

Bunga Rampai

TEROBOSAN BARU DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS: PANDUAN PRAKTIS UNTUK PENINGKATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Triyana Puspa Dewi • Tavip Dwi Wahyuni • Kusmiyati • Arneliwati
• Nunuk Sri Purwanti • Jajang Ganjar Waluya • Enik Suhariyanti

Editor: Donny Hendra



BUNGA RAMPAI
TEROBOSAN BARU DALAM KEPERAWATAN
KOMUNITAS: PANDUAN PRAKTIS
UNTUK PENINGKATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis:

Triyana Puspa Dewi, S.Kep., Ners., M.Kep.
Tavip Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kes.
Dr. Kusmiyati, SKM., MPH.
Ns. Arneliwati, M.Kep.
Dr. Nunuk Sri Purwanti, S.KP., M.Kes.
Jajang Ganjar Waluya, S.Kep., Ners., M.Kep.
Enik Suhariyanti, S.Kep., Ners., M.Kep.

Editor:

Ns. Donny Hendra, S.Kep., M.Kep.



BUNGA RAMPAI TEROBOSAN BARU DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS: PANDUAN PRAKTIS UNTUK PENINGKATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Penulis:

Triyana Puspa Dewi, S.Kep., Ners, M.Kep.
Tavip Dwi Wahyuni, S.Kep, Ns, M.Kes.
Dr. Kusmiyati, SKM., MPH.
Ns. Arneliwati, M.Kep.
Dr. Nunuk Sri Purwanti, S.KP., M.Kes.
Jajang Ganjar Waluya, S.Kep., Ners., M.Kep.
Enik Suhariyanti, S.Kep., Ners., M.Kep.

Editor: Ns. Donny Hendra, S.Kep., M.Kep

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Muahamad Rizki Alamsyah

ISBN: 978-623-8549-79-5

Cetakan Pertama: September, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji Syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT yang mana berkat, rahmat dan Hidayahnya Buku ini dapat diselesaikan sesuai dengan waktu yang telah ditetapkan. Dengan penuh rasa syukur, kami mempersembahkan Buku " **Bunga Rampai: Terobosan Baru Dalam Keperawatan Komunitas: Panduan Praktis Untuk Peningkatan Kesehatan Masyarakat.**" Buku ini merupakan hasil kolaborasi luar biasa dari berbagai ahli di bidang keperawatan komunitas. Kami mengucapkan terima kasih yang mendalam kepada rekan penulis, peninjau, dan lembaga yang telah memberikan dukungan, masukan, dan semangat sepanjang proses penulisan.

Buku ini dirancang dengan tujuan untuk memberikan panduan praktis yang dapat diimplementasikan dalam keperawatan komunitas. Kami ingin membantu Anda memahami dan menerapkan metode terbaru serta strategi inovatif yang dapat meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh. Setiap bab menyajikan pendekatan yang terstruktur, mulai dari penilaian kebutuhan komunitas hingga perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan yang efektif.

Kami berharap dapat memberikan sedikit kontribusi kepada para pembaca untuk memanfaatkan buku ini sebagai sumber informasi yang komprehensif dan alat bantu praktis dalam tugas sehari-hari. Dengan semangat dan dedikasi, kami berharap buku ini memotivasi para pembaca untuk menerapkan pengetahuan baru dalam upaya menciptakan perubahan positif di lingkungan sekitar kita.

Untuk mempermudah pemahaman, buku ini juga mencakup daftar istilah penting dan sumber referensi yang dapat memperdalam pengetahuan Anda. Semoga buku ini menjadi panduan yang berguna dan inspiratif dalam perjalanan profesional Anda di bidang keperawatan komunitas.

Terima kasih atas kepercayaan Anda. Selamat membaca dan semoga buku ini bermanfaat dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

Pekanbaru, 10 Agustus 2024

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv

BAB I TEROBOSAN BARU DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS: PANDUAN PRAKTIS UNTUK PENINGKATAN KESEHATAN MASYARAKAT ... 1

Triyana Puspa Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog.....	1
B. Determinan Sosial Kesehatan dan Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat	3
C. Determinan Komersial Kesehatan dan Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat	4
D. Determinan Lingkungan Kesehatan dan Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat	6
E. Determinan Politik Kesehatan dan Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat	8
F. Integrasi Determinan Sosial, Politik, dan Komersial untuk Peningkatan Kesehatan Masyarakat	9
G. Peran Keperawatan Komunitas dalam Peningkatan Kesehatan Masyarakat	10
1. Dukungan fasilitas dan manajemen kesehatan.....	10
2. Sasaran memengaruhi kebijakan/Policy influencing objective	10
3. Peluang yang memengaruhi kebijakan/Policy influencing opportunities	10
4. Taktik yang memengaruhi kebijakan/Policy influencing tactics	11
H. Tenaga Kesehatan Terampil	11
I. Simpulan	12
J. Referensi.....	13

BAB II PENGGUNAAN TEKNOLOGI DIGITAL DALAM MENINGKATKAN AKSES PELAYANAN KEPERAWATAN KOMUNITAS 15

Tavip Dwi Wahyuni, S.Kep, Ns, M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog.....	15
B. Pemanfaatan Teknologi Digital Untuk Meningkatkan Akses Pelayanan.....	16
C. Aplikasi Teknologi Digital Dalam Pelayanan Keperawatan Komunitas.....	19
D. Tantangan dan Kendala Dalam Implementasi Teknologi Digital	21
1. Infrastruktur Teknologi yang Tidak Merata.....	21
2. Sumber Daya Manusia	21

3. Biaya.....	22
4. Data dan Keamanan.....	22
5. Integrasi Sistem	22
E. Strategi Pengembangan dan Integrasi Teknologi Digital.....	22
1. Perencanaan yang Matang dan Komprehensif	23
2. Peningkatan Infrastruktur Teknologi.....	23
3. Pengembangan Sumber Daya Manusia	23
4. Pengembangan Aplikasi dan Platform yang Sesuai	23
5. Peningkatan Keamanan Data	23
6. Pengembangan Konten Edukasi Digital.....	24
7. Keterlibatan Masyarakat.....	24
8. Kerjasama Multisektoral.....	24
F. Peranan Perawat Dalam Mengoptimalkan Teknologi Digital.....	24
1. Sebagai Pengguna Utama	25
2. Sebagai Edukator	25
3. Sebagai Pengambil Keputusan	25
4. Sebagai Inovator	25
5. Sebagai Pengelola Data.....	25
G. Simpulan	26
H. Referensi.....	27

BAB III INOVASI DALAM PENCEGAHAN DAN PENGELOLAAN PENYAKIT MENULAR **29**

Dr. Kusmiyati, SKM., MPH.

A. Pendahuluan/Prolog.....	29
B. Berbagai Penyakit Menular Berbasis Lingkungan.....	31
1. Tuberkulosis paru.....	31
2. Diare.....	31
3. Demam Berdarah Dengue (DBD).....	31
C. Pengaruh Lingkungan terhadap Penularan Penyakit.....	32
1. Kualitas Udara	32
2. Kualitas Air.....	32
3. Kualitas Tanah.....	33
4. Kualitas Makanan.....	33
5. Vektor dan binatang pembawa penyakit.....	34
D. Pengendalian Kualitas Media Lingkungan	34
1. Pengendalian Kualitas Udara.....	34
2. Pengendalian Kualitas Air	35
3. Pengendalian kualitas tanah.....	36

4. Pengendalian Kualitas Makanan	36
5. Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit	37
E. Upaya Peningkatan Perilaku Masyarakat.....	38
F. Inovasi Dalam Pencegahan Penyakit di Masyarakat	38
G. Simpulan	39
H. Referensi.....	40

**BAB IV PEMBANGUNAN KAPASITAS MASYARAKAT UNTUK
KEMANDIRIAN DALAM MERAWAT KESEHATAN: PENDEKATAN
KEPERAWATAN KOMUNITAS43**

Ns. Arneliwati, M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog.....	43
B. Pembangunan Kapasitas Masyarakat Definisi dan Konsep.....	44
C. Pembangunan Kapasitas sebagai Proses Dinamis.....	44
1. Komponen Utama Pembangunan Kapasitas	44
D. Strategi Pemberdayaan Masyarakat	45
E. Pendidikan Kesehatan.....	45
1. Contoh Program Pendidikan Kesehatan.....	45
2. Metode Pendidikan Kesehatan.....	46
3. Partisipasi Aktif	46
4. Strategi Mendorong Partisipasi Aktif	46
5. Manfaat Partisipasi Aktif.....	46
F. Pemberdayaan Ekonomi	46
1. Program Pemberdayaan Ekonomi	47
2. Dampak Pemberdayaan Ekonomi	47
G. Peran Perawat Komunitas	47
1. Fasilitator dan Edukator.....	47
2. Konselor dan Advokat.....	48
3. Penghubung dan Pemberdaya	48
H. Kasus Studi: Program Pembangunan Kapasitas di Desa XYZ Latar Belakang.....	49
1. Implementasi Program	49
2. Hasil dan Dampak.....	49
I. Simpulan	49
J. Referensi.....	50

**BAB V KEPERAWATAN KOMUNITAS BERBASIS EVIDENS: MENGGALI
BUKTI-BUKTI BARU UNTUK PRAKTIK YANG EFEKTIF51**

Dr. Nunuk Sri Purwanti, S.Kp., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog.....	51
----------------------------	----

B. Konsep Dasar Keperawatan Komunitas Berbasis Evidens	52
C. Sejarah dan Perkembangan	52
1. Evolusi Keperawatan Komunitas	52
2. Integrasi Bukti dalam Praktik.....	52
3. Studi-Studi Awal dan Dampaknya.....	53
D. Relevansi Keperawatan Komunitas Berbasis Evidens.....	53
E. Implementasi dan Evaluasi Praktik Berbasis Evidens dalam Keperawatan Komunitas.....	53
1. Persiapan untuk Implementasi	53
2. Metode Implementasi.....	53
3. Monitoring dan Penyesuaian	54
4. Tujuan Evaluasi.....	54
5. Metode Evaluasi	54
6. Alat dan Teknik Evaluasi.....	55
F. Studi Kasus: Evaluasi Program Kesehatan Komunitas.....	55
1. Studi Kasus: Program Penyuluhan Gizi.....	55
2. Studi Kasus: Klinik Kesehatan Mobile di Daerah Terpencil	56
G. Tantangan dan Solusi dalam Implementasi Keperawatan Komunitas Berbasis Evidens.....	56
1. Tantangan dalam Implementasi.....	56
2. Solusi untuk Mengatasi Tantangan.....	57
H. Ringkasan Tantangan dan Solusi	58
I. Simpulan	61
J. Referensi.....	62

BAB VI PELATIHAN DAN PENGEMBANGAN PROFESIONAL DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS: MENYIAPKAN TENAGA KERJA UNTUK MASA DEPAN.....63

Jajang Ganjar Waluya, M.Kep., Ns.

A. Pendahuluan/Prolog.....	63
B. Pelatihan Perawatan Gerontik.....	66
C. Pelatihan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (Hiperkes)	67
D. Perawatan Luka dan Penatalaksanaan Penyakit Kronis.....	68
E. Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS).....	69
F. Pengelolaan Penyakit Kronis	70
G. Kompetensi Budaya Perawat Komunitas.....	71
H. Pengembangan Keterampilan Kepemimpinan.....	72
I. Peningkatan Peran dan Tanggung Jawab Perawat Komunitas.....	72

J. Peran dan Tanggung Jawab Perawat Komunitas dalam Transformasi Layanan Primer.....	74
K. Jenjang Karir Perawat Komunitas.....	75
L. Simpulan	76
M. Referensi.....	77

BAB VII KESIAPSIAGAAN (PERSIAPAN DAN TANGGAP) BENCANA DI KOMUNITAS DAN PERAN PERAWAT.....79****

Enik Suharyanti, S. Kep. Ners., M. Kep.

A. Pendahuluan/Prolog.....	79
B. Parameter Kesiapsiagaan Bencana.....	81
1. Pengetahuan Risiko Bencana	81
2. Rencana Tanggap Darurat.....	82
3. Sistem Peringatan Bencana.....	83
4. Mobilisasi Sumberdaya.....	84
C. Kesiapsiagaan Bencana dalam Keperawatan Komunitas.....	85
D. Peran Perawat Secara Umum pada Semua Tahapan Bencana (Kurniadi, 2021)	86
1. PraBencana (Pre-Event Stage).....	86
2. Peran Perawat dalam Tahap Saat Bencana (At Event Stage).....	87
3. Peran Perawat dalam Tahap Pemulihan (Post-Event Stage)	90
E. Simpulan	91
F. Referensi.....	91

PROFIL PENULIS93****

BAB I

TEROBOSAN BARU DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS: PANDUAN PRAKTIS UNTUK PENINGKATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Triyana Puspa Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan masyarakat dan perawat kesehatan komunitas memiliki tantangan dari berbagai aspek sehingga memfokuskan upaya pencegahan, perlindungan, promosi, melestarikan dan mempertahankan kesehatan (Stanhope & Lancaster, 2022). Perkembangan kebutuhan kesehatan masyarakat senantiasa menuntut ilmu pengetahuan dan kompetensi perawat untuk terus berinovasi. Perubahan dalam masyarakat dalam struktur populasi, lingkungan, gaya hidup, serta pola penyakit akan menjadi tantangan bagi kesehatan masyarakat. Konsekuensi yang mungkin akan timbul yaitu peningkatan prevalensi penyakit tidak menular, gangguan kesehatan mental, polusi udara, dan resistensi antimikrobial (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2022). United States Department of Health and Human Services menyatakan bahwa proses peningkatan kualitas pelayanan kesehatan memiliki tujuan untuk mencapai pelayanan tepat dan efektif secara konsisten, menurunkan variasi pelayanan akibat kondisi geografis, mengurangi kesalahan yang dapat dicegah, menurunkan batasan akses, meningkatkan tanggung jawab terhadap pasien. Hal yang tidak kalah penting yaitu mengeliminasi perbedaan dan ketidaksetaraan akibat perbedaan ras/etnis, gender, dan sosial ekonomi (Stanhope & Lancaster, 2022). Acuan dari setiap tatalaksana perbaikan kondisi masyarakat yaitu Sustainable Development of Goals (SDGs) yang terdiri dari 17 poin utama yang perlu mendapatkan perhatian secara global.



Gambar 1.1 Sustainable Development Goals (United Nations, 2023)

Keperawatan komunitas memiliki cakupan yang lebih luas dari pada kesehatan individual sehingga kesehatan masyarakat melibatkan banyak faktor pendukung kesehatan lainnya (Eliyana et al., 2023). Permasalahan yang terjadi pada negara berkembang terkait dengan keberadaan fasilitas kesehatan antara lain sumber air, sanitasi dasar, kebersihan tangan, manajemen zat sisa perawatan, serta kebersihan lingkungan. Ledakan penyakit tentu dapat dihindari dengan memperhatikan aspek kritis dari pelayanan kesehatan yaitu air dengan fungsi menyeluruh, sanitasi dan higienitas (WASH: *fully functioning water, sanitation, hygiene, health care waste management services*) (World Health Organization, 2022). Sistem pelayanan kesehatan dapat diperkuat apabila akar permasalahannya diketahui dan dipahami dampaknya terhadap akses pelayanan kesehatan, kualitas dan pemerataan layanan secara menyeluruh (USAID, 2023). Pembangunan kesehatan masyarakat akan tercipta apabila mampu dibangun masyarakat cerdas yang memahami perannya dalam pemberdayaan. Pemberdayaan/ *empowerment* ini memiliki tujuan penting untuk menekan angka jumlah kematian, membangun tatanan hidup sehat bagi masyarakat sebagai sasaran utama dalam promosi kesehatan (Marniati, 2021).

Peningkatan kesehatan masyarakat dapat dilaksanakan dengan baik apabila perawat komunitas telah memahami determinan kesehatan masyarakat terlebih dahulu, sehingga dapat melihat faktor yang perlu ditingkatkan serta membuat terobosan mengatasi masalah yang ditimbulkan.

B. Determinan Sosial Kesehatan dan Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat

Determinan sosial oleh WHO, (2024) didefinisikan sebagai faktor non medis yang memengaruhi kesehatan sebagai cerminan dari kondisi lingkungan tempat lahir, tumbuh, bekerja, hidup dan menua, serta serangkaian kekuatan dan sistem yang luas. Kekuatan dalam sistem ini meliputi kekuatan sistem ekonomi, agenda pembangunan, norma sosial, kebijakan dan sistem politik.

Social Determinants of Health



Social Determinants of Health
Copyright-free

Healthy People 2030

Gambar 1.2. Determinan sosial kesehatan
(Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2024)

Kesehatan masyarakat secara sosial dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pendapatan dan proteksi sosial, pendidikan, pengangguran dan ketidakamanan pekerjaan, kondisi kerja, keamanan pangan yang terganggu, keberadaan kebutuhan kebersihan dasar dan lingkungan, perkembangan awal kehidupan, inklusi sosial dan non diskriminasi, konflik struktural, serta akses untuk mencapai pelayanan kesehatan yang terjangkau. Determinan sosial kesehatan menjadi salah satu dari tiga prioritas program *Healthy People 2030* bahwa determinan sosial kesehatan perlu diatasi dengan baik dengan tujuan untuk mencapai pemerataan kesehatan agar setiap orang memiliki kesempatan mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya (CDC, 2024).

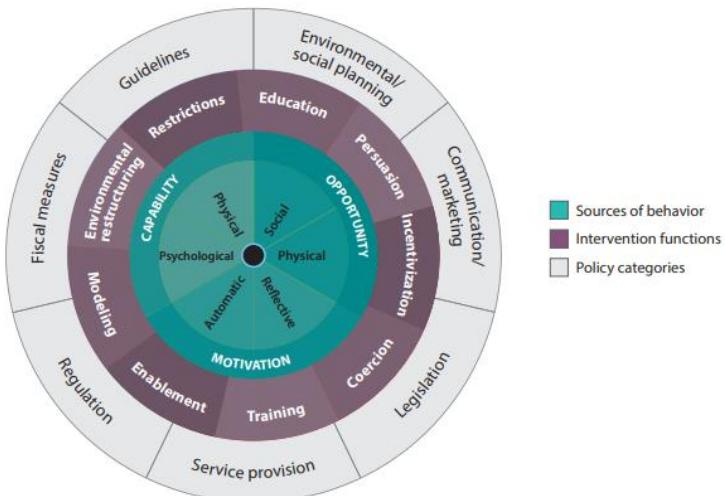
Sebuah ulasan literatur yang membahas tentang hubungan antara kebutuhan sosial masyarakat dengan kesehatan, serta menemukan kesenjangan antara pengetahuan dengan tantangan implementasi di

lapangan telah mengungkapkan strategi mengatasi determinan sosial yang muncul. Kemitraan yang menjadi kunci keberhasilan upaya mengatasi determinan sosial harus diupayakan antara sektor perawatan kesehatan, kesehatan masyarakat, dan layanan sosial. Tujuannya yaitu memperkuat kebijakan jaring pengaman sosial, upaya memodernisasi layanan sosial, dan alokasi sumber daya yang tepat (Kreuter, Thompson, McQueen, & Garg, 2021). Dalam laporan yang disusun oleh *Assistant Secretary for Planning and Evaluation* (ASPE) disebutkan bahwa determinan sosial ini dapat diatasi dengan beberapa strategi berdasarkan acuan *Centers for Prevention and Control Disease* yaitu pendidikan anak usia dini, armada bus diesel yang bersih, sistem transportasi umum, pinjaman dan anggaran perbaikan rumah, kredit pajak penghasilan, dan pembersihan air (Whitman et al., 2022).

C. Determinan Komersial Kesehatan dan Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat

Dalam sebuah ulasan tentang determinan komersial kesehatan disebutkan bahwa determinan ini mencakup tiga area yang saling berhubungan. Area pertama yaitu komoditi tidak sehat yang berdampak pada angka kesakitan. Area kedua yang dimaksud yaitu mencakup bisnis, pasar dan praktik politis yang mengancam kesehatan. Area terakhir yaitu faktor pendorong yang berakibat pada perburukan kondisi kesehatan global seperti ekonomi yang bergerak karena pasar dan globalisasi yang mendukung kondisi berbahaya (Mialon, 2020). Determinan komersial kesehatan mengarah pada kegiatan sektor swasta yang memengaruhi kesehatan masyarakat melalui kegiatan bisnis dan keterlibatan masyarakat. Sektor swasta yang dimaksud antara lain rantai pasokan, kondisi tenaga kerja, desain dan pengemasan produk, pendanaan penelitian, kegiatan melobi, pembentukan preferensi, dan lain sebagainya. Determinan komersil dapat memberi dampak baik maupun buruk bagi kondisi kesehatan masyarakat. Dampak yang bersifat positif misalnya meningkatkan ketersediaan dari obat-obatan dan teknologi kesehatan yang bersifat esensial, dan memberi dukungan akses untuk mendapatkan akses, kualitas yang tinggi, obat dan bahan medis yang efektif dan terjangkau. Dampak buruknya seperti peningkatan komoditas eksport tembakau, kopi, atau coklat akan meningkatkan deforestasi sehingga kehilangan pohon secara masal dapat meningkatkan risiko chikungunya dan malaria. WHO telah

menginisiasi aksi yaitu *the Economic and Commercial Determinants of Health* yang memiliki empat tujuan yaitu memperkuat basis bukti, membentuk alat dan kapasitas untuk mengatasi keterminan komersial, membangun kerjasama dan dialog, serta meningkatkan kesadaran dan advokasi (WHO, 2023).



Gambar 1.3. Roda perubahan perilaku (Lee & Freudenberg, 2022):

Pada gambar 3, pendekatan dan strategi untuk mitigasi dampak merugikan terhadap kesehatan akibat pelaku dan aktivitas yang dilakukan secara komersial antara lain (Lee & Freudenberg, 2022):

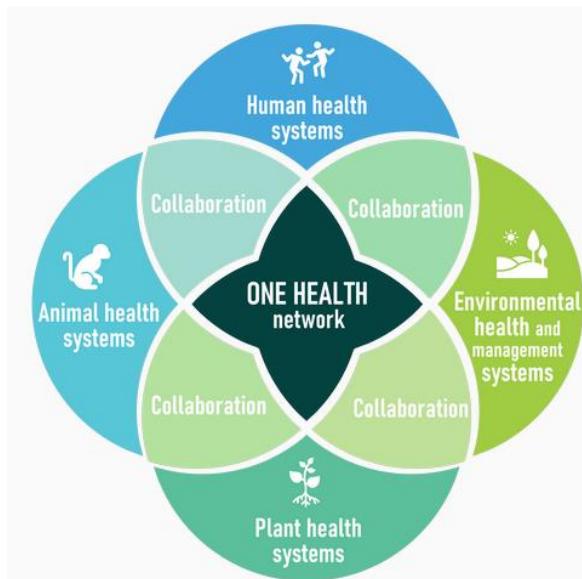
1. Perubahan perilaku. Intervensi yang diberikan adalah untuk tujuan modifikasi perilaku konsumen sehingga mengurangi paparan efek berbahaya dari kegiatan yang bersifat komersial. Kegiatan yang dimaksud perlu dikurangi antara lain konsumsi tembakau, alkohol, dan makanan siap saji dengan meningkatkan seruan menerapkan hidup sehat seperti mengurangi konsumsi garam dan gula, meningkatkan konsumsi air putih, serta berhenti merokok.
2. Regulasi praktik bisnis pasar dan non pasar. Strategi pasar dalam hal ini yaitu tindakan dalam bisnis untuk memaksimalkan segala bentuk keuntungan, sedangkan non pasar artinya tindakan dalam bisnis yang memberikan pengaruh politik dan ekonomi dengan menciptakan lingkungan pasar yang menguntungkan. Fokus aksinya yaitu regulasi penjualan, periklanan, sponsor dan promosi produk yang mengancam kesehatan.
3. Strategi kebijakan fiskal. Stategi ini menggunakan belanja publik, pajak, insentif keuangan, dan subsidi untuk mengubah praktik komersial. Dalam

hal ini, perlu dikembangkan langkah nasional dan internasional untuk menyelaraskan kebijakan pajak.

4. Aktivisme warga negara/konsumen. Tindakan dalam aktivitas ini yaitu memobilisasi masyarakat untuk menekan pejabat terpilih atau bisnis agar mengambil tindakan yang mengurangi praktik berbahaya. Kampanye ini dapat mendorong perubahan yang bersifat normatif misalnya tentang keberhasilan kampanye mengenai bahaya pekerja anak (tembakau/rokok) dan perusakan habitat (minyak kelapa sawit).
5. Litigasi dan upaya hukum lainnya. Kegiatan ini menggunakan pengadilan dan sistem hukum untuk memaksa pelaku komersial atau pemerintah mengakhiri praktik berbahaya dan menentukan tanggung jawab. Dalam hal ini, tindakan dilakukan dengan tujuan mengurangi pasokan produk yang berbahaya bagi kesehatan, memastikan tanggung jawab produses, memulihkan biaya sosial, serta bertanggung jawab atas kompensasi yang dibutuhkan atas kerugian yang ditimbulkan.

D. Determinan Lingkungan Kesehatan dan Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat

Lingkungan yang memengaruhi kesehatan merupakan salah satu aspek kompleks yang saling ketergantungan. Lingkungan ini termasuk lingkungan fisik, kimia dan biologis. Lingkungan fisik yang dimaksud meliputi sanitasi yang tidak adekuat dalam bentuk sarana defekasi yang terbuka serta keterbatasan sumber air minum bersih. Lingkungan kimia yaitu berupa paparan bahan kimia berbahaya seperti pestisida, merkuri dan lain sebagainya yang mengancam perkembangan ibu hamil dan anak-anak. Kondisi ini berakibat pada gangguan penyakit yang sulit disembuhkan serta berisiko pada kelainan kongenital. Perubahan iklim yang ekstrim juga meningkatkan gangguan kesejahteraan sehingga menimbulkan ancaman pangan, polusi, keterbatasan akses air bersih, migrasi dan transmisi penyakit (PAHO, 2024).



