

Buku Ajar

KONSEP KEPERAWATAN KOMUNITAS

Supriadi ● Arneliwati
Ponyiah Simanullang ● Syahrul



BUKU AJAR

KONSEP KEPERAWATAN KOMUNITAS

Penulis:

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

Ns. Arneliwati, M.Kep.

Ponyah Simanullang, S.Kep., Ns., SKM., M.Kes.

Syahrul, SKM., M.Kes.



Buku Ajar Konsep Keperawatan Komunitas

Penulis:

Dr. Drs. Supriadi, S.Kp., M.Kep., Sp.Kom.
Ns., Arneliwati, M.Kep.
Ponyiah Simanullang, S.Kep., Ns., SKM., M.Kes.
Syahrul, SKM., M.Kes.

Desain Sampul: Qo'is Ali Humam

Penata Letak: Helmi Syaukani

ISBN: 978-623-8775-27-9

Cetakan Pertama: Oktober, 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

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

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji syukur dipanjatkan ke khadirat Illahi Robbi, atas berkah dan karuniaNya sehingga "Buku Ajar Konsep Keperawatan Komunitas" dapat diselesaikan. Shalawat salam semoga tetap tercurah-limpahkan kepada Nabi Besar Muhammad, Shallallohu A'laihi Wasallam. Buku ini hadir sebagai upaya untuk menyediakan sumber informasi yang komprehensif dan terpercaya, yang diharapkan dapat menjadi panduan bagi para pembaca dalam memahami terkait keperawatan komunitas.

Buku Ajar ini membahas tentang komunitas sebagai klien, konsep dasar keperawatan komunitas, kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan dan program-program kesehatannya, isu dan trend dalam keperawatan komunitas serta proses keperawatan komunitas, sehingga para pembaca dapat memahami dan menguraikan dengan jelas tentang keperawatan komunitas. Buku ini disusun dengan metode atau pendekatan tematik, yakni berdasarkan pada tema, sehingga memudahkan pembaca memahami konsep-konsep yang saling terkait, dan interaktif, pembaca dapat mengintegrasikan antara tujuan pembelajaran, uraian materi, latihan, serta referensi yang tersedia.

Terwujudnya buku ini tidak terlepas dari kontribusi berbagai pihak, terutama PT Nuansa Fajar Cemerlang yang telah memfasilitasi dalam segalanya. Untuk hal tersebut kami mengucapkan terima kasih kepada semua yang terlibat dan berkontribusi dalam mewujudkan buku ini. Saran dan kritik yang membangun kami terima untuk perbaikan dan pengembangan buku berikutnya.

Jakarta,2024

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
PENDAHULUAN	1
BAB 1 KOMUNITAS SEBAGAI KLIEN	5
A. Komunitas Sebagai Klien	8
B. Latihan	11
C. Rangkuman.....	12
D. Glosarium.....	13
E. Daftar Pustaka.....	13
BAB 2 PENGANTAR KESEHATAN KOMUNITAS DAN KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS.....	15
A. Pengantar Kesehatan Komunitas.....	17
B. Konsep Dasar Keperawatan Komunitas.....	18
C. Latihan	57
D. Rangkuman.....	58
E. Glosarium.....	59
F. Daftar Pustaka.....	59
BAB 3 KEBIJAKAN PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN DAN PROGRAM-PROGRAM KESEHATANNYA.....	61
A. Kebijakan Penanggulangan Dampak Global Warning	64
B. Kebijakan Penanggulangan Kematian Ibu dan Anak	71
C. Kebijakan Penanggulangan Penyakit Menular dan KLB.....	82
D. Kebijakan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular	95
E. Latihan	103
F. Rangkuman.....	105
G. Glosarium.....	107
H. Daftar Pustaka.....	107

BAB 4 ISU DAN TREND DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS	109
A. Isu Dan Trend Dalam Keperawatan Komunitas	111
B. Latihan	128
C. Rangkuman	129
D. Glosarium.....	130
E. Daftar Pustaka.....	130
BAB 5 PROSES KEPERAWATAN KOMUNITAS.....	131
A. Proses Keperawatan Komunitas	135
B. Latihan	157
C. Rangkuman.....	158
D. Glosarium.....	158
E. Daftar Pustaka.....	158
PROFIL PENULIS.....	161

PENDAHULUAN

Kesehatan komunitas merupakan aspek penting dari sistem kesehatan yang berfokus pada pencegahan penyakit, promosi kesehatan, dan perpanjangan umur harapan hidup. Dalam konteks ini, peran perawat dalam kesehatan komunitas sangat vital untuk memastikan tercapainya tujuan-tujuan kesehatan yang lebih luas. Buku ini disusun sebagai panduan komprehensif untuk mendalami keperawatan komunitas, dan diharapkan dapat memberikan pemahaman yang mendalam serta keterampilan yang diperlukan untuk menghadapi tantangan di lapangan.

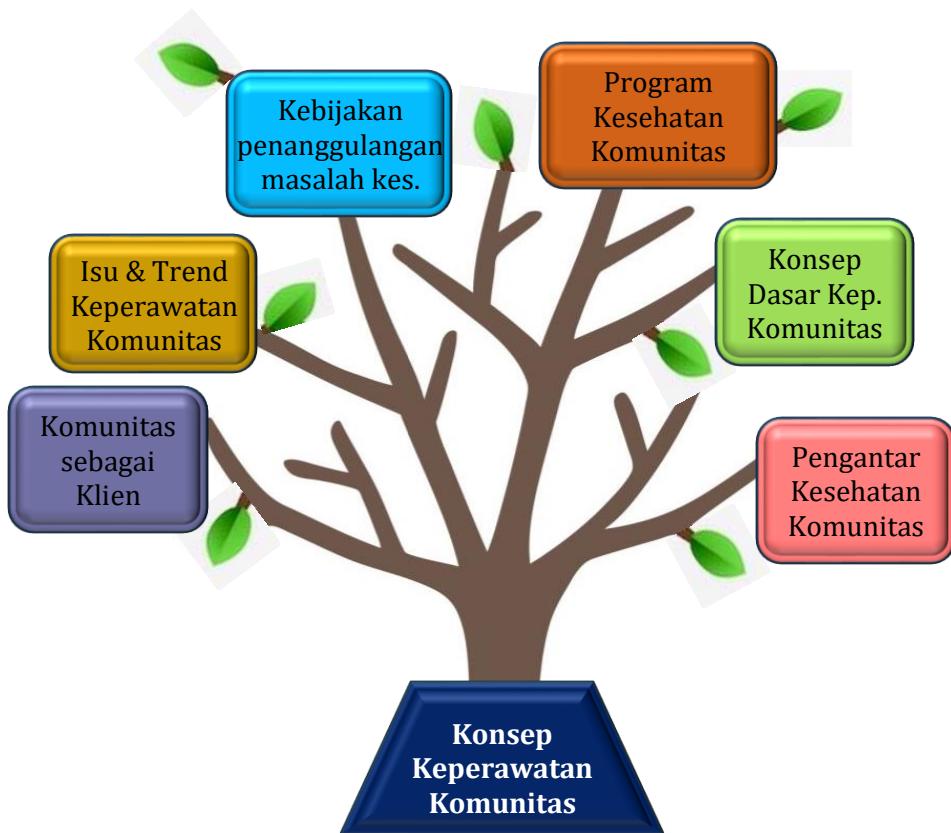
Di era modern ini, tantangan kesehatan komunitas semakin kompleks, mulai dari meningkatnya prevalensi penyakit kronis hingga munculnya penyakit menular baru. Oleh karena itu, keperawatan kesehatan komunitas tidak hanya membutuhkan pengetahuan yang mendalam tentang teori kesehatan, tetapi juga keterampilan praktis dalam merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi intervensi keperawatan. Buku ini bertujuan untuk memberikan landasan teori yang kuat serta aplikasi praktis yang relevan dalam konteks keperawatan komunitas.

Buku ini terdiri dari beberapa bagian yang mencakup berbagai aspek keperawatan kesehatan komunitas, mulai dari memahami komunitas sebagai klien, konsep dasar keperawatan komunitas, program-program dalam menanggulangi masalah kesehatan, serta isu dan kecenderungan dalam pelayanan keperawatan komunitas, hingga aplikasi praktis di lapangan. Selain itu, buku ini juga memperhatikan perkembangan terbaru dalam penelitian dan kebijakan kesehatan, sehingga pembaca dapat mengikuti tren terkini dan best practices dalam bidang keperawatan kesehatan komunitas. Dengan pendekatan yang interdisipliner dan berbasis bukti, buku ini diharapkan dapat memfasilitasi pengembangan profesional perawat serta meningkatkan kualitas layanan keperawatan di komunitas.

Akhir kata, kami berharap buku ini dapat menjadi sumber referensi yang bermanfaat dan mendukung upaya peningkatan kesehatan komunitas secara menyeluruh. Semoga pembaca dapat memanfaatkan informasi yang disajikan untuk mengembangkan keterampilan dan pengetahuan yang dibutuhkan dalam praktik keperawatan komunitas, serta memberikan kontribusi positif bagi kesehatan dan kesejahteraan komunitas.

DESKRIPSI

Bahan Ajar ini mengarahkan mahasiswa untuk mampu menguasai konsep keperawatan komunitas. Untuk hal tersebut, maka mahasiswa secara berurutan melakukan pembelajaran tentang: komunitas sebagai klien, pengantar kesehatan komunitas dan konsep dasar keperawatan komunitas, kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan dan program-program kesehatannya, serta isu dan trend dalam keperawatan komunitas. Ilustrasi kegiatan pembelajaran di visualisasikan dalam bentuk *topic tree*, dimana antara kegiatan belajar satu dengan yang lainnya saling sinergi untuk memahami konsep keperawatan komunitas.



RELEVANSI

Buku Konsep Keperawatan Komunitas ini dirancang untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang konsep keperawatan komunitas, yang termasuk dalam kelompok mata kuliah wajib. Relevansi dengan mata kuliah yang lainnya, diantaranya:

1. Kebijakan Kesehatan, sebagai sumber belajar mahasiswa untuk lebih memahami kebijakan pemerintah dalam penanggulangan masalah kesehatan komunitas.

2. Promosi Kesehatan, sebagai sumber belajar untuk menunjang kemampuan dalam membelajarkan komunitas terkait perubahan perilaku kesehatannya.
3. Keperawatan Keluarga, sebagai salah satu sumber belajar memahami asuhan keparawatan pada tatanan keluarga sebagai unit terkecil dari komunitas.
4. Keperawatan Gerontik, sebagai sumber belajar untuk menerapkan keperawatan komunitas pada agregat usia lanjut baik secara individu, maupun kelompok atau institusi.

TUJUAN PEMBELAJARAN

Buku Konsep Keparawatan Komunitas, memfasilitasi tujuan atau capaian pembelajaran, yaitu:

1. Mampu menjelaskan komunitas sebagai klien,
2. Mampu menjelaskan arti kesehatan komunitas dan konsep dasar keperawatan komunitas
3. Mampu menjelaskan kebijakan pemerintah dalam menanggulangi masalah kesehatan dan program-program kesehatannya,
4. Mampu menjelaskan isu dan trend dalam keperawatan komunitas
5. Mampu menjelaskan proses keperawatan komunitas

BAB 1

KOMUNITAS SEBAGAI KLIEN

Pendahuluan

Keperawatan komunitas adalah bidang yang unik dalam profesi keperawatan karena tidak hanya berfokus pada individu tetapi juga pada keseluruhan komunitas sebagai klien. Ini berarti bahwa perawat komunitas bertugas mempromosikan kesehatan di tingkat populasi melalui pendekatan berbasis masyarakat. Konsep ini berkembang dari pendekatan kesehatan masyarakat yang luas, yang menyadari bahwa kesehatan masyarakat tergantung pada faktor-faktor sosial, ekonomi, lingkungan, dan budaya yang melibatkan lebih dari sekedar pengobatan medis terhadap individu yang sakit.

Komunitas sebagai klien merupakan konsep kunci dalam keperawatan komunitas, di mana fokus perawatan kesehatan tidak hanya diarahkan pada individu, tetapi pada keseluruhan populasi atau kelompok sosial. Pendekatan ini muncul dari pengakuan bahwa kesehatan masyarakat tidak hanya ditentukan oleh faktor-faktor individual, tetapi juga oleh lingkungan sosial, ekonomi, dan budaya di mana individu tersebut hidup. Oleh karena itu, dalam keperawatan komunitas, perawat bertugas untuk memperbaiki kesehatan masyarakat secara keseluruhan melalui pencegahan, promosi kesehatan, dan pemberdayaan komunitas.

Keperawatan komunitas mengharuskan perawat untuk mengadopsi pendekatan holistik yang mempertimbangkan bagaimana dinamika sosial memengaruhi kesehatan masyarakat. Konsep "komunitas sebagai klien" memperluas tanggung jawab perawat tidak hanya sebagai penyedia layanan kesehatan bagi individu, tetapi juga sebagai fasilitator yang membantu masyarakat mengelola kesehatan mereka secara mandiri.

Komunitas sebagai klien melibatkan seluruh populasi atau kelompok yang memiliki ciri khas tertentu, seperti berbagi wilayah geografis, pekerjaan, atau identitas sosial budaya. Peran perawat komunitas di sini sangat vital, karena mereka tidak hanya berinteraksi dengan anggota komunitas secara individual tetapi juga berperan sebagai fasilitator perubahan dalam komunitas itu sendiri. Mereka berfungsi sebagai perantara antara masyarakat dan sistem kesehatan

formal, bekerja untuk mengatasi hambatan terhadap kesehatan dan mempromosikan intervensi yang berkelanjutan dan sesuai dengan konteks lokal. Dengan fokus pada pendekatan kolektif terhadap kesehatan, keperawatan komunitas bertujuan untuk mengurangi ketidaksetaraan dalam akses terhadap layanan kesehatan, meningkatkan partisipasi masyarakat dalam promosi kesehatan, dan memastikan bahwa seluruh komunitas memperoleh manfaat dari intervensi kesehatan yang dilakukan.

Sejarah keperawatan komunitas dapat ditelusuri kembali ke awal abad ke-20 ketika perawat mulai bekerja dengan populasi di daerah miskin di kota-kota besar, seperti di Inggris dan Amerika Serikat. Florence Nightingale, pelopor keperawatan modern, sudah mengenal pentingnya pendekatan berbasis komunitas dalam perawatan pasien, terutama ketika dia menekankan pentingnya kebersihan lingkungan dalam mencegah penyakit. Selama dekade terakhir, perubahan signifikan dalam pola penyakit dan penyebaran global penyakit menular, seperti HIV/AIDS, SARS, dan COVID-19, serta meningkatnya angka penyakit tidak menular, seperti diabetes dan penyakit jantung, telah mendorong lebih banyak perhatian pada pendekatan berbasis komunitas dalam pengelolaan kesehatan. Hal ini karena banyak dari faktor risiko yang terkait dengan penyakit-penyakit ini (misalnya, merokok, diet buruk, gaya hidup tidak aktif) tidak dapat diatasi hanya melalui perawatan individu di fasilitas kesehatan. Dibutuhkan intervensi yang lebih luas yang melibatkan seluruh masyarakat dan didukung oleh kebijakan publik yang mendukung kesehatan.

Komunitas sebagai klien menekankan perlunya integrasi pendekatan kesehatan masyarakat dalam perawatan kesehatan dasar. Di banyak negara berkembang, ini melibatkan upaya untuk memberdayakan masyarakat melalui program-program kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan mereka tentang kesehatan dan memberdayakan mereka untuk mengambil keputusan yang lebih baik terkait kesehatan mereka sendiri. Menurut *World Health Organization* (WHO, 2018), pendekatan berbasis komunitas adalah salah satu cara paling efektif untuk meningkatkan kesehatan populasi. Hal ini terutama benar di daerah-daerah yang mengalami ketidaksetaraan sosial ekonomi yang signifikan, di mana akses terhadap perawatan kesehatan seringkali terbatas.

Tujuan Pembelajaran

Bab ini dirancang untuk memberikan wawasan tentang komunitas sebagai klien untuk diterapkan dalam keperawatan komunitas, yaitu:

1. Memahami arti komunitas sebagai klien:
2. Memahami karakteristik komunitas
3. Memahami jenis komunitas
4. Memahami teori dasar komunitas sebagai klien

Capaian Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran tentang komunitas sebagai klien, mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan arti komunitas sebagai klien dengan baik
2. Menjelaskan karakteristik komunitas dengan tepat
3. Meyebutkan jenis komunitas dengan tepat
4. Menjelaskan teori dasar komunitas sebagai klien dengan baik

URAIAN MATERI

A. Komunitas Sebagai Klien

Komunitas sebagai klien adalah pendekatan yang menekankan pentingnya memperlakukan masyarakat secara keseluruhan sebagai klien dalam intervensi kesehatan. Ini berbeda dari pendekatan keperawatan klinis yang berfokus pada individu, di mana komunitas menjadi fokus dari semua intervensi yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan. Komunitas sebagai klien tidak hanya mencakup kesehatan fisik tetapi juga kesehatan mental, sosial, dan emosional dari seluruh anggota komunitas.

1. Pengertian, Karakteristik dan Jenis Komunitas

a. Pengertian

Komunitas dalam konteks keperawatan komunitas, adalah sekelompok individu yang berbagi wilayah geografis yang sama atau memiliki kesamaan karakteristik sosial, ekonomi, atau budaya. WHO mendefinisikan komunitas sebagai kelompok orang yang berbagi satu lingkungan geografis atau sosial dan memiliki hubungan sosial yang stabil. Komunitas tidak hanya dipahami sebagai kumpulan individu tetapi juga sebagai entitas yang dinamis dengan interaksi antar anggota yang memengaruhi kesehatan secara kolektif. Misalnya, dalam satu desa, kesehatan individu bisa dipengaruhi oleh kualitas air minum, sanitasi, tingkat pendidikan, serta dukungan sosial yang ada.

Komunitas dapat didefinisikan sebagai sekelompok orang yang berbagi lokasi geografis atau kepentingan bersama, yang terikat oleh hubungan sosial dan budaya tertentu. Sebagai klien, komunitas dianggap sebagai entitas yang memiliki kebutuhan kesehatan spesifik yang dipengaruhi oleh kondisi sosial-ekonomi, budaya, serta akses terhadap layanan Kesehatan. Komunitas sebagai klien mengharuskan perawat untuk melihat populasi sebagai unit yang kohesif, di mana setiap anggota saling berinteraksi dan dipengaruhi oleh kondisi yang ada di sekitarnya. Misalnya, masalah sanitasi di lingkungan yang padat penduduk dapat mempengaruhi kesehatan semua orang yang tinggal di sana, dan bukan hanya individu-individu tertentu.

b. Karakteristik

Beberapa karakteristik penting dari komunitas sebagai klien adalah:

- 1) Struktur Sosial

Komunitas memiliki struktur sosial yang melibatkan hubungan antara individu, keluarga, kelompok kerja, dan organisasi masyarakat. Struktur ini menentukan distribusi sumber daya dan akses ke layanan kesehatan.

2) Nilai dan Norma Sosial

Budaya dan norma mempengaruhi cara komunitas menanggapi masalah kesehatan. Misalnya, norma budaya tentang pengobatan tradisional bisa memengaruhi keputusan masyarakat dalam mencari layanan medis.

3) Ekonomi Komunitas

Tingkat pendapatan, jenis pekerjaan, dan akses terhadap ekonomi lokal juga mempengaruhi kesehatan komunitas. Komunitas dengan pendapatan rendah cenderung memiliki risiko lebih tinggi terhadap penyakit akibat keterbatasan akses terhadap nutrisi dan layanan kesehatan.

4) Kohesi Komunitas

Kohesi sosial memengaruhi kemampuan komunitas untuk menangani masalah kesehatan bersama-sama. Komunitas yang memiliki solidaritas kuat biasanya lebih mudah untuk diorganisir dalam program kesehatan kolektif.

c. Jenis Komunitas

Jenis-jenis komunitas yang dapat dianggap sebagai klien dalam keperawatan komunitas meliputi:

1) Komunitas Geografis

Komunitas yang dibentuk berdasarkan lokasi geografis, seperti desa, kota, atau wilayah administratif tertentu. Intervensi kesehatan di komunitas geografis sering kali difokuskan pada masalah-masalah kesehatan lingkungan, seperti akses terhadap air bersih dan sanitasi.

2) Komunitas Fungsional

Komunitas yang terbentuk berdasarkan fungsi atau peran tertentu dalam masyarakat, seperti komunitas pekerja, komunitas agama, atau komunitas berdasarkan profesi tertentu. Misalnya, intervensi kesehatan di komunitas pekerja pabrik mungkin difokuskan pada pencegahan penyakit akibat kerja atau kecelakaan kerja.

3) Komunitas Virtual

Komunitas yang terbentuk melalui media digital atau platform daring. Dalam beberapa dekade terakhir, komunitas virtual telah menjadi sarana penting untuk mendukung kesehatan mental, seperti kelompok pendukung untuk pasien dengan penyakit kronis atau kondisi mental tertentu.

2. Teori Dasar Komunitas Sebagai Klien

Teori yang mendasari komunitas sebagai klien, diantaranya teori sistem dan teori ekologi sosial, Transtheoretical dan *Health Belief Model*.

a. Teori Sistem

Teori sistem, yang dikembangkan oleh Ludwig von Bertalanffy, memandang komunitas sebagai sistem terbuka yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan di sekitarnya. Sistem ini terdiri dari berbagai komponen yang saling terkait, seperti keluarga, individu, organisasi, dan institusi. Dalam konteks keperawatan komunitas, teori sistem membantu perawat memahami bagaimana berbagai elemen dalam komunitas berinteraksi untuk memengaruhi kesehatan secara keseluruhan. Sistem komunitas harus tetap dalam kondisi homeostasis untuk mempertahankan kesehatan yang optimal. Ketika terjadi gangguan, seperti krisis ekonomi atau bencana alam, keseimbangan ini dapat terganggu, dan masalah kesehatan akan meningkat.

b. Teori Ekologi Sosial

Teori ekologi sosial dikembangkan oleh Urie Bronfenbrenner. Teori ini menganggap bahwa perilaku manusia dipengaruhi oleh berbagai lingkungan yang saling berinteraksi, mulai dari mikrosistem (individu dan keluarga) hingga makrosistem (budaya dan kebijakan nasional). Dalam konteks kesehatan, teori ini mengajarkan bahwa intervensi kesehatan harus mempertimbangkan semua tingkat pengaruh ini. Misalnya, untuk menangani masalah gizi buruk di satu komunitas, perawat harus memahami faktor-faktor yang memengaruhi perilaku makan, mulai dari pengaruh keluarga hingga kebijakan pangan yang berlaku di daerah tersebut.

c. Model Tahap Perubahan (Trans Theoretical Model - TTM)

TTM, yang dikembangkan oleh Prochaska dan DiClemente, adalah model yang menjelaskan bagaimana individu dan komunitas bergerak melalui berbagai tahap dalam proses perubahan perilaku kesehatan. TTM terdiri dari lima tahap: 1) Pre-kontemplasi: Tidak ada niat untuk

berubah, 2) Kontemplasi: Mulai mempertimbangkan perubahan, 3) Persiapan: Bersiap untuk bertindak, 4) Aksi: Melakukan perubahan nyata, dan 5) Pemeliharaan: Menjaga perubahan agar tidak kembali ke perilaku lama. Dalam komunitas, proses perubahan perilaku sering kali membutuhkan waktu lama dan harus didukung oleh berbagai strategi, seperti pendidikan kesehatan, kampanye, dan penguatan sosial.

d. Model Keyakinan Kesehatan (*Health Belief Model*)

Model keyakinan kesehatan menjelaskan bahwa perilaku kesehatan seseorang dipengaruhi oleh persepsi mereka terhadap risiko kesehatan dan manfaat dari tindakan preventif. Komponen utama dari model ini meliputi: 1) Persepsi kerentanan: Seberapa besar seseorang merasa berisiko terhadap suatu penyakit, 2) Persepsi keparahan: Seberapa serius dampak penyakit terhadap kehidupan seseorang, 3) Persepsi manfaat: Seberapa efektif seseorang percaya tindakan kesehatan akan mengurangi risiko, 4) Persepsi hambatan: Hal-hal yang menghalangi seseorang untuk melakukan tindakan Kesehatan, 5) Isyarat untuk bertindak: Faktor yang memotivasi seseorang untuk melakukan tindakan kesehatan, seperti kampanye atau gejala penyakit, dan 6) Keyakinan diri: Tingkat keyakinan seseorang bahwa mereka bisa melakukan tindakan yang diperlukan. Model ini sangat relevan ketika merancang program kesehatan yang melibatkan edukasi masyarakat dan promosi pencegahan penyakit.

B. Latihan

Bacalah setiap butir soal berikut ini dengan cermat dan kerjakanlah terlebih dahulu butir soal yang menurut saudara relatif lebih mudah. Selamat mengerjakan latihan ini, semoga selalu sukses.

1. Komunitas sebagai kelompok orang yang berbagi satu lingkungan geografis dan memiliki hubungan sosial yang stabil. Pandangan Komunitas tersebut menurut....
 - A. WHO
 - B. PBB
 - C. L. Green
 - D. Maslow
 - E. Bloom

2. Komunitas melibatkan hubungan antara individu, keluarga, kelompok kerja, dan organisasi masyarakat, dan menentukan distribusi sumber daya dan akses ke layanan kesehatan. Pernyataan tersebut merupakan karakteristik komunitas...
 - A. struktur sosial
 - B. norma sosial
 - C. ekonomi
 - D. kohesi
 - E. interaksi
3. Komunitas sebagai sistem terbuka yang terus-menerus berinteraksi dengan lingkungan di sekitarnya. Teori tentang komunitas tersebut berdasarkan....
 - A. Teori sistem
 - B. Teori ekologi
 - C. Teori Sosial
 - D. Teori Perubahan
 - E. Teoari Keyakinan
4. Komunitas sebagai klien dalam keperawatan komunitas, yang dibentuk berdasarkan lokasi atau wilayah, dinamakan komunitas....
 - A. geografis
 - B. fungsional
 - C. virtual
 - D. administratif
 - E. terbatas
5. Individu dan komunitas bergerak melalui berbagai tahap dalam proses perubahan perilaku Kesehatan. Pernyataan tersebut mendasari komunitas sebagai klien....
 - A. *Health Belief Model*
 - B. *Adaptation Model*
 - C. *Cultural Model*
 - D. *Behavior Model*
 - E. *Community Model*

C. Rangkuman

Komunitas sebagai klien adalah pendekatan yang menekankan pentingnya memperlakukan masyarakat secara keseluruhan sebagai klien dalam intervensi kesehatan. Komunitas sebagai klien mengharuskan perawat untuk melihat populasi sebagai unit yang kohesif, di mana setiap anggota saling berinteraksi dan dipengaruhi oleh kondisi yang ada di sekitarnya. Teori yang mendasari komunitas sebagai klien, diantaranya teori sistem dan teori ekologi sosial, *Transtheoretical* dan *Health Belief Model*. Jenis-jenis komunitas yang dapat dianggap sebagai klien dalam keperawatan komunitas meliputi Komunitas geografis seperti desa, kota, atau wilayah administratif tertentu, komunitas fungsional yang terbentuk berdasarkan fungsi atau peran tertentu dalam masyarakat, seperti komunitas pekerja, komunitas agama, atau komunitas berdasarkan profesi tertentu, dan komunitas virtual yang terbentuk melalui media digital atau *platform daring*.

D. Glosarium

1. WHO : *World Health Organization*
2. HIV : Human Immunodeficiency Virus
3. AIDS : Acquired Immunodeficiency Syndrome
4. SARS : Severe Acute Respiratory Syndrome
5. COVID-19 : Coronavirus Disease 2019
6. HBM : Health Belief Model
7. TTM : Trans Theoretical Model

E. Daftar Pustaka

- Anderson, E. T., & McFarlane, J. (2019). *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer Health.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2015). *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*. Jossey-Bass.
- Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. McGraw-Hill.
- Harkness, G. A., & DeMarco, R. F. (2016). *Community and Public Health Nursing: Evidence for Practice* (2nd ed.). Wolters Kluwer Health.
- Nies, M. A., & McEwen, M. (2018). *Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations*. 6th ed. Elsevier.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). *Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

- Rector, C. (2018). *Community and Public Health Nursing: Promoting the Public's Health* (9th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2020). *Foundations of Nursing in the Community: Community-Oriented Practice*. Elsevier.
- World Health Organization. (2018). *Community Health and Prevention Programs*. Geneva: WHO

BAB 2

PENGANTAR KESEHATAN KOMUNITAS DAN KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS

Pendahuluan

Keperawatan komunitas memainkan peran penting dalam menciptakan masyarakat yang lebih sehat dengan pendekatan yang lebih preventif dan partisipatif. Keperawatan komunitas fokus pada pencegahan penyakit dan promosi kesehatan, termasuk melakukan skrining kesehatan, dan memberikan pendidikan tentang pola hidup sehat. Keperawatan komunitas membantu memastikan bahwa layanan kesehatan dapat diakses oleh semua anggota masyarakat, terutama yang tinggal di daerah terpencil.

Peningkatan kesehatan komunitas, dengan bekerja bersama komunitas, mengidentifikasi dan merespons masalah kesehatan yang berdampak pada kelompok tertentu atau seluruh komunitas, membantu merancang dan melaksanakan program-program kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Perawat komunitas berfungsi sebagai penghubung antara pasien, keluarga, dan berbagai penyedia layanan kesehatan, dan memastikan bahwa perawatan yang diperlukan dikoordinasikan dengan baik pada semua aspek kesehatan komunitas.

Keperawatan komunitas berkontibusi menciptakan masyarakat sehat dan mampu mengatasi tantangan kesehatan secara lebih efektif. Perawat di komunitas mampu berkomunikasi secara efektif dengan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dari berbagai latar belakang, mampu menganalisis masalah kesehatan dan merancang solusi yang sesuai, memimpin program kesehatan dan mengkoordinasikan dengan berbagai pihak untuk mencapai tujuan kesehatan komunitas, berempati dan bekerja dengan berbagai kelompok dalam komunitas, serta memahami prinsip-prinsip kesehatan masyarakat dan kebijakan kesehatan

Tujuan Pembelajaran

Bab ini dirancang untuk memberikan wawasan tentang pengantar kesehatan komunitas dan konsep dasar keperawatan komunitas, yaitu:

1. Memahami arti Kesehatan, komunitas, dan keperawatan komunitas
2. Memahami arti keperawatan komunitas
3. Memahami paradigma keperawatan komunitas
4. Memahami sasaran pelayanan keperawatan komunitas
5. Memahami strategi intervensi keperawatan komunitas
6. Memahami tatanan praktik pelayanan keperawatan
7. Memahami bentuk pemberdayaan masyarakat dalam Kesehatan komunitas
8. Memahami tugas dan wewenang perawat

Capaian Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran tentang pengantar kesehatan komunitas dan konsep dasar keperawatan komunitas, mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengertian Kesehatan, komunitas, dan keperawatan komunitas dengan tepat
2. Menjelaskan pengertian keperawatan komunitas dengan baik
3. Menjelaskan paradigma keperawatan komunitas dengan tepat
4. Menjelaskan sasaran pelayanan keperawatan komunitas dengan baik
5. Menguraikan strategi intervensi keperawatan komunitas dengan tepat
6. Menyebutkan tatanan praktik pelayanan keperawatan dengan tepat
7. Menjelaskan bentuk pemberdayaan masyarakat dalam Kesehatan komunitas dengan baik
8. Menjelaskan tugas dan wewenang perawat dengan tepat

Uraian Materi

A. Pengantar Kesehatan Komunitas

1. Pengertian Kesehatan

Sehat atau kesehatan menurut WHO adalah keadaan utuh fisik, jasmani, mental, dan social dan bukan hanya suatu keadaan yang bebas dari penyakit, cacat dan kelemahan, sedangkan menurut UU No 17 Tahun 2023 Kesehatan adalah keadaan sehat seseorang, baik secara fisik, jiwa, maupun sosial dan bukan sekadar terbebas dari penyakit untuk memungkinkannya hidup produktif. Dari definisi tersebut, sehat mengandung arti; 1) Sehat fisik, yakni dimana tidak ada rasa sakit dan kondisi tubuh dan organ dalam kondisi yang normal dapat berfungsi dengan baik. Pendapat lain mengatakan bahwa sehat fisik adalah suatu keadaan bentuk fisik dan faalnya tidak mengalami gangguan sehingga memungkinkan berkembangnya mental dan sosial untuk dapat melaksanakan kegiatan sehari-hari dengan optimal, 2) Sehat mental, yaitu suatu kondisi memungkinkan perkembangan fisik, intelektual, emosional yang optimal dari seseorang. Pengertian lain bahwa sehat mental adalah keadaan dimana jiwa dan pikiran kita dapat berpikir secara logis dan dimengerti orang lain, 3) Sehat spiritual, dimana seseorang dapat memperlihatkan kehidupannya yang mengakui adanya Tuhan dan beribadah sesuai dengan norma yang ada dalam masyarakat, cerminan sehat spiritual ini adalah adanya rasa syukur, memaafkan, pengendalian diri, menyayangi, dan ajaran baik pada agamanya, serta 4) Sehat sosial, dimana seseorang dapat hidup berdampingan dengan orang lain, mematuhi norma yang ada dimasyarakat, dan diterima hidup bersama masyarakat. Pengertian lainnya adalah dimana perikehidupan dalam masyarakat setiap warga negara mempunyai cukup kemampuan untuk memelihara memajukan kehidupan sendiri dan keluarganya dalam masyarakat yang memungkinkannya bekerja, beristirahat, serta menikmati hiburan pada waktunya.

