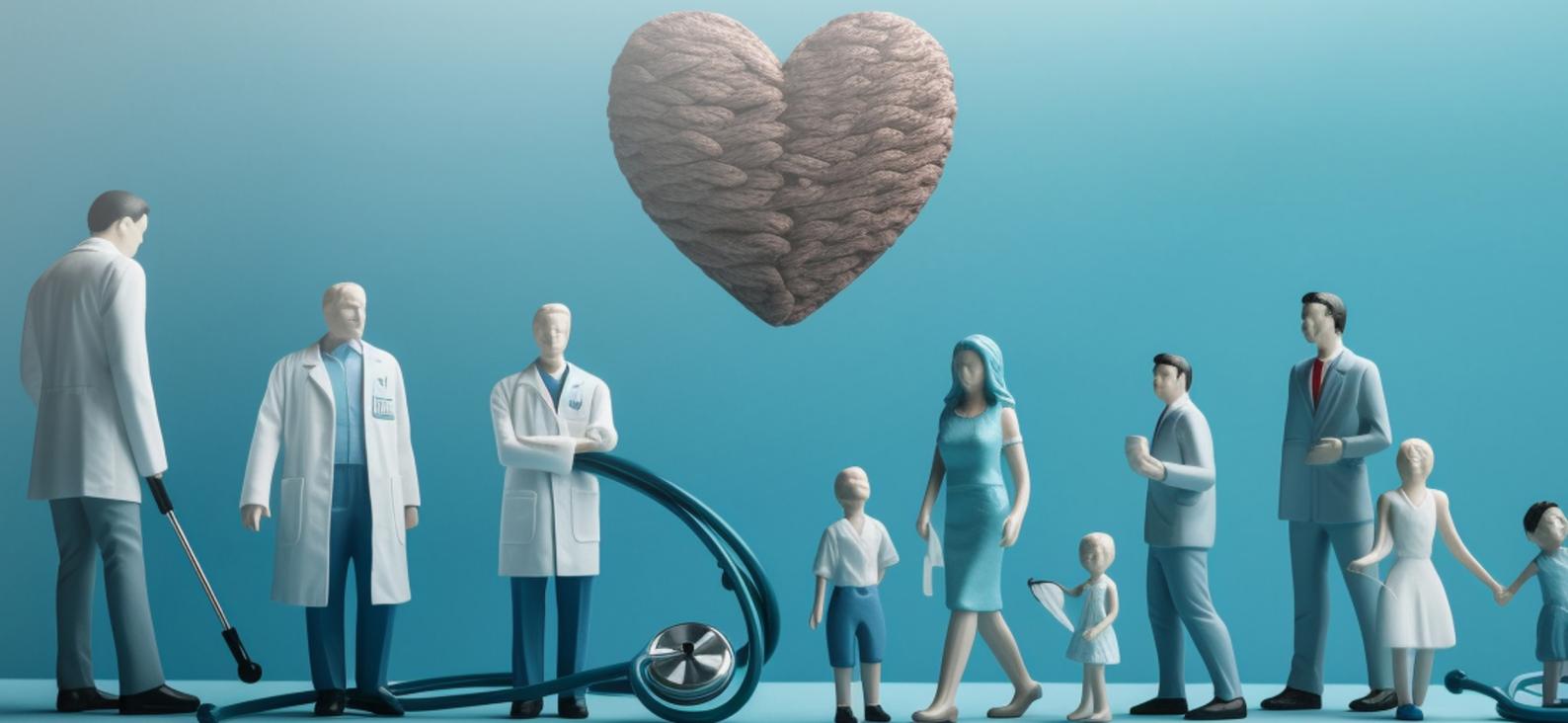


KEPERAWATAN KOMUNITAS

PENDEKATAN HOLISTIK UNTUK PERLINDUNGAN,
PEMBERDAYAAN, DAN INTERVENSI STRATEGIS



M. Noor Ifansyah • Jajang Ganjar Waluya • Suhartono
Supriadi • Susilia Idyawati

KEPERAWATAN KOMUNITAS : PENDEKATAN HOLISTIK UNTUK PERLINDUNGAN, PEMBERDAYAAN, DAN INTERVENSI STRATEGIS

M. Noor Ifansyah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Jajang Ganjar Waluya, Ns., M.Kep.

Suhartono, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dr. Drs. Supriadi, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom.

Susilia Idyawati, S.ST., M.Kes.



KEPERAWATAN KOMUNITAS : PENDEKATAN HOLISTIK UNTUK PERLINDUNGAN, PEMBERDAYAAN, DAN INTERVENSI STRATEGIS

Penulis: M. Noor Ifansyah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Jajang Ganjar Waluya, Ns., M.Kep.

Suhartono, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dr. Drs. Supriadi, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom.

Susilia Idyawati, S.ST., M.Kes.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Yang Yang Dwi Asmoro

ISBN: 978-623-8775-90-3

Cetakan Pertama: Desember, 2024

Hak Cipta © 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit 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

Segala puji dan syukur kita panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan karunia-Nya, sehingga buku ini, "**Keperawatan Komunitas: Pendekatan Holistik untuk Perlindungan, Pemberdayaan, dan Intervensi Strategis**," dapat hadir di tengah pembaca. Buku ini merupakan wujud kontribusi dalam memperkuat pemahaman dan praktik keperawatan komunitas, bidang yang memegang peran penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh.

Keperawatan komunitas adalah disiplin yang menuntut pendekatan holistik dalam menangani berbagai isu kesehatan yang kompleks. Oleh karena itu, buku ini dirancang dengan materi yang mencakup lima tema utama: **Cessation Smoking** sebagai salah satu intervensi preventif terhadap masalah kesehatan masyarakat, **Strategi Perlindungan dan Pemberdayaan Kelompok Rentan** untuk memastikan inklusivitas dalam pelayanan kesehatan, **Konsep Dasar Keperawatan Komunitas** sebagai landasan teori, **Strategi Intervensi dalam Keperawatan Komunitas** untuk menjawab kebutuhan masyarakat, serta **Peran Keluarga dalam Kesehatan Ibu dan Anak** yang menekankan pentingnya keluarga dalam mendukung kesehatan komunitas.

Buku ini diharapkan tidak hanya menjadi referensi ilmiah, tetapi juga menjadi panduan praktis bagi mahasiswa, dosen, dan praktisi keperawatan. Penyajian materi dirancang sistematis dan mudah dipahami, dilengkapi dengan contoh kasus serta pendekatan intervensi yang relevan dengan konteks masyarakat Indonesia. Melalui buku ini, para pembaca diharapkan mampu mengembangkan kompetensi profesional sekaligus menggali inspirasi untuk menjadi agen perubahan dalam sistem pelayanan kesehatan masyarakat.

Kami ingin mengucapkan terima kasih yang tulus kepada semua pihak yang telah mendukung penyusunan buku ini, baik berupa masukan ilmiah, dukungan moral, maupun fasilitas yang memungkinkan karya ini terselesaikan. Apresiasi juga saya sampaikan kepada rekan-rekan sejawat dan mahasiswa, yang memberikan motivasi dan semangat selama proses penulisan berlangsung.

Semoga buku ini dapat memberikan manfaat yang besar, tidak hanya dalam menambah wawasan keilmuan, tetapi juga sebagai panduan praktis dalam melaksanakan tugas keperawatan komunitas yang berorientasi pada kesejahteraan masyarakat. Saya sangat terbuka terhadap kritik dan saran yang membangun untuk penyempurnaan buku ini di masa mendatang.

November, 2024

Penulis

Daftar Isi

Prakata	iii
Daftar Isi.....	v
BAB 1 Kelompok Rentan: Strategi Perlindungan dan Pemberdayaan	1
A. Pendahuluan	1
B. Definisi Kelompok Rentan dalam Keperawatan Komunitas	1
C. Karakteristik Kelompok Rentan dalam Keperawatan Komunitas.....	2
D. Dampak Kerentanan pada Kesehatan Komunitas.....	3
E. Peran Perawat dalam Keperawatan Komunitas untuk Kelompok Rentan.....	5
F. Strategi Pemberdayaan Kelompok Rentan.....	7
G. Strategi Perlindungan Kelompok Rentan.....	7
H. Implikasi bagi Praktik Keperawatan Komunitas	8
I. Penutup	9
Referensi.....	10
Glosarium	10
BAB 2 <i>Smoking Cessation</i> Panduan Lengkap Berhenti Merokok	11
A. Pendahuluan	11
B. Pengertian dan Sejarah Merokok.....	12
C. Prevalensi Merokok di Indonesia	13
D. Dampak Merokok terhadap Kesehatan	14
E. Mengapa Sulit Berhenti Merokok?	16
F. Manfaat Berhenti Merokok bagi Kesehatan Jangka Panjang	20
G. Alasan Penting untuk Berhenti Merokok.....	21
H. Pengaruh Merokok terhadap Kehidupan Sosial, Finansial, dan Emosional ...	22
I. Membangun Komitmen untuk Berhenti Merokok.....	23
J. Memahami Ketergantungan Nikotin	23
K. Strategi Berhenti Merokok.....	26
L. Pengelolaan Gejala Putus Nikotin.....	34
M. Pendekatan Holistik dalam Berhenti Merokok.....	35
N. Penutup	37
Referensi.....	39
Glosarium	44

BAB 3 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas	47
A. Pendahuluan	47
B. Asumsi, Keyakinan dan Falsafah Keperawatan Komunitas	48
C. Definisi	49
D. Tujuan dan Fungsi Keperawatan Komunitas	50
E. Sasaran dan Lingkup Keperawatan Komunitas	51
F. Strategi Intervensi Keperawatan Komunitas	53
G. Peran Perawat Komunitas	55
H. Pengorganisasian Masyarakat.....	58
Referensi.....	59
Glosarium	59
BAB 4 Strategi Intervensi dalam Keperawatan Komunitas.....	61
A. Pendahuluan	61
B. Pengertian Strategi Intervensi	62
C. Jenis Strategi Intervensi	63
D. Penutup	85
Referensi.....	86
Glosarium	87
BAB 5 Peran Keluarga dalam Kesehatan Ibu dan Anak.....	89
A. Pendahuluan	89
B. Keluarga dan Fungsi Keluarga.....	89
C. Peran Keluarga dalam Kesehatan Ibu.....	90
D. Peran keluarga dalam kehamilan	91
E. Peran keluarga dalam Persalinan	92
F. Peran keluarga pasca Persalinan dan Menyusui.....	92
G. Peran keluaraga dalam tumbuh kembang Bayi dan balita	94
H. Penutup	95
Referensi.....	96
Glosarium	98
Profil Penulis.....	99

BAB 1

Kelompok Rentan: Strategi Perlindungan dan Pemberdayaan

M. Noor Ifansyah

A. Pendahuluan

Dalam keperawatan komunitas, kelompok rentan merujuk pada individu atau kelompok dengan risiko lebih tinggi terhadap masalah kesehatan karena keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan, pendidikan, dan sumber daya sosial. Perawat komunitas memiliki peran kunci dalam mengenali, mendukung, dan meningkatkan kesehatan kelompok rentan melalui pendekatan berbasis masyarakat yang berfokus pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

B. Definisi Kelompok Rentan dalam Keperawatan Komunitas

Kelompok rentan sebagai individu atau komunitas yang secara sistemik terpinggirkan akibat ketidaksetaraan sosial, ekonomi, dan politik. Dalam konteks keperawatan komunitas, kelompok rentan mencakup populasi yang terhambat dalam mengakses perawatan kesehatan berkualitas, baik karena stigma sosial, diskriminasi, maupun hambatan geografis. Pendekatan berbasis komunitas sangat penting untuk mengurangi dampak ketidaksetaraan ini (Smith et al., 2022).

Kelompok rentan dalam keperawatan komunitas adalah individu atau populasi yang memiliki keterbatasan dalam mengakses sumber daya kesehatan, sosial, dan ekonomi, sehingga meningkatkan risiko terhadap penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Kelompok ini mencakup individu yang hidup di bawah garis kemiskinan, lansia, anak-anak, penyandang disabilitas, dan mereka yang tinggal di daerah terpencil. Perawat komunitas memiliki peran penting dalam mengidentifikasi dan mengurangi kesenjangan kesehatan yang dialami kelompok rentan (Stanhope & Lancaster, 2023).

Kelompok rentan sebagai kelompok individu yang memiliki kapasitas terbatas untuk menghadapi risiko kesehatan akibat faktor ekonomi, sosial, dan lingkungan. WHO menekankan pentingnya intervensi komunitas yang berbasis partisipasi untuk mengatasi determinan sosial kesehatan dan meningkatkan akses kelompok rentan terhadap layanan Kesehatan (WHO, 2023).

Kelompok rentan sebagai individu atau populasi yang berada dalam kondisi ketidakseimbangan biopsikososial, yang membuat mereka lebih rentan terhadap tekanan lingkungan, fisik, dan mental. Dalam keperawatan komunitas, perawat harus mengintegrasikan pendekatan holistik untuk mengurangi risiko kesehatan dan meningkatkan kualitas hidup kelompok ini (Chambers, 2023).

Kelompok rentan adalah komunitas yang menghadapi hambatan dalam mengakses layanan kesehatan primer, baik karena keterbatasan infrastruktur, ketimpangan ekonomi, maupun kurangnya pendidikan kesehatan. Dalam keperawatan komunitas, fokus utama adalah pemberian layanan kesehatan yang berkelanjutan dan berbasis kebutuhan lokal (Kaur et al., 2023).

C. Karakteristik Kelompok Rentan dalam Keperawatan Komunitas

1. Tingkat Kerentanan Tinggi terhadap Penyakit

Kelompok rentan cenderung memiliki tingkat kerentanan yang lebih tinggi terhadap penyakit menular dan kronis akibat kekurangan akses terhadap fasilitas kesehatan, makanan bergizi, dan lingkungan yang sehat. Misalnya, lansia di komunitas terpencil sering menghadapi keterbatasan akses terhadap layanan pencegahan dan pengobatan penyakit degeneratif. Hal ini menunjukkan perlunya pendekatan preventif dalam keperawatan komunitas untuk mengurangi risiko kesehatan pada kelompok ini (Stanhope & Lancaster, 2023).

2. Akses Terbatas pada Layanan Kesehatan

Karakteristik utama kelompok rentan adalah terbatasnya akses terhadap layanan kesehatan akibat faktor ekonomi, geografis, dan budaya. Contohnya adalah masyarakat di daerah terpencil yang harus menempuh jarak jauh untuk mendapatkan layanan medis. Hambatan ini diperburuk oleh ketimpangan ekonomi yang membuat kelompok rentan tidak mampu membayar layanan kesehatan yang mereka butuhkan (Smith et al., 2022).

3. Stigma dan Diskriminasi

Kelompok rentan sering kali menghadapi stigma dan diskriminasi dari masyarakat, yang dapat mengurangi kepercayaan diri mereka dalam mencari perawatan medis. Sebagai contoh, penyandang HIV/AIDS atau penyakit mental sering kali dipinggirkan, sehingga enggan untuk mengakses layanan kesehatan meskipun mereka sangat membutuhkannya. Perawat komunitas memiliki peran penting dalam mengedukasi masyarakat untuk mengurangi stigma dan mendukung inklusi sosial (WHO, 2023).

4. Ketergantungan pada Bantuan Eksternal

Kelompok rentan sering menunjukkan ketergantungan yang tinggi pada bantuan pemerintah, organisasi non-pemerintah, atau komunitas untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka. Misalnya, kelompok lansia tanpa keluarga dekat sering membutuhkan intervensi sosial dan ekonomi dari pemerintah lokal untuk mempertahankan standar hidup mereka. Ketergantungan ini menggarisbawahi pentingnya program pemberdayaan dalam keperawatan komunitas untuk meningkatkan kemandirian (Chambers, 2023).

5. Tingkat Pendidikan Rendah

Rendahnya tingkat pendidikan pada kelompok rentan membatasi pemahaman mereka terhadap informasi kesehatan, termasuk pentingnya pencegahan penyakit. Anak-anak yang tidak bersekolah di komunitas miskin, misalnya, memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami malnutrisi dan infeksi karena kurangnya pengetahuan dasar tentang kebersihan dan kesehatan. Perawat komunitas harus memainkan peran edukator untuk meningkatkan kesadaran kesehatan dalam populasi ini (Kaur et al., 2023).

6. Kerentanan Ekonomi

Sebagian besar kelompok rentan hidup di bawah garis kemiskinan, yang membatasi kemampuan mereka untuk memenuhi kebutuhan dasar seperti makanan, perumahan, dan perawatan kesehatan. Kondisi ini sering kali diperparah oleh kurangnya kesempatan kerja yang stabil. Perawat komunitas dapat berkolaborasi dengan pemangku kepentingan untuk menciptakan program pemberdayaan ekonomi yang mendukung kelompok ini (UNDP, 2023).

D. Dampak Kerentanan pada Kesehatan Komunitas

1. Meningkatnya Risiko Penyakit Akut dan Kronis

Kelompok rentan memiliki risiko lebih tinggi terkena penyakit akut seperti infeksi saluran pernapasan dan penyakit menular, serta penyakit kronis seperti diabetes dan hipertensi. Kondisi ini disebabkan oleh kurangnya akses terhadap perawatan preventif, gizi buruk, dan paparan terhadap lingkungan yang tidak sehat. Studi menunjukkan bahwa perawat komunitas dapat memainkan peran penting dalam deteksi dini dan edukasi kesehatan untuk menekan angka kejadian penyakit (Stanhope & Lancaster, 2023).

2. Keterbatasan pada Akses Layanan Kesehatan

Kerentanan ekonomi, geografis, dan budaya sering kali membatasi kelompok rentan untuk mendapatkan layanan kesehatan yang berkualitas. Misalnya, masyarakat pedesaan di negara berkembang sering kali harus

menempuh jarak jauh untuk mencapai fasilitas kesehatan. Hal ini memperburuk ketimpangan kesehatan di masyarakat, terutama pada populasi miskin dan termarjinalisasi (Brown et al., 2022).

3. Dampak Psikososial: Stres, Depresi, dan Isolasi Sosial

Kelompok rentan sering mengalami tekanan psikososial akibat stigma, diskriminasi, atau kehilangan dukungan sosial. Faktor-faktor ini meningkatkan risiko gangguan mental seperti stres kronis, kecemasan, dan depresi. Dalam keperawatan komunitas, pendekatan yang berbasis empati dan pemberdayaan masyarakat dapat membantu meringankan beban psikologis mereka (Chambers, 2023).

4. Ketimpangan dalam Status Kesehatan Komunitas

Kerentanan dalam komunitas dapat memperburuk kesenjangan status kesehatan. Misalnya, kelompok yang memiliki akses terbatas terhadap imunisasi atau gizi yang memadai sering kali menjadi lebih rentan terhadap wabah penyakit. Hal ini menciptakan dampak jangka panjang bagi kesehatan masyarakat, termasuk menurunkan harapan hidup dan kualitas hidup populasi tersebut (WHO, 2023).

5. Peningkatan Beban Ekonomi pada Sistem Kesehatan

Kelompok rentan yang tidak mendapatkan perawatan preventif sering membutuhkan layanan kesehatan yang lebih intensif di kemudian hari, seperti rawat inap yang berkepanjangan atau pengobatan komplikasi. Hal ini menciptakan tekanan ekonomi yang signifikan pada sistem kesehatan, baik di tingkat lokal maupun nasional. Pendekatan berbasis komunitas dapat menjadi solusi yang lebih hemat biaya untuk mengurangi dampak ini (Kaur et al., 2023).

6. Penularan Penyakit yang Lebih Tinggi

Lingkungan yang padat dan kondisi sanitasi yang buruk di komunitas rentan sering menjadi penyebab utama tingginya tingkat penularan penyakit menular seperti TB, malaria, dan COVID-19. Perawat komunitas memiliki peran penting dalam mempromosikan praktik kesehatan yang baik, seperti kebersihan tangan dan penggunaan alat pelindung diri, untuk mengurangi penyebaran penyakit di komunitas tersebut (Rogers et al., 2023).

7. Dampak pada Pendidikan dan Produktivitas

Kerentanan yang dialami oleh anak-anak dan remaja, seperti kekurangan gizi dan akses terbatas terhadap pendidikan, berdampak pada perkembangan fisik dan mental mereka. Hal ini menurunkan produktivitas individu dalam jangka panjang dan memengaruhi kesejahteraan ekonomi komunitas. Dalam

keperawatan komunitas, kolaborasi lintas sektor dapat membantu meningkatkan pendidikan kesehatan dan program gizi bagi kelompok ini (UNICEF, 2023).

8. Ketergantungan pada Bantuan Eksternal

Kelompok rentan sering kali bergantung pada bantuan eksternal untuk memenuhi kebutuhan dasar mereka, termasuk makanan, air bersih, dan layanan kesehatan. Hal ini dapat menciptakan siklus ketergantungan yang sulit diputus jika tidak diiringi dengan upaya pemberdayaan yang berkelanjutan. Perawat komunitas dapat memainkan peran penting dalam mendorong kemandirian melalui pelatihan keterampilan dan pembangunan kapasitas (UNDP, 2023).

E. Peran Perawat dalam Keperawatan Komunitas untuk Kelompok Rentan

1. Edukator: Memberikan Penyuluhan Kesehatan

Perawat komunitas berperan sebagai edukator untuk meningkatkan literasi kesehatan pada kelompok rentan. Mereka memberikan penyuluhan tentang pencegahan penyakit, pola makan sehat, pentingnya imunisasi, dan praktik kebersihan. Misalnya, dalam masyarakat dengan risiko tinggi penyakit menular, perawat komunitas dapat mengedukasi tentang pentingnya cuci tangan dan kebersihan lingkungan. Penyuluhan yang efektif dapat meningkatkan pemahaman masyarakat tentang pentingnya kesehatan preventif (Stanhope & Lancaster, 2023).

2. Advokat: Memperjuangkan Akses Layanan Kesehatan

Perawat komunitas bertindak sebagai advokat untuk kelompok rentan dengan membantu mereka mendapatkan akses ke layanan kesehatan yang diperlukan. Mereka dapat berkolaborasi dengan organisasi non-pemerintah, pemerintah daerah, dan penyedia layanan kesehatan untuk menyediakan program kesehatan yang terjangkau. Selain itu, perawat juga memainkan peran dalam mendukung kebijakan yang mendukung keadilan kesehatan bagi populasi ini (Brown et al., 2022).

3. Penghubung: Membangun Jejaring Sosial

Sebagai penghubung, perawat komunitas membangun jejaring antara kelompok rentan dan sumber daya yang tersedia, seperti pusat kesehatan, layanan sosial, atau organisasi masyarakat. Mereka mengidentifikasi kebutuhan spesifik setiap individu atau kelompok dan menghubungkannya dengan layanan yang relevan. Peran ini sangat penting dalam membantu kelompok rentan mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan untuk meningkatkan kualitas hidup mereka (Chambers, 2023).

4. Penyedia Perawatan Langsung

Perawat komunitas menyediakan perawatan langsung kepada individu atau keluarga dalam kelompok rentan. Mereka sering kali memberikan perawatan primer, seperti pengobatan luka, imunisasi, atau manajemen penyakit kronis. Dalam komunitas terpencil, perawat komunitas sering menjadi satu-satunya tenaga kesehatan yang tersedia, sehingga peran ini menjadi sangat penting (WHO, 2023).

5. Perencana dan Pelaksana Program Kesehatan

Perawat komunitas juga berperan dalam merancang dan melaksanakan program kesehatan yang ditujukan untuk kelompok rentan. Program ini dapat berupa kampanye imunisasi, pemeriksaan kesehatan gratis, atau pelatihan keterampilan hidup sehat. Melalui evaluasi kebutuhan komunitas, perawat dapat mengembangkan intervensi yang sesuai untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan (Kaur et al., 2023).

6. Pemberdaya: Menguatkan Kemandirian Komunitas

Perawat komunitas berperan dalam pemberdayaan kelompok rentan dengan mendorong mereka untuk mengambil peran aktif dalam menjaga kesehatan mereka sendiri. Contohnya adalah memberikan pelatihan keterampilan bagi ibu rumah tangga untuk meningkatkan kesehatan keluarga atau mendukung kelompok dukungan untuk pasien dengan penyakit kronis. Pemberdayaan ini membantu menciptakan komunitas yang lebih mandiri dan tangguh (Rogers et al., 2023).

7. Inovator: Mengembangkan Teknologi dan Strategi Baru

Perawat komunitas memanfaatkan teknologi untuk meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan bagi kelompok rentan. Contohnya adalah penggunaan aplikasi telemedicine untuk menjangkau pasien di daerah terpencil atau menggunakan alat kesehatan sederhana yang dapat dioperasikan oleh anggota komunitas. Strategi inovatif ini dapat membantu mengurangi hambatan geografis dan finansial dalam pemberian perawatan (UNICEF, 2023).

8. Peneliti: Mengumpulkan Data untuk Pengambilan Keputusan

Perawat komunitas juga bertindak sebagai peneliti dengan mengumpulkan data kesehatan komunitas yang relevan. Data ini digunakan untuk mengidentifikasi tren kesehatan, menentukan prioritas intervensi, dan mengevaluasi efektivitas program. Penelitian berbasis komunitas yang dilakukan oleh perawat memberikan bukti ilmiah yang penting untuk pengambilan keputusan dalam kebijakan kesehatan (UNDP, 2023).

F. Strategi Pemberdayaan Kelompok Rentan

1. Pendekatan Berbasis Komunitas

Melibatkan anggota komunitas dalam identifikasi masalah kesehatan mereka sendiri, pengambilan keputusan, dan pelaksanaan solusi. Ini meningkatkan rasa memiliki dan keberlanjutan intervensi. Strategi ini diakui efektif dalam meningkatkan akses ke layanan kesehatan untuk kelompok rentan seperti manula dan komunitas miskin (Kruahong, et al., 2023).

2. Pelatihan dan Edukasi

Membekali individu dan komunitas dengan pengetahuan dan keterampilan untuk menangani tantangan kesehatan, seperti cara mengelola penyakit kronis atau mengakses layanan kesehatan. Upaya ini juga termasuk program literasi kesehatan untuk meningkatkan pemahaman tentang hak-hak mereka dalam pelayanan Kesehatan (nursinginpractice.com, 2024).

3. Kemitraan Multisektoral

Melibatkan sektor lain seperti pendidikan, kesejahteraan sosial, dan organisasi non-pemerintah untuk mendukung kebutuhan kompleks kelompok rentan. Hal ini sesuai dengan panduan WHO tentang promosi kesehatan berbasis komunitas (WHO, 2020).

G. Strategi Perlindungan Kelompok Rentan

1. Pencegahan dan Deteksi Dini

Melakukan skrining kesehatan secara rutin untuk mendeteksi risiko kesehatan lebih awal, seperti gizi buruk pada anak-anak atau risiko jatuh pada lansia. Strategi ini berfokus pada mencegah masalah sebelum berkembang (Kruahong, et al., 2023).

2. Kerangka Kebijakan Perlindungan

Memastikan bahwa kebijakan lokal dan nasional mencakup perlindungan hak-hak kelompok rentan. Contohnya, penerapan "Care Act 2014" di Inggris yang mendukung hak individu untuk hidup bebas dari pelecehan dan kekerasan (nursinginpractice.com, 2024).

3. Pelatihan Tenaga Kesehatan

Mengintegrasikan pelatihan tentang pengenalan tanda-tanda kekerasan atau pengabaian, serta cara meresponsnya secara etis dan profesional. Hal ini penting untuk meningkatkan kualitas layanan perlindungan yang diberikan (nursinginpractice.com, 2024).

H. Implikasi bagi Praktik Keperawatan Komunitas

1. Identifikasi dan Skrining Risiko

Perawat komunitas bertanggung jawab untuk mengidentifikasi individu dan kelompok rentan melalui pengkajian yang komprehensif. Skrining risiko, seperti pengukuran indeks massa tubuh (IMT) untuk mendeteksi malnutrisi pada lansia atau pengawasan kesehatan mental pada remaja, memungkinkan deteksi dini masalah kesehatan. Strategi ini membantu mencegah komplikasi serius yang dapat meningkatkan biaya kesehatan atau memperburuk kondisi individu (nursinginpractice.com, 2024).

2. Pemberian Asuhan yang Berfokus pada Pasien

Pendekatan yang menempatkan pasien sebagai pusat layanan kesehatan merupakan inti dari praktik keperawatan komunitas. Ini mencakup pemberian asuhan yang disesuaikan dengan kebutuhan individu, menghormati nilai budaya, dan melibatkan pasien serta keluarga dalam pengambilan keputusan. Misalnya, dalam konteks perlindungan kelompok rentan, intervensi berbasis komunitas untuk anak-anak yang berisiko membutuhkan koordinasi lintas sektor dengan pendidikan dan layanan sosial (WHO, 2020)

3. Kolaborasi Antarprofesi

Perawat komunitas perlu bekerja sama dengan dokter, pekerja sosial, dan organisasi masyarakat dalam mengatasi masalah kompleks kelompok rentan. Kolaborasi ini dapat memfasilitasi rujukan yang lebih cepat, mengurangi beban kerja perawat, dan memastikan bahwa kebutuhan pasien terpenuhi secara holistik (Kruahong, et al., 2023).

4. Peningkatan Kapasitas Komunitas

Selain memberikan layanan langsung, perawat komunitas bertugas membangun kapasitas masyarakat melalui pendidikan kesehatan dan pelatihan kader lokal. Program ini dapat mengurangi ketergantungan pada layanan kesehatan formal dan meningkatkan keberdayaan komunitas untuk menangani tantangan kesehatan secara mandiri (WHO, 2020).

5. Kepatuhan terhadap Regulasi dan Kebijakan

Perawat komunitas harus memahami dan mematuhi kebijakan lokal maupun nasional yang berkaitan dengan perlindungan kelompok rentan. Sebagai contoh, kebijakan seperti Care Act 2014 di Inggris menekankan perlunya pendekatan berbasis hak dalam melindungi individu dari eksloitasi dan pelecehan (nursinginpractice.com, 2024).

I. Penutup

Kelompok rentan dalam komunitas adalah bagian integral dari masyarakat yang memerlukan perhatian dan intervensi khusus. Upaya kolektif dari pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat sangat penting untuk memastikan perlindungan dan pemberdayaan mereka. Dengan pendekatan yang inklusif dan berbasis partisipasi, keberlanjutan kesejahteraan sosial dapat tercapai.

Pendekatan terpadu yang melibatkan komunitas, pelatihan tenaga kesehatan, dan pengembangan kebijakan yang ramah kelompok rentan adalah kunci keberhasilan dalam pemberdayaan dan perlindungan mereka. Pendekatan ini tidak hanya membantu memenuhi kebutuhan kesehatan tetapi juga mempromosikan kesetaraan dan keadilan dalam akses layanan kesehatan. Perawat komunitas memainkan peran strategis dalam pemberdayaan dan perlindungan kelompok rentan. Pendekatan kolaboratif, berbasis komunitas, dan berorientasi pasien menjadi fondasi penting untuk mencapai hasil kesehatan yang optimal.

Referensi

- Brown, P., Taylor, L., & Smith, J. (2022). "Barriers to Healthcare Access in Vulnerable Populations." *Journal of Public Health Research*, 15(3), 198-210.
- Chambers, R. (2023). Empowering Vulnerable Communities: Theory and Practice. Routledge
- Kaur, G., Singh, M., & Verma, R. (2023). "Effectiveness of Community Health Interventions in Rural Areas." *Journal of Community Nursing Research*, 12(3), 56-72.
- Kruahong, S., Tankumpuan, T., Kelly, K., Davidson, P. M., & Kuntajak, P. (2023). Community empowerment: A concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 79(8), 2845-2859.
- Nursinginpractice.com. 9 Desember 2016. Safeguarding vulnerable adults. Diakses pada 16 November 2024, dari <https://www.nursinginpractice.com/clinical/safeguarding-vulnerable-adults/>
- Rogers, C., Blake, R., & Wilson, T. (2023). "The Role of Community Nurses in Infectious Disease Prevention." *Journal of Global Health Nursing*, 28(3), 300-315.
- Smith, J., Brown, P., & Taylor, L. (2022). "Social Determinants of Health in Vulnerable Groups." *Journal of Public Health Nursing*, 35(4), 210-225.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2023). Foundations of Community Health Nursing: Promoting Health and Preventing Disease. Elsevier.
- UNDP. (2023). Equity in Health Access: A Global Perspective. United Nations Development Programme.
- UNICEF. (2023). Health and Nutrition for Vulnerable Children: A Multi-Sectoral Approach. UNICEF Publications.
- WHO. (2020). Community engagement: a health promotion guide for universal health coverage in the hands of the people. World Health Organization.
- WHO. (2023). Community-Based Health Strategies for Vulnerable Populations. World Health Organization.

Glosarium

WHO : World Health Organization

BAB 2

Smoking Cessation Panduan Lengkap Berhenti Merokok

Jajang Ganjar Waluya

A. Pendahuluan

Merokok adalah salah satu kebiasaan umum dan paling merugikan kesehatan di seluruh dunia. Meskipun banyak orang menyadari bahaya yang ditimbulkan oleh rokok, seperti kanker, penyakit jantung, dan gangguan pernapasan, banyak yang masih terjebak dalam kebiasaan ini. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), merokok menyebabkan lebih dari 8 juta kematian setiap tahun, menjadikannya sebagai salah satu penyebab utama kematian yang dapat dicegah (WHO, 2023).