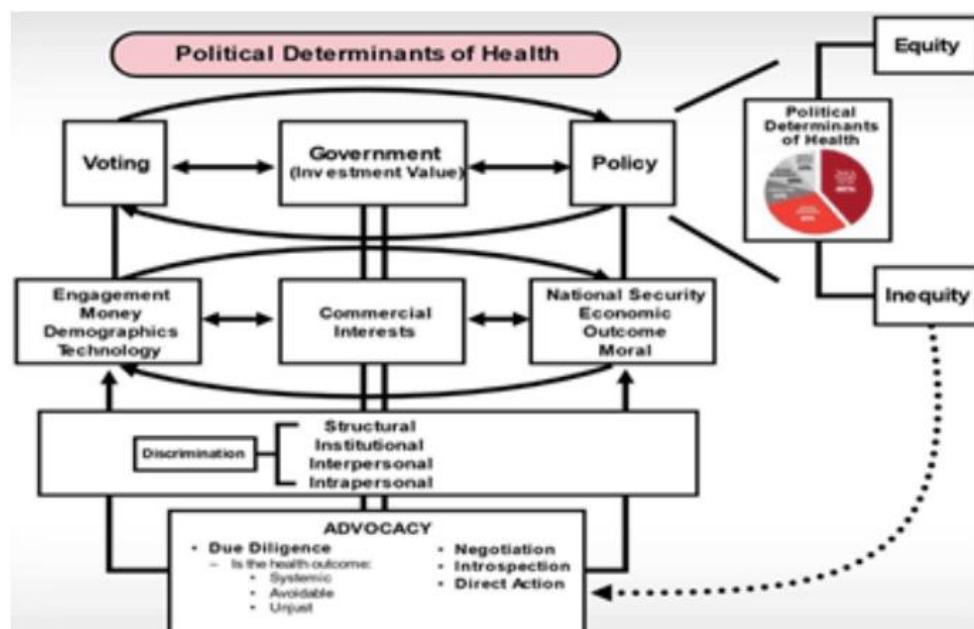
Gambar 1.4. *One Health Network Approach* (ESCAP, 2022)

Sebuah penelitian di India mengkaji dampak polusi udara terhadap kesehatan balita. Tingkat polusi udara PM2.5 dengan paparan dominan pada keluarga pedesaan dan miskin ditemukan secara signifikan menimbulkan penyakit gangguan pernafasan (George, Thakkar, Yasobant, Saxena, & Shah, 2024). Tinjauan literatur yang dilakukan secara khusus pada permasalahan di Asia juga mengungkapkan bahwa perubahan iklim berdampak pada perkembangan penyakit infeksius dengan vektor (contohnya demam berdarah, malaria, chikungunya, riketsia), air dan makanan (contohnya leptospirosis, salmonellosis, kolera), serta penyakit infeksi lainnya (contohnya tuberculosis dan penyakit tangan, kaki, dan mulut) (Zain, Sadarangani, Shek, & Vasoo, 2024). Kawasan Asia dan Pasifik secara khusus membutuhkan strategi untuk mengatasi permasalahan lingkungan yang mengancam kesehatan sebagaimana yang disampaikan oleh *Economic and Social Commission for Asia and the Pacific*. Keanekaragaman hayati yang hilang serta perubahan iklim yang mengancam kesehatan telah menimbulkan ancaman kesehatan sehingga membutuhkan pendekatan terpadu. Kondisi ini memunculkan seruan *One Health* sebagaimana yang dipaparkan pada gambar 4. *One Health* merupakan integrasi, pendekatan yang bertujuan untuk keberlangsungan keseimbangan dan mengoptimalkan keberadaan kesehatan manusia, hewan, tumbuhan dan ekosistem. Pendekatan ini akan memobilisasi beragam sektor, disiplin dan komunitas untuk dapat bekerja sama dalam menciptakan keberlangsungan air bersih, energi dan udara,

makanan yang aman dan bernutrisi, mengambil aksi perubahan iklim, dan berkontribusi pada Pembangunan berkelanjutan (ESCAP, 2022).

E. Determinan Politik Kesehatan dan Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat

Politik kesehatan dapat menjadi pencetus kemunculan determinan sosial dari kesehatan. Determinan kesehatan berdasarkan kondisi politik mencakup analisis terhadap konstelasi kekuatan, institusi, proses, kepentingan, dan posisi ideologis yang memiliki perbedaan dalam sistem dan budaya politik , serta tingkat pemerintahan yang berbeda (Dawes, 2020).



Gambar 1.5. Determinan politik kesehatan (Dawes, 2020)

Berdasarkan gambar 5, dapat dipahami bahwa determinan politik ini melibatkan penataan hubungan yang sistematis, pendistribusian sumber daya dan administrasi keuangan yang berjalan secara simultan dengan saling menguatkan dan memengaruhi untuk pembentukan peluang memajukan kesehatan yang setara atau memperburuk ketidakadilan kesehatan. Peta jalan kesejahteraan kesehatan telah berfokus pada tiga aspek utama mencakup pemungutan suara, pemerintahan dan kebijakan (Dawes, 2020).

F. Integrasi Determinan Sosial, Politik, dan Komersial untuk Peningkatan Kesehatan Masyarakat

Kesehatan masyarakat memegang peranan penting dalam pengembangan kerangka kerja untuk menurunkan risiko kesehatan. Kerangka kerja dalam determinan kesehatan dan kesetaraan pelayanan kesehatan dapat dicapai dengan strategi antara lain (Freudenberg, 2023):

1. Membentuk forum dan ruang bagi para cendekiawan, praktisi, dan aktivis untuk berdiskusi dan berdebat tentang bentuk kerjasama terkini dan interaksi global. Apabila kerangka ini dibatasi dengan fokus keahlian masing-masing, maka akan sulit untuk saling bertukar gagasan untuk menghasilkan strategi intervensi baru. Pemeliharaan terhadap forum sangat dibutuhkan terutama oleh organisasi profesional dan kelompok ahli lainnya agar dapat memunculkan strategi baru berupa aksi dan analisis kolektif.
2. Mengembangkan dan menguji cara yang andal dan konsisten untuk mengukur perubahan dalam determinan yang mendasari dan hasilnya. Setiap praktik, regulasi dan kemajuan ilmiah dari suatu kerangka kerja membutuhkan metrik yang andal dan teruji secara luas untuk mengukur variabel yang difokuskan. Hasil pengujian semestinya dapat diterima di berbagai disiplin ilmu dan geografi, atau telah digunakan oleh badan kesehatan yang resmi.
3. Memetakan perubahan dalam tatanan politik, kebijakan tertentu dan praktik perusahaan. Perjanjian bersifat global dalam rangka perubahan iklim, penyakit kronis, dan ancaman kesehatan launnya dapat berkontribusi pada tatanan politik yang baru terhadap tata kelola kesehatan global.
4. Penekanan pada sintesis bukti yang ada dan penciptaan pengetahuan baru. Pengetahuan baru, integrasi dan sistesis dari apa yang sudah diketahui untuk menciptakan kerangka kerja yang koheren berbasis bukti, dan praktis untuk tindakan dan penelitian kesehatan masyarakat.
5. Temukan cara untuk mendukung cendekiawan dalam menekuni penelitian. Upaya merekrut, mendukung, membimbing dan belajar dari rekan yang lebih muda merupakan usaha yang berarti bagi teori, penelitian dan praktik kesehatan masyarakat.
6. Mengidentifikasi nilai, tujuan, ide, dan kontribusi yang sama atau berbeda dari berbagai konstituen. Dalam hal ini perlu dilakukan langkah

seperti menciptakan *platform*, forum, dan proses yang memungkinkan kehadiran dunia yang lebih sehat dan adil untuk merumuskan nilai bersama, mengembangkan strategi untuk membahas perbedaan dan menempa agenda serta kebijakan politik jangka panjang.

G. Peran Keperawatan Komunitas dalam Peningkatan Kesehatan Masyarakat

1. Dukungan fasilitas dan manajemen kesehatan

Kesehatan masyarakat yang kompleks tentu membutuhkan integrasi pelayanan kesehatan yang optimal dengan berbagai tujuan yang telah ditentukan. Child Health Task Force, (2024) menyebutkan bahwa cakupan pelayanan kesehatan yang tinggi secara efektif dan pelayanan kualitas tinggi dengan target anak dapat dicapai dengan strategi terintegrasi. *Integrated Community Case Management (ICCM)* menjadi strategi yang ditujukan untuk melatih, mendukung dan menyediakan tenaga kesehatan di komunitas dalam rangka menyediakan layanan diagnostik, pengobatan serta rujukan. Strategi ini menjadi strategi kesehatan global yang utama serta diakui oleh pemangku kebijakan di seluruh sistem kesehatan untuk dapat diimplementasikan terutama bagi populasi rentan di lingkungan dengan akses pelayanan kesehatan yang belum memadai. Implementasi ini membutuhkan komitmen dan dukungan jangka panjang dalam berbagai aspek untuk mendukung perencanaan dan anggaran domestik untuk kesehatan. Perencanaan dapat disusun dengan mengedepankan analisis terhadap tiga aspek utama yaitu sasaran yang memengaruhi kebijakan, peluang yang memengaruhi kebijakan, dan taktik yang memengaruhi kebijakan.

2. Sasaran memengaruhi kebijakan/Policy influencing objective

Penentuan sasaran harus memiliki satu hingga tiga fokus yang dapat dilaksanakan dalam satu waktu yang disampaikan dalam bentuk deskripsi singkat tentang perubahan kebijakan atau pilihan untuk memajukan program integrasi yang ingin dilaksanakan.

3. Peluang yang memengaruhi kebijakan/Policy influencing opportunities

Daftar yang ditulis dalam peluang ini yaitu daftar peluang yang telah teridentifikasi serta relevan dengan sasaran yang memengaruhi kebijakan. Rekomendasi ditekankan pada beberapa peluang dalam waktu

bersamaan dengan pengaruh jangka panjang yang memungkinkan dicapai dalam enam bulan ke depan.

4. Taktik yang memengaruhi kebijakan/Policy influencing tactics

Pengembangan kebijakan dilakukan melalui identifikasi taktik/strategi yang dapat digunakan untuk memanfaatkan peluang pengaruh untuk tujuan kebijakan dengan advokasi, pembuatan bukti, komunikasi bukti yang strategis.



iCCM Institutionalization Toolkit

Policy Influencing Objective:			
Policy Influencing Opportunities:	1. 2. 3. 4. 5.		
Policy Influencing Tactics:	1. 2. 3. 4. 5.		
Actions:	Who	What	When
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

2

Gambar 1.6. Analisis perencanaan *Integrated Community Case Management* (Children Health Task Force, 2024)

H. Tenaga Kesehatan Terampil

Perawat komunitas perlu memiliki komitmen untuk memberikan pelayanan dan berkualitas dan aman bagi masyarakat dengan peran utama mempertahankan kesehatan dan mencegah penyakit. Komitmen jangka panjang ini membutuhkan inisiatif yang disebut dengan the QSEN (*Quality and Safety Education for Nurses*) work yang dikembangkan oleh Linda Conenwett dan Gwen Sherwood dari *the University of North Carolina* yang berhasil menyelaraskan kualitas dan keamanan kerja pada lahan praktik maupun akademik. Kompetensi tersebut meliputi:

1. *Patient-centered care*/ pelayanan fokus pada pasien: mengenali pasien sebagai sumber control dan rekan dengan memperhatikan kecenderungan, nilai dan kebutuhan pasien
2. *Teamwork and collaboration*/ kerja tim dan kolaborasi: kemampuan untuk dapat berfungsi secara efektif dengan sesama perawat dan tim interprofesional dan mengedepankan komunikasi, rasa hormat, dan berbagi dalam pengambilan keputusan untuk memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas
3. *Evidence based-practice*/praktik berbasis bukti: pelayanan optimal untuk pasien didasari oleh integrasi bukti klinis terkini dan kecenderungan dan nilai yang keluarga pasien miliki
4. *Quality improvement*/ peningkatan kualitas: keberlangsungan kualitas dan keamanan pelayanan kesehatan dilakukan monitoring agar dapat dilakukan evaluasi proses dan perkembangan berdasarkan data
5. *Safety*/ keamanan: meminimalkan risiko yang dapat melukai dan memberikan pelayanan kesehatan yang aman melalui sistem efektif dan kinerja secara individual
6. *Informatics*/ informatika: cara untuk berkomunikasi, meningkatkan pengetahuan, mitigasi kesalahan, dan mendukung pengambilan keputusan dengan menggunakan informasi dan teknologi.

Kompetensi perawat dalam memberikan pelayanan yang aman yaitu harus mengedepankan pengetahuan, keterampilan, dan sikap perawat. Pengetahuan yang dimaksud adalah mendiskusikan potensi dan dampak jelas dari sumber keamanan, inisiatif dan regulasi. Keterampilan berkaitan dengan kemampuan dalam menganalisis kesalahan dan mampu merancang perbaikan sistem. Sikap dalam ini yaitu kemampuan dalam menilai kewaspadaan dan memantau secara menyeluruh keterlibatan pasien, keluarga dan tim kesehatan lainnya (Stanhope, Faan, & Lancaster, 2024)

I. Simpulan

Peningkatan kesehatan masyarakat dapat dicapai apabila determinan kesehatan dipahami dengan baik, sehingga langkah strategis dapat disusun berdasarkan penyebab permasalahan yang timbul. Determinan kesehatan yang dimaksud adalah berkaitan dengan sosial, komersial, lingkungan, dan politik Perawat komunitas mengambil peran dalam pelayanan kesehatan

dengan kemampuan menganalisis masalah dan alternatif solusi, serta menyelaraskan antara pengetahuan dan praktik.

J. Referensi

- CDC. (2024). Social Determinants of Health. Retrieved from <https://www.cdc.gov/about/priorities/why-is-addressing-sdoh-important.html>
- Child Health Task Force. (2024). Integrated Community Case Management (iCCM). Retrieved from <https://www.childhealthtaskforce.org/hubs/iccm>
- Children Health Task Force. (2024). Policy Influencing Action Plan iCCM Institutionalization Toolkit. Retrieved from <https://www.childhealthtaskforce.org/resources/action-plan/2023/policy-influencing-action-plan>
- Dawes, D. E. (2020). *The Political Determinants of Health*. United States of America: JHU Press.
- Eliyana, Dewi, T. P., Musaidah, Rahayu, Pujiyanti, R., Kusumawardhani, L. H., ... Handayani, F. (2023). *Konsep dan Aplikasi Keperawatan Komunitas*. Bandung: Media Sains Indonesia.
- ESCAP. (2022). Why is the environmental-health nexus important for Asia and the Pacific and how to strengthen it? Retrieved from <https://www.unescap.org/blog/why-environment-health-nexus-important-asia-and-pacific-and-how-strengthen-it>
- Freudenberg, N. (2023). Integrating Social, Political and Commercial Determinants of Health Frameworks to Advance Public Health in the twenty-first Century. *International Journal of Social Determinants of Health and Health Services*, 53(1), 4–10. <https://doi.org/10.1177/00207314221125151>
- George, P. E., Thakkar, N., Yasobant, S., Saxena, D., & Shah, J. (2024). Impact of ambient air pollution and socio-environmental factors on the health of children younger than 5 years in India: a population-based analysis. *The Lancet Regional Health - Southeast Asia*. <https://doi.org/10.1016/j.lansea.2023.100328>
- Kreuter, M. W., Thompson, T., McQueen, A., & Garg, R. (2021). Addressing Social Needs in Health Care Settings: Evidence, Challenges, and Opportunities for Public Health. *HHS Public Access*, 329–344. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-090419-102204.Addressing>
- Lee, K., & Freudenberg, N. (2022). Public Health Roles in Addressing Commercial Determinants of Health. *Annual Review of Public Health*, 43, 375–395. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052220-020447>
- Marniati. (2021). *Pemberdayaan Kesehatan Masyarakat*. Depok: PT. RajaGrafindo Persada.

- Mialon, M. (2020). An overview of the commercial determinants of health. *Globalization and Health*, 16(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00607-x>
- Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2024). Social Determinants of Health. Retrieved from <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2022). Guidebook on Best Practices in Public Health. In *Guidebook on Best Practices in Public Health*. Paris: OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/4f4913dd-en>
- PAHO. (2024). Environmental Determinants of Health. Retrieved from <https://www.paho.org/en/topics/environmental-determinants-health>
- Stanhope, M., Faan, & Lancaster, J. (2024). *Public Health Nursing*. Canada: Elsevier Health Sciences.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2022). *Foundations for Population Health in Community/Public Health Nursing*. Canada: Elsevier Health Sciences.
- United Nations. (2023). *Sustainable Development Goals*. (September). <https://doi.org/10.18356/e3cede1b-en>
- USAID. (2023). *Applying social determinants of health lens to improve outcomes*. United States of America: USAID. Retrieved from https://www.usaid.gov/sites/default/files/2024-02/LHSS Core Act 27_HSS Practice Spotlight brief_SDoH_FINAL 02-21-24 sxf.pdf
- Whitman, A., De Lew, N., Chappel, A., Aysola, V., Zuckerman, R., & Sommers, B. D. (2022). Addressing Social Determinants of Health: Examples of Successful Evidence-Based Strategies and Current Federal Efforts. *Assistant Secretary for Planning and Evaluation*, (April), 1–30. Retrieved from <https://www.aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/e2b650cd64cf84aae8ff0fae7474af82/SDOH-Evidence-Review.pdf>
- WHO. (2023). Commercial determinants of health. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>
- WHO. (2024). Social determinants of health. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- World Health Organization. (2022). *WASH FIT: A practical guide for improving quality of care through water, sanitation and hygiene in health care facilities*. Geneva: WHO Publications.
- Zain, A., Sadarangani, S. P., Shek, L. P. C., & Vasoo, S. (2024). Climate change and its impact on infectious diseases in Asia. *Singapore Medical Journal*, 65(4), 211–219. <https://doi.org/10.4103/singaporemedj.SMJ-2023-180>

BAB II

PENGGUNAAN TEKNOLOGI DIGITAL DALAM MENINGKATKAN AKSES PELAYANAN KEPERAWATAN KOMUNITAS

Tavip Dwi Wahyuni, S.Kep, Ns, M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Perkembangan teknologi digital yang begitu pesat telah merambah ke berbagai sektor kehidupan, termasuk sektor kesehatan. Akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas masih menjadi tantangan di berbagai negara, termasuk Indonesia. Salah satu bidang yang merasakan dampak signifikan dari revolusi digital adalah pelayanan keperawatan komunitas. Hal ini terutama berlaku di daerah pedesaan dan terpencil, di mana masyarakat mungkin memiliki kesulitan untuk mencapai fasilitas kesehatan atau mendapatkan tenaga kesehatan yang kompeten.

Keperawatan komunitas memainkan peran penting dalam menyediakan layanan kesehatan yang berpusat pada masyarakat, namun seringkali terhambat oleh kendala geografis, kekurangan sumber daya, dan kurangnya komunikasi yang efektif. Pelayanan keperawatan komunitas memiliki peran krusial dalam menjaga kesehatan masyarakat. Perawat komunitas tidak hanya memberikan perawatan langsung kepada pasien, tetapi juga berperan sebagai edukator kesehatan dan fasilitator dalam meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat. Namun, dalam menjalankan tugasnya, perawat komunitas seringkali menghadapi berbagai tantangan, seperti kurangnya sumber daya, terbatasnya jangkauan wilayah, dan kesulitan dalam mengelola data pasien.

Teknologi digital menawarkan solusi yang menjanjikan untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan keperawatan komunitas. Teknologi seperti telehealth, aplikasi mobile, dan platform media sosial dapat digunakan untuk menjangkau masyarakat yang terpencil, menyediakan

informasi kesehatan yang mudah diakses, dan meningkatkan komunikasi antara perawat dan pasien.

B. Pemanfaatan Teknologi Digital Untuk Meningkatkan Akses Pelayanan

Revolusi digital telah membawa transformasi signifikan dalam berbagai sektor, termasuk sektor kesehatan. Revolusi digital telah membawa angin segar dalam dunia kesehatan, tak terkecuali dalam pelayanan keperawatan komunitas. Revolusi digital telah membawa transformasi signifikan dalam berbagai sektor, termasuk sektor kesehatan. Dulu, akses masyarakat terhadap layanan kesehatan, khususnya di daerah terpencil, seringkali terbatas oleh jarak, waktu, dan ketersediaan tenaga kesehatan. Pelayanan keperawatan komunitas, yang selama ini seringkali terbatas oleh kendala geografis dan sumber daya.

Dengan hadirnya teknologi digital, kini pelayanan keperawatan komunitas dapat menjangkau lebih banyak orang dan memberikan layanan yang lebih efektif dan efisien. Kini telah menemukan solusi inovatif melalui pemanfaatan teknologi digital. Salah satu inovasi yang paling menonjol adalah telemedicine (Marteau, 2023). Melalui telemedicine, perawat dapat memberikan konsultasi, diagnosis, dan bahkan pengobatan kepada pasien secara jarak jauh. Hal ini sangat bermanfaat bagi masyarakat di daerah terpencil atau mereka yang memiliki mobilitas terbatas. Seperti yang ditekankan oleh (WHO, 2021), telemedicine telah terbukti efektif dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan dan mengurangi kesenjangan kesehatan.

Penggunaan telehealth dan telemedicine terbukti efektif dalam mengatasi keterbatasan geografis dan meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan. Teknologi ini memungkinkan perawat komunitas untuk memberikan layanan medis dari jarak jauh, sehingga pasien yang berada di daerah terpencil atau sulit dijangkau tetap dapat menerima layanan yang mereka butuhkan. Studi menunjukkan bahwa telehealth memungkinkan perawat komunitas memberikan pemantauan kesehatan secara real-time. Dengan bantuan alat kesehatan yang terkoneksi internet, seperti alat pemantau tekanan darah, glukometer, dan alat pemantau lainnya, kondisi pasien dapat dipantau secara terus menerus. Data yang dikumpulkan dari perangkat ini dapat diakses langsung oleh perawat sehingga memungkinkan mereka memantau perkembangan kesehatan pasien dan

mengambil tindakan yang diperlukan dengan cepat (American Nurses Association, 2019). Hal ini sangat bermanfaat bagi pasien dengan kondisi kronis yang memerlukan pemantauan rutin, seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung. Telehealth juga memungkinkan pendidikan kesehatan menjadi lebih luas dan mudah diakses oleh masyarakat. Perawat komunitas dapat melakukan sesi pendidikan kesehatan secara online, membahas topik-topik penting seperti pencegahan penyakit, manajemen kondisi kronis, dan gaya hidup sehat. Edukasi kesehatan yang dilakukan melalui platform digital memungkinkan lebih banyak orang untuk berpartisipasi, tanpa dibatasi oleh lokasi atau kapasitas fisik ruang pertemuan.

Telemedis tidak hanya meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi pasien, namun juga memfasilitasi kolaborasi antar petugas kesehatan. Dengan platform telemedis, dokter, perawat, dan spesialis dapat berbagi informasi pasien secara real-time, mendiskusikan diagnosis, dan merencanakan perawatan yang lebih terkoordinasi. Hal ini sangat penting terutama dalam kasus-kasus kompleks, yang memerlukan berbagai keahlian untuk menentukan tindakan medis yang tepat. Telemedis memungkinkan perawat komunitas mengakses pelatihan dan pengembangan profesional berkelanjutan. Melalui webinar, kursus online, dan sesi pelatihan virtual, perawat dapat terus meningkatkan pengetahuan dan keterampilannya tanpa harus meninggalkan tempat kerja.

Selain telemedicine, aplikasi kesehatan berbasis mobile juga berperan penting. Aplikasi ini memungkinkan pasien untuk mengakses informasi kesehatan, membuat janji temu dengan perawat, dan memantau kondisi kesehatannya secara mandiri. Sebuah studi menunjukkan bahwa penggunaan aplikasi kesehatan dapat meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan dan meningkatkan kualitas hidup.

Rekam medis elektronik (RME) juga menjadi kunci dalam meningkatkan efisiensi dan kualitas pelayanan keperawatan komunitas. Dengan RME, data pasien dapat diakses secara real-time oleh berbagai pihak yang berkepentingan, sehingga memudahkan koordinasi pelayanan dan mengurangi risiko kesalahan medis. Sebuah studi yang dilakukan oleh *Institute for Healthcare Improvement* (2017) menunjukkan bahwa penerapan RME dapat meningkatkan keamanan pasien dan mengurangi biaya perawatan.

Teknologi Internet of Things (IoT) juga semakin populer dalam pelayanan kesehatan. Teknologi IoT dapat dimanfaatkan untuk memantau kondisi pasien secara real-time. Perangkat wearable seperti smartwatch atau gelang pintar dapat digunakan untuk memantau tanda-tanda vital pasien secara terus-menerus. Misalnya, pasien yang memiliki penyakit kronis dapat menggunakan perangkat wearable yang terhubung dengan internet untuk memantau kondisi kesehatannya, seperti kadar gula darah atau detak jantung. Data yang diperoleh dari perangkat wearable kemudian dapat dikirimkan ke perawat sehingga perawat dapat memberikan intervensi yang tepat jika diperlukan.

Data yang diperoleh dari perangkat wearable kemudian dapat dikirimkan ke perawat atau dokter untuk dilakukan analisis lebih lanjut. Hal ini memungkinkan deteksi dini terhadap kondisi kesehatan yang memburuk dan intervensi yang lebih cepat.

Salah satu inovasi teknologi yang paling menonjol dalam pelayanan keperawatan komunitas adalah telemedicine. Melalui telemedicine, perawat dapat melakukan konsultasi dengan pasien secara jarak jauh, baik melalui telepon maupun video call. Hal ini sangat bermanfaat bagi pasien yang tinggal di daerah terpencil atau memiliki mobilitas terbatas. Bayangkan saja, seorang warga desa yang mengalami sakit ringan tidak perlu lagi menempuh perjalanan jauh ke pusat kesehatan untuk berkonsultasi dengan perawat. Cukup dengan menggunakan smartphone, mereka dapat terhubung dengan perawat dan mendapatkan penanganan awal.

Selain telemedicine, aplikasi kesehatan juga berperan penting dalam meningkatkan akses pelayanan keperawatan komunitas. Dengan aplikasi kesehatan, pasien dapat dengan mudah mengakses informasi kesehatan, melakukan appointment dengan perawat, serta memantau kondisi kesehatannya sendiri. Misalnya, aplikasi dapat mengingatkan pasien untuk meminum obat, mengukur tekanan darah, atau bahkan memberikan program latihan fisik yang sesuai.

Rekam medis elektronik juga menjadi salah satu komponen penting dalam penerapan teknologi digital dalam pelayanan keperawatan komunitas. Dengan menggunakan rekam medis elektronik, data pasien dapat terintegrasi dengan baik, sehingga memudahkan perawat dalam mengelola data pasien dan memberikan pelayanan yang lebih terarah. Bayangkan jika seorang pasien harus berpindah dari satu fasilitas kesehatan

ke fasilitas kesehatan lainnya, dengan adanya rekam medis elektronik, perawat di fasilitas kesehatan yang baru dapat dengan mudah mengakses riwayat kesehatan pasien, sehingga diagnosis dan pengobatan dapat dilakukan dengan lebih tepat.

Tujuan utama dari penggunaan teknologi digital dalam keperawatan komunitas adalah untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas bagi semua orang. Hal ini dapat dicapai dengan: 1) Memperluas jangkauan layanan keperawatan komunitas ke daerah pedesaan dan terpencil, 2) Meningkatkan akses terhadap informasi kesehatan bagi masyarakat, 3) Meningkatkan komunikasi antara perawat dan pasien, 4) Meningkatkan kualitas dan efisiensi pelayanan keperawatan, dan 5) Memberdayakan masyarakat untuk mengelola kesehatan mereka sendiri.

Penggunaan teknologi digital dalam keperawatan komunitas menawarkan banyak manfaat bagi pasien, perawat, dan sistem kesehatan secara keseluruhan. Manfaat bagi pasien meliputi: 1) Peningkatan akses terhadap layanan kesehatan, 2) Informasi kesehatan yang lebih mudah diakses, 3) Komunikasi yang lebih baik dengan perawat, 4) Peningkatan kualitas dan efisiensi pelayanan, dan 5) Pemberdayaan untuk mengelola kesehatan mereka sendiri

Adapun Manfaat bagi perawat meliputi: 1) Peningkatan efisiensi dan produktivitas, 2) Komunikasi yang lebih baik dengan pasien, 3) Akses terhadap informasi dan sumber daya yang lebih luas, dan 4) Peluang untuk pengembangan profesional

Manfaat bagi sistem kesehatan secara keseluruhan meliputi: 1) Peningkatan kualitas dan efisiensi pelayanan kesehatan, 2) Pengurangan biaya perawatan kesehatan, dan 3) Peningkatan hasil kesehatan pasien

C. Aplikasi Teknologi Digital Dalam Pelayanan Keperawatan Komunitas

Ada berbagai cara untuk mengakses teknologi digital dalam keperawatan komunitas. Beberapa contohnya termasuk:

1. Telehealth: Telehealth memungkinkan perawat untuk memberikan layanan kesehatan kepada pasien dari jarak jauh melalui video conference, telepon, atau pesan teks.