2. Pengertian Komunitas

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 dkk, 2006), seperti dalam kesehatan, kita mengenal kelompok ibu hamil, kelompok

ibu menyusui, kelompok anak balita, kelompok lansia, kelompok masyarakat dalam suatu wilayah desa binaan (kelbin = keluarga binaan) dan lain sebagainya, sedangkan dalam kelompok masyarakat ada masyarakat petani, masyarakat pedagang, masyarakat pekerja, masyarakat terasing dan sebagainya (Mubarak, 2006).

Komunitas sebagai sebuah kelompok sosial dari beberapa organisme yang berbagi lingkungan, umumnya memiliki ketertarikan dan habitat yang sama. Dalam komunitas manusia, individu-individu didalamnya dapat memiliki maksud, kepercayaan, sumber daya, preferensi, kebutuhan, risiko dan sejumlah kondisi lain yang serupa.

3. Pengertian Kesehatan Komunitas

Secara alamiah, manusia diciptakan oleh Tuhan Yang Maha Esa sebagai makhluk sosial yang hidup saling bergantung dan saling membutuhkan satu sama lain dalam masyarakat. Akan tetapi kenyataannya, peran manusia sebagai makhluk sosial tentu sangat berbeda tergantung pada tempat dimana mereka tinggal sehari-hari. Sebagai contoh, orang dari suku atau kelompok yang tinggal di daerah pedalaman mungkin dapat mengenal 100 atau 200 tetangga mereka dalam satu desa dan mungkin masyarakatnya juga akan sangat aktif dan mengenal satu dengan yang lain dan akan sangat aktif dalam berbagai kegiatan sosial. Hal ini akan sangat berbeda dengan orang yang tinggal di kota besar, dimana orang mungkin akan mengalami kesulitan untuk mengenali tetangga sekitar mereka. Namun, orang yang tinggal di daerah perkotaan dengan gaya hidup yang lebih modern akan cenderung untuk membentuk suatu ikatan dalam organisasi tertentu seperti perkumpulan profesional, perkumpulan keagamaan atau komunitas spesifik yang lainnya.

Komunitas merupakan unsur terpenting dalam pembentukan jati diri seseorang. Komunitas mempunyai pengaruh yang cukup signifikan terhadap kesejahteraan dan kondisi kesehatan seseorang. Secara naluri manusia selalu ingin menciptakan masyarakat atau komunitas yang sehat. Berdasarkan hal tersebut, kesehatan komunitas dapat didefinisikan sebagai identifikasi kebutuhan yang dilakukan bersama upaya perlindungan dan pengingkatan derajat kesehatan bersama dalam suatu area tertentu (Allender et al, 2013).

B. Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

1. Pengertian Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas atau keperawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) adalah suatu bidang dalam keperawatan kesehatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif, preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai suatu kesatuan yang utuh, melalui proses keperawatan untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal sehingga mandiri dalam upaya kesehatannya.

Perkesmas sudah ada sejak konsep Puskesmas di perkenalkan (1968), Perkesmas sering disebut dengan PHN (*Public Health Nursing*), namun pada akhir-akhir ini disebut CHN (*Community Health Nursing*). Perubahan istilah *public* menjadi *community*, terjadi di banyak negara karena istilah '*public*' sering kali di hubungkan dengan bantuan dana pemerintah (*government subsidy atau public funding*), sementara Perkesmas dapat dikembangkan tidak hanya oleh pemerintah tetapi juga oleh masyarakat atau swasta, khususnya pada sasaran individu (UKP), contohnya perawatan kesehatan individu di rumah (*home health nursing*).

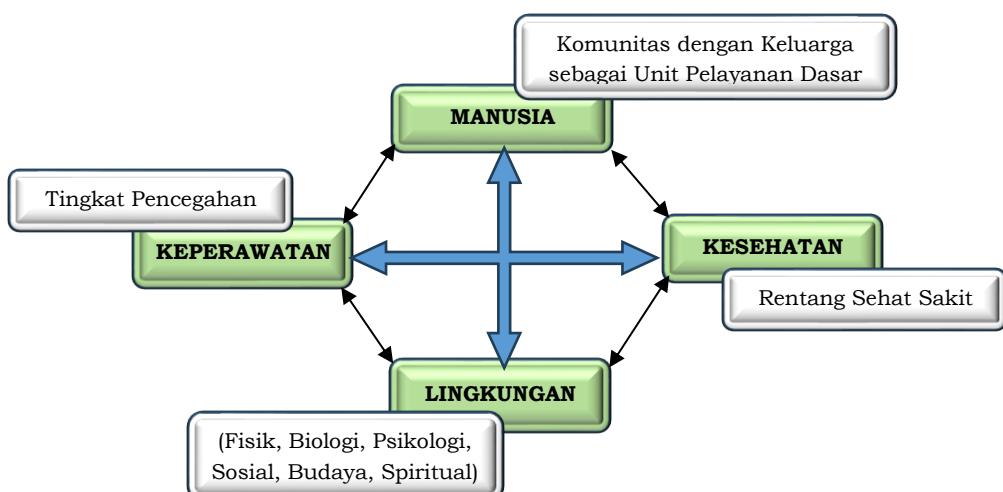
Saat ini Perkesmas merupakan pelayanan yang kegiatannya terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan dalam upaya pencapaian darajat kesehatan yang optimal, dilakukan melalui peningkatan kesehatan (*promotive*) dan pencegahan penyakit (*preventive*) di semua tingkat pencegahan (*levels of prevention*) dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan serta melibatkan klien sebagai mitra kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan, terutama di suatu daerah dimana terdapat masalah kesehatan spesifik, misalnya endemis malaria, demam berdarah, dan lain sebagainya yang membutuhkan intervensi keperawatan kesehatan komunitas.

Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas), Perawatan kesehatan masyarakat merupakan pelayanan yang harus dilakukan bersamaan dengan upaya kesehatan masyarakat (UKM) lainnya.

Selanjutnya Kepmenkes RI No. 279 Tahun 2006 keperawatan kesehatan komunitas, menyebutkan tujuan keperawatan komunitas secara umum adalah meningkatnya kemandirian masyarakat untuk mengatasi masalah kesehatan, khususnya masalah keperawatan untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal, dan secara khusus: 1) Meningkatnya pengetahuan, sikap dan perilaku individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang kesehatan, 2) Meningkatnya penemuan dini kasus-kasus prioritas, 3) Meningkatnya penanganan keperawatan kasus prioritas di Puskesmas, 4) Meningkatnya penanganan kasus prioritas yang mendapatkan tindak lanjut keperawatan di rumah, 5) Meningkatnya akses keluarga miskin mendapat pelayanan kesehatan/keperawatan kesehatan masyarakat, 6) Meningkatnya pembinaan keperawatan kelompok khusus, dan 7) Memperluas daerah binaan keperawatan di masyarakat.

2. Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma keperawatan merupakan suatu cara pandang dari profesi keperawatan untuk melihat suatu kondisi dan fenomena yang terkait secara langsung dengan aktifitas yang terjadi dalam profesi tersebut. Paradigma keperawatan kesehatan masyarakat memandang manusia, kesehatan, keperawatan, dan lingkungan sebagai berikut:



Gambar 2.1 Paradigma Keperawatan Komunitas

- Manusia

Manusia adalah makhluk bio-psiko-sosial-spiritual yang utuh (holistik), dalam arti merupakan satu kesatuan utuh dari aspek jasmani dan rohani serta unik karena mempunyai berbagai macam kebutuhan sesuai tingkat perkembangannya (Konsorsium Ilmu Kesehatan, 1992). Di dalam keperawatan kesehatan masyarakat/komunitas, pandangan manusia adalah klien pada wilayah tertentu yang memiliki nilai dan keyakinan dengan minat yang relatif sama serta berinteraksi untuk mencapai tujuan. Manusia tersebut juga dipandang sebagai sumber dan lingkungan bagi keluarga maupun kelompok. Perhatian khusus ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat risiko tinggi, rawan, berada di daerah terpencil, daerah konflik, dan kumuh.

b. Kesehatan

Kesehatan merupakan suatu keadaan yang bukan hanya bebas dari penyakit dan dapat mempertahankan fungsi pada tingkat minimal yang adekuat, tetapi merupakan suatu keadaan sehat purna secara fisik, mental dan sosial spiritual yang merupakan fungsi manusia secara utuh, terintegrasi dan bersifat dinamis sehingga mampu hidup produktif secara ekonomi dan sosial. Sehat dipandang sebagai suatu keadaan seimbang bio-psiko-sosio-spiritual yang dinamis dengan berbagai faktor yang mempengaruhinya dan memungkinkan manusia melakukan asuhan mandiri dan berfungsi secara optimal untuk berperan dalam keluarga, kelompok dan komunitas.

Perawat di masyarakat/komunitas juga meyakini bahwa keadaan sehat dan sakit merupakan suatu rentang yang dipengaruhi oleh berbagai faktor individual yang meliputi genetik dan keturunan, kemampuan, pengalaman hidup dan interaksi dengan faktor-faktor sosial, lingkungan serta perubahan. Sehat ditentukan oleh kemampuan individu, keluarga, kelompok atau komunitas untuk membuat tujuan yang realistik dan berarti, serta kemampuan untuk menggerakkan energi dan sumber untuk mencapai tujuan tersebut secara efisien. Sehat harus dilihat dari berbagai tingkat, individu, keluarga, komunitas dan masyarakat. Sehat yang optimum adalah suatu keadaan dimana individu dapat meningkatkan kemampuan dan potensinya untuk mencapai keadaan sejahtera bio-psiko-sosio dan spiritual.

Kesakitan adalah perasaan tidak nyaman pada seseorang akibat penyakit sehingga mendorongnya untuk mencari bantuan. (Kozier, 2000) Status kesehatan seseorang terletak antara dua kutub yaitu sehat optimal dan kematian. Apabila status kesehatan kita bergerak kearah kematian kita berada dalam area sakit (*illness area*), tetapi apabila status kesehatan kita bergerak ke arah sehat maka kita berada dalam area sehat (*wellness area*).

Pola rentang ini bersifat dinamis berubah seiring waktu dan kondisi sosial. Sesuai dengan rentang sehat–sakit maka status kesehatan dapat dibagi dalam keadaan optimal sehat atau kurang sehat, sakit ringan atau berat sampai meninggal dunia. Apabila individu berada dalam area sehat maka dilakukan upaya pencegahan primer (*primary prevention*) yaitu perlindungan kesehatan (*health protection*) dan perlindungan khusus (*specific protection*) agar terhindar dari penyakit. Apabila individu berada dalam area sakit maka dilakukan upaya pencegahan sekunder dan tertier yaitu dengan diagnosis dini dan pengobatan yang tepat, pencegahan perburukan dan rehabilitasi.

Persepsi sakit atau “merasa sakit” dipengaruhi oleh persepsi seseorang tentang sakit itu sendiri seperti seseorang merasa sakit (kesakitan) setelah diperiksa dan dinyatakan menderita sakit, seseorang merasa sakit, tetapi setelah diperiksa ternyata individu tersebut tidak menderita sakit atau mengalami suatu penyakit, seseorang tidak merasa sakit akan tetapi sebenarnya individu tersebut mengidap penyakit, seseorang tidak merasa sakit dalam tubuhnya. H.L. Bloom mengemukakan bahwa status kesehatan manusia dipengaruhi oleh lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan genetik. Keperawatan memberikan bantuan kepada individu, keluarga dan masyarakat dalam memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari, adaptasi terhadap keadaan sehat atau sakit serta mencapai status/derajat kesehatan yang optimal.

c. Keperawatan

Keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-kultural-spiritual (holistik) yang komprehensif, ditujukan

kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas, baik sakit maupun sehat serta mencakup seluruh siklus hidup manusia. Keperawatan berupa bantuan yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan atau mental, keterbatasan pengetahuan serta kurangnya kemauan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Bantuan juga ditujukan kepada penyediaan pelayanan kesehatan utama dalam upaya mengadakan perbaikan sistem pelayanan kesehatan sehingga memungkinkan setiap orang mencapai hidup sehat dan produktif.

Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko – sosial dan spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, kelompok dan masyarakat baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh daur kehidupan manusia. (Kesepakatan Nasional, 1983). Keperawatan merupakan ilmu terapan yang menggunakan keterampilan intelektual, keterampilan teknikal dan keterampilan interpersonal serta menggunakan proses keperawatan dalam membantu klien untuk mencapai tingkat kesehatan optimal. Kiat keperawatan (*nursing arts*) lebih difokuskan pada kemampuan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan sentuhan seni dalam arti menggunakan kiat-kiat tertentu dalam upaya memberikan kenyamanan dan kepuasan pada klien. Kiat-kiat dimaksud adalah :

- 1) *Caring*, menurut Watson (1979) ada sepuluh faktor dalam unsur-unsur karatif yaitu : nilai-nilai humanistik altruistik, menanamkan semangat dan harapan, menumbuhkan kepekaan terhadap diri dan orang lain, mengembangkan ikap saling tolong menolong, mendorong dan menerima pengalaman ataupun perasaan baik atau buruk, mampu memecahkan masalah dan mandiri dalam pengambilan keputusan, prinsip belajar-mengajar, mendorong, melindungi dan memperbaiki kondisi baik fisik, mental, sosiokultural dan spiritual, memenuhi kebutuhan dasr manusia, dan tanggap dalam menghadapi setiap perubahan yang terjadi.
- 2) *Sharing* artinya perawat senantiasa berbagi pengalaman dan ilmu atau berdiskusi dengan kliennya.

- 3) *Laughing*, artinya senyum menjadi modal utama bagi seorang perawat untuk meningkatkan rasa nyaman klien.
- 4) *Crying* artinya perawat dapat menerima respon emosional diri dan kliennya.
- 5) *Touching* artinya sentuhan yang bersifat fisik maupun psikologis merupakan komunikasi simpatik yang memiliki makna (Barbara, 1994)
- 6) *Helping* artinya perawat siap membantu dengan asuhan keperawatannya
- 7) *Believing in others* artinya perawat meyakini bahwa orang lain memiliki hasrat dan kemampuan untuk selalu meningkatkan derajat kesehatannya.
- 8) *Learning* artinya perawat selalu belajar dan mengembangkan diri dan keterampilannya.
- 9) *Respecting* artinya memperlihatkan rasa hormat dan penghargaan terhadap orang lain dengan menjaga kerahasiaan klien kepada yang tidak berhak mengetahuinya.
- 10) *Listening* artinya mau mendengar keluhan kliennya
- 11) *Doing* artinya melakukan pengkajian dan intervensi keperawatan serta mendokumentasikannya
- 12) *Feeling* artinya perawat dapat menerima, merasakan, dan memahami perasaan duka , senang, frustasi dan rasa puas klien.
- 13) *Accepting* artinya perawat harus dapat menerima dirinya sendiri sebelum menerima orang lain

Sebagai suatu profesi, keperawatan memiliki unsur–unsur penting yang bertujuan mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan yaitu respon manusia sebagai fokus telaahan, kebutuhan dasar manusia sebagai lingkup garapan keperawatan dan kurang perawatan diri merupakan basis intervensi keperawatan baik akibat tuntutan akan kemandirian atau kurangnya kemampuan. Keperawatan juga merupakan serangkaian kegiatan yang bersifat terapeutik atau kegiatan praktik keperawatan yang memiliki efek penyembuhan terhadap kesehatan (Susan, 1994). Intervensi atau tindakan yg bertujuan untuk menekan stressor atau meningkatkan kemampuan masyarakat/komunitas mengatasi stressor melalui pencegahan primer, pencegahan skunder, dan pencegahan tertier.

d. Lingkungan

Konsep lingkungan dalam paradigma keperawatan komunitas difokuskan pada lingkungan masyarakat, yaitu lingkungan fisik, psikologis, sosial, budaya dan spiritual. Lingkungan adalah faktor eksternal yang berpengaruh terhadap perkembangan manusia dan mencakup antara lain lingkungan sosial, status ekonomi dan kesehatan. Fokus lingkungan, yaitu lingkungan fisik, psikologi, sosial, budaya dan spiritual.

1) Lingkungan fisik (*physical environment*)

Merupakan lingkungan dasar/alami yang berhubungan dengan ventilasi dan udara. Faktor tersebut mempunyai efek terhadap lingkungan fisik yang bersih yang selalu akan mempengaruhi klien dimanapun dia berada didalam ruangan harus bebas dari debu, asap, bau-bauan. Rumah harus bersih, ruangan hangat, udara bersih, tidak lembab, bebas dari bau-bauan. Lingkungan dibuat sedemikian rupa sehingga menyehatkan baik bagi orang lain maupun dirinya sendiri. Luas rumah harus memberikan keleluasaan klien untuk beraktifitas, penerangan yang cukup, jauh dari kebisingan dan bau limbah, serta cukup ventilasi.

2) Lingkungan psikologi (*psychology environment*)

Florence Nightingale melihat bahwa kondisi lingkungan yang negatif dapat menyebabkan stress fisiik dan berpengaruh buruk terhadap emosi pasien. Oleh karena itu ditekankan kepada pasien menjaga rangsangan fisiknya. Mendapatkan sinar matahari, makanan yang menarik dan aktivitas manual dapat merangsang semua faktor untuk membantu pasien dalam mempertahankan emosinya. Komunikasi dengan pasien dipandang dalam suatu konteks lingkungan secara menyeluruh, komunikasi jangan dilakukan secara terburu-buru atau terputus-putus. Komunikasi tentang pasien yang dilakukan dokter dan keluarganya sebaiknya dilakukan dilingkungan pasien dan kurang baik bila dilakukan diluar lingkungan pasien atau jauh dari pendengaran pasien. Tidak boleh memberikan harapan yang terlalu muluk, menasehati yang berlebihan tentang kondisi penyakitnya. Selain itu membicarkan kondisi-kondisi lingkungan

dimana dia berada atau cerita hal-hal yang menyenangkan dan para pengunjung yang baik dapat memberikan rasa nyaman.

3) Lingkungan sosial (*social environment*)

Observasi dari lingkungan sosial terutama hubungan yang spesifik, kumpulan data-data yang spesifik dihubungkan dengan keadaan penyakit, sangat penting untuk pencegahan penyakit. Dengan demikian setiap perawat harus menggunakan kemampuan observasi dalam hubungan dengan kasus-kasus secara spesifik lebih dari sekedar data-data yang ditunjukkan pasien pada umumnya. Seperti juga hubungan komuniti dengan lingkungan sosial dugaannya selalu dibicarakan dalam hubungan individu pasien yaitu lingkungan pasien secara menyeluruh tidak hanya meliputi lingkungan rumah atau lingkungan rumah sakit tetapi juga keseluruhan komunitas yang berpengaruh terhadap lingkungan secara khusus. Sedangkan lingkungan luar meliputi : kultur, adat, struktur masyarakat, status sosial, udara, suara, pendidikan, pekerjaan dan sosial ekonomi budaya.

Hubungan Lingkungan dengan Kesehatan : Lingkungan dengan kesehatan sangat berpengaruh karena dengan cara terapi lingkungan dapat membantu perawat dalam menjaga pola pertahanan tubuh terhadap penyakit untuk meningkatkan pola interaksi yang sehat dengan klien. Hubungan lingkungan dengan timbulnya Penyakit : apabila lingkungan kotor dan tidak bersih, maka akan berpotensi untuk terciptanya banyak penyakit. Lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi kesehatan dimana apabila lingkungan itu kotor maka kesehatan manusia akan terganggu sehingga manusia perlu merawat dirinya atau membutuhkan perawatan dari orang lain. Keperawatan dengan lingkungan juga sangat berpengaruh dimana jika seseorang sedang rehabilitasi maka akan memerlukan lingkungan yang bersih.

Menurut Leavell (1965), ada tiga faktor yang saling mempengaruhi kesehatan dalam lingkungan yaitu *agen* (penyebab), *hospes* (manusia) dan *environment* (lingkungan). *Agen* adalah suatu faktor yang menyebabkan terjadinya penyakit, seperti faktor biologi, kimiawi, fisik, mekanik atau

psikologis misalnya virus, bakteri, jamur atau cacing, senyawa kimia bahkan stress. *Hospes* adalah makhluk hidup yaitu manusia atau hewan yang dapat terinfeksi oleh agen, sedangkan *environment* adalah faktor eksternal yang mempengaruhi kesehatan seperti lingkungan yang kumuh, lingkungan kerja yang tidak nyaman, tingkat sosial ekonomi yang rendah, fasilitas pelayanan kesehatan.

3. Sasaran Pelayanan Keperawatan Komunitas

Sasaran keperawatan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan maupun ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya. Prioritas sasaran adalah yang mempunyai masalah kesehatan terkait dengan masalah kesehatan prioritas daerah, terutama yang belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas serta jejaringnya) dan yang sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan, tetapi memerlukan tindak lanjut keperawatan di rumah.

a. Sasaran individu

Sasaran prioritas individu adalah balita gizi buruk, ibu hamil risiko tinggi, usia lanjut, pasien penyakit menular diantaranya Tuberkulosis Paru, Kusta, Malaria, Demam Berdarah, Diare, ISPA/Pneumonia), dan pasien penyakit degeneratif.

b. Sasaran keluarga

Sasaran keluarga adalah keluarga yang termasuk rentan terhadap masalah kesehatan (*vulnerable group*) atau risiko tinggi (*high risk group*), dengan prioritas:

- 1) Keluarga miskin belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas dan jejaringnya) dan belum mempunyai kartu sehat (JKN)
- 2) Keluarga miskin sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan tetapi mempunyai masalah kesehatan terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan balita, kesehatan reproduksi, atau penyakit menular.
- 3) Keluarga tidak termasuk miskin yang mempunyai masalah kesehatan prioritas serta belum memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan

c. Sasaran kelompok

Sasaran kelompok adalah kelompok masyarakat khusus yang rentan terhadap timbulnya masalah kesehatan baik yang terikat maupun tidak terikat dengan suatu institusi.

- 1) Kelompok masyarakat khusus tidak terikat dalam suatu institusi antara lain Posyandu, Kelompok Batita, Kelompok ibu hamil, Kelompok Usia Lanjut, Kelompok penderita penyakit tertentu, kelompok pekerja informal.
- 2) Kelompok masyarakat khusus terikat dalam suatu institusi, antara lain sekolah, pondok pesantren (pontren), panti asuhan, panti usia lanjut, rumah tahanan (rutan), lembaga pemasyarakatan (lapas).

d. Sasaran masyarakat

Sasaran masyarakat adalah masyarakat yang rentan atau mempunyai risiko tinggi terhadap timbulnya masalah kesehatan, diprioritaskan pada :

Masyarakat di suatu wilayah (RT, RW, Kelurahan/Desa) yang mempunyai :

- a) Jumlah bayi meninggal lebih tinggi di bandingkan daerah lain
- b) Jumlah pasien penyakit tertentu lebih tinggi dibandingkan daerah lain
- c) Cakupan pelayanan kesehatan lebih rendah dari daerah lain
- d) Masyarakat di daerah endemis penyakit menular (malaria, diare, demam berdarah, dll)
- e) Masyarakat di lokasi/barak pengungsian akibat bencana atau akibat lainnya
- f) Masyarakat di daerah dengan kondisi geografis sulit, antara lain daerah terpencil, daerah perbatasan
- g) Masyarakat di daerah pemukiman baru dengan transportasi sulit seperti daerah transmigrasi.

4. Strategi Intervensi Keperawatan Komunitas

Strategi adalah rencana atau pendekatan yang dirancang untuk mencapai tujuan tertentu. Strategi intervensi dalam keperawatan komunitas merupakan berbagai tindakan yang dirancang untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan komunitas melalui berbagai metode dan pendekatan yang terencana, seperti pendidikan kesehatan

(*health education*), proses kelompok (*group process*) dan kerjasama (*partnership*).

a. Pendidikan Kesehatan (*health education*)

1) Pengertian

Pendidikan kesehatan adalah suatu upaya atau kegiatan untuk menciptakan perilaku masyarakat yang kondusif untuk kesehatan. Artinya, pendidikan kesehatan berupaya agar masyarakat menyadari atau mengetahui bagaimana cara memelihara kesehatan mereka, bagaimana menghindari atau mencegah hal-hal yang merugikan kesehatan mereka dan kesehatan orang lain, kemana seharusnya mencari pengobatan jika sakit, dan sebagainya.

2) Tujuan pendidikan Kesehatan

Menurut Benyamin Bloom (1908) tujuan pendidikan adalah mengembangkan atau meningkatkan tiga domain perilaku yaitu kognitif (*cognitive domain*), afektif (*affective domain*), dan psikomotor (*psychomotor domain*). Dalam perkembangannya, teori Bloom ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan, yakni:

a) Pengetahuan (knowledge)

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*). Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan: 1) Tahu (*know*), Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. 2) Memahami (*comprehension*), Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar, 3) Aplikasi (*application*), Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya), 4) Analisis (*analysis*), Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen – komponen, tetapi masih didalam struktur organisasi dan masih ada kaitannya satu sama lain, 5) Sintesis (*synthesis*), Sintesis menunjuk kepada

suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian didalam suatu bentuk keseluruhan yang baru, 6) Evaluasi (*evaluation*), Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau obyek.

b) Sikap (attitude)

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau obyek. Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu: 1) Menerima (*receiving*), Menerima diartikan bahwa orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek), 2) Merespon (*responding*), Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas yang diberikan adalah suatu indikasi dari sikap, 3) Menghargai (*valuing*), Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga, 4) Bertanggung jawab (*responsible*), Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko merupakan sikap yang paling tinggi.

c) Praktik atau tindakan (practice)

Praktik ini mempunyai beberapa tingkatan: 1) Persepsi (*perception*), mengenal dan memilih berbagai obyek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktik tingkat pertama, 2) Respon terpimpin (*guided response*) dilakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar dan sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktik tingkat dua, 3) Mekanisme (*mecanism*). apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan, maka ia sudah mencapai praktik tingkat tiga, dan 4) Adopsi (*adoption*), Adopsi adalah suatu praktik atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasikannya tanpa mengurangi kebenaran tindakan tersebut.

3) Ruang lingkup pendidikan Kesehatan

Ruang lingkup pendidikan kesehatan secara umum adalah perubahan perilaku (kognitif, afektif, dan psikomotor). Perilaku dimaksud adalah perilaku kesehatan, yakni respons organisme terhadap stimulus yang berkaitan dengan : 1) konsep sakit dan penyakit, 2) sistem pelayanan kesehatan, 3) makanan dan minuman, serta 4) lingkungan.

4) Sasaran Pendidikan Kesehatan

Dari dimensi sasaran, pendidikan kesehatan dapat dibagi menjadi tiga kategori, yaitu: Pendidikan kesehatan dengan sasaran individu, Pendidikan kesehatan dengan sasaran keluarga, Pendidikan kesehatan dengan sasaran kelompok, dan Pendidikan kesehatan dengan sasaran masyarakat.

5) Tempat Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan

Menurut dimensi pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung diberbagai tempat sehingga dengan sendirinya sasarannya juga berbeda. Misalnya: 1) Pendidikan kesehatan di sekolah, dilakukan di sekolah dengan sasaran murid, yang pelaksanaannya diintegrasikan dalam upaya kesehatan sekolah (UKS), 2) Pendidikan kesehatan di pelayanan kesehatan, dilakukan di pusat kesehatan masyarakat, balai kesehatan, rumah sakit umum maupun khusus dengan sasaran pasien dan keluarganya, 3) Pendidikan kesehatan di tempat kerja dengan sasaran buruh atau karyawan, dan 4) Pendidikan kesehatan di rumah dengan sasaran seluruh anggota keluarga.

6) Tingkat pelayanan Pendidikan Kesehatan

Dalam dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan tiga tingkat pencegahan (*levels of prevention*) dari Leavel dan Clark, yaitu:

a) Pencegahan Primer

Pencegahan primer merupakan upaya yang diambil untuk mencegah timbulnya penyakit atau masalah kesehatan sebelum terjadi. Ini adalah tahap awal dari pencegahan yang fokus pada mengurangi risiko atau menghindari penyebab penyakit sebelum individu terpapar. Upaya ini meliputi:

- Promosi kesehatan (*health promotion*)

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan misalnya dalam kebersihan perorangan, perbaikan sanitasi lingkungan, pemeriksaan kesehatan berkala, peningkatan gizi, dan kebiasaan hidup sehat.

- Perlindungan khusus (*specific protection*)

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat. Misalnya tentang pentingnya imunisasi sebagai cara perlindungan terhadap penyakit, pada anak, maupun orang dewasa.

b) Pencegahan Skunder

Pencegahan skunder adalah salah satu bentuk pencegahan yang bertujuan untuk mengurangi dampak atau komplikasi dari penyakit yang sudah ada. Upaya pencegahan skunder, meliputi:

- Diagnosa dini dan pengobatan segera (*early diagnosis and prompt treatment*)

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan karena rendahnya tingkat pengetahuan dan kesadaran masyarakat akan kesehatan dan penyakit yang terjadi dimasyarakat.

- Pembatasan cacat (*disability limitation*)

Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan karena masyarakat sering didapat tidak mau melanjutkan pengobatannya sampai tuntas atau tidak mau melakukan pemeriksaan dan pengobatan penyakitnya secara tuntas. Pada tingkat ini kegiatan meliputi perawatan untuk menghentikan penyakit, mencegah komplikasi lebih lanjut, serta fasilitas untuk mengatasi cacat dan mencegah kematian.

c) Pencegahan Tertier

Pencegahan tertier adalah upaya atau tindakan yang diambil setelah penyakit untuk mencegah komplikasi lebih lanjut, meminimalkan dampak negatif, dan membantu pasien mencapai kualitas hidup yang terbaik. Pencegahan tertier berupa rehabilitasi (*rehabilitation*). Pada tingkat ini pendidikan kesehatan diperlukan karena setelah sembuh dari

suatu penyakit tertentu, seseorang mungkin menjadi cacat. Untuk memulihkan kecacatannya itu diperlukan latihan-latihan yang baik dan benar sesuai program yang ditentukan, dan diperlukan adanya pemahaman dan kesadaran dari masyarakat yang bersangkutan.

7) Metode pendidikan Kesehatan

Dibawah ini akan diuraikan beberapa metode pendidikan individual, kelompok, dan massa (*public*), sebagai berikut:

a) Metode pendidikan individual (perorangan)

Dalam pendidikan kesehatan, metode pendidikan 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*).

b) Metode pendidikan kelompok

Dalam memilih metode pendidikan kelompok harus mengingat besarnya kelompok sasaran serta tingkat pendidikan formal pada sasaran. Untuk kelompok yang besar metodenya akan lain dengan kelompok kecil. Efektifitas suatu metode akan tergantung pula pada besarnya sasaran pendidikan.

- Kelompok besar

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

- 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*).

c) Metode pendidikan massa (*public*)

Metode pendidikan massa 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. Contoh metode ini antara lain: ceramah umum (*public speaking*).

b. Proses Kelompok (group process)

Proses kelompok dalam kesehatan komunitas merujuk pada pendekatan kolaboratif yang melibatkan berbagai anggota komunitas dan pemangku kepentingan dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan komunitas.

1) Pengertian

Kumpulan dua orang atau lebih yg saling berinteraksi dan saling mempengaruhi, dimana keberadaannya dapat memberikan dampak kepuasaan pada masing-masing individu dalam kelompok tersebut. (Chang, 1993). *A group is aggregate of individuals standing in certain descriptive relation each other.* (Brodbeck). Dalam percakapan sehari-hari seringkali kita 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 langkah : 1) merumuskan tujuan secara jelas, 2) menyebarkan potensi yang dimiliki tim, dan 3) setiap anggota menerima suatu peran.