Berhenti merokok bukan hanya tentang menghilangkan kebiasaan fisik, ini juga melibatkan perubahan pola pikir dan perilaku. Proses penghentian ini sering kali dipenuhi dengan tantangan, mulai dari keinginan yang kuat hingga gejala putus nikotin. Namun, dengan motivasi yang tepat dan dukungan yang memadai, banyak individu yang berhasil mengatasi rintangan ini dan mencapai kehidupan tanpa rokok. Motivasi untuk berhenti merokok dapat bervariasi dari tiap individu. Beberapa orang ingin meningkatkan kesehatan mereka, mengurangi risiko penyakit serius, atau menghemat uang. Motivasi lain yaitu keinginan untuk melindungi orang-orang tersayang dari efek berbahaya asap rokok. Apa pun alasannya, keputusan untuk berhenti merokok adalah langkah penting menuju kehidupan yang lebih sehat dan lebih berkualitas.

Dalam buku ini, kita akan menjelajahi berbagai aspek penghentian merokok. Kita akan membahas sejarah rokok, dampak kesehatan dari merokok, berbagai metode dan strategi untuk berhenti, serta tantangan yang mungkin dihadapi selama proses tersebut. Selain itu, kita juga akan melihat pentingnya dukungan sosial dan sumber daya yang tersedia bagi mereka yang ingin menghentikan kebiasaan merokok. Dengan pengetahuan dan alat yang tepat, setiap orang memiliki kemampuan untuk mengubah hidup mereka dengan berhenti merokok. Mari kita mulai perjalanan ini bersama-sama menuju kehidupan yang lebih sehat dan bebas dari asap rokok.

B. Pengertian dan Sejarah Merokok

Rokok adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar, dihisap dan/atau dihirup termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica*, dan spesies lainnya atau sintetisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar, dengan atau tanpa bahan tambahan (Kemenkes RI, 2017). Merokok merupakan tindakan menghirup dan mengembuskan asap dari berbagai bahan tanaman yang terbakar termasuk mariyuana dan hashish, tetapi tindakan ini paling sering dikaitkan dengan tembakau yang dihisap dalam rokok, cerutu, atau pipa (Rose et al., 2024).

Merokok tembakau, telah lama dilakukan oleh suku Indian Amerika, diperkenalkan ke Eropa oleh Christopher Columbus dan penjelajah lainnya. Merokok segera menyebar ke daerah lain dan kini dipraktikkan secara luas di seluruh dunia meskipun ada argumen medis, sosial, dan agama yang menentangnya. Pada awal abad ke-20, produk tembakau yang paling umum adalah cerutu, tembakau pipa, dan tembakau kunyah. Produksi massal rokok masih dalam tahap awal, meskipun kebiasaan merokok mulai meningkat drastis. Menurut edisi kesembilan Encyclopædia Britannica (1888), produk tembakau diduga menghasilkan beberapa efek kesehatan yang merugikan, namun tembakau juga dianggap memiliki khasiat obat. Banyak cendekiawan dan profesional kesehatan saat itu menganjurkan penggunaan tembakau untuk efek seperti peningkatan konsentrasi dan kinerja, menghilangkan kebosanan, dan peningkatan suasana hati (Rose et al., 2024).

Pada awal abad ke-21, pandangan terhadap merokok telah berubah, tembakau telah dikenal sebagai zat yang sangat adiktif dan salah satu penyebab kematian dan penyakit mematikan di dunia. Selain itu, karena peningkatan pesat dalam merokok di negara-negara berkembang pada akhir abad ke-20, jumlah kematian terkait merokok per tahun diproyeksikan akan meningkat pesat pada abad ke-21. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) memperkirakan bahwa pada akhir tahun 1990-an terdapat sekitar empat juta kematian akibat tembakau per tahun di seluruh dunia. Perkiraan ini meningkat menjadi sekitar lima juta pada tahun 2003 dan enam juta pada tahun 2011 dan diperkirakan akan mencapai delapan juta per tahun pada tahun 2030. Diperkirakan 80 persen dari kematian tersebut diproyeksikan terjadi di negara-negara berkembang. Meskipun penggunaan tembakau menurun di banyak negara di Eropa Barat dan Amerika Utara serta di Australia, penggunaan tembakau terus meningkat di negara-negara di Asia, Afrika, dan Amerika Selatan (Rose et al., 2024).

Penyebab utama meningkatnya jumlah penyakit dan kematian akibat tembakau adalah peningkatan besar dalam kebiasaan merokok selama abad ke-20. Selama masa itu, kebiasaan merokok tumbuh hingga mencapai sekitar 80 persen

dari pasar tembakau dunia. Meskipun demikian, semua produk tembakau bersifat racun dan adiktif. Di beberapa wilayah di dunia, penggunaan produk tembakau tanpa asap merupakan masalah kesehatan utama.

Aturan tentang udara bersih yang melarang merokok mulai meluas. Pada tahun 1980-an dan 1990-an, aturan yang mengharuskan area bebas rokok diterapkan masih terbatas di restoran dan tempat kerja. Namun, temuan bahwa racun dalam asap rokok yang dapat dengan mudah menyebar ke seluruh ruang yang luas menyebabkan larangan yang jauh lebih kuat. Sejak tahun 2000, banyak kota, negara bagian, dan wilayah di seluruh dunia, termasuk Kota New York pada tahun 2003, Skotlandia pada tahun 2006, Nairobi pada tahun 2007, dan Chicago pada tahun 2008, telah menerapkan larangan merokok secara menyeluruh. Larangan merokok di restoran, bar, dan tempat kerja tertutup. Larangan ini diperkenalkan pada tahun 2011 di China, yang merupakan rumah bagi sepertiga populasi perokok global, melarang merokok di hotel, restoran, dan ruang publik lainnya (larangan tersebut belum mencakup merokok di tempat kerja, dan juga tidak menentukan hukuman bagi pelanggarnya) (Rose et al., 2024).

Selain itu, seluruh negara telah menerapkan larangan merokok di tempat kerja atau restoran atau, dalam beberapa kasus, di semua tempat umum, termasuk Irlandia, Norwegia, dan Selandia Baru pada tahun 2004 dan Prancis dan India pada tahun 2008. Pada tahun 2005 Bhutan menjadi negara pertama yang melarang merokok di tempat umum dan penjualan produk tembakau (Rose et al., 2024). Pada tahun 2006, Uruguay menjadi negara pertama di kawasan Amerika Selatan yang sepenuhnya bebas asap rokok dengan memberlakukan larangan merokok di semua tempat umum dan tempat kerja (WHO, 2023).

C. Prevalensi Merokok di Indonesia

Indonesia merupakan salah satu negara dengan tingkat prevalensi merokok tertinggi di dunia, khususnya di kalangan pria dewasa (Amalia et al., 2019) (Hapsari et al., 2020). Survei Tembakau Dewasa Global (GATS) pada tahun 2021 melaporkan bahwa Indonesia memiliki jumlah perokok pria tertinggi dan jumlah perokok terbesar ketiga di dunia setelah India dan Tiongkok (Sukmadi et al., 2023). Di Indonesia, terdapat variasi regional yang signifikan dalam prevalensi merokok antar kabupaten, berkisar antara 9% hingga 81% untuk laki-laki dan 0% hingga 50% untuk perempuan (Hapsari et al., 2020).

Meskipun terdapat beberapa kebijakan pengendalian tembakau yang diterapkan oleh pemerintah Indonesia sejak tahun 2007, tidak ada perubahan yang signifikan secara statistik pada prevalensi merokok secara keseluruhan antara tahun 2007 dan 2014 (Amalia et al., 2019). Faktanya, harga rokok menjadi lebih terjangkau

pada periode ini, dengan perokok pada tahun 2014 mengonsumsi lebih banyak rokok dan menghabiskan lebih banyak uang untuk membeli rokok dibandingkan tahun 2007 (Amalia et al., 2019). Hal ini menunjukkan bahwa upaya pengendalian tembakau yang diterapkan belum memberikan dampak positif terhadap penurunan perilaku merokok di kalangan orang dewasa Indonesia.

Tingginya prevalensi merokok di Indonesia mempunyai implikasi kesehatan dan ekonomi yang signifikan. Merokok merupakan penyebab utama penyakit dan kematian yang dapat dicegah di seluruh dunia (Palipudi et al., 2015), dan di Indonesia, rokok berkontribusi terhadap peningkatan pengeluaran kesehatan, khususnya di daerah pedesaan (Firmansyah et al., 2022). Kementerian Kesehatan Indonesia melaporkan biaya kesehatan akibat merokok mencapai Rp596,61 triliun pada tahun 2015 (Firmansyah et al., 2022).

Untuk mengatasi masalah ini, mungkin diperlukan intervensi pengendalian tembakau yang disesuaikan dengan kelompok masyarakat yang paling tidak beruntung secara sosial, serta peraturan yang lebih ketat mengenai iklan dan penjualan rokok, terutama kepada kaum muda (Sukmadi et al., 2023).

D. Dampak Merokok terhadap Kesehatan

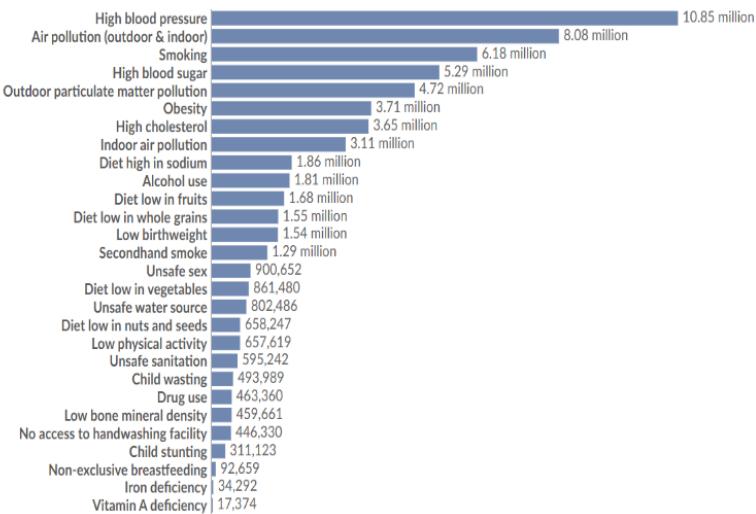
Merokok merupakan masalah kesehatan masyarakat yang utama dengan dampak buruk yang luas terhadap kesehatan. Hal ini secara signifikan mengurangi harapan hidup dan meningkatkan biaya medis secara keseluruhan dan hilangnya produktivitas (Chan, 2017). Merokok dikaitkan dengan berbagai penyakit neurologis, kardiovaskular, dan paru-paru, serta kanker paru-paru, tenggorokan, dan rongga mulut (WHO, 2023). Dampak kesehatan yang buruk dan penyakit yang berhubungan dengan merokok meningkat seiring dengan durasi merokok, dengan bukti yang menunjukkan adanya peningkatan tajam dalam kesehatan yang buruk setelah 30 tahun merokok (Mukong, 2022).

Merokok mempunyai dampak merugikan pada fisiologi manusia, berdampak pada banyak sistem organ dan kesehatan secara keseluruhan. Merokok bertanggung jawab atas jutaan kematian yang dapat dicegah di seluruh dunia dan diketahui menyebabkan lebih banyak jenis penyakit pada manusia dibandingkan racun lainnya. Dampak buruk tembakau dimulai pada perokok muda, yang mengalami gejala pernafasan, peningkatan angka infeksi, dan bukti adanya efek kardiovaskular segera setelah mulai merokok, bahkan pada tingkat penggunaan rokok yang rendah (Schwab, 2011).

Deaths by risk factor, World, 2021

Our World
in Data

The estimated annual number of deaths attributed to each risk factor¹. Estimates come with wide uncertainties, especially for countries with poor vital registration².



Data source: IHME, Global Burden of Disease (2024)

OurWorldInData.org/causes-of-death | CC BY

Note: Risk factors¹ are not mutually exclusive. The sum of deaths attributed to each risk factor can exceed the total number of deaths.

Gambar 2.1 Faktor Risiko Kematian di Dunia

Merokok tidak hanya berdampak pada perokok namun juga menimbulkan risiko kesehatan yang signifikan bagi bukan perokok melalui paparan asap tembakau di lingkungan. Hal ini khususnya mengkhawatirkan bagi anak-anak, karena meningkatkan risiko asma dan masalah kesehatan lainnya (Das, 2003).

Rokok elektrik, yang sering dianggap sebagai alternatif yang lebih aman, juga dikaitkan dengan efek samping akut pada kardiovaskular dan potensi risiko jangka panjang (Fountoulakis et al, 2023).

Merokok mempengaruhi berbagai aspek kesehatan manusia, termasuk sistem kardiovaskular, pernafasan, kekebalan tubuh, pencernaan, saraf, dan reproduksi (Annareddy et al., 2024). Hal ini dikaitkan dengan peningkatan risiko berbagai jenis kanker, penyakit kardiovaskular, penyakit pernapasan, dan masalah reproduksi. Menariknya, tubuh perempuan lebih rentan terhadap efek racun dan karsinogenik tembakau dibandingkan tubuh laki-laki, dengan risiko lebih tinggi terkena penyakit akibat merokok (Badzai & Scherbina, 2019).

Dampak merokok terhadap tubuh manusia sangat luas dan parah. Penyakit mempengaruhi hampir setiap sistem organ, menyebabkan berbagai masalah kesehatan dan secara signifikan meningkatkan risiko kematian dini. Dampak berbahaya dari merokok tidak hanya terbatas pada perokok aktif namun juga meluas pada mereka yang menjadi perokok pasif.

E. Mengapa Sulit Berhenti Merokok?

Berhenti merokok merupakan sebuah tantangan karena adanya interaksi kompleks antara faktor biologis, psikologis, dan sosial. Ketergantungan nikotin memainkan peran penting, dimana perokok mengalami kecanduan fisik dan gejala penarikan diri ketika mencoba untuk berhenti (Gambaryan, 2013). Gejala penarikan diri ini, termasuk keinginan atau hasrat yang kuat untuk merokok (*craving*), kesulitan menghadapi stres, dan kemarahan, dilaporkan lebih sering terjadi pada perokok yang mencoba berhenti dibandingkan dengan mantan perokok.

Perokok dengan tingkat persepsi risiko yang lebih tinggi untuk berhenti merokok cenderung mengalami keinginan (*craving*), gejala putus obat, dan depresi yang lebih kuat selama berpantang, sehingga lebih sulit bagi mereka untuk berhenti dan tetap berpantang (Weinberger et al., 2009). Hal ini menunjukkan bahwa faktor psikologis, seperti persepsi risiko, dapat mempengaruhi proses berhenti merokok. Selain itu, sifat siklus merokok dan berhenti merokok sepanjang hidup seseorang berkontribusi terhadap sulitnya mencapai keberhasilan berhenti merokok.

Kombinasi kecanduan nikotin, gejala penarikan diri, stres, dan faktor psikologis menjadikan berhenti merokok sebagai proses yang penuh tantangan. Penghentian yang berhasil seringkali memerlukan pendekatan multifaset, termasuk farmakoterapi (seperti terapi penggantian nikotin atau varenicline) dan intervensi perilaku (Tonnesen, 2015). Memahami sifat kompleks dari berhenti merokok dapat membantu mengembangkan strategi yang lebih efektif untuk mendukung individu dalam upaya berhenti merokok dan mencegah kekambuhan.

Berhenti merokok menjadi tantangan besar bagi banyak orang, dan ada beberapa alasan mengapa proses ini terasa sangat sulit. Beberapa faktor utama yang berkontribusi terhadap kesulitan berhenti merokok:

1. Kecanduan Nikotin

Nikotin adalah komponen farmakologis utama yang terkandung dalam tembakau dan memiliki sifat adiktif yang sangat kuat. Nikotin adalah zat kimia yang terdapat secara alami dalam tembakau, yang jumlahnya sekitar lima persen dari berat tanaman. Zat ini juga dapat ditemukan dalam kadar yang jauh lebih rendah pada varietas tanaman lain dari famili Solanaceae, termasuk tomat, kentang, dan terong. Dalam bentuk murni, zat ini berupa cairan tak berwarna, tak berbau, dan memiliki konsistensi berminyak. Semua produk tembakau mengandung nikotin, termasuk rokok, rokok yang tidak dibakar (produk tembakau yang dipanaskan tanpa dibakar atau produk tembakau yang dipanaskan), cerutu, tembakau tanpa asap (seperti tembakau celup, tembakau sedot, tembakau snus, dan tembakau kunyah), tembakau hookah, dan sebagian besar rokok elektronik. (FDA, 2022).

Ketika seseorang merokok, nikotin dengan cepat diserap ke dalam aliran darah dan mencapai otak, di mana ia merangsang pelepasan dopamin. Dopamin adalah zat kimia yang memberikan perasaan nyaman dan bahagia. Seiring waktu, tubuh membangun toleransi terhadap nikotin, sehingga perokok membutuhkan lebih banyak rokok untuk mencapai efek yang sama. Hal ini menciptakan siklus ketergantungan yang sulit diputuskan.

Nikotin dari rokok yang dihisap mencapai otak hanya dalam 7 detik setelah dihirup. Menghirup asap rokok menyebabkan nikotin dengan cepat melewati sawar darah otak dan mengikat reseptor asetilkolin nikotinik (nAChRs) di otak. Aktivasi nAChRs menstimulasi sistem dopamin mesokortikolimbik yang merupakan jalur penghargaan sehingga menghasilkan efek penguatan utama nikotin (Mahajan et al., 2021).

Nikotin bertanggung jawab atas penggunaan tembakau yang meluas dan efek putus nikotin yang signifikan yang mengakibatkan tantangan terhadap terapi penghentian merokok. Kecanduan nikotin ini yang berkontribusi besar terhadap kesulitan berhenti merokok. Kecanduan nikotin sering kali dimulai pada masa remaja dan ini setidaknya sebagian disebabkan oleh fakta bahwa otak remaja paling rentan terhadap efek neuro-inflamasi nikotin. Neuro inflamasi nikotin ini melibatkan sel mikroglia yang merupakan sensor homeostatis utama otak dalam ketergantungan obat dan manifestasi perilaku pada otak remaja. Ciri khas neuro-inflamasi adalah aktivasi mikroglia. Aktivasi mikroglia oleh nikotin selama perkembangan remaja dapat mengakibatkan kecanduan nikotin jangka panjang. (Mahajan et al., 2021).

Perokok remaja adalah yang paling mungkin untuk kambuh dan lebih rentan terhadap tekanan teman sebaya yang membuat mereka lebih rentan untuk kembali merokok setelah penghentian. Perokok remaja mungkin meremehkan konsekuensi kesehatan dari merokok dan karena itu membatasi tekad mereka untuk berhenti. Hal ini menegaskan bahwa strategi pencegahan harus dirancang sejak dini untuk mengurangi, menunda, atau menghilangkan akses kaum muda terhadap rokok.

2. Gejala Putus Nikotin

Ketika perokok berusaha untuk berhenti, mereka sering mengalami gejala putus nikotin, seperti kecemasan, iritabilitas, kesulitan berkonsentrasi, dan keinginan yang kuat untuk kembali merokok. Gejala ini dapat membuat mereka merasa tidak nyaman dan mendorong kembali ke kebiasaan merokok untuk menghindari rasa tidak nyaman tersebut.

Gejala putus nikotin merupakan tantangan besar bagi individu yang mencoba berhenti merokok. Penghentian penggunaan tembakau secara tiba-tiba

dapat menyebabkan beberapa gejala tidak nyaman. Gejala putus nikotin umumnya meliputi kecemasan, disforia, mudah tersinggung, insomnia, dan penambahan berat badan. Gejala-gejala ini muncul karena adaptasi saraf di otak yang terjadi akibat penggunaan nikotin kronis, sehingga mendorong penggunaan terus-menerus untuk mengurangi gejala putus obat. Tingkat keparahan gejala putus obat dapat bervariasi berdasarkan faktor individu, dimana mereka yang memiliki metabolisme nikotin lebih cepat mengalami gejala yang lebih parah (Gogineni et al., 2023).

Waktu terjadinya gejala putus nikotin menunjukkan variasi sirkadian, seringkali mencapai puncaknya pada pagi dan sore hari (Nosen & Woody, 2013). Pola *craving* yang terjadi setiap hari ini menyoroti pentingnya intervensi yang ditargetkan pada waktu-waktu tertentu dalam sehari. Selain itu, pemicu lingkungan seperti bau dan rasa tembakau dapat memicu peningkatan nafsu makan bahkan setelah pantang dalam waktu lama. Hal ini menegaskan sifat kompleks dari kecanduan nikotin, lebih dari sekadar ketergantungan fisik (Gogineni et al., 2023).

3. Faktor Lingkungan

Lingkungan sosial juga memainkan peran penting. Jika seseorang sudah berhenti merokok dan berada di sekitar teman-teman yang merokok, kemungkinan besar mereka akan kembali merokok. Melihat teman-teman yang merokok dapat menjadi pemicu kuat bagi individu untuk terus merokok. Sebuah penelitian menunjukkan bahwa 86,4% perokok merasa ter dorong untuk merokok ketika berada di sekitar teman yang merokok (Rohayatun et al, 2015). Kebutuhan untuk diterima dalam kelompok sosial sering kali membuat individu merasa terpaksa untuk merokok agar bisa bergaul dengan teman-teman mereka.

Faktor lingkungan seperti dukungan sosial dan larangan merokok berdampak signifikan terhadap keberhasilan berhenti merokok. Penerimaan masyarakat terhadap kebiasaan merokok di lingkungan tertentu dapat menghambat upaya berhenti merokok, sementara lingkungan bebas rokok dapat mendorong sikap positif terhadap berhenti merokok. Selain itu, pengaruh orang tua dan teman sebaya memainkan peran penting dalam penghentian merokok pada remaja. Hal ini menyiratkan pentingnya mempertimbangkan faktor lingkungan dalam mengembangkan intervensi dan kebijakan berhenti merokok yang efektif.

4. Faktor Psikologis

Faktor psikologis mempengaruhi inisiasi dan pemeliharaan upaya berhenti merokok. Ketergantungan nikotin, stres, dan masalah kesehatan mental

merupakan faktor kunci yang berkontribusi terhadap tantangan yang dihadapi perokok ketika mencoba berhenti (Cosci et al., 2011).

Stres adalah penyebab utama kekambuhan kebiasaan merokok. Banyak orang menggunakan rokok sebagai sarana pengaturan emosi diri sebagai respons terhadap situasi stres (Patterson et al., 2022). Perokok sering menganggap rokok sebagai alat pereda stres, meskipun efek ini kemungkinan besar disebabkan oleh hilangnya suasana hati negatif yang disebabkan oleh penarikan diri daripada pengurangan stres yang sebenarnya. Selain itu, gejala kesehatan mental, khususnya depresi, dikaitkan dengan hambatan untuk berhenti merokok terutama di kalangan mereka yang menggunakan rokok sebagai mekanisme pertahanan diri terhadap stres (Tran et al., 2022). Kecemasan sosial adalah faktor psikologis lain yang sangat terkait dengan hambatan yang dirasakan untuk berhenti merokok (Buckner et al., 2014). Selain itu, keyakinan individu tentang sifat mudah terpengaruh kecanduan yang dikenal sebagai pola pikir kecanduan dapat memengaruhi motivasi mereka untuk berhenti, komitmen untuk berhenti, dan efikasi diri untuk tidak merokok.

5. Dukungan Sosial

Dukungan sosial juga berperan dalam mempengaruhi sulitnya berhenti merokok. Penelitian telah menunjukkan bahwa peningkatan dukungan sosial dapat melindungi individu dari dampak buruk gejala putus obat termasuk gejala putus nikotin. Dukungan sosial dapat melindungi individu dari stres terkait dengan berhenti merokok sehingga mengurangi risiko kambuh (Creswell et al., 2015).

Jenis dukungan sosial yang berbeda dapat memberikan dampak yang berbeda-beda pula terhadap upaya berhenti merokok. Kontrol sosial yang positif dari orang-orang terdekat terbukti melindungi perokok hamil dari dampak negatif merokok terhadap ketergantungan nikotin (Fillo et al., 2019). Hal ini menunjukkan bahwa bentuk dukungan sosial positif berpotensi membantu upaya berhenti merokok.

Dukungan sosial menjadi faktor penting dalam menentukan keberhasilan upaya berhenti merokok. Program berhenti merokok berbasis komunitas perlu mempertimbangkan aspek aspek dukungan sosial di masyarakat supaya bisa efektif.

F. Manfaat Berhenti Merokok bagi Kesehatan Jangka Panjang

Berhenti merokok menawarkan manfaat kesehatan jangka panjang yang signifikan dalam berbagai aspek kesehatan fisik. Berhenti merokok mengurangi angka kematian secara keseluruhan, angka kematian kardiovaskular, dan angka kematian terkait kanker dalam waktu 5 tahun, dengan risiko pada beberapa kasus berkurang hingga ke tingkat yang sebanding dengan mereka yang tidak pernah merokok (Menzin et al., 2009). Manfaatnya meluas ke berbagai sistem organ, khususnya kesehatan kardiovaskular dan pernafasan.

Untuk kesehatan jantung, berhenti merokok menyebabkan penurunan risiko penyakit jantung iskemik (IHD) secara signifikan. Dalam waktu satu tahun setelah berhenti, risiko IHD menurun setengahnya dibandingkan dengan perokok tetap, dan setelah 15 tahun, risiko tersebut mencapai tingkat bukan perokok (Ostromova et al., 2018). Risiko stroke juga menurun dibandingkan bukan perokok dalam waktu 5-15 tahun setelah berhenti. Selain itu, berhenti merokok secara signifikan mengurangi risiko terjadinya angina stabil dan tidak stabil, infark miokard akut, kematian kardiovaskular, serangan iskemik transien, penyakit arteri perifer, dan aneurisma aorta perut (Ostromova et al., 2018).

Dalam hal kesehatan pernafasan, berhenti merokok adalah intervensi yang paling efektif untuk meminimalkan risiko kondisi pernafasan kronis (Godtfredsen & Prescott, 2011). Meskipun beberapa peradangan mungkin menetap pada mantan perokok yang menderita penyakit paru obstruksi kronis (PPOK), berhenti merokok tetap penting dalam mencegah morbiditas dini, kecacatan, dan kematian terkait penyakit pernafasan.

Menurut WHO (2020), perubahan kesehatan yang terjadi setelah berhenti merokok yaitu:

1. Dalam 20 menit, detak jantung dan tekanan darah turun.
2. Setelah 12 jam, kadar karbon monoksida dalam darah turun menjadi normal.
3. 2-12 minggu, sirkulasi membaik dan fungsi paru-paru meningkat.
4. 1-9 bulan, batuk dan sesak nafas berkurang.
5. Dalam 1 tahun, risiko terkena penyakit jantung koroner adalah sekitar setengah risiko perokok.
6. Setelah 5 tahun, risiko terkena stroke berkurang menjadi bukan perokok.
7. Dalam 10 tahun, risiko terkena kanker paru-paru turun menjadi sekitar setengah dari risiko seorang perokok dan risiko terkena kanker mulut, tenggorokan, kerongkongan, kandung kemih, leher rahim, dan pankreas menurun.
8. 15 tahun, risiko penyakit jantung koroner sama dengan risiko bukan perokok.
9. Pada usia sekitar 30 tahun, harapan hidup meningkat hampir 10 tahun.
10. Pada usia sekitar 40 tahun, harapan hidup meningkat 9 tahun.

11. Pada usia sekitar 50 tahun, harapan hidup meningkat 6 tahun.
12. Pada usia sekitar 60 tahun, harapan hidup meningkat 3 tahun.
13. Setelah timbulnya penyakit yang mengancam jiwa, orang yang berhenti merokok setelah mengalami serangan jantung mengurangi kemungkinan terkena serangan jantung lagi sebesar 50%.
14. Berhenti merokok mengurangi risiko dari banyak penyakit pada anak-anak, seperti penyakit pernafasan (misalnya asma) dan infeksi telinga.
15. Berhenti merokok juga mengurangi kemungkinan terjadinya impotensi, sulit hamil, kelahiran prematur, bayi dengan berat badan lahir rendah dan keguguran (WHO, 2020).

G. Alasan Penting untuk Berhenti Merokok

Berdasarkan hasil berbagai penelitian, alasan utama untuk berhenti merokok adalah kekhawatiran munculnya masalah kesehatan. Penelitian oleh Dickens *et al.*, (2013), pasien menyebut masalah kesehatan sebagai motivasi signifikan untuk berhenti merokok. Demikian pula, Wellman *et al.*, (2017) menemukan bahwa lebih dari 70% perokok dewasa muda menganggap kekhawatiran akan penyakit atau tetap merokok ketika sudah tua sebagai alasan yang sangat penting untuk berhenti. Bagi mantan perokok, masalah kesehatan pribadi sebagai alasan untuk berhenti merokok.

Faktor sosial dan pengaruh lingkungan juga memainkan peran penting dalam penghentian merokok. Buczkowski *et al.*, (2014) menyoroti bahwa larangan merokok di rumah dan di tempat kerja karena keinginan dan aturan orang lain merupakan motivasi yang signifikan untuk berhenti merokok. Selain itu, O'Loughlin *et al.*, (2016) mengungkapkan bahwa ketidaksetujuan sosial dianggap sebagai alasan penting untuk berhenti oleh 28% remaja perokok, meskipun alasan kesehatan lebih umum. Kesimpulannya, meskipun masalah kesehatan tetap menjadi alasan paling umum untuk berhenti merokok, faktor sosial dan lingkungan juga memainkan peran penting. Mahalnya harga rokok, kehamilan dan menyusui, serta bau asap yang tidak sedap merupakan faktor penting lainnya yang mempengaruhi keputusan berhenti (Buczkowski et al., 2014). Temuan ini menunjukkan bahwa intervensi berhenti merokok harus mencakup berbagai aspek, termasuk pendidikan kesehatan, dukungan sosial, dan perubahan lingkungan, agar dapat memotivasi perokok untuk berhenti secara efektif.

Motivasi intrinsik dan ekstrinsik juga berperan dalam berhenti merokok. Motivasi intrinsik, seperti masalah kesehatan dan keinginan untuk mengendalikan diri umumnya lebih efektif untuk keberhasilan jangka panjang. Sebaliknya, motivasi

ekstrinsik mencakup penguatan langsung dan pengaruh sosial juga memainkan peran penting.

Perbedaan antara motivasi intrinsik dan ekstrinsik tidak selalu jelas. Alasan apa pun untuk berhenti atau terus merokok dapat dianggap sebagai alasan intrinsik atau ekstrinsik, bergantung pada motivasi intrinsik individu untuk merokok (Brown et al., 2024). Hal ini menunjukkan bahwa persepsi motivasi bersifat subjektif dan dapat berubah seiring berjalananya waktu. Misalnya, orang yang berhenti merokok dengan motivasi ekstrinsik mungkin masih memiliki keinginan yang kuat untuk merokok, sedangkan motivasi intrinsik untuk merokok dapat berubah menjadi motivasi ekstrinsik, sehingga berpotensi meningkatkan motivasi intrinsik untuk berhenti.

Motivasi intrinsik tampaknya lebih efektif untuk berhenti merokok. Tingkat motivasi intrinsik yang lebih tinggi dibandingkan dengan motivasi ekstrinsik berhubungan dengan tahap kesiapan berhenti merokok yang lebih tinggi dan keberhasilan berhenti merokok setelahnya. Memahami interaksi antara motivasi intrinsik dan ekstrinsik dapat membantu dalam merancang intervensi berhenti merokok yang lebih efektif. Menargetkan motivasi intrinsik dan mengatasi alasan mendasar merokok mungkin penting dalam meningkatkan kemungkinan keberhasilan berhenti merokok.

H. Pengaruh Merokok terhadap Kehidupan Sosial, Finansial, dan Emosional

Merokok mempunyai dampak negatif yang signifikan terhadap aspek kehidupan sosial, finansial, dan emosional. Penelitian menunjukkan bahwa merokok dikaitkan dengan rendahnya kepuasan hidup dan dukungan sosial/emosional, terutama di kalangan dewasa muda dan orang lanjut usia (Xie et al., 2022). Perokok cenderung menyampaikan kepuasan hidup yang rendah dibandingkan dengan bukan perokok dan mantan perokok. Hal ini menunjukkan bahwa berhenti merokok dapat meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan (Wilmans & Rashied, 2020), (Xie et al., 2022).

Kesulitan pada masa kanak-kanak dikaitkan dengan peningkatan kebiasaan merokok dan gejala depresi di kemudian hari, serta penurunan partisipasi dalam organisasi keagamaan (Dagdas, 2019). Hal ini menyoroti dampak jangka panjang dari pengalaman awal kehidupan terhadap perilaku merokok dan keterlibatan sosial. Selain itu, faktor sosial seperti kebiasaan merokok saudara kandung dan teman, serta ciri-ciri kepribadian seperti sifat memberontak, memainkan peran penting dalam inisiasi merokok remaja.

Merokok berdampak negatif pada berbagai aspek kehidupan, termasuk hubungan sosial, kesejahteraan emosional, dan stabilitas keuangan. Dampak

psikologis dari merokok, seperti berkurangnya kepuasan hidup dan emosional, harus dipertimbangkan ketika mengembangkan kebijakan pengendalian tembakau (Wilmans & Rashied, 2020). Menerapkan strategi alternatif yang memperhatikan aspek psikologis dari merokok, selain metode tradisional seperti menaikkan harga rokok, mungkin bisa lebih efektif dalam mengurangi prevalensi merokok dan meningkatkan kualitas hidup individu dan masyarakat secara keseluruhan.