Hal ini dapat membantu untuk: Meningkatkan akses terhadap pelayanan bagi pasien di daerah pedesaan dan terpencil. Mengurangi waktu dan

biaya transportasi bagi pasien, Meningkatkan kepatuhan pasien terhadap pengobatan, dan Meningkatkan kualitas hidup pasien

Contoh penggunaan telehealth dalam keperawatan komunitas: Konsultasi dengan pasien kronis untuk memantau kondisi mereka dan menyesuaikan pengobatan, Pemberian edukasi kesehatan dan konseling kepada pasien, Pemantauan kesehatan ibu hamil dan bayi baru lahir, dan Dukungan psikologis untuk pasien yang mengalami depresi atau kecemasan.

2. Aplikasi mobile: Aplikasi mobile dapat digunakan untuk menyediakan informasi kesehatan, pendidikan kesehatan, dan alat bantu manajemen diri bagi pasien. Hal ini dapat membantu untuk: Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman pasien tentang kesehatan mereka, Mendorong pasien untuk mengelola kesehatan mereka sendiri, dan Meningkatkan komunikasi antara pasien dan perawat

Contoh aplikasi mobile untuk keperawatan komunitas: Aplikasi yang menyediakan informasi tentang penyakit kronis, seperti diabetes dan hipertensi, Aplikasi yang membantu pasien untuk melacak gejala mereka, minum obat, dan berolahraga, dan Aplikasi yang menyediakan alat bantu untuk manajemen stres dan relaksasi

3. Platform media sosial: Platform media sosial dapat digunakan untuk berkomunikasi dengan pasien, meningkatkan kesadaran kesehatan, dan membangun komunitas. Hal ini dapat membantu untuk: Menjangkau pasien yang tidak terlayani oleh layanan kesehatan tradisional. Meningkatkan partisipasi pasien dalam program kesehatan masyarakat, dan Membangun dukungan sosial bagi pasien.

Contoh penggunaan platform media sosial dalam keperawatan komunitas: Membuat grup Facebook untuk pasien dengan penyakit kronis, Mengadakan webinar tentang topik kesehatan masyarakat di Twitter, dan Membagikan informasi kesehatan yang akurat dan terpercaya di Instagram

4. Sistem Informasi Kesehatan: Sistem informasi kesehatan dapat digunakan untuk menyimpan data pasien, mengelola catatan kesehatan elektronik, dan melacak hasil kesehatan. Hal ini dapat membantu untuk: Meningkatkan kualitas dan efisiensi pelayanan, Mengidentifikasi tren kesehatan masyarakat, dan Mendukung pengambilan keputusan berbasis data.

Contoh penggunaan sistem informasi kesehatan dalam keperawatan komunitas: Sistem rekam medis elektronik untuk menyimpan data pasien dan catatan kesehatan, Sistem pelacakan imunisasi untuk memastikan bahwa semua anak di komunitas divaksinasi, dan Sistem pemantauan penyakit menular untuk melacak penyebaran penyakit dan intervensi kesehatan masyarakat

5. Alat Bantu Pemantauan Kesehatan Jarak Jauh: Alat bantu pemantauan kesehatan jarak jauh dapat digunakan untuk memantau kondisi pasien dari jarak jauh. Hal ini dapat membantu untuk: Mendeteksi dini masalah kesehatan, Mencegah komplikasi, dan Mengurangi kebutuhan rawat inap Contoh alat bantu pemantauan kesehatan jarak jauh: Perangkat pemantau tekanan darah, Perangkat pemantau glukosa darah, dan Perangkat pemantau aktivitas fisik

D. Tantangan dan Kendala Dalam Implementasi Teknologi Digital

Implementasi teknologi digital dalam keperawatan komunitas memang menjanjikan banyak manfaat, namun juga dihadapkan pada sejumlah tantangan dan kendala, antara lain:

1. Infrastruktur Teknologi yang Tidak Merata

- a. Konektivitas: Akses internet yang terbatas, terutama di daerah pedesaan, menjadi hambatan utama dalam penggunaan teknologi digital.
- b. Perangkat: Kurangnya ketersediaan perangkat seperti komputer, tablet, atau smartphone yang memadai di kalangan tenaga kesehatan komunitas dan masyarakat.
- c. Listrik: Pasokan listrik yang tidak stabil atau tidak ada di beberapa wilayah dapat mengganggu penggunaan perangkat elektronik.

2. Sumber Daya Manusia

- a. Keterampilan Digital: Tidak semua tenaga kesehatan komunitas memiliki keterampilan digital yang memadai untuk mengoperasikan dan memanfaatkan teknologi.
- b. Pelatihan: Kurangnya program pelatihan yang komprehensif dan berkelanjutan untuk meningkatkan kompetensi digital tenaga kesehatan.

- c. Adopsi Teknologi: Resistensi terhadap perubahan dan preferensi terhadap cara kerja konvensional dapat menghambat adopsi teknologi.

3. Biaya

- a. Pengadaan Perangkat: Biaya untuk membeli perangkat keras dan perangkat lunak yang diperlukan cukup tinggi.
- b. Pemeliharaan: Biaya pemeliharaan dan perbaikan perangkat serta sistem juga perlu diperhitungkan.
- c. Akses Internet: Biaya langganan internet yang terus-menerus dapat menjadi beban bagi fasilitas kesehatan dan masyarakat.

4. Data dan Keamanan

- a. Kualitas Data: Kualitas data yang dihasilkan seringkali tidak konsisten dan sulit diintegrasikan ke dalam sistem yang lebih besar.
- b. Privasi: Kekhawatiran mengenai privasi data pasien dan keamanan informasi menjadi isu penting yang harus diperhatikan.
- c. Regulasi: Kurangnya regulasi yang jelas mengenai penggunaan data kesehatan dalam konteks digital dapat menghambat pengembangan sistem.

5. Integrasi Sistem

- a. Kompatibilitas: Sistem informasi kesehatan yang berbeda-beda di berbagai fasilitas kesehatan dapat menyulitkan integrasi data.
- b. Standarisasi: Kurangnya standarisasi dalam pengembangan sistem informasi kesehatan membuat interoperabilitas menjadi tantangan.
- c. Kebutuhan Masyarakat
- d. Literasi Digital: Tidak semua masyarakat memiliki literasi digital yang cukup untuk memanfaatkan layanan kesehatan berbasis digital.
- e. Preferensi: Beberapa masyarakat mungkin lebih nyaman dengan layanan kesehatan konvensional dan enggan beralih ke layanan digital.

E. Strategi Pengembangan dan Integrasi Teknologi Digital

Untuk mengatasi tantangan dan memaksimalkan potensi teknologi digital dalam pelayanan keperawatan komunitas, berikut beberapa strategi yang dapat diterapkan:

1. Perencanaan yang Matang dan Komprehensif

- a. Analisis Kebutuhan: Lakukan analisis mendalam terhadap kebutuhan spesifik komunitas, tenaga kesehatan, dan sistem pelayanan kesehatan yang ada.
- b. Pemilihan Teknologi: Pilih teknologi yang sesuai dengan kebutuhan, mudah digunakan, dan berkelanjutan.
- c. Integrasi Sistem: Rencanakan dengan baik bagaimana teknologi baru akan diintegrasikan dengan sistem yang sudah ada.

2. Peningkatan Infrastruktur Teknologi

- a. Konektivitas: Berinvestasi dalam infrastruktur telekomunikasi untuk meningkatkan akses internet di daerah-daerah terpencil.
- b. Perangkat: Menyediakan perangkat yang memadai dan terjangkau bagi tenaga kesehatan komunitas dan masyarakat.
- c. Listrik: Memastikan ketersediaan listrik yang stabil, misalnya dengan menggunakan energi terbarukan.

3. Pengembangan Sumber Daya Manusia

- a. Pelatihan: Melaksanakan pelatihan yang komprehensif dan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan, mulai dari tingkat dasar hingga mahir.
- b. Sertifikasi: Memberikan sertifikasi kepada tenaga kesehatan yang telah kompeten dalam penggunaan teknologi.
- c. Incentif: Memberikan insentif bagi tenaga kesehatan yang aktif menggunakan teknologi dalam pelayanan.

4. Pengembangan Aplikasi dan Platform yang Sesuai

- a. Aplikasi Mobile: Mengembangkan aplikasi mobile yang mudah digunakan untuk berbagai fungsi, seperti pencatatan data pasien, telekonsultasi, dan edukasi kesehatan.
- b. Platform Data: Membangun platform data terpusat untuk mengelola dan menganalisis data kesehatan secara efektif.
- c. Integrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan: Memastikan aplikasi dan platform yang dikembangkan dapat terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan yang lebih besar.

5. Peningkatan Keamanan Data

- a. Enkripsi Data: Menggunakan enkripsi data untuk melindungi informasi sensitif pasien.

- b. Akses Terbatas: Memberikan akses yang terbatas pada data hanya kepada pihak yang berwenang.
- c. Pemantauan Keamanan: Melakukan pemantauan keamanan secara berkala untuk mencegah terjadinya pelanggaran data.

6. Pengembangan Konten Edukasi Digital

- a. Materi Kesehatan: Mengembangkan materi edukasi kesehatan yang menarik dan mudah dipahami dalam format digital.
- b. Media Sosial: Menggunakan media sosial untuk menyebarkan informasi kesehatan dan berinteraksi dengan masyarakat.
- c. E-learning: Menyediakan platform e-learning untuk pembelajaran berkelanjutan bagi tenaga kesehatan dan masyarakat.

7. Keterlibatan Masyarakat

- a. Sosialisasi: Melakukan sosialisasi secara intensif kepada masyarakat tentang manfaat teknologi dalam pelayanan kesehatan.
- b. Pelatihan: Memberikan pelatihan kepada masyarakat tentang cara menggunakan aplikasi kesehatan dan mengakses informasi kesehatan secara digital.
- c. Umpan Balik: Mengumpulkan umpan balik dari masyarakat untuk terus memperbaiki layanan yang diberikan.

8. Kerjasama Multisektor

- a. Pemerintah: Melibatkan pemerintah dalam penyediaan kebijakan, regulasi, dan dukungan finansial.
- b. Sektor Swasta: Bekerja sama dengan sektor swasta untuk mengembangkan teknologi dan menyediakan layanan yang inovatif.
- c. Akademisi: Berkolaborasi dengan akademisi untuk melakukan penelitian dan pengembangan teknologi baru.

F. Perawan Perawat Dalam Mengoptimalkan Teknologi Digital

Perawat memiliki peran yang sangat krusial dalam mengoptimalkan penggunaan teknologi digital dalam pelayanan keperawatan komunitas. Mereka berada di garis depan dalam memberikan pelayanan kesehatan langsung kepada masyarakat, sehingga pemahaman dan pemanfaatan teknologi digital secara efektif sangat penting. Berikut beberapa peran perawat dalam konteks ini:

1. Sebagai Pengguna Utama

- a. Implementasi: Perawat menjadi pengguna pertama dari berbagai teknologi yang diterapkan, seperti aplikasi mobile untuk pencatatan data pasien, telekonsultasi, atau edukasi kesehatan.
- b. Umpaman Balik: Perawat dapat memberikan umpan balik yang berharga mengenai kemudahan penggunaan, efektivitas, dan kekurangan dari teknologi yang digunakan, sehingga dapat dilakukan perbaikan secara terus-menerus.

2. Sebagai Edukator

- a. Masyarakat: Perawat dapat berperan sebagai edukator bagi masyarakat tentang manfaat teknologi kesehatan, cara penggunaannya, serta mengatasi hambatan yang mungkin timbul.
- b. Rekan Sejawat: Perawat juga dapat menjadi pembina bagi rekan sejawat lainnya dalam meningkatkan literasi digital dan keterampilan dalam memanfaatkan teknologi.

3. Sebagai Pengambil Keputusan

- a. Pemilihan Teknologi: Perawat dapat terlibat dalam proses pemilihan teknologi yang sesuai dengan kebutuhan komunitas dan praktik keperawatan.
- b. Standarisasi Prosedur: Perawat dapat membantu dalam merumuskan standar prosedur operasional (SPO) yang berkaitan dengan penggunaan teknologi, sehingga penggunaan teknologi menjadi lebih terstruktur dan efektif.

4. Sebagai Inovator

- a. Ide Baru: Perawat dapat memberikan ide-ide baru untuk pengembangan aplikasi atau fitur-fitur baru yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan.
- b. Pengembangan Protokol: Perawat dapat terlibat dalam pengembangan protokol baru yang memanfaatkan teknologi untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas pelayanan.

5. Sebagai Pengelola Data

- a. Pengumpulan Data: Perawat berperan dalam mengumpulkan data pasien secara akurat dan lengkap menggunakan teknologi yang tersedia.

- b. Analisis Data: Perawat dapat melakukan analisis data sederhana untuk mengidentifikasi tren dan pola yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

G. Simpulan

Teknologi digital menawarkan banyak manfaat untuk meningkatkan akses terhadap pelayanan keperawatan komunitas. Dengan perencanaan dan implementasi yang tepat, teknologi digital dapat membantu untuk memastikan bahwa semua orang memiliki akses terhadap layanan kesehatan yang berkualitas yang mereka butuhkan.

Meningkatkan akses terhadap pelayanan keperawatan komunitas membutuhkan upaya berkelanjutan dan komprehensif dari berbagai pihak. Dengan mengoptimalkan teknologi digital, memperkuat kapasitas perawat, meningkatkan peran puskesmas dan klinik, mendorong kolaborasi multisektor, dan meningkatkan kesadaran masyarakat, kita dapat mewujudkan masyarakat yang sehat dan sejahtera dengan akses pelayanan kesehatan yang berkualitas.

H. Referensi

- American Nurses Association (2019) 'Ana core principles on connected health', *Ana*, pp. 4–5.
- Fadhila, R., & Afrina, T. (2019). Penerapan Telenursing dalam Pelayanan Kesehatan : Literature Review. *Jurnal Keperawatan Abdurrah*, 3(2), 77-84. <https://doi.org/10.3641/ika.v3i2.837>
- Huter, K., Krick, T., Domhoff, D., Seibert, K., Wolf-Ostermann, K., & Rothgang, H. (2020). Effectiveness of digital technologies to support nursing care: Results of a scoping review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1905–1926. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S286193>
- Krick, T., Huter, K., Domhoff, D., Schmidt, A., Rothgang, H., & Wolf-Ostermann, K. (2019). Digital technology and nursing care : a scoping review on acceptance , effectiveness and efficiency studies of informal and formal care technologies. *BMC Health Services Research*, 3, 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4238-3>
- Marteau, J. (2023) 'Digital health transformation and nursing practice', pp. 1–9. Available at: www.icn.ch.
- Sudaryanto, A., & Surakarta, U. M. (2008). Pemanfaatan Tekhnologi Dalam Pelayanan Kesehatan (Agus Sudaryanto. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 1(January 2008), 47–50.
- WHO (2021) *Global strategy on digital health 2020-2025*. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Yani, A. (2018). Utilization of Technology in the Health of Community Health. *PROMOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(1), 97. <https://doi.org/10.31934/promotif.v8i1.235>

BAB III

INOVASI DALAM PENCEGAHAN DAN PENGELOLAAN PENYAKIT MENULAR DI TINGKAT KOMUNITAS

Dr. Kusmiyati, SKM., MPH.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan merupakan kebutuhan setiap manusia, yang meliputi kesehatan individu dan kesehatan masyarakat. Derajat kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Faktor lingkungan mempunyai pengaruh yang paling besar dan diikuti faktor perilaku. Oleh karena itu, untuk meningkatkan derajat kesehatan perlu dilakukan intervensi pada semua faktor tersebut (Notoadmodjo 2007). Sakit secara umum dimaknai sebagai kondisi yang kurang nyaman dan tidak dapat menjalankan aktivitas fisik dengan baik, yang disebabkan oleh organisme atau zat lain yang berinteraksi dengan tubuh (Herlianty 2024). Terjadinya penyakit khususnya penyakit menular ditentukan oleh 3 hal yaitu *host*, *agent* dan *environment*. Keragaman pola penyakit antar kelompok di masyarakat dapat disebabkan kondisi lingkungan dan perilaku penduduk setempat yang berbeda-beda (Achmadi 2013).

Di negara berkembang khususnya Indonesia penyakit menular masih menjadi masalah sehingga perlu mendapat perhatian serius. Salah satu penyakit menular adalah tuberkulosis paru. Penyakit ini menjadi penyebab kematian utama di dunia. Penyakit ini merupakan penyakit berbasis lingkungan. Kualitas udara yang tidak memenuhi syarat dapat meningkatkan kejadian penyakit ini. Penyakit lainnya yang disebabkan kondisi lingkungan yang tidak baik antara lain: infeksi saluran pernafasan atas (ISPA), diare dan demam berdarah.

Menurut Global Tuberculosis Report tahun 2022, pada tahun 2021 estimasi angka insiden TBC di Indonesia sebesar 354 per 100.000 penduduk,

meningkat jika dibandingkan dengan angka insiden TBC tahun 2020 yaitu sebesar 301 per 100.000 penduduk. Sedangkan angka kematian TBC tahun 2021 sebesar 52 per 100.000 penduduk (Kemenkes RI 2023). Hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 memperlihatkan prevalensi diare untuk semua kelompok umur sebesar 8%, balita sebesar 12,3 %, dan pada bayi sebesar 10,6%. Pada tahun 2022 cakupan pelayanan penderita diare pada semua umur sebesar 35,1% dan pada balita sebesar 26,4% dari sasaran yang ditetapkan (Kemenkes RI 2023). Kasus DBD tahun 2022 sebanyak 143.266 dengan kematian sebanyak 1.237 kasus. Jumlah ini meningkat dibandingkan tahun 2021 yaitu 73.518 kasus dan 705 kematian. Dua indikator utama dalam pengendalian DBD adalah Incidence Rate per 100.000 penduduk dan Case Fatality Rate (CFR). Selama tahun 2013-2020 CFR DBD di Indonesia menunjukkan kecenderungan menurun. Peningkatan tertinggi terjadi pada tahun 2021 yaitu 0,96% dan menurun pada tahun 2022 yaitu 0,86%. CFR secara nasional pada tahun 2022 mencapai 0,86%, hal ini melebihi batas yang telah ditetapkan dalam target strategi nasional penanggulangan DBD yaitu 0,7%. CFR tahun 2022 menurun jika dibandingkan tahun sebelumnya (Kemenkes RI 2023).

Pencegahan penyakit menular dapat dilakukan dengan melakukan pengendalian terhadap pencemaran media lingkungan yang meliputi udara, air, tanah dan makanan, terutama pengendalian terhadap pencemar mikrobiologi penyebab penyakit (Menteri Kesehatan RI 2023). Peningkatan kualitas media lingkungan yang meliputi udara, air, tanah, makanan dan vector penyakit dapat dilakukan antara lain dengan 3 hal yaitu pengembangan teknologi tepat guna dan rekayasa lingkungan. Selain itu kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi terhadap masyarakat juga sangat penting untuk dilakukan guna meningkatkan pengetahuan dan perilaku masyarakat terhadap pencegahan penyakit (Menteri Kesehatan RI 2023). Berbagai inovasi yang perlu dikembangkan dalam upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular di masyarakat. Pemanfaatan sumber daya lokal dan bahan alami yang aman terhadap lingkungan juga perlu terus dikembangkan.

B. Berbagai Penyakit Menular Berbasis Lingkungan

1. Tuberkulosis paru

Salah satu penyakit menular yang saat ini masih menjadi masalah di Indonesia maupun di dunia adalah penyakit tuberkulosis paru (TBC). Indonesia menempati peringkat kedua penderita Tbc terbanyak di dunia. Penyakit ini disebabkan oleh bakteri *Mycobacterium tuberculosis* yang menyebar melalui udara dan dapat menular melalui droplet yang dikeluarkan penderita saat batuk, meludah, bersin atau berbicara. Tuberkulosis masih menjadi penyakit dengan tingkat kematian tinggi, dengan penularannya yang sangat mudah melalui udara (Menteri Kesehatan RI 2016).

Kondisi lingkungan rumah yang banyak diteliti berpengaruh terhadap kejadian tuberkulosis paru antara lain pencahayaan, kepadatan hunian, luas ventilasi, kelembaban, suhu, pencahayaan, kondisi dinding, kondisi lantai rumah (Perdana and Putra 2020); (Sriratih, Suhartono, and Nurjazuli 2021). Kondisi fisik lingkungan yang lembab, suhu yang tidak memenuhi syarat dan kurangnya sinar matahari dapat mendukung pertumbuhan mikroorganisme patogen (Afrina 2023).

2. Diare

Diare merupakan penyakit endemis yang berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa. Penyakit ini dapat diderita oleh semua kelompok umur dan menjadi penyumbang angka kematian di Indonesia terutama balita (Kemenkes RI 2023). Di negara berkembang, penyakit diare masih menjadi penyebab utama kematian pada anak-anak. Penyakit diare umumnya disebabkan oleh mikroorganisme patogen yang masuk melalui makanan dan air yang dikonsumsi. Faktor penyebab penyakit ini kebanyakan karena kontaminasi pada proses persiapan makanan baik itu di rumah tangga, rumah makan, sekolah dan lainnya.

3. Demam Berdarah Dengue (DBD)

DBD merupakan salah satu penyakit menular yang masih menjadi masalah di hampir semua daerah di Indonesia. Penyakit ini disebabkan virus dengue dan disebarluaskan oleh vektor nyamuk. Vektor penular penyakit ini adalah nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*. Tempat perindukan nyamuk ini antara lain tempat yang menampung air atau tempat yang terdapat genangan air seperti got, vas bunga meja, pot

tanaman, tempat minum hewan dan lainnya. Karakteristik vektor penyakit menentukan sebaran dan waktu terjadinya infeksi. Nyamuk Aedes banyak terdapat di daerah tropis, suhu panas, kelembaban dan curah hujan tinggi (Kemenkes RI 2023).

C. Pengaruh Lingkungan terhadap Penularan Penyakit

1. Kualitas Udara

Kualitas udara dapat dibedakan menjadi 3 yaitu kualitas biologis, fisik dan kimia. Parameter kualitas biologis / mikrobiologis udara antara lain jumlah mikroorganisme atau angka kuman dan jamur di udara. Parameter fisik udara antara lain suhu, pencahayaan, kelembaban, laju ventilasi, kebisingan, dan partikulat matter. Parameter kimia meliputi sulfur dioksida, nitrogen dioksida, karbon monoksida dan ozon. Kualitas udara dalam ruang (indoor) maupun di luar ruang (outdoor) harus memenuhi syarat agar tidak menimbulkan gangguan kesehatan. Ruangan hendaknya memenuhi persyaratan yaitu sistem ventilasinya baik sehingga dapat menjamin pertukaran udara dalam ruangan dengan di luar ruangan. Udara hendaknya bebas dari debu dan bau tidak sedap. Kualitas udara di luar ruangan juga tidak boleh melebihi baku mutu kesehatan lingkungan yang dapat menjadi faktor risiko gangguan kesehatan. Penelitian epidemiologi lingkungan diperlukan untuk mengetahui pengaruh faktor lingkungan terhadap kesehatan masyarakat, termasuk pengaruh kualitas udara (Keman 2013).

2. Kualitas Air

Air merupakan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan untuk berbagai kegiatan atau keperluan, baik dikonsumsi sebagai air minum maupun keperluan lainnya. Untuk menjamin kesehatan masyarakat maka air yang digunakan harus memenuhi syarat atau bebas dari kontaminan fisik, kimia dan mikrobiologis. Air untuk keperluan higiene dan sanitasi atau untuk keperluan rumah tangga harus bebas dari cemaran bakteri *Eschericia coli* dan total coliform. Air juga harus memenuhi standard baku mutu kesehatan lingkungan untuk parameter kimia dan fisik (Menteri Kesehatan RI 2023). Air yang tidak memenuhi syarat dapat menjadi sumber penularan penyakit. Air yang tercemar tinja manusia dapat menjadi penyebab terjadinya penyakit saluran pencernaan. Sumber air yang tidak terlindungi dan digunakan untuk

keperluan mandi dan mencuci dapat menyebabkan penyakit kulit. Demikian juga dengan genangan air dapat menjadi tempat berkembangbiaknya vector penyakit.

3. Kualitas Tanah

Pencemaran media lingkungan tidak hanya terjadi pada air dan udara saja tetapi juga dapat terjadi pada tanah. Tanah yang tercemar oleh agent biologi dapat menyebabkan penularan penyakit. Banyak kasus pencemaran tanah akibat aktivitas yang menghasilkan bahan kimia berbahaya. Selain itu banyak juga terjadi kasus pencemaran tanah oleh bakteri patogen atau telur cacing dari tinja manusia. Tanah yang terkontaminasi dapat menyebarkan penyakit melalui sayuran yang dikonsumsi atau perilaku tidak mencuci tangan setelah menyentuh tanah. Tanah yang terkontaminasi juga dapat menyebar melalui debu tanah yang biterbangun di udara atau mengkontaminasi makanan. Kondisi ini dapat berdampak pada terjadinya penyakit saluran pencernaan. Tanah yang terkontaminasi juga dapat menyebabkan kecacingan, terutama pada anak-anak yang mempunya kebiasaan bermain di tanah dan tidak mencuci tangan. Sampah yang tidak dikelola dengan baik juga menjadi penyebab timbulnya berbagai penyakit dan memicu perkembangbiakan vector seperti lalat dan kecoa.

4. Kualitas Makanan

Makanan merupakan kebutuhan pokok manusia yang dibutuhkan untuk pertumbuhannya. Namun demikian makanan yang tidak dikelola dengan baik dan terkontaminasi dapat menyebabkan gangguan kesehatan atau dikenal dengan *food borne disease* atau penyakit bawaan makanan. Penyakit ini umumnya disebabkan oleh mikroorganisme yang masuk ke dalam tubuh manusia melalui makanan. Penyakit bawaan makanan dapat disebabkan oleh mikroorganisme baik itu bakteri, virus, cacing maupun protozoa. Akibat yang ditimbulkan dapat berupa infeksi maupun keracunan. Gejala penyakit ini antara lain diare, mual, muntah, sakit perut dan gangguan saluran pencernaan lainnya.

Banyak faktor yang mempengaruhi pertumbuhan mikroorganisme pada makanan. Semua mikroorganisme akan mudah tumbuh pada kelembaban yang cocok. Setiap mikroorganisme mempunyai suhu minimum, suhu optimum dan suhu maksimum untuk pertumbuhannya.

Sebagian kuman pathogen hidup dengan baik pada lingkungan yang suhunya hampir sama dengan suhu tubuh manusia (Mukono 2011).

5. Vektor dan binatang pembawa penyakit

Vektor merupakan artropoda yang mampu menularkan, memindahkan penyakit, atau menjadi sumber penular penyakit. Binatang pembawa penyakit merupakan binatang selain artropoda yang mampu menularkan, memindahkan penyakit, atau menjadi sumber penular penyakit (Menteri Kesehatan RI 2023). Nyamuk merupakan vektor penyakit demam berdarah dengue. Karakteristik dan perilaku vektor tersebut berpengaruh terhadap peningkatan kasus DBD pada musim penghujan karena adanya tempat perindukan berupa genangan air (Kemenkes RI 2023). Vektor dan binatang pembawa penyakit dapat berkembang biak dengan baik jika lingkungannya mendukung. Nyamuk, lalat, kecoa dan tikus jika berada di lingkungan rumah maka dapat mengancam kesehatan penghuni rumah. Berbagai penyakit diketahui ditularkan melalui vector dan binatang tersebut.