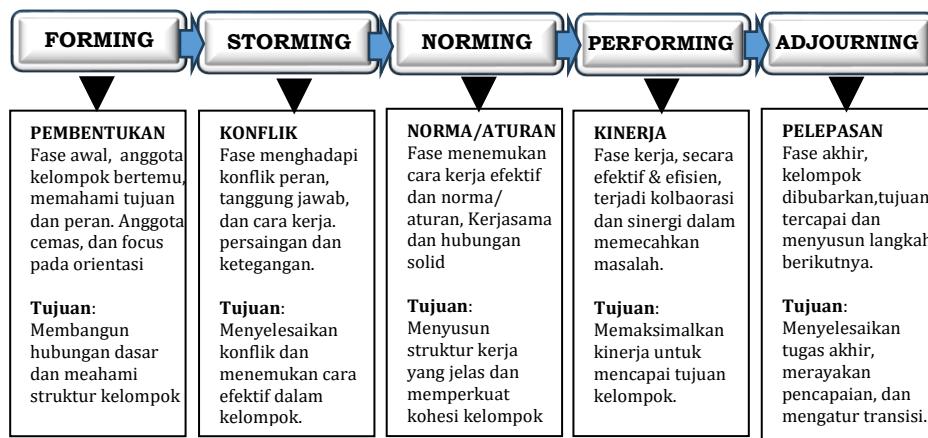
2) Model Pembentukan Kelompok

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:

a) 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 urutan: *Forming, Storming, Norming, Performing* dan *Adjourning*.



Gambar 2.2 Model Pembentukan Kelompok Linier (Tuckman, 1965)

b) 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, bahwa pembentukan kelompok dimulai dengan adanya saling ketergantungan (*Dependency*), kemudian menuju *fight-fight* sampai mengalami *pairing*.

- *Dependency*

Mengacu pada ketergantungan anggota kelompok terhadap satu sama lain dalam hal dukungan emosional atau pengambilan keputusan.

- *Fight-Fight*

Menggambarkan konflik atau ketegangan yang mungkin muncul antara anggota kelompok, yang bisa

mempengaruhi hubungan dan dinamika kelompok secara keseluruhan.

- *Pairing*

Berarti pembentukan pasangan atau sub-kelompok di dalam kelompok yang lebih besar, yang seringkali terjadi untuk memfasilitasi kerja sama atau aliansi.

c. Kerja Sama (partnership)

Dalam konteks pembinaan kesehatan komunitas, partnership atau kerjasama merujuk pada kolaborasi antara berbagai pihak yang memiliki kepentingan atau peran dalam meningkatkan kesehatan komunitas.

1) Pengertian

Kemitraan 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).

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. 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.

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.

2) Tujuan Kerjasama (*partnership*)

Secara umum, partnership (kerjasama/kemitraan) bertujuan untuk meningkatkan percepatan, efektivitas dan efisiensi upaya kesehatan dan upaya pembangunan pada umumnya, sedangkan secara khusus, kerjasama untuk: 1) Meningkatkan saling pengertian, 2) Meningkatkan saling percaya, 3) Meningkatkan saling memerlukan, 4) Meningkatkan rasa kedekatan, 5) Membuka peluang untuk saling membantu, 6) Meningkatkan daya, kemampuan, dan kekuatan, serta 7) Meningkatkan rasa saling menghargai.

3) Dasar, Unsur dan Prinsip Kerjasama

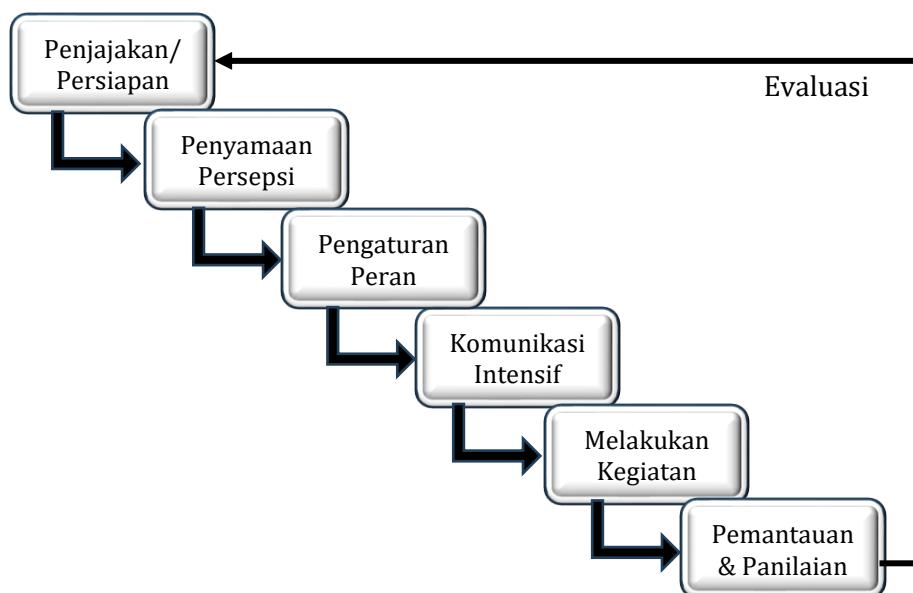
Untuk membangun kerjasama, harus didasarkan pada hal-hal berikut : 1) kesamaan perhatian (common interest) atau kepentingan, 2) saling mempercayai dan saling menghormati, 3) tujuan yang jelas dan terukur, dan 4) kesediaan untuk berkorban baik, waktu, tenaga, maupun sumber daya yang lain. Dalam kerjasama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

Kerjasama juga harus memenuhi unsur-unsur, meliputi: 1) Adanya hubungan (kerjasama) antara dua pihak atau lebih, 2) Adanya kesetaraan antara pihak-pihak tersebut, 3) Adanya keterbukaan atau kepercayaan (trust relationship) antara pihak-pihak tersebut, dan 4_ Adanya hubungan timbal balik yang saling menguntungkan atau memberi manfaat. Se;ain itu juga memperhatikan prinsip: 1) Persamaan atau equality, 2) Keterbukaan atau transparency dan 3) saling menguntungkan atau mutual benefit.

4) Langkah Kerjasama

Pengembangan kerjasama di bidang kesehatan, terdiri dari tiga yaitu: 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 berikut:



Gambar 2.4 Langkah-langkah Kerjasama

- a) Penjajagan/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.

5. Tatanan Praktik Pelayanan Keperawatan Komunitas

Tatanan praktik pelayanan keperawatan komunitas mencakup berbagai lingkungan di mana perawat dapat memberikan layanan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas dengan cara yang spesifik sesuai dengan kebutuhannya. Berikut masing-masing tatanan pelayanan keperawatan di komunitas:

a. *Community At Large* (Komunitas)

Perawat di tatanan ini bekerja dalam skala komunitas secara umum, terlibat dalam upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan edukasi kesehatan di tingkat masyarakat. Tugas perawat mencakup edukasi tentang kesehatan, kampanye vaksinasi, dan perencanaan program kesehatan komunitas. Contoh kegiatan: mengadakan seminar kesehatan, penyuluhan mengenai pola makan sehat, dan program vaksinasi massal.

b. *Home Health Nursing (Rumah)*

Perawat yang bekerja di tatanan ini memberikan layanan keperawatan langsung di rumah pasien. Mereka mendukung pasien yang membutuhkan perawatan berkelanjutan, tetapi tidak memerlukan rawat inap di rumah sakit. Perawatan ini seringkali melibatkan manajemen penyakit kronis, rehabilitasi, dan perawatan paliatif. Contoh Kegiatan: Memberikan perawatan luka, mengelola obat-obatan, dan membantu pasien dengan terapi fisik di rumah.

c. *School Nursing (Sekolah)*

Perawat di lingkungan sekolah bertanggung jawab untuk kesehatan siswa dan staf sekolah. Perawat menangani masalah kesehatan, memberikan edukasi kesehatan, dan berperan dalam pencegahan serta penanganan situasi darurat. Contoh Kegiatan: mengelola kondisi kesehatan kronis seperti asma atau diabetes di sekolah, memberikan vaksinasi, dan mengedukasi tentang kebiasaan hidup sehat.

d. *Ambulatory Service*

Pelayanan ambulatory melibatkan perawatan kesehatan yang diberikan di luar lingkungan rumah sakit, seperti klinik atau pusat kesehatan masyarakat, di mana pasien datang untuk kunjungan tanpa dirawat inap. Perawat dalam tatanan ini sering kali melakukan pemeriksaan rutin, konsultasi, dan perawatan yang tidak memerlukan

rawat inap. Contoh Kegiatan: pemeriksaan kesehatan rutin, pengelolaan kondisi kesehatan jangka panjang, dan konsultasi mengenai manajemen penyakit.

e. *Hospice Care*

Hospice care fokus pada perawatan paliatif untuk pasien dengan penyakit terminal, dengan tujuan utama untuk meningkatkan kualitas hidup dan memberikan kenyamanan. Perawat dalam tatanan ini bekerja dengan pasien dan keluarga untuk mengelola gejala, memberikan dukungan emosional, dan memastikan kebutuhan akhir hayat pasien terpenuhi. Contoh Kegiatan: mengelola gejala nyeri dan ketidaknyamanan, memberikan dukungan emosional dan spiritual, dan membantu keluarga dalam proses perawatan akhir hayat.

f. *Occupational Health Nursing (OHN)*

Perawat kesehatan kerja berfokus pada kesehatan dan keselamatan di tempat kerja. Perawat bekerja di perusahaan atau industri untuk mencegah penyakit terkait pekerjaan, mengelola kecelakaan kerja, dan mempromosikan kesehatan pekerja. Contoh Kegiatan: melakukan pemeriksaan kesehatan pekerja, mengelola program kesehatan kerja, dan memberikan pelatihan tentang keselamatan kerja.

g. *Correctional Health Nursing*

Perawat kesehatan di lingkungan lembaga pemasyarakatan memberikan perawatan kesehatan kepada narapidana. Mereka menangani kebutuhan medis, mental, dan emosional dari populasi yang terkurung serta memastikan akses ke perawatan yang sesuai. Contoh Kegiatan: menyediakan perawatan rutin, mengelola kondisi kesehatan kronis, dan menangani kasus kesehatan darurat di lembaga pemasyarakatan.

h. *Residential Institution*

Tatanan ini mencakup fasilitas seperti panti lansia, rumah sakit jiwa, atau lembaga perawatan untuk individu yang membutuhkan perawatan jangka panjang atau spesifik. Perawat di lingkungan ini memberikan perawatan sehari-hari, manajemen kondisi kesehatan, dan dukungan bagi individu yang tidak dapat merawat diri mereka sendiri secara mandiri. Contoh Kegiatan: memberikan perawatan

harian, mengelola kebutuhan medis dan terapi, serta mendukung kesehatan mental dan emosional penghuni institusi.

6. Bentuk Pemberdayaan Masyarakat dalam Kesehatan Kumunitas

a. Latar Belakang

Pemberdayaan masyarakat bidang kesehatan sesuai yang tercantum dalam Permenkes Nomor 8 tahun 2019 adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran, dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya kesehatan yang dilaksanakan dengan cara fasilitasi proses pemecahan masalah melalui pendekatan edukatif dan partisipatif serta memperhatikan kebutuhan potensi dan sosial budaya setempat.

Posyandu merupakan salah satu bentuk upaya kesehatan bersumber daya masyarakat (UKBM) yang dikelola dan diselenggarakan dari, oleh, untuk, dan bersama masyarakat dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Berdasarkan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 18 Tahun 2018, Posyandu dinyatakan sebagai salah satu jenis lembaga kemasyarakatan desa (LKD) yang mewadahi partisipasi masyarakat. Posyandu sebagai LKD bertugas untuk membantu kepala desa dalam peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat desa. Posyandu bertujuan memberdayakan masyarakat dan memberikan kemudahan kepada masyarakat dalam memperoleh pelayanan kesehatan dasar.

Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 19 Tahun 2011, telah menetapkan pengintegrasian layanan sosial dasar di Posyandu yang meliputi pembinaan gizi dan kesehatan ibu dan anak; pengendalian penyakit dan penyehatan lingkungan; perilaku hidup bersih dan sehat; kesehatan usia lanjut; Bina kesehatan balita (BKB); Pos Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD); percepatan penganekaragaman konsumsi pangan; pemberdayaan fakir miskin, komunitas adat terpencil, dan penyandang masalah kesejahteraan sosial; kesehatan reproduksi remaja; dan peningkatan ekonomi keluarga.

Kementerian Kesehatan saat ini sedang melaksanakan transformasi layanan kesehatan primer, yaitu dengan melakukan penguatan pelayanan kesehatan dasar (*Primary Health Care*) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi serta dilakukan dengan pendekatan strategi integrasi layanan kesehatan primer,

pemberdayaan masyarakat, dan kerjasama multisektor. Transformasi layanan kesehatan primer menerapkan konsep kewilayahan, dimana sistem layanan kesehatan primer pada level kecamatan menjadi tanggung jawab Puskesmas, mendekatkan akses layanan kepada masyarakat dengan menyediakan Puskesmas Pembantu pada level desa/kelurahan dengan tenaga kesehatan dan kader.

b. Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) Era ILP

Salah satu transformasi sistem kesehatan saat ini adalah transformasi pelayanan kesehatan primer, yang dilaksanakan melalui edukasi penduduk, pencegahan primer, pencegahan sekunder dan peningkatan kapasitas serta kapabilitas pelayanan kesehatan primer. Pilar prioritas pertama ini bertujuan menata kembali pelayanan kesehatan primer yang ada, sehingga mampu melayani seluruh penduduk Indonesia dengan pelayanan kesehatan yang lengkap dan berkualitas. Penataan struktur layanan kesehatan primer tersebut membutuhkan pendekatan baru yang berorientasi pada kebutuhan layanan di setiap siklus kehidupan yang diberikan secara komprehensif dan terintegrasi antar tingkatan fasilitas pelayanan kesehatan. Pendekatan baru ini disebut sebagai Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer (ILP), melibatkan Puskesmas, unit pelayanan kesehatan di desa/kelurahan termasuk layanan kesehatan primer di Posyandu dan masyarakat.

1) Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer di Posyandu

Posyandu merupakan salah satu jenis lembaga kemasyarakatan Desa/Kelurahan (LKD/K) yang merupakan wadah partisipasi masyarakat, bertugas membantu kepala desa/lurah di bidang pelayanan kesehatan dan bidang lainnya sesuai kebutuhan. Posyandu berada di tingkat dusun/RT/RW yang dibentuk berdasarkan prakarsa pemerintah desa/kelurahan dan masyarakat yang ditetapkan dalam peraturan desa atau peraturan bupati/walikota. Penataan posyandu yang berbasis program antara lain posyandu KIA, posyandu remaja, posbindu PTM, posyan lansia menjadi pos yandu yang melayani seluruh siklus hidup.



Gambar 2.5 Pos Yandu Terintegrasi

c. Keterampilan Dasar (Kompetensi) Kader

Transformasi layanan kesehatan primer dalam implementasinya difokuskan pada pendekatan siklus hidup dengan penguatan pada upaya promotif dan preventif, serta mendekatkan layanan kesehatan melalui jejaring pos pelayanan terpadu (Posyandu) hingga ke tingkat Dusun/RT/RW. Agar pelayanan promotif dan preventif bagi seluruh masyarakat melalui Posyandu dapat berjalan terintegrasi sesuai standar, maka perlu dilaksanakan penataan Posyandu Programatik seperti Posyandu KIA, Posyandu Lansia, Posyandu Remaja, Posbindu PTM untuk menjadi terintegrasi dalam lembaga Kemasyarakatan Desa/Kelurahan (LKD/K) "Posyandu" dengan menyediakan layanan untuk seluruh sasaran siklus kehidupan, mulai dari ibu hamil, bersalin dan nifas, bayi, balita, anak prasekolah, usia sekolah dan remaja, usia produktif dan lansia. Untuk itu, dibutuhkan peningkatan keterampilan kader Posyandu sebagai penggerak, penyuluh, dan pencatat untuk mampu memberikan pelayanan seluruh sasaran siklus kehidupan melalui 25 keterampilan dasar kader.

Tabel 2.1 Keterampilan Dasar (Kompetensi) Kader Posyandu

No	Aspek	Jenis Keterampilan (Kompetensi)
1	Keterampilan Pengelolaan Posyandu	<ul style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan paket layanan posyandu seluruh siklus hidup 2. Melakukan pencatatan dan pelaporan 3. Melakukan kunjungan rumah 4. Melakukan komunikasi efektif
2	Keterampilan Bayi dan Balita	<ul style="list-style-type: none"> 5. Menjelaskan penggunaan Buku KIA bagian balita 6. Melakukan penyuluhan ASI Eksklusif, MP ASI Kaya Protein Hewani sesuai umur 7. Melakukan penimbangan, pengukuran panjang/tinggi badan dan lingkar kepala serta lingkar lengan atas 8. Menjelaskan hasil pengukuran berat dan tinggi badan normal, kurang dan tindak lanjutnya 9. Menjelaskan stimulasi perkembangan, vitamin A, dan obat cacing sesuai umur 10. Menjelaskan layanan imunisasi rutin lengkap dan Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi/ PD3I (Hepatitis, Difteri, Campak, Rubela, Diare) 11. Menjelaskan pemantauan tanda bahaya bayi dan balita
3	Keterampilan Ibu Hamil, Menyusui	<ul style="list-style-type: none"> 12. Menjelaskan penggunaan Buku KIA bagian ibu hamil, nifas 13. Melakukan penyuluhan isi piringku ibu hamil dan ibu menyusui 14. Menjelaskan pemeriksaan ibu hamil dan ibu nifas 15. Menjelaskan bahwa ibu hamil perlu memantau berat badan, lingkar lengan dan tekanan darah dengan kurva Buku KIA 16. Menjelaskan anjuran minum tablet tambah darah (TTD) setiap hari selama hamil 17. Menjelaskan pemantauan tanda bahaya ibu hamil, ibu nifas
4	Keterampilan Usia Sekolah dan Remaja	<ul style="list-style-type: none"> 18. Melakukan penyuluhan isi piringku dan aktivitas fisik 19. Menjelaskan program pencegahan anemia (tablet tambah darah dan skrining Hb remaja puteri)

		20. Melakukan penyuluhan bahaya merokok, napza dan kehamilan remaja
5	Keterampilan Usia Produktif dan Lansia	21. Melakukan penyuluhan germas (Isi Piringku, aktifitas fisik dan cek kesehatan) 22. Menjelaskan penyakit terbanyak (obesitas, hipertensi, diabetes, stroke, kanker, PPOK, TBC, kesehatan jiwa dan geriatri) 23. Melakukan deteksi dini usia produktif lansia dengan pengukuran lingkar perut, tekanan darah (obesitas, hipertensi) 24. Melakukan deteksi dini usia produktif dan lansia dengan kuesioner (PPOK, TBC, kesehatan jiwa, geriatri dan diabetes) 25. Melakukan penyuluhan keluarga berencana

Kader yang telah mengikuti pelatihan/orientasi keterampilan dasar kader, maka akan dinilai kecakapannya, dan diberikan tanda kecakapan, berdasarkan hasil penilaian oleh Tenaga Kesehatan Puskesmas/Dinas Kesehatan. Penilaian dilakukan pada saat pendampingan pelayanan kader pada hari buka Posyandu, kunjungan rumah, saat bertugas di Pustu menggunakan daftar tilik. Kategori kader kesehatan berdasarkan jumlah tanda kecakapan yang dicapai yaitu

- 1) Kader Purwa, yaitu kader yang memiliki kecakapan tiga kelompok keterampilan dasar.
 - 2) Kader Madya, yaitu kader purwa yang telah melengkapi tanda kecakapan empat kelompok keterampilan dasar
 - 3) Kader Utama, yaitu kader madya yang telah melengkapi tanda kecakapan lima kelompok keterampilan dasar.
- d. Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan di Posyandu

Posyandu dilaksanakan minimal sebulan sekali, hari dan tanggal dipilih berdasarkan kesepakatan. Pelaksanaan Pelayanan seluruh siklus hidup dapat dijadwalkan sesuai kondisi masing-masing wilayah sesuai kesepakatan bersama dengan mempertimbangkan jumlah sasaran dan sumber daya. Untuk memberikan Pelayanan yang

optimal, diperlukan rangkaian kegiatan persiapan hari buka, pada hari buka dan di luar hari buka.

e. Persiapan Hari Buka Posyandu

Minimal satu hari sebelum buka Posyandu (H-1) kader melakukan hal-hal berikut:

- 1) Menyusun jadwal pelaksanaan hari buka. Penjadwalan hari buka dapat dilakukan secara serentak atau bergantian sesuai kelompok sasaran. Penjadwalan disesuaikan situasi masyarakat setempat termasuk jika masyarakat, kader, kepala desa/lurah bersepakat jadwal buka Posyandu diluar hari kerja atau diluar jam kerja.
- 2) Mengkoordinasikan jadwal dengan tenaga kesehatan di Pustu/ Puskesmas,
- 3) Mempersiapkan sasaran, tempat pelaksanaan, sarana dan media Posyandu
- 4) Melakukan pembagian tugas antar kader
- 5) Mempersiapkan bahan makanan lokal penyuluhan bagi ibu hamil dan balita
- 6) Menyebarluaskan hari buka Posyandu melalui pertemuan warga setempat

f. Pelayanan Kesehatan pada Hari Buka Posyandu (H)

Di hari buka posyandu, pelayanan disediakan untuk semua sasaran siklus hidup setiap bulannya. Pelayanan bagi seluruh sasaran ibu hamil, menyusui, bayi, balita, anak pra sekolah, anak usia sekolah dan remaja, usia dewasa dan lansia, masing-masing dilakukan sedikitnya dengan 5 langkah. Langkah-langkah pelayanan di Posyandu dapat dilakukan penyesuaian/modifikasi berdasarkan kondisi lokal spesifik dan ketersediaan sumber daya, serta tidak bersifat mengikat. Hal yang menjadi poin penting adalah seluruh jenis layanan untuk dipantau telah diterima oleh sasaran sesuai pada pelayanan hari buka Posyandu.

**Tabel 2.2 Langkah-Langkah Penyelenggaraan Posyandu, Sumber:
Kemenkes, 2023**

KEGIATAN	SASARAN			
		Bayi, Balita, dan Anak	Anak usia Sekolah	Usia Dewasa dan Lansia

	Ibu hamil/ ibu menyusui	Pra sekolah	dan Remaja	Dewasa	lansia
Langkah 1 : PENDAFTARAN					
Identitas	v	v	v	v	v
Kartu Bantu Pemeriksaan ibu hamil/menyusui	v				
Kartu bantu pemeriksaan bayi, balita dan apras		v			
Kartu bantu pemeriksaan usia sekolah dan remaja			v		
Kartu bantu pemeriksaan usia dewasa, dan lansia				v	v
Kartu bantu pemeriksaan usia lanjut					v
Kartu bantu pemeriksaan Kesehatan juwa				v	v
Catatan masyarakat: Buku KIA	v	v			
Kader mencatat identitas sasaran pada kartu bantu pemeriksaan sesuai kelompok sasaran dan kartu diserahkan kepada sasaran untuk mendapatkan pelayanan pada langkah selanjutnya.					
Langkah 2 : PENIMBANGAN/PENGUKURAN/DETEKSI DINI RISIKO					
Berat Badan	v	v	v	v	v
Panjang/Tinggi Badan	v	v	v	v	v
Lingkar Lengan Atas	v (bumil)	v		V (WUS)	
Lingkar Kepala		v			
Lingkar Perut			v ≥ 15 thn	v	v
Tekanan Darah			v	v	v

			≥ 15 thn		
Kader mencatat hasil penimbangan/pengukuran/deteksi dini risiko pada kartu bantu pemeriksaan sesuai kelompok sasaran ibu hamil/menyusui, bayi, balita, dan apras, usia sekolah dan remaja, usia dewasa dan lansia					
Langkah 3 : PENCATATAN					
Ploting penimbangan	v	v	v	v	v
Ploting Tinggi Badan (TB)		v	v	v	v
Lingkar kepala		v			
Lingkar Lengan Atas	v	v		v	
Hasil memnghitung IMT			v	v	v
Kader melakukan ploting hasil penimbangan BB, pengukuran TB/PB, lingkar kepala, lingkar lengan atas bayi dan balita pada KMS, dan mencatat hasil hitung IMT pada kelompok sasaran usia sekolah dan remaja, usia dewasa dan lansia pada kartu bantu pemeriksaan sesuai kelompok sasaran usia sekolah dan remaja, usia dewasa dan lansia					
Langkah 4 : PELAYANAN KESEHATAN					
Imunisasi		v			
Vitamin A, Obat Cacing		v			
Pemberian MT Pangan Lokal untuk Pemulihan		v			
Pemeriksaan Haemoglobin			v (rematri)		
Tablet Tambah Darah	v		v (rematri)		
Rapid Tes Gula Darah			v anak ≥ 15 thn	v	v
Risiko Obesitas			v anak ≥ 15 thn	v	v
Gangguan Indera (penglihatan jari tangan dan pendengaran)			v anak ≥ 15 thn	v	v

Skrining TBC	v	v	v anak ≥ 15 thn	v	v
Skrining Penyakit Paru Obstruktif (PPOK)				V ≥ 40 thn	v
Skrining kesehatan jiwa			v ≥ 18 thn	v	v
Skrining masalah lanjut usia					v
Kader mencatat hasil pelayanan kesehatan pada kartu bantu pemeriksaan sesuai kelompok sasaran ibu hamil/menyusui, bayi, balita, dan apras, usia sekolah dan remaja, usia dewasa dan lansia					
Langkah 5 : PENYULUHAN KESEHATAN					
Penggunaan buku KIA	v	v			
Pemantauan tanda bahaya	v	v			
Isi Pringku	v Makanan lokal gizi seimbang kaya protein hewani	v Makanan lokal gizi seimbang kaya protein hewani	v		
Pemantauan pemberian PMT bagi Bumil KEK/Balita bermasalah BB	v	v			
ASI dan MP ASI		v			
Imunisasi		v			
Pemberian makanan balita dan anak		v			
Vitamin A dan obat cacing		v			
Stimulasi dan Perkembangan		v			
Aktifitas Fisik	v	v	v	v	v

Pencegahan Anemia			v (rematri)		
Germas				v	v
Risiko penyakit terbanyak (Obersitas, Hipertensi, DM, Gangguan penglihatan dan pendengaran, gangguan kesehatan jiwa, TBC)			v anak ≥ 15 thn	v	v
Rokok, NAPZA			v	v	
Keluarga Berencana	v			v	
<p>Kader mencatat edukasi yang diberikan sesuai kelompok sasaran ibu hamil/menyusui, bayi, balita, dan apras, usia sekolah dan remaja, usia dewasa dan lansia.</p> <p>Kartu bantu pemeriksaan sasaran dikumpulkan, dijadikan bahan acuan untuk validasi data dan disimpan di Posyandu. Kartu bantu pemeriksaan sasaran dapat dibawa ketika melakukan kunjungan rumah/keluarga.</p>					

Setelah memberikan pelayanan di Posyandu, kader dan tenaga kesehatan melakukan validasi data hasil pelayanan. Kegiatan ini dapat dilakukan pada hari buka Posyandu (setelah pelayanan) atau setelah hari buka Posyandu. Kegiatan yang dilakukan adalah:

- 1) Kader bersama petugas kesehatan melengkapi pencatatan, validasi, dan sinkronisasi data hasil kegiatan dengan menggunakan form pencatatan dan pelaporan yang telah ditentukan.
- 2) Menyusun rencana tindak lanjut seperti: kunjungan rumah.
- 3) Mengevaluasi hasil kegiatan dan merencanakan kegiatan posyandu pada bulan berikutnya.

7. Tugas dan Wewenang Perawat

Dalam Undang-Undang no 38 tahun 2014 tentang Keperawatan dikemukakan bahwa tugas dan wewenang perawat adalah : pemberi asuhan keperawatan, penyuluhan dan konselor bagi klien, pengelola pelayanan keperawatan, peneliti keperawatan, pelaksana tugas

berdasarkan pelimpahan wewenang, dan/atau pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

a. Pemberi Asuhan Keperawatan

Dalam pasal 30 UU no 38/2014 tentang Keperawatan ayat (1) menyebutkan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatan di bidang upaya kesehatan perorangan (UKP), Perawat berwenang :

- 1) melakukan pengkajian keperawatan secara holistik
- 2) menetapkan diagnosis keperawatan
- 3) merencanakan tindakan keperawatan
- 4) melaksanakan tindakan keperawatan
- 5) mengevaluasi hasil tindakan keperawatan
- 6) melakukan rujukan
- 7) memberikan tindakan pada keadaan gawat darurat sesuai dengan kompetensi
- 8) memberikan konsultasi keperawatan dan berkolaborasi dengan dokter
- 9) melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling
- 10) melakukan penatalaksanaan pemberian obat kepada klien sesuai dengan reset tenaga medis atau obat bebas dan obat bebas terbatas.

Selanjutnya ayat (2) menyebutkan, dalam menjalankan tugas sebagai pemberi asuhan keperawatandi bidang upaya kesehatan masyarakat (UKM), Perawat berwenang :

- 1) melakukan pengkajian keperawatan kesehatan masyarakat di tingkat keluarga dan kelompok masyarakat
- 2) menetapkan permasalahan keperawatan kesehatan masyarakat
- 3) membantu penemuan kasus penyakit
- 4) merencanakan tindakan keperawatan kesehatan masyarakat
- 5) melaksanakan tindakana keperawatan kesehatan masyarakat
- 6) melakukan rujukan kasus
- 7) mengevaluasi hasil tindakan keperawatan kesehatan masyarakat
- 8) melaksanakan pemberdayaan masyarakat
- 9) melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat
- 10) menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat
- 11) melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling

- 12) mengelola kasus, dan
 - 13) melakukan penatalaksanaan keperawatan komplementer dan alternatif
- b. Penyuluhan dan Konselor bagi klien
- Pasal 31 UU no 38/2014 tentang Keperawatan ayat (1) menyebutkan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai penyuluhan dan konselor bagi klien, Perawat berwenang :
- 1) melakukan pengkajian keperawatan secara holistik di tingkat individu dan keluarga serta di tingkat kelompok masyarakat
 - 2) melakukan pemberdayaan masyarakat
 - 3) melaksanakan advokasi dalam perawatan kesehatan masyarakat
 - 4) menjalin kemitraan dalam perawatan kesehatan masyarakat, dan
 - 5) melakukan penyuluhan kesehatan dan konseling.
- c. Pengelola Pelayanan Keperawatan
- Pasal 31 UU no 38/2014 tentang Keperawatan ayat (2) menyebutkan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai pengelola pelayanan keperawatan, Perawat berwenang:
- 1) melakukan pengkajian dan menetapkan permasalahan
 - 2) merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi pelayanan keparawatan, dan
 - 3) mengelola kasus
- d. Peneliti Keperawatan
- Pasal 31 UU no 38/2014 tentang Keperawatan ayat (3) menyebutkan bahwa dalam menjalankan tugas sebagai peneliti keperawatan, Perawat berwenang :
- 1) melakukan penelitian sesuai standar dan etika
 - 2) menggunakan sumber daya pada fasilitas pelayanan kesehatan atas izin pimpinan, dan
 - 3) menggunakan pasien sebagai subyek penelitian sesuai dengan etika profesi dan peraturan perundang-undangan.
- e. Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang
- Pasal 32 UU no 38/2014 tentang Keperawatan, menyebutkan :
- 1) Pelaksanaan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang hanya dapat diberikan secara tertulis oleh tenaga medis kepada perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis dan melakukan evaluasi pelaksanaannya.

- 2) Pelimpahan wewenang dilakukan secara delegatif atau mandat
 - 3) Pelimpahan wewenang secara delegatif untuk melakukan sesuatu tindakan medis diberikan oleh tenaga medis kepada perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab
 - 4) Pelimpahan wewenang secara delegatif hanya dapat diberikan kepada perawat profesi atau perawat vokasi terlatih yang memiliki kompetensi yang diperlukan
 - 5) Pelimpahan wewenang secara mandat diberikan oleh tenaga medis kepada perawat untuk melakukan sesuatu tindakan medis di bawah pengawasan
 - 6) Tanggung jawab atas tindakan medis pada pelimpahan wewenang mandat berada pada pemberi pelimpahan wewenang
 - 7) Dalam melaksanakan tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, perawat berwenang :
 - a) Melakukan tindakan medis yang sesuai dengan kompetensinya atas pelimpahan wewenang delegatif tenaga medis
 - b) Melakukan tindakan medis di bawah pengawasan atas pelimpahan wewenang mandat, dan
 - c) Memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan program pemerintah.
- f. Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu
- Pasal 33 UU no 38/2014 tentang Keperawatan, menyebutkan:
- 1) Pelaksanaan tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu merupakan penugasan Pemerintah yang dilaksanakan pada keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat Perawat bertugas.
 - 2) Keadaan tidak adanya tenaga medis dan/atau tenaga kefarmasian di suatu wilayah tempat Perawat bertugas ditetapkan oleh Kepala Satuan Kerja Perangkat Daerah yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan setempat.
 - 3) Pelaksanaan tugas keadaan keterbatasan tertentu dilaksanakan dengan memperhatikan kompetensi Perawat.
 - 4) Dalam melaksanakan tugas pada keadaan keterbatasan tertentu, Perawat berwenang:

- a) melakukan pengobatan untuk penyakit umum dalam hal tidak terdapat tenaga medis
- b) merujuk pasien sesuai dengan ketentuan pada sistem rujukan, dan
- c) melakukan pelayanan kefarmasian secara terbatas dalam hal tidak terdapat tenaga kefarmasian

C. Latihan

Bacalah setiap butir soal berikut ini dengan cermat dan kerjakanlah terlebih dahulu butir soal yang menurut saudara relatif lebih mudah. Selamat mengerjakan latihan ini, semoga selalu sukses.