I. Membangun Komitmen untuk Berhenti Merokok

Komitmen untuk berhenti merokok juga menentukan keberhasilan berhenti merokok. Penelitian telah menunjukkan bahwa komitmen yang kuat secara signifikan meningkatkan kemungkinan berhenti merokok (Kahler et al., 2007). Komitmen sering kali disamakan dengan keseriusan atau keteguhan hati dan dianggap sebagai kunci keberhasilan berhenti merokok. Hal ini bisa bersifat tentatif atau sementara pada awalnya namun juga bersifat kumulatif yang berkembang seiring dengan kemajuan upaya berhenti (Smith et al., 2015). Sifat komitmen yang multidimensi ini menunjukkan bahwa komitmen tersebut dapat dikembangkan dan diperkuat seiring berjalaninya waktu, kemungkinan besar melalui intervensi yang ditargetkan. Membangun komitmen untuk berhenti merokok sangat penting untuk keberhasilan penghentian. Profesional layanan kesehatan termasuk perawat harus mengevaluasi tingkat komitmen pasien untuk berhenti dan memberikan pendidikan tentang modifikasi perilaku. Program berhenti merokok dan tindak lanjut yang berkelanjutan dapat membantu meningkatkan strategi perubahan diri dan memperkuat komitmen (Sugavanaselvi & Rajalakshmi, 2022). Dengan berfokus pada peningkatan komitmen, penyedia layanan kesehatan dapat meningkatkan efektivitas intervensi berhenti merokok dan meningkatkan angka berhenti merokok di kalangan perokok.

J. Memahami Ketergantungan Nikotin

1. Mekanisme Ketergantungan Nikotin di Otak

Mekanisme ketergantungan nikotin merupakan proses kompleks dan multi jalur. Mekanisme ini melibatkan aktivasi jalur reward otak, interaksi dengan neurotransmitter seperti dopamin dan serotonin, serta regulasi ekspresi gen reseptor nikotin. Mekanisme kompleks di otak ini melibatkan beberapa sistem neurotransmitter utama. Nikotin bekerja terutama dengan mengaktifkan reseptor asetilkolin nikotinik (nAChR), khususnya subtipe $\alpha 4\beta 2$ dan $\alpha 7$, yang menyebabkan pelepasan dopamin di sistem mesolimbik (De Biasi & Dani, 2011). Mekanisme ini dikenal dengan depolarisasi neuron. Nikotin berikatan dengan reseptor asetilkolin nikotinat (nAChR) pada neuron, menyebabkan depolarisasi neuron dan meningkatkan transmisi sinaptik. Hal ini memicu pelepasan dopamin dan

serotonin, yang berkontribusi pada efek rewarding dan stimulan nikotin (Setiawati, 2013). Pelepasan dopamin di zona reward otak seperti NAc meningkatkan rasa puas dan keinginan untuk menggunakan nikotin kembali. Dopamin juga berperan dalam memori dan motilitas, sehingga penggunaan nikotin dapat memicu perilaku repetitif. Nikotin juga mempengaruhi sistem serotonin, yang berperan dalam mengatur mood dan perilaku. Peningkatan serotonin dapat menyebabkan gejala kejang dan ketergantungan nikotin stadium awal (Setiawati, 2013).

Aktivasi nAChR juga menyebabkan peningkatan ion calcium intraseluler, yang menginduksi kontraksi otot dan pelepasan berbagai neurotransmitter dan hormon lainnya. Hal ini memperkuat efek stimulan dan rewarding nikotin. Sistem norepinefrin juga dipengaruhi oleh nikotin, yang dapat meningkatkan transmisi saraf norepinefrinergik.

Peningkatan dopamin di nucleus accumbens berperan penting dalam efek penguatan dan reward dari nikotin. Selain itu, glutamat, GABA, dan sistem endocannabinoid juga terlibat dalam modulasi efek nikotin (Xi et al., 2009). Mekanisme rewards pathway menjelaskan bagaimana nikotin memicu pelepasan dopamin di zona reward otak, seperti nucleus accumbens (NAc). Dopamin ini bertanggung jawab atas efek stimulan dan rewarding yang membuat seseorang ingin menggunakan nikotin kembali (Wibowo et al., 2022).

Terdapat perbedaan mekanisme antara fase akuisisi ketergantungan dan gejala putus nikotin. Saat putus nikotin, terjadi penurunan fungsi reseptor metabotropik glutamat 2/3 presinaptik dan peningkatan ekspresi subunit reseptor glutamat postsinaptik di area limbik dan frontal otak (Markou, 2008). Hal ini menunjukkan adanya neuroadaptasi sebagai respons terhadap paparan nikotin kronis. Selain itu, gejala putus nikotin juga melibatkan kompleks habenula epitalamik dan targetnya, yang dimediasi oleh subunit nAChR α5, α2, dan β4 (De Biasi & Dani, 2011).

Pemahaman tentang mekanisme neurobiologis ini membuka peluang untuk pengembangan terapi farmakologis baru. Pendekatan yang menjanjikan termasuk agen yang menargetkan sistem asetilkolin, dopamin, glutamat, GABA, dan endocannabinoid di otak (Xi et al., 2009). Selain itu, strategi farmakokinetik untuk mengubah ketersediaan, metabolisme, dan eliminasi nikotin plasma juga berpotensi memengaruhi efek nikotin di otak. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengoptimalkan pendekatan-pendekatan ini dalam pengobatan ketergantungan nikotin.

2. Ketergantungan Psikologis dan Fisik

Ketergantungan nikotin merupakan kelainan kompleks yang meliputi aspek psikologis dan fisik. Ketergantungan fisik pada nikotin berkembang melalui serangkaian gejala yang berkorelasi dengan perubahan struktur otak dalam sirkuit kecanduan. Perokok sering kali menggambarkan gejala ketergantungan fisik yang berkembang dari "keinginan/wanting", menjadi "idaman/craving", dan akhirnya "kebutuhan/needing" untuk merokok. Intensitas keinginan yang disebabkan oleh tidak merokok berkorelasi dengan aktivasi spontan jaringan terkait kecanduan di otak (DiFranza, 2015). Aspek biologis dan perilaku dari kecanduan nikotin dapat berkembang selama masa remaja dan berlanjut sepanjang hidup. Gejala fisik ketergantungan nikotin mulai muncul ketika remaja hanya merokok beberapa batang setiap bulannya. Ketergantungan fisik berkembang melalui serangkaian gejala yang berkorelasi dengan perubahan struktur otak dalam sirkuit kecanduan. Perokok sering menggambarkan gejala ketergantungan fisik mereka sebagai "wanting", kemudian "craving", dan akhirnya "needing" untuk merokok. Gejala-gejala ini muncul ketika perokok terlalu lama tidak merokok. Intensitas nafsu keinginan yang disebabkan oleh tidak merokok berkorelasi dengan aktivasi spontan jaringan terkait kecanduan di otak seperti yang diilustrasikan dalam abstrak grafis artikel ini. Awalnya, merokok satu batang rokok dapat mencegah gejala putus obat selama berminggu-minggu, namun seiring dengan berkembangnya toleransi, rokok harus dihisap dengan interval yang semakin pendek untuk menekan gejala putus obat. Kebutuhan fisiologis untuk berulang kali mengonsumsi nikotin dalam jangka waktu yang lebih pendek menjelaskan keseluruhan spektrum gejala dan perilaku kecanduan (DiFranza, 2015).

Meskipun ketergantungan nikotin sering dikaitkan dengan faktor fisik, aspek psikologis memainkan peran penting. 85% perokok yang terbangun di malam hari untuk merokok mengaitkan perilaku ini dengan faktor selain nikotin (Branstetter et al., 2022). Sebuah penelitian menemukan bahwa tekanan psikologis memiliki hubungan langsung dengan terbangun di malam hari untuk merokok, bahkan ketika mempertimbangkan kecanduan nikotin dan penyebab gangguan tidur lainnya (Branstetter et al., 2022). Hal ini menunjukkan bahwa faktor psikologis mungkin sama pentingnya dengan ketergantungan fisik dalam mempertahankan perilaku merokok.

Gejala fisik ketergantungan nikotin dapat berupa gangguan tidur. Gangguan tidur adalah salah satu gejala fisik yang umum dialami oleh pecandu nikotin. Orang yang berusaha untuk berhenti merokok sering mengalami insomnia atau sulit tidur karena penurunan dopamin yang mempengaruhi ritme

tidurnya. Batuk-batuk sering terjadi setelah berhenti merokok karena paru-paru harus membersihkan endapan racun yang tersisa di dalamnya. Batuk ini dapat sangat keras dan berlangsung lama sampai paru-paru sepenuhnya pulih (Hanif, 2021).

Sakit kepala adalah gejala lain yang sering dialami oleh pecandu nikotin. Hal ini disebabkan oleh penurunan kadar nikotin di dalam darah yang mempengaruhi otot-otot di kepala (Pittara, 2022). Masalah pencernaan seperti sembelit atau diare juga dapat timbul jika seseorang berusaha untuk berhenti merokok. Hal ini disebabkan oleh perubahan metabolisme dan fungsi lambung yang dipengaruhi oleh nikotin (Pittara, 2022). Nikotin dapat mempengaruhi sistem saraf pusat, menyebabkan gejala seperti hidung berair, sakit perut, dan gangguan motorik.

Gejala psikis ketergantungan nikotin diantaranya adalah cemas atau gelisah. Pecandu nikotin sering mengalami cemas atau gelisah ketika mereka tidak mendapat asupan nikotin. Hal ini disebabkan oleh penurunan dopamin yang mempengaruhi suasana hati. Gejala marah/frustasi juga umum dialami oleh pecandu nikotin. Mereka mungkin merasa mudah marah atau frustasi ketika tidak mendapat nikotin. Depresi adalah salah satu komplikasi mental yang serius yang dapat dialami oleh pecandu nikotin. Mereka mungkin merasa lemah, kehilangan minat, dan mengalami mood yang buruk. Selain itu, masalah dalam konsentrasi dan sulit belajar juga dapat dialami oleh pecandu nikotin. Hal ini disebabkan oleh penurunan fungsi otak yang dipengaruhi oleh nikotin.

K. Strategi Berhenti Merokok

1. Persiapan Mental untuk Berhenti Merokok

Persiapan mental memainkan peran penting dalam berhenti merokok, terutama bagi individu dengan penyakit mental. Tahapan model perubahan banyak digunakan untuk menilai kesiapan seorang perokok untuk berhenti, dengan tahapan meliputi prakontemplasi, kontemplasi, persiapan, tindakan, dan pemeliharaan (Kumar et al., 2023). Memahami tahapan ini membantu menyesuaikan intervensi dengan tingkat kesiapan individu.

Bagi pasien dengan penyakit mental, berhenti merokok bisa menjadi tantangan tersendiri karena tingkat kecanduan nikotin yang lebih tinggi dan peningkatan risiko gejala depresi setelah berhenti. Namun, ada strategi yang efektif untuk mengatasi tantangan ini. Program 5R (*Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, dan Repetition*), yang berfokus pada Relevansi, Risiko, Imbalan, Penghalang Pandang, dan Pengulangan, terbukti menjanjikan dalam membantu mental perokok mempersiapkan diri untuk berhenti merokok. Selain itu, terapi perilaku kognitif dan teknik manajemen suasana hati dapat bermanfaat untuk

mengatasi masalah kesehatan mental selama proses berhenti merokok (Kumar et al., 2023).

Komitmen kuat dengan tekad kuat untuk berhenti merokok. Tekad ini akan membantu meyakinkan diri sendiri tentang kemampuan untuk mengalahkan kebiasaan buruk ini. Selanjutnya kenali waktu dan situasi kapan sering merokok. Penting untuk dapat mengidentifikasi pemicu dan mengenali waktu dan situasi apa yang sering membuat ingin merokok. Setelah mengetahuinya, cari cara untuk mengubah kebiasaan tersebut dengan aktivitas positif lainnya.

Menghindari stres dapat membantu mempersiapkan mental untuk berhenti merokok. Nikotin sering digunakan untuk mengurangi stres. Oleh karena itu, cari cara lain untuk mengatasi stres seperti meditasi, yoga, latihan pernapasan, atau olahraga ringan. Selain itu usahakan untuk menghindari lingkungan tempat biasa merokok. Hindari tempat-tempat biasa untuk merokok dan situasi yang bisa memicu keinginan merokok. Stres sering kali menjadi penyebab awal merokok. Teknik relaksasi seperti latihan pernapasan, yoga, visualisasi, meditasi, dan mendengarkan musik menenangkan dapat membantu mengurangi stres dan membuat tubuh lebih santai.

Faktor dukungan keluarga dan teman terdekat juga turut berperan dalam menyiapkan strategi berhenti merokok. Beri tahu keluarga dan teman terdekat bahwa anda sedang dalam proses berhenti merokok. Dukungan mereka dapat membantu Anda tetap termotivasi dan mengatasi tantangan yang timbul selama proses berhenti merokok.

Konsultasi mental dengan psikolog atau konselor juga dapat membantu mengidentifikasi faktor-faktor pemicu kebiasaan merokok dan menemukan strategi berhenti merokok yang sesuai dengan kondisi anda.

Dengan persiapan mental yang solid, anda dapat meningkatkan kemampuan untuk mengatasi godaan merokok dan berhasil berhenti merokok. Ingatlah bahwa setiap langkah menuju kebebasan dari rokok adalah langkah menuju kehidupan yang lebih sehat.

2. Metode *Cold Turkey*

Metode "*cold turkey*" adalah metode penghentian total merokok secara tiba-tiba tanpa menggunakan produk pengganti nikotin atau tanpa pengurangan bertahap. Metode ini telah menunjukkan hasil yang menjanjikan dalam program berhenti merokok. Penelitian menunjukkan bahwa pendekatan ini mungkin lebih efektif dibandingkan pendekatan pengurangan bertahap bagi banyak perokok.

Sebuah survei skala besar menemukan bahwa 68,5% perokok yang berusaha berhenti menggunakan metode *cold turkey*, dengan 22-27% berhasil dibandingkan dengan hanya 12-16% dari mereka yang mencoba mengurangi

secara bertahap (Cheong et al., 2007). Studi lain melaporkan tingkat keberhasilan yang mengesankan sebesar 72% pada metode cold turkey dibandingkan dengan hanya 16% pada terapi farmakologis (Johnson et al., 2020). Berhenti merokok dengan metode cold turkey adalah metode yang umum dan efektif untuk mencapai penghentian merokok dalam jangka Panjang.

Dalam sebuah penelitian lain, 89% dari mereka yang telah berhasil berhenti merokok dalam jangka panjang menggunakan metode *cold turkey* (Johnson et al., 2020). Penelitian lain menemukan bahwa 62% orang yang berhasil berhenti merokok menggunakan metode ini (Akhavan et al., 2017). Namun, kesiapan untuk berhenti tampaknya sangat penting. Meskipun faktor individual mempengaruhi keberhasilan, bukti menunjukkan bahwa metode *cold turkey* mungkin merupakan pendekatan yang paling efektif bagi banyak perokok yang mencoba berhenti sendiri. Sarana pelayanan kesehatan dapat mempertimbangkan untuk merekomendasikan hal ini sebagai strategi lini pertama, terutama bagi pasien yang bermotivasi tinggi. Namun, program yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kesiapan individu tetap penting, terutama bagi mereka yang menderita penyakit mental berat atau ketergantungan nikotin yang tinggi.

Langkah-Langkah untuk berhenti merokok dengan metode *cold turkey* sebagai berikut:

a. Pilih hari untuk berhenti yang sesuai

Pilih tanggal yang spesial seperti hari ulang tahun atau pergantian tahun untuk menjadi hari berhenti merokok. Ini dapat membantu tetap termotivasi.

b. Buang Barang-Barang yang Berkaitan dengan Merokok

Buang segala barang-barang yang berkaitan dengan merokok seperti rokok, lighter, dan asbak. Ini dapat membantu mengurangi atraksi untuk merokok lagi.

c. Persiapan Menghadapi *Craving*

Siapkan persediaan seperti permen karet, air mineral, dan makanan ringan sehat untuk menghalangi *craving*.

d. Ubah Rutinitas Harian

Ubah rutinitas harian untuk menghindari situasi yang biasanya membuat anda ingin merokok. Contoh: kumpul dengan teman-teman di malam hari dengan menonton film atau membaca buku (West & Stapleton, 2008).

e. Ingat Alasan Berhenti Merokok

Tuliskan alasan-alasan berhenti merokok seperti meningkatkan kesehatan, melindungi keluarga, dll. Ini dapat membantu Anda tetap fokus dan termotivasi.

f. Gunakan Teknologi

Bergabung dengan aplikasi seperti Smokefree.gov atau unduh aplikasi QuitSTART untuk menerima pesan-pesan dukungan dan rekomendasi yang dapat membantu tetap fokus pada tujuan.

g. Jangan Menyerah

Ingatlah bahwa berhenti merokok adalah proses yang membutuhkan waktu dan perjuangan. Jangan menyerah jika anda mengalami kegagalan awal. Cobalah lagi dan pastikan memiliki rencana yang matang untuk menghadapi *craving* di masa depan.

Dengan persiapan yang cukup dan dukungan yang adekuat, metode cold turkey dapat menjadi strategi yang efektif dalam membantu berhenti merokok secara permanen

3. Pengurangan Bertahap

Metode pengurangan bertahap merupakan salah satu cara berhenti merokok dengan cara mengurangi jumlah rokok yang dihisap secara perlahan dalam jangka waktu tertentu. Metode ini dapat membantu meminimalkan gejala putus nikotin dan memungkinkan perokok beradaptasi secara fisiologis dan psikologis. Langkah-langkah pengurangan bertahap adalah sebagai berikut

a. Tetapkan Target Pengurangan

Tentukan jumlah rokok yang akan dikurangi setiap hari atau setiap minggu. Misalnya, jika saat ini anda merokok 10 batang per hari, kurangi menjadi 8 batang per hari selama satu minggu, kemudian 6 batang pada minggu berikutnya.

b. Buat Jadwal Pengurangan

Buatlah jadwal yang jelas untuk pengurangan jumlah rokok. Misalnya, jika anda merokok 10 batang sehari, buat rencana untuk mengurangi jumlahnya secara bertahap, seperti 9 batang pada minggu pertama, 8 batang pada minggu kedua, dan seterusnya hingga mencapai nol.

c. Tunda Keinginan Merokok

Ketika merasa ingin merokok, cobalah untuk menunda keinginan tersebut selama beberapa menit. Alihkan perhatian Anda dengan melakukan aktivitas lain, seperti berjalan, berolahraga, atau mengunyah permen karet.

Metode ini dapat membuat proses berhenti merokok terasa lebih mudah dan kurang menegangkan dibandingkan dengan berhenti secara tiba-tiba. Dengan mengurangi jumlah rokok secara bertahap, individu memiliki kesempatan lebih besar untuk berhasil berhenti merokok sepenuhnya. Proses pengurangan memungkinkan tubuh dan pikiran beradaptasi secara bertahap terhadap perubahan, sehingga mengurangi gejala putus nikotin yang sering kali

menyakitkan. Dengan pendekatan pengurangan bertahap, perokok dapat merasa lebih siap dan termotivasi untuk akhirnya menghentikan kebiasaan merokok sepenuhnya.

4. Metode Penundaan

Metode penundaan dalam berhenti merokok adalah strategi menunda keinginan untuk merokok pada waktu tertentu, sehingga perokok dapat secara bertahap mengurangi kebiasaan merokok mereka. Metode penundaan berfokus pada pengalihan perhatian dari keinginan untuk merokok dengan cara menunda waktu merokok. Misalnya, jika biasanya merokok pada pukul 07.00 pagi, anda dapat menunda waktu tersebut menjadi pukul 09.00 pada hari pertama.

Langkah-langkah yang dapat dilakukan:

a. Tentukan Waktu Penundaan

Mulailah dengan menentukan waktu di mana anda biasanya merokok dan tambahkan waktu penundaan. Contohnya:

- Hari 1: Merokok pada pukul 09.00
- Hari 2: Merokok pada pukul 11.00
- Hari 3: Merokok pada pukul 13.00
- Hari 4: Merokok pada pukul 15.00
- Hari 5: Merokok pada pukul 17.00
- Hari 6: Merokok pada pukul 19.00
- Hari 7: Merokok pada pukul 21.00

b. Tingkatkan Durasi Penundaan

Setelah beberapa hari, anda dapat meningkatkan durasi penundaan hingga akhirnya anda tidak merokok sama sekali.

c. Mengalihkan Perhatian

Selama periode penundaan, lakukan aktivitas lain untuk mengalihkan perhatian dari keinginan untuk merokok, seperti berolahraga, berbicara dengan teman, atau melakukan hobi yang menyenangkan.

Dengan menunda keinginan untuk merokok akan memberi kesempatan untuk mengatasi kecanduan nikotin secara bertahap. Selain itu, metode ini membantu meningkatkan kontrol diri dan memberikan rasa pencapaian saat berhasil menunda keinginan untuk merokok. Metode penundaan adalah salah satu pendekatan yang efektif bagi banyak perokok yang ingin berhenti merokok secara bertahap. Dengan menetapkan waktu penundaan dan mengalihkan perhatian dari keinginan untuk merokok, individu dapat mengurangi ketergantungan nikotin mereka dan akhirnya mencapai tujuan untuk berhenti merokok sepenuhnya.

5. Penggunaan Terapi Pengganti Nikotin (NRT)

NRT (*Nicotine Replacement Therapy*) adalah metode yang memberikan dosis nikotin dalam bentuk yang lebih aman dan terkontrol daripada merokok. NRT tersedia dalam berbagai bentuk, termasuk: plester nikotin, gula nikotin, inhaler nikotin, dan semprotan hidung nikotin. NRT bertujuan untuk mengurangi gejala penarikan nikotin dan keinginan untuk merokok, sehingga membantu individu beralih dari kebiasaan merokok ke keadaan bebas nikotin. Studi menunjukkan bahwa NRT dapat meningkatkan tingkat keberhasilan seseorang untuk berhenti merokok. Menurut meta-analisis yang dilakukan oleh Cahill et al., (2013), penggunaan NRT dapat meningkatkan peluang untuk berhenti merokok hingga 50-70%.

NRT bekerja dengan memberikan nikotin ke tubuh tanpa menghirup asap tembakau, yang mengandung banyak zat berbahaya. Dengan mengurangi gejala penarikan, NRT memungkinkan individu untuk fokus pada aspek psikologis dan perilaku dari kebiasaan merokok.

Keuntungan penggunaan NRT diantaranya adalah mengurangi gejala penarikan. NRT membantu mengurangi gejala fisik yang terkait dengan penarikan nikotin. Selain itu, pengguna melaporkan merasa lebih mampu mengatasi keinginan merokok ketika menggunakan NRT. Meskipun NRT umumnya dianggap aman, beberapa pengguna mungkin mengalami efek samping seperti: mual, pusing, gangguan tidur, oleh karena itu, penting bagi individu untuk berkonsultasi dengan profesional kesehatan sebelum memulai NRT, terutama bagi mereka dengan kondisi medis tertentu.

NRT merupakan salah satu metode yang membantu individu berhenti merokok. Dengan meningkatkan tingkat keberhasilan dan mengurangi gejala penarikan, NRT berkontribusi pada usaha global untuk mengurangi prevalensi merokok. Namun, pendekatan ini sebaiknya digunakan bersamaan dengan dukungan perilaku dan konseling untuk hasil yang lebih optimal.

6. Obat-obatan untuk Membantu Berhenti Merokok

Untuk membantu berhenti merokok, beberapa obat-obatan telah disetujui oleh organisasi kesehatan dunia (WHO) dan digunakan secara efektif. Berikut adalah beberapa contoh obat-obatan yang umum digunakan diantaranya: Bupropion, Varenicline, Clonidine dan Nortriptyline.

Bupropion mengurangi keparahan efek kecanduan, seperti depresi, perasaan tidak enak, mudah marah, sulit konsentrasi, dan mudah lapar saat seseorang berhenti merokok. Bupropion juga dapat bloking pengambilan dopamin dan norepinefrin, yang membantu mengurangi gejala putus nikotin

(Garnisa & Halimah, 2021). Bupropion dapat mengurangi gejala putus nikotin dan keinginan merokok.

Varenicline bekerja di otak dengan cara menghambat efek menyenangkan yang dihasilkan saat seseorang merokok. Ini mengurangi dorongan orang terhadap nikotin tanpa harus memberi alternatifnya (Garnisa & Halimah, 2021). Varenicline dapat mengurangi keinginan dan gejala putus nikotin dengan mempengaruhi reseptor nikotin di otak.

Clonidine dan nortriptyline adalah obat lini kedua yang digunakan untuk menghentikan kebiasaan merokok. Meskipun tidak sepopuler varenicline dan bupropion, mereka masih dapat membantu dalam proses berhenti merokok dengan mengurangi gejala putus nikotin (Garnisa & Halimah, 2021).

7. Konseling dan Dukungan Kelompok

Konseling dan dukungan kelompok merupakan strategi yang efektif dalam upaya berhenti merokok. Beberapa poin penting tentang konseling dan dukungan kelompok dalam konteks berhenti merokok:

a. Effektivitas Konseling Kelompok

Penelitian Hiscock et al (2013). menunjukkan bahwa 80% pasien yang menerima terapi perilaku kelompok lebih sukses dalam berhenti merokok dibandingkan dengan konseling individual (Garnisa & Halimah, 2021).

b. Konseling kelompok juga dapat memaksimalkan kapasitas dan keterampilan pengaturan diri untuk berhenti merokok. Selain itu, edukasi tambahan tentang farmakoterapi dan dukungan sosial (seperti anggota kelompok atau keluarga) dapat meningkatkan motivasi untuk berhenti merokok.

c. Dukungan Keluarga/Teman Sebaya

Dukungan dari orang terdekat seperti keluarga dan teman sebaya sangat penting dalam meningkatkan motivasi seseorang untuk berhenti merokok. Dukungan dari anggota keluarga dapat membantu seseorang berhenti merokok. Sebaliknya, keberadaan anggota keluarga yang juga merokok bisa menjadi pemicu bagi individu untuk kembali ke kebiasaan merokok. Teman-teman yang mendukung upaya berhenti merokok dapat membantu seseorang dalam perjalanan mereka. Namun, jika lingkungan pertemanan dipenuhi oleh perokok, tekanan sosial untuk merokok kembali dapat meningkat.

Bergabung dengan kelompok dukungan berhenti merokok atau komunitas yang memiliki tujuan sama dapat meningkatkan motivasi. Kelompok ini menyediakan platform untuk berbagi pengalaman, tantangan, dan strategi untuk berhenti merokok.

d. Norma Subyektif dan Dukungan Teman Sebaya

Penelitian lain telah menemukan bahwa norma subyektif dan dukungan teman sebaya memiliki pengaruh signifikan terhadap intensi remaja untuk berhenti merokok (Hakim, 2023). Tekanan dari teman sebaya atau kelompok sosial juga berperan besar. Jika seseorang berada di lingkungan di mana merokok dianggap "keren" atau diterima secara sosial, akan lebih sulit untuk berhenti. Namun, jika norma sosial bergeser ke arah gaya hidup sehat, hal ini akan lebih mendukung upaya berhenti merokok.

e. Faktor Lingkungan

Faktor lingkungan seperti melihat teman merokok sering kali menjadi pemicu utama untuk tetap merokok. Namun, faktor lingkungan mendukung seperti dukungan keluarga dan teman sebaya, serta peringatan bahaya rokok di bungkus rokok, juga sangat penting dalam mendorong seseorang untuk berhenti merokok.

Paparan terhadap iklan rokok, baik di media massa maupun di media sosial, dapat memicu keinginan untuk merokok kembali, terutama pada mereka yang sedang berusaha berhenti. Meskipun banyak negara telah melarang iklan rokok, beberapa bentuk promosi terselubung masih bisa berdampak. Sebaliknya, kampanye anti-merokok yang efektif, seperti iklan yang menyoroti bahaya rokok dan manfaat berhenti, dapat memotivasi seseorang untuk berhenti merokok.

Bekerja di lingkungan di mana merokok dilarang dapat membantu seseorang mengurangi kebiasaan merokok atau berhenti sama sekali. Banyak tempat kerja saat ini memiliki kebijakan bebas rokok yang mendukung upaya berhenti merokok. Kemudahan mendapatkan rokok baik melalui toko-toko di sekitar rumah, tempat kerja, atau melalui penjualan online, akan lebih sulit bagi seseorang untuk berhenti. Akses yang mudah ke rokok dapat menjadi godaan yang konstan.

Ketersediaan area merokok di tempat umum, seperti restoran, taman, dan gedung perkantoran, dapat mempengaruhi kebiasaan merokok seseorang. Jika area ini mudah diakses, orang yang mencoba berhenti mungkin lebih tergoda untuk merokok.

Strategi konseling dan dukungan kelompok adalah komponen penting dalam program penghentian merokok. Melibatkan klien dalam grup terapeutik dapat meningkatkan hasilnya dibandingkan dengan metode individu saja. Selain itu, dukungan dari orang-orang dekat seperti keluarga atau teman sebaya juga sangat efektif dalam memberikan motivasi tambahan kepada perokok yang ingin berhenti merokok.

L. Pengelolaan Gejala Putus Nikotin

Gejala putus nikotin (nicotine withdrawal syndrome) adalah kumpulan gejala yang dialami oleh seseorang ketika mereka berhenti merokok atau mengurangi asupan nikotin secara signifikan. Berikut adalah beberapa gejala yang umum dialami:

1. Keinginan untuk Merokok Kembali

Salah satu gejala paling umum dari putus nikotin adalah keinginan untuk merokok kembali. Hal ini disebabkan oleh penurunan level nikotin di dalam tubuh yang memicu kebutuhan akan stimulus nikotin.

2. Sakit Kepala

Sakit kepala adalah gejala yang sering dialami oleh perokok yang berusaha untuk berhenti merokok. Hal ini disebabkan oleh penurunan level nikotin yang mempengaruhi otot-otot di kepala.

3. Pusing

Hal ini disebabkan oleh penurunan level nikotin yang mempengaruhi koordinasi otak dan tubuh.

4. Perasaan Cemas/Mudah Marah

Perasaan cemas atau mudah marah adalah gejala emosi yang buruk yang sering dialami oleh perokok yang berusaha untuk berhenti merokok. Hal ini disebabkan oleh penurunan level nikotin yang mempengaruhi neurotransmitter dopamin dan serotonin di otak. Gejala frustrasi, sedih, atau depresi juga bisa dialami oleh perokok yang berusaha untuk berhenti merokok. Hal ini disebabkan oleh penurunan level nikotin yang mempengaruhi mood dan suasana hati.

Insomnia atau sulit tidur adalah gejala putus nikotin yang juga bisa dialami oleh perokok yang berusaha untuk berhenti merokok termasuk gangguan konsentrasi merasa capek, lelah, atau mengantuk. Hal ini disebabkan oleh penurunan level nikotin yang mempengaruhi energi tubuh.

Meskipun gejala putus nikotin tidak membahayakan nyawa, kondisi ini dapat menyebabkan perubahan fisik dan emosional yang signifikan. Beberapa komplikasi yang potensial termasuk nafsu makan meningkat dan berat badan yang naik, gangguan indra penciuman dan perasaan normal, serta resiko kambuhnya depresi pada individu yang sensitif terhadap stres psikologis (Luke & Lesmana, 2024).

Tips Atasi Gejala Putus Nikotin

1. Untuk mengatasi gejala putus nikotin, ada beberapa tips yang dapat anda gunakan diantaranya penggunaan obat-obatan seperti varenicline atau bupropion untuk mengurangi intensitas gejala putus nikotin.
2. Lakukan olahraga ringan untuk meningkatkan energi dan mengurangi stres.

3. Hindari distraksi saat makan dan pilih camilan sehat untuk mengurangi keinginan makan berlebihan.
4. Gunakan teknik relaksasi seperti meditasi atau yoga untuk mengurangi stress dan kecemasan.
5. Carilah dukungan dari keluarga dan teman sebaya untuk meningkatkan motivasi dalam berhenti merokok.

M.Pendekatan Holistik dalam Berhenti Merokok

Pendekatan Holistik dalam Berhenti Merokok adalah strategi yang melihat individu sebagai keseluruhan, bukan hanya fokus pada kebiasaan merokoknya. Ini berarti bahwa proses berhenti merokok harus memperhatikan aspek fisik, emosional, psikologis, sosial, dan bahkan spiritual dari individu. Tujuannya adalah untuk memastikan bahwa semua faktor yang berkontribusi pada kebiasaan merokok ditangani secara komprehensif, sehingga peluang keberhasilan lebih tinggi dan berkelanjutan.

1. Aspek Fisik

Berhenti merokok biasanya dimulai dengan mengatasi ketergantungan fisik terhadap nikotin. Ini bisa dilakukan melalui penggunaan terapi pengganti nikotin (seperti permen karet nikotin, plester nikotin) atau obat-obatan seperti bupropion atau vareniklin yang membantu mengurangi gejala putus nikotin.

Selain itu, penting untuk mengelola dampak fisik lain dari berhenti merokok, seperti perubahan berat badan, peningkatan energi, dan penurunan risiko penyakit terkait merokok seperti kanker paru-paru dan penyakit jantung.

2. Aspek Psikologis

Banyak orang merokok untuk mengatasi stres, kecemasan, atau sebagai kebiasaan yang tertanam dalam pola pikir mereka. Pendekatan holistik mengakui pentingnya dukungan psikologis, seperti konseling atau terapi kognitif perilaku (CBT), untuk membantu individu mengidentifikasi dan mengubah pemikiran atau emosi yang memicu keinginan untuk merokok. CBT (*Cognitive Behavior Therapy*) atau terapi perilaku kognitif adalah pendekatan terapi yang dapat membantu seseorang berhenti merokok. CBT merupakan terapi psikologis yang menggunakan teknik kognitif dan perilaku untuk membantu seseorang mengubah suasana hati dan perilaku. Meditasi, teknik pernapasan, dan relaksasi juga dapat membantu mengatasi dorongan untuk merokok.