D. Pengendalian Kualitas Media Lingkungan

1. Pengendalian Kualitas Udara

Penggunaan desinfektan kimia dapat digunakan untuk mengendalikan mikroorganisme di udara. Namun perlu dipertimbangkan dampak dari penggunaan zat kimia terhadap lingkungan dan manusia. Oleh karena itu penggunaan bahan alami yang mengandung antimikroorganisme dapat menjadi alternatif dan perlu dikembangkan. Selain itu dapat dilakukan dengan upaya-upaya yang dapat meningkatkan kualitas fisik udara karena kualitas fisik udara dapat berpengaruh terhadap pertumbuhan mikroorganisme dan keberadaannya di udara. Upaya yang dapat dilakukan antara lain membersihkan peralatan rumah tangga, menyediakan ventilasi cukup, membersihkan AC secara berkala, membersihkan karpet, mengatur kelembaban, mengusahakan sinar matahari pagi memasuki ruangan dan mengelola sampah basah dengan baik.

Pencegahan pencemaran udara yang disebabkan berbagai sumber fisik perlu dilakukan. Sumber pencemar fisik meliputi: suhu, pencahayaan, kelembaban, laju ventilasi, partikel debu. Jika suhu terlalu tinggi ($>30^{\circ}\text{C}$) dapat dilakukan dengan cara memperbaiki sirkulasi udara

dengan ventilasi buatan atau mekanik. Bila suhu terlalu rendah ($<18^{\circ}\text{C}$) dapat dilakukan menggunakan pemanas ruangan. Pencahayaan alami bersumber matahari sangat diperlukan untuk menjaga kualitas mikrobiologis udara. Kelembaban udara kurang $<40\%$ atau kering dapat dilakukan dengan membuka ruangan, menambah ventilasi, memodifikasi fisik bangunan dan menggunakan humidifier. Apabila kelembaban $>60\%$ atau lembab dapat dilakukan dengan menambah pencahayaan alami, memodifikasi fisik bangunan dan humidifier. Partikel debu dapat dibersihkan dengan kain pel basah atau penyedot debu, menggunakan penangkap debu, menanam pohon, ventilasi dapur atau alat penangkap asap.

Untuk mencegah penurunan kualitas udara perlu dilakukan pengembangan teknologi tepat guna dan rekayasa lingkungan serta komunikasi, informasi dan edukasi. Rekayasa lingkungan dapat dilakukan secara setempat maupun kawasan. Rekayasa ini dapat berupa penataan ruang hijau atau penataan ruangan agar terhindar dari risiko pencemaran udara. KIE dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan perilaku masyarakat terhadap masalah kesehatan dan upaya yang harus dilakukan untuk mencegah penyakit akibat penurunan kualitas udara. KIE dapat dilakukan dengan tatap muka langsung dengan masyarakat maupun melalui media poster, media elektronik, media sosial, dan lainnya (Menteri Kesehatan RI 2023).

2. Pengendalian Kualitas Air

Perlindungan kualitas air dilakukan dengan KIE, teknologi tepat guna dan rekayasa lingkungan. Komunikasi, informasi dan edukasi bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku masyarakat. Teknologi tepat guna bertujuan meminimalisasi faktor risiko fisik, kimia dan mikrobiologis penyebab penyakit yang dapat ditularkan melalui air. Rekayasa lingkungan dilakukan untuk melindungi sumber air dan meningkatkan kualitas air atau upaya untuk mengubah kondisi air agar terhindar dari pajanan agen penyakit. Peningkatan kualitas air agar memenuhi standar baku mutu dapat dilakukan dengan memanfaatkan teknologi pengolahan filtrasi, sedimentasi, aerasi, dekontaminasi, disinfeksi atau teknologi lainnya. Dekontaminasi yaitu upaya mengurangi atau menghilangkan kontaminasi oleh mikroorganisme melalui disinfeksi dan sterilisasi dengan cara fisik dan kimiawi.

3. Pengendalian kualitas tanah

Pemantauan kualitas tanah perlu dilakukan untuk mendapatkan gambaran kemungkinan terjadinya pencemaran dari unsur fisik, mikroorganisme patogen, kimia, dan radioaktif yang dapat menjadi faktor risiko kesehatan. Upaya untuk mencegah penurunan kualitas tanah dapat dilakukan dengan komunikasi, informasi dan edukasi serta pengembangan teknologi tepat guna dan rekayasa lingkungan. Sasaran kegiatan KIE salah satunya adalah kelompok masyarakat dan rumah tangga. Selain itu kegiatan KIE dapat ditujukan kepada institusi penghasil, pengolah, pemanfaat, pengumpul, pengangkut sampah dan limbah serta pihak terkait lainnya. Hal ini dikarenakan kualitas tanah berkaitan erat dengan permasalahan sampah.

Pengembangan TTG harus dapat dimanfaatkan oleh masyarakat setempat, memanfaatkan sumber daya yang ada, sesuai kebutuhan, bersifat efektif dan efisien, praktis dan mudah diterapkan, pemeliharaannya mudah, serta mudah dikembangkan. Pengembangan teknologi tepat guna untuk mencegah pencemaran air, termasuk air hujan yang mengandung cemaran yang bisa masuk ke dalam tanah dan berpengaruh terhadap kualitas tanah. Pemulihan tanah yang tercemar mikroorganisme patogen secara umum dilakukan dengan desinfeksi, pengeringan, dan pembakaran. Dalam skala kecil, desinfeksi dilakukan dengan cara menyemprot permukaan tanah yang tercemar bakteri dan spora. Dalam hal pemulihan mikroorganisme patogen lainnya seperti *E. coli* dan sebagainya, dapat dilakukan dengan pengeringan terhadap limbah kotoran manusia yang berasal dari septic tank. Rekayasa lingkungan merupakan upaya mengubah media tanah untuk mencegah pajanan agent penyakit. Tanah yang sudah terkontaminasi dengan bakteri patogen atau terkontaminasi bahan lain yang berbahaya harus dipulihkan.

4. Pengendalian Kualitas Makanan

Menjaga kualitas makanan dapat dilakukan dengan menerapkan prinsip hygiene dan sanitasi dalam pengelolaan makanan. Komponen yang harus diperhatikan untuk menjaga kualitas makanan adalah bahan makanan, orang yang mengelola, peralatan dan tempat. Komunikasi, informasi dan edukasi dapat dilakukan dengan bertemu masyarakat pada

kegiatan yang sudah ada di masyarakat atau institusi. Kegiatan dapat juga disampaikan melalui media cetak maupun elektronik berisi pesan tentang keamanan makanan atau peningkatan kualitas makanan.

Upaya peningkatan kualitas makanan juga dapat dilakukan melalui pengembangan teknologi tepat guna untuk menghilangkan faktor risiko penyebab gangguan kesehatan. Penyediaan makanan harus menerapkan prinsip hygiene dan sanitasi makanan agar tidak menimbulkan gangguan kesehatan atau keracunan makanan. Penyediaan makanan pada kondisi khusus harus menerapkan prinsip tersebut agar tidak terjadi kejadian luar biasa.

5. Pengendalian Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit

Pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit dilakukan dengan menurunkan populasi serendah mungkin agar tidak menularkan penyakit. Upaya ini dapat dilakukan menggunakan metode fisik, biologi, kimia dan terpadu. Metode fisik antara lain mengubah salinitas dan pH air, pemasangan perangkap dan kawat kasa, menggunakan raket listrik, pengelolaan lingkungan. Pengelolaan lingkungan atau modifikasi lingkungan dapat dilakukan secara permanen atau dapat juga secara temporer. Metode biologi dapat dilakukan dengan menggunakan predator atau organisme yang dapat menghasilkan racun. Contoh predator yaitu ikan cupang, ikan nila, ikan kepala timah, tanaman pengusir nyamuk, menggunakan nyamuk Aedes berWolbachia. Metode kimia dapat menggunakan bahan kimia misalnya pestisida. Penggunaan bahan ini lebih tepat jika terjadi KLB atau dalam keadaan kepadatan vektor yang tinggi. Penggunaan pestisida harus rasional dan memperhatikan efektifitasnya dan efisiensinya serta diterima oleh masyarakat (Menteri Kesehatan RI 2023).

Dalam pelaksanaan pengendalian di masyarakat baik pengendalian lingkungannya maupun perilaku masyarakat perlu mempertimbangkan karakteristik dan perilaku vektor. Misalnya pengendalian DBD berupa gerakan 3M (Menguras, Menutup, Memanfaatkan), 3M plus (memelihara ikan pemakan jentik, menggunakan obat anti nyamuk, memasang kawat kasa pada jendela dan ventilasi dan tidak menggantung pakaian dalam kamar, menaburkan larvasida di penampungan air) (Kemenkes RI 2023).

E. Upaya Peningkatan Perilaku Masyarakat

Untuk meningkatkan kesehatan masyarakat tidak hanya upaya pengobatan saja yang perlu diberi perhatian melainkan upaya pencegahan dan promosi. Pencegahan penyakit dilakukan untuk memutus mata rantai penularan, perlindungan spesifik, pengendalian faktor risiko, perbaikan gizi masyarakat dan upaya lain sesuai dengan ancaman penyakit menular (Menteri Kesehatan RI 2014). Promosi kesehatan merupakan usaha meningkatkan kapabilitas masyarakat melalui proses pembelajaran yang melibatkan partisipasi dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat. Upaya ini ditujukan agar masyarakat dapat menolong diri sendiri, dapat melakukan kegiatan yang berasal dari sumber daya masyarakat dan sesuai nilai sosial budaya masyarakat. Metode pendidikan kesehatan dapat dilakukan dengan metode pendidikan individual, kelompok dan massa (Notoadmodjo 2007).

Berbagai kegiatan dapat dilakukan untuk meningkatkan pengetahuan dan perilaku masyarakat tentang dalam mencegah penularan penyakit menular. Kegiatan tersebut antara lain *focus group discussion*, pembuatan media informasi tentang pencegahan dan pengobatan TBC, penyuluhan atau sosialisasi melalui video dan penyampaian informasi dari narasumber. Materi yang dapat disampaikan adalah penyebab, gejala, cara penularan, faktor risiko, deteksi dini, perilaku yang harus dilakukan dalam mencegah penularan, perilaku pengobatan (Entianopa et al. 2023). Peran pengawas minum obat juga dapat ditingkatkan bukan hanya mengontrol minum obat tetapi juga perlu dibekali cara pencegahan yang dimulai dari rumah. Penelitian menunjukkan bahwa pencegahan yang paling utama adalah dimulai dari dalam rumah (Gero and Sayuna 2017). Sasaran kegiatan dalam upaya pencegahan penyakit menular juga perlu dilakukan pada semua kelompok umur, bukan hanya orang dewasa saja melainkan pada remaja dan anak sekolah (Aini et al. 2023).

F. Inovasi Dalam Pencegahan Penyakit di Masyarakat

Sebuah penelitian telah dikembangkan yaitu berupa inovasi alat pengering pakaian otomatis dengan fitur sterilisasi. Alat ini bisa menjadi alternatif proses pengeringan pakaian saat suhu udara tidak mendukung dikarenakan cuaca mendung atau hujan. Karena dilengkapi dengan sterilisasi maka alat ini dapat mencegah pertumbuhan mikroorganisme

pada pakaian sehingga dapat mencegah penyakit misalnya penyakit kulit (Rohmah et al. 2022). Sebuah alat telah dikembangkan yaitu box ozon untuk sterilisasi buah apel. Pada hasil pengujian sterilisasi buah apel menggunakan box ozon menunjukkan bahwa alat tersebut dapat mengurangi jumlah bakteri pada buah apel. Hal ini terbukti dengan jumlah bakteri yang ada pada apel yg tersterilasi lebih kecil dibandingkan dengan jumlah bakteri pada buah apel yang dicuci menggunakan air biasa/tidak disteril (Sucipto et al. 2023). Penggunaan bahan-bahan alami seperti arang aktif, ekstrak biji kelor sudah dikembangkan sebagai bahan untuk menjernihkan air sehingga memenuhi syarat kesehatan. Pemanfaatan bahan alami dari tumbuhan juga telah dikembangkan sebagai desinfektan untuk menghambat bakteri di udara dalam ruangan.

G. Simpulan

Penyakit menular masih menjadi masalah di Negara berkembang termasuk Indonesia antara lain tuberkulosis paru, infeksi saluran pernafasan akut, diare dan demam berdarah dengue. Faktor lingkungan yang tidak memenuhi syarat dan perilaku masyarakat dapat mempengaruhi penularan penyakit. Media lingkungan meliputi udara, air, tanah, makanan serta keberadaan vektor dan binatang pengganggu yang tidak dikendalikan dapat meningkatkan kejadian penyakit menular berbasis lingkungan. Oleh karena itu perlu dilakukan kegiatan komunikasi, informasi dan edukasi kepada masyarakat, baik masyarakat secara umum di rumah tangga maupun masyarakat yang ada di institusi pendidikan maupun tempat kerja. Rekayasa lingkungan perlu dilakukan agar tercipta kondisi lingkungan yang memenuhi syarat. Pengembangan teknologi tepat guna dengan memanfaatkan sumber daya lokal dan pemanfaatan bahan alami yang aman bagi lingkungan dan mampu mencegah penyakit perlu terus ditingkatkan.

H. Referensi

- Achmadi, Umar fahmi. 2013. *Dasar-Dasar Penyakit Berbasis Lingkungan*. Depok: PT Rajagrafindo Persada.
- Afrina, Yana. 2023. "Faktor Lingkungan Dengan Kejadian Tuberculosis Paru." *Jurnal Riset Kesehatan Poltekkes Depkes Bandung* 15(1):1–21.
- Aini, Aini, Elan Pratiwi, Musparlin Halid, and Adriyan Suhada. 2023. "Penyuluhan Peran Remaja Dan Masyarakat Dalam Mencegah Tuberkulosis (Tb)." *Jurnal Pengabdian Masyarakat Sehati* 2(1):8–12.
- Entianopa, Entianopa-, Suroso Suroso, Rara Marisdayana, and Eti Kurniawati. 2023. "Upaya Pencegahan Dan Penularan Penyakit Tuberculosis Di Puskesmas Kebun Kopi." *Jurnal Pengabdian Harapan Ibu (JPHI)* 5(1):7.
- Gero, Sabinan, and Mariana Sayuna. 2017. "Pencegahan Penyakit Tbc Paru Yang Utama Dimulai Dari Dalam Rumah Penderita." *Jurnal Info Kesehatan* 15(1):120–28.
- Herlianty. 2024. "Sehat Dan Sakit." in *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. kota Malang: PT. Literasi Nusantara Abadi Group.
- Keman, Soedjajadi. 2013. *Penelitian Epidemiologi Lingkungan Dalam Persektif Kesehatan Masyarakat*. Airlangga. Surabaya.
- Kemenkes RI. 2023. *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2022*.
- Menteri Kesehatan RI. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Penyakit Menular*.
- Menteri Kesehatan RI. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis*.
- Menteri Kesehatan RI. 2023. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 2 Tahun 2023 Tentang Peraturan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 66 Tahun2014 Tentang Kesehatan Lingkungan*.
- Mukono, H. .. 2011. *Prinsip Dasar Kesehatan Lingkungan*. Kedua. Surabaya: Airlangga University Press.
- Notoadmodjo, Soekidjo. 2007. *Promosi Kesehatan Dan Ilmu Perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Perdana, Agung Aji, and Yolan Sasana Putra. 2020. "Relationship Factors of Physical Environmental ToHouse Against Pulmonary Tuberculosis (TB) Incidence in the Work Area of Panjang Community Health Centre, Lampung." *Health Journal* 9(1).

Rohmah, Ratnasari Nur, Fattah M. Rizky, Aris Budiman, Umi Fadlilah, and Fajar Suryawan. 2022. "Inovasi Lemari Pengering Pakaian Otomatis Dengan Fitur Sterilisasi." *Simposium Nasional RAPI XXI – 2022 FT UMS* 49–55.

Sriratih, Eldrajune Agnes, Suhartono Suhartono, and Nurjazuli Nurjazuli. 2021. "Analisis Faktor Lingkungan Fisik Dalam Ruang Yang Berhubungan Dengan Kejadian Tuberkulosis Paru Di Negara Berkembang." *Jurnal Kesehatan Masyarakat (Undip)* 9(4):473–82.

Sucipto, Adi, Sholihah Ayu Wulandari, Ahmad Fahriyannur Rosyady, Dia Bitari, Mei Yuana, Ahmad Haris, Hasanuddin Slamet, Nabila Rahma, Yusrilfa Trisyayanti, Jurusan Teknologi Informasi, Politeknik Negeri Jember, Jurusan Managemen Agribisnis, and Politeknik Negeri Jember. 2023. "Rancang Bangun Sistem Ozonisasi Air Sebagai Upaya Sterilisasi Pertumbuhan Bakteri Pada Buah Apel Berbasis ESP-32." *Konvergensi* 19(2):69–76.

BAB IV

PEMBANGUNAN KAPASITAS MASYARAKAT UNTUK KEMANDIRIAN DALAM MERAWAT KESEHATAN: PENDEKATAN KEPERAWATAN KOMUNITAS

Ns. Arneliwati, M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Kesehatan merupakan salah satu aspek fundamental yang menentukan kualitas hidup manusia. Pembangunan kapasitas masyarakat dalam merawat kesehatan adalah upaya strategis untuk menciptakan kemandirian dan meningkatkan kesejahteraan komunitas. Pendekatan keperawatan komunitas berfokus pada pemberdayaan individu dan kelompok untuk mengidentifikasi, mengatasi, dan mencegah masalah kesehatan secara mandiri.

Pembangunan kapasitas mencakup peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya yang diperlukan untuk merespons tantangan kesehatan dengan efektif (Labonte & Laverack, 2001).

Pendekatan keperawatan komunitas menekankan pentingnya keterlibatan aktif masyarakat dalam proses perawatan kesehatan mereka. Hal ini tidak hanya memperkuat kemandirian masyarakat, tetapi juga mendorong pengembangan solusi kesehatan yang berkelanjutan dan sesuai dengan konteks lokal. Pemberdayaan masyarakat dalam konteks ini berarti memberikan mereka alat dan dukungan yang dibutuhkan untuk mengambil keputusan kesehatan yang informatif dan efektif (Nutbeam, 2020)

Tujuan

Bab ini bertujuan untuk menguraikan konsep pembangunan kapasitas masyarakat, menjelaskan strategi pemberdayaan, dan mengidentifikasi peran penting perawat komunitas dalam proses ini. Dengan memberikan

panduan praktis dan teoretis, diharapkan bahwa tenaga kesehatan dapat lebih efektif dalam mendukung kemandirian komunitas dalam merawat kesehatan mereka.

Manfaat

Modul ini menawarkan manfaat bagi berbagai pihak. Bagi perawat komunitas dan tenaga kesehatan lainnya, modul ini menyediakan kerangka kerja yang komprehensif untuk intervensi kesehatan berbasis komunitas. Bagi masyarakat, pendekatan ini diharapkan dapat meningkatkan akses terhadap informasi kesehatan yang relevan, serta kemampuan untuk mengimplementasikan praktik kesehatan yang lebih baik. Dengan demikian, peningkatan kapasitas ini dapat berdampak positif pada pengurangan angka penyakit dan peningkatan kualitas hidup (Wallerstein, 2021)

B. Pembangunan Kapasitas Masyarakat Definisi dan Konsep

Pembangunan kapasitas masyarakat adalah proses memperkuat kemampuan individu, organisasi, dan komunitas untuk menghadapi tantangan kesehatan, meningkatkan kualitas hidup, dan mencapai kemandirian dalam merawat kesehatan. Konsep ini melibatkan peningkatan pengetahuan, keterampilan, dan sumber daya yang diperlukan untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan secara efektif (Labonte & Laverack, 2001). Pembangunan kapasitas tidak hanya berfokus pada pengembangan keterampilan teknis, tetapi juga mencakup aspek sosial dan politik yang mempengaruhi kesehatan masyarakat.

C. Pembangunan Kapasitas sebagai Proses Dinamis

Pembangunan kapasitas adalah proses dinamis yang membutuhkan partisipasi aktif dari seluruh komunitas. Proses ini mencakup identifikasi kebutuhan, pengembangan strategi, pelaksanaan program, dan evaluasi hasil. Pembangunan kapasitas yang efektif memerlukan keterlibatan berkelanjutan dari semua pemangku kepentingan, termasuk masyarakat, pemerintah, dan organisasi non-pemerintah (Pfeiffer et al., 2018).

1. Komponen Utama Pembangunan Kapasitas

- a. **Pendidikan dan Pelatihan:** Pendidikan kesehatan yang efektif mencakup informasi tentang pencegahan penyakit, gizi, dan gaya hidup sehat. Pelatihan juga penting untuk meningkatkan keterampilan praktis yang diperlukan untuk merawat kesehatan (Nutbeam, 2020).

- b. **Pemberdayaan:** Pemberdayaan melibatkan peningkatan rasa percaya diri, kemandirian, dan kontrol atas faktor-faktor kesehatan. Ini termasuk memberikan masyarakat alat dan dukungan yang mereka butuhkan untuk membuat keputusan kesehatan yang informatif dan efektif (Wallerstein, 2021).
- c. **Akses terhadap Sumber Daya:** Menyediakan akses yang memadai terhadap layanan kesehatan, informasi, dan dukungan sangat penting untuk memastikan bahwa semua anggota komunitas dapat memanfaatkan sumber daya yang tersedia (Pfeiffer et al., 2018).
- d. **Kemitraan dan Kolaborasi:** Membangun jaringan dan kemitraan dengan berbagai pihak untuk memperkuat kapasitas komunitas. Kolaborasi dengan organisasi non-pemerintah, pemerintah, dan sektor swasta dapat meningkatkan efektivitas program kesehatan (Smith & Maurer, 2019).

D. Strategi Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah inti dari pembangunan kapasitas. Pemberdayaan berarti memberikan masyarakat kekuatan dan kemampuan untuk mengambil tindakan dan membuat keputusan yang memengaruhi kesehatan mereka. Strategi pemberdayaan mencakup pendidikan kesehatan, partisipasi aktif, dan pemberdayaan ekonomi.

E. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah kunci untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya menjaga kesehatan dan cara-cara untuk melakukannya. Literasi kesehatan adalah dasar untuk pemberdayaan masyarakat dan partisipasi aktif dalam perawatan kesehatan (Nutbeam, 2020).

1. Contoh Program Pendidikan Kesehatan

- a. **Program Edukasi Penyakit Menular:** Mengajarkan masyarakat tentang pencegahan penyakit menular melalui praktik kebersihan yang baik dan imunisasi. Program ini dapat mencakup kampanye penyuluhan, distribusi materi edukasi, dan lokakarya komunitas.
- b. **Workshop Gizi dan Kesehatan:** Mengadakan workshop yang fokus pada pentingnya gizi seimbang dan pola makan sehat untuk mencegah penyakit kronis. Workshop ini dapat melibatkan ahli gizi, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya untuk memberikan informasi

yang akurat dan praktis.

2. Metode Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan kesehatan mencakup berbagai pendekatan, seperti ceramah, diskusi kelompok, demonstrasi praktik, dan penggunaan media digital. Pemilihan metode harus disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik audiens.

3. Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif masyarakat dalam kegiatan kesehatan dapat meningkatkan rasa memiliki dan tanggung jawab terhadap kesehatan mereka sendiri. Partisipasi aktif mendorong keterlibatan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan, serta pengambilan keputusan secara kolektif (Wallerstein, 2021).

4. Strategi Mendorong Partisipasi Aktif

a. **Kelompok Kesehatan Komunitas:** Membentuk kelompok kesehatan yang terdiri dari anggota masyarakat untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah kesehatan lokal. Kelompok ini dapat berfungsi sebagai forum untuk berbagi informasi, mendiskusikan isu-isu kesehatan, dan merencanakan tindakan kolektif.

b. **Kampanye Kesehatan Komunitas:** Mengadakan kampanye kesehatan yang melibatkan seluruh komunitas untuk meningkatkan kesadaran dan partisipasi dalam program kesehatan. Kampanye ini dapat mencakup kegiatan seperti jalan sehat, pemeriksaan kesehatan gratis, dan pameran kesehatan.

5. Manfaat Partisipasi Aktif

Partisipasi aktif tidak hanya meningkatkan efektivitas program kesehatan, tetapi juga memperkuat kohesi sosial dan jaringan dukungan di dalam komunitas. Melalui partisipasi aktif, masyarakat dapat merasa lebih terhubung dan bertanggung jawab atas kesejahteraan bersama.

F. Pemberdayaan Ekonomi

Kemandirian ekonomi berperan penting dalam mendukung kemandirian kesehatan. Program pemberdayaan ekonomi, seperti pelatihan keterampilan kerja, akses ke modal usaha, dan pengembangan usaha mikro, dapat membantu masyarakat meningkatkan pendapatan dan, pada akhirnya, kesehatan mereka (Pfeiffer et al., 2018).

1. Program Pemberdayaan Ekonomi

- a. **Pelatihan Keterampilan Kerja:** Mengadakan pelatihan keterampilan untuk meningkatkan kemampuan kerja masyarakat, seperti kerajinan tangan, pertanian, dan perdagangan. Pelatihan ini dapat dilakukan bekerja sama dengan lembaga pelatihan, industri, dan sektor swasta.
- b. **Akses ke Modal Usaha:** Memberikan akses ke modal usaha untuk mendukung pengembangan usaha kecil dan mikro di komunitas. Program ini dapat mencakup pinjaman mikro, hibah, dan pendampingan usaha.

2. Dampak Pemberdayaan Ekonomi

Pemberdayaan ekonomi dapat meningkatkan status sosial dan ekonomi masyarakat, yang pada gilirannya dapat meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan, gizi yang lebih baik, dan kondisi hidup yang lebih sehat.

G. Peran Perawat Komunitas

Perawat komunitas memiliki peran penting dalam pembangunan kapasitas masyarakat. Mereka berfungsi sebagai fasilitator, edukator, konselor, dan advokat yang membantu masyarakat mengatasi hambatan dalam merawat kesehatan mereka sendiri.

1. Fasilitator dan Edukator

Perawat komunitas berperan sebagai fasilitator dan edukator dalam upaya pembangunan kapasitas masyarakat. Mereka memberikan pendidikan kesehatan, pelatihan, dan dukungan yang diperlukan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam merawat kesehatan (Smith & Maurer, 2019).

a. Peran Fasilitator

Sebagai fasilitator, perawat komunitas membantu mengkoordinasikan program kesehatan, menghubungkan masyarakat dengan sumber daya, dan memfasilitasi komunikasi antara masyarakat dan penyedia layanan kesehatan.

b. Peran Edukator

Sebagai edukator, perawat komunitas menyampaikan informasi kesehatan yang akurat dan relevan, serta memberikan pelatihan keterampilan yang diperlukan untuk merawat kesehatan. Mereka menggunakan berbagai metode pendidikan untuk memastikan bahwa informasi disampaikan dengan cara yang mudah dipahami dan

diterima oleh masyarakat.

2. Konselor dan Advokat

Perawat komunitas juga berperan sebagai konselor dan advokat yang membantu individu dan kelompok mengatasi hambatan dalam merawat kesehatan. Mereka memberikan konseling tentang masalah kesehatan, membantu mengakses layanan kesehatan, dan memperjuangkan hak-hak kesehatan masyarakat (Stanhope & Lancaster, 2018).

a. Peran Konselor

Sebagai konselor, perawat komunitas memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada individu dan kelompok yang menghadapi masalah kesehatan. Mereka membantu masyarakat memahami kondisi kesehatan mereka, membuat keputusan yang tepat, dan mengatasi stres serta kecemasan yang terkait dengan masalah kesehatan.

b. Peran Advokat

Sebagai advokat, perawat komunitas memperjuangkan hak-hak kesehatan masyarakat dan bekerja untuk mengurangi kesenjangan dalam akses terhadap layanan kesehatan. Mereka bekerja sama dengan organisasi kesehatan, pemerintah, dan lembaga lain untuk memastikan bahwa kebutuhan kesehatan masyarakat terpenuhi.