- 1) Dalam paradigma keperawatan komunitas, keperawatan identik dengan kegiatan.....
 - A. Tiga tingkat pencegahan
 - B. Seluruh siklus hidup
 - C. Pemberian pendidikan
 - D. Pengembangan kapasitas
 - E. Kemandirian
- 2) Peran utama perawat sebagai pelaksana asuhan keperawatan
 - A. *Community At Large*
 - B. *Home Health Nursing*
 - C. *School Nursing*
 - D. *Ambulatory Service*
 - E. *Hospice Care*
- 3) Strategi intervensi dalam keperawatan komunitas, meliputi *health education, group process* dan ...
 - A. *Partnership*
 - B. *Collaboration*
 - C. *Sharing Session*
 - D. *Mutualism*
 - E. *Dinamic*
- 4) Bentuk partisipasi masyarakat dalam bidang kesehatan, yang dilaksanakan minimal sebulan sekali, untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar pada seluruh siklus hidup, adalah...

- A. Posyandu
 - B. Pobindu
 - C. Poskesrem
 - D. Polindes
 - E. Pokestren
- 5) Pelimpahan wewenang untuk melakukan sesuatu tindakan medis, yang diberikan oleh tenaga medis kepada perawat dengan disertai pelimpahan tanggung jawab, dinamakan....
- A. Delegasi
 - B. Instruksi
 - C. Mandat
 - D. Wewenang
 - E. Perintah

D. Rangkuman

Keperawatan komunitas sebagai suatu bidang keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat (*public health*) dengan melibatkan 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. Tujuan keperawatan komunitas adalah agar masyarakat mendapatkan pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya dibidang kesehatan, dan untuk mencapai hal tersebut dibutuhkan strategi intervensi keperawatan komunitas seperti pendidikan kesehatan (*health education*), proses kelompok (*group process*) dan kerjasama (*partnership*).

Bentuk keterlibatan masyarakat dapat berpartisipasi melalui posyandu yang memberikan pelayanan kesehatan dasar pada semua siklus hidup, mulai dari pelayanan kesehatan dasar bagi ibu hamil dan menyusui, bayi, balita dan usia pra sekolah, remaja, dewasa dan lanjut usia. Kader bersama tenaga kesehatan melakukan memberikan pelayanan kesehatan dasar untuk seluruh siklus.

Undang-Undang no 38 tahun 2014 tentang Keperawatan mengemukakan bahwa tugas dan wewenang perawat adalah: pemberi asuhan keperawatan, penyuluhan dan konselor bagi klien, pengelola pelayanan

keperawatan, peneliti keperawatan, pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang, dan/atau pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu.

E. Glosarium

KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
Kelbin	: Keluarga Binaan
ILP	: Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer
LKD/K	: Lembaga Kemasyarakatan Desa/Kelurahan
IMT	: Indeks Masa Tubuh
BKB	: Bina Keluarga Balita
PHC	: Primary Health Care
CHN	: Community Health Nursing
PHN	: Public Health Nursing
UKP	: Upaya Kesehatan Perorangan
UKM	: Upaya Kesehatan Masyarakat
Posyandu	: Pos Pelayanan Terpadu
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
KMS	: Kartu Menuju Sehat

F. Daftar Pustaka

- Asmadi, 2008, *Konsep Dasar Keperawatan*, EGC, Jakarta
- Harmili, Kristina A, 2021, *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*", PT. Nasya Expanding Management, Pekalongan Jawa Tengah.
- Harnilawati, 2013, *Pengantar Ilmu Kperawatan Komunitas*, Pustaka As Salam, Sulawesi Selatan.
- Kementerian Kesehatan RI, 2023, *Panduan Pengelolaan Posyandu Bidang Kesehatan*, Jakarta
- Mubarak Wahit, I, dkk, 2006, *Ilmu Keperawatan Komunitas, Konsep dan Aplikasi*, Salemba Medika, Jakarta
- Mardiana Nina, dkk, 2024, *Ilmu Keperawatan Komunitas dan Keluarga*, CV. Eureka Media Aksara, Jawa Tengah.
- Samsualan, dkk, 2023, *Keperawatan Komunitas*, CV. Eureka Media Aksara, Jawa Tengah.
- Utami, Ressa Andriyani, dkk, 2024, *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*, Mahakarya Citra Utama, Jakarta Selatan

BAB 3

KEBIJAKAN PENANGGULANGAN MASALAH KESEHATAN DAN PROGRAM-PROGRAM KESEHATANNYA

Pendahuluan

Pemerintah Indonesia telah mengimplementasikan berbagai kebijakan untuk menanggulangi masalah kesehatan di negara ini. Kebijakan ini dirancang untuk menangani berbagai tantangan kesehatan masyarakat, mulai dari penyakit menular hingga non-menular, serta isu-isu terkait akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Beberapa kebijakan utama yang diterapkan seperti Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), mulai diluncurkan pada tahun 2014, JKN adalah program asuransi kesehatan nasional yang bertujuan untuk memberikan akses layanan kesehatan yang terjangkau bagi seluruh penduduk Indonesia. Program ini dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan mencakup berbagai layanan medis dari puskesmas hingga rumah sakit. Pembangunan dan peningkatan infrastruktur kesehatan, dimana pemerintah berinvestasi dalam pembangunan rumah sakit, puskesmas, dan fasilitas kesehatan lainnya, terutama di daerah-daerah terpencil. Peningkatan infrastruktur ini bertujuan untuk memastikan bahwa layanan kesehatan dapat diakses oleh masyarakat di seluruh wilayah.

Pemerintah juga meluncurkan berbagai program vaksinasi untuk melindungi masyarakat dari penyakit menular seperti campak, polio, dan tuberkulosis. Selain itu, terdapat upaya untuk mengendalikan wabah penyakit menular seperti COVID-19 dengan melakukan pelacakan, pengujian, dan vaksinasi massal. Promosi kesehatan teur dilaksanakan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya pola hidup sehat, gizi seimbang, dan kebiasaan bersih dan sehat. Pendidikan kesehatan juga dilakukan melalui berbagai kampanye, seminar, dan penyuluhan.

Kebijakan terkait penanggulangan penyakit tidak menular (PTM), mencakup upaya untuk mencegah dan mengelola penyakit tidak menular seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung. Pemerintah meluncurkan berbagai

program skrining dan penyuluhan untuk mengurangi prevalensi PTM. Pemerintah juga mengeluarkan kebijakan dalam upaya kesehatan mental, dengan menyediakan layanan konseling, dukungan psikososial, dan program-program yang bertujuan mengurangi stigma terkait gangguan mental. Dalam pengaturan dan pengawasan obat dan makanan, Pemerintah, melalui Badan Pengawas Obat dan Makanan (BPOM), mengatur dan mengawasi peredaran obat dan makanan untuk memastikan keamanan, kualitas, dan khasiatnya. Ini termasuk penanganan masalah terkait obat-obatan ilegal atau berbahaya. Kebijakan terkait kesehatan ibu dan anak, bertujuan untuk mengurangi angka kematian ibu dan anak dengan meningkatkan akses dan kualitas layanan kesehatan maternal dan neonatal, serta memberikan dukungan untuk perawatan kesehatan selama kehamilan dan persalinan. Dalam kaitannya dengan krisis kesehatan, pemerintah mengembangkan strategi respons cepat terhadap krisis kesehatan seperti pandemik atau bencana alam, melibatkan koordinasi antara pemerintah pusat dan daerah, serta antara berbagai sektor kesehatan dan non-kesehatan.

Kebijakan-kebijakan ini diharapkan dapat membantu mengatasi berbagai tantangan kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat Indonesia. Namun, implementasinya sering kali menghadapi berbagai tantangan, termasuk masalah pendanaan, distribusi sumber daya, dan kesenjangan akses. Pemerintah terus berupaya untuk memperbaiki dan menyesuaikan kebijakan agar lebih efektif dalam memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat.

Tujuan Pembelajaran

Bab ini dirancang untuk memberikan wawasan tentang kebijakan penanggulangan masalah Kesehatan serta program kesehatannya, meliputi:

1. Latar belakang kebijakan penanggulangan dampak Global Warning, Kematian Ibu dan Anak, Penyakit Menular dan Kejadian Luar Biasa (KLB), Kebijakan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
2. Pengertian Global Warning, Kematian Ibu dan Anak, Penyakit Menular dan Kejadian Luar Biasa (KLB), Kebijakan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
3. Penyebab Global Warning, Kematian Ibu dan Anak, Penyakit Menular dan Kejadian Luar Biasa (KLB), Kebijakan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
4. Kebijakan dan strategi penanggulangan dampak Global Warning, Kematian Ibu dan Anak, Penyakit Menular dan Kejadian Luar Biasa (KLB), Kebijakan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

Capaian Pembelajaran

Setelah melaksanakan pembelajaran bab ini, mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan latar belakang kebijakan penanggulangan dampak global warning, kematian ibu dan anak, penyakit menular dan kejadian luar biasa (KLB), serta penyakit tidak menular.
2. Menjelaskan latar pengertian global warning, kematian ibu dan anak, penyakit menular dan kejadian luar biasa (KLB), serta penyakit tidak menular.
3. Menjelaskan penyebab global warning, kematian ibu dan anak, penyakit menular dan kejadian luar biasa (KLB), serta penyakit tidak menular.
4. Menjelaskan kebijakan dan strategi penanggulangan dampak global warning, kematian ibu dan anak, penyakit menular dan kejadian luar biasa (KLB), serta penyakit tidak menular.

Uraian Materi

A. Kebijakan Penanggulangan Dampak Global Warning

5. Latar Belakang

Pemanasan global disebabkan oleh berbagai faktor, baik alami maupun aktivitas manusia. Aktivitas manusia, seperti pembakaran bahan bakar fosil (minyak, gas, dan batu bara) untuk energi, menghasilkan gas rumah kaca seperti karbon dioksida (CO₂) dan metana (CH₄) yang terperangkap di atmosfer menjadikan emisi gas rumah kaca, penebangan hutan untuk pertanian, pemukiman, dan kegiatan lainnya mengurangi jumlah pohon yang dapat menyerap CO₂, sehingga meningkatkan konsentrasi gas rumah kaca di atmosfer (deforestasi), dalam praktik pertanian, terutama penggunaan pupuk nitrogen, dapat menghasilkan gas rumah kaca, termasuk nitrous oxide (N₂O), yang memiliki potensi pemanasan yang lebih tinggi daripada CO₂. Proses industri yang menghasilkan emisi gas rumah kaca dan polutan lainnya berkontribusi pada pemanasan global, ketergantungan pada energi fosil untuk transportasi, pemanasan, dan pendinginan juga meningkatkan emisi gas rumah kaca, penguraian limbah organik di tempat pembuangan sampah menghasilkan metana, gas rumah kaca yang sangat kuat.

Perubahan penggunaan lahan, dimana terjadi konversi lahan menjadi penggunaan non-hutan (seperti pertanian atau pemukiman) dapat mengganggu ekosistem dan meningkatkan emisi CO₂, serta perubahan iklim alami, seperti aktivitas vulkanik dan variasi dalam radiasi matahari, juga dapat memengaruhi suhu bumi.

Pemanasan global merupakan hal yang tidak terbantahkan lagi dan dapat menimbulkan dampak yang sangat mengerikan dan manusia sebagai biang utama pemanasan global. Emisi gas rumah kaca mengalami kenaikan 70% antara 1970-2004. Konsentrasi gas karbondioksida di atmosfer jauh lebih tinggi dari kandungan alaminya dalam 650 ribu tahun terakhir. Rata-rata temperatur global telah naik 1,3 derajat Fahrenheit (setara 0,72 derajat Celsius) dalam 100 tahun terakhir. Muka air laut naik ratarata 0,175 cm setiap tahun sejak 1961. Menurut Antara News (2007), "Sedikitnya 23 pulau tidak berpenghuni di Indonesia tenggelam dalam 10 tahun terakhir akibat pemanasan global. Diperkirakan pada 2070 sekitar 800.000 rumah yang berada di pesisir

harus dipindahkan dan sebanyak 2.000 pulau dari sekitar 18.000 pulau di Indonesia akan tenggelam akibat naiknya air laut”.

6. Pengertian

Pemanasan Global (*Global Warming*) merupakan peningkatan secara bertahap dari suhu permukaan bumi yang sebagian disebabkan oleh emisi dari zat-zat pencemar seperti karbondioksida (CO₂), metan (CH₄) dan oksida nitrat (N₂O), serta bertanggung jawab terhadap perubahan dalam pola cuaca global. Karbondioksida dan zat pencemar lainnya, berkumpul di atmosfer membentuk lapisan yang tebal menghalangi panas matahari dan menyebabkan pemanasan planet dengan efek gas rumah kaca. Pemanasan global merupakan fenomena yang kompleks, dan dampak sepenuhnya sangat sulit diprediksi. Namun, setiap tahunnya para ilmuwan makin banyak belajar tentang bagaimana pemanasan global tersebut mempengaruhi planet.

Global Warming terjadinya peningkatan suhu rata-rata permukaan bumi, hal ini disebabkan karena bumi menyerap lebih banyak energi matahari, dari pada yang dilepas kembali ke atmosfer (ruang angkasa), terjadinya peningkatan emisi gas, sehingga menimbulkan peningkatan panas bumi dan pencairan kutub es. Pemicu utamanya adalah meningkatnya emisi karbon, akibat penggunaan energi fosil (bahan bakar minyak, batu bara dan sejenisnya). Penghasil terbesar emisi zat karbon adalah negara-negara industri, hal ini karena pola konsumsi dan gaya hidup masyarakat negaranegara utara yang 10 kali lipat lebih tinggi dari penduduk negara selatan.

7. Dampak Global Warming

Jika kecenderungan pencemaran yang terjadi saat ini berlanjut, maka akan berdampak, diantaranya: 1) Peningkatan permukaan laut yang disebabkan oleh mencairnya gunung es, sehingga akan menimbulkan banjir di sekitar pantai. 2) Naiknya temperatur permukaan air laut, sehingga memicu terjadinya badai terutama di bagian tenggara Atlantik, dan 3) Rusaknya habitat seperti barisan batu karang dan pegunungan Alpen dapat menyebabkan hilangnya berbagai wilayah.

Hasil penelitian terkait mengurangi dampak perubahan iklim menyebutkan bahwa suhu permukaan bumi sebagian besar wilayah Indonesia telah meningkat antara 0,5-1 derajat celsius dibandingkan

pada temperatur rata-rata antara tahun 1951-1980, yang mana peningkatan ini terutama disebabkan oleh peningkatan gas rumah kaca.

Pemanasan global tak hanya berdampak serius pada lingkungan manusia di bumi, namun juga terhadap kesehatan. Badan Kesehatan Dunia (WHO) dalam pertemuan tahunan di Genewa mengatakan bahwa berbagai penyakit infeksi yang timbul diidentifikasi terkait dengan perubahan lingkungan hidup yang drastis. Kerusakan hutan, perluasan kota, pembukaan lahan untuk pertanian, pertambangan, serta kerusakan ekosistem di kawasan pesisir memicu munculnya kasus lama maupun baru. Berbagai penyakit yang ditimbulkan parasit juga meningkat terutama di wilayah yang sering mengalami kekeringan dan banjir. Beberapa fakta yang telah ditemukan oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) dari tahun ke tahun diantaranya sebagai berikut:

- b. Suhu yang lebih panas juga berpengaruh pada produksi makanan, ketersediaan air dan penyebaran vector penyakit. Badan Kesehatan Dunia (WHO) memperingatkan bahwa pemanasan global (global warming) akan banyak berdampak bagi kesehatan masyarakat dan lingkungan.
- c. Perubahan temperatur dan curah hujan yang ditimbulkan memberikan kesempatan berbagai macam dan bakteri penyakit tumbuh lebih luas. WHO mengatakan, selain virus dan bakteri penyakit berkembang pesat, secara tidak langsung pemanasan global juga dapat menimbulkan kekeringan maupun banjir.
- d. Kekeringan mengakibatkan penurunan status gizi masyarakat karena panen yang terganggu, banjir menyebabkan meluasnya penyakit diare serta Leptospirosis.
- e. Kebakaran hutan, dapat mengusik ekosistem bumi, menghasilkan gas-gas rumah kaca yang menimbulkan pemanasan global. Sedangkan asap hitamnya mengganggu secara tidak langsung kehidupan manusia, asap yang mengandung debu halus dan berbagai karbon dioksida itu menyebabkan gangguan pernapasan dan terinfeksi saluran pernapasan akut (ISPA), mulai asma, bronchitis hingga paru obstruktif kronis (COPD). Asap tersebut juga membawa racun dioksin yang bisa menimbulkan kanker paru dan gangguan kehamilan serta kemandulan pada wanita.

- f. Pada suhu panas manusia rentan sakit ISPA, meningkatnya penyakit menular (Malaria, Demam berdarah, Chikungunya, penyakit yang ditularkan melalui udara dan air), terjadinya konflik psikologi (stres), penyakit lama timbul kembali, seperti penyakit malaria, penyakit bawaan, penyakit jantung, penyakit paru-paru.
- g. Dampak pemanasan global juga mempengaruhi penipisan ozon antara lain meningkatnya intensitas sinar ultraviolet yang mencapai permukaan bumi menyebabkan gangguan terhadap kesehatan, seperti kanker kulit, katarak, penurunan daya tahan tubuh, dan pertumbuhan mutasi genetik, memperburuk penyakit-penyakit umum asma dan alergi. Meningkatkan kasus-kasus baru, kematian yang disebabkan penyakit jantung dan stroke serta gangguan jantung dan pembuluh darah.
- h. Pemanasan global juga menyebabkan musim penyerbukan berlangsung lebih lama sehingga meningkatkan resiko munculnya penyakit yang ditimbulkan oleh kutu di wilayah Eropa Utara. Penyakit lain yang teridentifikasi adalah lyme, yang disebabkan oleh semacam bakteri di Amerika Utara, Eropa, dan Asia. Gejalanya berupa sakit kepala, kejang, dan nyeri sendi. Penyakit itu berpindah melalui gigitan sejenis kutu rusa yang telah terinfeksi lyme. Bakteri yang sama juga banyak ditemukan pada tikus. Dampak lain yang terasa adalah nyamuk-nyamuk semakin semakin berkembang biak terutama di Afrika dan Asia. Dua penyakit serius akibat gigitan nyamuk, yaitu malaria dan demam berdarah dengue, sangat sensitif terhadap perubahan iklim. Indonesia sudah merasakannya langsung, yakni tingginya angka pada korban yang menderita demam berdarah. Pemanasan global mengakibatkan perkawinan dan pertumbuhan nyamuk dari telur menjadi larva dan nyamuk dewasa akan dipersingkat, sehingga jumlah populasi akan cepat sekali naik.

Keterkaitan pemanasan global dengan peningkatan vektor demam berdarah ini dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Udara panas dan lembab itu paling cocok buat nyamuk malaria (*Anopheles*), dan nyamuk demam berdarah (*Aedes aegypti*). Dulu, jenis kedua nyamuk penebar maut ini lebih sering muncul di musim pancaroba, transisi antara musim hujan dan kemarau.

- b. Kini rentang waktu serangan kedua serangga itu hampir di sepanjang tahun. Udara panas dan lembab berlangsung sepanjang tahun, ditambah dengan pencegahan buruk yang selalu menyediakan genangan air bening untuk bertelur. Maka kini virus malaria yang dibawa Anopheles dan virus dengue yang dibawa nyamuk Aedes aegypti dapat menyerang sewaktu-waktu secara ganas.
- c. Akibat pemanasan global, siklus inkubasi ekstrinsik virus penyebab Demam Berdarah Dengue (DBD) di tubuh nyamuk Aedes aegypti dan siklus ekstrinsik virus penyebab Malaria di tubuh nyamuk Anopheles menjadi lebih pendek dan masa pertumbuhan kuman lebih singkat. Populasi mereka lebih mudah meledak.
- d. Beberapa penyakit akibat pemanasan global: Diare, Chikungunya, DBD, Radang Otak, Elefantiasis, ISPA, Ebola, penyakit wabah baru seperti Flu Burung dan Leptospirosis.

8. Strategi Penanggulangan

Persoalan dampak pemanasan global pada saat ini memang mulai menjadi bahan kajian, karena gejala dan akibatnya kurang lebih menjadi kenyataan. Tanpa perhatian dan tindakan untuk menanggulangi dampak pemanasan global, sangat mungkin terjadi bencana yang mengancam umat manusia. Mengingat bahwa upaya mitigasi dampak pemanasan global tidak dapat dipisahkan, namun melibatkan banyak hal yang membutuhkan pemikiran dan solusi bersama, maka upaya mitigasi dampak pemanasan global dituangkan dalam aksi dan gerakan. Aksi ini merupakan upaya tanggap darurat untuk menjaga lingkungan. Gerakan merupakan ajakan atau ajakan untuk mengatasi dampak pemanasan global secara bersama-sama. Upaya mitigasi dampak pemanasan global dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Tindakan Teknis
 - a) Pemanfaatan Limbah Menjadi Pupuk Organik

Salah satu upaya penanggulangan dampak pemanasan global adalah:

 - a) Pemanfaatan limbah organik menjadi pupuk organik harus dilakukan dengan proses pembakaran.
 - b) Pupuk organik yang dihasilkan dapat digunakan untuk pemupukan sayur-sayuran, buah-buahan dan tanaman lainnya.

c) Pemakaian pupuk organik jauh lebih baik daripada pupuk kimia (an-organik).

b) Penghijauan Lahan Gundul

Penghijauan lahan gundul adalah bagian dari usaha pelestarian alam yang telah rusak akibat ulah manusia. Penghijauan lahan gundul diharapkan dapat mengurangi bencana yang diakibatkan oleh pemanasan global. Penghijauan lahan gundul berdampak antara lain pada:

a) Mengurangi bencana tanah longsor.

b) Menahan dan menyeimbangkan permukaan air tanah.

c) Menaikkan kadar oksigen dalam udara lingkungan.

c) Mengurangi Pemakaian Energi Bumi dan Rumah Kaca

Mengurangi pemakaian energi bumi dan rumah kaca adalah satu bentuk penanggulangan yang harus diterapkan oleh semua negara untuk mengurangi dampak akan pemanasan global, contoh di Indonesia saja khususnya wilayah DKI Jakarta seperti pemakaian kendaraan semakin meningkat, otomatis pemakaian energi minyak bumi pun juga semakin meningkat, pabrik-pabrik, pemakaian rumah kaca di setiap gedung bertingkat dan sebagainya. Hal ini di sebabkan oleh perkembangan zaman.

b. Tindakan Non Teknis.

Tindakan non teknis adalah menegakkan pelaksanaan peraturan perundang-udangan yang berkaitan dengan masalah lingkungan hidup. Apabila peraturan perundang-undangan yang berkaitan dengan masalah lingkungan hidup dapat dilaksanakan dengan baik, tentu akan meningkatkan kualitas lingkungan hidup yang baik pula. Akibatnya, berpengaruh juga terhadap lapisan ozon dan lapisan atmosfer bumi, yaitu tidak lagi mengandung lapisan gas rumah kaca. Menjaga agar tidak terjadi kerusakan lapisan ozon dan juga pencemaran udara berupa pelepas gas rumah kaca, berarti bahwa segala kegiatan pembangunan harus berdasarkan Konsep Pembangunan Berwawasan Lingkungan (PBL).

Kosep pembangunan yang berwawasan lingkungan ini sesuai dengan diberlakukannya UU No. 4/1982 tentang ketentuan-ketentuan pokok pengelolaan lingkungan hidup dan PP No.29/1986 tentang Analisis Mengenai Dampak Lingkungan (AMDAL). UU

No.4/1982 dalam perlaksanaan perlu disempurnakan lagi, sehingga UU tersebut diperbaiki dan ditingkatkan lagi dengan UU No. 23/1997 tentang Pengelolaan Lingkungan Hidup.

Berdasarkan hal ini, pengelola lingkungan harus mencakup hal-hal berikut:

- 1) Terwujudnya keharmonisan hubungan antara manusia dan lingkungan dengan tujuan membangun manusia Indonesia seutuhnya.
- 2) Mengontrol penggunaan sumber daya alam secara baik dan bijaksana agar pemanfaatannya benar-benar dirasakan sebagai peningkatan kesejahteraan bagi seluruh rakyat Indonesia.
- 3) Menyadari bahwa bangsa Indonesia adalah pembina lingkungan agar pembangunan berwawasan lingkungan dapat tercapai untuk kepentingan generasi sekarang dan mendatang.
- 4) Melindungi negara terhadap dampak kegiatan di luar wilayah negara yang menimbulkan kerusakan dan pencemaran lingkungan hidup. Sebaliknya, jangan sampai Indonesia menjadi penyebab kerusakan dan pencemaran lingkungan bagi negara lain.

c. Gerakan Nasional

Gerakan nasional menghentikan pemanasan global harus segera dimulai agar dampak yang sangat serius tidak terjadi. Agar gerakan nasional ini dapat direspon secara serentak oleh seluruh lapisan masyarakat, maka harus diprakarsai dan dicontohkan oleh pemerintah. Pemerintah sebagai penggerak gerakan nasional ini harus memberikan contoh program yang dapat dirasakan dampaknya oleh masyarakat dalam waktu yang relatif singkat. Misalnya, pemeriksaan, pemantauan dan pengendalian emisi dari kendaraan bermotor harus dilaksanakan secara ketat dan sistematis untuk meminimalkan dan menghindari pencemaran udara ambien. Jika dilakukan dengan baik, udara bersih dapat segera menjadi kenyataan dan masyarakat akan diuntungkan dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya pengujian, pemantauan dan pengendalian emisi kendaraan bermotor dapat dipatuhi secara sukarela oleh seluruh lapisan masyarakat.

B. Kebijakan Penanggulangan Kematian Ibu dan Anak

1. Latar Belakang

Sejak berlakunya SDGs, upaya penurunan AKI masih menjadi perhatian khusus di dunia. Salah satu perubahan mendasar yang dibawa oleh SDGs adalah prinsip “tidak ada seorang pun yang ditinggalkan”. Artinya cakupan target dan pelayanan dalam era SDGs lebih menyeluruh (100%) bila dibandingkan saat era MDGs yang hanya setengahnya (50%). Mengingat banyaknya aspek yang ada dalam SDGs dan informasi yang terlalu sedikit terkait SDGs di Indonesia, maka dibuatlah “Panduan SDGs untuk Pemerintah Daerah (Kota dan Kabupaten) dan Pemangku Kepentingan Daerah”. Panduan ini menyajikan penjelasan mengenai SDGs, peranan pemerintah daerah, pengalaman dan pembelajaran dari pelaksanaan MDGs, serta upaya-upaya yang diperlukan untuk memulai pelaksanaan SDGs untuk kurun 2015-2030.

Tingkat kematian anak secara global menurun, namun angka rata-rata tersebut menutupi kesenjangan yang terus-menerus dan mengakar di antara populasi anak-anak yang rentan. Seorang anak yang lahir di Afrika Sub-Sahara rata-rata mempunyai kemungkinan meninggal sebelum mencapai usia 5 tahun rata-rata 18 kali lebih besar dibandingkan anak yang lahir di wilayah Australia dan Selandia Baru, sedangkan risiko kematian pada anak di bawah usia 5 tahun di negara dengan angka kematian tertinggi adalah 80 kali lipat dibandingkan negara dengan angka kematian terendah. Ketika anak-anak dilahirkan di rumah tangga miskin atau di lingkungan yang rentan dan terkena dampak konflik, peluang mereka untuk bertahan hidup akan menurun. Selanjutnya anda akan diajak berpikir tentang mengapa penting memahami kematian ibu dan anak serta berkontribusi dan mengupayakan menurunkan angka kematian tersebut melalui kualitas pelayanan kesehatan dan keperawatan, menjelaskan bagaimana menghindari kematian pada ibu dan anak dalam berbagai tatanan, serta menguraikan bagaimana meningkatkan status kesehatan mereka melalui pengendalian faktor-faktor penyebab tingginya angka kematian pada ibu dan anak tersebut.

2. Pengertian

a. Pengertian kematian Ibu

Menurut WHO (2015) “kematian maternal atau kematian ibu adalah kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan atau dalam 42 hari

setelah kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan oleh apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau yang diperberat oleh kehamilan tersebut atau penanganannya, akan tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan. Kematian ibu umumnya diukur melalui Angka Kematian Ibu (Maternal Mortality Rate) yang mengacu pada jumlah kematian terkait kehamilan dalam satu tahun dibagi dengan jumlah wanita usia subur (biasanya 15 hingga 49 tahun) yang masih hidup pada tahun tersebut.

$$AKI/MMR = \frac{\sum \text{Kematian Ibu}}{\sum \text{Kelahiran Hidup}} \times K$$

Dimana:

- Jumlah Kematian Ibu yang dimaksud adalah banyaknya kematian ibu yang disebabkan karena kehamilan, persalinan sampai 42 hari setelah melahirkan, pada tahun tertentu di wilayah tertentu.
- Jumlah Kelahiran Hidup adalah banyaknya bayi yang lahir hidup pada tahun tertentu di wilayah tertentu.
- Konstanta adalah bilangan tetap, yaitu 100.000 bayi kelahiran hidup (KH) WHO (2019) menyebutkan kematian Ibu didunia yaitu sebanyak 303.000 jiwa. Angka Kematian Ibu (AKI) di ASEAN yaitu sebesar 235 per 100.000 kelahiran hidup. Secara umum terjadi penurunan AKI di Indonesia selama periode 2010-2015 dari 346 menjadi 305 per 100.000 kelahiran hidup dari target pada 2024 adalah 232 per 100.000 kelahiran hidup, terhitung sebanyak 14.640 kasus kematian ibu dengan 4.999 kasus kematian dilaporkan dan 9.641 kasus tidak dilaporkan (Kemenkes RI, 2019). Manfaat diketahuinya Angka Kematian Ibu adalah mencerminkan risiko yang dihadapai ibu-ibu selama hamil, melahirkan dan nifas yang dipengaruhi oleh: 1) Keadaan sosial ekonomi dan kesehatan yang kurang baik menjalang kehamilan, 2) Kejadian baerbagai komplikasi pada kehamilan dan kelahiran dan 3) Tersedia dan penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan termasuk pelayanan pre natal dan obstetri.

b. Pengertian kematian Anak

Kematian Anak (*Child Mortality*) adalah kematian yang terjadi pada anak sebelum usia lima tahun. *Child Mortality* dikelompokan menjadi

empat, yaitu kematian perinatal, kematian neonatal, kematian bayi dan kematian balita.

1) Kematian Perinatal

Kematian Perinatal (*Perinatal Mortality Rate/PMR*) adalah banyaknya kelahiran mati (kematian janin setelah kehamilan tujuh bulan atau lebih) dan kematian neonatal dini bayi usia 0-6 hari pada suatu periode per 1.000 kelahiran mati dan kelahiran hidup pada periode yang sama.

$$AKP/PMR = \frac{\sum \text{Kematian Janin} + \sum \text{Kematian Bayi} < 7 \text{ hari}}{\sum \text{Kematian Bayi Hidup} + \text{Mati}} \times K$$

Dimana:

- Jumlah kematian Janin yang dilahirkan pada kehamilan 28 minggu atau lebih ditambah jumlah kematian bayi usia kurang dari 7 hari yang dicatat selama 1 tahun
- Dibagi jumlah bayi lahir hidup ditambah bayi lahir mati pada tahun yang sama
- Konstanta adalah bilangan tetap, yaitu 1.000
- Contoh: hasil SDKI 2017 menunjukkan bahwa angka kematian perinatal 21, artinya, terdapat 21 kelahiran mati dan bayi berumur 0-7 hari per 1.000 kelahiran mati dan kelahiran hidup di Indonesia.