Pendekatan 5A, metode ini mencakup langkah-langkah seperti *Ask* (tanya tentang perilaku merokok), *Assess* (nilai keinginan untuk berhenti), *Advise*

(berikan saran untuk berhenti), *Assist* (bantu dengan informasi dan rujukan), dan *Arrange* (atur tindak lanjut) (Supriyanto, 2024).

3. Aspek Sosial

Dukungan sosial sangat penting dalam berhenti merokok. Pendekatan holistik memperhatikan lingkungan sosial individu, termasuk dukungan dari keluarga, teman, dan kelompok dukungan. Intervensi ini bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang kondusif di mana individu merasa didukung dalam proses berhenti merokok. Bergabung dengan kelompok berhenti merokok atau program berbasis komunitas bisa meningkatkan peluang sukses karena ada interaksi dengan orang lain yang memiliki tujuan yang sama.

4. Aspek Emosional

Merokok sering kali digunakan sebagai cara untuk mengatasi emosi negatif, seperti marah, stres, atau depresi. Dalam pendekatan holistik, penting untuk membantu individu mengembangkan keterampilan pengelolaan emosi yang sehat. Ini bisa melibatkan pelatihan manajemen stres, teknik mindfulness, atau terapi interpersonal. Mengatasi emosi negatif secara efektif dapat mengurangi dorongan merokok sebagai cara untuk mengatasi perasaan tidak nyaman.

5. Aspek Spiritual

Bagi beberapa orang, spiritualitas atau makna hidup bisa menjadi bagian penting dari perjalanan mereka untuk berhenti merokok. Pendekatan holistik mempertimbangkan cara-cara di mana keyakinan spiritual atau filosofi hidup seseorang bisa membantu memperkuat komitmen untuk berhenti merokok. Praktik seperti meditasi, yoga, atau refleksi spiritual dapat membantu dalam proses pemulihan dari ketergantungan nikotin dengan memberikan kedamaian batin dan tujuan yang lebih besar.

Berhenti merokok juga melibatkan perubahan gaya hidup secara umum, seperti meningkatkan aktivitas fisik, mengubah pola makan, dan menciptakan kebiasaan yang lebih sehat. Aktivitas fisik tidak hanya membantu mengalihkan perhatian dari keinginan merokok, tetapi juga dapat mengurangi stres dan meningkatkan mood. Membentuk kebiasaan sehat yang baru juga penting untuk menggantikan kebiasaan merokok (Kafadar et al., 2019).

N. Penutup

Berhenti merokok merupakan salah satu tantangan terbesar yang dihadapi manusia modern. Dengan ribuan kasus kematian dan penyakit kronis yang terkait langsung dengan kebiasaan merokok, penting bagi kita untuk memahami cara efektif berhenti merokok dan mengintegrasikan strategi tersebut ke dalam kehidupan sehari-hari.

Sebelum memulai proses berhenti merokok, penting untuk memiliki alasan yang kuat dan jelas. Menulis daftar alasan mengapa anda ingin berhenti merokok dapat menjadi motivator utama dalam upaya berhenti merokok. Apakah khawatir tentang kesehatan jantung, paru-paru, atau bahkan kanker? anda ingin meningkatkan kualitas hidup anak-anak? Atau karena alasan ekonomi?. Apapun alasannya, tulisan tersebut akan menjadi ingatan yang tak terhapuskan dan akan membantu anda tetap fokus pada tujuan anda.

Tips selanjutnya adalah menghindari pemicu kebiasaan merokok. Jika biasa merokok setelah makan, cobalah untuk mengalihkan perhatian dengan menggosok gigi atau mengunyah permen karet. Juga, hindari area yang biasanya dikunjungi untuk merokok, seperti restoran atau kafe favorit. Dengan menghindari situasi yang memicu keinginan merokok, anda dapat mengurangi dorongan untuk kembali merokok.

Konseling dapat menjadi langkah penting dalam proses berhenti merokok. Konselor dapat membantu mengidentifikasi faktor pemicu kebiasaan merokok dan merumuskan strategi yang paling sesuai dengan kondisi anda. Selain itu, konseling juga dapat memberikan dukungan emosional yang sangat penting dalam menghadapi tantangan-tantangan yang mungkin timbul selama proses berhenti merokok.

Terapi pengganti nikotin (NRT) adalah cara untuk mengurangi gejala putus nikotin. Produk-produk seperti permen karet, tablet hisap, atau plester nikotin dapat membantu tubuh beradaptasi dengan penurunan nikotin secara bertahap. Dengan demikian dapat mengurangi intensitas gejala putus nikotin dan meningkatkan kemungkinan berhasil berhenti merokok.

Saat mulai berhenti merokok, tubuh akan mengalami gejala putus nikotin seperti mual, sakit kepala, gelisah, dan emosional/mudah marah. Gejala ini biasanya muncul dalam 12-24 jam setelah berhenti dan dapat berlangsung selama dua hingga empat minggu. Penting untuk tidak tergoda untuk kembali merokok meski harus menghadapi gejala yang mengganggu tersebut, gejala tersebut akan mereda secara bertahap setelah tubuh terbiasa bebas dari nikotin.

Upaya berhenti merokok memerlukan tekad yang kuat dan strategi yang tepat. Dengan membuat daftar alasan berhenti merokok, menghindari pemicu

kebiasaan merokok, menggunakan terapi pengganti nikotin (NRT) serta mengantisipasi gejala putus nikotin anda dapat meningkatkan peluang keberhasilan dalam mengakhiri kebiasaan merokok. Ingatlah bahwa setiap langkah menuju kebebasan dari rokok adalah langkah menuju kehidupan yang lebih sehat dan produktif! Dengan demikian, kita dapat memahami bahwa berhenti merokok bukanlah tugas yang mudah namun dapat dicapai dengan persiapan yang matang dan dukungan yang adekuat. Mari kita ambil langkah-langkah yang tepat untuk meningkatkan kesehatan kita dan memberikan inspirasi kepada orang lain untuk melakukan hal yang sama.

Referensi

- Akhavan, S., Bozic, K. J., Chan, V., Saleh, J., & Nguyen, L.-C. (2017). Impact of Smoking Cessation Counseling Prior to Total Joint Arthroplasty. *Orthopedics*, 40. <https://doi.org/10.3928/01477447-20161219-02>
- Amalia, B., Cadogan, S. L., Prabandari, Y. S., & Filippidis, F. T. (2019). Socio-demographic inequalities in cigarette smoking in Indonesia, 2007 to 2014. *Preventive Medicine*, 123, 27–33. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.02.025>
- Badzai, A., & Scherbina, O. (2019). Smoky Women: Trends, Consequences and Motivation of Smoking Cessation. *Bulletin of Lviv State University of Life Safety*, 19, 61–67. <https://doi.org/10.32447/20784643.19.2019.06>
- Branstetter, S. A., Krebs, N. M., & Muscat, J. E. (2022). Nighttime Waking to Smoke, Stress, and Nicotine Addiction. *Behavioral Sleep Medicine*, 20(6), 706–715. <https://doi.org/10.1080/15402002.2021.1992408>
- Brown, N., Limon, S., Cohen, S., Kessel, T., Farkash, M., & Zeev, Y. B. (2024). Differences and interactions between intrinsic and extrinsic motivations that drive smokers to quit and to continue smoking: a qualitative analysis. *Journal of Substance Use*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14659891.2024.2403068>
- Buckner, J. D., Zvolensky, M. J., Jeffries, E. R., & Schmidt, N. B. (2014). Robust impact of social anxiety in relation to coping motives and expectancies, barriers to quitting, and cessation-related problems. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(4), 341–347. <https://doi.org/10.1037/a0037206>
- Buczkowski, K., Marcinowicz, L., Czachowski, S., & Piszczeck, E. (2014). Motivations toward smoking cessation, reasons for relapse, and modes of quitting: Results from a qualitative study among former and current smokers. *Patient Preference and Adherence*, 8, 1353–1363. <https://doi.org/10.2147/PPA.S67767>
- Cahill, K., Stevens, S., Perera, R., & Lancaster, T. (2013). Pharmacological interventions for smoking cessation: An overview and network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(5). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009329.pub2>
- Chan, L. L. (2017). Effects of Cigarette Smoking in Adults. *MUSe Vol. 3(1)*, 3(1).
- Cheong, Y., Yong, H. H., & Borland, R. (2007). Does how you quit affect success? A comparison between abrupt and gradual methods using data from the International Tobacco Control Policy Evaluation Study. *Nicotine and Tobacco Research*, 9(8), 801–810. <https://doi.org/10.1080/14622200701484961>
- Cosci, F., Pistelli, F., Lazzarini, N., & Carrozza, L. (2011). Nicotine dependence and psychological distress: Outcomes and clinical implications in smoking cessation. *Psychology Research and Behavior Management*, 4, 119–128. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S14243>

- Creswell, K. G., Cheng, Y., & Levine, M. D. (2015). A test of the stress-buffering model of social support in smoking cessation: Is the relationship between social support and time to relapse mediated by reduced withdrawal symptoms? *Nicotine and Tobacco Research*, 17(5), 566–571. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu192>
- Dagdas, T. D. (2019). Childhood disadvantage, cigarette smoking, and mental health: a mediation effect of social engagement. *Vulnerable Children and Youth Studies*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/17450128.2019.1660018>
- Das, S. K. (2003). Harmful health effects of cigarette smoking. *Molecular and Cellular Biochemistry*, 253(1–2), 159–165. <https://doi.org/10.1023/A:1026024829294>
- De Biasi, M., & Dani, J. A. (2011). Reward, addiction, withdrawal to nicotine. *Annual Review of Neuroscience*, 34, 105–130. <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-061010-113734>
- Dickens, G. L., Staniford, J., & Long, C. G. (2013). Smoking behaviour, motives, motivation to quit and self-efficacy among patients in a secure mental health service: comparison with staff controls. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12088>
- DiFranza, J. (2015). A 2015 Update on The Natural History and Diagnosis of Nicotine Addiction. *Current Pediatric Reviews*, 11(1), 43–55. <https://doi.org/10.2174/1573396311666150501002703>
- FDA. (2022). *Why Are Tobacco Products So Hard To Quit?* 212.
- Fillo, J., Kamper-DeMarco, K. E., Brown, W. C., Stasiewicz, P. R., & Bradizza, C. M. (2019). Emotion regulation difficulties and social control correlates of smoking among pregnant women trying to quit. *Addictive Behaviors*, 89(September 2018), 104–112. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.09.033>
- Firmansyah, C. A., Renaldi, R. G., Monikka, D., & Sihaloho, E. D. (2022). the Effect of Smoking Behavior on Health Expenditure in Indonesia'S Rural Areas. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 7(1), 45. <https://doi.org/10.7454/eki.v7i1.5401>
- Fountoulakis, P., & Panagiotis Theofilis, Sotiris Tsalamandris, Alexios S Antonopoulos, Panagiotis Tsiofis, Konstantinos Toutouzas, Evangelos Oikonomou, Konstantinos Tsiofis, D. T. (2023). The cardiovascular consequences of electronic cigarette smoking: a narrative review. *Molecular and Cellular Biochemistry*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/a:1026024829294>
- Gambaryan. (2013). *Nicotine Replacement Therapy of The Tobacco Addiction in Prevention of Cardiorespiratory Diseases*. 9(3).
- Garnisa, I., & Halimah, E. (2021). Review: Terapi untuk Menghentikan Kebiasaan Merokok (Smoking Cessation). *Farmaka*, 19(2), 1–8.
- Godtfredsen, N. S., & Prescott, E. (2011). Benefits of smoking cessation with focus on cardiovascular and respiratory comorbidities. *Clinical Respiratory Journal*, 5(4),

- 187–194. <https://doi.org/10.1111/j.1752-699X.2011.00262.x>
- Gogineni, H. P., Sachs, D. P. L., & Brunzell, D. H. (2023). Neurobiology and Mechanisms of Nicotine Addiction. *Western University of Health Sciences*. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-031-24914-3_3
- Hakim, A. L. (2023). Subjective Norms and Peer Support on the Intention to Stop Smoking in Adolescents in Depok City. *Media Kesehatan Politeknik Kesehatan Makassa*, XVIII(2), 316–322. <https://ojs3.poltekkes-mks.ac.id/index.php/medkes/article/view/177>
- Hanif, M. (2021). *Efek dan Gejala Kecanduan Nikotin*. Good Doctor. <https://www.gooddoctor.co.id/hidup-sehat/info-sehat/gejala-kecanduan-nikotin/>
- Hapsari, D., Nainggolan, O., & Kusuma, D. (2020). Hotspots and Regional Variation in Smoking Prevalence Among 514 Districts in Indonesia: Analysis of Basic Health Research 2018. *Global Journal of Health Science*, 12(10), 32. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v12n10p32>
- Johnson, M., Salzman, G., & Cheng, A.-L. (2020). Cold Turkey Is a Common and Effective Method for Long-Term Cigarette Smoking Cessation. *Chest*, 158(4), A2432. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.09.021>
- Kafadar, D., Esen, A. D., & Arica, S. (2019). Determining health-promoting behavior in smokers preparing to quit: a holistic and personalized approach. *EPMA Journal*, 10(2), 115–123. <https://doi.org/10.1007/s13167-019-00172-3>
- Kahler, C. W., LaChance, H. R., Strong, D. R., Ramsey, S. E., Monti, P. M., & Brown, R. A. (2007). The commitment to quitting smoking scale: Initial validation in a smoking cessation trial for heavy social drinkers. *Addictive Behaviors*, 32(10), 2420–2424. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2007.04.002>
- Kemenkes RI. (2017). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 56 Tahun 2017 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2013 Tentang Pencantuman Peringatan Kesehatan Dan Informasi Kesehatan Pada Kemasan Produk Tembakau*. 53(9), 1689–1699. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/112234/permendesa-no-56-tahun-2017>
- Kumar, R., Kumar, M., Raj, S., Arisham, D. K., Mavi, A. K., & Singh, K. (2023). Smoking cessation and its significant role in the Indian scenario. *Monaldi Archives for Chest Disease*. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2023.2814>
- Luke, K., & Lesmana, P. (2024). *Nicotine Withdrawal Syndrome*. Ai Care. <https://ai-care.id/healthpedia-penyakit/nikotin-withdrawal-syndrome>
- Mahajan, S. D., Homish, G. G., & Quisenberry, A. (2021). Multifactorial Etiology of Adolescent Nicotine Addiction: A Review of the Neurobiology of Nicotine Addiction and Its Implications for Smoking Cessation Pharmacotherapy. *Frontiers in Public Health*, 9(July). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.664748>

- Markou, A. (2008). Neurobiology of nicotine dependence. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1507), 3159–3168. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0095>
- Menzin, J., Lines, L. M., & Marton, J. (2009). Estimating the short-term clinical and economic benefits of smoking cessation: Do we have it right? *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 9(3), 257–264. <https://doi.org/10.1586/erp.09.28>
- Mukong, A. K. (2022). Estimating the Health Effect of Cigarette Smoking Duration in South Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(20). <https://doi.org/10.3390/ijerph192013005>
- Nosen, E., & Woody, S. R. (2013). Brief psycho-education affects circadian variability in nicotine craving during cessation. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1–2), 283–289. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.017>
- O'Loughlin, E. K., Struik, L. L., Dugas, E. N., Botorff, J. L., & O'Loughlin, J. L. (2016). Reasons to Quit Smoking by Social Status in Adolescents. *Canadian Journal of Addiction*, 72). https://journals.lww.com/cja/fulltext/2016/06000/reasons_to_quit_smoking_by_social_status_in.2.aspx
- Ostroumova, O. D., Kopchjonov, I. I., & Guseva, T. F. (2018). Smoking as a risk factor for cardiovascular and cerebrovascular diseases: Prevalence, impact on prognosis, possible smoking cessation strategies and their effectiveness. Part 2. Advantages of quitting smoking. Strategies to quit smoking. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology*, 14(1), 111–121. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2018-14-1-111-121>
- Palipudi, K., Mbulo, L., Kosen, S., Tjandra, A., Kadarmanto, Qureshi, F., Andes, L., Sinha, D. N., & Asma, S. (2015). A cross sectional study of kretek smoking in indonesia as a major risk to public health. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(16), 6883–6888. <https://doi.org/10.7314/APJCP.2015.16.16.6883>
- Patterson, J. G., MacIsco, J. M., Glasser, A. M., Wermert, A., & Nemeth, J. M. (2022). Psychosocial factors influencing smoking relapse among youth experiencing homelessness: A qualitative study. *PLoS ONE*, 17(7 July), 1–16. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270665>
- Pittara. (2022). *Kecanduan Nikotin*. Alodokter.Com. <https://www.alodokter.com/kecanduan-nikotin>
- Rohayatun et al. (2015). Faktor-faktor yang Mendukung dan Menghambat Perokok untuk Berhenti Merokok di Klinik Berhenti Merokok Puskesmas Kampung Bali Pontianak PENDAHULUAN Perilaku merokok masih Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun setiap hari merupakan masalah kesehatan. *Jurnal Cerebellum*, 1(4), 266–276.
- Rose, C. A., Henningfield, J., Hilton, M. J., Sweanor, & T, D. (2024). *Smoking*.

<Https://Www.Britannica.Com/Topic/Smoking-Tobacco>.

<https://www.britannica.com/topic/smoking-tobacco>

Schwab, J. (2011). The Epidemiology and Health Effects of Tobacco Use. *Current Pediatric Reviews*, 7(2), 81–87. <https://doi.org/10.2174/157339611795735585>

Setiawati, A. (2013). Suatu Kajian Molekuler Ketergantungan Nikotin. *Jurnal Farmasi Sains Dan Komunitas*, 10 no. 2(2), 118–127. doi: <https://doi.org/10.24071/jpsc.0098>

Smith, A. L., Carter, S. M., Dunlop, S. M., Freeman, B., & Chapman, S. (2015). The views and experiences of smokers who quit smoking unassisted. A systematic review of the qualitative evidence. *PLoS ONE*, 10(5), 1–18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127144>

Srinivasulareddy Annareddy, Ghewade, B., Jadhav, U., Wagh, P., & Sarkar, S. (2024). Unveiling the Long-Term Lung Consequences of Smoking and Tobacco Consumption: A Narrative Review. *Cureus*. <https://doi.org/https://doi.org/10.7759/cureus.66415>

Sugavanaselvi, K., & Rajalakshmi, R. (2022). Self-changing Strategies to Quit Smoking Among Current Tobacco Smokers in General Population. *Nursing Journal of India*, CVII(03), 106–110. <https://doi.org/10.48029/nji.2017.cvii303>

Sukmadi, A. D., Herawati, A. R., Dwimawanti, I. H., & Afrizal, T. (2023). Advertising Blocking and Restricting Cigarette Purchases as a Solution for Reducing Smoking Prevalence in Indonesia. *International Journal of Sustainable Development & Future Society*, 1(1), 1–8. <https://doi.org/10.62157/ijdfs.v1i1.1>

Supriyanto, I. (2024). *Penatalaksanaan Tobacco Use Disorder*. Alomedika. <https://www.alomedika.com/penyakit/psikiatri/tobacco-use-disorder/penatalaksanaan>

Tonnesen, P. (2015). Pharmacotherapy: Nicotine replacement therapy and other drugs in smoking cessation (Including vaccination). *Progress in Respiratory Research*, 42, 229–242. <https://doi.org/10.1159/000369502>

Tran, D. D., Davis, J. P., Atieh, T., Pedersen, E. R., & Tucker, J. S. (2022). Mental health correlates of quitting cigarette smoking in youth experiencing homelessness. *Addictive Behaviors*, 130. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107289>

Weinberger, A. H., Krishnan-Sarin, S., Mazure, C. M., & McKee, S. A. (2009). Relationship of perceived risks of smoking cessation to symptoms of withdrawal, craving, and depression during short- term smoking abstinence. *Neuron*, 61(1), 1–7.

Wellman, R. J., O'Loughlin, E. K., Dugas, E. N., Montreuil, A., & Hartley Dutczak, J. O. (2017). Reasons for quitting smoking in young adult cigarette smokers. *Addictive Behaviors*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2017.09.010>

West, R., & Stapleton, J. (2008). Clinical and public health significance of treatments to

- aid smoking cessation. *European Respiratory Review*, 17(110), 199–204. <https://doi.org/10.1183/09059180.00011005>
- WHO. (2020). *Tobacco: Health benefits of smoking cessation*. 25 February 2020. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-health-benefits-of-smoking-cessation>
- WHO. (2023). *Tobacco*. https://www-who-int.translate.goog/news-room/fact-sheets/detail/tobacco?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=id&_x_tr_hl=id&_x_tr_pto=sge
- Wibowo, Z. K., Ramadhani, A. S., Rachman, M. A., & Khaerunnisa, S. (2022). In Silico Analysis of Potential Nicotine Addiction Treatment by Cinnamomum verum Phytochemicals against nAChR α 3 and nAChR α 7. *International Journal Of Scientific Advances*, 3(1), 42–48. <https://doi.org/10.51542/ijscia.v3i1.5>
- Wilmans, G., & Rashied, N. (2020). The effect of cigarette smoking on subjective well-being in South Africa and its implications for tobacco control. *Journal of Economic and Financial Sciences*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.4102/jef.v13i1.451>
- Xi, Z. X., Spiller, K., & Gardner, E. L. (2009). Mechanism-based medication development for the treatment of nicotine dependence. *Acta Pharmacologica Sinica*, 30(6), 723–739. <https://doi.org/10.1038/aps.2009.46>
- Xie, Z., Cartujano-Barrera, F., Cupertino, P., & Li, D. (2022). Cross-Sectional Associations of Self-Reported Social/Emotional Support and Life Satisfaction with Smoking and Vaping Status in Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17). <https://doi.org/10.3390/ijerph191710722>

Glosarium

CBT (*Cognitive Behavior Therapy*) atau terapi perilaku kognitif adalah pendekatan terapi yang dapat membantu seseorang berhenti merokok yang menggunakan teknik kognitif dan perilaku untuk membantu seseorang mengubah suasana hati dan perilaku.

Cold Turkey adalah metode penghentian total merokok secara tiba-tiba tanpa menggunakan produk pengganti nikotin atau tanpa pengurangan bertahap.

Craving: adalah keinginan atau hasrat yang kuat untuk merokok.

BBB: adalah

Merokok: adalah tindakan menghirup dan mengembuskan asap dari berbagai bahan tanaman yang terbakar termasuk mariyuana dan hashish, tetapi tindakan ini paling sering dikaitkan dengan tembakau yang dihisap dalam rokok, cerutu, atau pipa

Nikotin: adalah komponen farmakologis utama yang terkandung dalam tembakau dan memiliki sifat adiktif yang sangat kuat.

Nicotine Withdrawal Syndrome (gejala putus nikotin) adalah kumpulan gejala yang dialami oleh seseorang ketika mereka berhenti merokok atau mengurangi asupan nikotin secara signifikan.

NRT (*Nicotine Replacement Therapy*) adalah metode yang memberikan dosis nikotin dalam bentuk yang lebih aman dan terkontrol daripada merokok.

Rokok: adalah salah satu produk tembakau yang dimaksudkan untuk dibakar, dihisap dan/atau dihirup termasuk rokok kretek, rokok putih, cerutu atau bentuk lainnya yang dihasilkan dari tanaman *nicotiana tabacum*, *nicotiana rustica*, dan spesies lainnya atau sintetisnya yang asapnya mengandung nikotin dan tar, dengan atau tanpa bahan tambahan

BAB 3

Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

Suhartono

A. Pendahuluan

Keperawatan komunitas merupakan suatu bidang khusus keperawatan yang merupakan gabungan dari ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu sosial yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit (mempunyai masalah kesehatan/keperawatan), secara komprehensif melalui upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat secara terorganisir bersama tim kesehatan lainnya untuk dapat mengenal masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi serta memecahkan masalah-masalah yang mereka miliki dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan sesuai dengan hidup sehat sehingga dapat meningkatkan fungsi kehidupan dan derajat kesehatan seoptimal mungkin dan dapat diharapkan dapat mandiri dalam memelihara kesehatannya (Chayatin, 2021).

Keperawatan komunitas memberikan perhatian terhadap pengaruh faktor lingkungan melalui fisik, biologis, psikologis, sosial dan cultural dan spiritual terhadap kesehatan masyarakat dan memberi prioritas pada strategi pencegahan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan dalam upaya mencapai tujuan. Keperawatan komunitas sebagai suatu bidang keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat (*public health*) dengan dukungan peran serta masyarakat secara aktif serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan perawatan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok serta masyarakat sebagai kesatuan utuh melalui proses keperawatan (*nursing process*) untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal, sehingga mampu mandiri dalam upaya kesehatan (Mubarak, 2021).

Keperawatan komunitas merupakan Pelaksanaan keperawatan komunitas dilakukan melalui beberapa fase yang tercakup dalam proses keperawatan komunitas dengan menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang dinamis. Fase-fase pada proses keperawatan komunitas secara langsung melibatkan komunitas sebagai klien yang dimulai dengan pembuatan kontrak/*partner ship* dan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Efendi, 2020). Keperawatan komunitas

menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan kesehatan. Pelayanan keperawatan profesional yang merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan yang ditujukan pada seluruh masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi (Efendi, 2020).

Community Nursing Center memandang komunitas sebagai mitra, pandangan komunitas sebagai mitra mengharuskan perawat untuk mengenal komunitasnya dengan baik melalui pengenalan inti komunitas dan sub sistem komunitas yang terdiri dari demografi, nilai, keyakinan dan sejarah penduduk setempat. Sebagai anggota masyarakat, penduduk setempat saling mempengaruhi dengan sub system komunitas yang terdiri dari lingkungan, pendidikan, keamanan, transportasi, politik dan pemerintahan, pelayanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi, dan rekreasi sub system komunitas tersebut saling berkaitan dan saling mempengaruhi (Munir M., dan Suhartono, 2021)

B. Asumsi, Keyakinan dan Falsafah Keperawatan Komunitas

1. Asumsi Dasar

Menurut American Nurses Association (ANA, 1980) asumsi dasar keperawatan komunitas didasarkan asumsi berikut :

- a. Sistem kesehatan bersifat kompleks
- b. Pelayanan kesehatan primer, sekunder dan tersier merupakan komponen sistem pelayanan kesehatan
- c. Keperawatan merupakan subsistem pelayanan kesehatan, dimana hasil pendidikan dan penelitian melandasi praktik
- d. Fokus utama adalah keperawatan primer, sehingga keperawatan komunitas perlu dikembangkan ditatatan pelayanan kesehatan utama.

Dengan demikian perawatan komunitas dikembangkan ditatatan pelayanan kesehatan yang melibatkan komunitas secara aktif, sesuai keyakinan keperawatan komunitas.

2. Keyakinan

Beberapa keyakinan yang mendasari praktik keperawatan komunitas, yaitu :

- a. Pelayanan kesehatan sebaiknya tersedia, dapat terjangkau dan dapat diterima oleh semua orang.
- b. Penyusunan kebijakan seharusnya melibatkan penerima pelayanan, dalam hal ini komunitas.
- c. Perawatan sebagai pemberi pelayanan dan klien sebagai penerima pelayanan perlu terjalin kerjasama yang baik
- d. Lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan komunitas, baik bersifat mendukung maupun menghambat, untuk itu harus diantisipasi.
- e. Pencegahan penyakit dilakukan dalam upaya meningkatkan kesehatan

f. Kesehatan merupakan tanggung jawab setiap orang

Dari asumsi dan keyakinan yang mendasar tersebut dikembangkan falsafah keperawatan komunitas yang akan menjadi landasan keperawatan komunitas.

3. Falsafah Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas merupakan pelayanan yang memberikan pelayanan terhadap pengaruh lingkungan (bio, psiko, sisi, cultural dan spiritual) terhadap kesehatan komunitas dan memberikan prioritas pada strategi pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan. Falsafah yang melandasi keperawatan komunitas mengacu keadaa falsafah atau paradigma keperawatan secara umum yaitu manusia atau kemanusiaan merupakan titik sentral setiap upaya pembangunan kesehatan yang menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan dan bertolak dari pandangan ini disusun falsafah atau paradigma keperawatan komunita yang terdiri dari 4 komponen dasar, seperti yang diuraikan di bawah ini :

a. Manusia

Komunitas sebagai klien berarti sekumpulan individu/klien yang berada pada lokasi atau batas geografis tertentu yang memiliki nilai-nilai, keyakinan dan minat relatif sama serta adanya interaksi satu sama lain untuk mencapai tujuan. Komunitas sebagai klien yang dimaksud termasuk kelompok beresiko tinggi antara lain; daerah terpencil, daerah rawan, daerah kumuh.

b. Kesehatan

Sehat adalah suatu kondisi terbebasnya dari gangguan pemenuhan kebutuhan dasar klien/komunitas. Sehat merupakan keseimbangan yang dinamis sebagai dampak dari keberhasilan mengatasi stressor.

c. Lingkungan

Semua faktor internal dan eksternal atau pengaruh disekitar klien, yang bersifat biologis, psikologis, sosial cultural dan spiritual.

d. Keperawatan

Intervensi/tindakan yang bertujuan untuk menekan stressor atau meningkatkan kemampuan klien/komunitas menghadapi stressor melalui pencegahan primer, sekunder dan tersier.

C. Definisi

Komunitas (*community*) adalah sekelompok masyarakat yang mempunyai persamaan nilai (*values*), perhatian (*interest*) yang merupakan kelompok khusus dengan batas-batas geografi yang jelas, dengan norma dan nilai yang telah melembaga (Sumijatun, 2020). Misalnya di dalam kesehatan di kenal kelompok ibu hamil, kelompok ibu menyusui, kelompok anak balita, kelompok lansia, kelompok masyarakat dalam suatu wilayah desa binaan dan lain sebagainya. Sedangkan dalam kelompok masyarakat ada

masyarakat petani, masyarakat pedagang, masyarakat pekerja, masyarakat terasing dan sebagainya (Mubarak, 2021).

Keperawatan komunitas adalah pelayanan keperawatan professional yang ditujukan pada masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi, dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan dan evaluasi pelayanan keperawatan (Spradley, 1985; Logan dan Dawkin, 1987).

Proses keperawatan komunitas merupakan metode asuhan keperawatan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontinu, dan berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan klien, keluarga, kelompok serta masyarakat melalui langkah-langkah seperti pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Wahyudi, 2022)

D. Tujuan dan Fungsi Keperawatan Komunitas

1. Tujuan Keperawatan Komunitas

Tujuan proses keperawatan dalam komunitas adalah untuk pencegahan dan peningkatan kesehatan masyarakat melalui upaya-upaya sebagai berikut.

- a. Pelayanan keperawatan secara langsung (*direct care*) terhadap individu, keluarga, dan keluarga dan kelompok dalam konteks komunitas.
- b. Perhatian langsung terhadap kesehatan seluruh masyarakat (*health general community*) dengan mempertimbangkan permasalahan atau isu kesehatan masyarakat yang dapat memengaruhi keluarga, individu, dan kelompok.

Selanjutnya, secara spesifik diharapkan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat mempunyai kemampuan untuk:

- a. Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami
- b. Menetapkan masalah kesehatan dan memprioritaskan masalah tersebut
- c. Merumuskan serta memecahkan masalah kesehatan
- d. Menanggulangi masalah kesehatan yang mereka hadapi
- e. Mengevaluasi sejauh mana pemecahan masalah yang mereka hadapi, yang akhirnya dapat meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan secara mandiri (*self care*).

2. Fungsi Keperawatan Komunitas

- a. Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi kesehatan masyarakat dan keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan. Agar masyarakat mendapatkan pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya dibidang kesehatan.
- b. Memberikan asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah, komunikasi yang efektif dan efisien serta melibatkan peran serta masyarakat. Agar

masyarakat bebas mengemukakan pendapat berkaitan dengan permasalahan atau kebutuhannya sehingga mendapatkan penanganan dan pelayanan yang cepat dan pada akhirnya dapat mempercepat proses penyembuhan (Mubarak, 2022).

E. Sasaran dan Lingkup Keperawatan Komunitas

1. Sasaran Keperawatan Komunitas

Seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga dan kelompok beresiko tinggi (kelompok penduduk di daerah kumuh, daerah terisolasi dan daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil). Selain menjadi subjek, masyarakat juga menjadi objek yaitu sebagai klien yang menjadi sasaran dari keperawatan kesehatan komunitas terdiri dari individu dan masyarakat. Berdasarkan pada model pendekatan totalitas individu dari Neuman (2020) dalam Anderson (2020) untuk melihat masalah pasien, model komunitas sebagai klien dikembangkan untuk menggambarkan batasan keperawatan kesehatan masyarakat sebagai sintesis kesehatan masyarakat dan keperawatan. Model tersebut telah diganti namanya menjadi model komunitas sebagai mitra, untuk menekankan filosofi pelayanan kesehatan primer yang menjadi landasannya. Secara lebih rinci dijabarkan sebagai berikut :

a. Tingkat Individu

Individu adalah bagian dari anggota keluarga. Apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan maka perawat akan memberikan asuhan keperawatan pada individu tersebut. Pelayanan pada tingkat individu dapat dilaksanakan pada rumah atau puskesmas, meliputi penderita yang memerlukan pelayanan tindak lanjut yang tidak mungkin dilakukan asuhan keperawatan di rumah dan perlu kepuskesmas, penderita resiko tinggi seperti penderita penyakit demam darah dan diare. Kemudian individu yang memerlukan pengawasan dan perawatan berkelanjutan seperti ibu hamil, ibu menyusui, bayi dan balita.

b. Tingkat Keluarga

Keperawatan kesehatan komunitas melalui pendekatan keperawatan keluarga memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga yang mempunyai masalah kesehatan terutama keluarga dengan resiko tinggi diantaranya keluarga dengan sosial ekonomi rendah dan keluarga yang anggota keluarganya menderita penyakit menular dan kronis. Hal ini dikarenakan keluarga merupakan unit utama masyarakat dan lembaga yang menyakut kehidupan masyarakat. Dalam pelaksanaannya, keluarga tetap juga berperan sebagai pengambil keputusan dalam memelihara kesehatan anggotanya.

c. Tingkat Komunitas

Keperawatan kesehatan komunitas di tingkat masyarakat dilakukan dalam lingkup kecil sampai dengan lingkup yang luas didalam suatu wilayah kerja puskesmas.