3. Penghubung dan Pemberdaya

Sebagai penghubung antara masyarakat dan sistem kesehatan, perawat komunitas membantu memastikan bahwa kebutuhan kesehatan masyarakat terpenuhi. Mereka juga memberdayakan masyarakat dengan mendorong partisipasi aktif dan mengembangkan keterampilan kepemimpinan dalam komunitas (Lundy & Janes, 2019).

a. Peran Penghubung

Sebagai penghubung, perawat komunitas membantu menghubungkan masyarakat dengan berbagai sumber daya dan layanan kesehatan. Mereka berperan sebagai jembatan antara masyarakat dan penyedia layanan kesehatan, memastikan bahwa informasi dan layanan yang tersedia sesuai dengan kebutuhan masyarakat.

b. Peran Pemberdaya

Sebagai pemberdaya, perawat komunitas bekerja untuk meningkatkan kapasitas dan kemandirian masyarakat. Mereka

membantu masyarakat mengidentifikasi kekuatan dan sumber daya mereka sendiri, serta mengembangkan strategi untuk mengatasi tantangan kesehatan.

H. Kasus Studi: Program Pembangunan Kapasitas di Desa XYZ Latar Belakang

Desa XYZ menghadapi berbagai tantangan kesehatan, termasuk tingginya angka penyakit menular dan kurangnya akses terhadap layanan kesehatan. Program pembangunan kapasitas yang diterapkan di desa ini bertujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam merawat kesehatan.

1. Implementasi Program

Program ini melibatkan berbagai kegiatan, termasuk:

- a. **Pelatihan Kesehatan:** Memberikan pelatihan tentang pencegahan penyakit, gizi, dan kebersihan. Pelatihan ini diadakan secara berkala dan melibatkan seluruh anggota masyarakat.
- b. **Pembentukan Kelompok Kesehatan:** Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam kelompok-kelompok kesehatan. Kelompok ini bertugas mengidentifikasi masalah kesehatan lokal dan mencari solusi bersama.
- c. **Pemberdayaan Ekonomi:** Mengadakan pelatihan keterampilan dan memberikan akses ke modal usaha. Program ini membantu meningkatkan pendapatan keluarga dan, pada akhirnya, kesehatan mereka.

2. Hasil dan Dampak

Program ini berhasil meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat dalam merawat kesehatan, serta mengurangi angka penyakit menular di desa tersebut. Selain itu, program ini juga meningkatkan kemandirian ekonomi masyarakat, yang berdampak positif pada kesehatan mereka. Evaluasi program menunjukkan peningkatan signifikan dalam perilaku kesehatan positif dan akses terhadap layanan kesehatan.

I. Simpulan

Pembangunan kapasitas masyarakat untuk kemandirian dalam merawat kesehatan merupakan pendekatan yang efektif dalam meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat. Perawat komunitas memiliki peran penting sebagai fasilitator, edukator, konselor, dan

advokat dalam upaya ini. Dengan strategi pemberdayaan yang tepat, masyarakat dapat mencapai kemandirian dalam merawat kesehatan mereka sendiri.

J. Referensi

- American Journal of Public Health, 100(4), 590-595.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.185652>
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2021). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97-107.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Brown, C. H., Golinelli, D., & Feinberg, M. E. (2021). Addressing the COVID-19 pandemic in populations with health disparities through community-engaged research. *Public Health Reports*, 136(1), 28-32.
<https://doi.org/10.1177/0033354920969422>
- Freedman, A. M., Bess, K. D., Tucker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M., & Wallston
- Frieden, T. R. (2020). A framework for public health action: The health impact pyramid.
- Galea, S., & Vaughan, R. D. (2020). *Public health: An introduction to the science and practice of population health*. Oxford University Press.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2022). *Health behavior: Theory, research, and practice* (5th ed.). Jossey-Bass.
- K. A. (2021). Public health literacy defined. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(5), 446-451.
<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.001>

BAB V

KEPERAWATAN KOMUNITAS BERBASIS EVIDENS: MENGGALI BUKTI-BUKTI BARU UNTUK PRAKTIK YANG EFEKTIF

Dr. Nunuk Sri Purwanti, S.Kp., M.Kes.

A. Pendahuluan/Prolog

Keperawatan komunitas merupakan salah satu cabang penting dalam ilmu keperawatan yang berfokus pada perawatan dan peningkatan kesehatan masyarakat dalam konteks komunitas. Praktik keperawatan komunitas melibatkan penyediaan layanan kesehatan yang berorientasi pada pencegahan penyakit, promosi kesehatan, serta pengelolaan kondisi kesehatan kronis di lingkungan komunitas. Pendekatan ini sangat penting untuk memastikan bahwa layanan kesehatan dapat menjangkau individu di luar fasilitas kesehatan tradisional dan beradaptasi dengan kebutuhan spesifik komunitas.

Dalam beberapa tahun terakhir, keperawatan komunitas telah mengalami perubahan signifikan, didorong oleh kemajuan dalam penelitian dan perkembangan bukti-bukti baru. Pendekatan berbasis evidens (evidence-based practice, EBP) telah menjadi paradigma utama dalam praktik keperawatan, mengintegrasikan penelitian terbaik dengan penilaian klinis dan kebutuhan pasien untuk menghasilkan keputusan perawatan yang lebih baik. EBP berfokus pada penggunaan bukti terkini untuk mendukung intervensi klinis dan kebijakan kesehatan, yang pada gilirannya dapat meningkatkan hasil kesehatan dan efisiensi layanan kesehatan.

Namun, meskipun konsep EBP telah diterima luas, implementasinya dalam konteks keperawatan komunitas masih menghadapi berbagai tantangan. Keperawatan komunitas sering kali menghadapi lingkungan yang kompleks dan dinamis, di mana bukti-bukti terbaru harus diadaptasi

dengan konteks lokal, kebutuhan spesifik masyarakat, dan keterbatasan sumber daya.

B. Konsep Dasar Keperawatan Komunitas Berbasis Evidens

Keperawatan komunitas berbasis evidens adalah pendekatan dalam praktik keperawatan yang mengintegrasikan bukti ilmiah terbaru dengan pengetahuan klinis dan kebutuhan komunitas untuk menghasilkan keputusan yang lebih baik dalam perawatan kesehatan. Konsep ini mencakup penggunaan data dan penelitian untuk menginformasikan praktik dan kebijakan kesehatan yang lebih efektif di tingkat komunitas.

Prinsip-Prinsip Utama

- a. **Integrasi Bukti Terbaru:** Menggunakan hasil penelitian terbaru dan data yang relevan untuk mendukung keputusan perawatan dan intervensi kesehatan.
- b. **Konteks Lokal:** Mempertimbangkan faktor-faktor spesifik komunitas, seperti budaya, ekonomi, dan struktur sosial, saat menerapkan bukti.
- c. **Keterlibatan Komunitas:** Melibatkan anggota komunitas dalam perencanaan dan evaluasi program kesehatan untuk memastikan bahwa intervensi sesuai dengan kebutuhan mereka.
- d. **Evaluasi Berkelanjutan:** Secara terus-menerus menilai efektivitas intervensi dan membuat penyesuaian berdasarkan umpan balik dan data yang dikumpulkan.

C. Sejarah dan Perkembangan

1. Evolusi Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas telah berkembang sejak awal abad ke-20, dimulai dengan fokus pada kesehatan masyarakat dan intervensi preventif. Pada awalnya, keperawatan komunitas berfokus pada pencegahan penyakit menular dan promosi kesehatan. Namun, seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, pendekatan ini telah diperluas untuk mencakup manajemen penyakit kronis, kesehatan mental, dan kesehatan lingkungan.

2. Integrasi Bukti dalam Praktik

Pendekatan berbasis evidens dalam keperawatan komunitas mulai mendapatkan perhatian signifikan pada akhir abad ke-20. Penekanan pada EBP mendorong pengembangan panduan praktik klinis dan protokol berbasis bukti yang membantu praktisi membuat keputusan yang lebih baik. Perkembangan teknologi informasi dan akses ke

database penelitian juga memudahkan praktisi untuk mengakses dan menerapkan bukti terbaru dalam praktik mereka.

3. Studi-Studi Awal dan Dampaknya

Studi-studi awal dalam keperawatan komunitas berbasis evidens sering kali menyoroti pentingnya pendekatan sistematis dalam penilaian dan intervensi. Contoh penting termasuk penelitian tentang efektivitas program imunisasi, manajemen penyakit kronis, dan intervensi kesehatan masyarakat. Penelitian ini telah memperkuat pentingnya penerapan bukti dalam merancang dan melaksanakan program kesehatan komunitas.

D. Relevansi Keperawatan Komunitas Berbasis Evidens

Pentingnya Pendekatan Berbasis Evidens

Pendekatan berbasis evidens memastikan bahwa keputusan dalam keperawatan komunitas didasarkan pada data dan penelitian yang valid, bukan hanya pada praktik tradisional atau intuisi. Ini meningkatkan kualitas perawatan, mengoptimalkan penggunaan sumber daya, dan dapat menghasilkan hasil kesehatan yang lebih baik di komunitas.

E. Implementasi dan Evaluasi Praktik Berbasis Evidens dalam Keperawatan Komunitas

1. Persiapan untuk Implementasi

- a. **Analisis Kebutuhan Komunitas:** Sebelum mengimplementasikan praktik berbasis evidens, penting untuk melakukan analisis mendalam mengenai kebutuhan kesehatan spesifik komunitas. Ini termasuk survei kesehatan, wawancara dengan anggota komunitas, dan penilaian data kesehatan lokal.
- b. **Penilaian Kesiapan Organisasi:** Menilai kesiapan organisasi dan tenaga kesehatan untuk menerapkan perubahan. Ini meliputi ketersediaan sumber daya, pelatihan, dan dukungan manajerial.
- c. **Perencanaan Strategis:** Mengembangkan rencana implementasi yang mencakup tujuan yang jelas, strategi intervensi, timeline, dan alokasi sumber daya. Rencana ini harus dirancang untuk mengatasi kebutuhan komunitas dan memanfaatkan bukti-bukti terbaru.

2. Metode Implementasi

- a. **Pelatihan dan Pendidikan:** Melaksanakan pelatihan untuk tenaga kesehatan dan pemangku kepentingan lainnya mengenai praktik

berbasis evidens yang akan diterapkan. Pelatihan harus mencakup aspek teknis serta perubahan sikap dan budaya.

- b. **Penerapan Intervensi:** Melaksanakan intervensi sesuai dengan rencana yang telah dikembangkan. Ini bisa mencakup program pendidikan, perubahan dalam prosedur klinis, atau implementasi teknologi baru.
- c. **Keterlibatan Pemangku Kepentingan:** Mengidentifikasi dan melibatkan pemangku kepentingan utama, seperti anggota komunitas, penyedia layanan kesehatan, dan organisasi lokal, untuk mendapatkan dukungan dan memfasilitasi keberhasilan implementasi.

3. Monitoring dan Penyesuaian

- a. **Pemantauan Proses:** Memantau pelaksanaan intervensi secara berkala untuk memastikan bahwa implementasi sesuai dengan rencana dan tujuan yang telah ditetapkan. Ini meliputi pengawasan kualitas dan kepatuhan terhadap protokol.
- b. **Penyesuaian Berdasarkan Umpaman Balik:** Mengumpulkan umpan balik dari peserta dan pemangku kepentingan serta menilai hasil sementara untuk melakukan penyesuaian jika diperlukan. Ini memastikan bahwa program tetap relevan dan efektif dalam konteks yang dinamis.

4. Tujuan Evaluasi

- a. **Menilai Efektivitas:** Evaluasi bertujuan untuk menilai seberapa efektif intervensi dalam mencapai tujuan yang diinginkan, seperti peningkatan kesehatan masyarakat atau perubahan perilaku.
- b. **Mengidentifikasi Area Perbaikan:** Evaluasi juga membantu mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan dari program, sehingga area yang memerlukan perbaikan dapat ditangani.
- c. **Menyediakan Bukti untuk Pengambilan Keputusan:** Hasil evaluasi memberikan bukti yang diperlukan untuk pengambilan keputusan terkait keberlanjutan atau perluasan program.

5. Metode Evaluasi

- a. **Evaluasi Formatif:** Dilakukan selama tahap implementasi untuk memberikan umpan balik awal tentang pelaksanaan program. Ini termasuk wawancara, survei, dan observasi untuk menilai proses dan pengembangan.
- b. **Evaluasi Proses:** Mengkaji bagaimana program dilaksanakan, termasuk apakah prosedur, sumber daya, dan waktu sesuai dengan

rencana. Ini melibatkan pengumpulan data mengenai input, aktivitas, dan output.

- c. **Evaluasi Hasil:** Menilai dampak jangka pendek dan jangka panjang dari intervensi terhadap hasil kesehatan yang ditargetkan. Ini meliputi pengukuran perubahan dalam indikator kesehatan, seperti penurunan prevalensi penyakit atau peningkatan pengetahuan kesehatan.
- d. **Evaluasi Dampak:** Mengukur dampak keseluruhan dari program pada komunitas, termasuk efek positif dan negatif yang lebih luas. Ini juga mencakup penilaian perubahan sosial, ekonomi, dan lingkungan yang mungkin terjadi.

6. Alat dan Teknik Evaluasi

- a. **Indikator Kinerja:** Menggunakan indikator kinerja yang spesifik dan terukur untuk mengevaluasi keberhasilan program. Ini meliputi ukuran kuantitatif seperti tingkat partisipasi, kepatuhan terhadap protokol, dan hasil kesehatan.
- b. **Kuesioner dan Survei:** Mengumpulkan data dari peserta dan pemangku kepentingan menggunakan kuesioner dan survei untuk mendapatkan umpan balik tentang pengalaman dan persepsi mereka terhadap program.
- c. **Wawancara dan Diskusi Fokus:** Melakukan wawancara mendalam dan diskusi fokus dengan peserta program untuk mendapatkan wawasan kualitatif tentang efektivitas dan dampak intervensi.

F. Studi Kasus: Evaluasi Program Kesehatan Komunitas

1. Studi Kasus: Program Penyuluhan Gizi

- a. **Deskripsi Program:** Memperkenalkan program penyuluhan gizi yang dirancang untuk mengatasi masalah malnutrisi di komunitas tertentu.
- b. **Metode Evaluasi:** Menjelaskan metode yang digunakan untuk mengevaluasi program, termasuk pengumpulan data kuantitatif dan kualitatif.
- c. **Hasil Evaluasi:** Menyajikan hasil evaluasi, seperti perubahan dalam status gizi peserta, tingkat pengetahuan tentang gizi, dan umpan balik dari peserta dan staf.
- d. **Pelajaran yang Dipetik:** Menilai apa yang berhasil dalam evaluasi dan bagaimana hasil dapat digunakan untuk meningkatkan atau mereplikasi program di komunitas lain.

2. Studi Kasus: Klinik Kesehatan Mobile di Daerah Terpencil

- a. **Deskripsi Program:** Memperkenalkan klinik kesehatan mobile yang bertujuan memberikan layanan kesehatan di daerah terpencil dengan akses terbatas.
- b. **Metode Evaluasi:** Menggambarkan metode evaluasi yang digunakan, termasuk penilaian proses dan dampak program.
- c. **Hasil Evaluasi:** Menyajikan data mengenai akses layanan, kepuasan pasien, dan hasil kesehatan yang dicapai.
- d. **Pelajaran yang Dipetik:** Mengidentifikasi keberhasilan dan tantangan dalam evaluasi serta memberikan rekomendasi untuk peningkatan program di masa depan.

G. Tantangan dan Solusi dalam Implementasi Keperawatan Komunitas Berbasis Evidens

1. Tantangan dalam Implementasi

a. Keterbatasan Sumber Daya

- 1) **Keuangan:** Salah satu tantangan utama dalam implementasi keperawatan komunitas berbasis evidens adalah keterbatasan sumber daya keuangan. Banyak program kesehatan komunitas mengalami kesulitan dalam memperoleh pendanaan yang cukup untuk melaksanakan dan mempertahankan intervensi berbasis evidens.
- 2) **Sumber Daya Manusia:** Keterbatasan tenaga kerja terlatih dan profesional kesehatan yang terampil dapat menghambat implementasi. Kurangnya pelatihan dan waktu yang cukup juga menjadi masalah.
- 3) **Infrastruktur:** Keterbatasan infrastruktur, seperti fasilitas kesehatan yang tidak memadai atau akses terbatas ke teknologi, dapat menghalangi pelaksanaan program berbasis evidens.

b. Resistensi terhadap Perubahan

- 1) **Kultur dan Kebiasaan:** Resistensi dari anggota komunitas dan tenaga kesehatan terhadap perubahan prosedur atau kebiasaan yang telah lama ada bisa menjadi penghalang. Sikap skeptis terhadap bukti baru dan praktik yang belum teruji seringkali menghambat adopsi.

- 2) **Komunikasi:** Kurangnya komunikasi yang efektif mengenai manfaat dan kebutuhan perubahan dapat menyebabkan ketidakpahaman dan penolakan terhadap implementasi.

c. Akses dan Keterlibatan Komunitas

- 1) **Keterbatasan Akses:** Di beberapa daerah, terutama yang terpencil, akses ke layanan kesehatan dan informasi berbasis evidens mungkin terbatas. Ini menyulitkan implementasi program yang memerlukan keterlibatan langsung dari komunitas.
- 2) **Keterlibatan Komunitas:** Melibatkan komunitas dalam perencanaan dan pelaksanaan program dapat menjadi tantangan, terutama jika ada kurangnya dukungan atau ketidaktahuan tentang pentingnya keterlibatan komunitas.

d. Kesulitan dalam Pengumpulan dan Penggunaan Data

- 1) **Pengumpulan Data:** Mengumpulkan data yang diperlukan untuk memantau dan mengevaluasi implementasi bisa menjadi sulit. Masalah ini termasuk keterbatasan teknologi, kekurangan pelatihan dalam pengumpulan data, dan masalah privasi.
- 2) **Penggunaan Data:** Menggunakan data untuk membuat keputusan berbasis evidens bisa menantang jika data tidak tersedia atau sulit diinterpretasikan. Selain itu, integrasi data dari berbagai sumber juga dapat menjadi kompleks.

2. Solusi untuk Mengatasi Tantangan

a. Strategi Pengelolaan Sumber Daya

- 1) **Pendanaan dan Sumber Daya:** Mencari pendanaan tambahan melalui hibah, kerjasama dengan sektor swasta, atau donor dapat membantu mengatasi keterbatasan keuangan. Mengidentifikasi sumber daya lokal yang ada dan memanfaatkannya secara optimal juga merupakan strategi yang baik.
- 2) **Pengembangan Kapasitas:** Investasi dalam pelatihan dan pengembangan kapasitas tenaga kesehatan untuk memastikan mereka memiliki keterampilan dan pengetahuan yang diperlukan untuk melaksanakan program berbasis evidens.
- 3) **Peningkatan Infrastruktur:** Memperbaiki infrastruktur kesehatan dengan mendukung investasi dalam teknologi dan fasilitas yang diperlukan untuk implementasi program.

b. Mengatasi Resistensi terhadap Perubahan

- 1) **Pendidikan dan Pelatihan:** Memberikan pendidikan dan pelatihan yang jelas tentang manfaat dan hasil dari praktik berbasis evidens. Melibatkan pemimpin komunitas dan influencer untuk menyebarkan informasi dapat membantu mengurangi resistensi.
- 2) **Komunikasi yang Efektif:** Meningkatkan komunikasi dengan semua pemangku kepentingan untuk menjelaskan alasan perubahan, bagaimana perubahan akan dilaksanakan, dan manfaat jangka panjangnya. Ini dapat mencakup penggunaan materi komunikasi yang mudah dipahami dan forum diskusi.

c. Meningkatkan Akses dan Keterlibatan Komunitas

- 1) **Inisiatif Akses:** Menggunakan teknologi telemedicine atau klinik keliling untuk menjangkau daerah-daerah dengan akses terbatas. Menyediakan informasi dan sumber daya yang mudah diakses juga penting.
- 2) **Keterlibatan Komunitas:** Melibatkan komunitas dari awal dalam perencanaan dan pelaksanaan program. Memanfaatkan jaringan lokal dan membangun hubungan dengan pemimpin komunitas dapat meningkatkan keterlibatan dan dukungan.

d. Meningkatkan Pengumpulan dan Penggunaan Data

- 1) **Pengumpulan Data yang Efisien:** Menggunakan teknologi yang sesuai untuk mengumpulkan data secara efisien dan aman. Menyediakan pelatihan bagi staf tentang teknik pengumpulan data yang efektif dan pentingnya akurasi data.
- 2) **Analisis dan Penggunaan Data:** Mengembangkan kemampuan analisis data untuk interpretasi yang lebih baik dan membuat keputusan berbasis data. Mengintegrasikan data dari berbagai sumber dengan menggunakan perangkat lunak dan metodologi yang sesuai.

H. Ringkasan Tantangan dan Solusi

Bab ini telah membahas berbagai tantangan yang dihadapi dalam implementasi keperawatan komunitas berbasis evidens, serta solusi yang dapat diterapkan untuk mengatasi masalah tersebut. Mengidentifikasi dan mengatasi tantangan ini penting untuk memastikan keberhasilan dan keberlanjutan program kesehatan komunitas.

Arah Selanjutnya

Langkah selanjutnya melibatkan penerapan solusi yang telah diidentifikasi dalam konteks praktis dan evaluasi terus-menerus untuk meningkatkan efektivitas implementasi. Penting untuk terus mengadaptasi dan memperbaiki pendekatan berdasarkan pengalaman dan hasil yang diperoleh dari implementasi di lapangan.

Pembahasan

Di era modern ini, penyakit menular tetap menjadi ancaman signifikan bagi kesehatan masyarakat, terutama di tingkat komunitas. Melihat data epidemiologi yang terus berubah, kita menyadari bahwa strategi konvensional sering kali tidak memadai untuk menghadapi tantangan baru yang muncul. Faktor-faktor seperti mobilitas penduduk yang tinggi, standar sanitasi yang bervariasi, dan akses yang tidak merata terhadap layanan kesehatan semakin memperburuk penyebaran penyakit menular. Oleh karena itu, inovasi dalam pendekatan pencegahan dan pengelolaan penyakit menular menjadi sangat penting.

Penerapan teknologi terbaru merupakan salah satu langkah inovatif yang menjanjikan. Misalnya, aplikasi mobile yang memberikan informasi kesehatan terkini dapat menjadi alat yang sangat berguna dalam pendidikan kesehatan masyarakat. Sistem pelacakan kontak digital, yang telah terbukti efektif selama pandemi COVID-19, menunjukkan bagaimana teknologi dapat digunakan untuk mengidentifikasi dan mengurangi penyebaran penyakit dengan lebih efisien. Selain itu, big data dan analisis prediktif memberikan wawasan berharga tentang pola penyebaran penyakit, memungkinkan tindakan preventif yang lebih tepat sasaran.

Pengelolaan penyakit menular yang efektif memerlukan pendekatan yang holistik dan multidisiplin. Model pengelolaan berbasis komunitas yang inovatif, yang melibatkan pemangku kepentingan lokal, menawarkan solusi yang lebih terintegrasi dan berkelanjutan. Misalnya, pendidikan dan pelatihan bagi tenaga kesehatan komunitas menjadi kunci untuk memastikan bahwa mereka dapat memberikan intervensi yang sesuai dan responsif terhadap kebutuhan lokal. Strategi intervensi berbasis komunitas yang adaptif dan berbasis data dapat memfasilitasi respons yang lebih cepat dan lebih efektif terhadap wabah penyakit.

Studi kasus dari berbagai komunitas yang telah berhasil menerapkan inovasi dalam pencegahan dan pengelolaan penyakit menular memberikan pelajaran berharga. Contohnya, program pencegahan tuberkulosis yang diterapkan di beberapa negara berkembang atau inisiatif pencegahan infeksi virus di kawasan urban padat menunjukkan bagaimana pendekatan yang tepat dapat menghasilkan hasil yang signifikan. Studi-studi ini menggarisbawahi pentingnya adaptasi strategi inovatif yang sesuai dengan konteks lokal.

Implementasi

Untuk mewujudkan terobosan baru dalam keperawatan komunitas, pengembangan strategi inovatif yang sesuai dengan karakteristik unik dari setiap komunitas adalah langkah awal yang krusial. Strategi ini harus mencakup identifikasi kebutuhan spesifik komunitas, penentuan prioritas kesehatan, dan penyusunan rencana aksi yang memanfaatkan sumber daya lokal secara optimal. Dalam hal ini, penting untuk melibatkan seluruh pemangku kepentingan, termasuk anggota komunitas, pemerintah lokal, dan organisasi non-pemerintah.

Pelatihan dan pembangunan kapasitas bagi tenaga kesehatan komunitas dan anggota masyarakat sangat penting untuk implementasi yang sukses. Program pelatihan harus mencakup penggunaan teknologi kesehatan terbaru, teknik komunikasi yang efektif, serta keterampilan dalam manajemen data dan analisis. Dengan pelatihan yang memadai, tenaga kesehatan komunitas dapat lebih siap untuk menerapkan metode baru dan mengelola penyakit menular dengan lebih efisien.

Teknologi dan data berperan penting dalam strategi pencegahan dan pengelolaan penyakit menular. Integrasi aplikasi kesehatan, sistem informasi berbasis web, dan alat pemantauan digital dapat meningkatkan kemampuan komunitas dalam mengidentifikasi dan menanggapi ancaman kesehatan. Pengumpulan dan analisis data secara real-time memungkinkan pengambilan keputusan yang lebih cepat dan penyesuaian strategi yang lebih efektif.

Kolaborasi dan kemitraan antara berbagai sektor juga merupakan aspek kunci dari implementasi. Kemitraan antara pemerintah, organisasi non-pemerintah, sektor swasta, dan komunitas lokal memungkinkan mobilisasi sumber daya, berbagi informasi, dan penguatan kapasitas komunitas dalam menghadapi penyakit menular. Sinergi ini memastikan

bahwa semua pihak berkontribusi dalam upaya yang terintegrasi dan berkelanjutan.

I. Simpulan

Inovasi dalam pencegahan dan pengelolaan penyakit menular menjadi kunci untuk meningkatkan kesehatan masyarakat di tingkat komunitas. Teknologi terbaru, pendekatan berbasis data, dan model intervensi berbasis komunitas menawarkan solusi yang lebih efektif dan adaptif untuk mengatasi tantangan penyakit menular. Meskipun banyak peluang yang ditawarkan oleh inovasi, tantangan seperti keterbatasan sumber daya, resistensi terhadap perubahan, dan ketidakmerataan akses perlu diatasi dengan pendekatan yang cermat.

Keberhasilan implementasi strategi inovatif bergantung pada kemampuan untuk menghadapi dan mengatasi tantangan ini secara efektif. Untuk itu, pelatihan, kolaborasi, dan penggunaan teknologi yang tepat menjadi elemen penting. Melihat ke depan, keperawatan komunitas akan semakin berfokus pada pemanfaatan teknologi dan pendekatan berbasis data untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Dengan demikian, inovasi akan terus memainkan peran sentral dalam menghadapi tantangan penyakit menular dan memastikan sistem kesehatan yang lebih responsif dan berkelanjutan di tingkat komunitas.