2) Kematian Neonatal

Kematian Neonatal (*Neonatal Mortality Rate/NMR*) adalah banyaknya kematian bayi usia 0-27 bulan pada suatu periode per 1.000 kelahiran hidup pada periode yang sama.

$$AKN/NMR = \frac{\sum \text{Kematian Bayi (0-27 hari)}}{\sum \text{Kehirhan Hidup}} \times K$$

Dimana:

- Jumlah kematian bayi usia 0 - 27 hari (< 28 hari) yang dicatat selama periode/tahun tertentu
- Dibagi jumlah bayi lahir hidup pada periode/tahun yang sama

- Konstanta adalah bilangan tetap, yaitu 1.000
- Contoh: Jumlah kematian bayi kurang dari 28 hari tahun 2020 tercatat 560 bayi, jumlah kelahiran hidup tahun tersebut sebanyak 20.000 bayi. Maka NMR adalah $560/20.000 \times 1.000 = 28$. Artinya dari 1000 bayi lahir hidup 28 bayi tidak dapat mencapai usia satu bulan.

3) Kematian Bayi

Kematian Bayi (*Infant Mortality Rate/IMR*) adalah banyaknya kematian bayi dibawah usia 1 tahun pada suatu periode per 1.000 kelahiran hidup pada periode yang sama.

$$AKN/NMR = \frac{\sum \text{Kematian Bayi}}{\sum \text{Kelahiran Hidup}} \times K$$

Dimana:

- Jumlah kematian bayi usia kurang dari 1 tahun yang dicatat selama periode/tahun tertentu
- Dibagi jumlah bayi lahir hidup pada periode/tahun yang sama
- Konstanta adalah bilangan tetap, yaitu 1.000
- Contoh: Jumlah bayi di suatu wilayah yang berusia dibawah 1 tahun yang mati 98 bayi, dan jumlah kelahiran hidup pada tahun tersebut sebanyak 1.000 bayi. Maka AKB/IMR adalah $98/1.000 \times 1.000 = 28$. Artinya dari 1.000 bayi lahir hidup di wilayah tersebut, 28 bayi tidak dapat merayakan ulang tahun pertama mereka.

4) Kematian Anak/Balita

Kematian Anak/Balita (*Under Five Mortality Rate* atau *Child Mortality Rate*) adalah banyaknya kematian anak usia 1–4 tahun pada suatu periode per 1.000 kelahiran hidup pada periode yang sama.

$$AKBa/UFMR/CMR = \frac{\sum \text{Kematian Balita}}{\sum \text{Kelahiran Hidup}} \times K$$

Dimana:

- Jumlah kematian anak usia 1 - 4 tahun yang dicatat selama periode/tahun tertentu

- Dibagi jumlah anak 1 – 4 tahun pada periode/tahun yang sama
- Konstanta adalah bilangan tetap, yaitu 1.000
- Contoh: Jumlah kematian anak balita pada tahun 1995: 2000 anak, dan jumlah seluruh anak balita tahun tersebut 50.000 balita. Maka AKBa/UFMR/CMR adalah $2.000/50.000 \times 1.000 = 40$. Artinya dari 1.000 balita di wilayah tersebut, terdapat 40 balita meninggal.

3. Penyebab

a. Penyebab kematian ibu

Penyebab kematian ibu dapat dibedakan menjadi dua kategori, yaitu :

1) Secara Obstetri (penyebab langsung)

Penyebab kematian ibu secara obstetri adalah kematian akibat penyulit atau penyakit yang timbul pada ibu baik pada masa kehamilan, persalinan dan masa nifas. Komplikasi obstetri merupakan determinan dekat atau penyebab langsung dari kematian ibu. Berikut yang termasuk penyebab kematian secara obstetri adalah:

a) Perdarahan

Perdarahan adalah keluarnya darah dari pembuluh darah yang terluka. Perdarahan dapat disebabkan oleh faktor lokal dan sistemik. Perdarahan yang dapat menyebabkan kematian ibu antara lain: perdarahan karena abortus, perdarahan ektopik terganggu, perdarahan ante partum, dan perdarahan post partum.

b) Pre Eklamsia/Eklamsia

Pre-eklamsia adalah tekanan darah tinggi yang disertai dengan proteinuria (protein dalam kemih) atau edema (penimbunan cairan) yang terjadi pada kehamilan 20 minggu sampai akhir minggu pertama setelah persalinan. Kelanjutan pre-eklamsia berat menjadi eklamsia dengan tambahan gejala kejang dan/atau koma.

c) Infeksi

Infeksi yang terjadi pada masa kehamilan, selama persalinan (inpartu) maupun masa nifas. Keadaan infeksi ini

berbahaya karena dapat mengakibatkan sepsis sampai kematian.

d) Emboli Air Ketuban

Embolai air ketuban adalah suatu kondisi ketika cairan amnion masuk kedalam sirkulasi maternal dan selanjutnya memasuki pembuluh kapiler pulmonal.

2) Secara Non Obstetri (penyebab tidak langsung)

Kematian non obstetri adalah kematian ibu yang disebabkan oleh suatu penyakit yang sudah diderita sebelum kehamilan atau persalinan yang berkembang dan bertambah berat yang tidak berkaitan dengan penyebab obstetri langsung. Kematian obstetri tidak langsung ini misalnya disebabkan oleh penyakit jantung, hipertensi, hepatitis, malaria, tuberkulosis, HIV/AIDS, diabetes mellitus dan lain-lain.

b. Penyebab kematian perinatal

Perinatal merupakan periode yang paling besar risiko kematiannya bagi manusia adalah periode perinatal dan periode setelah usia 60 tahun. Angka kematian perinatal digunakan untuk menggambarkan kesehatan ibu hamil dan bayi. Evaluasi terhadap kematian anak dalam beberapa hari atau beberapa jam bahkan beberapa menit setelah lahir merupakan hal yang penting agar kematian dan kesakitan yang seharusnya tidak perlu terjadi dalam periode tersebut bisa dicegah. Faktor yang mempengaruhi tinggi rendahnya PMR adalah : Bayi BBLR, Status gizi ibu dan bayi, Keadaan sosial ekonomi, Penyakit infeksi, terutama ISPA, dan Pertolongan persalinan

c. Penyebab kematian neonatal

Angka kematian neonatal menunjukkan buruknya perawatan neonatal, berat badan lahir rendah, infeksi (terutama ISPA), kurangnya sarana dan prasarana Kesehatan, pertolongan persalinan tidak aman serta adanya cidera, prematur dan cacat lahir. Penyebab terjadinya kematian neonatal (0-28 Hari) adalah: BBLR, Asfiksia, Tetanus Neonatorum, Sepsis, Kelainan Bawaan, lain-lain.

d. Penyebab Kematian Post Neonatal (29 hari-11 bulan)

Pneumonia, Diare, Malaria, Tetanus, Kelainan Saraf, Kelainan Saluran Cerna, dan lain-lain.

e. Penyebab kematian bayi

Angka kematian bayi (Infant Mortality Rate/IMR) dijadikan sebagai indikator yang sensitif terhadap derajat kesehatan masyarakat. Tiga faktor utama yang menyebabkan kematian bayi di Indonesia tinggi di antaranya: berat badan bayi rendah sejak lahir, asfiksia, dan faktor genetik.

f. Penyebab kematian balita.

Secara global, penyakit menular, termasuk infeksi pernafasan akut, diare dan malaria, serta komplikasi kelahiran prematur, asfiksia saat lahir dan trauma serta kelainan bawaan masih menjadi penyebab utama kematian anak di bawah usia lima tahun (balita).

4. Kebijakan dan Strategi Penanggulangan

a. Kebijakan dan Strategi Penanggulangan Kematian Ibu

Kebijakan atau strategi pemerintah dalam percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI) tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual.

Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan masa sebelum hamil dilakukan untuk mempersiapkan kehamilan dan persalinan yang sehat dan selamat serta memperoleh bayi yang sehat.
- 2) Kegiatan pelayanan kesehatan masa sebelum hamil dilakukan melalui: pemberian komunikasi, informasi dan edukasi; pelayanan konseling; pelayanan skrining kesehatan; pemberian imunisasi; pemberian suplementasi gizi; pelayanan medis; dan/atau pelayanan kesehatan lainnya.

Pelayanan Kesehatan Masa Hamil, meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan masa hamil bertujuan untuk memenuhi hak setiap ibu hamil memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas sehingga mampu menjalani kehamilan dengan sehat, bersalin dengan selamat, dan melahirkan bayi yang sehat dan berkualitas.
- 2) Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan sejak terjadinya masa konsepsi hingga sebelum mulainya proses persalinan.

- 3) Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan paling sedikit 6 (enam) kali selama masa kehamilan meliputi:
 - a) 1 (satu) kali pada trimester pertama;
 - b) 2 (dua) kali pada trimester kedua; dan
 - c) 3 (tiga) kali pada trimester ketiga.

Pelayanan kesehatan masa hamil (pelayanan antenatal) sesuai dengan standar, meliputi:

- 1) pengukuran berat badan dan tinggi badan;
- 2) pengukuran tekanan darah;
- 3) pengukuran lingkar lengan atas (LiLA);
- 4) pengukuran tinggi puncak rahim (fundus uteri);
- 5) penentuan presentasi janin dan denyut jantung janin;
- 6) pemberian imunisasi sesuai dengan status imunisasi;
- 7) pemberian tablet tambah darah minimal 90 (sembilan puluh) tablet;
- 8) tes laboratorium;
- 9) tata laksana/penanganan kasus; dan
- 10) temu wicara (konseling) dan penilaian kesehatan jiwa.

Pelayanan Kesehatan Persalinan, meliputi:

- 1) Persalinan dilakukan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- 2) Persalinan dilakukan oleh tim paling sedikit 1 (satu) orang tenaga medis dan 2 (dua) orang tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan. Tim terdiri dari: dokter, bidan, dan perawat; atau dokter dan 2 (dua) bidan.
- 3) Dalam hal terdapat keterbatasan akses persalinan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan persalinan tanpa komplikasi dapat dilakukan oleh tim paling sedikit 2 (dua) orang tenaga kesehatan.

Pelayanan Kesehatan Masa Sesudah Melahirkan, meliputi:

- 1) Pelayanan kesehatan bagi ibu
- 2) pelayanan kesehatan bagi bayi baru lahir
- 3) pelayanan kesehatan bagi bayi dan anak.

Pelayanan Kesehatan bagi ibu dilakukan paling sedikit 4 (empat) kali yang meliputi:

- 1) 1 (satu) kali pada periode 6 (enam) jam sampai dengan 2 (dua) hari pasca persalinan;

- 2) 1 (satu) kali pada periode 3 (tiga) hari sampai dengan 7 (tujuh) hari pasca persalinan;
- 3) 1 (satu) kali pada periode 8 (delapan) hari sampai dengan 28 (dua puluh delapan) hari pasca persalinan; dan
- 4) 1 (satu) kali pada periode 29 (dua puluh sembilan) hari sampai dengan 42 (empat puluh dua) hari pasca persalinan.

Pelayanan kesehatan bagi ibu meliputi:

- 1) pemeriksaan dan tata laksana menggunakan algoritma tata laksana terpadu masa nifas;
- 2) identifikasi risiko dan komplikasi;
- 3) penanganan risiko dan komplikasi;
- 4) konseling; dan
- 5) pencatatan pada buku kesehatan ibu dan anak, kohort ibu dan kartu ibu/rekam medis.

Dalam upaya akcelerasi penurunan AKI (angka kematian ibu) berbarengan dengan AKB (angka kematian bayi) dilaksanakan upaya-upaya kesehatan yang berfokus pada Pos Pelayanan Terpadu/Masyarakat, Puskesmas/FKTP dan Rumah Sakit.

- 1) Posyandu/Masyarakat dilakukan upaya sebagai berikut:
 - a) Edukasi KIA dan Gizi
 - b) Pencegahan koplikasi persalinan
 - c) Puskesmas PONED dan setiap kota memiliki minimal 1 RTK (Rumah Tunggu Kelahiran)

Target yang diharapkan tercapai: 100% ibu hamil memiliki dan menggunakan buku KIA dan 100% kabupaten/kota memiliki RTK

- 2) Puskesmas/FKTP dilakukan upaya sebagai berikut :
 - a) Meningkatkan kapasitas puskesmas PONED
 - b) Setiap FKTP memberikan tatalaksana bayi atau balita sakit sesuai standar
 - c) Peningkatan kapasitas dokter umum dan bidan dalam pelayanan KIA pada Kabupaten kota

Target yang diharapkan tercapai: 100% ANC berkualitas, 100% Puskesmas rawat inap mampu PONED, 100% bayi/balita sakit dilayani, dan semua Puskesmas Rawat Inap (dokter dan bidan ditingkatkan kompetensinya dalam pelayanan KIA)

- 3) Rumah Sakit dilakukan upaya sebagai berikut :

- a) Rumah Sakit yang melayani persalinan adalah RS PONEK
 - b) Ketersediaan Unit Transfusi darah (UTD)/Bank Darah Rumah Sakit (BDRS) di Kabupaten Kota
 - c) Pendampingan RSUD Kabupaten Kota
- Target yang diharapkan tercapai: 100% RS Kabupaten/Kota mampu PONEK dan tatalaksana bayi/balita sakit berat dan 100% UTD/BD RS di Kabupaten/Kota

5. Kebijakan dan Strategi Penanggulangan Kematian Anak

Kebijakan pemerintah untuk mengatasi kematian perinatal, neonatal, bayi dan balita tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial dan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak

a. Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial

Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial dilakukan terhadap Bayi Baru Lahir, meliputi

- 1) Tatalaksana Bayi Baru Lahir: pada saat lahir 0 (nol) sampai 6 (enam) jam. Dilaksanakan dalam ruangan yang sama dengan ibunya atau rawat gabung (*rooming in*), meliputi :
 - a) Menjaga Bayi tetap hangat;
 - b) Inisiasi menyusu dini;
 - c) Pemotongan dan perawatan tali pusat;
 - d) Pemberian suntikan vitamin K1;
 - e) Pemberian salep mata antibiotik;
 - f) Pemberian imunisasi hepatitis B0;
 - g) Pemeriksaan fisik Bayi Baru Lahir;
 - h) Pemantauan tanda bahaya;
 - i) Penanganan asfiksia Bayi Baru Lahir;
 - j) Pemberian tanda identitas diri; dan
 - k) Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.
- 2) Tatalaksana bayi baru lahir: setelah lahir 6 (enam) jam sampai 28 (dua puluh delapan) hari, dilakukan paling sedikit 3 (tiga) kali kunjungan, yang meliputi:
 - 1) 1 (satu) kali pada umur 6-48 jam;

- 2) 1 (satu) kali pada umur 3-7 hari; dan
- 3) 1 (satu) kali pada umur 8-28 hari.

Yaitu:

- (1) Menjaga bayi tetap hangat;
- (2) Perawatan tali pusat;
- (3) Pemeriksaan bayi baru lahir;
- (4) Perawatan dengan metode kanguru pada bayi berat lahir rendah;
- (5) Pemeriksaan status vitamin k1 profilaksis dan imunisasi;
- (6) Penanganan bayi baru lahir sakit dan kelainan bawaan;
- (7) Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu

b. Pelayanan Bayi dan Balita

- 1) Dalam kaitan pembahanan upaya kesehatan, di batasi pada usia anak bawah lima tahun (bayi dan balita)
- 2) Pelayanan kesehatan Bayi dan Anak Balita ditujukan untuk meningkatkan kelangsungan dan kualitas hidup Bayi dan Anak Balita, melalui :
 - a) Pemberian ASI Eksklusif hingga usia 6 bulan;
 - b) Pemberian ASI hingga 2 (dua) tahun;
 - c) Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI) mulai usia 6 (enam) bulan sampai 24 (dua puluh empat) bulan.
 - d) Pemberian imunisasi dasar lengkap bagi Bayi;
 - e) Pemberian imunisasi lanjutan DPT/HB/Hib pada anak usia 18 bulan dan imunisasi campak pada anak usia 24 bulan;
 - f) Pemberian Vitamin A, dilakukan satu kali untuk anak usia 6 (enam) bulan sampai 11 (sebelas) bulan dan 2 (dua) kali dalam setahun untuk anak usia 12 (dua belas) bulan sampai 60 (enam puluh) bulan.
 - g) Upaya pola mengasuh Anak, melalui pemberian konseling kepada orang tua atau pelayanan oleh petugas Taman Pengasuhan Anak (TPA), Pendidikan Anak Usia Dini (PAUD), Bina Kesehatan Balita (BKB), dan Posyandu pada anak usia 0 (nol) sampai 72 bulan.

- h) Pemantauan pertumbuhan; dilakukan pada anak usia 0 (nol) sampai 72 (tujuh puluh dua) bulan melalui penimbangan berat badan setiap bulan dan pengukuran tinggi badan setiap 3 (tiga) bulan serta pengukuran lingkar kepala sesuai jadwal.
- i) Pemantauan perkembangan; dilakukan melalui kegiatan stimulasi, deteksi dini dan intervensi dini tumbuh kembang setiap 3 (tiga) bulan pada anak usia 0 (nol) sampai 12 bulan dan setiap 6 (enam) bulan pada anak usia 12 (dua belas) sampai 72 bulan.
- j) Pemantauan gangguan tumbuh kembang yang diarahkan untuk meningkatkan kesehatan fisik, kognitif, mental, dan psikososial anak, melalui: stimulasi yang memadai; deteksi dini penyimpangan tumbuh kembang; dan intervensi dini penyimpangan tumbuh kembang
- k) Manajemen terpadu balita sakit (MTBS) yang dilaksanakan oleh Perawat dan Bidan terlatih.
- l) Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani dalam kondisi stabil, tepat waktu ke fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih mampu.

C. Kebijakan Penanggulangan Penyakit Menular dan KLB

Penanggulangan Penyakit Menular

1. Latar Belakang

Penyakit Menular adalah penyakit yang disebut juga infeksi yang dapat menular ke manusia dimana disebabkan oleh agen biologi, antara lain virus, bakteri, jamur, dan parasit; bukan disebabkan faktor fisik atau kimia; penularan bisa langsung atau melalui media atau vektor dan binatang pembawa penyakit. Penyakit Menular masih menjadi sorotan bagi Indonesia, untuk itu pemerintah harus tetap waspada dengan ancaman penyakit menular. Meskipun 69,91% trend penyakit saat ini adalah penyakit tidak menular, namun kita harus waspada dengan penyakit menular yang mengancam kesehatan masyarakat. Data Riskesdas 2018, prevalensi TB Paru Nasional sebesar 0,4%, sedangkan untuk prevalensi Malaria Nasional sebesar 0,4%. Indonesia juga masih memiliki tantangan dari kasus HIV yang terus meningkat setiap tahunnya. Tak hanya itu, ancaman pada penyakit infeksi juga muncul dari beberapa

penyakit infeksi yang dapat menimbulkan pandemi antara lain SARS, Poliomyelitis, H1N1, Ebola, MERS-CoV, Difteri serta TB RO.

Penyakit menular masih menjadi masalah besar kesehatan masyarakat yang dapat menimbulkan kesakitan, kematian, dan kecacatan yang tinggi sehingga perlu dilakukan penyelenggaraan penanggulangan melalui upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan yang efektif dan efisien. Penyakit menular bisa menjadi wabah, yakni kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari pada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka. COVID-19 yang disebabkan oleh penularan dan infeksi Virus SARSCoV2 merupakan contoh penyakit menular yang telah menjadi wabah bahkan pandemi yang melanda hampir seluruh penjuru dunia.

Penyakit menular memang merupakan masalah kesehatan penting, sejak dulu dan juga sampai kini. Sustainable Development Goals (SDGs) juga sudah menggariskan di goal 3 kehidupan sehat dan sejahtera, yang jabarannya ialah menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan seluruh penduduk semua usia. Untuk penyakit menular, secara jelas tercantum dalam target yang isinya pada 2030, mengakhiri epidemi AIDS, tuberkulosis, malaria, dan penyakit tropis yang terabaikan dan memerangi hepatitis, penyakit bersumber air, serta penyakit menular lainnya. Untuk Indonesia, tuberkulosis, AIDS, dan malaria juga merupakan masalah kesehatan penting.

Dengan situasi epidemiologi penyakit menular sekarang ini, jelas merupakan tugas berat, kalau memang akan mencapai target menghentikan epidemi tuberkulosis, AIDS, dan malaria pada 2030 yang hanya tinggal beberapa tahun lagi. Indonesia juga masih menghadapi berbagai penyakit tropis terabaikan, seperti kusta yang masih peringkat ketiga di dunia. Juga ada filariasis, kecacingan, schistosomiasis, dan lain-lain, sehingga perlu upaya sistematis dengan kegiatan yang jelas tahun per tahun agar target pengendalian penyakit menular pada 2030 dapat dicapai.

2. Pengertian Penyakit Menular

Penyakit Menular adalah penyakit yang dapat menular ke manusia yang disebabkan oleh agen biologi, antara lain virus, bakteri, jamur, dan parasit (PMK No. 82/2014). Penyakit Menular disebut juga penyakit

infeksi yang dapat menular ke manusia dimana disebabkan oleh agen berbahaya (patogen), yakni agen biologi, antara lain virus, bakteri, jamur, dan parasit, bukan disebabkan faktor fisik atau kimia, penularan bisa langsung atau melalui media atau vektor dan binatang pembawa penyakit. Penyakit menular sangat umum terjadi di seluruh dunia, namun ada beberapa penyakit yang lebih umum dibandingkan penyakit lainnya. Misalnya setiap tahun di Amerika Serikat, 1 dari setiap 5 orang terinfeksi virus influenza.

Penyakit menular merupakan penyebab utama penderitaan manusia baik dari segi kesakitan maupun kematian sepanjang sejarah umat manusia. Penyebaran penyakit menular dipengaruhi oleh berbagai tahapan peradaban manusia. Misalnya, penyakit parasit dan zoonosis menjadi lebih umum setelah domestikasi hewan, infeksi virus dan bakteri melalui udara setelah pemukiman besar dan urbanisasi. Selama berabad-abad, umat manusia menderita karena pandemi-pandemi besar seperti wabah penyakit, cacar, kolera, dan influenza, namun juga karena penyakit-penyakit menular kronis yang bersifat pembunuh diam-diam (silent killer) seperti tuberkulosis dan sifilis.

Morbiditas akibat penyakit menular sangat umum terjadi meskipun terdapat kemajuan yang dicapai dalam beberapa dekade terakhir. Menurut perkiraan tahunan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), terdapat 300–500 juta kasus malaria di seluruh dunia, 333 juta kasus penyakit menular seksual (sifilis, gonore, klamidia, dan trikomonas), 33 juta kasus HIV/AIDS, 14 juta orang terinfeksi tuberkulosis, dan 3–5 juta kasus kolera. Meskipun penyakit menular jauh lebih umum terjadi di negara-negara non-industri, prevalensi infeksi untuk beberapa penyakit menular di negara-negara industri masih sangat tinggi. Setiap tahunnya, sekitar 48 juta episode diare menyebabkan 128.000 rawat inap, dan 3.000 kematian akibat penyakit diare terjadi di Amerika Serikat (Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit (CDC)). Setiap tahun, virus influenza beredar luas, menginfeksi 10% hingga 40% populasi dunia. Berdasarkan perkiraan CDC, survei serologis menemukan bahwa pada usia dewasa muda, prevalensi antibodi terhadap virus herpes simpleks tipe 1 adalah 80%, terhadap virus herpes simpleks tipe 1 sebesar 15-20%, terhadap virus herpes manusia sebesar 95%, terhadap virus Hepatitis A sebesar 63%, dan terhadap Hepatitis C sebesar 2%., 0,5% melawan Hepatitis B, dan

50% melawan Chlamydia pneumoniae (American Academy of Pediatrics 2006 ; Mandell dkk. 2000).

Tidak mengherankan jika terdapat ketidakseimbangan yang besar dalam angka kematian akibat penyakit menular antara negara-negara non-industri dan negara-negara industri. Secara global, satu dari tiga kematian disebabkan oleh penyakit menular. Pada tahun 1990, diperkirakan 17 juta kematian disebabkan oleh penyakit menular, bersamaan dengan kekurangan gizi dan penyakit ibu dan perinatal dengan sekitar 95% dari kematian ini terjadi di negara-negara termiskin di dunia, terutama India dan benua sub-Sahara (University of California 2011). Menurut WHO penyebab kematian akibat penyakit menular yang paling umum adalah infeksi saluran pernapasan bawah (3,46 juta), penyakit diare (2,46 juta), HIV/AIDS (1,78 juta), tuberkulosis (1,34), malaria (1,1 juta), dan campak (900.000).

Penanggulangan Penyakit Menular dalam Peraturan Menteri ini ditujukan untuk: 1) melindungi masyarakat dari penularan penyakit; 2) menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat Penyakit Menular; dan 3) mengurangi dampak sosial, budaya, dan ekonomi akibat Penyakit Menular pada individu, keluarga, dan masyarakat.

3. Kelompok dan Jenis Penyakit Menular

Berdasarkan cara penularannya, penyakit menular dikelompokkan:

a. Penyakit menular langsung

- 1) Penyakit menular langsung yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) terdiri atas: Difteri, Pertusis, Tetanus, Polio, Campak, Typhoid, Kolera, Rubella, Yellow Fever, Influenza, Meningitis, Tuberkulosis, Hepatitis, Penyakit akibat Pneumokokus, Penyakit akibat Rotavirus, dan Penyakit akibat Human Papiloma Virus (HPV)
- 2) Penyakit menular langsung yang tidak/belum dapat dicegah dengan imunisasi terdiri dari: Penyakit virus ebola, MERS-CoV, Infeksi saluran pencernaan, Infeksi menular seksual, HIV/AIDS, Infeksi saluran pernafasan, Kusta, dan Frambusia

b. Penyakit Tular Vektor dan Binatang Pembawa Penyakit

Jenis penyakit tular vektor dan binatang pembawa penyakit terdiri atas: Malaria, Demam Berdarah, Cikungunya, Filariasis, Cacingan,

Schistosomiasis, Japanese Encephalitis, Rabies, Antraks, Pes, Toxoplasma, Leptospirosis, Avian Influenza, West Nile,

4. Kebijakan dan Strategi Penanggulangan Penyakit Menular

a. Kebijakan Penanggulangan Penyakit Menular

Penyelenggaraan penanggulangan penyakit menular serta akibat yang ditimbulkannya menjadi tanggung jawab Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan masyarakat yang dilaksanakan melalui upaya kesehatan masyarakat (UKM) dan upaya kesehatan perorangan (UKP).

- 1) Pemerintah atau Pemerintah Daerah dapat menetapkan program penanggulangan sebagai prioritas nasional atau daerah dengan kriteria:
 - a) penyakit endemis lokal;
 - b) Penyakit Menular potensial wabah;
 - c) fatalitas yang ditimbulkan tinggi/angka kematian tinggi;
 - d) memiliki dampak sosial, ekonomi, politik, dan ketahanan yang luas; dan/atau
 - e) menjadi sasaran reduksi, eliminasi, dan eradicasi global.
- 2) Program Penanggulangan Penyakit Menular diselenggarakan melalui upaya kesehatan dengan mengutamakan upaya kesehatan masyarakat.
- 3) Pemerintah dalam menyelenggarakan program penanggulangan Penyakit Menular dapat membentuk satuan kerja/unit pelaksana teknis yang dikelola oleh Pejabat Kesehatan Masyarakat dengan memiliki tugas dan fungsi meliputi:
 - a) persiapan penetapan dan rekomendasi jenis penyakit menular yang memerlukan karantina;
 - b) focal point Kementerian Kesehatan di daerah; dan
 - c) investigasi terhadap tempat atau lokasi yang dicurigai sebagai sumber penyebaran Penyakit Menular.
- 4) Berdasarkan prevalensi/kejadian kesakitan dan karakteristik Penyakit Menular, target program Penanggulangan Penyakit Menular meliputi:
 - a) Reduksi, merupakan upaya pengurangan angka kesakitan dan/atau kematian terhadap penyakit menular tertentu agar

secara bertahap penyakit tersebut menurun sesuai dengan sasaran atau target operasionalnya.

- b) Eliminasi, merupakan upaya pengurangan terhadap penyakit secara berkesinambungan di wilayah tertentu sehingga angka kesakitan penyakit tersebut dapat ditekan serendah mungkin agar tidak menjadi masalah kesehatan di wilayah yang bersangkutan
- c) Eradikasi, merupakan upaya pembasmian yang dilakukan secara berkelanjutan melalui pemberantasan dan eliminasi untuk menghilangkan jenis penyakit tertentu secara permanen sehingga tidak menjadi masalah kesehatan masyarakat secara nasional.

b. Strategi Penanggulangan Penyakit Menular

Penanggulangan Penyakit Menular dilakukan melalui:

- 1) Upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan, yaitu:
 - a) Upaya pencegahan, dilakukan untuk memutus mata rantai penularan, perlindungan spesifik, pengendalian faktor risiko, perbaikan gizi masyarakat dan upaya lain sesuai dengan ancaman penyakit menular.
 - b) Upaya pengendalian, dilakukan untuk mengurangi atau menghilangkan faktor risiko penyakit dan/atau gangguan kesehatan.
 - c) Upaya pemberantasan, dilakukan untuk meniadakan sumber atau agen penularan, baik secara fisik, kimiawi dan biologi
- 2) Upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan dalam penanggulangan penyakit menular dilakukan melalui kegiatan:
 - a) Promosi kesehatan
 - (1) Promosi kesehatan dilakukan dengan metode komunikasi, informasi dan edukasi secara sistematis dan terorganisasi.
 - (2) Promosi kesehatan dilakukan untuk tercapainya perubahan perilaku pada masyarakat umum yang dilakukan oleh masyarakat di bawah koordinasi Pejabat Kesehatan Masyarakat di wilayahnya.

- (3) Promosi kesehatan dilakukan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi di bidang pengendalian Penyakit Menular.
- (4) Tenaga kesehatan dapat melibatkan kader melalui pendekatan upaya kesehatan berbasis masyarakat dan/atau tokoh masyarakat melalui pendekatan kemitraan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (5) Promosi kesehatan dilakukan melalui: Penyuluhan; Konsultasi, bimbingan dan konseling; Intervensi perubahan perilaku; Pemberdayaan; Pelatihan; atau dan Pemanfaatan media informasi.
- (6) Promosi kesehatan diarahkan untuk peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat guna memelihara kesehatan dan pencegahan penularan penyakit, paling sedikit berupa: cuci tangan pakai sabun; pemberantasan jentik nyamuk; menggunakan air bersih untuk keperluan rumah tangga; mengkonsumsi makanan gizi seimbang; melakukan aktivitas fisik setiap hari; menggunakan jamban sehat; menjaga dan memperhatikan kesehatan reproduksi; dan mengupayakan kondisi lingkungan yang sehat.
- (7) Promosi kesehatan dilakukan secara terintegrasi baik di fasilitas pelayanan kesehatan maupun di luar fasilitas pelayanan kesehatan.
- (8) Promosi kesehatan dapat dilakukan oleh masyarakat baik di rumah tangga maupun di fasilitas umum, institusi swasta, lembaga swadaya masyarakat, dan organisasi masyarakat guna menggerakkan potensi masyarakat dalam mencegah penyebaran penyakit di lingkungannya, yang dilakukan secara massal oleh media cetak, media elektronik, dan jejaring sosial, serta melalui penggunaan teknologi informasi lain dengan maksud mengajak peran aktif masyarakat dalam mencegah penyebaran penyakit menular.

b) Surveilans kesehatan

Surveilans kesehatan diselenggarakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, yakni:

- (1) tersedianya informasi tentang situasi, kecenderungan penyakit dan faktor risikonya masalah kesehatan masyarakat dan faktor-faktor yang mempengaruhinya sebagai bahan pengambilan keputusan dalam rangka pelaksanaan program penanggulangan secara efektif dan efisien;
- (2) terselenggaranya kewaspadaan dini terhadap kemungkinan terjadinya KLB/wabah dan dampaknya;
- (3) terselenggaranya investigasi dan penanggulangan KLB/wabah;
- (4) dasar penyampaian informasi kesehatan kepada para pihak yang berkepentingan sesuai dengan pertimbangan kesehatan.

c) Pengendalian faktor risiko

Pengendalian faktor risiko ditujukan untuk memutus rantai penularan dengan cara:

- (1) Perbaikan kualitas media lingkungan;
 - Perbaikan kualitas media lingkungan meliputi perbaikan kualitas air, udara, tanah, sarana dan bangunan, serta pangan agar tidak menjadi tempat berkembangnya agen penyakit.
 - Perbaikan kualitas media lingkungan dilaksanakan melalui upaya penyehatan dan pengamanan terhadap media lingkungan.
- (2) Pengendalian vektor dan binatang pembawa penyakit, dilakukan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (3) Rekayasa lingkungan, dilakukan paling sedikit dengan kegiatan rehabilitasi lingkungan secara fisik, biologi maupun kimiawi.
- (4) Peningkatan daya tahan tubuh, paling sedikit dilakukan dengan perbaikan gizi masyarakat.

d) Penemuan kasus

Penemuan kasus dilakukan secara aktif dan pasif terhadap penyakit termasuk agen penyebab penyakit.