Pelayanan ditingkat masyarakat dibatasi oleh wilayah atau masyarakat yang mempunyai ciri-ciri tertentu misalnya kebudayaan, pekerjaan, pendidikan dan sebagainya. Asuhan keperawatan komunitas diberikan dengan memandang komunitas sebagai klien dengan strategi intervensi keperawatan komunitas yang mencakup tiga aspek yaitu primer, sekunder dan tertier melalui proses individu dan kelompok dengan kerja sama lintas sektoral dan lintas program. Pelayanan yang diberikan oleh keperawatan komunitas mencakup kesehatan komunitas yang luas dan berfokus pada pencegahan yang terdiri dari tiga tingkat yaitu:

1) Pencegahan primer

Pelayanan pencegahan primer ditunjukkan kepada penghentian penyakit sebelum terjadi karena itu pencegahan primer mencakup peningkatan derajat kesehatan secara umum dan perlindungan spesifik. Promosi kesehatan secara umum mencakup pendidikan kesehatan baik pada individu maupun kelompok. Pencegahan primer juga mencakup tindakan spesifik yang melindungi individu melawan agen-agen spesifik misalnya tindakan perlindungan yang paling umum yaitu memberikan imunisasi pada bayi, anak balita dan ibu hamil, penyuluhan gizi bayi dan balita

2) Pencegahan sekunder

Pelayanan pencegahan sekunder dibuat untuk menditeksi penyakit lebih awal dengan mengobati secara tepat. Kegiatan-kegiatan yang mengurangi faktor resiko dikalifikasikan sebagai pencegahan sekunder misalnya memotivasi keluarga untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu dan puskesmas.

3) Pencegahan tersier

4) Mencakup pembatasan kecacatan kelemahan pada seseorang dengan stadium dini dan rehabilitasi pada orang yang mengalami kecacatan agar dapat secara optimal berfungsi sesuai dengan kemampuannya, misalnya mengajarkan latihan fisik pada penderita patah tulang.

2. Lingkup Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas merupakan bentuk pelayanan/asuhan langsung yang berfokus kepada kebutuhan dasar komunitas, yang berkaitan dengan kebiasaan atau pola perilaku masyarakat yang tidak sehat, ketidakmampuan masyarakat untuk beradaptasi dengan lingkungan internal dan eksternal.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan komunitas dapat dilakukan di:

a. Sekolah atau Kampus

Pelayanan keperawatan yang diselenggarakan meliputi pendidikan pencegahan penyakit, peningkatan derajat kesehatan dan pendidikan seks. Selain itu perawata yang bekerja di sekolah dapat memberikan perawatan untuk peserta didik pada kasus penyakit akut yang bukan kasus kedaruratan misalnya penyakit influensa, batu

dll. Perawat juga dapat memberikan rujukan pada peserta didik dan keluarganya bila dibutuhkan perawatan kesehatan yang lebih spesifik.

b. Lingkungan Kesehatan Kerja

Beberapa perusahaan besar memberikan pelayanan kesehatan bagi pekerjanya yang berlokasi di gedung perusahaan tersebut.

Asuhan keperawatan di tempat ini meliputi lima bidang. Perawatan menjalankan program yang bertujuan untuk:

- 1) Meningkatkan kesehatan dan keselamatan kerja dengan mengurangi jumlah kejadian kecelakaan kerja
- 2) Menurunkan resiko penyakit akibat kerja
- 3) Mengurangi transmisi penyakit menular antar pekerja
- 4) Memberikan program peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pendidikan kesehatan.
- 5) Mengintervensi kasus-kasus lanjutan non kedaruratandan memberikan pertolongan pertama pada kecelakaan (Mubarak, 2021).

c. Lembaga Perawatan Kesehatan di Rumah

Klien sering kali membutuhkan asuhan keperawatan khusus yang dapat diberikan secara efisien di rumah. Perawat di bidang komunitas juga dapat memberikan perawatan kesehatan di rumah misalnya: perawata melakukan kunjungan rumah, hospice care, home care dll. Perawat yang bekerja di rumah harus memiliki kemampuan mendidik, fleksibel, berkemampuan, kreatif dan percaya diri, sekaligus memiliki kemampuan klinik yang kompeten

d. Lingkungan Kesehatan Kerja lain

Terdapat sejumlah tempat lain dimana perawat juga dapat bekerja dan memiliki peran serta tanggungjawab yang bervariasi. Seorang perawat dapat mendirikan praktek sendiri, bekerja sama dengan perawata lain, bekerja di bidang pendidikan, penelitian, di wilayah binaan, puskesmas dan lain sebagainya. Selain itu, dimanapun lingkungan tempat kerjanya, perawat ditantang untuk memberikan perawatan yang berkualitas (Mubarak, 2021).

F. Strategi Intervensi Keperawatan Komunitas

Intervensi keperawatan komunitas yang dilakukan mencakup: pendidikan kesehatan/keperawatan atau Health Education (HE), mendemonstrasikan keterampilan dasar yang dapat dilakukan oleh komunitas, melakukan intervensi keperawatan yang memerlukan keahlian perawat, misalnya konseling remaja, pasangan yang akan menikah dan sebagainya, melakukan kerjasama lintas program dan lintas sektoral untuk mengatasi masalah komunitas serta melakukan rujukan keperawatan dan non keperawatan apabila diperlukan.

Adapun intervensi keperawatan komunitas yaitu proses kelompok pendidikan kesehatan dan kerjasama lintas sektor. Intervensi keperawatan tersebut difokuskan pada 3 level pencegahan sbb:

1. Prevensi Primer.

Pencegahan dalam arti sebenarnya, terjadi sebelum sakit atau ketidakberfungsi dan diaplikasikan ke populasi sehat pada umumnya. Pencegahan primer mencakup peningkatan kesehatan pada umumnya dan perlindungan khusus terhadap penyakit. Contoh; Kegiatan di bidang prevensi primer antara lain:

- a. Stimulasi dan bimbingan dini/awal dalam kesehatan keluarga dan asuhan anak/balita.
- b. Imunisasi
- c. Penyuluhan tentang gizi balita
- d. Penyuluhan tentang pencegahan terhadap kecelakaan
- e. Asuhan prenatal.
- f. Pelayanan Keluarga Berencana
- g. Perlindungan gigi (dental prophylaxis)
- h. Penyuluhan untuk pencegahan keracunan

2. Prevensi sekunder

Pencegahan sekunder menekankan diagnosa dini dan intervensi yang tepat untuk menghambat proses psikologik sehingga memperpendek waktu sakit dan tingkat keparahan/keseriusan penyakit. Contoh: Kegiatan di bidang prevensi sekunder antara lain:

- a. Mengkaji keterbelakangan tumbuh kembang seorang anak/balita
- b. Memotivasi keluarga untuk melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala termasuk gigi dan mata terhadap balita.

3. Prevensi Tersier

Pencegahan tersier mulai pada saat cacat atau ketidakmampuan terjadi sampai stabil/menetap atau dapat diperbaiki (irreversible). Rehabilitasi sebagai tujuan pencegahan primer lebih dari upaya menghambat proses penyakit sendiri, yaitu : mengembalikan individu keopada tingkat berfungsi yang optimal dari ketidakmampuannya. Contoh : Kegiatan dibidang Prevensi tersier antara lain :

- a. perawat mengajar kepada keluarga untuk melakukan perawatan anak dengan kolostomi di rumah.
- b. Membantu keluarga yang mempunyai anak dengan kelumpuhan anggota gerak untuk latihan secara teratur di rumah.
- c. Pada praktik keperawatan komunitas, prinsip-prinsip kesehatan komunitas haruslah menjadi pertimbangan yaitu :

- 1) Pemanfaatan, Intervensi yang dilakukan harus memberikan manfaat yang sebesar-besarnya bagi komunitas artinya ada keseimbangan antara manfaat dengan kerugian.
- 2) Autonomi, Komunitas diberi kebebasan untuk melakukan atau memilih alternatif yang terbaik yang disediakan untuk komunitas.
- 3) Keadilan, Melakukan upaya atau tindakan sesuai dengan kemampuan kapasitas komunitas.

Strategi intervensi keperawatan komunitas adalah sebagai berikut:

1. Proses Kelompok (*Group Process*)

Seseorang dapat mengenal dan mencegah penyakit, tentunya setelah belajar dari pengalaman sebelumnya, selain faktor pendidikan/pengetahuan individu, media massa, Televisi, penyuluhan yang dilakukan petugas kesehatan dan sebagainya. Begitu juga dengan masalah kesehatan di lingkungan sekitar masyarakat, tentunya gambaran penyakit yang paling sering mereka temukan sebelumnya sangat mempengaruhi upaya penanganan atau pencegahan penyakit yang mereka lakukan. Jika masyarakat sadar bahwa penanganan yang bersifat individual tidak akan mampu mencegah, apalagi memberantas penyakit tertentu, maka mereka telah melakukan pemecahan-pemecahan masalah kesehatan melalui proses kelompok.

2. Pendidikan Kesehatan (*Health Promotion*)

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis, dimana perubahan tersebut bukan hanya sekedar proses transfer materi/teori dari seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur. Akan tetapi, perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat sendiri. Sedangkan tujuan dari pendidikan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 maupun WHO yaitu "meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan; baik fisik, mental dan sosialnya; sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial.

3. Kerjasama (*Partnership*)

Berbagai persoalan kesehatan yang terjadi dalam lingkungan masyarakat jika tidak ditangani dengan baik akan menjadi ancaman bagi lingkungan masyarakat luas. Oleh karena itu, kerja sama sangat dibutuhkan dalam upaya mencapai tujuan asuhan keperawatan komunitas melalui upaya ini berbagai persoalan di dalam lingkungan masyarakat akan dapat diatasi dengan lebih cepat.

G. Peran Perawat Komunitas

Peran yang dapat dilakukan oleh perawat kesehatan masyarakat diantaranya adalah:

1. Penyedia Pelayanan (*care provider*)

Memberikan asuhan keperawatan melalui mengkaji masalah keperawatan yang ada, merencanakan tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi pelayanan yang telah diberikan kepada individu, keluarga, kelompok dan Masyarakat

2. Pendidik dan Konsultan (*Educator and counselor*)

Memberikan pendidikan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik di rumah, puskesmas, dan di masyarakat secara terorganisir dalam rangka menanamkan perilaku sehat, sehingga terjadi perubahan perilaku seperti yang diharapkan dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal. Konseling adalah proses membantu klien untuk menyadari dan mengatasi tatanan psikologis atau masalah sosial untuk membangun hubungan interpersonal yang baik dan untuk meningkatkan perkembangan seseorang. Di dalamnya diberikan dukungan emosional dan intelektual.

Proses pengajaran mempunyai 4 komponen yaitu : pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Hal ini sejalan dengan proses keperawatan dalam fase pengkajian seorang perawat mengkaji kebutuhan pembelajaran bagi pasien dan kesiapan untuk belajar. Selama perencanaan perawat membuat tujuan khusus dan strategi pengajaran. Selama pelaksanaan perawat menerapkan strategi pengajaran dan selama evaluasi perawat menilai hasil yang telah didapat (Mubarak, 2021).

3. Role Model

Perawat kesehatan masyarakat harus dapat memberikan contoh yang baik dalam bidang kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang bagaimana tata cara hidup sehat yang dapat ditiru dan dicontoh oleh masyarakat.

4. Advokasi (*Advocate*)

Pembelaan dapat diberikan kepada individu, kelompok atau tingkat komunitas. Pada tingkat keluarga, perawat dapat menjalankan fungsinya melalui pelayanan sosial yang ada dalam masyarakat. Seorang pembela klien adalah pembela dari hak-hak klien. Pembelaan termasuk di dalamnya peningkatan apa yang terbaik untuk klien, memastikan kebutuhan klien terpenuhi dan melindungi hak-hak klien (Mubarak, 2021).

Tugas perawat sebagai pembela klien adalah bertanggung jawab membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan informasi dari berbagai pemberi pelayanan dan dalam memberikan informasi hal lain yang diperlukan untuk mengambil persetujuan (*Informed Consent*) atas tindakan keperawatan yang diberikan kepadanya. Tugas yang lain adalah mempertahankan dan melindungi hak-hak klien, harus dilakukan karena klien yang sakit dan dirawat di rumah sakit akan berinteraksi dengan banyak petugas kesehatan (Mubarak, 2021).

5. Manajer Kasus (*Case Manager*)

Perawat kesehatan masyarakat diharapkan dapat mengelola berbagai kegiatan pelayanan kesehatan puskesmas dan masyarakat sesuai dengan beban tugas dan tanggung jawab yang dibebankan kepadanya.

6. Kolaborator

Peran perawat sebagai kolaborator dapat dilaksanakan dengan cara bekerjasama dengan tim kesehatan lain, baik dengan dokter, ahli gizi, ahli radiologi, dan lain-lain dalam kaitannya membantu mempercepat proses penyembuhan klien. Tindakan kolaborasi atau kerjasama merupakan proses pengambilan keputusan dengan orang lain pada tahap proses keperawatan. Tindakan ini berperan sangat penting untuk merencanakan tindakan yang akan dilaksanakan (Mubarak, 2021).

7. Perencanaan Tindak Lanjut (*Discharge Planning*)

Perencanaan pulang dapat diberikan kepada klien yang telah menjalani perawatan di suatu instansi kesehatan atau rumah sakit. Perencanaan ini dapat diberikan kepada klien yang sudah mengalami perbaikan kondisi kesehatan

8. Penemu Masalah Kesehatan (Case Finder)

Melaksanakan monitoring terhadap perubahan-perubahan yang terjadi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang menyangkut masalah-masalah kesehatan dan keperawatan yang timbul serta berdampak terhadap status kesehatan melalui kunjungan rumah, pertemuan-pertemuan, observasi dan pengumpulan data.

9. Koordinator Pelayanan Kesehatan (Coordinator Of Services)

Peran perawat sebagai koordinator antara lain mengarahkan, merencanakan dan mengorganisasikan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada klien. Pelayanan dari semua anggota tim kesehatan, karena klien menerima pelayanan dari banyak profesional (Mubarak, 2021).

10. Pembawa Perubahan atau Pembaharu dan Pemimpin (Change again and leader)

Pembawa perubahan adalah seseorang atau kelompok yang berinisiatif merubah atau yang membantu orang lain membuat perubahan pada dirinya atau pada sistem. Marriner torney mendeskripsikan pembawa peubahana adalah yang mengidentifikasi masalah, mengkaji motivasi dan kemampuan klien untuk berubah, menunjukkan alternatif, menggali kemungkinan hasil dari alternatif, mengkaji sumber daya, menunjukkan peran membantu, membina dan mempertahankan hubungan membantu, membantu selama fase dari proses perubahan dan membimbing klien melalui fase-fase ini (Mubarak, 2021).

Peningkatan dan perubahan adalah komponen essensial dari perawatan. Dengan menggunakan proses keperawatan, perawat membantu klien untuk merencanakan, melaksanakan dan menjaga perubahan seperti : pengetahuan, keterampilan, perasaan dan perilaku yang dapat meningkatkan kesehatan (Mubarak, 2021).

11. Pengidentifikasi dan Pemberi Pelayanan Komunitas (Community care Provider and researcher)

Peran ini termasuk dalam proses pelayanan asuhan keperawatan kepada masyarakat yang meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi masalah kesehatan dan pemecahan masalah yang diberikan. Tindakan pencarian atau

pengidentifikasi masalah kesehatan yang lain juga merupakan bagian dari peran perawat komunitas.

H. Pengorganisasian Masyarakat

Tiga model pengorganisasian masyarakat menurut Rothman meliputi peran serta masyarakat (localiti developmen), perencanaan sosial melalui birokrasi pemerintah (social development) dan aksi sosial berdasarkan kejadian saat itu (social action) (Mubarak, 2021).

Pelaksanaan pengorganisasian masyarakat dilakukan melalui tahapan-tahapan berikut:

1. Tahap persiapan Dilakukan dengan memilih area atau daerah yang menjadi prioritas, menentukan cara untuk berhubungan dengan masyarakat, mempelajari dan bekerjasama dengan masyarakat.
2. Tahap pengorganisasian Dengan persiapan pembentukan kelompok dan penyesuaian dengan pola yang ada dimasyarakat dengan pembentukan kelompok kerja kesehatan.
3. Tahap pendidikan dan pelatihan Melalui kegiatan-kegiatan pertemuan teratur dengan kelompok masyarakat melalui pengkajian, membuat pelayanan keperawatan langsung pada individu, keluarga dan masyarakat.
4. Tahap formasi kepemimpinan Memberikan dukungan latihan dan mengembangkan keterampilan yang mengikuti perencanaan, pengorganisasian, pergerakan dan pengawasan kegiatan pendidikan kesehatan.
5. Tahap koordinasi Kerjasama dengan sektor terkait dalam upaya memandirikan Masyarakat

Tahap akhir Supervisi bertahan dan diakhiri dengan evaluasi dan pemberian umpan balik dan masing-masing evaluasi untuk perbaikan kegiatan kelompok kesehatan kerja selanjutnya.

I. Penutup

Konsep dasar keperawatan komunitas menjadi fundamental dalam intervensi dan implementasi asuhan keperawatan komunitas, sehingga tenaga keperawatan komunitas dapat memberikan pelayanan sesuai konsep dan perannya dalam praktik keperawatan komunitas, dengan materi ini diharapkan para sejawat perawat dapat mendesiminaskan ilmunya baik kepada peserta didik maupun kepada sejawat perawat lain yang bekerja di komunitas.

Referensi

- Achjar, K. A. H. (2016). *Teori & Praktik : Asuhan Keperawatan Komunitas*. Jakarta: EGC.
- Efendi, Ferry & Makhfudli. (2022). *Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Jhonson & Leny (2022). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta : Nuha Medika King, A. Laura (2020) *Psikologi Umum*. Jakarta : salemba Humanika.
- Mubarak, Chayatin, Santoso. (2011). *Keperawatan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak, W, I & Chayatin, N (2021). *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar dan Teori*. Jakarta : Salemba Medika.
- Munir M., Suhartono (2021). *Community Nursing Center Sebagai Pendekatan Keperawatan Komunitas*. Makasar: Yayasan Barcode
- Nies, M., & McEwen, M. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan keluarga* (6th ed.). Singapore: Elsevier Singapore Pte Ltd.
- Notoatmodjo, S (2021). *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmojo, Soekidjo. (2011). *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasinya* (2nd ed). Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. (2015). *Manajemen Keperawatan :Aplikasi dalam Praktik keperawatan Professional*. Edisi 5. Jakarta : Salemba Medika.
- Nursalam & Efendi, F (2020). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Potter, P., & Perry. (2011). *Fundamental of Nursing* (7th ed.). Elsevier.

Glosarium

- ANA : American Nurses Association
- dll : dan lain-lain
- PHN : Public Health Nursing
- WHO : World Health Organisation

BAB 4

Strategi Intervensi dalam Keperawatan Komunitas

Supriadi

A. Pendahuluan

Masalah kesehatan masyarakat telah ada sejak zaman kuno. Sejarah mencatat bahwa peradaban awal, seperti Mesir Kuno dan Yunani, sudah mulai memperhatikan aspek kesehatan masyarakat, meskipun cara dan pemahamannya masih terbatas. Di Yunani kuno, Hippocrates (sekitar 460–370 SM) menulis tentang pengaruh lingkungan terhadap kesehatan. Pada abad pertengahan, masalah kesehatan masyarakat semakin jelas, terutama selama wabah seperti Black Death, yang mendorong masyarakat untuk memikirkan cara pencegahan penyakit.

Secara formal, konsep kesehatan masyarakat mulai berkembang pada abad ke-19, seiring dengan munculnya epidemi dan pertumbuhan kota-kota besar yang menyebabkan kondisi hidup yang buruk, sehingga mendorong pembentukan lembaga-lembaga kesehatan dan penelitian terkait sanitasi, gizi, penyakit menular, dan lainnya. Meskipun masalah kesehatan masyarakat sudah ada sejak ribuan tahun lalu, pemahaman dan pendekatan masih terus berkembang seiring waktu. Di Indonesia, kompleksitas masalah kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling terkait, seperti keanekaragaman geografis dan budaya, Indonesia adalah negara kepulauan dengan lebih dari 17.000 pulau dan ratusan suku. Setiap daerah memiliki budaya, kebiasaan, dan akses terhadap layanan kesehatan yang berbeda, yang mempengaruhi cara masyarakat menjaga kesehatan. Perubahan sosial dan lingkungan sering menyebabkan munculnya urbanisasi, dan faktor lingkungan lainnya, yang mempengaruhi kesehatan masyarakat. Strategi yang tepat untuk mengatasi hal ini, dapat membantu mitigasi dampak negatif.

Akses terhadap layanan kesehatan juga menjadi faktor masalah kesehatan masyarakat, meskipun ada upaya untuk meningkatkan akses melalui program seperti Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), masih banyak daerah terpencil yang kekurangan fasilitas kesehatan, sehingga menciptakan ketidaksetaraan dalam pelayanan kesehatan. Terjadinya disparitas yang jelas dalam akses dan kualitas layanan kesehatan di berbagai komunitas, sehingga diperlukan strategi intervensi untuk mengurangi kesenjangan tersebut. Masalah lainnya adalah terkait penyakit menular dan tidak menular, Indonesia menghadapi tantangan ganda dengan penyakit menular (seperti tuberkulosis dan malaria) dan penyakit tidak menular (seperti diabetes dan penyakit jantung), didukung

perubahan gaya hidup yang kurang atau tidak sehat. Peralihan ini membutuhkan pendekatan yang berbeda dan spesifik dalam pencegahan dan penanganannya, strategi intervensi diperlukan untuk mengurangi morbiditas dan mortalitas.

Polusi, deforestasi, dan perubahan iklim berdampak pada kesehatan masyarakat, seperti pencemaran udara, yang dapat meningkatkan penyakit pernapasan, serta perubahan iklim, yang dapat mempengaruhi penyebaran penyakit tertentu, ditunjang dengan tingkat pendidikan yang bervariasi mempengaruhi tingkat pemahaman masyarakat tentang kesehatan, kurangnya informasi tentang pencegahan penyakit turut berkontribusi munculnya masalah kesehatan.

Keterbatasan tenaga kesehatan dan sumber daya kesehatan di beberapa daerah menyebabkan kurangnya perawatan yang memadai. Distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata menjadi tantangan tersendiri. Kebijakan kesehatan yang tidak konsisten dan kurangnya integrasi antar sektor kesehatan dan non-kesehatan dapat menghambat efektivitas program kesehatan. Pembangunan kesehatan masyarakat menjadi bagian penting dari agenda pembangunan global, seperti *Sustainable Development Goals* (SDGs). Hal lainnya terkait adanya stigma dan diskriminasi, pada beberapa kelompok, seperti pasien HIV/AIDS, sering menghadapi stigma yang menghalangi mereka untuk mencari perawatan yang diperlukan (Alisjahbana & Murniningtyas, 2018).

Mengatasi kompleksitas masalah kesehatan masyarakat ini, memerlukan pendekatan multidimensional dan kolaborasi antara pemerintah, masyarakat, dan berbagai pemangku kepentingan untuk menciptakan sistem kesehatan yang lebih adil dan efektif, serta perlunya strategi intervensi yang tepat. Penerapan strategi intervensi dalam penanganan kesehatan masyarakat, intervensi yang terencana dan berbasis bukti, dapat berkontribusi dalam meningkatkan kesehatan, kualitas hidup dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan.

B. Pengertian Strategi Intervensi

Strategi adalah rencana atau pendekatan yang dirancang untuk mencapai tujuan tertentu, sedangkan intervensi merujuk pada tindakan atau proses yang dilakukan untuk mempengaruhi atau mengubah suatu situasi, perilaku, atau kondisi tertentu. Dalam konteks kesehatan, intervensi dapat berupa program untuk mengurangi risiko penyakit atau menyediakan layanan Kesehatan berupa pengobatan dan perawatan untuk kondisi kesehatan tertentu. Dengan demikian, strategi intervensi adalah rencana atau pendekatan yang dirancang untuk mengatasi masalah atau tantangan tertentu untuk mengubah situasi yang tidak diinginkan menjadi lebih baik, melalui tindakan yang terencana dan terfokus. Pada umumnya, strategi intervensi melibatkan analisis situasi, penentuan tujuan, pemilihan metode, dan evaluasi hasil untuk memastikan efektivitas tindakan yang diambil.

Strategi intervensi dalam keperawatan komunitas merujuk pada pendekatan dan tindakan yang diambil oleh perawat untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan

masyarakat. Strategi intervensi dalam keperawatan kesehatan komunitas sangat diperlukan karena beberapa alasan penting (Stanhope & Lancaster, 2020):

1. Teridentifikasi kebutuhan spesifik, setiap komunitas memiliki karakteristik dan kebutuhan kesehatan yang unik, sehingga diperlukan intervensi yang tepat untuk membantu mengidentifikasi dan memahami masalah kesehatan yang spesifik di suatu komunitas.
2. Pencegahan penyakit, Perawat dapat mengimplementasikan program pencegahan yang efektif, seperti vaksinasi, promosi gaya hidup sehat, dan edukasi mengenai penyakit menular.
3. Peningkatan akses dan kualitas layanan, terutama bagi populasi yang rentan atau kurang terlayani.
4. Masyarakat termotivasi untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan mereka sendiri.
5. Pelibatan berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat dalam melakukan tindakannya dalam keperawatan kesehatan komunitas, dan kolaborasi yang lebih baik dalam menangani masalah Kesehatan yang ada.

C. Jenis Strategi Intervensi

Strategi intervensi menjadi kunci untuk menciptakan perubahan positif dan meningkatkan kualitas hidup komunitas. Dalam keperawatan komunitas, strategi intervensi dirancang untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan komunitas melalui berbagai metode dan pendekatan yang terencana, meliputi pendidikan kesehatan (*health education*), proses kelompok (*group process*) dan kerjasama (*partnership*)



Gambar 4.1
Strategi Intervensi dalam Keperawatan Komunitas
(Nies & McEwen, 2019)

1. Strategi Intervensi melalui Pendidikan Kesehatan (*Health Education*)

a. Pendahuluan

Pendidikan kesehatan (*health education*) adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai kesehatan. Ini mencakup berbagai aspek, seperti pencegahan penyakit, pola hidup sehat, gizi, dan kesehatan mental. Pendidikan kesehatan masyarakat sangat penting, mengingat beberapa beberapa kondisi seperti tingkat kesehatan yang beragam, banyak masyarakat,

terutama di daerah yang kurang terlayani, memiliki akses terbatas terhadap informasi kesehatan. Kondisi lain di Indonesia saat ini dihadapkan pada beban ganda dalam pengelolaan penyakit menular (PM) dan penyakit tidak menular (PTM), yang terus meningkat, kondisi tersebut memerlukan pendidikan kesehatan agar masyarakat memahami dan berpartisipasi menanggulangi dan mencegah penyebaran penyakit.

Perubahan gaya hidup, seperti pola makan, aktivitas fisik, dan gaya hidup lainnya berdampak pada kesehatan, masalah kesehatan reproduksi dan keluarga berencana, kesehatan mental, stigma negatif terhadap penyakit tertentu, penggunaan layanan kesehatan, sampai pada kondisi krisis kesehatan global, seperti Covid-19, hal tersebut menunjukkan bahwa betapa pentingnya pendidikan kesehatan, guna membantu masyarakat memahami dan menjaga kesehatannya, dengan berperilaku hidup sehat untuk meningkatkan kualitas hidup dan masyarakat yang sehat produktif.

b. Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan keterampilan individu atau kelompok dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan. Beberapa ahli mengemukakan tentang pendidikan Kesehatan, diantaranya Green & Kreuter (2005) mengemukakan bahwa pendidikan kesehatan adalah kombinasi dari proses pendidikan, pelatihan, dan pengembangan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan individu dan masyarakat, sedangkan menurut Nutbeam (1998). pendidikan kesehatan merupakan proses yang bertujuan meningkatkan kemampuan individu untuk mendapatkan, memahami, dan menggunakan informasi kesehatan yang dapat mempengaruhi kesehatan mereka. WHO (*World Health Organization*, 1986) juga mengemukakan, pendidikan kesehatan adalah proses yang mengajak individu untuk mempelajari tentang kesehatan dan cara menjaga serta meningkatkan kesehatannya.

Kriswanto (2012) menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan adalah proses yang membantu individu, baik secara mandiri maupun kolektif, untuk membuat keputusan berdasarkan pengetahuan mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan mereka dan orang lain. Tujuannya adalah meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya, tidak hanya melalui peningkatan pengetahuan, sikap, dan praktik, tetapi juga dengan memperbaiki lingkungan, baik fisik maupun non-fisik untuk mendukung pemeliharaan dan peningkatan kesehatan dengan penuh kesadaran. Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku hidup sehat yang didasari atas kesadaran diri baik itu di dalam individu, kelompok maupun masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan.

Secara konseptual, pendidikan kesehatan merupakan upaya untuk memengaruhi atau mengajak individu, kelompok, dan masyarakat agar berperilaku

hidup sehat. Secara operasional, pendidikan kesehatan mencakup semua kegiatan yang bertujuan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan, sikap, serta praktik masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka. (Notoatmodjo, 2014).

Pengertian-pengertian tersebut menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan tidak hanya fokus pada penyampaian informasi, tetapi juga pada perubahan perilaku dan peningkatan kemampuan dalam mengambil keputusan terkait kesehatan mereka. Pendidikan kesehatan mempunyai peran yang penting dalam mewujudkan manusia yang sehat, mengingat kesehatan merupakan dambaan setiap manusia, karena manusia yang sehat, yang dapat melakukan aktivitasnya dengan optimal. Dalam keperawatan komunitas pendidikan kesehatan menjadi strategi penting yang dilakukan dalam segala situasi dan masalah di masyarakat.

c. Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan telah dikemukakan oleh para ahli, diantaranya, Pender (1987) menyatakan bahwa tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesehatan individu dan komunitas melalui pengembangan perilaku sehat, Beauchamp (1995) menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan bertujuan untuk memberikan pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan agar individu dapat membuat keputusan yang tepat terkait kesehatan. Green dan Kreuter (2005) menyebutkan tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku individu dan komunitas agar lebih proaktif dalam menjaga kesehatan dan mencegah penyakit, sedangkan menurut Simons-Morton dan Greene (1996), pendidikan kesehatan bertujuan untuk mengembangkan keterampilan individu dalam merespons isu-isu kesehatan dengan cara yang positif dan bertanggung jawab, serta pernyataan dari WHO (1986), yang menekankan bahwa tujuan pendidikan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran masyarakat mengenai faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan dan memfasilitasi pengambilan keputusan yang bijak.

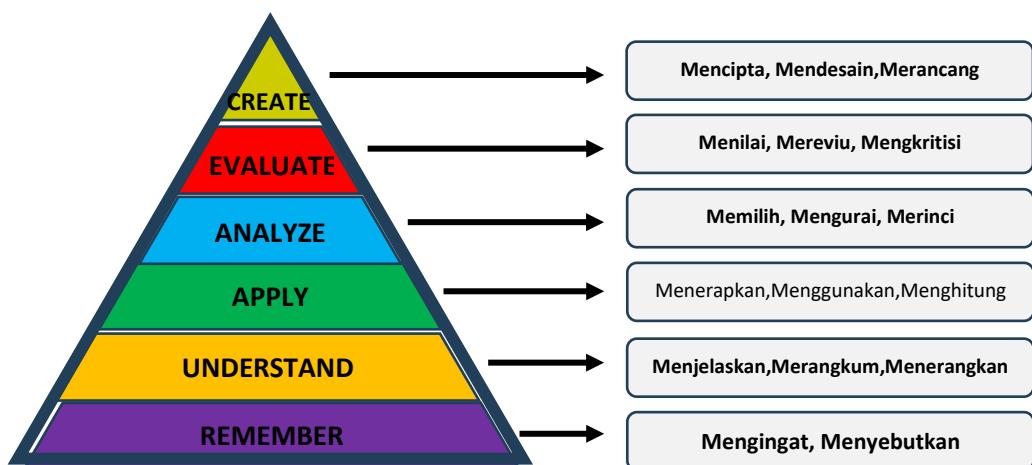
Setiap ahli memberikan perspektif yang sedikit berbeda, tetapi semua menekankan pentingnya perubahan perilaku untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Perubahan perilaku menjadi fokus utama dalam pendidikan kesehatan. F. Skinner (1938) seorang psikolog Amerika yang dikenal dengan teori behaviorisme, menjelaskan perilaku sebagai respons yang dipelajari terkait faktor-faktor psikologis dan lingkungan yang mempengaruhi tindakan seseorang. Respons yang dimaksud adalah pengetahuan, sikap dan tindakan (*psikomotor*), sehingga tujuan dari pendidikan kesehatan, meliputi ketiga ranah perilaku tersebut, yaitu:

1) Pada Ranah Pengetahuan (*kognitif*)

Pendidikan Kesehatan bertujuan meningkatkan pemahaman individu tentang kesehatan, penyakit, dan praktik kesehatan yang baik. Hal ini mencakup informasi

tentang gaya hidup sehat, pencegahan penyakit, dan pentingnya pemeriksaan kesehatan rutin. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (H. L Bloom, revisi Anderson, dkk, 2001), yaitu Mengingat (*remember*), Memahami (*understand*), Menerapkan (*application*), Menganalisis (*analyze*), dan Penilaian (*evaluate*), berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek berdasarkan kriteria atau standar yang ada, dan 6) Menciptakan (*create*).