J. Referensi

- Djajalaksana, S. (2024). Communicable vs Non-communicable Diseases. *Jurnal Klinik dan Riset Kesehatan*, 3(3), 150-152.
- Ferry Efendi, M. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas: teori dan praktik dalam keperawatan*. Ferry Efendi.
- Gronvall, G. K., & Dzau, V. J. (Eds.). (2021). *Emerging Infectious Diseases and the Threat to Global Health Security*. John Hopkins University Press.
- Heryana, A., ST, S., & KM, M. Pandemi Penyakit Menular: Tahapan, Indikator, dan Pengendalian.
- Kholifah, S. N., & Widagdo, W. (2016). Keperawatan keluarga dan komunitas.
- Kumar, D., & Malek, D. (2022). *Innovations in Public Health and Community Nursing*. Springer.
- Maharani, L. Konteks Era Modern Dalam Kesehatan Masyarakat. *Keperawatan Komunitas*, 52.
- Sari, D. P., Maharani, N. E., Aini, N., Wartini, W., & Aulia, H. D. (2022). Kampanye Pelayanan Kesehatan Berbasis Komunitas Sebagai Upaya Self-Care Pencegahan Covid-19: Sebuah Edukasi Protokol Kesehatan. *Jurnal Inovasi Dan Pengabdian Masyarakat Indonesia*, 1(2), 12-17.
- Smith, R., & Harris, K. (2022). *The Impact of Mobile Health Technologies on Disease Management*. *International Journal of Health Services*, 52(3), 401-412. <https://doi.org/10.1177/00207314221097054>
- Sulaiman, E. S. (2022). *Pendidikan dan Promosi Kesehatan: Teori dan Implementasi di Indonesia*.

BAB VI

PELATIHAN DAN PENGEMBANGAN PROFESIONAL DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS: MENYIAPKAN TENAGA KERJA UNTUK MASA DEPAN

Jajang Ganjar Waluya, M.Kep., Ns.

A. Pendahuluan/Prolog

Sistem layanan kesehatan sedang mengalami reformasi besar-besaran di seluruh dunia sebagai respon kebutuhan terhadap meningkatnya populasi lansia dan penyakit kronis (WHO, 2015). Seiring perubahan kebutuhan kesehatan masyarakat yang telah mendorong pergeseran sistem layanan kesehatan dan pola keperawatan komunitas secara global. Telah terjadi pergeseran sistem layanan kesehatan dari layanan akut ke layanan kesehatan primer atau komunitas. Pelayanan kesehatan primer yaitu pelayanan kesehatan di pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas), lembaga pendidikan, lembaga pemasyarakatan, dan tempat tinggal juga dapat menjadi tempat penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat (Chamberlain et al., 2020).

Data WHO tahun 2024 menyebutkan perawat merupakan tenaga kesehatan terbesar di antara tenaga kesehatan di semua negara, bahkan terkadang dua kali lipat jumlah dokter di beberapa negara (WHO, 2024). Meskipun perawat adalah tenaga kesehatan terbesar tapi *The International Council of Nurses* (ICN, 2021) melaporkan kurangnya tenaga perawat di seluruh dunia. Tren masyarakat, seperti peningkatan populasi lansia, perubahan iklim, meningkatnya penyakit tidak menular yang membutuhkan perawatan sehingga meningkatkan kebutuhan tenaga perawat (Kallio, Kangasniemi, & Hult, 2022).

Perubahan sistem layanan kesehatan dan perubahan profil penduduk mengharuskan perubahan mendasar untuk memberikan layanan yang berpusat pada pasien, memberikan lebih banyak layanan primer

dibandingkan dengan layanan khusus dan memberikan lebih banyak perawatan di komunitas dibandingkan di tempat perawatan akut (Taylor, 2011).

Meningkatnya kebutuhan perawat bersamaan dengan meningkatnya permasalahan kesehatan di masyarakat yang semakin kompleks. Banyak solusi diusulkan untuk mengatasi permasalahan kesehatan di masyarakat tapi masih berpusat pada tenaga kesehatan lain dan belum mengakui kontribusi yang ditawarkan oleh perawat. Pemerintah sering kali gagal mempertimbangkan kontribusi perawat ketika merencanakan tenaga kerja di layanan kesehatan primer (Aston, 2018).

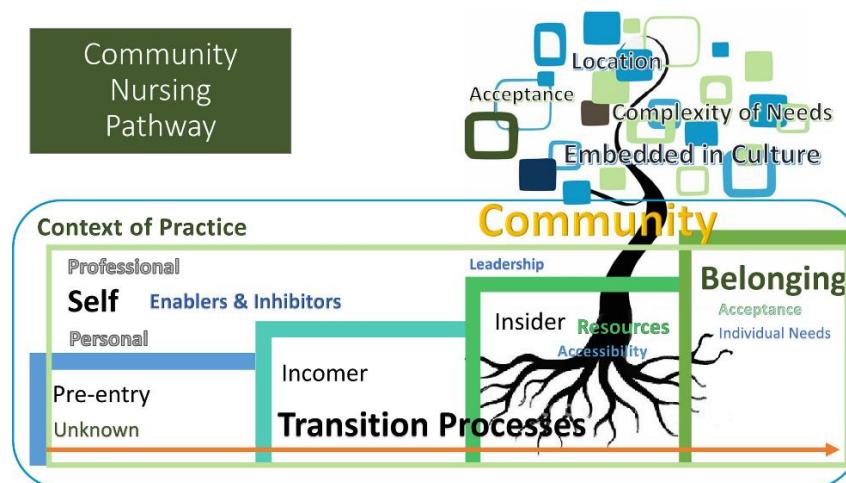
Sebuah survei yang dilakukan oleh ICN pada tahun 2020 menemukan bahwa 22,6% asosiasi keperawatan nasional tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan kesehatan nasional, sementara 28,3% tidak memiliki kepala perawat pemerintah (ICN, 2021). Hal ini merupakan penemuan yang mengkhawatirkan karena perawat merupakan kelompok terbesar tenaga kesehatan tapi tidak mempunyai suara dalam pengambilan keputusan di masyarakat (Bouchrika, 2024). Hal ini bisa menjadi penghambat keberhasilan transformasi kesehatan di Indonesia.

Transformasi kesehatan Indonesia merupakan sebuah inisiasi yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan untuk melakukan kegiatan transformasi kesehatan yang mencakup 6 pilar transformasi diantaranya transformasi Layanan Primer. Transformasi Layanan Primer merupakan pilar pertama dalam transformasi kesehatan Indonesia (Kemenkes RI, 2024). Transformasi ini dalam penerapannya memiliki fokus memperkuat kegiatan promotif preventif untuk menciptakan lebih banyak orang sehat, memperbaiki skrining kesehatan serta meningkatkan kapasitas layanan primer.

Perawat dapat menjalankan praktik di fasilitas pelayanan kesehatan primer sesuai dengan kewenangan yang telah ditetapkan. Perawat yang bekerja di pelayanan primer seperti puskesmas, klinik atau fasyankes lainnya disebut perawat komunitas (Kemenkes RI, 2017). Perawat komunitas yang bekerja di puskesmas menangani kebutuhan masyarakat melalui program kesehatan.

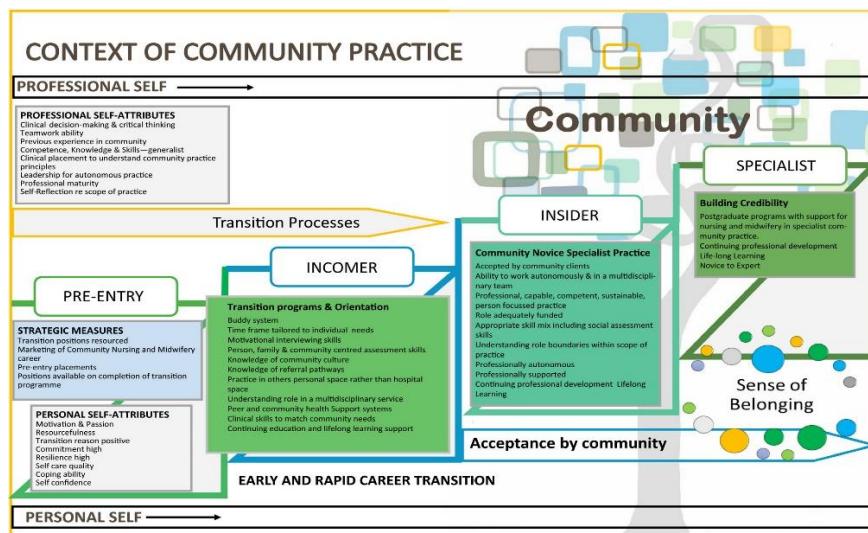
Perawat komunitas adalah profesional perawat kesehatan yang berfokus pada pelayanan kesehatan masyarakat di luar lingkungan rumah sakit. Mereka bekerja di komunitas masyarakat untuk meningkatkan kesehatan.

Melakukan pengkajian kesehatan di tingkat komunitas untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan masyarakat. Terlibat dalam program-program pencegahan penyakit dan promosi kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang praktik kesehatan yang baik. Bekerja sama dengan tokoh masyarakat, tokoh agama, lembaga swadaya masyarakat, lembaga pemerintah, dan tenaga kesehatan lain untuk merancang dan melaksanakan program kesehatan.



Gambar 6.1.

Model awal jalur transisi menuju perawat komunitas, *A Delphi Policy Study*
(Chamberlain et al., 2020)



Gambar 6.2.

Model akhir jalur transisi menuju perawat komunitas, (Chamberlain et al., 2020)

Gambar 1 dan 2 menggambarkan proses transisi menuju keperawatan

komunitas dalam konteks praktik yang berbeda (*TRANSPEC*) (Chamberlain et al., 2020). *Transpec* adalah model teoritis yang dikembangkan tentang karier awal dan transisi cepat ke praktik spesialisasi. *TRANSPEC* mencakup konsep utama "diri", "profesional dan pribadi", "proses transisi", "formal dan informal", "rasa memiliki" dan "konteks praktik". Kotak berisi definisi konsep-konsep ini, dan Gambar 1 menyajikan model awal. Seperti yang dapat dilihat pada Gambar 1 , dalam konsep-konsep ini ada tiga area transisi: *Pre Entry*, *Incomer* dan *Insider*. Area transisi ini menggabungkan *enabler* dan *inhibitor*.

Perawat merupakan tenaga kesehatan (UU No 17, 2023) profesional harus mampu memberikan perawatan yang tepat dalam situasi yang berkembang saat ini. Tenaga keperawatan komunitas yang kompeten diwujudkan dengan mempersiapkan lulusan perawat baru dan perawat yang sudah berpengalaman dan mahir untuk beralih dari area klinis di perawatan akut ke praktik komunitas. Sebelum terjun ke masyarakat menjalankan praktik keperawatan komunitas, perawat perlu dibekali dengan kompetensi dengan mengikuti pendidikan dan pelatihan. Perawat memiliki banyak peran, sering kali mengemban tanggung jawab sebagai koordinator perawatan, pemberi asuhan utama, dan pendidik. Setiap peran membutuhkan keterampilan dan kompetensi inti yang terpadu untuk memberikan perawatan pasien yang berkualitas. Keterampilan ini secara umum dapat dibagi menjadi dua kategori: keterampilan teknis (kompetensi teknis dan klinis) dan keterampilan lunak (kepemimpinan, komunikasi, dll.). Pelatihan keterampilan teknis (*hard skill*) yang perlu dikuasai oleh perawat diantaranya:

B. Pelatihan Perawatan Gerontik

Lanjut usia (Lansia) adalah seseorang yang telah berusia 60 tahun. Lansia di Indonesia memiliki riwayat menderita penyakit kronis, yang sangat mengganggu kemampuan mereka untuk mengurus diri sendiri. Menurut survei Perhimpunan Gerontologi Medik Indonesia (PERGEMI), sebanyak 24,6% penduduk lanjut usia (lansia) di Indonesia memiliki riwayat penyakit kronis. Kelompok lansia dengan riwayat tersebut, mayoritasnya atau 37,8% memiliki penyakit hipertensi. Kemudian 22,9% memiliki penyakit diabetes, 11,9% penyakit rematik, dan 11,4% penyakit jantung (PERGEMI, 2022). Penyakit kronis pada lansia mempunyai ciri-ciri timbulnya tersembunyi, perjalanan penyakit yang lama, biaya tinggi, dan sulit untuk disembuhkan. Penyakit-penyakit tersebut tidak hanya merusak kualitas hidup lansia tetapi juga sangat meningkatkan beban perawatan, serta menurunkan kemampuan lansia untuk berpartisipasi dalam masyarakat (Jiang & Liu, 2023).

Upaya kesehatan lanjut usia ditujukan untuk menjaga agar lansia tetap hidup sehat, berkualitas, dan produktif sesuai dengan martabat kemanusiaan. Upaya kesehatan lanjut usia meliputi fasilitasi agar lanjut usia mampu menjaga kebersihan diri, mengonsumsi gizi seimbang, melakukan aktivitas fisik, memiliki kehidupan sosial, memiliki kesempatan berkarya, serta memiliki lingkungan yang ramah bagi lanjut usia.

Penyiapan perawat melalui pendidikan dan pelatihan untuk bisa memahami dan mampu memberikan perawatan terhadap masalah kesehatan yang lazim terjadi pada lansia menjadi suatu kebutuhan. Ini merupakan tanggung jawab institusi penghasil lulusan dan institusi penyedia layanan untuk meningkatkan kompetensi perawatnya dalam pelayanan dan asuhan keperawatan gerontik. Mengingat beban tugas yang harus dilaksanakan dan perlunya perawat yang kompeten dalam keperawatan gerontik. Keperawatan gerontik melengkapi kebutuhan dasar manusia akan oksigenasi, sirkulasi, cairan nutrisi dan eliminasi pada lanjut usia. Bertambahnya usia akan mengakibatkan terjadinya perubahan pada sistem oksigenasi, sirkulasi, cairan nutrisi, eliminasi, mobilisasi, kebersihan diri dan integritas kulit, istirahat dan tidur, keamanan dan kenyamanan, konsep diri, stress dan coping, komunikasi, nilai dan keyakinan, thermoregulasi, seksualitas dan reproduksi pada lansia. Lanjut usia memerlukan proses adaptasi terhadap perubahan yang terjadi.

C. Pelatihan Kesehatan dan Keselamatan Kerja (Hiperkes)

Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Pasal 98 menyatakan pemerintah, pemberi kerja, dan pengelola tempat kerja bertanggung jawab melaksanakan sistem keselamatan dan kesehatan kerja. Hiperkes adalah lapangan ilmu kesehatan dan keselamatan kerja yang mengurus problematik kesehatan dan keselamatan pekerja secara menyeluruh. Ini mencakup identifikasi, pencegahan, pengendalian, dan pemantauan berbagai risiko yang dapat memengaruhi kesejahteraan dan integritas fisik pekerja di berbagai jenis lingkungan kerja. *International Council of Nurses* (ICN), menyerukan perawat untuk berpartisipasi dalam pendidikan dan pelatihan tentang pencegahan dan pengelolaan bahaya akibat pekerjaan (ICN, 2009).

Hiperkes berfokus pada implementasi kebijakan, peraturan, dan penerapan praktik berbasis bukti yang bertujuan untuk mengidentifikasi bahaya, menciptakan lingkungan kerja yang aman dan sehat, perlindungan

karyawan, mengendalikan potensi bahaya dan mampu menyelesaikan berbagai problema kesehatan dan keselamatan yang dihadapi dilingkungan perusahaan. Selain itu, Hiperkes juga mencakup edukasi, pelatihan, dan advokasi untuk memastikan pemahaman dan kesadaran pekerja tentang hak dan kewajiban mereka dalam menjaga kesehatan dan keselamatan di tempat kerja.

D. Perawatan Luka dan Penatalaksanaan Penyakit Kronis

Perawatan luka merupakan bagian penting dari tugas perawat. Perawat dituntut untuk mempunyai pengetahuan dan keterampilan dalam menangani luka yang dimulai dari pengkajian yang komprehensif, perencanaan intervensi yang tepat, implementasi perawatan, evaluasi selama perawatan serta dokumentasi yang sistematis.

Perawat sering kali berada di garis depan dalam menangani kondisi kronis dan memberikan perawatan khusus, termasuk perawatan luka dari ulkus kaki diabetik hingga cedera akibat tekanan di komunitas. Perawat harus memiliki keahlian untuk menilai, mengobati, dan memantau berbagai macam luka, mendorong penyembuhan optimal dan mencegah komplikasi. Perawat juga berperan penting dalam mendukung individu dengan penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan gagal jantung, menawarkan pemantauan, edukasi, dan dukungan berkelanjutan untuk membantu pasien mengelola kondisi mereka secara efektif.

Ada dua kompetensi utama bagi perawat dalam memberikan perawatan pada pasien dengan luka yaitu: (1) pengetahuan dan keterampilan mengenai penyebab dan perawatan luka, dan (2) pengkajian dan manajemen luka. Selain itu, perawat juga perlu memperhatikan aspek-aspek seperti otonomi dan privasi; perawatan holistik; profesionalisme dan kemampuan ekonomi terkait dengan perawatan luka (Viljamaa *et al*, 2022).

Perawat diharapkan mampu menerapkan pelatihan kesehatan untuk perawatan mandiri, termasuk mencegah dan menangani penyakit kronis dan memulihkan situasi seperti kebutuhan pasca bedah. Perawat komunitas harus terampil dalam mempromosikan kesehatan, mendidik masyarakat dalam perawatan diri dan memperluas cakupan praktik keperawatan di komunitas (Barr & Tsai, 2021).

E. Pelatihan Basic Trauma Cardiac Life Support (BTCLS)

Pelatihan BTCLS merupakan kompetensi dasar bagi seorang perawat komunitas. Pelatihan ini akan membekali perawat dengan kemampuan dalam menangani masalah kegawatdaruratan akibat trauma dan gangguan kardiovaskuler. Penanganan masalah tersebut bertujuan untuk memberikan bantuan hidup dasar sehingga dapat menyelamatkan nyawa dan meminimalisir kerusakan organ serta kecacatan penderita.

BTCLS bertujuan untuk memberikan pertolongan pada korban bencana atau gawat darurat guna mencegah kematian atau kerusakan organ sehingga produktivitasnya dapat dipertahankan setara sebelum terjadinya bencana atau peristiwa gawat darurat yang terjadi. Seperti Kecelakaan atau bencana alam dapat terjadi dimana saja dan kapan saja, seperti halnya kecelakaan lalu lintas, kecelakaan rumah tangga, kecelakaan kerja, dan sebagainya. Perawat sebagai lini terdepan dalam pelayanan gawat darurat harus mampu menangani masalah yang diakibatkan kecelakaan dengan cepat dan tepat, dengan pendekatan asuhan keperawatan yang mencakup aspek bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual. Oleh karena itu perawat dituntut untuk memiliki kompetensi dalam menangani masalah kegawatdaruratan akibat trauma dan gangguan kardiovaskuler. Salah satu upaya dalam peningkatan kompetensi tersebut dilakukan melalui pelatihan.

Pengetahuan dan keterampilan yang berhubungan dengan BTCLS adalah salah satu prasyarat yang harus dimiliki oleh seorang perawat, baik yang bekerja di pelayanan kesehatan dalam maupun luar negeri. Dengan diberlakukannya Masyarakat Ekonomi Asian (MEA) mulai tahun 2015, BTCLS menjadi syarat mutlak bagi setiap pekerja kesehatan khususnya perawat di berbagai rumah sakit, puskesmas dan perusahaan. Menyertakan sertifikat BTCLS sebagai bukti telah mengikuti pelatihan dan memiliki pengetahuan dan skill dalam bidang tersebut sangat menentukan dalam menentukan penerimaan tenaga kerjanya.

Dunia kerja kesehatan menuntut perawat memiliki kompetensi BTCLS sebagai prasyarat memasuki dunia kerja baik di rumah sakit, puskesmas atau perusahaan. Sebagai gambaran, meningkatnya kecelakaan lalu lintas dan bencana alam saat ini. Dari peristiwa gawat darurat tersebut tidak semua korban meninggal di tempat, tetapi justru yang terbanyak meninggal dalam perjalanan menuju rumah sakit atau puskesmas (prehospital). Pada tahun 1994, Hussain dan Redmond mengungkapkan bahwa hingga 39% kematian

pra rumah sakit akibat cedera kecelakaan mungkin dapat dicegah jika pertolongan dasar pertama diberikan (Oliver, Walter, & Redmond, 2017).

Perawat yang akan terjun ke komunitas perlu dibekali keterampilan BTCLS ini secara baik. Pengetahuan dan keterampilan BTCLS ini dapat meminimalkan terjadinya kematian akibat kecelakaan atau bencana alam yang terjadi di masyarakat. Alasannya, pertama frekuensi kejadian kecelakaan lalu lintas dan bencana alam yang membutuhkan pertolongan pertama sebelum ke rumah sakit meningkat. Kedua, menurut penelitian, kasus gawat darurat di lapangan selama ini tidak selamanya orang meninggal di tempat, tetapi lebih banyak dalam perjalanan ke rumah sakit karena keterlambatan memberikan pertolongan pertama. Ketiga, kurangnya tenaga kesehatan yang terampil dalam menangani pasien gawat darurat.

F. Pengelolaan Penyakit Kronis

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Tahun 2018 memperlihatkan prevalensi penyakit tidak menular mengalami kenaikan jika dibandingkan dengan Riskesdas 2013, antara lain kanker, stroke, penyakit ginjal kronis, diabetes mellitus, dan hipertensi. Mengingat prevalensi dan dampak dari kondisi ini, peran perawat dalam membantu mencegah dan mengelola penyakit kronis menjadi sangat penting.

Perawat dapat membantu pasien mencegah dan mengelola penyakit kronis dengan memberi pemahaman yang lebih komprehensif tentang kondisi pasien dan alat yang dapat mereka gunakan untuk mengendalikan kesehatan mereka sendiri. Ini dapat berupa informasi tentang pilihan gaya hidup sehat seperti nutrisi dan olahraga atau saran tentang pengelolaan rejimen resep dan pemantauan gejala.

Selain memberikan edukasi, perawat dapat membantu pasien mengintegrasikan manajemen penyakit kronis ke dalam kehidupan sehari-hari mereka. Bantuan ini dapat mencakup koordinasi perawatan di antara penyedia layanan kesehatan, memastikan bahwa pasien menerima perawatan medis dan perawatan lanjutan yang diperlukan, dan membantu mereka menavigasi sistem layanan kesehatan.

Perawat juga dapat membantu pasien mengatasi dampak emosional dan psikologis dari penyakit kronis yang dideritanya. Perawat dapat menawarkan bantuan dan konseling kepada pasien untuk membantu mereka mengatasi keterbatasan fisik dan masalah kesehatan mental yang sering

menyertai penyakit kronis, dan merujuk mereka ke pakar kesehatan mental.

Perawat di komunitas dapat membantu pasien mencegah atau mengelola penyakit kronis. Mereka dapat membantu pasien terhindar dari penyakit kronis dengan mendeteksi dan mengendalikan faktor risiko seperti tekanan darah tinggi, kolesterol tinggi, dan obesitas. Perawat juga dapat memastikan pasien menerima pemeriksaan kesehatan rutin untuk menemukan penyakit kronis sejak dini, saat penyakit tersebut lebih dapat diobati.

G. Kompetensi Budaya Perawat Komunitas

Indonesia adalah negara multikultural dengan berbagai latar belakang budaya. Penting bagi perawat untuk memahami latar belakang budaya dan kearifan lokal klien di masyarakat. Perawat komunitas harus memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam memahami dan menangani budaya klien saat merawat di komunitas (Kouta, et al, 2016). Kompetensi budaya merupakan keterampilan penting untuk memberikan perawatan keperawatan yang berkualitas bagi kelompok yang beragam budayanya.

Menghadapi perkembangan zaman, perawat harus memiliki pengetahuan tentang pengaruh budaya dalam proses perawatan ketika berhadapan dengan klien. Pemahaman konsep budaya harus diintegrasikan dalam semua aspek perawatan keperawatan dan ada beberapa definisi budaya yang perlu dipertimbangkan.

Kata "budaya" mengacu pada pola perilaku manusia yang terpadu, termasuk norma, tradisi, dan nilai yang memengaruhi pemikiran dan perilaku anggota kelompok tertentu. Budaya juga didefinisikan secara umum sebagai studi tentang hubungan antara elemen-elemen dalam keseluruhan cara hidup, tidak hanya praktik atau deskripsi sederhana tentang moral dan cara berpikir dalam masyarakat. Multikulturalisme dalam perawatan kesehatan mengacu pada perbedaan yang disebabkan oleh latar belakang budaya, nasional, dan etnis pasien serta realitas sosial yang berbeda yang dialami oleh pasien. Asumsi yang mendasari ini adalah bahwa setiap individu memiliki keunikan budaya dan penting untuk mengakui bahwa ada banyak keragaman dalam kelompok budaya seperti halnya di antara mereka.

Kompetensi budaya perawat menggambarkan kemampuan perawat untuk berinteraksi secara efektif dengan klien yang berasal dari budaya yang berbeda. Perawat komunitas harus mampu memahami dan menghargai latar

belakang budaya yang berbeda agar dapat menjalankan tugasnya secara efektif dan dengan tingkat kepedulian tertinggi. Kompetensi budaya adalah kemauan untuk memahami dan berinteraksi dengan orang-orang yang berbeda budaya, ras, etnis, gender, dan seksualitas.

Pendekatan ini memungkinkan perawat komunitas berhasil merawat pasien bahkan ketika keyakinan, praktik, dan nilai klien bertentangan dengan pedoman medis dan keperawatan konvensional. Perawat dapat mengembangkan kemampuan untuk menyesuaikan dan menjelaskan rencana perawatan sesuai dengan kebutuhan pasien, yang mungkin dipengaruhi oleh praktik budaya yang tidak termasuk dalam parameter pengobatan konvensional.

Memanfaatkan pendekatan kompetensi budaya dengan tepat akan memungkinkan terjalinnya hubungan yang lebih dalam dengan klien. Perawat akan memperoleh kepercayaan klien dengan bersikap empati terhadap perbedaan dan kebutuhan unik mereka.

H. Pengembangan Keterampilan Kepemimpinan

Kepemimpinan dalam konteks keperawatan dapat berarti dua hal. Pertama adalah kemauan untuk mengambil peran kepemimpinan. Perawat disarankan memiliki rencana pengembangan karier ke depan. Dalam persaingan yang ketat saat ini antara rumah sakit dan penyedia perawatan kesehatan lainnya, manajer atau pemimpin tim dibutuhkan untuk memimpin tenaga kerja. Versi kedua dari kepemimpinan adalah mengambil alih kendali dan bertindak tanpa diminta. Perawat yang dapat bertindak cepat dan memikirkan solusi tanpa bergantung pada pemimpin mereka adalah keterampilan yang berharga.

Kepemimpinan bisa didapatkan melalui pendidikan dan pelatihan atau dengan pengalaman berada di lapangan selama beberapa tahun. Kepemimpinan bisa juga menjadi sifat alami yang dimiliki oleh seorang perawat.

