujukan, penemuan kasus, dan koordinasi lintas sektoral.

4. Pendidikan kesehatan adalah kegiatan utama.

I. Prinsip PHN

1. **Kemanfaatan:** Tindakan harus bermanfaat bagi komunitas.
2. **Kerjasama:** Melibatkan klien dan sektor terkait dalam jangka panjang.
3. **Secara langsung:** Mengkaji dan memberikan intervensi langsung pada klien dan lingkungannya.
4. **Keadilan:** Disesuaikan dengan kapasitas komunitas.
5. **Otonomi:** Komunitas bebas memilih solusi terbaik untuk masalah kesehatan.

CONTOH SOAL

1. Perawat dari puskesmas melakukan kegiatan penyuluhan mengenai bahaya merokok di sekolah menengah pertama. Kegiatan tersebut termasuk ruang lingkup PHN dalam upaya
 - a. Preventif
 - b. Promotif**
 - c. Kuratif
 - d. Resosialitatif
 - e. Rehabilitatif
2. Kelompok manusia yang hidup bersama dalam satu sistem adat istiadat, norma, dan hukum dengan identitas bersama merupakan pengertian dari ...
 - a. Keluarga
 - b. Komunitas
 - c. Individu
 - d. Manusia
 - e. Masyarakat sebagai klien**
3. Di bawah ini yang bukan sasaran dari PHN yaitu...
 - a. Pasien di rumah sakit**
 - b. Ibu hamil
 - c. Penderita penyakit kronis
 - d. Lansia
 - e. Balita
4. Yang menjadi sasaran utama pelayanan keperawatan yaitu...
 - a. Perawat
 - b. Jenis penyakit
 - c. Manusia**
 - d. Pekerjaan
 - e. Budaya
5. Faktor yang mempengaruhi kesehatan,kecuali...
 - a. Lingkungan
 - b. Perilaku
 - c. Ilmu pengetahuan**
 - d. keturunan
 - e. Pelayanan kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, MR (2015). *Nursing theorists and their work*. St. Louis : Elsevier
- Amigo (2012). Hubungan Karakteristik dan Pelaksanaan Tugas Perawatan Kesehatan Keluarga Dengan Status Kesehatan Pada Aggregater Lansia Dengan Hipertensi di Kecamatan Jetis Yogyakarta : Tesis, UI
- Anderson, E,T., & McFarlane, J,M. (2011). *Community as Partner : Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Blakeley, S (2021). Family Structure. Study the definition of a family structure and explore examples of the different types of family structures in the United States. <https://study.com/learn/lesson/family-structure-different-types-of-family-us.html>

BIODATA PENULIS



Habid Al Hasbi, Ns., M.Kep.,Sp.Kep.MB, Lahir di Gunung Kidul tanggal 17 April 1992. Menyelesaikan studi S1-Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Respati Yogyakarta (2016), studi Magister Keperawatan Konsentrasi Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (2018), Pendidikan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Muhammadiyah Jakarta (2023). Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap sejak 2019 di Program Pendidikan Profesi Ners, STIKes Estu Utomo.

GLOSARIUM

ADR	Adjusted Death Rate
Advokat	Perawat komunitas bertindak sebagai advokat untuk masyarakat, memastikan hak-hak mereka dalam mendapatkan akses layanan kesehatan terpenuhi.
Age specific death rate	Angka kematian pada umur tertentu
AIDS	singkatan dari Acquired Immune Deficiency Syndrome, yang berarti kumpulan gejala infeksi yang muncul akibat kerusakan sistem kekebalan tubuh. AIDS merupakan tahap akhir dari infeksi virus HIV
APHA	istilah yang merujuk pada orang yang dominan atau memiliki perilaku yang dominan.
Attack Rate	angka pengukuran yang menunjukkan jumlah penderita baru suatu penyakit pada saat terjadi wabah atau kejadian luar biasa dibandingkan dengan jumlah penduduk yang berisiko. Attack rate juga dikenal sebagai laju serangan
Biomedis	Jenis pengobatan yang menangani gejala penyakit menggunakan obat, radiasi atau pembedahan
<i>CIPP (Context, Input, Process, Product)</i>	empat komponen utama dari program, yaitu konteks (lingkungan dan kebutuhan program), input (sumber daya dan rencana program), proses (pelaksanaan dan pengelolaan program), dan produk (hasil dan dampak program)
<i>Closed-chart audit</i>	suatu bentuk audit yang dilakukan pada catatan medis pasien setelah periode perawatan tertentu telah berakhir.
Community Health Nursing Philosophy	Prinsip atau keyakinan dasar yang menjadi landasan praktik keperawatan kesehatan masyarakat
Community Nursing Care Standards	Standar Pedoman Asuhan Keperawatan Komunitas.