Gambar 4.2 Ranah Kognitif Bloom (Revisi Anderson, dkk, 2001)

a) Mengingat (*Remember*)

Tingkat dasar ini mencakup kemampuan untuk mengingat kembali informasi yang telah dipelajari. Contoh aktivitasnya meliputi menghafal fakta, definisi, dan konsep tentang suatu penyakit yang ada di masyarakat.

b) Memahami (*Understand*)

Pada tingkat ini, individu dapat menjelaskan makna informasi dan memahami konsep dengan baik. Contoh aktivitasnya adalah merangkum, menginterpretasi, atau menjelaskan ide-ide.

c) Menerapkan (*Apply*)

Di tingkat ini, individu menggunakan pengetahuan yang telah dipelajari dalam situasi baru atau dalam konteks yang berbeda. Contoh aktivitasnya adalah memecahkan masalah atau menerapkan pengatahuannya dalam praktik.

d) Menganalisis (*Analyze*)

Pada tingkat ini melibatkan kemampuan untuk memecah informasi menjadi bagian-bagian yang lebih kecil dan memahami bagaimana bagian tersebut saling berhubungan. Contoh aktivitasnya termasuk mengidentifikasi pola, membandingkan, dan mengklasifikasikan.

e) Menilai (*Evaluate*)

Di tingkat ini, individu dapat membuat penilaian atau keputusan berdasarkan kriteria tertentu. Aktivitas ini meliputi menilai argumen, mendebat, dan memberikan rekomendasi.

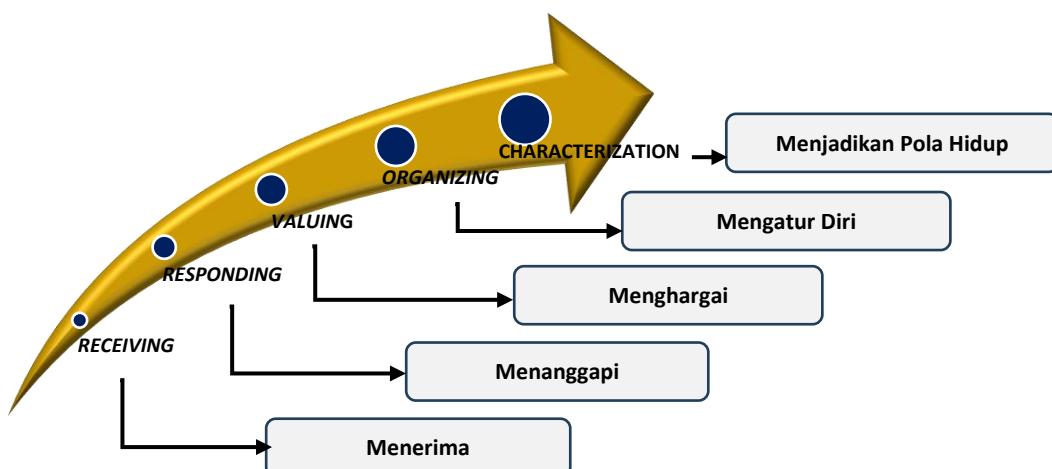
f) Menciptakan (*Create*)

Pada tingkat tertinggi ini melibatkan kemampuan untuk menggabungkan elemen-elemen berbeda untuk membentuk sesuatu yang baru. Ini mencakup merancang, menghasilkan, atau mengembangkan ide dan produk baru.

2) Pada Ranah Sikap (*affective*)

Pendidikan Kesehatan bertujuan mengubah sikap individu terhadap kesehatan dan perilaku kesehatan. Sikap dalam pendidikan kesehatan merujuk pada pandangan, perasaan, dan reaksi individu terhadap informasi, praktik, dan nilai-nilai yang berkaitan dengan kesehatan. Sikap ini sangat penting karena dapat memengaruhi perilaku dan keputusan individu dalam menjaga kesehatan mereka dan mengakses layanan Kesehatan, termasuk pengembangan motivasi untuk menjalani hidup sehat. Pendidikan kesehatan bertujuan untuk menanamkan nilai-nilai positif terkait Kesehatan.

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Krathwahl, dkk (1964) dalam toksonomi bloom, mengungkapkan bahwa tingakatan sikap terdiri: Menerima (*receiving*), Menanggapi (*responding*), Menghargai (*valuing*), Mengatur diri (*organization*), dan Pengalaman (*characterization*).



Gambar 4.3 Ranah Affectif (Krathwahl, Bloom, Mazia, 1964)

a) Menerima (*Receiving*)

Pada tingkat ini, individu menunjukkan kesediaan untuk mendengar dan memperhatikan. Mereka dapat mengenali perasaan dan pengalaman orang lain serta menunjukkan perhatian terhadap hal-hal baru. Misalnya, seorang

klien yang mendengarkan dengan seksama saat petugas kesehatan menjelaskan penyakitnya.

b) Menanggapi (*Responding*)

Di tingkatan ini, individu tidak hanya menerima informasi tetapi juga memberikan respons. Mereka mulai menunjukkan partisipasi aktif, seperti bertanya, berdiskusi, atau berkontribusi dalam aktivitas kelompok. Contohnya adalah klien yang aktif berpartisipasi dalam diskusi kelompok.

c) Menghargai (*Valuing*)

Pada tingkat ini, individu mulai mengembangkan sikap positif terhadap nilai atau keyakinan tertentu. Mereka mampu menunjukkan apresiasi terhadap hal-hal yang dianggap penting, misalnya dengan memilih untuk mengikuti kegiatan yang mendukung nilai-nilai tersebut.

d) Mengatur Diri (*Organizing*)

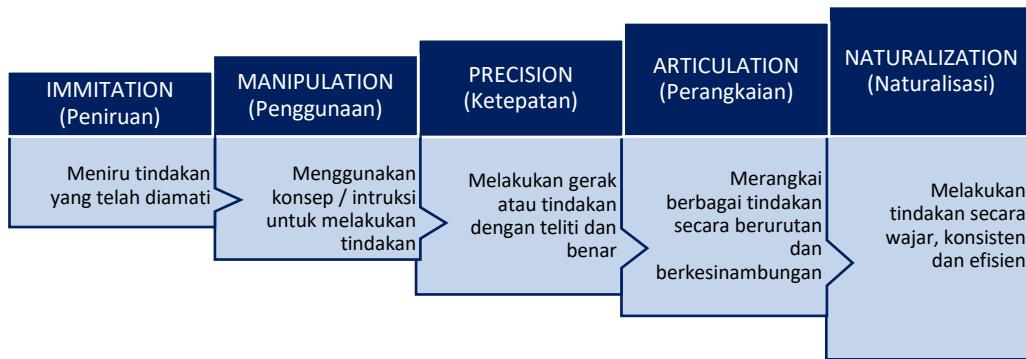
Pada tingkat ini, individu mulai mengintegrasikan berbagai nilai dan sikap dalam diri mereka. Mereka dapat mengatur prioritas dan mengelola nilai-nilai yang berbeda, menciptakan sistem nilai pribadi yang koheren. Misalnya, seorang klien yang mampu memprioritaskan waktu antara memeriksakan kesehatan diri untuk skrining dan beraktivitas sosial.

e) Pengalaman (*Characterizing*)

Tingkatan ini melibatkan pengembangan sikap yang sudah menjadi bagian integral dari kepribadian individu. Seseorang di tingkat ini menunjukkan konsistensi dalam sikap dan perilaku, serta dapat menjadi teladan bagi orang lain. Contohnya adalah individu yang selalu menunjukkan integritas dan komitmen terhadap nilai-nilai kesehatan yang diyakininya.

3) Pada Ranah Psikomotor (*psikomotor*)

Pendidikan Kesehatan bertujuan mendorong individu untuk mengembangkan keterampilan praktis yang berkaitan dengan kesehatan, aspek ini menekankan pentingnya praktik langsung dalam penerapan pengetahuan dan sikap yang telah dipelajari. Dave (1967) menjelaskan tingakatan kemampuan psikomotik dalam tingkatan yaitu: meniru (*imitation*), penggunaan (*manipulation*), ketepatan (*precision*), perangkaian (*articulation*), dan naturalisasi (*naturalization*).



Gambar 4.4 Ranah Psikomotor (Dave, 1967)

a) Meniru (*Imitation*)

Pada tingkatan ini, individu belajar dengan menyalin atau mengikuti gerakan yang dilakukan oleh orang lain. Tindakan ini merupakan tahap awal, dimana seseorang mulai mengenal keterampilan melalui observasi.

b) Memanipulasi (*Manipulation*)

Setelah mampu meniru, individu mulai mengembangkan kemampuan untuk melakukan gerakan secara mandiri, meskipun mungkin belum sepenuhnya tepat. Pada tahap ini, individu berlatih melakukan keterampilan dengan bimbingan dan seringkali masih memerlukan dukungan.

c) Ketepatan (*Precision*)

Di tingkat ini, individu dapat melakukan gerakan dengan lebih akurat dan tepat. Keterampilan yang sebelumnya dipelajari mulai dilakukan dengan kontrol yang lebih baik dan konsistensi yang lebih tinggi.

d) Perangkaian (*Articulation*)

Pada tahap ini, individu sudah mampu mengintegrasikan berbagai gerakan yang berbeda dan melakukan keterampilan dengan koordinasi yang lebih kompleks. Keterampilan mulai terlihat lebih lancar dan terorganisir.

e) Naturalisasi (*Naturalization*)

Tingkatan ini adalah tingkatan tertinggi, dimana keterampilan menjadi otomatis dan alami bagi individu. Mereka dapat melakukan gerakan dengan sangat efisien dan tanpa memikirkan prosesnya, sehingga dapat fokus pada aspek lain dari kegiatan atau tindakan yang dihadapi.

Dengan mengintegrasikan ketiga ranah perilaku dalam pendidikan kesehatan, maka tujuan menciptakan perubahan perilaku yang berkelanjutan, meningkatkan kualitas hidup dan kesehatan masyarakat secara keseluruhan akan mampu diwujudkan secara efektif.

d. Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

1) Berdasarkan Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan mencakup berbagai aspek yang berhubungan dengan cara individu atau kelompok memandang dan mengelola kesehatan mereka. Pendidikan kesehatan mengarahkan terhadap perubahan perilaku kesehatan tersebut, seperti halnya yang diungkapkan oleh McLeroy et al. (1988), yakni:

a) Perilaku terhadap Sakit dan Penyakit

Perilaku ini berkaitan dengan pemahaman individu tentang apa itu sakit dan penyakit, meliputi bagaimana seseorang mengenali gejala, memahami penyebab penyakit, dan respon terhadap kondisi kesehatan mereka. Misalnya, seseorang yang memahami pentingnya deteksi dini akan lebih proaktif dalam mencari perawatan.

b) Perilaku terhadap Pelayanan Kesehatan

Perilaku ini mencakup bagaimana individu menggunakan layanan kesehatan, termasuk akses ke fasilitas kesehatan, kepercayaan terhadap tenaga kesehatan, serta keterlibatan dalam proses pengobatan. Perilaku ini bisa dipengaruhi oleh pengetahuan tentang sistem kesehatan, pengalaman pribadi, dan norma sosial.

c) Perilaku terhadap Makanan dan Minuman

Perilaku ini berhubungan dengan pilihan makanan dan minuman yang dikonsumsi, yang memengaruhi kesehatan secara langsung. Pola makan yang sehat, pemilihan bahan makanan, serta kebiasaan makan yang baik dapat mencegah berbagai penyakit. Kesadaran akan nutrisi dan dampak makanan pada kesehatan juga berperan besar dalam perilaku ini.

d) Perilaku terhadap Lingkungan

Lingkungan fisik dan sosial mempengaruhi perilaku kesehatan. Faktor-faktor seperti sanitasi, polusi, dan akses terhadap fasilitas kesehatan dapat berdampak pada kesehatan individu. Selain itu, lingkungan sosial, termasuk dukungan keluarga dan komunitas, juga mempengaruhi keputusan kesehatan.

e. Tingkat Pelayanan Pendidikan Kesehatan

Tingkat pelayanan pendidikan kesehatan berkaitan dengan tingkat pelayanan kesehatan dengan mengarahkan pada upaya pencegahan (Notoatmodjo, 2014). Tingkat pencegahan menurut Leavell and Clark (1965) dan pengembangannya oleh Beaglehole (1993) merujuk pada pendekatan perjalanan penyakit, membagi

pencegahan menjadi beberapa level atau tingkatan, seperti yang digambarkan di bawah.



Gambar 4.5 Dampak Pendidikan Kesehatan terkait Tingkat Pencegahan

1) Pencegahan Promordial (*primordial prevention*)

Pencegahan Promordial (*primordial prevention*) merupakan pencegahan tingkat dasar, adalah upaya untuk mencegah terjadinya risiko atau menjaga agar tingkat risiko penyakit tetap rendah dalam masyarakat secara umum. Tujuan dari pencegahan primordial ini adalah untuk menghindari terbentuknya pola hidup sosial-ekonomi dan budaya yang dapat meningkatkan risiko penyakit. Upaya ini terutama relevan untuk mengatasi masalah penyakit tidak menular yang semakin meningkat saat ini.

Pencegahan ini mencakup usaha untuk memelihara dan mempertahankan kebiasaan hidup sehat yang sudah ada dalam masyarakat, yang dapat mencegah peningkatan risiko terhadap berbagai penyakit. Contohnya menjaga pola makan yang sehat, kebiasaan berolahraga, dan praktik sehat lainnya untuk mempertahankan tingkat risiko yang rendah terhadap penyakit.

2) Pencegahan Primer (*primary prevention*)

Pencegahan tingkat pertama adalah upaya untuk mencegah penyakit dengan mengatasi atau mengontrol faktor-faktor risiko, dengan sasaran utama orang sehat. Ini dilakukan melalui peningkatan derajat kesehatan secara umum (promosi kesehatan) serta upaya pencegahan khusus terhadap penyakit tertentu. Tujuan pencegahan tingkat pertama adalah mencegah terjadinya penyakit dengan mengendalikan agen dan faktor determinan. Tindakan yang dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit sebelum faktor risiko muncul, seperti vaksinasi dan promosi gaya hidup sehat.

3) Pencegahan Sekunder (*secondary prevention*)

Pencegahan sekunder adalah upaya untuk mencegah komplikasi atau kekambuhan suatu penyakit setelah diagnosis awal. Tujuannya adalah untuk mendeteksi penyakit lebih awal dan mengurangi dampak negatifnya. Contoh dari pencegahan sekunder termasuk skrining rutin untuk kanker, pengelolaan faktor

risiko pada pasien dengan penyakit jantung, atau terapi pemeliharaan setelah pengobatan infeksi. Dengan melakukan pencegahan skunder, kita dapat meningkatkan prognosis pasien dan kualitas hidup mereka.

Usaha pencegahan penyakit Tingkat kedua secara garis besarnya dapat dibagi dalam diagnosa dini dan pengobatan segera (early diagnosis and prompt treatment) serta pembatasan cacat (*disability limitation*).

4) Pencegahan Tersier (*tertiary prevention*)

Pencegahan tertier adalah tahap dalam pencegahan penyakit yang bertujuan untuk mengurangi dampak dan komplikasi dari penyakit yang sudah ada. Ini biasanya melibatkan perawatan dan rehabilitasi untuk membantu individu memulihkan fungsi dan meningkatkan kualitas hidup mereka. Dengan kata lain, pencegahan tertier berfokus pada meningkatkan kualitas hidup pasien dan meminimalkan efek negatif dari penyakit yang sudah ada. Contoh tindakan pencegahan tertier termasuk: 1) Pengelolaan Penyakit, mengontrol gejala dan mencegah kemunduran lebih lanjut, seperti dalam kasus diabetes atau penyakit jantung, 2) Rehabilitasi, program rehabilitasi fisik atau psikologis untuk membantu pasien pulih setelah sakit atau operasi, dan 3) Dukungan Psikososial, memberikan dukungan emosional dan sosial untuk membantu klien beradaptasi dengan kondisi mereka.

f. Metode Pendidikan Kesehatan

Metode pendidikan kesehatan pada dasarnya merupakan pendekatan yang digunakan dalam proses pendidikan untuk penyampaian pesan kepada sasaran pendidikan kesehatan, yakni individu, kelompok atau keluarga, dan masyarakat. Green & Kreuter (2005) mendefinisikan metode pendidikan kesehatan sebagai proses yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, sehingga individu dapat mengambil keputusan yang tepat terkait kesehatan. Jenis metode pendidikan kesehatan berupa metode pendidikan individual, kelompok, dan massa/public, (Johnson, 2018) sebagai berikut :

1) Metode individual (perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode yang bersifat individual ini digunakan untuk membina perilaku baru, atau seseorang yang telah mulai tertarik kepada suatu perubahan perilaku atau inovasi. Dasar digunakannya pendekatan individual ini disebabkan karena setiap orang mempunyai masalah atau alasan yang berbeda-beda sehubungan dengan penerimaan atau perilaku baru tersebut. Bentuk dari pendekatan ini antara lain 1) bimbingan dan penyuluhan (*guidance and counseling*), 2) wawancara (*interview*).

2) Metode kelompok

Metode pendidikan kesehatan kelompok adalah pendekatan dalam pendidikan yang dilakukan secara bersama-sama dalam suatu kelompok.

Tujuannya adalah untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku kesehatan di antara anggotanya. Dalam metode ini, peserta dapat saling berbagi pengalaman, mendiskusikan isu-isu kesehatan, dan belajar satu sama lain dengan dukungan fasilitator. Pendekatan ini efektif karena memanfaatkan dinamika kelompok, memotivasi partisipasi aktif, dan menciptakan lingkungan belajar yang lebih interaktif.

Memilih metode pendidikan kesehatan dalam kelompok, penting untuk mempertimbangkan ukuran kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal mereka. Metode yang diterapkan untuk kelompok besar mungkin berbeda dari yang digunakan untuk kelompok kecil. Selain itu, efektivitas suatu metode juga akan dipengaruhi oleh besarnya sasaran pendidikan."

a) Kelompok besar

Yang dimaksud kelompok besar adalah apabila peserta pendidikan kesehatannya lebih dari 15 orang. Metode yang baik untuk kelompok besar ini antara lain ceramah dan seminar.

b) Kelompok kecil

Apabila peserta kegiatan itu kurang dari 15 orang disebut kelompok kecil. Metode yang cocok untuk kelompok kecil ini antara lain diskusi kelompok, curah pendapat (*brain storming*), bola salju (*snow bolling*), kelompok kecil-kecil (*bruzz group*), memainkan peran (*role play*), permainan simulasi (*simulation game*).

3) Metode massa (*public*)

Metode pendidikan kesehatan untuk mengkomunikasikan pesan-pesan kesehatan yang ditujukan kepada masyarakat yang sifatnya massa atau *public*, maka cara yang paling tepat adalah pendekatan massa. Pada umumnya bentuk pendekatan (cara) massa ini tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Pendidikan kesehatan dengan menggunakan metode pendidikan massa tidak dapat diharapkan sampai pada terjadinya perubahan perilaku, mungkin hanya sampai tahap sadar (*awareness*). Contoh metode ini adalah ceramah umum (*public speaking*), pidato, atau kampanye, dibantu dengan media film, papan reklame atau sejenisnya.

2. Strategi Intervensi melalui Proses Kelompok (*Group Process*)

a. Pendahuluan

Proses kelompok dalam keperawatan komunitas merujuk pada pendekatan kolaboratif yang melibatkan berbagai anggota komunitas dan pemangku kepentingan dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan komunitas. Proses kelompok dalam asuhan keperawatan komunitas penting karena proses kelompok memungkinkan partisipasi aktif dari anggota komunitas, sehingga akan

membantu mengidentifikasi kebutuhan dan masalah kesehatan secara langsung dari perspektif mereka. Kelompok memberikan dukungan emosional dan sosial, yang sangat penting untuk perubahan perilaku dan meningkatkan kesehatan masyarakat.

Melalui kelompok, seluruh anggota komunitas dapat merasa lebih diberdayakan dalam mengambil keputusan mengenai kesehatan mereka sendiri, meningkatkan rasa memiliki terhadap program kesehatan. Dalam proses kelompok memungkinkan pendekatan yang lebih holistik, mempertimbangkan berbagai aspek kesehatan, termasuk fisik, mental, dan social, didukung dengan sumber daya yang beragam dengan berbagai keahlian dan pengalaman dapat digabungkan, sehingga memungkinkan solusi yang lebih inovatif dan efektif terhadap masalah kesehatan. Melalui kelompok diharapkan terbangun interaksi atau hubungan hubungan yang kuat antara perawat dan komunitas, menciptakan kepercayaan dan kolaborasi yang lebih baik.

b. Pengertian Kelompok

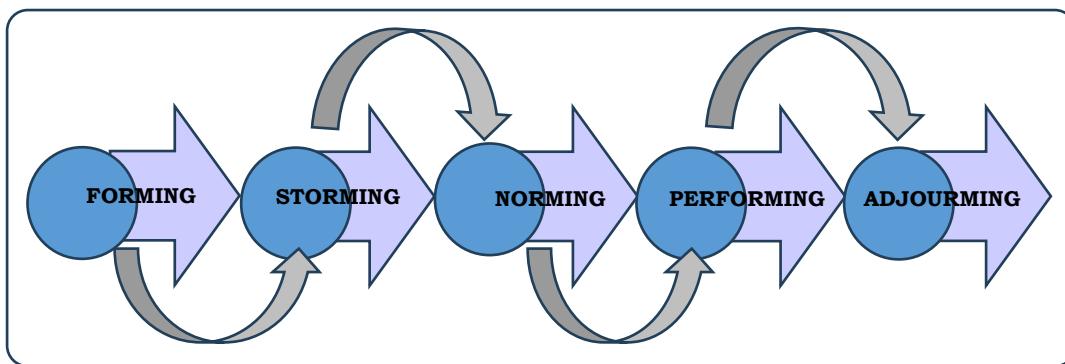
Kumpulan dua orang atau lebih yg saling berinteraksi dan saling mempengaruhi, dimana keberadaannya dapat memberikan dampak kepuasaan pada masing-masing individu dalam kelompok tersebut. Sebuah kelompok adalah kumpulan individu yang berada dalam hubungan deskriptif tertentu satu sama lain (Forsyth DR, 2019). Dalam percakapan sehari-hari seringkali tidak membedakan antara kelompok dan tim. Kelompok pada umumnya terdiri dari individu-individu untuk mendiskusikan isu-isu atau informasi tertentu, kelompok tersebut belum tentu menjadi sebuah tim, sedangkan tim terbentuk dari kelompok dengan penjabaran peran bagi setiap anggotanya, sehingga tim harus berfungsi secara harmonis dalam proses mencapai tujuan. Di dalam mencapai tujuan, Tim akan melakukan: merumuskan tujuan secara jelas, menyebarkan potensi yang dimiliki tim, dan membagi peran, sehingga setiap anggota mendapat suatu peran.

c. Pembentukan Kelompok

Model pembentukan kelompok adalah sebuah kerangka kerja atau teori yang menjelaskan bagaimana kelompok dibentuk, berkembang, dan berfungsi. Hal ini mencakup berbagai aspek, dari dinamika sosial hingga struktur kelompok dan peran anggotanya. Berikut adalah beberapa model yang sering digunakan untuk memahami pembentukan kelompok:

1) Model Linier

Pembentukan kelompok pada model ini didasari bahwa perkembangan kelompok sebagai suatu proses berurutan secara progresif dan dapat diramalkan. Tuckman (1965) menyebutkan bahwa pembentukan kelompok melalui tahap *Forming, Storming, Norming, Performing dan Adjourning*.



Gambar 4.6 Model Pembentukan Kelompok Linier (Tuckman, 1965)

a) Tahap Pembentukan (*Forming*)

Forming adalah pembentukan tahap awal kelompok, dimana anggota kelompok bertemu, saling mengenal dan memahami tujuan kelompok. Pada tahap ini terjadi interaksi awal yang cenderung formal, dan anggota masih mencari peran mereka dalam kelompok, sehingga seringkali pada tahap ini anggota kelompok merasa cemas, karena adanya ketidakpastian tugas dan hubungan sosial. Tujuan tahap forming adalah membangun hubungan dasar dan memahami struktur dari kelompok tersebut.

b) Tahap Konflik (*Storming*)

Tahap *storming*, disebut juga tahap konflik, Dimana anggota kelompok menghadapi mulai mengungkapkan pendapat dan perbedaan, yang dapat menyebabkan konflik. Pada tahap ini muncul pertentangan mengenai tujuan, metode, dan peran serta anggota kelompok berjuang untuk mendapatkan posisi dan pengaruh, yang sering menjadikan ketegangan. Tujuan tahap storming adalah menyelesaikan konflik dan menemukan cara efektif dalam mencapai tujuan kelompok.

c) Tahap Normalisasi (*Norming*)

Di tahap ini, kelompok mulai menemukan kesepakatan mengenai norma, nilai, dan cara kerja. Anggota mulai berkolaborasi dengan lebih baik, membangun hubungan yang lebih solid, dan menciptakan suasana saling percaya. Mereka mulai berfokus pada tujuan bersama. Tujuan tahap ini adalah menyusun struktur kerja yang jelas dan memperkuat kohesi kelompok.

d) Tahap Kerja (*Performing*)

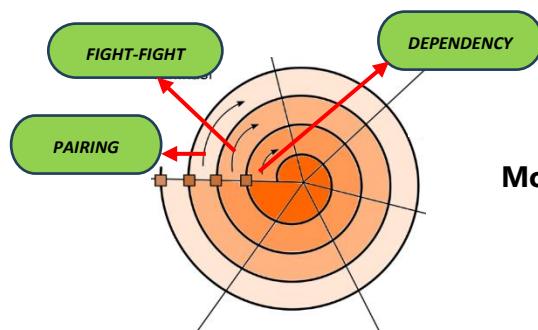
Pada tahap ini, kelompok telah mencapai tingkat kepercayaan dan kolaborasi yang tinggi. Anggota kelompok bekerja secara efisien dan efektif untuk mencapai tujuan bersama. Kreativitas dan produktivitas meningkat, dan kelompok dapat menangani masalah yang muncul dengan lebih baik. Tujuan tahap ini adalah memaksimalkan kinerja untuk mencapai tujuan kelompok.

e) Tahap Pelepasan (*Adjourning*)

Tahap terakhir adalah tahap pelepasan. Pada tahap ini, kelompok kemungkinan dibubarkan, karena tujuan telah tercapai, untuk kemudian menyusun langkah berikutnya. Tujuan tahap ini adalah menyelesaikan tugas akhir, merayakan pencapaian, dan mengatur transisi.

2) Model Helical

Model ini menunjukkan bahwa pembentukan kelompok tidaklah linier atau statis, melainkan bersifat dinamis dan melibatkan berbagai interaksi kompleks antara anggotanya. Model pembentukan kelompok Helical dikembangkan oleh Robert F. Bales (1950). Model ini menggambarkan dinamika interaksi dalam kelompok, di mana interaksi sosial membentuk pola spiral yang menggambarkan perkembangan hubungan antar anggota kelompok seiring waktu. Helical model menekankan bahwa interaksi dalam kelompok bersifat dinamis dan berkembang seiring waktu, setiap interaksi membangun dan memperkuat hubungan antar anggota, menciptakan pola yang lebih kompleks seiring berjalannya waktu. Pembentukan kelompok dimulai dengan adanya saling ketergantungan (*Dependency*), kemudian menuju *fight-fight* sampai mengalami *pairing*.



Gambar 4.7
Model Pembentukan Kelompok Helical
(Robert F. Bales, 1950)

a) Saling ketergantungan (*Dependency*)

Konsep ini menunjukkan bahwa anggota kelompok saling bergantung satu sama lain. Keputusan dan tindakan satu individu mempengaruhi yang lain, sehingga menciptakan jaringan interaksi yang erat dalam hal dukungan emosional atau pengambilan keputusan.

b) Ketegangan/Konflik (*Fight-Fight*)

Menggambarkan konflik atau ketegangan atau konflik, yang mungkin muncul antara anggota kelompok, yang dapat mempengaruhi hubungan dan dinamika kelompok secara keseluruhan. Meskipun konflik bisa menjadi destruktif, Bales juga menekankan bahwa konflik dapat memicu diskusi yang produktif dan memfasilitasi perkembangan kelompok, jika dikelola dengan baik.

c) Pembentukan pasangan (*Pairing*)

Berarti pembentukan pasangan atau sub-kelompok di dalam kelompok yang lebih besar, yang seringkali terjadi untuk memfasilitasi kerja sama atau aliansi. Pairing dapat membantu membangun kepercayaan dan mendukung pengembangan interaksi yang lebih baik dalam kelompok.

d. Pemberdayaan Kelompok

Apabila proses pembentukan kelompok telah terwujud, selanjutnya kelompok tersebut harus terus dibina dan diberdayakan dalam upaya meningkatkan kesehatan komunitas. Berikut beberapa cara yang dilakukan dilakukan, diantaranya:

1) Pelatihan Keterampilan

Memberikan pelatihan keterampilan terkait kesehatan, seperti pertolongan pertama, kebersihan lingkungan, monitoring kepatuhan pengobatan, dan lain sebagainya agar anggota kelompok dapat menjadi agen perubahan di komunitas mereka.

2) Keterlibatan dalam Pengambilan Keputusan

Melibatkan masyarakat dalam proses perencanaan dan pengambilan keputusan terkait program kesehatan. Ini dapat dilakukan melalui musyawarah atau forum diskusi.

3) Dukungan Sumber Daya

Memberikan akses ke sumber daya, seperti informasi, dana, atau fasilitas kesehatan, agar kelompok masyarakat dapat menjalankan inisiatif kesehatan mereka.

4) Menjalin Kemitraan

Membangun kemitraan dengan organisasi non-pemerintah, pemerintah, atau sektor swasta untuk mendapatkan dukungan dalam pelaksanaan program kesehatan.

5) Monitoring dan Evaluasi

Melibatkan masyarakat dalam proses monitoring dan evaluasi program kesehatan, sehingga mereka merasa memiliki andil dalam keberhasilan program.

6) Pembentukan Kelompok Kerja

Membentuk kelompok-kelompok kecil berdasarkan minat atau kebutuhan kesehatan tertentu, seperti kelompok ibu hamil, remaja, atau lansia, untuk berdiskusi dan berbagi informasi.

Dengan kegiatan ini, diharapkan partisipasi aktif kelompok yang berada di tengah masyarakat dalam pembangunan kesehatan, yang pada gilirannya akan berkontribusi pada kesehatan yang lebih baik di komunitas.

3. Strategi Intervensi melalui Kemitraan (*Partnership*)

a. Pendahuluan

Situasi kesehatan masyarakat di Indonesia saat ini dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk pandemi COVID-19, penyakit menular dan tidak menular, serta akses terhadap layanan kesehatan. Meskipun angka infeksi Covid-19 telah menurun, dampak pandemi masih terasa, terutama dalam hal kesehatan mental dan sistem kesehatan, sehingga masyarakat harus tetap waspada dengan tetap menjalankan perilaku hidup bersih dan sehat. Indonesia juga masih menghadapi tantangan dari tingginya penyakit menular seperti tuberkulosis, HIV/AIDS, dan penyakit tropis lainnya serta penyakit tidak menular, seperti hipertensi, diabetes, dan penyakit jantung, semakin meningkat, yang didukung dengan gaya hidup tidak sehat dan pola makan yang buruk. Akses terhadap layanan kesehatan masih mengalami kesenjangan, meskipun telah ada program jaminan kesehatan nasional (JKN), terutama di daerah terpencil dan rural. Angka kematian ibu dan anak masih menjadi perhatian, meskipun ada penurunan, Sekalipun kesadaran akan pentingnya kesehatan mental telah meningkat, tetapi masih banyak stigma yang menghambat individu untuk mencari bantuan.

Beberapa gambaran masalah kesehatan tersebut, secara keseluruhan, Indonesia masih menghadapi tantangan kompleks dalam sektor kesehatan, dan dibutuhkan upaya kolaboratif antara pemerintah, masyarakat, dan sektor swasta untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Kemitraan dalam pembangunan atau pembinaan kesehatan masyarakat menjadi hal yang sangat penting untuk terjalin kemitraan, yang memungkinkan penggabungan sumber daya dari berbagai pihak, termasuk pemerintah, organisasi non-pemerintah, sektor swasta, dan masyarakat. Hal ini meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya yang ada.