I. Peningkatan Peran dan Tanggung Jawab Perawat Komunitas

Perawat komunitas dapat berpraktik di berbagai lingkungan non-rumah sakit. Ciri-ciri perawat komunitas yaitu mudah beradaptasi dan bersedia memberikan perawatan di luar rumah sakit dengan kunjungan rumah. Perawat komunitas dapat memberikan perawatan kesehatan bagi individu dan masyarakat di daerah dengan

keterbatasan dan kurang terlayani. Peningkatan kemandirian adalah kunci utama keperawatan kesehatan komunitas. Untuk menjadi perawat kesehatan komunitas dimulai dengan latar belakang yang kuat di bidang kesehatan lingkungan, kesehatan masyarakat dan epidemiologi (Morris, 2023).

1. Pengkajian dan Perencanaan Perawatan Pasien

Inti dari praktik keperawatan komunitas terletak pada seni pengkajian pasien dan perencanaan perawatan. Perawat komunitas mahir dalam melakukan penilaian komprehensif, dengan mempertimbangkan tidak hanya status kesehatan fisik pasiennya tetapi juga keadaan sosial, emosional, dan lingkungan mereka. Melalui pengamatan yang cermat dan mendengarkan secara aktif, perawat mengidentifikasi kebutuhan individu dan merumuskan rencana perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan yang dapat mengatasi permasalahan jangka pendek dan tujuan kesehatan jangka panjang.

2. Promosi dan Pendidikan Kesehatan

Landasan peran perawat komunitas adalah bagaimana memberdayakan individu dan komunitas untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka. Melalui inisiatif promosi kesehatan dan intervensi pendidikan kesehatan, Perawat Komunitas memberikan pengetahuan berharga tentang topik-topik seperti pencegahan penyakit, pilihan gaya hidup sehat, dan manajemen pengobatan. Melalui berbagai cara edukasi seperti konseling atau lokakarya kelompok, perawat membekali pasien dengan informasi yang dibutuhkan untuk mengambil keputusan dan menerapkan perilaku yang lebih sehat.

3. Perawatan Luka dan Penatalaksanaan Penyakit Kronis

Perawat komunitas sering kali berada di garis depan dalam menangani kondisi kronis dan memberikan perawatan khusus, termasuk perawatan luka. Dari ulkus kaki diabetik hingga cedera akibat tekanan. Perawat memiliki keahlian untuk menilai, mengobati, dan memantau berbagai macam luka, mendorong penyembuhan optimal dan mencegah komplikasi. Perawat juga berperan penting dalam mendukung individu dengan penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan gagal jantung, menawarkan pemantauan, edukasi, dan dukungan berkelanjutan untuk membantu pasien mengelola kondisi mereka secara efektif.

4. Manajemen dan Administrasi Pengobatan

Memastikan penggunaan obat yang aman dan tepat merupakan tanggung jawab perawat komunitas. Mulai dari memberikan suntikan hingga mengawasi regimen pengobatan yang kompleks, perawat memainkan peran penting dalam manajemen pengobatan, meningkatkan kepatuhan dan meminimalkan risiko efek samping. Perawat komunitas juga berkolaborasi erat dengan penyedia layanan kesehatan untuk mengoptimalkan rencana pengobatan, mengatasi masalah terkait pengobatan, dan memfasilitasi akses ke obat resep dan sumber daya.

5. Advokasi dan Koordinasi Perawatan

Perawat komunitas berperan sebagai pembela bagi pasiennya, memperjuangkan hak-hak pasien dan memastikan pasien menerima akses yang adil terhadap layanan kesehatan. Perawat berkolaborasi dengan tim multidisiplin, organisasi kemasyarakatan, dan lembaga layanan sosial untuk mengoordinasikan perawatan. Perawat menjalin kemitraan yang kuat dan mengadvokasi untuk meningkatkan kesehatan di masyarakat.

Peran dan tanggung jawab perawat komunitas ini apabila dilaksanakan dengan optimal maka akan mendukung tercapainya transformasi layanan primer. Pun sebaliknya, pemerintah juga akan membutuhkan peran aktif lebih dari perawat walaupun kenyataan di lapangan masih belum sesuai harapan.

J. Peran dan Tanggung Jawab Perawat Komunitas dalam Transformasi Layanan Primer

Transformasi layanan kesehatan primer dalam penerapannya memiliki fokus memperkuat kegiatan promotif preventif dengan kegiatan edukasi penduduk. Sedangkan landasan peran perawat komunitas adalah memberdayakan individu dan komunitas untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka melalui promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan. Perawat Komunitas memberikan pengetahuan berharga tentang topik-topik seperti pencegahan penyakit, pilihan gaya hidup sehat, dan manajemen pengobatan. Perawat membekali pasien dengan informasi yang dibutuhkan untuk mengambil keputusan dan menerapkan perilaku yang lebih sehat. Perawat komunitas memegang peran penting dalam membantu masyarakat mencapai tingkat kesehatan yang lebih baik, dengan fokus pada pencegahan, edukasi, dan pelayanan kesehatan masyarakat yang holistik dengan

memperhatikan kearifan lokal setempat.

Perawat Komunitas juga melaksanakan manajemen kasus kesehatan untuk memastikan bahwa individu dengan kondisi kronis atau kompleks mendapatkan perawatan yang diperlukan. Memberikan pelatihan kepada perawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam komunitas.

K. Jenjang Karir Perawat Komunitas

Penelitian Kallio *et al.*, (2022) di Finlandia mengungkap hanya sedikit mahasiswa keperawatan yang menyadari praktik keperawatan komunitas sebagai pilihan karir. Perawat biasanya memilih bekerja di rumah sakit daripada di komunitas karena lebih mudah mendemonstrasikan aktivitas keperawatan dibandingkan di komunitas. Persepsi praktik keperawatan umum berkisar pada pembalutan dan suntikan daripada pendidikan kesehatan, penanganan kondisi sakit jangka panjang, atau bekerja sebagai praktisi perawat tingkat lanjut. Oleh karena itu, potensi untuk mengembangkan karir yang benar-benar memuaskan dalam praktik perawat komunitas jarang diketahui. Program universitas biasanya berfokus pada keperawatan di rumah sakit daripada mengakui dan mempromosikan nilai karir di bidang keperawatan komunitas (Kallio et al., 2022).

Persepsi umum ini harus dirubah, harus ada upaya untuk mempromosikan praktik keperawatan komunitas dan meluruskan beberapa kesalahpahaman tentang perawat komunitas sehingga kemungkinan seseorang akan memilih praktik perawat komunitas sebagai karier tujuan pertama.

Penelitian Ispos Mori (2016) memberikan analisis yang jelas mengapa perawat lebih tertarik berkarir di rumah sakit. Secara historis, perawat tertarik pada praktik klinis karena jam kerja yang lebih baik. Perawat rumah sakit yang berpengalaman mungkin memiliki keterampilan khusus yang relevan, namun masih kekurangan keterampilan generalis yang diperlukan untuk membekali mereka dalam peran perawat komunitas. Peran perawat komunitas mempunyai peran yang lebih besar dalam memberikan layanan kesehatan dan sosial, mereka menghadapi banyak perubahan dan tantangan. Proporsi perawat komunitas semakin menua dengan proporsi yang semakin meningkat mendekati masa pensiun dan hanya sedikit yang akan menggantikan mereka.

Isu jenjang karir bagi perawat komunitas mencuat seiring dengan isu peningkatan mutu dan karir perawat terutama yang bekerja di rumah sakit. Implementasi jenjang karir perawat komunitas di lingkungan Dinas Kesehatan melibatkan beberapa unsur terkait yaitu Kepala Dinas Kesehatan, Kepala

Puskesmas dan komite keperawatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. (Kemenkes RI, 2017).

Kompetensi perawat komunitas di pelayanan primer saat ini difokuskan pada kompetensi perawat komunitas secara umum. Kedepan harus dikembangkan kompetensi perawat klinis di pelayanan primer menjadi lima sub bidang yang terdiri dari kompetensi perawat komunitas, perawat keluarga, perawat gerontik, perawat kesehatan kerja dan perawat kesehatan sekolah (Kemenkes RI, 2017).

Komite keperawatan komunitas merupakan organ non struktural yang bertanggungjawab dalam mengawal profesionalisme keperawatan. Komite keperawatan komunitas adalah unit/bidang yang bertanggung jawab terhadap profesionalisme perawat sehingga dapat melaksanakan tugas sesuai dengan jenjang kewenangannya. Komite keperawatan komunitas mempunyai 3 subkomite yaitu subkomite kredensial, sub komite mutu, dan sub komite etik dan disiplin (Kemenkes RI, 2017). Saat ini, mungkin saja ada dinas kesehatan kabupaten/kota yang belum membentuk komite keperawatan komunitas. Hal ini menjadi penghambat dalam meningkatkan profesionalisme perawat komunitas.

L. Simpulan

Transformasi Layanan Primer memiliki fokus memperkuat kegiatan promotif preventif untuk menciptakan lebih banyak orang sehat, memperbaiki skrining kesehatan serta meningkatkan kapasitas layanan primer. Peran dan tanggung jawab perawat komunitas sejalan dengan tujuan yang ingin dicapai dari transformasi layanan primer. Peran perawat komunitas kedepan sangat dibutuhkan mengingat tren yang ada di masyarakat termasuk kesehatan lansia dan penyakit kronis. Perawat komunitas harus bisa beradaptasi di tengah tantangan globalisasi dan era digital saat ini sehingga perlu penguasaan yang kuat di bidang kesehatan masyarakat, epidemiologi, dan kesehatan lingkungan.

Mengingat pentingnya peran perawat komunitas dalam mengawal transformasi layanan kesehatan primer, maka perlu kiranya ditindaklanjuti dengan langkah-langkah mengikuti pelatihan untuk perawat komunitas sebagai bekal sebelum terjun langsung kepada masyarakat di daerah tempat tugas. Perawat perlu meningkatkan keterampilan dengan mengikuti pelatihan dan pengembangan kompetensi. Perawat harus terlibat dalam

intervensi kesehatan digital berbasis teknologi informasi supaya bisa memberikan layanan yang aman dan berkualitas.

M. Referensi

- Aston, J. (2018). The future of nursing in primary care. *Granta Medical Practices, London Road, Sawston, Cambridge CB22 3HU, UK*, 68(672), 312–313. <https://doi.org/10.3399/bjgp18X697577>
- Barr, J. A., & Tsai, L. P. (2021). Health coaching provided by registered nurses described: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Nursing*, 20(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00594-3>
- Bouchrika, I. (2024). Karir Perawat Komunitas Iman: Panduan Jalur Karir, Pilihan & Gaji 2024. <Https://Research.Com/Careers/Faith-Community-Nurse-Careers>.
- Chamberlain, D., Harvey, C., Hegney, D., Tsai, L., Mclellan, S., Sobolewska, A., ... Wake, T. (2020). Facilitating an early career transition pathway to community nursing: A Delphi Policy Study. *Nursing Open*, 7(1), 100–126. <https://doi.org/10.1002/nop2.355>
- ICN. (2009). Occupational health and safety for nurses. *International Council of Nurses*, 35(5), 176. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2010.tb00044.x>
- Jiang, H., & Liu, Z. (2023). Community home elderly care services, multidimensional health and social participation of chronically ill elderly—Empirical analysis based on propensity score matching and multiple mediation analysis. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1121909>
- Kallio, H., Kangasniemi, M., & Hult, M. (2022). Registered nurses' perceptions of their career—An interview study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 3378–3385. <https://doi.org/10.1111/jonm.13796>
- Kemenkes RI. (2017). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 40 TAHUN 2017 TENTANG PENGEMBANGAN JENJANG KARIR PROFESIONAL PERAWAT KLINIS. *Kemenkes RI*, 4(1), 9–15.
- Kemenkes RI. (2024). Transformasi Layanan Primer.
- Kielo-Viljamaa, E., Suhonen, R., Jalonens, L., & Stolt, M. (2022). Areas of nursing competence in acute wound care: A focus group study. *Collegian*, 29(1), 44–53. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.04.003>

- Kouta, C., Vasiliou, M., & V, R. (2016). Improving the Cultural Competence Level of Community Nurses through an Intervention. *Journal of Family Medicine*, 3(9), 1–6.
- Lamb, R. (2024). 5 Key Responsibilities of Community Nurses.
- Morris, G. (2023). Ask a Nurse: Why Become a Community Health Nurse?
- Oliver, G. J., Walter, D. P., & Redmond, A. D. (2017). Are prehospital deaths from trauma and accidental injury preventable? A direct historical comparison to assess what has changed in two decades. *Injury*, 48(5), 978–984. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.01.039](https://doi.org/10.1016/j.injury.2017.01.039)
- PERGEMI. (2022). *Survey Kondisi Kesehatan dan Kesejahteraan Lansia di Indonesia*. 1–9. Retrieved from <https://www.pergemi.id/info/5/survei-kondisi-kesehatan-dan-kesejahteraan-lansia-di-indonesia>
- Taylor, F. R. (2011). The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health. In *Headache* (Vol. 51). <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.2011.01942.x>
- UU No 17. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *Undang-Undang*, (187315), 1–300.
- WHO. (2015). *WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report*. World Health Organization.
- WHO. (2024). Health Workforce. <Https://Www.Who.Int/Data/Gho/Data/Themes/Health-Workforce>.

BAB VII

KESIAPSIAGAAN (PERSIAPAN DAN TANGGAP) BENCANA DI KOMUNITAS DAN PERAN PERAWAT

Enik Suhariyanti, S. Kep. Ners., M. Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Bencana menjadi perhatian khusus, baik di mata dunia pada umumnya maupun di Indonesia pada khususnya. Dari sepuluh tahun terakhir data Desinventar Indonesia melaporkan bahwa terjadi peningkatan bencana di Indonesia yakni 23.953 kejadian bencana paling banyak terjadi pada tahun 2019 yaitu sebanyak 3.885 kejadian bencana dan bencana paling sedikit terjadi pada tahun 2013 dengan 1.784 kejadian bencana, dengan rata-rata kejadian bencana setiap tahunnya adalah sebanyak 2.393,3 kejadian bencana. Diawal tahun 2020, Indonesia mengalami berbagai bencana alam di berbagai wilayah. Hal tersebut mengakibatkan dampak kerusakan yang dirasakan diberbagai sektor bidang, seperti bidang ekonomi, sosial, dan lingkungan. BNPB mencatat sepanjang tahun 2010 sampai dengan tahun 2020 dalam rekaman Database Pengelolaan Data dan Informasi Bencana Indonesia (DIBI) sebanyak 24.969 kejadian dengan jumlah korban jiwa sebanyak 5.060.778 jiwa dan rumah terdampak sebanyak 4.400.809 rumah serta fasilitas umum rusak sebanyak 19.169 fasilitas yang tersebar di seluruh wilayah Indonesia (BNPB, 2021).

Bencana alam dianggap oleh masyarakat adalah sebagai kejadian yang terjadi begitu saja dan di luar kemampuannya sehingga masyarakat cenderung hanya menanti kejadian bencana menimpa mereka. Dari paradigma ini bencana adalah sifat alam yang tidak dapat diprediksi, tidak dapat mengelak dan tidak terkontrol (Azizah et al., 2021). Namun, seiring perkembangan pandangan yakni yang dulu berfokus pada tanggap darurat

dan pemulihan (responsif), saat ini lebih kepada preventif yaitu pengurangan risiko dan kesiapsiagaan (Yulianto et al., 2021).

Peristiwa bencana mengakibatkan kerugian yang sangat besar, baik kerugian materi hingga korban jiwa. Berkaitan dengan hal tersebut, penting sekali masyarakat merubah pola pikir pentingnya penanggulangan sebelum atau Pengurangan Risiko Bencana (PRB). Tujuan pokok PRB adalah mengurangi kerugian akibat bencana dengan meningkatkan kemampuan masyarakat dan mengurangi resiko serta meningkatkan ketahanan masyarakat melalui upaya kesiapsiagaan, tanggap darurat dan pemulihian (Aitsi-Selmi & Murray, 2015).

Penanggulangan bencana adalah bentuk kewajiban pemerintah dalam melindungi setiap warga sebagai wujud hak masyarakat mendapatkan keamanan hidup dalam sebuah negara (Yulianto et al., 2021). Pentingnya kesiapsiagaan terhadap bencana dengan memperhatikan bagaimana histori kejadian dimasa lalu sebagai antisipasi dalam penanggulangan bencana di Indonesia. Dalam perspektif yang lebih luas, bencana harus dapat dikelola dengan baik agar dampak yang ditimbulkan dapat ditekan hingga seminimal mungkin. Arah kebijakan umum penanggulangan bencana dalam RPJMN 2020–2024 adalah membangun lingkungan hidup, meningkatkan ketahanan bencana, dan perubahan iklim yang dilaksanakan melalui strategi : penguatan data, informasi, dan literasi bencana; penguatan sistem, regulasi dan tata kelola bencana; penguatan rencana pengurangan risiko bencana melalui rencana aksi secara nasional dan daerah yang diintegrasikan dengan rencana aksi adaptasi perubahan iklim; peningkatan sarana prasarana mitigasi dan penanggulangan bencana; integrasi kerja sama antar daerah terkait kebijakan dan penataan ruang berbasis risiko bencana dan implementasi penanggulangan bencana; penguatan penanganan darurat bencana; pelaksanaan rehabilitasi dan rekonstruksi di daerah terdampak bencana; serta penguatan sistem mitigasi multi ancaman bencana terpadu, terutama melalui penguatan sistem peringatan dini (INATEWS/Indonesia Tsunami Early Warning System dan MHEWS/Multi Hazard Early Warning System) (BNPB, 2021).

Tanggap bencana terhadap krisis kesehatan di Indonesia pada tingkat lokal dapat dilihat dari berbagai wilayah, diantaranya di daerah pesisir yang memiliki potensi ancaman tsunami yang dapat terjadi setiap saat, sehingga masyarakat yang tinggal di dalamnya dituntut memiliki kesiapsiagaan yang

baik. Intervensi program “Desa Tangguh Bencana” (Destana), tidak selalu menjamin kesiapsiagaan masyarakat selalu dalam kondisi baik. Pengkajian tingkat kesiapsiagaan masyarakat Destana tsunami, menggunakan empat parameter kesiapsiagaan masyarakat (pengetahuan risiko bencana, rencana tanggap darurat, sistem peringatan bencana, dan mobilisasi sumberdaya) mutlak dilakukan. Dari hasil penelitian Novian Andri Akhirianto, Sri Rum Giyarsih, & Djati Mardiatno (2023) menunjukkan tingkat kesiapsiagaan masyarakat Destana tsunami berada pada kategori hampir siap, dengan indeks kesiapsiagaan masyarakat. Adanya intervensi program Destana belum mampu menjadikan tingkat kesiapsiagaan masyarakat terhadap ancaman tsunami pada level siap ataupun sangat siap. Hal tersebut disebabkan karena keempat parameter kesiapsiagaan belum optimal, dimana mobilisasi sumberdaya menjadi parameter yang paling belum optimal. Dukungan dari berbagai pihak sangat dibutuhkan untuk meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat terhadap ancaman tsunami (Akhirianto et al., 2023).

B. Parameter Kesiapsiagaan Bencana

Terdapat empat parameter kesiapsiagaan yang harus dipersiapkan masyarakat :

1. Pengetahuan Risiko Bencana

Hal pertama yang harus dikaji adalah pengetahuan risiko bencana. Pengetahuan masyarakat Destana dapat dikatakan cukup baik dilihat dari aspek pengetahuan bencana adalah tentang faktor penyebab terjadinya bencana, dengan teridentifikasi beberapa masyarakat memiliki pendapat bahwa bencana merupakan kehendak Tuhan YME atau bukan karena faktor alam/ nonalam/manusia (Akhirianto et al., 2023). Menurut Pahleviannur (2019) upaya untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang kebencanaan harus diberikan sejak dini dan dilakukan melalui kegiatan sosialisasi yang mengedukasi, dengan tujuan mengurangi risiko bencana (Pahleviannur, 2019).

Belajar dari kejadian bencana tsunami yang pernah terjadi di Indonesia, telah memberikan pengetahuan kepada masyarakat. Ketidaktahuan masyarakat terbesar tentang penyebab terjadinya bencana tsunami adalah benda langit yang jatuh ke laut, dikarenakan belum pernah mendengar informasi mengenai hal tersebut (Akhirianto et al., 2023). Dari

Hall et al. (2017) program pendidikan bahaya tsunami berbasis masyarakat yang dilakukan berdasarkan pengamatan terhadap tandatanda peringatan alam dan evakuasi mandiri sangat penting untuk menyelamatkan jiwa. Pengetahuan masyarakat tentang tanda-tanda tsunami didapatkan karena adanya pengetahuan yang didasarkan pada pengalaman tsunami tahun sebelumnya (Hall et al., 2017). Menurut Tufekci-Enginar et al. (2021) masyarakat harus memiliki kesadaran yang memadai untuk mengenali tanda-tanda alam sebagai peringatan untuk memulai proses evakuasi (Tufekci-Enginar et al., 2021).

Informasi dari BMKG mutlak diperlukan dalam mendiseminasikan informasi kejadian gempabumi yang berpotensi tsunami, selalu disertai dengan estimasi waktu kedatangan gelombang tsunami dan daerahdaerah yang akan berpotensi terdampak. Masyarakat yang mengetahui perkiraan kedatangan gelombang tsunami akan memiliki kesiapsiagaan yang lebih baik, karena mengetahui estimasi waktu yang tersedia untuk evakuasi ke tempat yang aman. Menurut Param esti (2011) persepsi rawan tidaknya tempat tinggal terhadap bencana tsunami memiliki pengaruh penting terhadap sikap dan tindakan yang diambil oleh masyarakat dalam menghadapi risiko bencana (Akhirianto et al., 2023).

2. Rencana Tanggap Darurat

Rencana tanggap darurat adalah hal kedua yang perlu dikaji dalam tanggap bencana. Hal ini tergantung kesepakatan keluarga mengambil keputusan dari kondisi darurat untuk evakuasi dan kesepakatan tempat evakuasi yang dituju. Hal yang mendorong (driving force) masyarakat mengambil keputusan evakuasi, berdasarkan pengalaman bencana sebelumnya adalah mengikuti apa yang dilakukan tetangga di sekitar rumahnya. Tempat evakuasi yang disepakati keluarga antara lain memilih di gedung bertingkat (shelter), bandar udara bila memungkinkan dekat, serta rumah saudara/ teman yang dianggap aman dari gelombang tsunami. Pertimbangan keluarga bahwa tinggal sementara di rumah saudara/ teman yang lokasinya jauh dari pantai akan lebih aman dan lebih cepat mendapatkan bantuan dibandingkan dengan tinggal di pengungsian. Terkait berbagai alternatif metode evakuasi, metode berjalan kaki/ berlari atau naik sepeda adalah masyarakat aau keluarga yang tempat tujuan evakuasinya gedung bertingkat (shelter) di sekitar tempat tinggalnya, sedangkan yang evakuasi menggunakan sepeda motor atau

mobil menuju rumah saudara/ teman atau ke bandar udara bila memungkinkan (Akhirianto et al., 2023)

Pemahaman tentang perilaku evakuasi (termasuk pilihan moda evakuasi) sangat penting untuk mengembangkan rencana evakuasi yang efisien dan efektif agar dapat meminimalisir dampak kerugian akibat bencana tsunami. Kesiapsiagaan masyarakat dalam penyiapan kebutuhan untuk kondisi darurat, seperti pakaian, makanan siap santap, obat-obatan, dokumen penting, alat komunikasi dan penerangan alternatif, serta nomor telepon penting masih banyak yang belum siap. Barang-barang yang sudah dipersiapkan oleh responden untuk kesiapsiagaan menghadapi kondisi darurat dikemas dalam satu wadah, yang dinamakan tas siaga bencana. Tas siaga bencana akan sangat bermanfaat untuk persiapan menghadapi kondisi darurat dan untuk memenuhi kebutuhan sementara ketika tinggal di tempat evakuasi. Menambah pengetahuan tentang tsunami merupakan hal penting, mengingat tempat tinggal masyarakat berada di wilayah rawan tsunami (Akhirianto et al., 2023). Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman pribadi, informasi atau penyuluhan yang diperoleh dan faktor lingkungan, baik fisik, biologis, maupun sosial (Ismunandar et al., 2021).

3. Sistem Peringatan Bencana

Sistem peringatan bencana adalah hal penting untuk diketahui masyarakat. Tanda/cara peringatan dini dari bencana dapat diidentifikasi menjadi dua, yaitu tradisional/ lokal dan nasional/ berbasis teknologi. Cara tradisional/ kesepakatan lokal yang ada/ berlaku merupakan bentuk kearifan lokal masyarakat terkait kesiapsiagaan dalam menghadapi ancaman bencana di wilayah tertentu. Sedangkan sistem peringatan dini tsunami nasional merupakan sistem peringatan yang resmi dikeluarkan oleh BMKG dan didiseminasi oleh BPBD Kabupaten setempat. Tanda peringatan dini pada suatu daerah yang akan terjadi bencana tsunami secara tradisional/ kesepakatan lokal berupa kentongan yang dipasang di pos keamanan lingkungan. Bila makin banyak masyarakat yang mengetahui dan paham tentang peringatan dini tsunami, semakin baik untuk meningkatkan kesiapsiagaan masyarakat terhadap ancaman bencana (Akhirianto et al., 2023). Kehadiran sistem peringatan dini tsunami sangat penting secara langsung untuk menyelamatkan nyawa manusia,

bahkan mengurangi dampak kerugian ekonomi (Tufekci-Enginar et al., 2021).

Sumber informasi peringatan dini bencana di masyarakat meliputi media elektronik, tokoh masyarakat, dan pemerintah daerah. Berdasarkan hasil penelitian, media elektronik paling banyak dipilih oleh responden sebagai sumber informasi peringatan dini yakni sebesar 95%. Hal tersebut disebabkan karena hampir setiap hari masyarakat mengakses media elektronik, seperti televisi, radio, atau handphone. Hasil penelitian BNPB et al. (2013) menyimpulkan bahwa penyebaran informasi kebencanaan dapat dilakukan dengan melihat kebiasaan masyarakat dalam mendapatkan sumber informasi. Dimana media yang paling banyak digunakan saat ini adalah televisi, karena hampir setiap rumah ada televisi sebagai sarana informasi dan hiburan. Respon masyarakat ketika mengetahui/ mendengar peringatan dini tsunami bermacam-macam. Banyaknya masyarakat yang menjauhi pantai ketika ada peringatan dini tsunami dapat menurunkan risiko adanya korban jiwa akibat tsunami (Akhirianto et al., 2023).

Kemampuan masyarakat merespon dapat menjadi tolok ukur dalam menentukan keberhasilan perencanaan evakuasi dan efektifitas sistem peringatan dini bencana. Upaya pemerintah untuk menciptakan masyarakat yang tangguh dalam menghadapi bencana dapat dilakukan dengan cara memberikan pelatihan dan simulasi langsung kepada masyarakat yang tinggal di daerah rawan bencana. Latihan evakuasi harus diselenggarakan secara teratur untuk mencegah orang lupa, mengabaikan risiko di masa depan, dan berdampak positif pada kesiapsiagaan (Dhellemmes et al., 2021).

4. Mobilisasi Sumberdaya

Mobilisasi sumberdaya dalam kesiapsiagaan bencana meliputi sumberdaya manusia, finansial, maupun modal sosial. Kurangnya keikutsertaan anggota keluarga dalam pelatihan dan simulasi evakuasi bencana akan berdampak kurang baik terhadap kesiapsiagaan masyarakat. Upaya pemerintah untuk menciptakan masyarakat yang tangguh dalam menghadapi bencana dapat dilakukan dengan cara memberikan pelatihan dan simulasi langsung kepada masyarakat yang tinggal di daerah rawan bencana. Latihan evakuasi harus diselenggarakan secara teratur untuk mencegah orang lupa, mengabaikan risiko di masa depan, dan berdampak positif pada kesiapsiagaan (Dhellemmes et al., 2021).