Crude Death Rate	angka yang menunjukkan jumlah kematian yang terjadi dalam satu tahun per 1.000 penduduk
Disease Specific Death Rate	angka kematian akibat penyakit tertentu
Edukatior	Peran perawat komunitas dalam memberikan edukasi kesehatan kepada masyarakat.
Entitas	sesuatu yang memiliki keberadaan yang terpisah dan berbeda, baik bersifat nyata maupun abstrak
Epidemi	penyakit menular yang berjangkit dengan cepat di daerah yang luas dan menimbulkan banyak korban.
Evaluasi <i>Formatif</i>	evaluasi proses harus dilaksanakan segera setelah perencanaan keperawatan diimplementasikan
Evaluasi <i>sumatif</i>	pengamatan perubahan perilaku dan status kesehatan klien pada akhir asuhan keperawatan dilaksanakan secara paripurna.
Fasilitator	Peran perawat dalam memfasilitasi berbagai program kesehatan di tingkat komunitas.
HIV	(Human Immunodeficiency Virus) adalah virus yang menyerang sistem kekebalan tubuh manusia.
Holistik <i>Homecare</i>	Secara keseluruhan atau satu kesatuan layanan kesehatan atau perawatan yang diberikan di rumah individu di mana pasien atau klien tinggal
Homeostatis	Homeostatis
Incidence Rate	Incidence Rate
Indikator	Indikator
Infant Mortality Rate	Infant Mortality Rate
<i>Kirkpatrick (Reaction, Learning, Behavior, Results)</i>	yang mengevaluasi empat tingkat efektivitas dari program pelatihan atau pembelajaran, yaitu reaksi (tingkat kepuasan peserta terhadap program), pembelajaran (tingkat peningkatan pengetahuan dan keterampilan peserta akibat program), perilaku (tingkat perubahan perilaku peserta di tempat

		kerja akibat program), dan hasil (tingkat pencapaian tujuan organisasi akibat program).
Kognitif		istilah yang merujuk pada segala hal yang berkaitan dengan proses mental, seperti persepsi, pemahaman, pengambilan keputusan, dan fungsi-fungsi mental lainnya
<i>Kolaboratif</i>		adalah proses di mana dua orang atau lebih bekerja bersama untuk mencapai tujuan bersama. Ini melibatkan berbagi ide, informasi, dan upaya untuk menciptakan sesuatu yang lebih baik secara kolektif.
Konvensional		Sistem dimana dokter medis dan profesional perawatan kesehatan lainnya (perawat, apoteker dan terapis) mengobati gejala dan penyakit menggunakan obat-obatan, tradisi atau pembedahan
Koordinator		Peran ini mencakup pengelolaan dan koordinasi layanan kesehatan yang berhubungan dengan berbagai pemangku kepentingan, seperti pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan institusi kesehatan lainnya.
Koping		cara yang dilakukan seseorang untuk mengatasi situasi yang penuh tekanan, seperti stres atau trauma psikologis
Kuratif		istilah yang berkaitan dengan pengobatan atau penyembuhan penyakit.
Lokmin		forum pertemuan yang bertujuan untuk meningkatkan fungsi Puskesmas melalui penggalangan kerja sama tim.
Maternal Mortality Rate		Maternal Mortality Rate : angka kematian ibu
Model (<i>Countenance</i>)	<i>Stake</i>	yang mengevaluasi dua aspek utama dari program, yaitu antecedents (faktor-faktor sebelum pelaksanaan program yang mempengaruhi desain dan implementasi program) dan transactions (interaksi