Kesehatan adalah hak azasi manusia, merupakan investasi, dan sekaligus merupakan kewajiban bagi semua pihak. Masalah kesehatan saling berkaitan dan saling mempengaruhi dengan masalah lain, seperti pendidikan, ekonomi, sosial, agama, politik, keamanan, ketenagakerjaan, pemerintahan, dan lain lain, karenanya masalah kesehatan tidak dapat diatasi oleh sektor kesehatan sendiri, melainkan dengan semua pihak, sehingga mereka khususnya kalangan swasta diperlukan kepeduliannya terhadap masalah kesehatan tersebut. Dengan peduli pada masalah kesehatan tersebut, berbagai pihak diharapkan juga memperoleh manfaat, karena kesehatan meningkatkan kualitas SDM dan meningkatkan produktivitas. Dengan berkolaborasi, berbagai pihak dapat memperluas akses layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil. Ini juga memungkinkan pertukaran pengetahuan dan praktik terbaik, sehingga meningkatkan kualitas layanan. Kemitraan yang melibatkan masyarakat secara langsung dapat memberdayakan mereka untuk terlibat dalam

proses pengambilan keputusan. Ini penting untuk memastikan bahwa program kesehatan sesuai dengan kebutuhan dan konteks lokal.

Kolaborasi antara berbagai pihak dapat mendorong inovasi dalam program dan intervensi kesehatan. Ide-ide baru sering muncul dari interaksi antar disiplin. Kemitraan dapat meningkatkan kesadaran akan isu-isu kesehatan di kalangan masyarakat dan menciptakan dukungan yang lebih besar untuk inisiatif kesehatan, dan kerja sama jangka panjang antara berbagai pihak, untuk dapat menciptakan keberlanjutan program-program kesehatan, memastikan bahwa mereka terus beroperasi dan berkembang seiring waktu.

Dari paparan tersebut, kemitraan (*partnership*) menjadi kunci dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan masyarakat yang lebih baik dan berkelanjutan. Kemitraan dalam pembangunan kesehatan masyarakat sangat penting untuk mencapai hasil yang lebih baik. Kemitraan yang kuat dan efektif antara berbagai pihak akan meningkatkan keberhasilan dalam pembangunan kesehatan masyarakat, yang pada akhirnya berdampak positif terhadap kesehatan dan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan. Dalam konteks pembinaan kesehatan komunitas, *partnership* atau kemitraan atau kerjasama merujuk pada kolaborasi antara berbagai pihak yang memiliki kepentingan atau peran dalam meningkatkan kesehatan komunitas.

b. Pengertian Kemitraan (*partnership*)

Kemitraan atau *partnership* pada esensinya adalah gotong royong atau kerjasama dari berbagai pihak, baik secara individual maupun kelompok. Kemitraan adalah suatu kerja sama formal antara individu-individu, kelompok-kelompok atau organisasi-organisasi untuk mencapai suatu tugas atau tujuan tertentu. Kemitraan merupakan hubungan (kerjasama) antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan (memberikan manfaat).

Masalah kesehatan merupakan tanggung jawab bersama setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Pemerintah dalam hal ini Kementerian Kesehatan memang merupakan sektor yang paling depan dalam bertanggung jawab (*leading sector*), namun dalam mengimplementasikan kebijakan dan program, intervensi harus bersama-sama dengan sektor lain, baik pemerintah maupun swasta. Dengan kata lain sektor kesehatan seyogyanya merupakan pemrakarsa dalam menjalin kerjasama (*partnership*) atau kemitraan dengan sektor-sektor terkait.

Partnership adalah suatu bentuk kerja sama antara dua pihak atau lebih yang bertujuan untuk mencapai tujuan bersama. Dalam konteks bisnis, kemitraan sering kali melibatkan pembagian sumber daya, risiko, dan keuntungan. Selain itu, kemitraan juga dapat terjadi dalam berbagai bidang lainnya, seperti sosial, pendidikan, atau komunitas, di mana individu atau organisasi bekerja sama untuk

mencapai hasil yang saling menguntungkan. Pentingnya kerjasama (*partnership*) ini mulai digencarkan oleh WHO pada konfrensi internasional promosi kesehatan yang keempat di Jakarta pada tahun 1997. Sehubungan dengan itu perlu dikembangkan upaya kerjasama yang saling memberikan manfaat.

Para ahli mengemukakan arti kemitraan (*partnership*) seperti R. Edward Freeman (1984), kemitraan adalah hubungan yang melibatkan dua atau lebih pihak yang berkomitmen untuk mencapai tujuan bersama, dengan saling menghargai dan mengandalkan satu sama lain. Kauffman (1990) mendefinisikan kemitraan sebagai bentuk kolaborasi di mana pihak-pihak yang terlibat berbagi tanggung jawab dan kepemilikan atas hasil yang dicapai. Pendapat lain dari McCarthy (2014) menyatakan bahwa kemitraan adalah hubungan formal yang memungkinkan pertukaran sumber daya, keahlian, dan informasi untuk mencapai hasil yang lebih baik daripada yang dapat dicapai secara individu. Mockler (2002) mendefinisikan kemitraan sebagai kerja sama antara dua atau lebih entitas yang bertujuan untuk mencapai sinergi dan hasil yang lebih besar melalui kombinasi keahlian dan sumber daya.

Dari definisi-definisi tersebut, ini menggambarkan berbagai aspek kemitraan, dari kolaborasi hingga aliansi strategis, yang mencerminkan pentingnya kerja sama dalam mencapai tujuan bersama.

c. Tujuan Kemitraan (*partnership*)

Secara umum, *partnership/kemitraan/kerjasama* bertujuan untuk meningkatkan percepatan, efektivitas dan efisiensi upaya kesehatan dan upaya pembangunan pada umumnya, sedangkan secara khusus, kerjasama untuk:

1) Meningkatkan saling pengertian

Kemitraan dapat meningkatkan saling pengertian karena kemitraan dapat menciptakan ruang untuk komunikasi dan kolaborasi antara pihak-pihak yang terlibat. Dalam kemitraan, pihak-pihak yang terlibat memiliki kesempatan untuk berinteraksi secara langsung, terjadi diskusi terbuka yang memungkinkan pemahaman lebih mendalam tentang kesehatan. Proses ini dapat mengurangi kesalahpahaman dan memperkuat hubungan.

2) Meningkatkan saling percaya

Melalui kemitraan, pihak-pihak dapat saling berbagi pengetahuan dan pengalaman, yang akan membantu setiap pihak memahami permasalahannya, sehingga terjalin kepercayaan secara terbuka dan memberikan platform untuk menyelesaikan perbedaan pendapat dengan cara yang konstruktif.

3) Meningkatkan saling memerlukan

Kemitraan dapat meningkatkan rasa saling memerlukan karena dalam kemitraan, setiap pihak membawa keahlian, sumber daya, dan pengalaman yang berbeda. Kolaborasi ini menciptakan sinergi, di mana kekuatan masing-masing dapat saling melengkapi dan menghasilkan hasil yang lebih baik daripada jika

bekerja sendiri. Dalam kemitraan, pihak-pihak yang terlibat memiliki tujuan yang sama, dan ketika setiap individu merasa bahwa perannya penting untuk mencapai tujuan tersebut, maka rasa saling memerlukan secara alami akan berkembang.

4) Meningkatkan rasa kedekatan

Kemitraan melibatkan interaksi yang mendalam, membangun hubungan emosional yang kuat. Rasa saling percaya dan pengertian yang tumbuh dalam kemitraan menciptakan ikatan yang membuat setiap pihak merasa dekat, dan diperlukan.

5) Membuka peluang untuk saling membantu,

Ketika menghadapi tantangan, kemitraan memungkinkan pihak-pihak untuk saling mendukung dan membantu. Menghadapi kesulitan bersama memperkuat rasa saling ketergantungan dan memperdalam hubungan.

6) Meningkatkan daya, kemampuan, dan kekuatan

Kemitraan dapat meningkatkan daya, kemampuan, dan kekuatan dua pihak atau lebih dapat menggabungkan sumber daya mereka, baik itu finansial, manusia, atau teknologi untuk mencapai tujuan bersama. Setiap mitra membawa keahlian dan pengetahuan unik, dan hal ini akan dapat meningkatkan kemampuan keseluruhan dalam menyelesaikan tantangan dan menciptakan inovasi. Dengan bekerja sama, mitra dapat menghadapi tantangan yang mungkin sulit diatasi secara individual. Kekuatan kolaboratif ini menciptakan sinergi yang dapat menghasilkan hasil yang lebih baik. Kemitraan yang efektif dapat menciptakan sinergi yang signifikan, meningkatkan daya, kemampuan, dan kekuatan masing-masing pihak untuk mencapai tujuan yang lebih besar, yakni menwujudkan masyarakat yang sehat produktif.

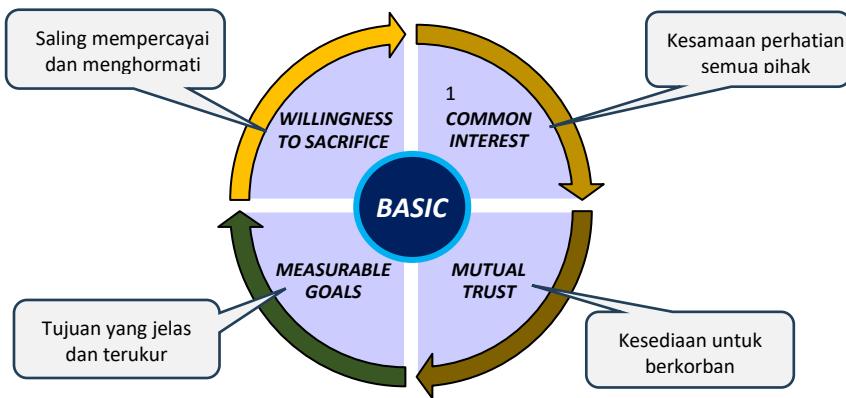
7) Meningkatkan rasa saling menghargai

Kemitraan cenderung menghasilkan lebih banyak keberhasilan. Ketika setiap pihak merasa kontribusinya berharga, mereka lebih termotivasi untuk berkontribusi secara maksimal. Kemitraan menciptakan lingkungan di mana setiap individu merasa dihargai dan diperlukan, serta menguntungkan semua pihak yang terlibat.

d. Dasar dan Tujuan Kemitraan (*Partnership*)

1) Dasar Kemitraan (*Partnership*)

Untuk membangun kemitraan atau kerjasama, harus didasarkan pada hal-hal berikut (Brown W.E, 2005), yaitu: 1) kesamaan perhatian (*common interest*) atau kepentingan, 2) saling mempercayai dan saling menghormati, 3) tujuan yang jelas dan terukur, dan 4) kesediaan untuk berkorban baik, waktu, tenaga, maupun sumber daya yang lain.



Gambar 4.7 Dasar Kemitraan/Partnership (Brown, 2005)

Dalam kemitraan/kerjasama (*partnership*) juga didasari oleh tujuh saling, yaitu: saling memahami kedudukan, tugas dan fungsi (kaitan dengan struktur); saling memahami kemampuan masing-masing (kapasitas unit/organisasi); saling menghubungi secara proaktif (*linkage*); saling mendekati, bukan hanya secara fisik tetapi juga pikiran dan perasaan (*empati, proximity*); saling terbuka, dalam arti kesediaan untuk dibantu dan membantu (*opennes*); saling mendorong/mendukung kegiatan (*synergy*); dan saling menghargai kenyataan masing masing (*reward*).

2) Tujuan Kemitraan (*Partnership*)

Kemitraan dalam kesehatan bertujuan untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan, memperkuat sistem kesehatan, dan memberdayakan komunitas. Kemitraan ini sering melibatkan berbagai pihak, seperti pemerintah, organisasi non-pemerintah (NGO), sektor swasta, dan komunitas lokal. Tujuan kemitraan dalam kesehatan secara khusus, meliputi:

a) Peningkatan Akses Pelayanan

Memastikan lebih banyak orang mendapatkan layanan kesehatan yang diperlukan.

b) Penguatan Sistem Kesehatan

Meningkatkan kapasitas sistem kesehatan untuk menghadapi tantangan.

c) Promosi Kesehatan

Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan pencegahan penyakit.

d) Inovasi dan Penelitian

Mendorong penelitian dan pengembangan solusi baru untuk masalah kesehatan.

Kemitraan ini bisa terjadi di berbagai tingkatan dan waktu, misalnya, beberapa inisiatif kemitraan di tingkat internasional telah dimulai sejak tahun 2000-an, seperti *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, yang

didirikan pada tahun 2002, demikian halnya di tingkat lokal, berbagai program kemitraan mungkin telah dilaksanakan.

3) Prinsip Kemitraan (*Partnership*)

Dalam membangun kemitraan dalam kesehatan, perlu memperhatikan prinsip kemitraan, karena prinsip kemitraan merupakan hal penting dalam kolaborasi antara berbagai pihak, seperti pemerintah, lembaga swadaya masyarakat, dan sektor swasta. Prinsip tersebut adalah:

a) Persamaan (*Equality*)

Prinsip persamaan (equity) menekankan bahwa semua pihak dalam kemitraan memiliki posisi yang setara. Tidak ada satu pihak pun yang mendominasi atau memonopoli pengambilan Keputusan (Brown W.E, 2005). Konsep ini sering dikaitkan dengan pendekatan partisipatif dalam pembangunan kesehatan, yang berupaya untuk memberdayakan semua pemangku kepentingan, terutama masyarakat yang dilayani.

b) Keterbukaan (*Transparency*)

Keterbukaan merujuk pada komunikasi yang jujur dan jelas antara semua pihak yang terlibat, termasuk berbagi informasi mengenai tujuan, proses, dan hasil dari kemitraan. Keterbukaan penting untuk membangun kepercayaan dan memastikan bahwa semua pihak merasa dihargai dan terlibat (WHO, 2007).

c) Saling Menguntungkan (*Mutual Benefit*)

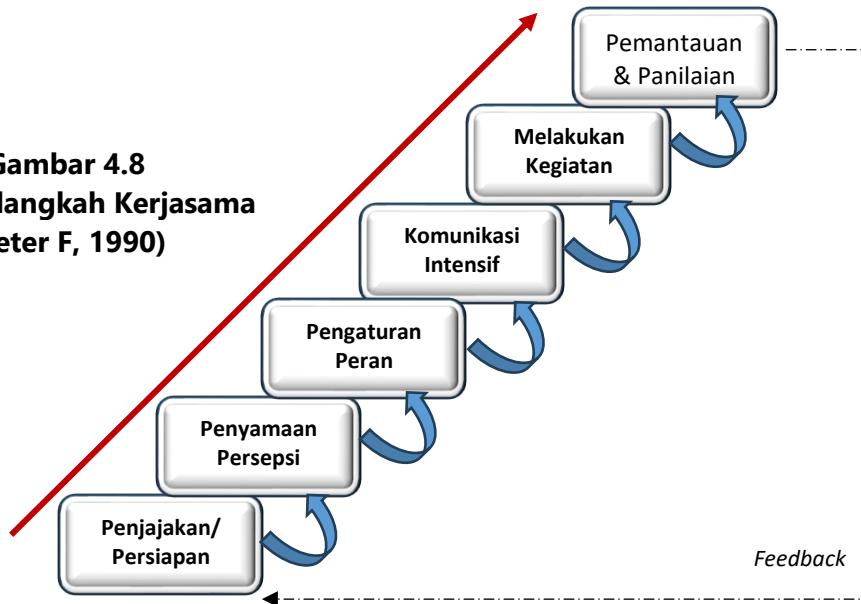
Prinsip ini menekankan bahwa kemitraan harus memberikan keuntungan bagi semua pihak yang terlibat. Setiap pihak harus merasakan manfaat dari kerjasama tersebut, baik itu dalam bentuk sumber daya, pengetahuan, atau akses kepada layanan kesehatan.

Semua prinsip ini penting dalam menciptakan kemitraan yang efektif dan berkelanjutan dalam kesehatan. Mereka membantu memastikan bahwa kolaborasi tidak hanya menghasilkan hasil yang lebih baik tetapi juga membangun kapasitas dan kepercayaan di antara semua pemangku kepentingan.

e. Langkah Kemitraan (*Partnership*)

Pengembangan kemitraan atau kerjasama di bidang kesehatan, terdiri dari: kerjasama lintas program di lingkungan sektor kesehatan sendiri, kerjasama lintas sektor di lingkungan institusi pemerintah diluar sektor kesehatan, dan kerjasama yang lebih luas, mencakup: unsur pemerintah, unsur swasta atau dunia usaha, unsur lembaga swadaya masyarakat, organisasi masa, dan organisasi profesi. Untuk memastikan kerjasama berjalan lancar dan mencapai hasil yang diinginkan, maka kerjasama dilakukan melalui langkah-langkah sebagaimana digambarkan di bawah:

Gambar 4.8
Langkah-langkah Kerjasama
(Peter F, 1990)



a) Penjajakan/persiapan

Langkah ini melibatkan identifikasi potensi mitra kerja sama, mengevaluasi kesesuaian tujuan, dan mengeksplorasi kemungkinan bentuk kerjasama. Aktivitasnya adalah melakukan penelaahan tentang mitra potensial, melakukan pertemuan awal untuk mendiskusikan minat dan ekspektasi, serta menilai sumber daya yang tersedia.

b) Penyamaan persepsi

Tahap ini bertujuan untuk menyamakan pandangan dan tujuan antara pihak-pihak yang terlibat dalam kerjasama. Aktivitas yang dilakukan adalah menyelenggarakan diskusi untuk memastikan semua pihak memiliki pemahaman yang sama tentang tujuan, harapan, dan batasan kerjasama. Ini bisa meliputi penjelasan misi, visi, dan ekspektasi masing-masing pihak.

c) Pengaturan peran

Pada tahap ini, peran dan tanggung jawab masing-masing pihak dalam kerjasama ditetapkan secara jelas. Aktifitasnya adalah menyusun struktur organisasi, mendefinisikan tugas dan tanggung jawab, serta menetapkan siapa yang bertanggung jawab atas apa yang akan dilakukan, serta pembagian tugas secara adil dan efektif.

d) Komunikasi intensif

Komunikasi yang efektif dan berkelanjutan diperlukan untuk memastikan kelancaran kerjasama. Aktifitas yang dilakukan adalah menetapkan saluran komunikasi yang jelas, mengadakan pertemuan rutin, dan memastikan informasi penting dibagikan secara tepat waktu. Komunikasi harus dilakukan dengan transparansi dan keterbukaan.

e) Melakukan kegiatan

Tahap ini melibatkan pelaksanaan aktivitas sesuai dengan rencana yang telah disepakati. Kegiatannya meliputi: implementasi kegiatan kerjasama, termasuk koordinasi operasional, pemantauan kemajuan, dan penyesuaian strategi bila diperlukan. Pada tahap ini, penting untuk memastikan semua pihak menjalankan perannya sesuai dengan rencana.

f) Pemantauan dan penilaian.

Tahap ini mencakup evaluasi hasil kerjasama dan proses yang telah dilakukan. Kegiatannya adalah menilai hasil pencapaian tujuan kerjasama, mengevaluasi efektivitas komunikasi, dan mengecek apakah semua peran dan tanggung jawab telah dipenuhi. Ini juga termasuk membuat laporan hasil dan memberikan umpan balik untuk perbaikan di masa depan.

D. Penutup

Di Indonesia, kompleksitas masalah kesehatan masyarakat dipengaruhi oleh berbagai faktor yang saling terkait, seperti keanekaragaman geografis dan budaya, Indonesia adalah negara kepulauan dengan lebih dari 17.000 pulau dan ratusan suku. Setiap daerah memiliki budaya, kebiasaan, dan akses terhadap layanan kesehatan yang berbeda, yang mempengaruhi cara masyarakat menjaga kesehatan. Perubahan sosial dan lingkungan sering menyebabkan munculnya urbanisasi, dan faktor lingkungan lainnya, yang mempengaruhi kesehatan masyarakat. Strategi intervensi yang tepat untuk mengatasi hal ini, dapat membantu mitigasi dampak negatif.

Strategi intervensi merupakan rencana atau pendekatan yang dirancang untuk mengatasi masalah atau tantangan tertentu untuk mengubah situasi yang tidak diinginkan menjadi lebih baik, melalui tindakan yang terencana dan terfokus. Pada umumnya, strategi intervensi melibatkan analisis situasi, penentuan tujuan, pemilihan metode, dan evaluasi hasil untuk memastikan efektivitas tindakan yang diambil.

Strategi intervensi dalam keperawatan komunitas merujuk pada pendekatan dan tindakan yang diambil oleh perawat untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Strategi intervensi dalam keperawatan kesehatan komunitas sangat diperlukan karena beberapa alasan penting, yakni: eridentifikasi kebutuhan spesifik, pencegahan penyakit, peningkatan akses dan kualitas layanan, masyarakat termotivasi untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait kesehatan mereka sendiri, serta pelibatan berbagai pemangku kepentingan, termasuk pemerintah, organisasi non-pemerintah, dan masyarakat dalam melakukan tindakani dalam keperawatan kesehatan komunitas, dan kolaborasi yang lebih baik dalam menangani masalah Kesehatan yang ada.

Strategi intervensi menjadi kunci untuk menciptakan perubahan positif dan meningkatkan kualitas hidup komunitas. Dalam keperawatan komunitas, strategi intervensi dirancang untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan komunitas

melalui berbagai metode dan pendekatan yang terencana, meliputi pendidikan kesehatan (*health education*), proses kelompok (*group process*) dan kerjasama (*partnership*)

Referensi

- Alisjahbana & Murniningtyas, 2018, *Tujuan Pembangunan Berkelaanjutan di Indonesia*, Cetakan 2, Unpad Press, Bandung.
- Anderson, 2001, *A Taxonomy for Learning, Teaching, and Assessing: A Revision of Bloom's Taxonomy of Educational Objectives*, Longman.
- B.F Skinner, 1938, *The Behavior of Organism*, Appleton Century Crofts, New York
- Brown W.E, 2005, *Health Partnerships: A Model for Collaborative Practice*, Springer, New York.
- Candrawati, dkk, 2023, *Promosi dan Perilaku Kesehatan*, Cetakan 1, Eureka Media Aksara, Purbalingga
- Dave, R, 1967, *Psychomotor domain*. International Conference of Educational Testing.
- Forsyth Donelson R, 2019, *Group Dynamics*, Wadsworth, Belmont California
- Freeman, 1984, *Strategic Management: A Stakeholder Approach*, Ed 1, Pitman Publishing, Boston.
- Green dan Kreuter, 2005, *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*, McGraw-Hill, di New York.
- Harrow, Anita J, 1972, *Taksonomi Domain Psikomotor: Panduan untuk Mengembangkan Tujuan Perilaku*. New York: David McKay Co.
- Johnson MP. 2018, *Health Education: Creating Strategies for School & Community Health*, Jones & Bartlett Learning
- Kauffman, 2002, *The Partnership: The Making of a Club*, Ed 1, Houghton Mifflin, Boston.
- Krathwahl, Bloom, Masia, 1964, *Taxonomy of Educational Objectives*, David McKay Company Incorporated, New York
- Krathwohl, D. R, 2002, *A Revision of Bloom's Taxonomy: An Overview. Theory Into Practice*, David McKay Company Incorporated, New York
- Kriswanto, 2012, *Konsep, Proses dan Aplikasi dalam Pendidikan Kesehatan*, FIK UNY, Yogyakarta
- Lancaster & Stanhope, 2020, *Public Health Nursing, Population-Centered Health Care in The Community*, Elsevier, St.Louis.
- Leavell & Clark, 1965, *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*." J.B. Lippincott Company. Philadelphia
- McCarthy J, 2014, *Partnerships for Health: A Guide for Action*, Springer, New York

Mockler, 2002, *Partnerships for Health: A Guide for Community-Based Health Organizations*,
Health Communication Partnership, Baltimore

Nies & McEwen, 2019, *Community Health Nursing: Caring for the Public's Health*, Jones &
Bartlett Learning, Burlington.

Notoatmodjo, 2012, *Promosi Kesehatan: Teori dan Aplikasinya*, Edisi 4, Rineka Cipta, Jakarta

Notoatmodjo, 2014, *Ilmu Perilaku Kesehatan*, Cetakan ke dua, Rineka Cipta, Jakarta

Peter F. Drucker, 1990, *Managing the Non-Profit Organization: Principles and Practices*,
Harper Collins, New York

Robert F. Bales, 1950, *Interaction Process Analysis*, Addison-Wesley, Cambridge
Massachusetts.

Tuckman, 1965, *Developmental Sequence in Small Groups*, Psychological Bulletin, Amerika
(Copyright 1965 by the American Psychological Association. Reprinted with
permission. This article appeared in Psychological Bulletin, Volume 63, Number 6,
Pages 384-99)

Glosarium

AIDS	: <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
HIV	: <i>Human Immunodeficiency Virus</i>
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
NGO	: <i>Non Governmental Organization</i>
PM	: Penyakit Menular
PTM	: Penyakit Tidak Menular
WHO	: <i>World Health Organization</i>
SM	: Sebelum Masehi
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>

BAB 5

Peran Keluarga dalam Kesehatan Ibu dan Anak

Susilia Idyawati

A. Pendahuluan

Kesehatan ibu dan anak merupakan suatu upaya yang mencakup pelayanan, pencegahan, pengobatan dan pemeliharaan ibu hamil, bersalin, ibu menyusui bayi, balita serta anak pra sekolah. Kesehatan ibu dan anak menjadi prioritas utama dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Kesehatan ibu sangat mempengaruhi kesehatan anak yang dilahirkan, sehingga kesehatan ibu ketika hamil akan sangat mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan anak. Upaya dalam meningkatkan kesehatan ibu dan anak yaitu dengan meningkatkan peran keluarga. Dalam permenkes Republik Indonesia no 39 tahun 2016 mencanangkan tentang penyelenggaraan program Indonesia sehat dengan pendekatan keluarga. Pendekatan keluarga salah satunya bertujuan untuk mendukung terwujudnya program indonesia sehat. Prioritas program indonesia sehat terdiri dari empat prioritas yaitu penurunan angka kematian ibu dan bayi, penurunan prevalensi balita stunting atau pendek, penaggulangan penyakit menular dan tidak menular.

B. Keluarga dan Fungsi Keluarga

Keluarga merupakan sekelompok orang yang terikat dengan hubungan darah, ikatan kelahiran, hubungan khusus karena pernikahan atau lainnya. Menurut perpres no 105 tahun 2013 menyatakan keluarga adalah istri/suami dan anak yang masih dalam tanggungan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dibidang jaminan sosial kesehatan. Keluarga memiliki lima fungsi dalam pelaksanaan program indonesia sehat yaitu;

1. Fungsi afektif merupakan fungsi keluarga untuk mengajarkan bagaimana berinteraksi atau berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini berfungsi untuk memenuhi kebutuhan psikososial, fungsi afektif keluarga ini mencakup saling mengasihi, saling dukung, saling menghargai dan lain-lain.
2. Fungsi sosialisasi, keluarga berperan dalam membentuk interaksi sosial dalam lingkungan sosialnya. Fungsi ini akan dimulai sejak bayi lahir untuk membina interaksi sosial pada anak, fungsi sosial ini akan membentuk norma-norma tingkah laku sesuai tingkat perkembangan dan akan meneruskan nilai yang ada pada keluarga.

3. Fungsi reproduksi, pada fungsi ini keluarga berperan dalam mempertahankan keturunan keluarga dan menjaga kelangsungan keluarga.
4. Fungsi ekonomi keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga lainnya secara finansial dengan mencari pendapatan atau meningkatkan penghasilan dengan bekerja.
5. Fungsi perawatan dan pemeliharaan kesehatan, keluarga berfungsi untuk saling menjaga dan memelihara kesehatan anggota keluarga agar produktivitasnya tetap tinggi.

Keluarga sebagai unit terkecil dimasyarakat memiliki peran penting, karena dari keluarga yang sehat maka akan tercipta masyarakat yang sehat. 12 indikator keluarga sehat yaitu:

1. Keluarga mengikuti program keluarga berencana
2. Persalinan dilakukan di fasilitas kesehatan
3. Bayi mendapatkan imunisasi dasar lengkap
4. Bayi mendapatkan ASI saja selama 6 bulan atau ASI ekslusif
5. Bayi mendapatkan pemantauan tumbuh kembang
6. Penderita TB paru mendapat pengobatan yang sesuai standar
7. Penderita tekanan darah tinggi atau hipertensi mendapatkan pengobatan rutin dan teratur
8. Penderita gangguan jiwa mendapatkan pengobatan dan tidak diterlantarkan
9. Anggota kluarga tidak ada yang merokok
10. Keluarga sudah menjadi anggota JKN
11. Keluarga mendapatkan akses sarana air bersih dan
12. Keluarga dapat mengakses atau memiliki jamban sehat

C. Peran Keluarga dalam Kesehatan Ibu

Kesehatan ibu merupakan salah satu indikator kesehatan suatu negara. Indikator kesehatan ibu dilihat dari angka kematian ibu, target global penurunan angka kematian ibu adalah 70 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2030. Kesehatan ibu yaitu kesehatan perempuan selama kehamilan, persalinan dan pasca persalinan. Kesehatan ibu dapat dicapai melalui;

1. perencanaan kesehatan yang berfokus pada nilai-nilai dan preferensi perempuan.
2. Meningkatkan kesehatan ibu selama kehamilan, persalinan dan perawatan pasca persalinan,
3. Memastikan seorang ibu untuk dapat menjangkau akses pelayanan kesehatan seksual dan reproduksi,
4. Mecegah kekerasan seksual pada pasangan.

D. Peran keluarga dalam kehamilan

Peran keluarga dalam kehamilan salah satunya yaitu memberikan dukungan kepada ibu selama masa kehamilannya. Dukungan ini bukan hanya dukungan dalam bentuk verbal tapi sikap, motivasi, perilaku, dan penerimaan keluarga sangat dibutuhkan ibu hamil untuk menjaga kesehatannya semasa kehamilan. Keluarga yang mendukung tentunya akan selalu siap dan siaga menolong keluarga dengan kondisi anggota keluarga jika mengalami penyakit atau sakit. (fredman 2015) Banyak hal yang berubah dari masa kehamilan, perubahan hormonal yang begitu drastis menyebabkan keluhan dan ketidak nyamanan pada ibu hamil. Dukungan dari orang terdekat menjadi hal yang sangat penting bagi ibu hamil , terutama dukungan suami. Peran keluarga dalam kesehatan ibu yaitu memberikan dukungan kepada ibu baik dukungan fisik, psikologi dan finansial, memastikan ibu mendapatkan perawatan selama kehamilan, memotivasi keluarga untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan, membantu memperbaiki kesehatan lingkungan. Hasil penelitian (Astuti et al., 2000) semakin tingginya dukungan kelurga selama kehamilan maka akan semakin mudah ibu dalam beradaptasi dengan kehamilannya.

Hasil penelitian menunjukkan berbagai bentuk dukungan keluarga yang berpengaruh pada kehamilannya seperti, dukungan keluarga selama kehamilan dapat meningkatkan kunjungan ante natal (Ananda, 2020), selain itu dukungan keluarga membuat ibu akan melakukan pemeriksaan kehamilan menjadi teratur dan lengkap. Ibu hamil yang rutin melakukan pemeriksaan kehamilan memiliki resiko komplikasi selama kehamilan lebih rendah dibandingakan ibu hamil yang tidak melakukan pemeriksaan antenatal (Sudaryo & Sam, 2022). Pemeriksaan kehamilan yang rutin dan teratur juga akan memudahkan mendeteksi komplikasi kehamilan (Untari & Sehmawati, 2019).

Masalah yang paling sering muncul pada kehamilan yaitu anemia, anemia selain disebabkan oleh asupan nutrisi selama kehamilan anemia juga disebabkan oleh status gravida(Idyawati, Afrida, Aryani, & Jannati, 2024). Efek anemia pada ibu hamil dapat menyebabkan abortus atau pendarahan pada kehamilan muda, BBLR, prematur dan ASD (*autistic spectrum disorder*) (Farhan & Dhanny, 2021). Pencegahan dan pengobatan ibu hamil dengan anemia penting dilakukan mulai dari edukasi mengenai dampak anemia pada ibu hamil, dengan edukasi dapat meningkatkan pengetahuan ibu hamil tentang anemia sehingga diharapkan ibu hamil memiliki sikap positif yaitu pencegahan dengan konsumsi tablet tambah darah selama kehamilan(Idyawati, Afrida, Aryani, Jannati, et al., 2024). Peran keluarga dalam pencegahan anemia pada ibu hamil yaitu dengan memenuhi kebutuhan nutrisi ibu selama kehamilan, kepatuhan dalam mengkonsumsi tablet tambah darah dan pemeriksaan kehamilan ditenaga kesehatan(Merry Noviyanti, Mira Triharini, 2024).

Peran keluarga terutama suami memiliki pengaruh terhadap persiapan ibu hamil dalam mempersiapkan kehamilan (Nurdianti, 2017). Suami yang selalu berpartisipasi selama kehamilan akan memberikan dampak yang positif pada ibu hamil, ibu hamil akan

senantiasa memperhatikan kehamilannya dan mempersiapkan persalinannya dengan baik. Dukungan keluarga juga akan membantu ibu hamil primigravida dalam beradaptasi terkait perubahan yang terjadi selama kehamilan baik perubahan fisik maupun psikologis, semakin tinggi dukungan keluarga kepada ibu hamil primi maka akan semakin tinggi pula kemampuan ibu hamil dalam beradaptasi(Astuti et al., 2000)

E. Peran keluarga dalam Persalinan

Salah satu upaya dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi lahir ketika persalinan adalah dengan program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi atau P4K. Dukungan keluarga bukan saja dibutuhkan di masa kehamilan pada saat persalinan ibu sangat membutuhkan dukungan. Dukungan keluarga terbukti meningkatkan persiapan persalinan pada ibu hamil(HERLINA et al., 2022). Persalinan merupakan suatu kondisi yang akan dialami oleh ibu hamil, persalinan dapat memicu kecemasan baik persalinan normal maupun secara abdominal. Kecemasan yang berlebihan akan memicu komplikasi pada ibu bersalin, salah satunya yaitu memanjangnya durasi persalinan baik kala I maupun Kala II dengan memanjangnya durasi persalinan dapat menyebabkan kondisi ibu ataupun janin akan memburuk. Peran keluarga tentunya sangat membantu terutama suami. Dukungan suami saat persalinan dengan meluangkan waktu berada disisi ibu, membantu ibu memenuhi kebutuhan ketika bersalin seperti memijat, membantu makan dan minum dapat mengurangi durasi persalinan(Hidayani & Ulfah, 2019). Kehadiran keluarga atau suami dalam persalinan akan memberikan ketenangan pada ibu dan dapat mengurangi strees(Selamita et al., 2022).