(1) Penemuan kasus secara aktif

Penemuan kasus secara aktif terhadap penyakit termasuk agen penyebab penyakit dilakukan dengan cara petugas kesehatan datang langsung ke masyarakat dengan atau tanpa informasi dari masyarakat, untuk mencari dan melakukan identifikasi kasus, diperkuat dengan uji laboratorium.

(2) Penemuan kasus secara aktif

Penemuan kasus secara pasif terhadap penyakit termasuk agen penyebab penyakit dilakukan melalui pemeriksaan penderita penyakit menular yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan, diperkuat dengan uji laboratorium.

e) Penanganan kasus

(1) Penanganan kasus ditujukan untuk memutus mata rantai penularan dan/atau pengobatan penderita. Dalam rangka memutus mata rantai penularan, Pejabat Kesehatan Masyarakat berhak mengambil dan mengumpulkan data dan informasi kesehatan dari kegiatan penanganan kasus.

(2) Penanganan kasus dilakukan oleh Tenaga Kesehatan yang berwenang di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. Tenaga Kesehatan yang melakukan penanganan kasus wajib memberikan data dan informasi kesehatan yang diperlukan oleh Pejabat Kesehatan Masyarakat.

f) Pemberian kekebalan (imunisasi)

Pemberian kekebalan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 ayat (1) huruf f dilakukan melalui imunisasi rutin, imunisasi tambahan, dan imunisasi khusus sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

- g) Pemberian obat pencegahan secara massal

Dilakukan pada penyakit yang dikategorikan sebagai penyakit tropik yang terabaikan (*Neglected Tropical Diseases/NTD*) dengan memperhatikan tingkat endemisitas wilayah masing-masing. Tingkat endemisitas ditetapkan oleh Menteri berdasarkan pertimbangan dari komite ahli penyakit menular.

PENANGGUNALAN KEJADIAN LUAR BIASA

1. Latar Belakang

Pada era globalisasi perkembangan teknologi membuat mobilisasi manusia maupun barang menjadi sangat tinggi dan sangat cepat, kondisi tersebut berpengaruh terhadap risiko penularan penyakit secara global. Dunia saat ini menghadapi ancaman penjangkitan kejadian luar biasa (KLB), yaitu timbulnya suatu kejadian dan atau meningkatnya suatu kejadian kesakitan atau kematian melebihi keadaan biasa pada suatu kelompok masyarakat dalam periode waktu tertentu. Selain itu perubahan iklim yang disebabkan oleh pemanasan global juga semakin cepat, kondisi ini akan mempengaruhi pola dan jenis penyakit potensial KLB baik secara langsung maupun tidak langsung.

Indonesia mengalami episode besar KLB penyakit menular. Beberapa penyakit potensial yang terjadi setiap tahunnya seperti malaria, demam dengue, leptospirosis, diare, kolera, difteri, antraks, rabies, campak, pertusis maupun ancaman flu burung pada manusia. Letak Indonesia yang strategis secara geografis, kepadatan penduduk, iklim tropis dan buruknya infrastruktur kesehatan menjadikan lahan subur untuk munculnya kembali penyakit menular, apabila tidak dipantau dan dikendalikan maka akan meningkatkan jumlah kasus, meningkatkan durasi wabah dan kematian serta potensi untuk menyebar ke negara tetangga. Ancaman KLB tidak akan hilang tanpa tindakan dari tingkat nasional maupun internasional.

Suatu negara harus meningkatkan dan memiliki kemampuan dalam mendekripsi, menganalisis dan melaporkan KLB. Kementerian Kesehatan RI berkerja sama dengan WHO dan *The United States Center for Disease Control and Prevention* (US CDC) membangun suatu sistem dalam deteksi dini dan respon terhadap penyakit potensial KLB. Sistem ini dikenal dengan nama *Early Warning Alert and Response System* (EWARS) yaitu sebuah sistem yang berfungsi dalam mendekripsi adanya ancaman indikasi KLB penyakit

menular yang dilaporkan secara mingguan dengan berbasis komputer yang dapat menampilkan alert atau sinyal peringatan dini adanya peningkatan kasus penyakit melebihi nilai ambang batas di suatu wilayah dan alert atau sinyal peringatan dini yang muncul pada sistem bukan berarti sudah terjadi KLB tetapi merupakan pra-KLB yang mengharuskan petugas untuk melakukan respon cepat agar tidak terjadi KLB.

2. Pengertian KLB

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1501/Menkes/ Per/X/2010 Wabah Penyakit Menular yang selanjutnya disebut Wabah, adalah kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari pada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka, sedangkan Kejadian Luar Biasa (KLB) adalah timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan/atau kematian yang bermakna secara epidemiologi pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu, dan merupakan keadaan yang dapat menjurus pada terjadinya wabah. Pada Pasal 1 (4) Penyelidikan epidemiologi adalah penyelidikan yang dilakukan untuk mengenal sifat-sifat penyebab, sumber dan cara penularan serta faktor yang dapat mempengaruhi timbulnya wabah.

Beberapa penyebab terjadinya KLB/wabah (Huang, and Manuel Bayona, 2004):

- a. Individu yang rentan masuk ke dalam area endemis suatu infeksi penyakit
- b. Penyakit infeksi baru masuk ke dalam populasi yang rentan. Contohnya adalah kontaminasi makanan oleh bakteri, virus, atau bahan beracun.
- c. Penyakit infeksi yang sudah ada terjadi di daerah dengan endemisitas rendah dan menginfeksi orang yang rentan sebagai hasil dari interaksi sosial yang tidak biasa. Contohnya adalah saat pengungsi berimigrasi ke suatu tempat.
- d. Kerentanan dan respon individu/host dimodifikasi secara natural oleh obat (perawatan penyakit kanker), malnutrisi, atau penyakit, seperti HIV/AIDS.

3. Jenis Penyakit Berpotensi Wabah

Pada pasal 3 PMK 1501/2010 disebutkan bahwa jenis-jenis penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan wabah ditetapkan berdasarkan pada pertimbangan epidemiologis, sosial budaya, keamanan, ekonomi, ilmu pengetahuan dan teknologi, dan menyebabkan dampak malapetaka di

masyarakat. Jenis-jenis penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan wabah adalah sebagai berikut: (pasal 4 (1) PMK 1501/2010) adalah: Kolera, Pes, Demam Berdarah Dengue, Campak, Polio, Pertusis, Difteri, Rabies, Malaria, Avian Influenza, Antraks, Leptospirosis, Hepatitis, Influenza A, Meningitis, Yellow Fever, Cikungunya,

4. Kebijakan dan Strategi Penanggulangan KLB/Wabah

a. Kebijakan Penanggulangan KLB/Wabah

1) Penetapan Daerah KLB

Pasal 6 PMK 1501/2010 menyebutkan: Suatu daerah dapat ditetapkan dalam keadaan KLB, apabila memenuhi salah satu kriteria sebagai berikut:

- (1) Timbulnya suatu penyakit menular tertentu yang sebelumnya tidak ada atau tidak dikenal pada suatu daerah.
- (2) Peningkatan kejadian kesakitan terus menerus selama 3 (tiga) kurun waktu dalam jam, hari atau minggu berturut-turut menurut jenis penyakitnya.
- (3) Peningkatan kejadian kesakitan dua kali atau lebih dibandingkan dengan periode sebelumnya dalam kurun waktu jam, hari atau minggu menurut jenis penyakitnya.
- (4) Jumlah penderita baru dalam periode waktu 1 (satu) bulan menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibandingkan dengan angka rata-rata per bulan dalam tahun sebelumnya.
- (5) Rata-rata jumlah kejadian kesakitan per bulan selama 1 (satu) tahun menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibandingkan dengan rata-rata jumlah kejadian kesakitan per bulan pada tahun sebelumnya.
- (6) Angka kematian kasus suatu penyakit (*Case Fatality Rate*) dalam 1 (satu) kurun waktu tertentu menunjukkan kenaikan 50% (lima puluh persen) atau lebih dibandingkan dengan angka kematian kasus suatu penyakit periode sebelumnya dalam kurun waktu yang sama.
- (7) Angka proporsi penyakit (*Proportional Rate*) penderita baru pada satu periode menunjukkan kenaikan dua kali atau lebih dibandingkan satu periode sebelumnya dalam kurun waktu yang sama.

2) Penetapan Daerah Wabah

Penetapan suatu daerah dalam keadaan wabah dilakukan apabila situasi KLB berkembang atau meningkat dan berpotensi menimbulkan malapetaka, dengan pertimbangan sebagai berikut:

- (1) Secara epidemiologis data penyakit menunjukkan peningkatan angka kesakitan dan/atau angka kematian.
- (2) Terganggunya keadaan masyarakat berdasarkan aspek sosial budaya, ekonomi, dan pertimbangan keamanan.

b. Strategi Penanggulangan KLB/Wabah

Strategi penanggulangan KLB/ Wabah tertuang dalam Pasal 13 PMK 1501/2010 menyebutkan:

- 1) Penanggulangan KLB/Wabah dilakukan secara terpadu oleh Pemerintah, pemerintah daerah dan masyarakat.
- 2) Penanggulangan KLB/Wabah meliputi:
 - a) Penyelidikan epidemiologis; yakni: 1) Perkembangam penyakit, 2) Mengetahui kelompok masyarakat yang terancam penyakit wabah, 3) Mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya penyakit wabah termasuk sumber dan cara penularan penyakitnya, serta 4) Menentukan cara penanggulangan wabah.
 - b) Penatalaksanaan penderita, mencakup kegiatan pemeriksaan, pengobatan, perawatan dan isolasi penderita, termasuk tindakan karantina;
 - c) Pencegahan dan pengebalan. dilakukan terhadap orang, masyarakat dan lingkungannya yang mempunyai risiko terkena penyakit wabah agar jangan sampai terjangkit penyakit. Orang, masyarakat, dan lingkungannya yang mempunyai risiko terkena penyakit wabah ditentukan berdasarkan penyelidikan epidemiologi.
 - d) Pemusnahan penyebab penyakit, dilakukan terhadap bibit penyakit/kuman penyebab penyakit, hewan, tumbuhan dan atau benda yang mengandung penyebab penyakit tersebut.
 - e) Penanganan jenazah akibat wabah, dilakukan penanganan secara khusus menurut jenis penyakitnya untuk menghindarkan penularan penyakit pada orang lain
 - f) Penyuluhan kepada masyarakat, dilakukan oleh petugas kesehatan dengan mengikutsertakan instansi terkait lain, pemuka agama, pemuka masyarakat, lembaga swadaya masyarakat menggunakan berbagai media komunikasi massa agar terjadi peningkatan

kewaspadaan dan peran aktif masyarakat dalam upaya penanggulangan wabah.

- g) Upaya penanggulangan lainnya, antara lain: 1) meliburkan sekolah untuk sementara waktu, 2) menutup fasilitas umum untuk sementara waktu, 3) melakukan pengamatan secara intensif (surveilans) selama terjadi KLB, dan 4) melakukan evaluasi terhadap upaya penanggulangan secara keseluruhan.

D. Kebijakan Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

1. Latar Belakang

Indonesia saat ini menghadapi beban ganda penyakit, yaitu penyakit menular dan Penyakit Tidak Menular. Perubahan pola penyakit tersebut sangat dipengaruhi antara lain oleh perubahan lingkungan, perilaku masyarakat, transisi demografi, teknologi, ekonomi dan sosial budaya. Peningkatan beban akibat PTM sejalan dengan meningkatnya faktor risiko yang meliputi meningkatnya tekanan darah, gula darah, indeks massa tubuh atau obesitas, pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, dan merokok serta alkohol. Penyakit Tidak Menular (PTM) menjadi masalah kesehatan masyarakat yang menimbulkan kesakitan, kecacatan dan kematian yang tinggi, serta menimbulkan beban pembiayaan kesehatan sehingga perlu dilakukan penyelenggaraan penanggulangan melalui pencegahan, pengendalian dan penanganan yang komprehensif, efisien, efektif, dan berkelanjutan.

Indonesia mengalami perkembangan teknologi yang pesat, perubahan lingkungan, dan pergeseran gaya hidup dari kehidupan tradisional ke modern. Perkembangan dan pergeseran tersebut telah mengubah pola penyakit di masyarakat yang saat ini didominasi oleh PTM. Perubahan trend penyakit juga diikuti dengan pergeseran pola penyakit. Sebelumnya, PTM lebih banyak ditemukan pada orang tua. Saat ini prevalensi penyakit semakin meningkat pada kelompok usia 10–14 tahun, dan penyakit terbanyak adalah stroke, penyakit jantung, dan diabetes. Jika kecenderungan PTM pada anak tidak dikendalikan, upaya pemerintah untuk menghasilkan generasi yang sehat akan sulit dicapai, apalagi pada tahun 2030–2040, Indonesia diperkirakan akan menghadapi bonus demografi dimana usia produktif mendominasi jumlah penduduk. Dengan demikian, pencegahan berperan penting dalam mengurangi risiko PTM.

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

PTM sebagian besar disebabkan oleh faktor yang dapat dicegah dan dimodifikasi. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) membuat target untuk menurunkan PTM dengan mengendalikan faktor risiko perilaku (konsumsi alkohol, tembakau, garam, dan aktivitas fisik) dan faktor risiko metabolismik (obesitas dan tekanan darah). Sementara itu, program pemerintah Indonesia untuk mengurangi konsumsi garam, gula, lemak, alkohol, dan tembakau, meningkatkan aktivitas fisik, dan istirahat yang cukup yang dituangkan dalam rencana aksi nasional pengendalian PTM. Salah satu solusi pencegahan PTM adalah dengan mengendalikan faktor risiko. Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa faktor risiko PTM adalah perilaku, metabolisme, dan sosio demografi. Pemerintah Indonesia harus memperhatikan pencegahan dan penanganan PTM. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi, tidak dapat dimodifikasi, dan fisiologis merupakan penyebab PTM yang paling signifikan di Indonesia dan perlu ditangani.

Pemanfaatan kesehatan dan kolaborasi lintas antara petugas kesehatan, pemerintah, dan masyarakat harus dilakukan melalui advokasi, kemitraan, promosi kesehatan, langkah-langkah deteksi dini, dan manajemen PTM. Namun, program tersebut harus mempertimbangkan budaya lokal, kepercayaan, dan perbedaan daerah. Petugas kesehatan, terutama perawat, harus bekerja sama dengan otoritas publik setempat untuk mengedukasi populasi sasaran untuk mengoptimalkan skrining, pengendalian, serta manajemen dan pengobatan PTM. Selain itu, hasil penelitian ini akan menjadi informasi

penting untuk kebijakan dan intervensi lebih lanjut untuk pengelolaan PTM.

2. Pengertian PTM

WHO (*World Health Organization*) menyebutnya "*Non Communicable Disease (NCD) is a disease that is not transmissible directly from one person to another*"; adalah penyakit yang tidak menular langsung dari satu orang ke orang lain. Hal yang sama dikemukakan oleh Kementerian Kesehatan RI dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular (PTM), bahwa PTM adalah penyakit yang tidak bisa ditularkan dari orang ke orang, yang perkembangannya berjalan perlahan dalam jangka waktu yang panjang (kronis). Istilah-istilah lain dalam penyebutan PTM bervariasi diantaranya:

- a. Penyakit Kronis, penyakit yang menurunkan kondisi penderitanya secara bertahap dalam waktu yang lama atau menahun dan umumnya mengindikasikan para pengidapnya menderita penyakit berbahaya yang dapat menyebabkan kematian.
- b. Penyakit Non Infeksi, Penyakit yang disebabkan bakteri, virus, parasit, jamur, dan mikroorganisme lainnya, dan ditemukan pada sel dalam diri individu yang tumbuh secara tak normal.
- c. *Non Communicable Disease*, Jenis Penyakit yang disebabkan oleh infeksi dan tidak dapat ditularkan ke orang lain.
- d. Penyakit Degenerative, merupakan penyakit yang muncul akibat perubahan fungsi sel-sel pada tubuh yang mempengaruhi fungsi organ, dan dapat muncul akibat perubahan usia.

3. Jenis Penyakit Tidak Menular

Penyakit tidak menular menimbulkan angka kematian yang tinggi tiap tahunnya dan dapat menjangkiti individu diberbagai usia maupun negara di seluruh dunia. Pasal 3 PMK No. 71 Tahun 2015 menyebutkan kelompok PTM berdasarkan sistem dan organ tubuh serta sesuai dengan Klasifikasi Internasional Penyakit (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) yang berlaku, meliputi: Penyakit Keganasan, Penyakit endokrin, nutrisi dan metabolismik (seperti: DM, Hipertiroidme, Hipotiroidisme, Sindrome Cushing, Akromegali, Poly Cystic ovarian syndrome (PCOS)), Penyakit sistem saraf (seperti: Stroke, Meningitis, Epilepsi), Penyakit sistem pernafasan (seperti

Asma, Bronchitis, PPOK), Penyakit sistem sirkulasi (seperti: hipertensi, gagal jantung, stroke), Penyakit mata (seperti: Katarak, glaukoma, konjungtivitis), Penyakit telinga dan mastoid (seperti: Tinitus, vertigo, infeksi telinga), Penyakit kulit (seperti: impetigo, furunkel, luka bakar), penyakit sistem musculoskeletal (seperti: osteoarthritis, rheumatoid arthritis, fraktur), Penyakit sistem genitourinaria (seperti: ISK, BPH, IPD), Penyakit gangguan mental perilaku (seperti: Depresi, Skizifrenia, Kecemasan), Penyakit kelainan darah (seperti: anemia, polisitemia, leukemia, dll)

4. Kebijakan Penanggulangan PTM

Kebijakan pemerintah dalam penanggulangan PTM didasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2015 Tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.

a. Penyelenggaraan Penanggulangan PTM

Kebijakan dalam penyelenggaraan PTM sebagai berikut:

- 1) Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan masyarakat bertanggung jawab menyelenggarakan Penanggulangan PTM serta akibat yang ditimbulkannya.
- 2) Penyelenggaraan Penanggulangan PTM dilaksanakan melalui Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).
- 3) Dalam rangka Penanggulangan PTM, Menteri membentuk komite ahli Penanggulangan PTM.
- 4) Penyelenggaraan Penanggulangan PTM diprioritaskan pada jenis PTM yang menjadi masalah kesehatan masyarakat, dengan kriteria sebagai berikut:
 - a) Tingginya angka kematian atau kecacatan;
 - b) Tingginya angka kesakitan atau tingginya beban biaya pengobatan; dan
 - c) Memiliki faktor risiko yang dapat diubah.
- 5) Jenis PTM yang dijadikan sebagai prioritas Penanggulangan PTM harus mempertimbangkan pendapat dari komite ahli Penanggulangan PTM.
- 6) Untuk terselenggaranya prioritas Penanggulangan PTM Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah harus menunjuk satuan kerja atau unit pengelola yang bertanggungjawab untuk

melaksanakan penanggulangan secara terencana, terarah, dan berkesinambungan.

- 7) Satuan kerja atau unit pengelola yang ditunjuk pada Pemerintah Pusat harus menyusun rencana aksi atau peta jalan penanggulangan dan pedoman pelaksanaan kegiatan penanggulangan.
- b. Kegiatan Penanggulangan PTM
- 1) Penanggulangan PTM dilaksanakan dengan upaya pencegahan dan pengendalian.
 - 2) Pencegahan dititikberatkan pada pengendalian faktor risiko PTM yang dapat diubah, meliputi: merokok; kurang aktifitas fisik; diet yang tidak sehat; konsumsi minuman beralkohol; dan lingkungan yang tidak sehat.
 - 3) Pencegahan dilaksanakan melalui kegiatan promosi kesehatan, deteksi dini faktor risiko, dan perlindungan khusus.
 - a) Promosi Kesehatan, yang bertujuan untuk mewujudkan PHBS dengan menciptakan dan mentradisikan perilaku CERDIK masyarakat, yaitu; Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin aktivitas fisik, Diet sehat dan gizi seimbang, Istirahat yang cukup, dan Kelola stress.
 - b) Deteksi Dini Faktor Risiko, dilakukan untuk menemukan faktor risiko PTM sedini mungkin terhadap individu dan/atau kelompok yang berisiko atau tidak berisiko secara rutin melalui: wawancara; pengukuran; dan pemeriksaan. Deteksi dini dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas/tempat dilaksanakan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM). Hasil deteksi dini positif berisiko PTM, harus ditindaklanjuti dengan pengendalian faktor risiko.
 - c) Perlindungan Khusus
Perlindungan khusus dilakukan untuk pencegahan penyakit dengan pemberian kekebalan/imunisasi yang dilakukan terhadap jenis PTM yang memungkinkan secara keilmuan di bidang kesehatan dan harus berdasarkan bukti ilmiah, serta diselenggarakan setelah mendapatkan rekomendasi komite ahli imunisasi dan/atau komite ahli Penanggulangan PTM.

d) Penanganan Kasus

Penanganan kasus dilakukan melalui pelayanan pengobatan dan perawatan, rehabilitasi dan paliatif.

- (1) Pelayanan pengobatan dan perawatan, diberikan kepada individu yang menderita sakit dengan tujuan untuk mengurangi faktor risiko, mengobati penyakit, mencegah/ mengurangi penyulit, memberikan prognosis serta meningkatkan kualitas hidup. Dalam melakukan penanganan kasus, tenaga kesehatan harus menciptakan dan mentradisikan perilaku PATUH yaitu; Periksa kesehatan secara rutin, Atasi penyakit dengan pengobatan yang tepat, Tetap aktivitas fisik dengan aman, Upayakan diet sehat dan gizi seimbang, dan Hindari asap rokok, minuman beralkohol dan zat karsinogenik. Penanganan kasus diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan atau Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- (2) Pelayanan Rehabilitasi, ditujukan untuk mengembalikan penderita ke tengah keluarga dan masyarakat sehingga dapat berfungsi sebagai anggota masyarakat yang berguna untuk dirinya dan masyarakat semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuannya
- (3) Pelayanan Paliatif, ditujukan untuk mencapai kualitas hidup pasien dan kematian yang bermartabat

e) Peran Serta Masyarakat

Masyarakat baik secara perorangan maupun kelompok berperan aktif dalam Penanggulangan PTM, yang dilaksanakan melalui kegiatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) dengan membentuk dan mengembangkan Pos Pelayanan Terpadu untuk layanan kesehatan dasar usia dewasa dan lansia. di Posbindu tersebut dapat dilaksanakan kegiatan deteksi dini, monitoring dan tindak lanjut dini faktor risiko PTM secara mandiri dan berkesinambungan di bawah pembinaan Puskesmas.

f) Surveillans PTM

Surveilans PTM sebagai dasar penetapan kegiatan penanggulangan yang bertujuan untuk memperoleh informasi tentang situasi, kecenderungan penyakit, dan faktor risikonya sebagai bahan pengambilan keputusan dalam rangka pelaksanaan program penanggulangan secara efektif dan efisien yang dilakukan melalui kegiatan pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, interpretasi data, serta diseminasi informasi terhadap faktor risiko, penyakit dan penyebab kematian.

Surveilans PTM dilaksanakan melalui kegiatan: 1) Surveilans faktor risiko, dilakukan dalam kegiatan Upaya Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM), 2) Registrasi penyakit, dilakukan dalam kegiatan pelayanan di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap penyakit tertentu sesuai dengan jenis, dampak, dan besaran penyakit, dan 3) Surveilans kematian, dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan terhadap penyebab kematian akibat PTM.

5. Strategi penanggulangan PTM

Strategi dalam penanggulangan PTM:

- a. Meningkatkan advokasi kebijakan yang berpihak terhadap program kesehatan dan sosialisasi P2PTM.
 - 1) Mendorong penguatan komitmen dari pengambil kebijakan untuk mendukung program P2PTM terutama dalam alokasi sumber daya daerah.
 - 2) Memberikan informasi dan pemahaman potensial produksi ·tas serta potensial ekonomi yang hilang akibat P2PTM kepada para pengambil kebijakan lintas sektor.
 - 3) Menumbuhkan kesadaran bahwa masalah kesehatan adalah tanggung jawab bersama.
 - 4) Mendorong advokasi lintas sektor untuk mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan (*Health in All Policy = HiAP*).
- b. Melaksanakan upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif secara komprehensif.
 - 1) Menyebarluaskan secara masif sosialisasi pencegahan dan pengendalian faktor risiko PTM kepada seluruh masyarakat.

- 2) Meningkatkan kemandirian masyarakat melalui penerapan budaya perilaku CERDIK.
 - 3) Melakukan deteksi dini dan tindak lanjut dini faktor risiko PTM baik di Posyandu maupun di fasilitas pelayanan kesehatan
 - 4) Melakukan penguatan tata laksana kasus sesuai standar dan meningkatkan program peningkatan kualitas hidup (perawatan paliatif) sesuai ketentuan.
- c. Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia
- 1) Meningkatkan kapasitas SDM sesuai jenjang fasilitas pelayanan kesehatan dan kompetensi didukung dengan penganggaran pusat maupun secara mandiri oleh daerah.
 - 2) Mendorong ketersediaan SDM secara kualitas maupun kuantitas.
 - 3) Mendorong pemanfaatan SDM yang ada di masyarakat baik dilingkup awam, akademisi, pegawai pemerintah dan swasta maupun organisasi profesi.
- d. Mengembangkan dan memperkuat sistem surveilans
- 1) Melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai ketentuan.
 - 2) Mengoptimalkan dan mengintegrasikan sistem informasi yang dibangun oleh pusat maupun yang diupayakan oleh daerah.
 - 3) Melakukan evaluasi dan menindaklanjuti hasil pendataan secara berkala dan dijadikan bahan pengambilan keputusan secara berjenjang untuk perbaikan program.
 - 4) Mendorong dilakukannya penelitian PTM yang diperlukan.
- e. Penguatan jejaring dan kemitraan melalui pemberdayaan masyarakat.
- 1) Melibatkan peran serta tokoh masyarakat dan kelompok potensial lainnya.
 - 2) Mengintegrasikan kegiatan program dalam pelaksanaan hari-hari besar yang diwilayah masing-masing untuk meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap P2PTM terutama pencegahan terhadap faktor resiko (mis. melakukan deteksi dini faktor resiko massal pada hari-hari besar).
 - 3) Berkoordinasi dengan lintas program terkait untuk memastikan ketersediaan sarana prasarana, obat dan SDM, penerapan mutu pelayanan meliputi akreditasi dan tatalaksan kasus sesuai standar.

- 4) Berkoordinasi dan menguatkan kemitraan dengan pihak swasta lainnya

E. Latihan

Bacalah setiap butir soal berikut ini dengan cermat dan kerjakanlah terlebih dahulu butir soal yang menurut saudara relatif lebih mudah. Selamat mengerjakan latihan ini, semoga selalu sukses.

1. Pemanasan Global (*Global Warming*) merupakan peningkatan secara bertahap dari suhu permukaan bumi. Berikut zat-zat pencemar sebagai seperti karbondioksida (CO₂), metan (CH₄) dan ...
 - A. Oksida nitrat (N₂O)
 - B. Monoksida (CO)
 - C. Hidrogen Sulfur (H₂S)
 - D. Hidrogen (H₂O)
 - E. Asam Sulfat (H₂SO₄)
2. Upaya mitigasi dampak pemanasan global dengan memanfaatkan limbah menjadi pupuk organic, termasuk dalam tindakan
 - A. Teknis
 - B. Non Teknis
 - C. Darurat
 - D. Gawat
 - E. Terprogram
3. Pelayanan kesehatan masa hamil dilakukan paling sedikit...
 - A. 6 kali selama masa kehamilan
 - B. 4 kali selama masa kehamilan
 - C. 2 kali selama masa kehamilan
 - D. 1 kali selama masa kehamilan
 - E. 10 kali selama masa kehamilan
4. Yang tidak termasuk bentuk pelayanan kesehatan pada Bayi dan Balita untuk meningkatkan kelangsungan dan kualitas hidupnya, adalah...
 - A. Ibu hamil melaksanakan pemeriksaan dengan baik
 - B. Pemberian ASI Eksklusif hingga usia 6 bulan;
 - C. Pemberian ASI hingga 2 (dua) tahun;

- D. Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP ASI) mulai usia 6 bulan sampai 24 bulan.
 - E. Pemberian imunisasi dasar lengkap bagi Bayi
5. Upaya yang dilakukan untuk meniadakan sumber penyakit menular atau agen penularannya, baik secara fisik, kimiawi maupun biologi, dibutuh dengan upaya....
- A. Pemberantasan
 - B. Pengendalian
 - C. Penanggulangan
 - D. Pencegahan
 - E. Peningkatan
6. Penemuan kasus terhadap penyakit menular, termasuk agen penyebabnya yang dilakukan dengan cara petugas kesehatan datang langsung ke masyarakat, disebut dengan penemuan kasus secara....
- A. Aktif
 - B. Pasif
 - C. Langsung
 - D. Segera
 - E. Bebas
7. Berikut jenis penyakit berpotensi wabah, kecuali...
- A. Typhoid dan Scabies
 - B. Pes, dan Rabies
 - C. Demam Berdarah Dengue,
 - D. Campak, dan Polio,
 - E. Pertusis, dan Difteri
8. Penyelidikan epidemiologis dalam rangka penanggulangan KLB/Wabah, kecuali...
- A. Petugas penanggulangan wabah
 - B. Perkembangam penyakit,
 - C. Kelompok masyarakat yang terancam penyakit wabah,
 - D. Faktor yang mempengaruhi terjadinya wabah
 - E. Menentukan cara penanggulangan

9. Kegiatan surveilans PTM dilakukan melalui kegiatan surveillance factor risiko, registrasi penyakit dan....
 - A. Kematian
 - B. Kelahiran
 - C. Kesakitan
 - D. Kelemahan
 - E. Kebancanaan
10. Meningkatkan kemandirian masyarakat untuk mencegah PTM, dilakukan melalui penerapan budaya
 - A. Perilaku CERDIK
 - B. Perilaku PATUH
 - C. PHBS
 - D. SIAGA
 - E. GERMAS

F. Rangkuman

Seiring upaya mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan, kita dihadapkan pada perubahan perkembangan zaman dengan hadirnya *global warming* yang membawa persoalan tersendiri termasuk masalah kesehatan. Dampak pemanasan global pada saat ini sudah menjadi kenyataan. Tanpa perhatian dan tindakan untuk menanggulangi dampak pemanasan global, sangat mungkin terjadi bencana yang mengancam umat manusia. Upaya mitigasi dampak pemanasan global melibatkan banyak hal baik dalam aksi maupun gerakan. Aksi ini merupakan upaya tanggap darurat untuk menjaga lingkungan. Gerakan merupakan ajakan atau ajakan untuk mengatasi dampak pemanasan global secara bersama-sama baik tindakan teknis maupun non teknis.

Indonesia mengalami episode besar KLB penyakit menular. Pada PMK 1501/2010 disebutkan bahwa jenis-jenis penyakit menular tertentu yang dapat menimbulkan wabah ditetapkan berdasarkan pada pertimbangan epidemiologis, sosial budaya, keamanan, ekonomi, ilmu pengetahuan dan teknologi, dan menyebabkan dampak malapetaka di masyarakat. Strategi penanggulangan KLB/Wabah tertuang dalam Pasal 13 PMK 1501/2010 menyebutkan bahwa penanggulangan KLB/Wabah dilakukan secara terpadu oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah dan masyarakat.

Sejak berakhirnya MDGs pada 2015 dan berlakunya SDGs, upaya penurunan AKI masih menjadi perhatian khusus di dunia. Salah satu perubahan mendasar yang dibawa oleh SDGs adalah prinsip "tidak ada seorang pun yang ditinggalkan". Artinya cakupan target dan pelayanan dalam era SDGs lebih menyeluruh (100%) bila dibandingkan saat era MDGs yang hanya setengahnya (50%). Kebijakan atau strategi pemerintah dalam percepatan penurunan angka kematian ibu (AKI) tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual serta kebijakan pemerintah untuk mengatasi kematian perinatal, neonatal, bayi dan balita tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 53 Tahun 2014 Tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial dan Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak.