Morbiditas	antara pelaksana dan penerima manfaat program selama pelaksanaan program). angka kesakitan atau kondisi kesehatan yang tidak sehat dalam suatu populasi pada kurun waktu tertentu.
Mortalitas	angka kematian atau jumlah kematian pada suatu populasi dalam kurun waktu tertentu.
Motif	dorongan atau alasan yang menyebabkan seseorang melakukan sesuatu.
Multisectoral	Pendekatan yang melibatkan banyak pemangku kepentingan dan tindakannya dilakukan lintas sektor.
<i>Observatif</i>	peninjauan secara cermat secara sistematis, rasional dan objektif
Orientasi	Sikap dan perilaku terhadap orang lain untuk menciptakan harmoni di lingkungan baru
Paliatif	perawatan medis yang bertujuan untuk meringankan penderitaan pasien dan keluarganya yang memiliki penyakit serius atau yang tidak dapat disembuhkan.
Pelaksana	Sebagai pelaksana, perawat komunitas memberikan layanan kesehatan langsung kepada masyarakat.
Pemberdaya	Peran ini melibatkan perawat komunitas dalam meningkatkan kapasitas masyarakat untuk mandiri dalam menjaga kesehatan.
Pencegah	Peran ini melibatkan upaya perawat dalam melakukan deteksi dini dan pencegahan penyakit, misalnya melalui skrining kesehatan, imunisasi, atau penyuluhan tentang bahaya penyakit menular.
Peneliti	Peran perawat komunitas dalam mengumpulkan data dan informasi terkait kesehatan masyarakat.
Penghubung	Perawat komunitas berperan sebagai penghubung antara masyarakat dengan

Penyadartahuan	layanan kesehatan yang lebih tinggi, seperti rumah sakit atau spesialis. kegiatan untuk menanamkan kepedulian dan rasa membutuhkan terhadap sesuatu.
Persepsi	proses pemahaman atau pemberian makna atas suatu informasi yang didapat dari stimulus.
PHC	Pelayanan Kesehatan Primer adalah pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara fisik dan mental, serta kesejahteraan sosial.
PPNI	Persatuan Perawat Nasional Indonesia
Prevalence Rate	ukuran frekuensi atau proporsi penyakit atau kondisi kesehatan dalam suatu populasi pada waktu tertentu
Preventif	suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit
Promotif	Promotif atau promosi kesehatan merupakan terjemahan dari bahasa Inggris <i>promotion of health</i> .
Promotor	Perawat komunitas menjalankan peran sebagai promotor kesehatan dengan mempromosikan pola hidup sehat dan meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya kesehatan melalui kampanye, penyuluhan, dan kegiatan promosi kesehatan lainnya.
<i>Pseudo Evaluation</i>	Evaluasi Semu
PTGMI	Persatuan Terapis Gigi dan Mulut Indonesia
Publik	kelompok masyarakat yang berhubungan dan mempengaruhi suatu negara, bangsa, atau komunitas.
Rehabilitatif	upaya pemulihan atau mengembalikan kondisi seseorang agar dapat beraktivitas dengan normal lagi.
RUK	Rencana Usulan Kegiatan yang merupakan dokumen perencanaan Puskesmas.
SDGs	singkatan dari <i>Sustainable Development Goals</i> yang dalam bahasa

	Indonesia-nya adalah Tujuan Pembangunan Berkelanjutan.
SDKI	Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SIKI	Standar Intervensi keperawatan Indonesia
SKPI	Standar Kompetensi Perawat Indonesia
SLKI	Standar Luaran Keperawatan Indonesia
Spiritual	konsep yang berkaitan dengan pencarian makna hidup dan tujuan hidup, serta pengalaman keagamaan.
Stimulus	segala sesuatu yang dapat memicu perubahan perilaku atau fisik.
UKM	jenis bisnis yang berperan penting meningkatkan pertumbuhan ekonomi suatu negara.
WHO	singkatan dari World Health Organization, yang artinya Organisasi Kesehatan Dunia. WHO merupakan organisasi internasional yang didirikan pada 7 April 1948 dan bermarkas di Jenewa, Swiss.
Windshield survey	metode pengumpulan data yang digunakan oleh para profesional kesehatan masyarakat untuk mengumpulkan informasi tentang karakteristik dan kebutuhan suatu komunitas dengan mengamati lingkungan dari kendaraan yang bergerak
WTS	Wanita tuna Susila



PT MEDIA PUSTAKA INDO
Jl. Merdeka RT4/RW2
Binangun, Kab. Cilacap, Provinsi Jawa Tengah
No hp. 0838 6333 3823
Website: www.mediapustakaindo.com
E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