F. Peran keluarga pasca Persalinan dan Menyusui

Berbagai macam bentuk peran keluarga pada saat pasca persalinan salah satunya dukungan anggota keluarga baik secara emosi, fisik dan lain sebagainya. Bentuk dukungan yang dapat diberikan pada ibu pasca persalinan yaitu dukungan emosional, dukungan emosional yang dimaksud berupa rasa bagai seorang suami karena istri dan anaknya dalam keadaan sehat sehingga suamilebih perhatian, semangat dan memperhatikan secara khusus dengan menyediakan waktu bersama istri dan anaknya(Yanti et al., 2021). Rendahnya dukungan keluarga pada ibu pasca persalinan dapat sebagai pemicu terjadinya *postpartum blues* (Qoyimah & Iftitakhiyyah, 2022). Dukungan keluarga juga berdampak pada kunjungan ibu ke tenaga kesehatan pasca persalinan, kunjungan pada masa nifas dilakukan sebanyak 4 kali yaitu dalam 24 jam perawatan, 48-72 jam, 7-14 hari dan 6 minggu setelah melahirkan. Peran serta keluarga sangat mempengaruhi frekuensi kunjungan pasca persalinan, ibu nifas yang tidak mendapat dukungan keluarga memiliki peluang 4,7 kali tidak lengkap dibandingkan dengan ibu nifas yang mendapat dukungan keluarga(Syaripah et al., 2024).

Peran keluarga pada ibu tidak selalu positif terkadang juga memberi dampak yang negatif salah satunya terkait dengan pantang makanan baik pada masa kehamilan atau nifas, kurangnya pengetahuan dan budaya yang berkembang disekitar mendukung kondisi ibu untuk pantang makanan yang seharusnya ibu konsumsi masa nifas akan tetapi hal ini juga didukung dengan tingkat pengetahuan ibu nifas tentang kebutuhan nutrisi ibu nifas. Ibu nifas yang mengetahui kebutuhan gizi pada masa nifas tidak melakukan praktik pantang makanan(Widowati et al., 2016). Kebutuhan ibu akan nutrisi merupakan penyebab tidak langsung infeksi pada masa nifas, ibu yang kekurangan nutrisi cenderung akan mengalami infeksi masa nifas(Idyawati et al., 2022)

Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan peran keluarga pada masa nifas yaitu dengan dilakukan optimalisasi peran keluarga dalam perawatan masa nifas yaitu dengan pemberian edukasi dan diskusi, diharapkan dengan edukasi keluarga memahami perannya dalam membantu ibu pada masa nifas seperti tugas dan tanggung jawab merawat bayi, memberikan dukungan emosional seperti mengajak ibu berbicara, mendengarkan keluh kesah, memberikan dukungan moral untuk mengurahi rasa cemas ibu pada masa nifas (Sasanti et al., 2024). Peran keluarga lainnya juga dapat berupa membantu ibu mengganti popok menyendawakan bayi, menggendong bayi saat menangis serta memberikan pujian kepada ibu pasca melahirkan, hal ini sangat penting karena dengan cara tersebut ibu pasca melahirkan akan mendapatkan waktu yang cukup untuk istirahat dan merasa tenang dalam menjalankan peran barunya(Soetjiningsih., 2013). Dukungan positif yang diberikan kepada ibu dan bayi pasca melahirkan akan memberikan kekuatan tambahan bagi ibu(Soetjiningsih., 2013).

Terdapat beberapa faktor yang dapat mempengaruhi praktik pemberian ASI yaitu faktor individu yang terdiri dari faktor, ibu, bayi, ibu dan bayi, faktor tingkat kelompok yaitu lingkungan rumah sakit/ pelayanan kesehatan, lingkungan rumah/ keluarga dan lingkungan kebijakan publik sedangkan faktor masyarakat meliputi, budaya, atribut masyarakat dan ekonomi(Hector et al., 2005). Pemberian ASI ekslusif berpeluang 3,5 kali lebih berhasil pada ibu yang mendapatkan dukungan keluarga dibanding yang tidak mendapat dukungan keluarga. Dukungan sosial dan keluarga yang efektif ditambah bimbingan dari tenaga kesehatan yang terampil dapat membantu mengatasi kesulitan menyusui dan meningkatkan kepercayaan diri ibu dalam memberikan ASI.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi pola asuh ibu atau keluarga adalah pengetahuan. Pengetahuan merupakan hal yang penting dimiliki oleh setiap orang terutama kedua orang tua atau keluarga karena hal ini akan mempengaruhi pola asuh keluarga. Sama halnya dengan hasil penelitian ketika pandemi COVID sebagian ibu yang memiliki mengetahui mengenai penularan COVID tapi beberapa ibu juga menjawab bahwa penularan tidak bisa melalui angin (Idyawati, Afrida, Aryani, & Jannati, 2024). Pengetahuan akan menjadi dasar pemahaman untuk menerapkan dan menjalankan

perilaku yang baik untuk anggota keluarganya terutama dalam membentuk perilaku hidup bersih dan sehat(Wulandari & Pertiwi, 2018)

G. Peran keluaraga dalam tumbuh kembang Bayi dan balita

Tumbuh kembang seorang anak merupakan tanggung jawab orang tua dan keluarga. Keluarga merupakan lingkungan terkecil yang dapat mempengaruhi tumbuh kembang seorang anak. Lingkungan keluarga merupakan pondasi Lingkungan keluarga merupakan pondasi awal bagi perkembangan dan pendewasaan seorang anak. Oleh karena itu kedudukan keluarga merupakan kedudukan tertinggi dalam perkembangan anak yang sangat penting. Dalam proses perkembangan masa kanak-kanak yang tidak dapat dipisahkan, perkembangan mencapai suatu tahapan, diharapkan akan meningkat lebih dari sebelumnya(Widowati et al., 2016).

Pertumbuhan merupakan suatu kondisi bertambahnya ukuran dan jumlah sel dan jaringan sehingga dapat diukur panjang dan beratnya. Sedangkan perkembangan adalah bertambahnya strukturnya dan fungsio tubuh yang lebih kompleks dalam kemampuan motorik kasar dan halus, bicara dan bahasa serta sosialisasi dan kemandirian dengan penilian lebih kualitatif.

Peran keluarga dalam pertumbuhan anak yaitu memberi asupan nutrisi sesuai dengan kebutuhan anak sejak lahir. Pemberian nutrisi ini dimulai dari pemberian ASI. ASI merupakan nutrisi lengkap yang sangat penting bagi bayi baru lahir. Keberhasilan Pemberian ASI pada bayi berawal dari Inisiasi Menyusu dini. Inisiasi Menyusu Dini (IMD) merupakan proses menyusu bayi secara dini segera setelah bayi lahir dengan meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi tengkurap daiatas dada ibu, dimana kulit bayi bersentuhan langsung dengan kulit ibu kemudian bayi dibungkus kain diberikan topi dan bayi dibiarkan mencari puting susu ibu dengan lama minimal 1 jam. Banyak faktor yang mempengaruhi keberhasilan IMD yaitu lemahnya komitmen, dukungan keluarga, pendidikan, pekerjaan ibu, tidak aktif konseling ASI, Bayi prematur dan budaya(Sinaga & Siregar, 2020). Faktor lain yang menyebabkan tidak berhasilnya IMD yaitu persalinan sesar, kala II yang lama. Kala II lama yaitu persalinan kala II yang berlangsung lama pada primigravida berlangsung lebih dari 2 jam dan pada multigravida lebih dari 1jam pada proses persalinan lama ibu akan mengalami kelelahan karena durasi persalinan panjang(Gatot Irawan S, Faiza Risty A.S, 2017). Ibu yang mengalami persalinan lama akan mengalami peningkatan hormon stress dan frekuensi menyusui yang rendah terutama pada 5 hari setelah melahirkan, selain itu ibu hamil yang pertama kali melahirkan dengan partus lama memiliki frekuensi menyusui lebih sedikit dan volume ASI yang sedikit pula(Davis & Sclafani, 2022).

Persalinan sesar akan mempengaruhi ibu dalam Inisiasi menyusu dini karena pada saat efek anastesi hilang ibu akan merasakan luka sayatan diperutnya akan menjadi sakit hal inilah yang menyebabkan ibu bersalin tidak nyaman dalam menyusui bayinya

sehingga IMD tidak berhasil(Nasution1 & Puput Oktamianti2, 2023). Ibu yang mampu menyusu dini tingkat keberhasilan untuk menyusui secara ekslusif lebih tinggi dibandingkan yang tidak menyusu dini(Mawaddah, 2018). ASI ekslusif ialah pemberian ASI pada bayi sejak 0-6 bulan tanpa pemberian makanan atau minuman kecuali obat, hasil penelitian menunjukkan pemberian ASI ekslusif selama 6 bulan akan memenuhi nutrisi bayi untuk tumbuh dan kembang (dr. Hj. Tiangsa Sembiring, M.Ked(Ped), 2024). Pemberian ASI ekslusif juga dapat meningkatkan imunitas bayi sehingga bayi lebih kebal terhadap penyakit dan tidak mudah sakit(Sumarlan & Anwar, 2021).

Pertumbuhan dan perkembangan yang baik dan sesuai berasal dari asupan nutrisi, pemberian makan dan pola asuh menjadi faktor yang dapat mempengaruhi jumlah asupan nutrisi yang akan didapatkan. Hasil penelitian menunjukkan pola asuh makan yang benar mempengaruhi status gizi balita, karena pola asuh berkaitan dengan prilaku mengasuh dan hubungan interpersonal dengan anak(Romadhoni et al., 2024). Salah satu pola asuh makan yang diberikan orang tua pada balita yakni pola situasional dimana orang tua tidak menerapkan pola asuh tertentu tetapi sesuai dengan situasi dan kondisi terutama dalam mengatur menu makan, jadwal makan, porsi makan dan sikap ibu jika alita tidak mau makan(Aryani, N et al., 2022). Salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan gizi pada balita yaitu dengan pendampingan pada keluarga, pendampingan pada keluarga dengan gizi kurang atau stunting merupakan suatu pendekatan yang dilakukan kepada keluarga untuk meningkatkan pengetahuan, mengubah sikap dan prilaku terkait pola asuh makan(Idyawati et al., 2023).

H. Penutup

Kesehatan ibu dan anak merupakan indikator kesehatan suatu bangsa. Demi meningkatkan kesehatan ibu dan anak salah satu upaya yang dapat dilakukan dengan meningkatkan peran keluarga dalam kesehatan ibu dan anak yang dimulai dari kehamilan sampai bayi balita hingga anak pra sekolah.

Referensi

- Ananda, Y. (2020). Dukungan Keluarga Dalam Pelaksanaan Perawatan Antenatal (PAN) Family Support in The Implementation of Antenatal Care. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 4(1), 47–52. <https://doi.org/10.33757/jik.v4i1.265.g115>
- Aryani, N. P., Afrida, B. R., Idyawati, S., & Annisa, N. H. (2022). Fooding Pattern on Stunting Toddlers. *Jurnal Keperawatan*, 14(April 2019), 2018–2023. <http://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/168%0Ahttps://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/keperawatan/article/download/168/112>
- Astuti, A. B., Santosa, S. W., & Utami, M. S. (2000). Hubungan Antara Dukungan Keluarga. *Jurnal Psikologi*, 2, 84–95.
- Davis, A. M. B., & Sclafani, V. (2022). Birth Experiences, Breastfeeding, and the Mother-Child Relationship: Evidence from a Large Sample of Mothers. *Canadian Journal of Nursing Research*, 54(4), 518–529. <https://doi.org/10.1177/08445621221089475>
- dr. Hj. Tiangsa Sembiring, M.Ked(Ped), S. A. (2024). Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. In *Kemenkes Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan* (pp. 1–5). https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1149/intoksikasi-alkohol
- Farhan, K., & Dhanny, D. R. (2021). Anemia Ibu Hamil dan Efeknya pada Bayi. *Muhammadiyah Journal of Midwifery*, 2(1), 27. <https://doi.org/10.24853/myjm.2.1.27-33>
- Gatot Irawan S, Faiza Risty A.S, K. B. R. (2017). *Medica Hospitalia*. 4(2), 104–109.
- Hector, D., King, L., Webb, K., & Heywood, P. (2005). Factors affecting breastfeeding practices: applying a conceptual framework. *New South Wales Public Health Bulletin*, 16(3–4), 52–55. <https://doi.org/10.1071/nb05013>
- HERLINA, S. M., ULYA, Y., & YUNIKA, R. P. (2022). Peran Keluarga Terhadap Pelaksanaan Program Perencanaan Persalinan Dan Pencegahan Komplikasi Dalam Menurunkan Angka Kematian Ibu. *Journal Of Midwifery*, 10(2), 112–120. <https://doi.org/10.37676/jm.v10i2.3264>
- Hidayani, T., & Ulfah, M. (2019). Pengaruh Dukungan Keluarga (Suami) dengan Lama Persalinan Kala II. *Jurnal Keprawatan Dan Kebidanan*, 10–35.
- Idyawati, S., Afrida, B. R., & Aryani, N. P. (2023). Pendampingan pada Keluarga dengan Balita Gizi Kurang dan Stunting. *Jurnal Abdimas Kesehatan (JAK)*, 5(1), 91. <https://doi.org/10.36565/jak.v5i1.447>
- Idyawati, S., Afrida, B. R., Aryani, N. P., & Jannati, S. H. (2024). The Relationship of Age and Gravida Status with The Incident of Anemia in Pregnant Women in Tanjung Karang Community Health Center. *Jurnal Ilmiah Kebidanan (The Journal Of Midwifery)*, 12(1), 44–50. <https://doi.org/10.33992/jik.v12i1.3222>
- Idyawati, S., Afrida, B. R., Aryani, N. P., Jannati, S. H., & Kebidanan, P. (2024). *Edukasi dampak anemia pada ibu hamil*. 4(2), 152–157.
- Idyawati, S., Afrida, R., Aryam, P., & Annisa, N. H. (2022). Faktor-Faktor Penyebab Infeksi Masa Nifas. *Jurnal Penelitian Dan Kajian Ilmiah Kesehatan*, 8(1), 58–67.

- http://www.lppm.poltekmfh.ac.id/index.php/JPKIK/article/view/330
- Mawaddah, S. (2018). Hubungan Inisiasi Menyusu Dini Dengan Pemberian Asi Ekslusif Pada Bayi. *Jurnal Info Kesehatan*, 16(2), 214–225. <https://doi.org/10.31965/infokes.vol16.iss2.185>
- Merry Noviyanti, Mira Triharini, E. U. (2024). *PEMBERDAYAAN KELUARGA TERHADAP PERAN KELUARGA DALAM PENCEGAHAN ANEMIA PADA IBU HAMIL*. 6, 2234–2242.
- Nasution1, R. S., & Puput Oktamianti2. (2023). FAKTOR PENGHAMBAT KEBERHASILAN INISIASI MENYUSU DINI (IMD) PADA PERSALINAN SESAR. *Cahaya Mandalika, Imd*, 686–698.
- Nurdianti, D. (2017). Hubungan Dukungan Keluarga Pada Ibu Hamil Trimester III Dengan Persiapan Persalinan. *Jurnal Kebidanan UMTAS*, 1(2), 36–43. <https://umtas.ac.id/journal/index.php/bimtas/article/download/491/283/1695>
- Qoyimah, I., & Iftitakhiyyah, K. (2022). Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kejadian Post Partum Blues Hari Ke-7 Pada Ibu Nifas di BPS Asri (Kelurahan Baturetno Kecamatan Tuban). *Jurnal Penelitian Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama Tuban*, 4(1), 59–65.
- Romadhoni, M. B., Rohmatin, H., & Supriyadi, B. (2024). Hubungan Pola Asuh Makan dengan Status Gizi Balita. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 6(5), 2151–2158. <https://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPPP/article/view/3097/2283>
- Sasanti, D. A., Elmiani, H., Tiara, A., Sarif, E. P., & R, F. F. (2024). *Optimalisasi peran keluarga dalam perawatan masa nifas*.
- Selamita, Yati, A., & Faridah, I. (2022). Hubungan Dukungan Suami Dengan Tingkat Kecemasan Pada Ibu Bersalin The Relationship Of Husband Support With The Level Of Anxiety In Maternal. *Nusantara Hasana Journal*, 1(8), 9–18.
- Sinaga, H. T., & Siregar, M. (2020). Literatur review: Faktor penyebab rendahnya cakupan inisiasi menyusu dini dan pemberian ASI eksklusif. *Action: Aceh Nutrition Journal*, 5(2), 164. <https://doi.org/10.30867/action.v5i2.316>
- Soetjiningsih. (2013). *Petunjuk Untuk Tenaga Kesehatan*. EGC.
- Sudaryo, M. K., & Sam, A. Q. (2022). Hubungan Kunjungan Antenatal Care (ANC) dengan Kejadian Komplikasi Obstetri di Indonesia : Analisis Data Sekunder Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) Tahun 2017. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan Komunitas*, 7(2), 587–595. <https://doi.org/10.14710/jekk.v7i2.11866>
- Sumarlan, & Anwar, S. (2021). Hubungan ASI Eksklusif terhadap Imunitas pada Bayi di Puskesmas Wara Kota Palopo. *Jurnal Kesehatan Luwu Raya*, 8(1), 69–71.
- Syaripah, P., Rindu, R., & Noviyani, E. P. (2024). Hubungan Motivasi Ibu, Dukungan Keluarga Dan Peran Bidan Terhadap Kunjungan Nifas Di Puskesmas Maripari Kabupaten Garut Tahun 2023. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 3(5), 2492–2506. <https://doi.org/10.55681/sentri.v3i5.2812>
- Untari, S., & Sehmawati, S. (2019). Hubungan Tingkat Kepatuhan Ibu Hamil Dalam Antenatal Care (Anc) Dengan Deteksi Dini Komplikasi Kehamilan Di Puskesmas Karangrayung I.

Jurnal Akademi Kebidanan, 4(1), 36–44.
<http://ejournal.annurpurwodadi.ac.id/index.php/TSCBid/article/view/158>

Widowati, I., Harnany, S. A., & Amirudin Zaenal. (2016). Peran Keluarga Dalam Pengambilan Keputusan Ibu Nifas Untuk Melakukan Praktik Pantang Makanan Di Kota Pekalongan. *Jurnal Litbang Kota Pekalongan*, 10, 30–42.

Wulandari, R. D., & Pertiwi, E. W. (2018). Pengetahuan dan Peran Orang Tua terhadap Perilaku Hidup Bersih dan Sehat pada Siswa SD di Kecamatan Kramatwatu Serang. *Jurnal Dunia Kesmas*, 7(4), 225–232.

Yanti, P. A., Triratnawati, A., & Astuti, D. A. (2021). Peran Keluarga pada Ibu Pasca Bersalin. *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.22146/jkr.58017>

Glosarium

ASI : Air Susu Ibu

Profil Penulis



M. Noor Ifansyah, S.Kep., Ns., M.Kep Lahir di Kota Martapura Kabupaten Banjar Provinsi Kalimantan Selatan pada tanggal 17 November 1991. Anak pertama dari dua bersaudara (M. Subahan) dari pasangan H. Fauziansyah Bin M. Saleh (Alm) dan Hj. Rusmidah (Almh) Binti H. M. Ramli (Alm). Pendidikan formal di SDN Sungai Paring 1 Martapura (1997-2001), SDN Jawa 1 Martapura (2001-2003), SMPN 1 Martapura (2003-2006), SMAN 1 Martapura (2006-2009), Diploma Tiga Keperawatan di Akademi Keperawatan Intan Martapura (2009-2012), Strata Satu (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat (ULM) Banjarmasin (2013-2016), Strata Dua (S2) Program Studi Magister Keperawatan Peminatan keperawatan Komunitas di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya (UNAIR) (2017-2019). Penulis aktif dalam bidang organisasi kepemudaan dan kemasyarakatan diantaranya organisasi Palang Merah Indonesia Kabupaten Banjar, Saka Bakti Husada Kabupaten Banjar dan Komite Nasional Pemuda Indonesia Kabupaten Banjar. Pengalaman bekerja penulis sebagai Tenaga Kerja Sukarela (TKS) di RSUD Ratu Zalecha Martapura (2012), Saat ini bekerja di Perguruan Tinggi Swasta Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Intan Martapura (STIKES INTAN) Martapura sebagai Dosen Tetap yang melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi (Pengajaran, Penelitian dan Pengabdian Masyarakat), disamping itu penulis diberikan amanah sebagai Kepala Unit Pusat Karir (2022-sekarang). Selain aktif sebagai dosen, penulis juga aktif dalam Organisasi Profesi (OP) yakni sebagai Ketua Dewan Pengurus Komisariat (DPK) Persatuan Perawat Nasional Indonesia Stikes Intan Martapura Periode 2022 – 2027, Wakil Ketua Bidang Hukum dan Pemberdayaan Politik Dewan Perwakilan Daerah (DPD) Persatuan Perawat Nasional Indonesia Kabupaten Banjar Periode 2022 – 2027 serta Pengurus Wilayah Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) Provinsi Kalimantan Selatan Periode 2022 – 2027. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ifans.ners@gmail.com

Motto: "Teruslah berbagi sampai kau tak merasa berbagi"



Jajang Ganjar Waluya, Ns., M.Kep Lahir di Lebak, 07 Juli 1980. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi S1 Keperawatan Stikes Pertamedika tahun 2015. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan pada Universitas Padjadjaran dan lulus pada tahun 2019. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2002 sebagai perawat pelaksana di Puskesmas Cipanas Kabupaten Lebak. Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen Keperawatan Komunitas di Universitas Sultan Ageng Tirtayasa. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi dan seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: jajangganjarwaluya@gmail.com

Profil Penulis



Suhartono, S.Kep., Ns., M.Kep Lahir di Tuban, 12 Oktober 1988, lulus pendidikan DIII Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Surabaya Prodi Keperawatan Soetomo lulus tahun 2010, menempuh pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya lulus tahun 2013, menyelesaikan pendidikan S2 Magister Keperawatan Universitas Airlangga tahun 2015. Saat ini penulis bekerja di Institut Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama Tuban. Pengalaman sebagai dosen keperawatan komunitas, keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, dan metodologi riset keperawatan. Selain menjadi dosen penulis juga berpengalaman dalam memimpin beberapa lembaga diantaranya, Ketua Lembaga Etik Penelitian Kesehatan IIKNU Tuban, Ketua Pusat Karir IIKNU Tuban, Direktur Profesional Training Center. Pengalaman sebagai peneliti pada area kesehatan dan keperawatan komunitas yang telah dipublikasikan dalam bentuk buku, jurnal nasional terakreditasi maupun jurnal internasional. Pengalaman dalam organisasi profesi, aktif sebagai Sekretaris DPK PPNI RSNU Tuban. Saat ini aktif dalam melakukan kegiatan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat. Dalam pengembangan Keperawatan, aktif sebagai keynote speaker dan invited speaker dalam seminar, webinar, workshop dan pelatihan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: artosuhartono@gmail.com

Motto: "Menulislah Walaupun Satu Buku"



Dr. Drs. Supriadi, S.Kp, M.Kep, Sp.Kom.

Lahir di Garut, 15 Juli 1964. Menyelesaikan Pendidikan formal program Sarjana Keperawatan di PSIK FK Universitas Padjadjaran Tahun 1999, Magister Keperawatan di FIK Universitas Indonesia Tahun 2006, Pendidikan Spesialis Keperawatan Komunitas FIK Universitas Indonesia Tahun 2007 dan Pendidikan doktorial bidang Pendidikan Masyarakat di Universitas Pendidikan Indonesia Agustus 2024. Pengalaman mengajar dimulai sejak tahun 1988 di bidang Keperawatan Komunitas, Keluarga, Gerontik (KKG), Promosi Kesehatan dan Keperawatan Dasar: Falsafah & Teori Keperawatan dan Kebijakan Kesehatan. Penulis juga aktif sebagai nara sumber dalam bidang Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Sistem Penjaminan Mutu Pendidikan Tinggi.

Pemahaman terhadap strategi intervensi dalam keperawatan komunitas, membuat pembelajar semakin memahami betapa penting memilih dan menerapkan strategi intervensi yang tepat dalam melakukan asuhan keperawatan komunitas dengan penuh semangat dan kesabaran, menuju masyarakat sehat dan produktif.

Profil Penulis



Susilia Idyawati lahir di Praya 22 Februari 1988. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang Diploma 3 kebidanan di Akademi Kebidanan kesatria Praya Kabupaten Lombok Tengah, Kemudian melanjutkan D4 di Universitas Kadiri Jawa Timur, dan melanjutkan S2 pada Program Studi Kesehatan Masyarakat pada universitas Udayana Bali. Riwayat pekerjaan dimulai di Akademi Kebidanan Kesatria tahun 2011 sebagai dosen sampai tahun 2012 dilanjutkan sebagai bidan di Puskesmas sampai tahun 2013. Saat ini penulis bekerja di Institut Kesehatan Yarsi Mataram Sejak Awal Tahun 2014 hingga saat ini. Penulis mengampu matakuliah asuhan kebidanan Persalinan dan BBL, Asuhan Kebidanan pasca persalinan dan menyusui, asuhan kebidanan Komunitas dan kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan tridharma perguruan tinggi sebagai penulis buku, penulis telah terlibat dalam penyusunan buku ajar asuhan kebidanan komunitas dan *book chapter* dengan judul aplikasi pemeriksaan fisik ibu dan bayi dalam praktik kebidanan, kegawatdaruratan maternal dan neonatal. Penulis aktif dalam publikasi hasil penelitian dan pengabdian dan telah publikasi di sinta 3-6 serta aktif mengikuti seminar untuk meng update ilmu. Penulis dapat di hubungi melalui e-mail: idyawatisusilia004@gmail.com

Motto: "Dibalik Kesulitan Ada Kemudahan"

SINOPSIS BUKU

Buku "**Keperawatan Komunitas : Pendekatan Holistik Untuk Perlindungan, Pemberdayaan, Dan Intervensi Strategis**" merupakan referensi komprehensif yang dirancang untuk menjawab kebutuhan akan pemahaman mendalam dan penerapan praktik keperawatan komunitas. Buku ini mengintegrasikan konsep, teori, dan aplikasi praktis untuk membangun pelayanan kesehatan berbasis komunitas yang lebih inklusif dan adaptif terhadap tantangan zaman.

Melalui pendekatan holistik, buku ini membahas berbagai tema penting, seperti **Cessation Smoking**, yang menyoroti strategi intervensi kesehatan preventif untuk mengurangi dampak merokok dalam masyarakat. Selain itu, buku ini mengupas **strategi perlindungan dan pemberdayaan kelompok rentan**, sebagai panduan praktis dalam menciptakan masyarakat yang lebih sehat dan setara.

Pembaca juga akan diajak memahami **kONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS**, yang menjadi landasan bagi perawat untuk merancang dan melaksanakan pelayanan berbasis masyarakat. Buku ini juga menawarkan berbagai **strategi intervensi** yang relevan untuk diaplikasikan dalam berbagai konteks, serta menyoroti **peran keluarga dalam mendukung kesehatan ibu dan anak**, yang menjadi elemen kunci dalam menjaga kesejahteraan masyarakat.

Didesain untuk mahasiswa, dosen, dan praktisi keperawatan, buku ini memberikan panduan yang sistematis, praktis, dan aplikatif. Dengan gaya bahasa yang mudah dipahami serta dilengkapi contoh kasus dan rekomendasi intervensi, buku ini tidak hanya berfungsi sebagai referensi ilmiah, tetapi juga sebagai inspirasi untuk meningkatkan kualitas layanan keperawatan komunitas di Indonesia.

"Keperawatan Komunitas: Pendekatan Holistik untuk Perlindungan, Pemberdayaan, dan Intervensi Strategis" adalah pendamping terbaik untuk Anda yang ingin memahami dan mengaplikasikan keperawatan komunitas secara efektif demi tercapainya masyarakat yang lebih sehat dan sejahtera.

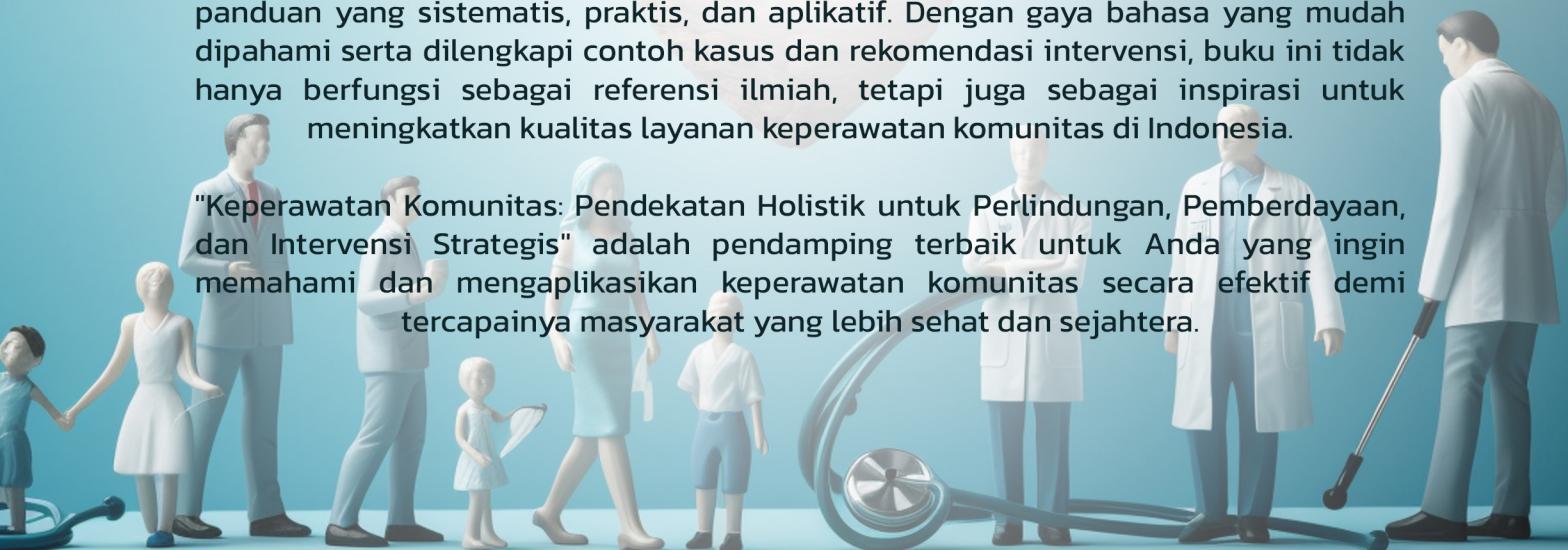
Buku "Keperawatan Komunitas : Pendekatan Holistik Untuk Perlindungan, Pemberdayaan, Dan Intervensi Strategis" merupakan referensi komprehensif yang dirancang untuk menjawab kebutuhan akan pemahaman mendalam dan penerapan praktik keperawatan komunitas. Buku ini mengintegrasikan konsep, teori, dan aplikasi praktis untuk membangun pelayanan kesehatan berbasis komunitas yang lebih inklusif dan adaptif terhadap tantangan zaman.

Melalui pendekatan holistik, buku ini membahas berbagai tema penting, seperti Cessation Smoking, yang menyoroti strategi intervensi kesehatan preventif untuk mengurangi dampak merokok dalam masyarakat. Selain itu, buku ini mengupas strategi perlindungan dan pemberdayaan kelompok rentan, sebagai panduan praktis dalam menciptakan masyarakat yang lebih sehat dan setara.

Pembaca juga akan diajak memahami konsep dasar keperawatan komunitas, yang menjadi landasan bagi perawat untuk merancang dan melaksanakan pelayanan berbasis masyarakat. Buku ini juga menawarkan berbagai strategi intervensi yang relevan untuk diaplikasikan dalam berbagai konteks, serta menyoroti peran keluarga dalam mendukung kesehatan ibu dan anak, yang menjadi elemen kunci dalam menjaga kesejahteraan masyarakat.

Didesain untuk mahasiswa, dosen, dan praktisi keperawatan, buku ini memberikan panduan yang sistematis, praktis, dan aplikatif. Dengan gaya bahasa yang mudah dipahami serta dilengkapi contoh kasus dan rekomendasi intervensi, buku ini tidak hanya berfungsi sebagai referensi ilmiah, tetapi juga sebagai inspirasi untuk meningkatkan kualitas layanan keperawatan komunitas di Indonesia.

"Keperawatan Komunitas: Pendekatan Holistik untuk Perlindungan, Pemberdayaan, dan Intervensi Strategis" adalah pendamping terbaik untuk Anda yang ingin memahami dan mengaplikasikan keperawatan komunitas secara efektif demi tercapainya masyarakat yang lebih sehat dan sejahtera.



Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang (Optimal)
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

ISBN 978-623-8775-90-3

9 786238 775903