Masyarakat sebaiknya mempersiapkan aset/ investasi untuk mengantisipasi ancaman bencana. Berbagai cara yang digunakan dengan mempersiapkan tabungan, dapat menjadi pilihan terbaik dan banyak diminati masyarakat karena tabungan dapat memiliki fungsi ganda, yaitu sebagai alternatif mengamankan uang sekaligus persiapan jika sewaktu-waktu membutuhkan biaya. Berikutnya dengan mengikuti asuransi atau investasi tanah/ rumah di lokasi yang lebih aman, dapat juga dijadikan solusi untuk aset, walaupun belum menjadi prioritas masyarakat saat ini. Bantuan dari saudara/ teman/ kerabat ketika terjadi bencana sangat penting dipersiapkan. Pengalaman menangani bencana sebelumnya adalah bagaimana arti pentingnya masyarakat saling membantu satu sama lain dalam menghadapi bencana. Bantuan dari saudara/ teman/ kerabat dalam bentuk materi, maupun bantuan psikologis dengan saling mendukung dan menguatkan (Akhirianto et al., 2023). Modal sosial merupakan salah satu elemen yang berperan untuk membangun aksi kolektif diantara anggota komunitas agar dapat bertahan dalam situasi kritis (Pandjaitan, 2021).

C. Kesiapsiagaan Bencana dalam Keperawatan Komunitas

Peran perawat komunitas dalam merencanakan kesiapsiagaan gempa bumi mencakup, 1) Analisis ancaman di sekitar. 2) Identifikasi titik kumpul. 3) Nomor kontak penting. 4) Ketahui rute evakuasi. 5) Identifikasi lokasi untuk mematikan air, gas dan listrik. 6) Identifikasi titik aman di dalam bangunan atau rumah. 7) Identifikasi anggota keluarga yang rentan (anak-anak, lanjut usia, ibu hamil, dan penyandang disabilitas). Selain itu, terdapat sebuah strategi yang sangat berguna saat terjadi bencana yakni sudah menyiapkan Tas Siaga Bencana (TSB) (Arulmohi et al., 2017).

Strategi yang perlu diperhatikan sebagai langkah kesiapsiagaan bencana yakni menyiapkan nomor kontak penting, kontak keluarga inti dan kerabat serta mencari bantuan ke orang sekitar atau tetangga disaat bencana sebagai bentuk dukungan sosial pra-bencana yang berfungsi sebagai sumber daya kesiapsiagaan bencana gempa bumi. Masyarakat dalam membangun konstruksi rumah yaitu bangunan yang tahan terhadap guncangan gempa bumi dengan fondasi yang kuat, merenovasi bagian bangunan yang sudah rentan, serta memahami sistem peringatan dini setempat, mengetahui rute evakuasi dan menentukan rencana pengungsian serta diimbau agar

menyimak informasi dari berbagai media, seperti radio, televisi, media online, maupun sumber lain yang resmi (BNPB, 2020).

Pada pendidikan kesehatan, pelatihan dan simulasi bencana, pelatihan yang mungkin dapat diberikan kepada masyarakat diantaranya kesadaran bencana, kajian statistik dan risiko bencana, strategi kesiapsiagaan bencana, pencegahan, dan apa yang harus dilakukan saat terjadi bencana, komunikasi bencana dan triase serta pertolongan pertama saat bencana dan bantuan hidup dasar. Pelatihan bencana pada masyarakat menunjukkan potensi dalam mengurangi risiko bencana dan meningkatkan kemampuan pengelolaan pencegahan dan penanggulangan bencana. Tindak lanjut dari upaya pendidikan kesehatan, pelatihan dan simulasi bencana, maka ditatatan masyarakat perlu membentuk sebuah sistem organisasi ataupun dalam bentuk tim satuan tugas kesiapsiagaan bencana yang memiliki mitigasi plan dan recovery plan sebelum bencana terjadi. Beberapa hal yang perlu dikoordinasikan dan disiapkan oleh satuan tugas diantaranya mencakup penyiapan alat keselamatan standar, emergency kit, alat pemadam kebakaran, persediaan obat-obatan, jalur evakuasi darurat, penentuan lokasi pusat evakuasi dan pengungsian, lebih lanjut sampai dengan koordinasi dengan sektor-sektor terkait manajemen penanggulangan bencana (Arulmohi et al., 2017).

D. Peran Perawat Secara Umum pada Semua Tahapan Bencana (Kurniadi, 2021)

1. PraBencana (Pre-Event Stage)

Pada tahap pra-bencana, perawat dapat menerapkan peran:

- a. Memberikan pendidikan dan pelatihan tentang kesiapsiagaan (*preparedness*) kepada masyarakat yang bertujuan untuk menurunkan risiko bencana melalui latihan simulasi menghadapi bahaya bencana, dan memberikan pertolongan pertama pada korban luka di lokasi bencana (Huriah & Farida, 2010);
- b. Mengidentifikasi risiko bencana terutama pada kelompok berisiko seperti orang lanjut usia, orang cacat, anak kecil, dan perempuan, dengan bekerjasama dengan dinas lain untuk merencanakan penurunan angka kematian dan kesakitan, membantu dan mendukung pengembangan kebijakan untuk menurunkan efek tidak baik dari bencana;.

- c. Melakukan identifikasi sumber daya dengan membentuk sistem komunikasi yang baik antar stakeholder untuk meningkatkan perencanaan bencana yang dapat mengurangi angka kematian dan angka kesakitan pada saat kejadian bencana.

Pelibatan perawat dalam tahapan kesiapsiagaan adalah sangat penting sekali karena akan menentukan kesuksesan dalam masa tanggap darurat dan tahapan pemulihan mengharapkan bahwa kualitas pelayanan keperawatan untuk penanggulangan bencana harus didukung oleh staf perawat yang berkualifikasi yang mampu memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kebutuhan yang dilaksanakan pada tiap tahapan bencana.

2. Peran Perawat dalam Tahap Saat Bencana (At Event Stage)

Perawat harus memahami Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2007 tentang kegiatan pada tahap tanggap darurat, yaitu:

- a. Memperhatikan peringatan dini yang dikeluarkan oleh pejabat Pemda Kabupaten/Kota atau Pemda Provinsi tentang adanya bencana;
- b. Melakukan mobilisasi dari lokasi kejadian ke area posko yang ditentukan;
- c. Melakukan evakuasi korban manusia atau harta benda,
- d. Diikuti dengan melakukan pengkajian dampak bencana dengan membuat daftar kebutuhan dasar masyarakat;
- e. Mencegah dan mengelola pengungsian;
- f. Memperbaiki fasilitas dan infrastruktur. Pada saat yang sama perawat dapat membuat data daftar korban manusia dan mengkomunikasikan ke Badan Penanggulangan Bencana Daerah (BPBD) atau Dinas Sosial.

Pada situasi gawat darurat adalah:

Selamatkan nyawa dahulu dan mencegah kecacatan. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah:

- a. Penilaian cepat kesehatan (*rapid health assessment*);
- b. Pertolongan pertama korban bencana dan evakuasi ke sarana kesehatan;
- c. Pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan;
- d. Perlindungan terhadap kelompok risiko tinggi kesehatan, dengan cara:
- e. Pencarian dan penyelamatan dengan melokalisasi korban

- f. Memindahkan korban dari daerah berbahaya ke tempat pengumpulan/penampungan;
- g. Memeriksa status kesehatan korban (triase di tempat kejadian)
- h. Memberi pertolongan pertama jika diperlukan; dan
- i. Memindahkan korban ke pos medis lapangan jika diperlukan.

Melakukan Triase. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah:

- a. Identifikasi secara cepat korban yang membutuhkan stabilisasi segera (perawatan di lapangan);
- b. Identifikasi korban yang hanya dapat diselamatkan dengan pembedahan darurat (*life saving surgery*);
- c. Pasien harus diidentifikasi dan diletakkan secara cepat dan tepat;
- d. Mengelompokkan korban sesuai dengan keparahan dengan memberi warna tag kuning dan merah;
- e. Bagian tubuh yang akan diberikan tindakan harus ditentukan dan diberi tanda;
- f. Buat prioritas untuk mengisolasi dan beri tindakan pasien dengan penyakit infeksi.

Pertolongan pertama. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah:

- a. Mengobati luka ringan secara efektif dengan melakukan teknik pertolongan pertama, seperti kontrol perdarahan, mengobati shock dan menstabilkan patah tulang;
- b. Melakukan pertolongan bantuan hidup dasar seperti manajemen perdarahan eksternal, mengamankan pernafasan, dan melakukan penanganan cedera sesuai dengan teknik proseduran yang sesuai;
- c. Mempunyai keterampilan pertolongan pertama seperti membersihkan jalan napas, melakukan resusitasi, melakukan CPR/RJP, mengobati shock, dan mengendalikan perdarahan.
- d. Membuka saluran udara secepat mungkin dan memeriksa obstruksi saluran napas harus menjadi tindakan pertama, jika perlu saluran udara harus dibuka dengan metode Head-Tilt/Chin-Lift;
- e. Lakukan pertolongan pertama pada korban dengan perdarahan, perawat harus menghentikan perdarahan, karena perdarahan yang tidak terkontrol dapat menyebabkan kelemahan dan shock dan akhirnya meninggal dunia.

Proses pemindahan korban. Kegiatan yang dapat diakukan adalah:

- a. Pemeriksaan kondisi dan stabilitas pasien dengan memantau tandatanda vital;
- b. Pemeriksaan peralatan yang melekat pada tubuh pasien seperti infus, pipa ventilator/oksigen, peralatan immobilisasi, dan lainnya.

Perawatan di rumah sakit. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah:

Mengukur kapasitas perawatan rumah sakit;

- a. Lokasi perawatan di rumah sakit;
- b. Hubungan dengan perawatan di lapangan;
- c. Arus pasien ke RS harus langsung dan terbuka;
- d. Arus pasien harus cepat dan langsung menuju RS, harus ditentukan, tempat tidur harus tersedia di IGD, ruang operasi, dan ICU.
- e. RHA Menilai kesehatan secara cepat melalui pengumpulan informasi cepat dengan analisis besaran masalah sebagai dasar mengambil keputusan akan kebutuhan untuk tindakan penanggulangan segera.

Peran perawat di dalam posko pengungsian dan posko bencana:

- a. Memfasilitasi jadwal kunjungan konsultasi medis dan cek kesehatan sehari-hari;
- b. Tetap menyusun rencana prioritas asuhan keperawatan harian;
- c. Merencanakan dan memfasilitasi transfer pasien yang memerlukan penanganan kesehatan di Rumah Sakit.
- d. Mengevaluasi kebutuhan kesehatan harian;
- e. Memeriksa dan mengatur persediaan obat, makanan, makanan khusus bayi, peralatan kesehatan;
- f. Membantu penanganan dan penempatan pasien dengan penyakit menular maupun kondisi kejiwaannya agar tidak membahayakan diri dan lingkungannya, dan jangan lupa berkoordinasi dengan perawat jiwa;
- g. Mengidentifikasi reaksi psikologis seperti ansietas dan depresi yang ditunjukkan dengan seringnya menangis dan mengisolasi diri maupun reaksi psikosomatik seperti hilang nafsu makan, insomnia, fatigue, mual muntah, dan kelemahan otot;

- h. Membantu terapi kejiwaan, khususnya pada anak-anak, dan melakukan modifikasi lingkungan misalnya dengan terapi bermain;
- i. Memfasilitasi konseling dan terapi kejiwaan lainnya oleh para psikolog dan psikiater;
- j. Konsultasikan kepada supervisi mengenai pemeriksaan kesehatan dan kebutuhan masyarakat yang mengungsi.

3. Peran Perawat dalam Tahap Pemulihan (Post-Event Stage)

Tahap pemulihan terdiri dari:

Rehabilitasi, yang bertujuan mengembalikan kondisi daerah yang terkena bencana yang serba tidak menentu ke kondisi normal atau lebih baik;

Rekonstruksi, yang bertujuan membangun kembali sarana dan prasarana yang rusak akibat bencana secara lebih baik dan sempurna.

Upaya-upaya yang dilakukan antara lain:

- a. Perbaikan lingkungan dan sanitasi;
- b. Perbaikan fasilitas pelayanan kesehatan;
- c. Pemulihan psiko-sosial;
- d. Peningkatan fungsi pelayanan kesehatan

Tahap pemulihan perawat dapat berperan dengan membantu masyarakat untuk kembali pada kehidupan normal melalui proses konsultasi atau edukasi. Membantu memulihkan kondisi fisik yang memerlukan penyembuhan jangka waktu yang lama untuk normal kembali bahkan terdapat keadaan dimana kecacatan terjadi. Dalam tahap ini, banyak korban yang sudah tidak memiliki kemampuan, maka sebagai perawat punya tanggung jawab untuk membayar biaya pengobatan dan perawatan sampai membuat mampu secara status ekonomi dan sosial.

Untuk mendukung keberhasilan peran perawat dalam penanggulangan bencana, maka perawat perlu menambah pengalaman dengan ikut langsung menangani korban di lokasi bencana yang nyata.

Manfaat pengalaman di lokasi bencana:

- a. Akan menuntun perawat mengalami sendiri, mengambil makna bencana dan kehidupan
- b. Meningkatkan kemampuan tingkat kesiapsiagaan bencana
- c. Meningkatkan keakuratan dan ketepatan dalam menangani situasi gawat darurat serta mengurangi kesalahan

- d. Memotivasi untuk selalu mempertahankan pengetahuan dan keterampilannya dengan ikut serta dalam pendidikan keperawatan berkelanjutan

E. Simpulan

Pengkajian tingkat kesiapsiagaan masyarakat menggunakan empat parameter kesiapsiagaan masyarakat (pengetahuan risiko bencana, rencana tanggap darurat, sistem peringatan bencana, dan mobilisasi sumberdaya) mutlak dilakukan.

Kontribusi peran perawat ternyata dapat diterapkan pada tahapan pra-bencana (*preevent stage*), saat bencana (*at event stage*), dan pasca-bencana (*post-event stage*), dan mampu bekerjasama dengan pemerintah dan swasta serta masyarakat dalam rangka penanggulangan bencana di Indonesia.

F. Referensi

- Aitsi-Selmi, A., & Murray, V. (2015). The Sendai framework: Disaster risk reduction through a health lens. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(6), 362. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.157362>
- Akhirianto, N. A., Giyarsih, S. R., & Mardiatno, D. (2023). Kesiapsiagaan masyarakat desa tangguh bencana terhadap ancaman tsunami di Kabupaten Cilacap. *Majalah Geografi Indonesia*, 37(2), 158. <https://doi.org/10.22146/mgi.82871>
- Arulmohi, M., Vinayagamoorthy, V., & R., D. A. (2017). Physical Violence Against Doctors: A Content Analysis from Online Indian Newspapers. *Indian Journal of Community Medicine*, 42(1), 147–150. <https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM>
- Azizah, M., Khoirudin Apriadi, R., Tri Januarti, R., Winugroho, T., Yulianto, S., Kurniawan, W., & Dewa Ketut Kerta Widana, I. (2021). Kajian Risiko Bencana Berdasarkan Jumlah Kejadian dan Dampak Bencana di Indonesia Periode Tahun 2010 – 2020. *PENDIPA Journal of Science Education*, 6(1), 35–40. <https://doi.org/10.33369/pendipa.6.1.35-40>
- BNPB. (2020). Buku saku tanggap tangkas tangguh. In *Pusat Data Informasi dan Komunikasi Kebencanaan BNPB*. <https://bnpb.go.id/buku/buku-saku-tanggap-tangkas-tangguh-cetakan-kelima-2020>
- BNPB. (2021). *Laporan Kinerja Tahun 2020*. Jakarta. https://web.bnpb.go.id/ppid/theme/file/LKIP_BNPB_Tahun_2020.pdf

- Dhellemmes, A., Leonard, G. S., Johnston, D. M., Vinnell, L. J., Becker, J. S., Fraser, S. A., & Paton, D. (2021). Tsunami awareness and preparedness in Aotearoa New Zealand: The evolution of community understanding. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 65, 102576. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2021.102576>
- Hall, S., Pettersson, J., Meservy, W., Harris, R., Agustinawati, D., Olson, J., & McFarlane, A. (2017). Awareness of tsunami natural warning signs and intended evacuation behaviors in Java, Indonesia. *Natural Hazards*, 89(1), 473–496. <https://doi.org/10.1007/s11069-017-2975-3>
- Ismunandar, Umar, N., Ndama, M., & Amyadin. (2021). Pengetahuan dan Sikap Masyarakat Dalam Kesiapsiagaan Menghadapi Bencana Gempa Bumi dan Tsunami di Huntara Kota Palu dan Sigi The Knowledge and Attitude of Community in Preparedness for Earthquake and Tsunami Disasters at the Palu and Sigi City Shelters Is. *Lentora Nursing Journal*, 2(1), 12–19.
- Kurniadi, A. (2021). Peran Peran Profesi Perawat Dalam Penanggulangan Bencana di Indonesia. *Edukasi IPS*, 5(2), 46–56. <https://doi.org/10.21009/eips.005.02.06>
- Pahleviannur, M. R. (2019). Edukasi Sadar Bencana Melalui Sosialisasi Kebencanaan Sebagai Upaya Peningkatan Pengetahuan Siswa Terhadap Mitigasi Bencana. *Jurnal Pendidikan Ilmu Sosial*, 29(1), 49–55. <https://doi.org/10.23917/jpis.v29i1.8203>
- Pandjaitan, I. A. K. N. K. (2021). Peranan Modal Sosial Dalam Resiliensi Komunitas Rawan Bencana Tsunami (Kasus: Dusun Suka Dame, Desa Sumberjaya, Kecamatan Sumur, Kabupaten Pandeglang, Banten). *Jurnal Sains Komunikasi Dan Pengembangan Masyarakat [JSKPM]*, 5(1), 85–104.
- Tufekci-Enginar, D., Suzen, M. L., & Yalciner, A. C. (2021). The evaluation of public awareness and community preparedness parameter in GIS-based spatial tsunami human vulnerability assessment (MeTHuVA). *Natural Hazards*, 105(3), 2639–2658. <https://doi.org/10.1007/s11069-020-04416-8>
- Yulianto, S., Apriyadi, R. K., Aprilyanto, A., Winugroho, T., Ponangsera, I. S., & Wilopo, W. (2021). Histori Bencana dan Penanggulangannya di Indonesia Ditinjau Dari Perspektif Keamanan Nasional. *PENDIPA Journal of Science Education*, 5(2), 180–187. <https://doi.org/10.33369/pendipa.5.2.180-187>

PROFIL PENULIS



Triyana Puspa Dewi, S.Kep., Ns., M.Kep. Lahir di Denpasar, Bali pada tanggal 31 Juli 1991. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di Akper Kesdam IX/ Udayana pada tahun 2012. Penulis mengawali karir sebagai perawat di Rumah Sakit Umum Surya Husadha Denpasar sebagai *Executive Nurse* hingga tahun 2013. Keinginan yang tinggi untuk terus belajar dan kesempatan yang Allah berikan telah menghantarkan penulis menamatkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Ners pada tahun 2017 di Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga, Surabaya. Pendidikan Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Komunitas ditempuh di Fakultas yang sama hingga lulus pada tahun 2019. Penulis terus fokus dengan penulisan artikel pada jurnal nasional dan internasional, serta buku kesehatan nasional. Penulis tercatat sebagai dosen ber-NIDN sejak tahun 2022 dan saat ini melaksanakan tugas Tri Dharma Perguruan Tinggi di STIKES KESDAM IX/UDAYANA terutama pada kesehatan lansia serta terdaftar sebagai *Editor* dan *Reviewer* pada beberapa Jurnal Nasional. Penulis dapat dihubungi pada email nurseana63@gmail.com.



Tavip Dwi Wahyuni, S.Kep., Ns., M.Kes. Lahir di Malang, 20 Februari 1965. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Brawijaya Malang tahun 2002. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Sebelas Maret Surakarta dan lulus tahun pada tahun 2010. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1987. Mulai tahun 1995 menjadi Staf Pengajar di Akademi Keperawatan Depkes Malang. Saat ini penulis bekerja di Poltekkes Kemenkes Malang mengampu mata kuliah Promosi Kesehatan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, oral presentation. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: tavip_dwi@poltekkes-malang.ac.id
Motto: "Membaca adalah pintu gerbang keterampilan yang membuat semua pembelajaran lainnya menjadi mungkin. Ayo semangat"

PROFIL PENULIS



Dr. Kusmiyati, SKM., MPH. Penulis lahir di Sukoharjo, 26 Oktober 1979. Penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro Tahun 2002. Gelar *Master of Public Health* diperoleh dari Program S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada tahun 2010. Penulis memperoleh gelar Doktor bidang Kesehatan Masyarakat di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Tahun 2018. Sejak 2002 penulis bekerja sebagai dosen di Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Kupang. Mata kuliah yang diampu antara lain mikrobiologi, penyehatan udara, sanitasi permukiman dan sanitasi tempat-tempat umum.

Penulis dapat dihubungi melalui email : kusmiyati7926@yahoo.com



Ns. Arneliwati, M.Kep. Lahir di Pekanbaru, 15 Februari 1979. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII Akademi Keperawatan (AKPER) (2000), S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Universitas Andalas - Padang (2003) Program Studi Profesi Ners Universitas Andalas - Padang (2004). Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia – Jakarta, Keperawatan Komunitas dan lulus tahun pada tahun 2012. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2004 sebagai Dosen DIII Akademi Perawat (AKPER) Universitas Abdurrah Tabrani. Saat ini penulis bekerja di Universitas Riau mengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keluarga, Gerontik dan Kebencanaan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan aktif dalam berbagai organisasi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: arneliwati20@gmail.com

Motto: "Success is not the key to happiness. Happiness is the key to success. If you love what you are doing, you will be successful."

PROFIL PENULIS



Dr. Nunuk Sri Purwanti, S.Kp., M.Kes. Lahir di Klaten, 28 Februari 1967. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Universitas Indonesia - Jakarta (1993). Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Program Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada - Yogyakarta, lulus pada tahun 2004. Pada tahun 2021, lulus S3 Program Studi Doktor Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Universitas Gadjah Mada. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1994 sebagai pegawai negeri di Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) Yogyakarta. Sejak tahun 2001 – sampai sekarang, sebagai dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Saat ini penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keluarga, dan Keperawatan Gerontik. Penulis aktif dalam kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan anggota organisasi profesi perawat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: nunuksripurwanti@gmail.com **Motto: "Bekerja dan berdoa"**



Jajang Ganjar Waluya, Ns., M.Kep., lahir di Lebak, 07 Juli 1980. Pendidikan Tinggi yang pernah ditempuh oleh penulis yaitu Akademi Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung lulus Tahun 2007 kemudian melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan di STIKES Bina Permata Medika lulus tahun 2015 dan Pendidikan Profesi Ners di STIKES Pertamedika lulus tahun 2015. Selanjutnya mengikuti Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Padjadjaran lulus tahun 2019. Pernah bekerja di UPTD Puskesmas Cipanas Kabupaten Lebak dan sekarang menjadi Dosen di Jurusan Keperawatan Universitas Sultan Ageng Tirtayasa. Email: jajanganjarwaluya@gmail.com

PROFIL PENULIS



Enik Suhariyanti, S.Kep.,Ners.,M.Kep. Lahir di Temanggung Jawa Tengah pada tanggal 19 Januari 1976. Menyelesaikan pendidikan D3 Keperawatan (1997) di PAM Keperawatan Dep Kes Semarang, S1 Keperawatan (2002) dan Program Profesi Ners (2004) di PSIK FK Universitas Airlangga Surabaya, S2 Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya (2013), saat ini sedang menjalani pendidikan S3 Keperawatan semester 6 di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dengan peminatan Keperawatan Keluarga, Komunitas dan Gerontik.

Penulis aktif sebagai dosen tetap Keperawatan di FIKES Univ. Muh. Magelang sejak tahun 2003 dan FIKES Univ. Galuh Ciamis sejak tahun 2022, mengampu mata kuliah Komunikasi Dasar Keperawatan, Pemenuhan Kebutuhan Manusia, Promosi Kesehatan, Keperawatan Kritis, Keperawatan Bencana serta Keperawatan Keluarga, Komunitas dan Gerontik. Pengalaman organisasi penulis aktif di organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI), serta aktif di DPD PPNI Kabupaten Ciamis sebagai anggota. Motto hidup yakni "MAJU TERUS PANTANG MUNDUR-BISMILLAH KITA BISA."

SINOPSIS

"**Terobosan Baru Dalam Keperawatan Komunitas: Panduan Praktis Untuk Peningkatan Kesehatan Masyarakat**" adalah buku yang memberikan panduan komprehensif untuk praktik keperawatan komunitas dengan pendekatan inovatif dan strategi terkini. Buku ini ditujukan untuk para profesional keperawatan, mahasiswa, dan semua pihak yang berfokus pada peningkatan kesehatan masyarakat.

Buku ini menyajikan metode terbaru dalam keperawatan komunitas, mulai dari penilaian kebutuhan komunitas hingga perencanaan dan pelaksanaan intervensi kesehatan. Pembaca akan menemukan teknik-teknik praktis yang dapat langsung diterapkan dalam situasi nyata, disertai dengan studi kasus yang relevan untuk memberikan pemahaman yang mendalam.

Selain itu, buku ini dilengkapi dengan alat bantu seperti daftar istilah dan sumber referensi, yang dirancang untuk mempermudah pembaca dalam memahami dan menerapkan informasi. Setiap bab diakhiri dengan motivasi dan inspirasi, mendorong pembaca untuk menjadi agen perubahan yang berdampak positif di komunitas mereka.

Dengan pendekatan yang terstruktur dan berbasis praktik, "Terobosan Baru Dalam Keperawatan Komunitas" tidak hanya menawarkan pengetahuan dan keterampilan terbaru, tetapi juga berfungsi sebagai sumber inspirasi untuk pengembangan profesional dan peningkatan kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

Buku Bunga Rampai Terobosan Baru Dalam Keperawatan Komunitas: Panduan Praktis Untuk Peningkatan Kesehatan Masyarakat adalah buku yang memberikan panduan komprehensif untuk praktik keperawatan komunitas dengan pendekatan inovatif dan strategi terkini. Buku ini ditujukan untuk para profesional keperawatan, mahasiswa, dan semua pihak yang berfokus pada peningkatan kesehatan masyarakat.

Buku ini menyajikan metode terbaru dalam keperawatan komunitas, mulai dari penilaian kebutuhan komunitas hingga perencanaan dan pelaksanaan intervensi kesehatan. Pembaca akan menemukan teknik-teknik praktis yang dapat langsung diterapkan dalam situasi nyata, disertai dengan studi kasus yang relevan untuk memberikan pemahaman yang mendalam.

Selain itu, buku ini dilengkapi dengan alat bantu seperti daftar istilah dan sumber referensi, yang dirancang untuk mempermudah pembaca dalam memahami dan menerapkan informasi. Setiap bab diakhiri dengan motivasi dan inspirasi, mendorong pembaca untuk menjadi agen perubahan yang berdampak positif di komunitas mereka.

Dengan pendekatan yang terstruktur dan berbasis praktik, "Terobosan Baru Dalam Keperawatan Komunitas" tidak hanya menawarkan pengetahuan dan keterampilan terbaru, tetapi juga berfungsi sebagai sumber inspirasi untuk pengembangan profesional dan peningkatan kesehatan masyarakat secara berkelanjutan.

ISBN 978-623-8549-79-5

9 786238 549795

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