Penyakit menular masih menjadi masalah besar kesehatan masyarakat yang dapat menimbulkan kesakitan, kematian, dan kecacatan yang tinggi sehingga perlu dilakukan penyelenggaraan penanggulangan melalui upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan yang efektif dan efisien. Penyakit menular bisa menjadi wabah, yakni kejadian berjangkitnya suatu penyakit menular dalam masyarakat yang jumlah penderitanya meningkat secara nyata melebihi dari pada keadaan yang lazim pada waktu dan daerah tertentu serta dapat menimbulkan malapetaka. Pengaturan penanggulangan penyakit menular ditujukan untuk: 1) melindungi masyarakat dari penularan penyakit; 2) menurunkan angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat penyakit menular; dan 3) mengurangi dampak sosial, budaya, dan ekonomi akibat penyakit menular pada individu, keluarga, dan masyarakat.

Penyakit tidak menular (PTM), juga dikenal sebagai penyakit kronis, cenderung berlangsung lama dan merupakan hasil dari kombinasi faktor genetik, fisiologis, lingkungan, dan perilaku. Jenis utama PTM adalah penyakit kardiovaskular (seperti serangan jantung dan stroke), kanker, penyakit pernafasan kronis (seperti penyakit paru obstruktif kronik dan asma) dan diabetes. PTM secara tidak proporsional mempengaruhi masyarakat di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah, dimana lebih dari tiga perempat kematian PTM global (31,4 juta) terjadi. Penatalaksanaan PTM

mencakup deteksi, skrining dan pengobatan penyakit-penyakit tersebut, serta penyediaan akses terhadap perawatan paliatif bagi orang-orang yang membutuhkan. Intervensi PTM penting yang berdampak tinggi dapat dilakukan melalui pendekatan layanan kesehatan primer untuk memperkuat deteksi dini dan pengobatan tepat waktu.

G. Glosarium

COPD	: <i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i>
RNA	: <i>Ribonucleic Acid</i>
PBL	: Pembangunan Berwawasan Lingkungan
AMDAL	: Analisis Mengenai Dampak Lingkungan
SDGs	: <i>Sustainable Development Goals</i>
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
AKB	: Angka Kematian Bayi
PONED	: Pelayanan Obstetri Neonatal Emergensi Dasar
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
UTP	: Unit Transfusi Darah
KLB	: Kejadian Luar Biasa
EWARS	: <i>Early Warning Alert and Response System</i>
NCD	: <i>Non Communicable Disease</i>
UKBM	: Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
PD3I	: Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi
NTD	: <i>Neglected Tropical Diseases</i>

H. Daftar Pustaka

- Chandra B, 2012, *Kontrol Penyakit Menular Pada Manusia*. Jakarta: EGC; Jakarta
- Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, 2019, *Pedoman Manajemen Penyakit Tidak Menular*, Jakarta
- FK-KMK UGM. *Pentingnya Pendekatan Keluarga Dalam Upaya Menurunkan Angka Kematian Anak*. Yogyakarta: Kanal Pengetahuan dan Informasi FK-KMK UGM
- Kemenkes RI. *Buku Pedoman Penyelidikan dan Penanggulangan Kejadian Luar Biasa Penyakit Menular dan Keracunan Pangan*. Revisi ed. Jakarta: Direktorat Surveilans, Imunisasi, Karantina, dan Kesehatan Matala; 2011.
- Kunoli FJ. *Pengantar Epidemiologi Penyakit Menular* Jakarta: Trans Info Media; 2013.

- M. S. Prof. Dr., 2013, *Pemanasan Global "Dampak Terhadap Kehidupan Manusia dan Usaha Penanggulangannya,"* Ed.1. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Notoatmojo, Soekidjo. 2003. *Prinsip-Prinsip Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat.* Ed.2. Jakarta: Rineka Cipta
- Permenkes Nomor 2269 Tahun 2011 *Pedoman Pembinaan PHBS.*
- Permenkes Nomor 21 Tahun 2020 *Tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024*
- Peraturan Menteri Kesehatan RI, 2010, *Jenis Penyakit Menular Tertentu Yang Dapat Menimbulkan Wabah dan Upaya Penanggulangan.* Jakarta
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 45 Tahun 2014 tentang Surveilans Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2015, *Tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular,* Jakarta
- Permenkes RI No. 21 Tahun 2021 Tentang *Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masa Sebelum Hamil, Masa Hamil, Persalinan dan Masa Sesudah Melahirkan, Pelayanan Kontrasepsi dan Pelayanan Kesehatan Seksual.* Jakarta
- Permenkes RI No. 53 Tahun 2014 *Tentang Pelayanan Kesehatan Neonatal Esensial,* Jakarta
- Permenkes RI No. 25 Tahun 2014 *tentang Upaya Kesehatan Anak,* Jakarta
- R. Utina, "Pemanasan Global: Dampak dan Upaya Meminimalisasinya," SAINTEK UNG, pp. 1-2, 2009.
- S. Stone, M. C. Leon, and P. Fredericks, 2010, *Perubahan Iklim & Peran Hutan: Manual Komunitas.* 2010.
- Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang *Kesehatan*
- Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang *Tenaga Kesehatan*
- Undang-undang Nomor 38 Tahun 2009 Tentang *Keperawatan*
- Undang-undang Nomor 4 Tahun 1982 *Tentang Ketentuan-Ketentuan Pokok Pengelolaan Lingkungan Hidup*

BAB 4

ISU DAN TREND DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS

Pendahuluan

Isu dan tren dalam pelayanan keperawatan kesehatan komunitas menjadi hal yang penting, terkait upaya responsif terhadap kebutuhan masyarakat. Isu-isu terkini membantu perawat memahami tantangan yang dihadapi oleh komunitas, seperti penyakit menular, kesehatan mental, atau kesehatan ibu dan anak. Dengan memahami isu ini, perawat dapat merancang intervensi yang lebih efektif.

Peningkatan kualitas layanan akan berusaha mengikuti tren terbaru, seperti penggunaan teknologi dalam perawatan atau pendekatan berbasis bukti, perawat dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan memastikan praktik terbaik diterapkan. Isu kesehatan yang muncul sering kali ditafsirkan yang kurang tepat, sehingga diperlukan edukasi pada masyarakat, sehingga masyarakat dapat mengambil tindakan pencegahan. Ada tren baru sering melibatkan kolaborasi antara berbagai disiplin ilmu, sehingga perawat perlu bekerja sama dengan profesional lain untuk menciptakan pendekatan yang komprehensif dalam menangani masalah kesehatan komunitas.

Isu kesehatan yang ada dapat mempengaruhi kebijakan kesehatan. Perawat yang terlibat dalam advokasi kesehatan komunitas dapat membantu merumuskan kebijakan yang lebih baik untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan. Dengan memperhatikan isu dan tren ini, pelayanan keperawatan di kesehatan komunitas dapat menjadi lebih efektif, responsif, dan berorientasi pada kebutuhan masyarakat.

Tujuan Pembelajaran

Bab ini dirancang untuk memberikan wawasan tentang isu dan trend dalam komunitas, yaitu:

1. Memahami arti dalam keperawatan komunitas
2. Memahami trend dalam keperawatan komunitas

Capaian Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran tentang isu dan tren dalam keperawatan komunitas, mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan isu-isu dalam keperawatan komunitas dengan tepat
2. Menjelaskan trens dalam keperawatan komunitas dengan baik

Uraian Materi

A. Isu Dan Trend Dalam Keperawatan Komunitas

Isu dan trend memiliki makna yang berbeda dan sering digunakan dalam konteks yang berbeda.

1. Pengertian

Isu merujuk pada topik atau masalah yang menjadi perhatian publik dan memerlukan perhatian khusus. Issue dapat mencakup berbagai hal yang sedang dibahas atau dieprdebatkan masyarakat, seperti isu sosial, politik, ekonomi, lingkungan, kesehatan, hak asasi manusia, dan lain-lain. Issue sering kali menjadi fokus perdebatan publik dan upaya pemecahan masalah, walaupun mungkin hanya berdampak pada kelompok tertentu. Penyelesaian issue sering melibatkan analisis mendalam, diskusi, dan upaya untuk mencapai konsensus atau solusi yang dapat diterima secara luas.

Trend atau kecenderungan merujuk pada kecenderungan atau pola yang berkembang dan menjadi populer dalam periode tertentu. Trend dapat berkaitan dengan berbagai bidang, seperti mode, teknologi, perilaku sosial, dan lainnya, sehingga trend akan mengalami perubahan seiring waktu dan dapat mempengaruhi banyak aspek kehidupan manusia.

2. Isu dan Trend dalam Keperawatan Komunitas

a. Isu dan Trend dalam Pendidikan Keperawatan Komunitas

Pendidikan dalam keperawatan komunitas merupakan bidang yang terus berkembang dan menghadapi berbagai isu serta tren terbaru.

Berikut beberapa isu dan tren utama yang relevan saat ini:

1) Jenis/Jenjang Pendidikan

a) Isu-isu terkait Jenis/Jenjang Pendidikan

Pendidikan keperawatan untuk mendidik generasi perawat professional yang *safe*, *competent*, dan beretika. Tiga level pendidikan, yaitu: 1) *basic education (bachelor's level)*, merupakan program sarjana yang memberikan dasar sama untuk para mahasiswa. 2) *master's degree* (program magister) yang dirancang untuk profesional kesehatan yang mampu berpartisipasi dalam organisasi, manajemen, dan pengawasan proses keperawatan, dan 3) *doctoral degree* (program doktor) untuk meningkatkan kemampuan terlibat

dalam pengajaran dan penelitian. Di Indonesia, jenjang pendidikan yang lebih sering berhadapan langsung dengan masyarakat adalah level vokasi, sehingga persepsi maupun realisasi pelayanan asuhan keperawatan professional belum begitu terkihat.

- b) Trend/Kecenderungan Terkait Jenis/Jenjang Pendidikan
- Jenis pendidikan keperawatan meliputi pendidikan vokasi, pendidikan akademik, dan pendidikan profesi. Pendidikan vokasi merupakan program diploma yang menerapkan pelayanan atau tindakan kesehatan. Berdasarkan Undang Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan disebutkan bahwa tingkat vokasi keperawatan yang paling rendah adalah Diploma Tiga Keperawatan, pendidikan akademik terdiri terdiri atas program sarjana keperawatan, program magister keperawatan, dan program doktor keperawatan serta pendidikan profesi terdiri dari program profesi keperawatan dan program spesialis keperawatan. Kualifikasi perawat kesehatan komunitas telah ditetapkan oleh PBP-PPNI 2007 didasarkan pada jenjang pendidikan pendidikan perawat, yakni: 1) PK I dalam ruang lingkup ini perawat mampu memberikan pelayanan pelayanan keperawatan pada klien dan keluarga dengan tingkat tingkat pendidikan minimal adalah D3 Keperawatan dengan memiliki kompetensi memberikan keperawatan dasar berdasarkan ilmu dasar keperawatan komunitas. 2) PK II dalam ruang lingkup ini perawat mampu memberikan pelayanan keperawatan pada klien, keluarga klien dan kelompok dengan masalah kesehatan tertentu, dengan tingkat pendidikan minimal Ners dengan kompetensi memberikan keperawatan dasar dalam lingkup keperawatan komunitas yang masih dalam pengawasan bimbingan bimbingan dari perawat perawat senior dengan bimbingan bimbingan yang terbatas. Ners Komunitas harus memiliki kompetensi memberikan keperawatan dasar dalam lingkup keperawatan komunitas dalam pengawasan bimbingan dari perawat senior yang sepenuhnya sudah dilimpahkan atau

diberikan kepercayaan oleh perawat senior, 3) PK III dalam ruang lingkup ini perawat mampu mengelola dalam penanggulangan masalah kesehatan masyarakat, dengan tingkat tingkat pendidikan minimal Magister Keperawatan (S2) dengan kompetensi melakukan tindakan keperawatan khusus, mengambil keputusan mandiri dan bertanggung jawab sepenuhnya atas tindakan keperawatan yang diberikan, dan 4) PK IV dalam ruang lingkup ini perawat mampu mengembangkan penanggulangan masalah keperawatan kesehatan masyarakat yang kompleks dengan tingkat pendidikan minimal Spesialis Komunitas.

2) Kurikulum

a) Isu-isu terkait Kurikulum

Kurikulum yang kurang relevan, kurikulum yang ada kadang tidak sepenuhnya mencerminkan kebutuhan khusus dari komunitas yang berbeda, seperti kebutuhan kesehatan yang spesifik atau budaya lokal.

b) Trend/Kecenderungan terkait Kurikulum

Kurikulum pendidikan keperawatan komunitas dirancang untuk mempersiapkan lulusan dengan pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang diperlukan untuk bekerja dalam konteks komunitas. Setiap program pendidikan keperawatan komunitas dapat memiliki penekanan yang berbeda tergantung pada kebijakan sekolah, kebutuhan komunitas lokal, dan perubahan dalam tren kesehatan masyarakat.

Beberapa komponen dalam kurikulum pendidikan keperawatan komunitas: 1) Dasar-dasar keperawatan komunitas, materi ini mencakup konsep-konsep dasar dalam keperawatan komunitas, seperti teori-teori yang mendasari praktik keperawatan komunitas, tujuan, dan peran keperawatan dalam masyarakat, 2) Pengkajian komunitas: belajar cara melakukan pengkajian komunitas yang menyeluruh, termasuk aspek demografis, sosial, ekonomi, dan budaya dari komunitas yang dilayani, 3) Pengembangan

program kesehatan masyarakat: merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program-program kesehatan masyarakat yang relevan dengan kebutuhan komunitas tertentu, 4) Kepemimpinan dan kolaborasi. Fokus pada keterampilan kepemimpinan, manajemen, dan kolaborasi dalam konteks keperawatan komunitas, termasuk kerja sama dengan berbagai pihak seperti organisasi masyarakat, pemerintah setempat, dan kelompok masyarakat, 5) Pelayanan keperawatan primer, bagian ini meliputi aspek-aspek pelayanan keperawatan langsung kepada individu dan keluarga dalam komunitas, termasuk promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan tindak lanjut perawatan, 6) Penelitian dan evaluasi, belajar untuk menggunakan bukti ilmiah dalam praktik, termasuk penelitian yang relevan dengan keperawatan komunitas dan evaluasi efektivitas intervensi, 7) Etika dan kepatuhan hukum, memahami dan menerapkan prinsip-prinsip etika keperawatan dalam konteks komunitas serta memahami kepatuhan terhadap regulasi yang berlaku dalam praktik keperawatan, 8) Teknologi dan inovasi, yakni mengintegrasikan teknologi informasi dan inovasi dalam praktik keperawatan komunitas untuk meningkatkan aksesibilitas, efisiensi, dan efektivitas pelayanan.

3) Akses Pendidikan

a) Isu-isu terkait Kesetaraan Akses Pendidikan

Akses ke pendidikan keperawatan komunitas dapat bervariasi secara signifikan antara daerah perkotaan dan pedesaan, serta antara negara berkembang dan negara maju. Berikut beberapa perbedaan yang mungkin ditemui:

(1) Akses Pendidikan di Perkotaan

- Fasilitas dan Infrastruktur: memiliki lebih banyak institusi pendidikan keperawatan dengan fasilitas modern dan akses ke teknologi terbaru.
- Tenaga Pengajar: memiliki akses lebih besar terhadap tenaga pengajar dengan pengalaman dan keahlian dalam berbagai aspek keperawatan komunitas.

- Penekanan Kurikulum: kemungkinan memiliki kurikulum yang lebih beragam dengan penekanan pada isu-isu kesehatan masyarakat perkotaan dan berbagai populasi yang beragam.

(2) Akses Pendidikan di Pedesaan

- Fasilitas dan Infrastruktur: memiliki sedikit pilihan institusi pendidikan, kurangnya infrastruktur yang memadai, dan terbatasnya akses ke teknologi.
- Tenaga Pengajar: 1) Cenderung memiliki akses lebih besar terhadap tenaga pengajar dengan pengalaman dan keahlian dalam berbagai aspek keperawatan komunitas, 2) kemungkinan kesulitan menarik atau mempertahankan tenaga pengajar yang berkualitas karena keterbatasan infrastruktur dan gaji yang rendah.
- Penekanan kurikulum: Kurikulum lebih berfokus pada kesehatan masyarakat pedesaan, dengan penekanan pada tantangan unik yang dihadapi oleh populasi di daerah pedesaan.

(3) Akses Pendidikan di Negara Maju

- Kualitas Pendidikan. Di Negara Maju institusi pendidikan keperawatan dengan standar internasional, kualitas pengajaran yang tinggi, dan akses terhadap teknologi dan sumber daya yang canggih.
- Aksesibilitas dan Jarak. Di Negara Maju memiliki akses yang lebih baik terhadap institusi pendidikan keperawatan komunitas, dengan jarak yang lebih pendek dan lebih banyak pilihan program.
- Kebutuhan Pasar Kerja. Di Negara Maju Kurikulum pendidikan lebih responsif terhadap kebutuhan pasar kerja yang kompleks dan berkembang dengan penekanan pada praktik berbasis bukti dan teknologi terkini.

(4) Akses Pendidikan di Negara Berkembang

- Kualitas Pendidikan. Di Negara Berkembang menghadapi tantangan dengan kurangnya sumber daya finansial dan teknologi yang memadai yang dapat mempengaruhi kualitas pendidikan.
 - Aksesibilitas dan Jarak. Di Negara Berkembang seringkali menghadapi masalah aksesibilitas, terutama di daerah terpencil yang dapat membatasi kesempatan bagi calon siswa untuk memperoleh pendidikan keperawatan yang lebih baik.
 - Kebutuhan Pasar Kerja. Di Negara Berkembang lebih fokus pada memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat dengan sumber daya yang terbatas, meskipun ada upaya untuk menyesuaikan kurikulum dengan tantangan lokal yang dihadapi.
- b) Trend (kecenderungan) terkait Akses Pendidikan
- (1) Penting untuk meningkatkan akses ke infrastruktur pendidikan yang memadai di pedesaan, melalui program subsidi atau pengembangan teknologi jarak jauh.
 - (2) Dukungan dari organisasi internasional dan kolaborasi lintas batas dapat membantu memperkuat kapasitas institusi pendidikan keperawatan di negara berkembang, termasuk pertukaran pengalaman dan sumber daya.
 - (3) Mengupayakan kualitas pendidikan keperawatan komunitas yang tinggi serta akses yang setara untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara global, terlepas dari perbedaan geografis dan ekonomi.
- 4) Pendidikan Berkelanjutan
- a) Isu-isu terkait Pendidikan Berkelanjutan
- Pendidikan keperawatan komunitas memerlukan pembelajaran berkelanjutan untuk menghadapi perubahan cepat dalam praktik medis dan kebutuhan masyarakat. Pendidikan berkelanjutan dalam keperawatan komunitas sangat penting untuk memastikan bahwa perawat yang bekerja di bidang ini selalu memiliki pengetahuan terbaru dan keterampilan yang diperlukan untuk memberikan perawatan yang optimal kepada masyarakat.

Isu-isu terkait pendidikan berkelanjutan dalam keperawatan komunitas antara lain:

(1) Aksesibilitas dan Ketersediaan Pelatihan.

Tidak semua perawat komunitas memiliki akses yang sama terhadap pelatihan berkelanjutan yang diperlukan untuk memperbarui pengetahuan dan keterampilan mereka,

(2) Kualitas Konten dan Kurikulum.

Ada kebutuhan untuk memastikan bahwa kurikulum pendidikan berkelanjutan yang tersedia sesuai dengan perkembangan terbaru dalam perawatan komunitas, termasuk praktik terbaik, inovasi dalam perawatan, dan penanganan kasus yang kompleks.

(3) Biaya dan Sumber Daya

Pelatihan berkelanjutan sering kali memerlukan biaya yang signifikan, baik untuk mengikuti kursus, seminar, atau konferensi, maupun untuk memperoleh literatur dan sumber daya yang diperlukan.

(4) Kontinuitas dalam Pengembangan Profesional

Perawat komunitas perlu menerapkan pengetahuan baru dan keterampilan yang mereka peroleh dari pelatihan berkelanjutan kedalam praktik sehari-hari secara konsisten dan efektif.

(5) Tantangan Teknologi

Penggunaan teknologi dalam pendidikan berkelanjutan dapat menjadi tantangan bagi perawat komunitas yang mungkin tidak memiliki akses yang cukup atau keterampilan yang diperlukan dalam penggunaan teknologi tersebut.

(6) Evaluasi dan Pemantauan

Penting untuk memastikan bahwa efektivitas pendidikan berkelanjutan dievaluasi secara rutin untuk memastikan bahwa tujuan dan kebutuhan pembelajaran perawat komunitas terpenuhi dengan baik.

(7) Kesadaran dan Dukungan Institusional

Perlu adanya peningkatan kesadaran serta dukungan dari institusi dan organisasi terkait pentingnya pendidikan berkelanjutan bagi perawat komunitas, serta pengakuan terhadap peran mereka dalam meningkatkan kesehatan masyarakat.

- b) Trend (kecenderungan) terkait Pendidikan Berkelanjutan
 - (1) Update pengetahuan klinis, yakni informasi terbaru mengenai penyakit-penyakit yang umum di masyarakat, dan penanganan yang efektif.
 - (2) Peningkatan keterampilan klinis dalam melakukan asesmen kesehatan masyarakat, perencanaan perawatan, dan manajemen kasus.
 - (3) Pengembangan keterampilan komunikasi yang efektif dengan individu, keluarga, dan komunitas dalam konteks pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.
 - (4) Memahami etika dan hukum dalam keperawatan terkait dengan keperawatan komunitas, serta pemahaman terhadap regulasi yang relevan.
 - (5) Kolaborasi interprofesional, yakni bekerja sama dengan profesional kesehatan lainnya, termasuk dokter, pekerja sosial, dan pengambil keputusan dalam sistem kesehatan masyarakat.
 - (6) Pengembangan keterampilan manajerial, manajemen program kesehatan masyarakat, evaluasi hasil, dan manajemen sumber daya.
 - (7) Melakukan pendidikan berkelanjutan dalam berbagai bentuk seperti seminar, workshop, konferensi, dan kursus online.

b. Isu dan Trend tentang SDM Perawat Komunitas

- 1) Isu terkait SDM Perawat Kesehatan Komunitas
Di Beberapa daerah terutama di daerah terpencil mengalami kekurangan perawat komunitas yang terlatih, sehingga pelayanan kesehatan tidak berkualitas.
- 2) Trend (kecenderungan) terkait SDM Perawat Kesehatan Komunitas

Trend atau kecenderungan untuk mengatasi kekurangan sumber daya manusia, terutama perawat kesehatan komunitas di Indonesia, merupakan tantangan besar namun sangat penting.

Trend terkait SDM Perawat Kesehatan Komunitas:

a) Pendidikan dan Pelatihan

Memperluas akses ke pendidikan keperawatan, terutama di daerah-daerah terpencil atau kurang berkembang, dengan membuka lebih banyak sekolah keperawatan atau program pelatihan di daerah, dan menyediakan beasiswa dan dukungan finansial bagi calon perawat untuk meningkatkan jumlah peserta dalam pendidikan keperawatan.

b) Pengembangan Karir dan Profesional

Menyediakan pelatihan dan kursus berkelanjutan untuk perawat yang sudah ada agar mereka dapat memperbarui keterampilan dan pengetahuan, dan menyediakan jalur karir yang jelas dan kesempatan pengembangan profesional untuk memotivasi perawat agar tetap bekerja di sektor kesehatan.

c) Incentif dan Dukungan

Meningkatkan kompensasi yang layak: gaji dan tunjangan untuk perawat, terutama di daerah-daerah yang sulit dijangkau atau kurang berkembang, dan memastikan bahwa fasilitas kerja dan peralatan medis memadai sehingga perawat dapat bekerja dengan efektif dan efisien.

d) Peningkatan Kualitas Kerja

Mengelola beban kerja dengan baik untuk mencegah kelelahan dan *burn out* di kalangan perawat, dan menyediakan dukungan emosional/psikologis dan program kesejahteraan untuk menjaga kesehatan mental mereka.

e) Kolaborasi dan Kemitraan

Bekerja sama dengan lembaga pendidikan untuk memastikan bahwa kurikulum keperawatan relevan dengan kebutuhan masyarakat, serta mengajak sektor swasta untuk berinvestasi dalam pendidikan keperawatan dan pengembangan sumber daya manusia.

f) Perencanaan dan Kebijakan

Melakukan perencanaan tenaga kerja yang baik untuk memastikan distribusi perawat sesuai dengan kebutuhan populasi, dan mendorong pemerintah untuk membuat kebijakan yang mendukung pengembangan sumber daya manusia di sektor kesehatan, termasuk insentif untuk bekerja di daerah kurang berkembang.

c. Isu dan Trend Penelitian Keperawatan Komunitas

Penelitian dalam keperawatan komunitas merupakan area yang sangat penting dan berkembang, mengingat perannya yang vital dalam meningkatkan kesehatan masyarakat dan mengatasi berbagai tantangan kesehatan di tingkat komunitas. Berikut adalah beberapa isu dan tren utama yang terkait dengan penelitian dalam keperawatan komunitas saat ini:

1) Isu-isu terkait Penelitian Keperawatan Komunitas

a) Kesehatan Mental dan Kesejahteraan Emosional

Fokus pada kesehatan mental di komunitas, terutama dalam menangani stres, kecemasan, dan depresi. Penelitian sering kali mengeksplorasi intervensi berbasis komunitas untuk mendukung kesejahteraan emosional.

b) Penyakit Kronis dan Manajemen Jangka Panjang

Penelitian tentang manajemen penyakit kronis seperti diabetes, hipertensi, dan penyakit jantung. Pendekatan berbasis komunitas untuk mendukung pasien dengan kondisi kronis dan meningkatkan kualitas hidup mereka.

c) Kesehatan Keluarga

Fokus pada intervensi untuk meningkatkan kesehatan keluarga, termasuk imunisasi, gizi, dan pendidikan kesehatan.

d) Kesehatan Lansia

Penelitian tentang strategi untuk mendukung lansia di komunitas, termasuk pencegahan jatuh, manajemen poly pharmacy, dan dukungan untuk kehidupan mandiri.

e) Akses dan Kesenjangan Kesehatan

Investigasi mengenai akses terhadap layanan kesehatan, terutama di daerah terpencil atau kurang terlayani, serta

upaya untuk mengurangi kesenjangan kesehatan antara berbagai kelompok sosial-ekonomi.

f) Edukasi dan Pelatihan Keperawatan

Pengembangan dan evaluasi program pelatihan untuk perawat komunitas guna meningkatkan keterampilan mereka dalam memberikan perawatan yang holistik dan berbasis bukti.

2) Trend (kecenderungan) terkait Penelitian Keperawatan Komunitas

a) Pendekatan Berbasis Bukti

Peningkatan penggunaan data dan penelitian berbasis bukti untuk menginformasikan praktik keperawatan komunitas dan kebijakan kesehatan.

b) Telemedicine dan Teknologi Digital

Integrasi teknologi digital dalam praktik keperawatan komunitas, termasuk penggunaan telemedicine untuk meningkatkan akses ke perawatan dan pengelolaan kesehatan jarak jauh.

c) Model Perawatan Terpadu

Penerapan model perawatan terpadu yang melibatkan kolaborasi antar profesional kesehatan untuk memberikan perawatan yang komprehensif kepada pasien di komunitas.

d) Kesehatan Global dan Kesehatan Masyarakat

Penelitian yang fokus pada tantangan kesehatan global dan bagaimana model keperawatan komunitas dapat diadaptasi untuk memenuhi kebutuhan di berbagai konteks budaya dan geografis.

e) Partisipasi Komunitas

Pendekatan partisipatif dalam penelitian yang melibatkan anggota komunitas dalam proses penelitian untuk memastikan relevansi dan efektivitas intervensi yang diusulkan.

f) Kesehatan Lingkungan dan Sosial

Penelitian tentang bagaimana faktor lingkungan dan sosial mempengaruhi kesehatan komunitas, termasuk dampak perubahan iklim, polusi, dan faktor sosial-ekonomi.

g) Pencegahan dan Promosi Kesehatan

Fokus pada strategi pencegahan dan promosi kesehatan yang melibatkan pendidikan, kampanye kesehatan, dan intervensi berbasis komunitas untuk mencegah penyakit dan mempromosikan gaya hidup sehat.

d. Isu dan Trend Organisasi Profesi Keperawatan Komunitas

Di Indonesia organisasi perawat kesehatan komunitas adalah Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) yang mewadahi para perawat yang bekerja di bidang kesehatan komunitas di Indonesia dengan tujuan utamanya meningkatkan kualitas perawatan kesehatan komunitas melalui pengembangan profesionalisme perawat, pelatihan, dan pendidikan berkelanjutan. Selain itu, IPKKI juga berperan dalam advokasi untuk kebijakan kesehatan yang mendukung peran perawat komunitas, serta promosi kesehatan di masyarakat. IPKKI juga terlibat dalam berbagai kegiatan, seperti penyelenggaraan seminar, workshop, dan pelatihan untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuan anggota. IPKKI berkolaborasi dengan berbagai lembaga pemerintah dan non-pemerintah untuk mendukung program-program kesehatan masyarakat dan memperbaiki sistem kesehatan komunitas di Indonesia.

Keberadaan dan aktivitas organisasi profesi ini sangat penting untuk memastikan bahwa perawat komunitas mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan untuk memberikan pelayanan berkualitas tinggi kepada masyarakat.

1) Isu-isu terkait Organisasi Profesi Keperawatan Komunitas

Isu-isu terkait dengan organisasi profesi keperawatan komunitas sebagai tantangan.

a) Kurangnya Dukungan dan Pengakuan

Di beberapa tempat, keperawatan komunitas masih belum mendapatkan dukungan yang memadai dari pemerintah atau lembaga Kesehatan. termasuk kurangnya pengakuan atas peran penting organisasi perawat komunitas dalam sistem kesehatan, yang berdampak pada pengakuan profesi dan sumber daya yang tersedia.

b) Kesejahteraan Profesional

Masalah kesejahteraan profesional seperti stres, kelelahan, dan burn out juga sering terjadi di kalangan perawat komunitas. Hal ini dapat mempengaruhi kualitas layanan perawatan dan kepuasan kerja.

c) Perubahan Kebijakan dan Regulasi

Perubahan kebijakan dan regulasi kesehatan yang cepat atau sering membuat kesulitan tersendiri bagi perawat komunitas untuk menyesuaikan diri, terutama jika tidak ada pelatihan atau sumber daya yang memadai untuk mengatasi perubahan tersebut.

d) Stigma dan Persepsi Publik

Perawat komunitas terkadang menghadapi stigma atau persepsi negatif dari masyarakat atau profesional kesehatan lainnya yang mungkin tidak sepenuhnya memahami atau menghargai peran perawat di komunitas.

2) Trend (kecenderungan) terkait Organisasi Keperawatan Komunitas

Trend atau kecenderungan terkait organisasi profesi keperawatan, meliputi:

a) Peningkatan Pendidikan dan Pelatihan

a) Memastikan bahwa kurikulum pendidikan keperawatan komunitas yang relevan, mencakup keterampilan dan pengetahuan terkini yang dibutuhkan untuk menangani tantangan di lapangan.

b) Menyediakan pelatihan berkelanjutan dan program pengembangan profesional untuk membantu perawat komunitas tetap up-to-date dengan praktik terbaik dan teknologi terbaru.

b) Peningkatan Komunikasi dan Koordinasi

(1) Mengadakan forum diskusi atau pertemuan rutin untuk membahas tantangan dan solusi dalam praktik keperawatan komunitas

(2) Membangun kemitraan dengan lembaga kesehatan, pemerintah, dan organisasi non-pemerintah untuk koordinasi yang lebih baik.

c) Standarisasi Praktik dan Proses

- (1) Mengembangkan dan menerapkan pedoman serta protokol standar yang jelas untuk praktik keperawatan komunitas.
 - (2) Melakukan audit dan evaluasi rutin terhadap praktik dan proses untuk memastikan kualitas dan konsistensi layanan.
- d) Dukungan dan Kesejahteraan Anggota
- (1) Menyediakan fasilitas dan sumber daya yang memadai bagi perawat komunitas untuk melaksanakan tugas mereka secara efektif.
 - (2) Menyediakan dukungan mental dan emosional bagi perawat untuk mengatasi stres dan burn out.
- e) Advokasi dan Kebijakan
- (1) Mengadvokasi kepentingan profesi keperawatan komunitas di tingkat kebijakan dan keputusan politik untuk memastikan dukungan yang memadai.
 - (2) Mendorong pengembangan kebijakan yang mendukung kebutuhan dan tantangan unik keperawatan komunitas.
- f) Peningkatan Kesadaran Masyarakat
- (1) Meningkatkan kesadaran masyarakat tentang peran dan kontribusi perawat komunitas melalui kampanye edukasi dan promosi.
 - (2) Meningkatkan keterlibatan komunitas dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan.
- g) Penggunaan Teknologi
- (1) Mengimplementasikan sistem informasi kesehatan untuk mempermudah pencatatan, pelaporan, dan koordinasi.
 - (2) Memanfaatkan telemedicine untuk meningkatkan akses dan efisiensi dalam layanan keperawatan komunitas.
- h) Penelitian dan Pengembangan
- (1) Mendorong penelitian untuk mengidentifikasi tantangan dan solusi baru dalam praktik keperawatan komunitas.
 - (2) Mengembangkan inovasi dalam pendekatan dan metode layanan untuk meningkatkan efektivitas.

e. Isu dan Trend dalam Pelayanan Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas adalah pelayanan keperawatan profesional yang ditujukan pada masyarakat dengan penekanan kelompok risiko tinggi dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemeliharaan rehabilitas dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan. Dalam perjalanan pelayanannya.

1) Isu-isu terkait Pelayanan Keperawatan Komunitas

- a) Pelayanan keperawatan kesehatan komunitas menghadapi berbagai isu serta tantangan yang dapat memengaruhi efektivitas dan kualitas layanan. meliputi:
 - b) Perawat yang menjalankan praktik keperawatan wajib memiliki surat tanda registrasi (STR). Pada tahun 2023, ada perubahan penting dimana STR perawat berlaku seumur hidup. Ini berarti perawat tidak perlu lagi memperbarui STR secara berkala, selama perawat terus memenuhi persyaratan profesi dan etika.
 - c) Terbatasnya jumlah tenaga keperawatan, peralatan medis, dan dana dapat menghambat pelaksanaan program kesehatan komunitas secara optimal.
 - d) Kesenjangan Akses, di beberapa daerah, terutama di wilayah terpencil atau kurang berkembang, akses ke layanan kesehatan masih sangat terbatas. Ini termasuk kurangnya fasilitas kesehatan dan kesulitan dalam transportasi.
 - e) Kesadaran dan Pendidikan Kesehatan. Banyak masyarakat yang belum memiliki pemahaman yang memadai tentang pentingnya kesehatan dan pencegahan penyakit. Kurangnya pendidikan kesehatan dapat menghambat upaya pencegahan dan pengobatan.
 - f) Kultur dan Bahasa. Perbedaan kultur dan bahasa antara petugas kesehatan dan komunitas dapat menjadi hambatan dalam komunikasi, pemahaman, dan penerimaan terhadap layanan kesehatan.
 - g) Stigma dan Discrimination. Stigma terkait dengan penyakit tertentu atau layanan kesehatan, seperti kesehatan mental

atau HIV/AIDS, dapat menghambat orang untuk mencari bantuan atau mengikuti program yang disarankan.

- h) Kurangnya Dukungan Keluarga dan Komunitas. Dukungan keluarga dan komunitas sangat penting untuk keberhasilan program kesehatan. Kurangnya dukungan dapat mengurangi efektivitas intervensi keperawatan.
 - i) Keterbatasan dalam koordinasi antara berbagai penyedia layanan kesehatan dan lembaga terkait dapat menyebabkan duplikasi usaha atau kekurangan dalam perawatan yang diberikan.
 - j) Masalah Administrasi dan Kebijakan. Kebijakan yang tidak memadai atau administrasi yang tidak efisien dapat menghambat pelaksanaan dan pengembangan layanan keperawatan komunitas.
 - k) Kesejahteraan dan Kesehatan Petugas Kesehatan. Kelelahan, stres, dan burnout dapat mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan.
 - l) Kurangnya sistem yang baik untuk mengevaluasi dan memantau efektivitas layanan dapat membuat sulit untuk mengetahui apa yang berfungsi dengan baik dan apa yang perlu diperbaiki.
- 2) Trend (kecenderungan) terkait Pelayanan Keperawatan Komunitas

Menghadapi isu-isu dalam pelayanan keperawatan komunitas memerlukan pendekatan yang komprehensif. Tren-tren ini mencerminkan evolusi dalam praktik keperawatan komunitas, berfokus pada integrasi teknologi, keterlibatan klien, dan pendekatan yang lebih holistik dan berbasis bukti.

- a) STR seumur hidup

Meskipun STR berlaku seumur hidup, perawat tetap diwajibkan untuk mengikuti pendidikan dan pelatihan berkelanjutan untuk memastikan keterampilan dan pengetahuan tetap up-to-date. Hal ini penting untuk menjaga standar profesional dalam praktik keperawatan. Jika perawat terbukti melanggar kode etik atau melakukan tindakan yang merugikan pasien, ada mekanisme

pemantauan dan sanksi yang dapat diberlakukan. Ini bisa meliputi pencabutan STR atau tindakan disipliner lainnya.

b) Pendekatan Berbasis Data dan Teknologi

Penggunaan teknologi untuk memberikan layanan keperawatan jarak jauh, seperti konsultasi virtual, monitoring kesehatan, dan edukasi (*tele-nursing*) dan mengimplementasikan Rekam Medis Elektronik (RME) untuk meningkatkan koordinasi perawatan dan pemantauan kesehatan individu dalam komunitas.

c) Perawatan Berfokus pada Pasien dan Keluarga

Perawatan berorientasi keluarga, yakni melibatkan keluarga dalam perencanaan dan pelaksanaan perawatan untuk meningkatkan hasil kesehatan. Perawatan personalisasi, yakni menyesuaikan intervensi keperawatan dengan kebutuhan unik setiap individu dan keluarga.

d) Pencegahan dan Promosi Kesehatan

Berinisiatif untuk mencegah penyakit melalui edukasi, skrining, dan vaksinasi, serta mendorong gaya hidup sehat dan pencegahan penyakit melalui kampanye kesadaran dan kegiatan edukatif.

e) Kesehatan Publik dan Kesetaraan Akses

Upaya untuk mengatasi ketidaksetaraan dalam akses dan kualitas layanan kesehatan, terutama di daerah kurang terlayani dan fokus pada kesehatan kelompok-kelompok di komunitas untuk meningkatkan hasil kesehatan secara keseluruhan.

f) Kolaborasi antar profesional kesehatan, bekerja dalam tim lintas disiplin untuk menyediakan perawatan yang komprehensif dan terkoordinasi. Bekerja sama dengan organisasi lokal untuk meningkatkan dukungan dan sumber daya bagi individu dan keluarga.

g) Pendekatan berbasis bukti mengintegrasikan penelitian terbaru dan praktik terbaik ke dalam perawatan sehari-hari untuk meningkatkan hasil dan efisiensi.

h) Pemberdayaan Komunitas, dengan melibatkan komunitas dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan untuk meningkatkan keterlibatan dan efektivitas.

- i) Manajemen Penyakit Kronis seperti mengelola penyakit kronis diabetes dan hipertensi di komunitas, dan memberikan edukasi dan dukungan kepada individu untuk mengelola kondisi kesehatan mereka secara mandiri.

B. Latihan

Bacalah setiap butir soal berikut ini dengan cermat dan kerjakanlah terlebih dahulu butir soal yang menurut saudara relatif lebih mudah. Selamat mengerjakan latihan ini, semoga selalu sukses.

1. Trend atau kecenderungan terkait Pendidikan berkelanjutan untuk perawat komunitas kecuali..
 - A. Kepuasan pribadi
 - B. Etika dan hukum dalam keperawatan
 - C. Manajemen program
 - D. Komunikasi efektif
 - E. Update pengetahuan klinis
2. Di Beberapa daerah terutama di daerah terpencil mengalami kekurangan perawat komunitas yang terlatih, sehingga pelayanan Kesehatan cenderung tidak berkualitas. Isu tersebut terkait dengan...
 - A. SDM
 - B. Pendidikan
 - C. Penelitian
 - D. Pelayanan
 - E. Pengabdian
3. Isu penelitian di area keparawatan komunitas yang berhubungan dengan masalah kesehatan yang saat ini sedang berkembang....
 - A. Penyakit kronis
 - B. Kesehatan mental
 - C. Kesehatan keluarga
 - D. Kesenjangan Kesehatan
 - E. Edukasi dan pelatihan
4. Terkait dengan organisasi profesi perawat komunitas, isu yang sedang berkembang, diantaranya...kecuali
 - A. Formasi pegawai melimpah

- B. Kurang dukungan dan pengakuan
 - C. Kesejahteraan professional
 - D. Perubahan kebijakan
 - E. Stigma publik
5. Trend terkait dengan layanan keperawatan komunitas, diantaranya adalah bergulirnya....
- A. STR seumur hidup
 - B. Kelangkaan Perawat sarjana
 - C. Pendidikan terbatas
 - D. Rasio dengan penduduk
 - E. Digitalisasi

C. Rangkuman

Keperawatan komunitas terus berkembang untuk menjawab tantangan kesehatan yang ada, dengan pendekatan yang lebih inklusif dan berbasis data. Fokus pada pendidikan, teknologi, dan kolaborasi adalah kunci untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Isu dalam keperawatan komunitas, dalam layanan kesehatan, masih terdapat ketimpangan akses layanan kesehatan di berbagai komunitas, terutama di daerah terpencil dan kurang mampu. Keperawatan komunitas harus menghadapi tantangan penyakit menular serta peningkatan penyakit tidak menular seperti diabetes dan hipertensi, disamping masalah kesehatan mental.

Tren Terkini, seperti penggunaan teknologi untuk memberikan layanan kesehatan jarak jauh (*telehealth*) yang semakin populer pasca-pandemi, tuntutan asuhan keperawatan pendekatan holistik untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara menyeluruh, termasuk aspek fisik, mental, dan sosial, yang memerlukan kolaborasi interprofesional, kerja sama antara berbagai profesi kesehatan untuk memberikan perawatan yang lebih komprehensif.

Melibatkan komunitas dalam perencanaan dan pelaksanaan program kesehatan untuk meningkatkan efektivitas intervensi menjadi hal yang mutlak dilakukan, untuk menanamkan keasadarn bahwa masalah kesehatan harus ditanggulangi bersama-sama.

D. Glosarium

STR	: Surat Tanda Registrasi
BPP PPNI	: Badan Pengurus Pusat PPNI
IPKKI	: Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia
PK I	: Perawat Klinik I
PK II	: Perawat Klinik II
PK III	: Perawat Klinik III
PK IV	: Perawat Klinik IV

E. Daftar Pustaka

- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan,
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan,
- Permenkes RI nomor 279 tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas,
- PerMenKes RI Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat KepMenKes RI No. HK.01/07/MENKES/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat,
- PPNI (2017), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, 2017, Edisi I Cetakan III, Jakarta
- PPNI (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil, Edisi I, Cetakan II, Jakarta, DPP PPNI
- PPNI (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi I, Cetakan II, Jakarta, DPP PPNI

BAB 5

PROSES KEPERAWATAN KOMUNITAS

Pendahuluan

Keperawatan Komunitas merupakan suatu bidang keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan (*Nursing*) dan kesehatan masyarakat (*Public health*) dengan dukungan peran serta masyarakat secara aktif dan mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan, tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai kesatuan utuh melalui proses keperawatan (*nursing process*) untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal sehingga mampu mandiri dalam upaya kesehatan.

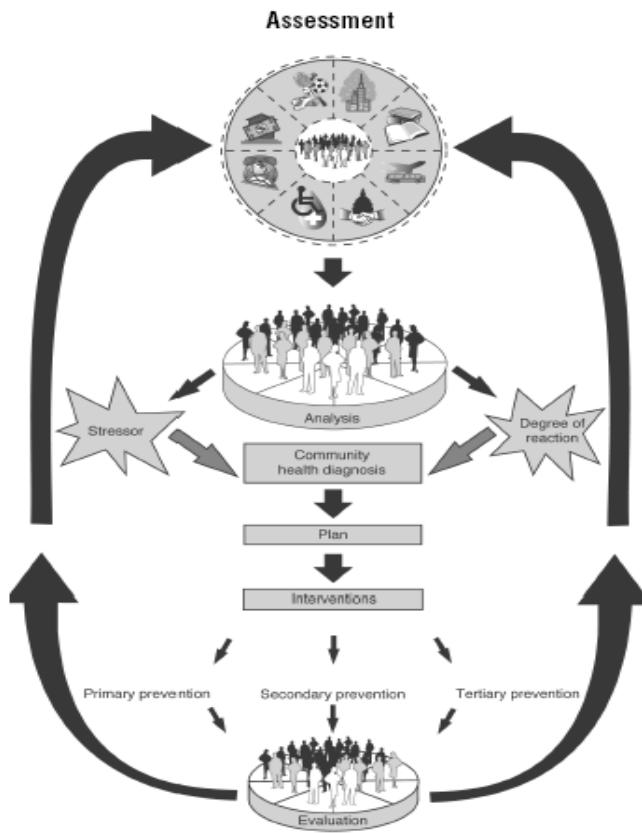
Proses keperawatan komunitas merupakan metode asuhan keperawatan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontinu dan berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan klien, keluarga, kelompok serta masyarakat melalui langkah-langkah seperti pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Praktik keperawatan kesehatan komunitas ini bersifat menyeluruh dengan tidak membatasi pelayanan yang diberikan kepada kelompok umur tertentu, berkelanjutan dan melibatkan masyarakat. Tujuan keperawatan komunitas diarahkan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat hidup sehat sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal, sehingga dapat menjalankan fungsi kehidupan sesuai dengan kapasitas yang mereka miliki. Secara khusus ditujukan agar masyarakat mampu: 1) Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami, 2) Menetapkan masalah kesehatan dan memprioritaskan masalah tersebut, 3) Merumuskan berbagai alternatif pemecahan masalah kesehatan atau keperawatan, 4) Menanggulangi masalah kesehatan atau keperawatan yang mereka hadapi, 5) Mengevaluasi sejauh mana pemecahan masalah yang mereka hadapi, yang akhirnya dapat meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan secara mandiri (*self care*). 6) Penilaian hasil kegiatan dalam memecahkan masalah kesehatan atau keperawatan, 7) Mendorong dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam

pelayanan kesehatan atau keperawatan, 8) Meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan secara mandiri, dan 9) Menanamkan perilaku sehat melalui upaya pendidikan kesehatan.

Perawat di komunitas dalam menjalankan tugasnya, menggunakan proses keperawatan komunitas, dimulai dari pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan menyatakan bahwa asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi dengan klien dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya serta menegakkan diagnosis keperawatan. UU No. 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan mengemukakan bahwa setiap tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya berkewajiban untuk memenuhi standar profesi, standar pelayanan profesi dan standar prosedur operasional, dipertegas dengan KepMenKes RI No. HK.01.07/Menkes/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat, bahwa standar kompetensi perawat dimaksudkan untuk memberikan jaminan kepada masyarakat dalam mendapatkan pelayanan berupa asuhan keperawatan oleh perawat yang kompeten. Standar profesi perawat menyebutkan bahwa daftar diagnosis keperawatan berisikan diagnosis keperawatan mengacu pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dan daftar keterampilan berisikan intervensi keperawatan yang mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Kriteria hasil mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Melalui aturan terkait penggunaan SDKI, SLKI, dan SIKI (3S), diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan serta mempermudah dalam proses diagnosis sampai dengan menentukan luaran dan intervensi keperawatan, dan semuanya menjadi praktis serta cepat.

Penerapan proses keperawatan komunitas dilakukan dengan pendekatan model *community assessment wheel* (*community as client model* atau *community as partner model*) dari Anderson dan Mc, Farlane. Model ini merupakan pengembangan dari model Neuman yang menggunakan pendekatan totalitas manusia untuk menggambarkan status kesehatan klien. Komunitas sebagai klien atau partner berperan serta aktif dalam meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengatasi masalah kesehatannya. Pendekatan Partner karena dianggap bahwa masalah kesehatan merupakan dampak dari semua sektor pembangunan, masalah kesehatan merupakan sesuatu yang kompleks yang dipengaruhi banyak faktor, serta masalah kesehatan merupakan tanggung jawab bersama setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Pada model ini

terdapat data inti dari komunitas (*community core*) dan delapan komponen (*sub system*).



Gambar 5.1 *Community as partner Model*

Tujuan Pembelajaran

Bab ini dirancang untuk memberikan wawasan tentang proses keperawatan komunitas, meliputi:

1. Pengkajian keperawatan komunitas
2. Perencanaan keperawatan komunitas
3. Implementasi keperawatan komunitas
4. Evaluasi keperawatan komunitas

Capaian Pembelajaran

Setelah melaksanakan pembelajaran tentang proses keperawatan komunitas, mahasiswa dapat:

1. Menjelaskan pengkajian keperawatan komunitas dengan tepat
2. Menyusun perencanaan keperawatan komunitas dengan tepat

3. Mengimplementasikan rencana keperawatan komunitas dengan baik
4. Mengevaluasi auhan keperawatan komunitas dengan tepat

Uraian Materi

A. Proses Keperawatan Komunitas

1. Pengkajian Keparawatan Komunitas

Pengkajian merupakan upaya pengumpulan data secara lengkap dan sistematis terhadap masyarakat untuk dikaji dan dianalisis, sehingga masalah kesehatan yang dihadapi oleh komunitas dapat ditentukan. Dalam tahap pengkajian ini terdapat lima kegiatan, yaitu: pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, perumusan atau penentuan masalah kesehatan komunitas dan prioritas masalah.

a. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai masalah kesehatan pada masyarakat sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah tersebut yang menyangkut aspek atau data. Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara: 1) Wawancara, yaitu kegiatan komunikasi timbal balik yang berbentuk tanya jawab antara perawat dengan pasien atau keluarga pasien, masyarakat tentang hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien. Wawancara harus dilakukan dengan ramah, terbuka, menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami oleh pasien atau keluarga pasien, dan selanjutnya hasil wawancara atau anamnesa dicatat dalam format proses keperawatan, 2) Pengamatan (Observasi), meliputi aspek lingkungan fisik, psikologis, perilaku dan sikap, dengan menggunakan panca indera.

1) Data Inti (*core*)

Pengkajian data inti (*core*) meliputi : 1) riwayat atau sejarah wilayah, 2) demografi/kependudukan, 2) karakteristik umur dan jenis kelamin (sex), 3) vital statistik seperti kesakitan, kematian, data penyakit, dan lain sebagainya, 4) suku bangsa, dan tipe keluarga, 5) status perkawinan, dan 6) nilai, kepercayaan dan agama.

2) Data Sub Sistem

Pengkajian data area ini meliputi delapan sub sistem, meliputi:

a) Lingkungan fisik

Pengkajian lingkungan fisik meliputi keadaan iklim, batas wilayah, kepadatan penduduk dan tanda-tanda kehidupan.

Dengan melakukan observasi, perawat juga melakukan pengumpulan data tentang perumahan, tempat-tempat bisnis, serta sistem sosial di masyarakat.

b) Pelayanan Kesehatan dan Sosial

Pengkajian pelayanan kesehatan dan sosial berkaitan dengan fasilitas pelayanan kesehatan dan sosial yang ada baik dari dalam maupun dari luar masyarakat. Fasilitas Pelayanan tersebut dikaji tentang jenis pelayanan yang diberikan, sumber daya manusia yang memberikan pelayanan, karakteristik pemakai pelayanan, keadequatan pelayanan, ketercapaian, dan tingkat penerimaan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan.

c) Ekonomi

Pengkajian ekonomi meliputi: 1) karakteristik finansial, seperti Pendapatan keluarga, persentase keluarga miskin, serta persentase keluarga yang kepala keluarganya wanita, dan 2) karakteristik pekerjaan, seperti status pekerjaan, bisnis-bisnis yang ada, serta persentase wanita yang bekerja.

d) Keamanan dan transportasi

Pengkajian keamanan meliputi: upaya-upaya perlindungan terhadap masyarakat dari kebakaran, kepolisian, perlindungan terhadap sanitasi, serta perlindungan terhadap air dan sumbernya. Pengkajian transportasi meliputi: sarana transportasi atau kendaraan yang digunakan oleh masyarakat, seperti bus, kereta api, kondisi jalan, dan lain-lain, juga dikaji kepemilikan dari sarana transportasi tersebut.

e) Politik dan Pemerintahan

Pengkajian politik meliputi: peran partai politik dalam pelayanan kesehatan, serta kebijakan pemerintah setempat terkait dengan pembangunan dan pelayanan kesehatan. Pengkajian pemerintahan meliputi keadaan rukun tetangga (RT), rukun warga (RW), Desa/Kelurahan, Kecamatan, dan lain-lain, juga dikaji kelompok pelayanan yang ada di masyarakat, seperti PKK, Karang Taruna, Panti, Pos Yandu, Pos Bindu, dn lain-lain.

f) Komunikasi

Pengkajian komunikasi meliputi: sarana komunikasi formal seperti koran, radio, televisi, telepon, dan lain-lain, sarana komunikasi informal seperti papan pengumuman, poster, brosur, dan lain-lain. Juga dikaji cara masyarakat menerima informasi, apakah dari mulut ke mulut, melalui surat, pengeras suara, atau bahkan radio dan televisi.

g) Pendidikan

Pengkajian pendidikan meliputi: tingkat pendidikan, tipe sekolah, dan bahasa yang digunakan, sedangkan pengkajian terkait pendidikan yang tersedia, meliputi: pelayanan pendidikan yang diberikan, sumber, karakteristik pemakai layanan pendidikan, keadequatan serta keterjangkauan.

h) Rekreasi

Pengkajian rekreasi meliputi: tempat dan macam rekreasi di masyarakat, bayaran, dan karakteristik pengguna layanan rekreasi.

b. Pengolahan Data

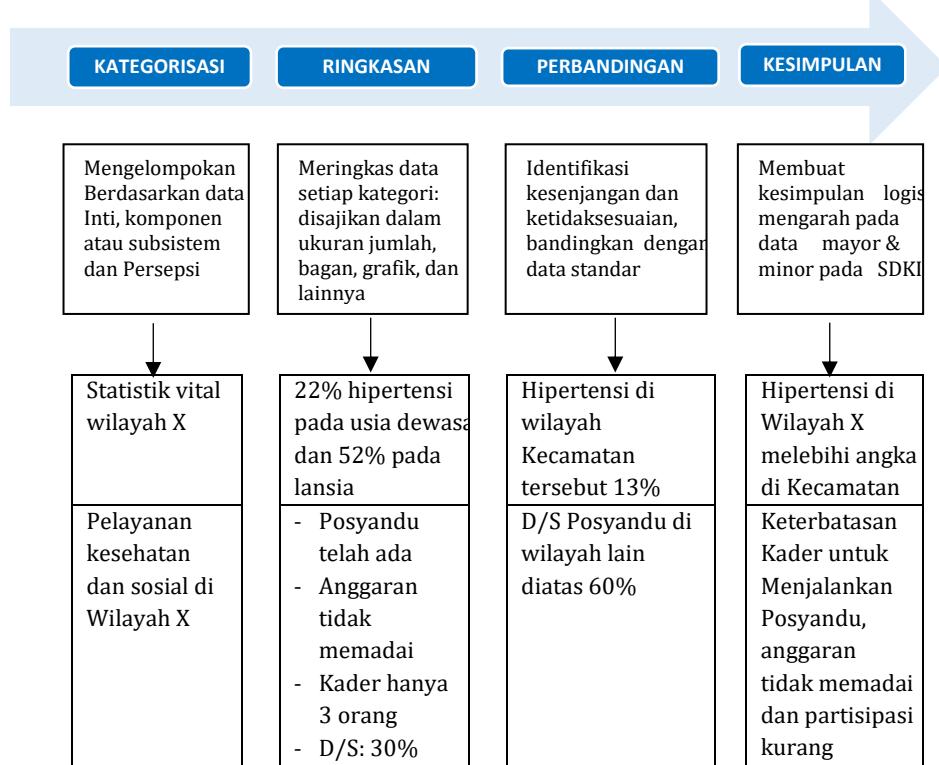
Setelah data diperoleh, kegiatan selanjutnya adalah pengolahan data dengan cara: 1) mengklasifikasi data atau kategori data, 2) penghitungan prosentase cakupan, 3) tabulasi data, dan 4) Interpretasi data.

c. Analisis Data

Analisis data adalah kemampuan untuk mengaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat, apakah itu masalah kesehatan atau masalah keperawatan. Pada analisa data juga dilakukan interpretasi data untuk mencari penyebab munculnya masalah, baik terkait perilaku maupun lingkungan atau keduanya.

1) Tahap Analisis Data

Data yang telah terkumpul dari hasil pengkajian inti, subsistem dan persepsi komunitas dengan berbagai metode pengumpulan data selanjutnya dilakukan analisis untuk mendapatkan rumusan diagnosa keperawatan komunitas.



Gambar 5.2 Tahap Analisis data

2) Formulasi Masalah

Tabel 5.1 Formulasi Masalah

Data Fokus	Diagnosis Keperawatan
<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angka Hipertensi dewasa dan lansia 55% • Angka DM dewasa dan lansia 32% • Jumlah kedatangan peserta posbindu PTM 10% • 30% dari populasi penduduk wilayah A merupakan lansia awal dan lansia lanjut <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kader mengatakan bahwa sudah ada posbindu PTM yang dibentuk namun anggaran tidak cukup untuk operasional pelaksanaan tiap bulan, jumlah kader kesehatan masih kurang 	Defisit Kesehatan Komunitas

d. Diagnosis Keperawatan Komunitas

Perumusan atau penulisan diagnosis disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan memiliki 2 komponen utama, yaitu Masalah (Problem) atau Label Diagnosis dan Indikator Diagnostik.

1) Masalah (*Problem*)

Masalah merupakan label diagnosis keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis ini terdiri dari Deskriptor atau penjelasan dan Fokus Diagnostik. Deskriptor merupakan pernyataan yang menjelaskan bagaimana suatu fokus diagnosis terjadi. Beberapa deskriptor yang digunakan dalam diagnosis keperawatan diuraikan melalui gambar dibawah ini.

2) Indikator Diagnostik

Indikator diagnostik terdiri dari penyebab, tanda/gejala, dan faktor resiko dengan uraian sebagai berikut:

a) Penyebab (*Etiology*)

Merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Etiologi ini dapat mencakup 4 kategori, yaitu; 1) Fisiologis, Biologis atau Psikologis, 2) Efek Terapi/Tindakan, 3) Situasional (lingkungan atau personal), dan 4) Maturasional.

b) Tanda (*Sign*) dan Gejala (*Symptom*)

Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostik. Sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis atau pengkajian. Tanda/gejala ini dikelompokan menjadi 2 kategori, yaitu:

(1) Tanda/Gejala Mayor: Ditemukan sekitar 80% – 100% untuk validasi diagnosis,

(2) Tanda/Gejala Minor: Tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosis.

c) Faktor Risiko (*Risk Factor*)

Merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan klien dalam mengalami masalah kesehatan atau proses kehidupannya. Indikator diagnosis ini akan berbeda-beda pada masing-masing macam jenis diagnosis.

(1) Pada diagnosis aktual, indikator diagnostiknya terdiri dari penyebab dan tanda/gejala.

(2) Pada diagnosis resiko, tidak memiliki penyebab dan tanda/gejala, melainkan hanya faktor risiko saja.

- (3) Pada diagnosis promosi kesehatan, hanya memiliki tanda/gejala yang menunjukkan kesiapan klien untuk mencapai kondisi yang lebih optimal.
- 3) Daftar Diagnosis Keperawatan Komunitas
- Diagnosis keperawatan komunitas yang tersedia dalam buku SDKI PPNI (2017) sebagai berikut:
- Diagnosis Keperawatan Komunitas – Aktual
 - Koping komunitas tidak efektif (D.0095)
 - Perilaku kesehatan cenderung berisiko (D.0099)
 - Defisit kesehatan komunitas (D.0110)
 - Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)
 - Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)
 - Diagnosis Keperawatan Komunitas – Promosi Kesehatan
 - Kesiapan peningkatan koping komunitas (D.0091)
 - Kesiapan peningkatan manajemen Kesehatan (D.0112)
- Dalam Buku SDKI, setiap Diagnosis Keperawatan di jelaskan seperti bagan di bawah.

Tabel 5.2 Diagnosis Keperawatan

Koping Komunitas Tidak Efektif Kategori : Psikologis Subkategori : Integritas Ego	D.0095
Definisi Pola adaptasi aktivitas komunitas dan penyelesaian masalah yang tidak memuaskan untuk memenuhi tuntutan dan kebutuhan masyarakat.	
Penyebab 1. Paparan bencana (alam atau buatan manusia) 2. Riwayat bencana (alam atau buatan manusia) 3. Ketidakadequatan sumber daya untuk pemecahan masalah 4. Ketidakcukupan sumber daya masyarakat (mis: istirahat, rekreasi, dukungan sosial) 5. Tidak adanya sistem masyarakat	
Gejala dan Tanda Mayor	
Subjektif Mengungkapkan ketidakberdayaan komunitas	Objektif 1. Komunitas tidak memenuhi harapan anggotanya 2. Konflik masyarakat meningkat

	3. Insiden masalah masyarakat tinggi (pembunuhan, pengrusakan, terorisme, perampokan, pelecehan, pengangguran, kemiskinan, penyakit mental)
Gejala dan Tanda Minor	
Subjektif Mengungkapkan kerentanan komunitas	Objektif 1. Partisipasi masyarakat kurang 2. Tingkat penyakit masyarakat meningkat 3. Stres meningkat
Kondisi Klinis Terkait	
1. Insiden kekerasan tinggi 2. Tingkat penyakit tinggi 3. Sedikitnya kesempatan atau lokasi untuk interaksi komunitas	

e. Prioritas masalah

Masalah yang telah dirumuskan tidak mungkin diatasi sekaligus, oleh karena itu diperlukan prioritas masalah. Nilai tertinggi tidak lebih dari 15, dan nilai tersebut menjadi prioritas untuk ditangani. Dalam menentukan prioritas masalah perlu mempertimbangkan berbagai faktor (kriteria) sebagai berikut :

Diagnosis keperawatan komunitas :

No	Kriteria	Penilaian	Skor
1	Bagaimana pentingnya masalah untuk diatasi	1 = Rendah 2 = sedang 3 = Tinggi	
2	Perubahan positif pada komunitas jika masalah diatasi	0 = tidak ada 1 = rendah 2 = sedang 3 = tinggi	
3	Peningkatan kualitas hidup jika masalah diatasi	0 = tidak ada 1 = rendah 2 = sedang 3 = tinggi	
4	Rangking dari semua masalah (1- 6)	1 = paling tidak penting 6 = sangat penting	
Total Skor			

2. Rencana Keperawatan Komunitas

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan klien. Perencanaan keperawatan kesehatan masyarakat disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan. Rencana keperawatan yang disusun harus mencakup: 1) perumusan tujuan, 2) rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan, dan 3) kriteria hasil untuk menilai pencapaian tujuan.

Langkah-langkah dalam perencanaan keperawatan kesehatan masyarakat antara lain sebagai berikut :

- a. Identifikasi alternatif tindakan keperawatan
- b. Tetapkan teknik dan prosedur yang akan digunakan
- c. Melibatkan peran serta masyarakat dalam menyusun perencanaan melalui kegiatan musyawarah masyarakat desa atau lokakarya mini
- d. Pertimbangkan sumber daya masyarakat dan fasilitas yang tersedia
- e. Tindakan yang akan dilaksanakan harus dapat memenuhi kebutuhan yang sangat dirasakan masyarakat
- f. Mengarah kepada tujuan yang akan dicapai
- g. Tindakan harus bersifat realistik
- h. Disusun secara berurutan

Perencanaan keperawatan komunitas mengacu pada standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), dibutuhkan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Luaran (*Outcome*) keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respons terhadap intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Standar luaran keperawatan akan menjadi acuan bagi perawat dalam menetapkan kondisi atau status kesehatan secara optimal yang diharapkan dan dapat dicapai oleh klien setelah meberikan tindakan keperawatan. Dengan adanya luaran keperawatan, maka tingkat keberhasilan tindakan keperawatan dapat dilihat dan diukur secara spesifik, penggunaan luaran ini juga akan menjamin penggunaan

terminologi luaran yang seragam dan terstandarisasi, sehingga luaran keperawatan dapat dikomunikasikan secara baik oleh perawat atau petugas lainnya.

Penetapan luaran keperawatan harus memenuhi prinsip SMART: Specific, Measurable (dapat diukur), Attainable (dapat dicapai), dan Realistic. Spesific dan Measurable merupakan label dan kriteria hasil yang distandarisasi, sedangkan Attainable, Realistic, dan Timed disesuaikan kondisi klien dengan menggunakan *clinical judgement* perawat.

1) Klasifikasi Luaran Keperawatan

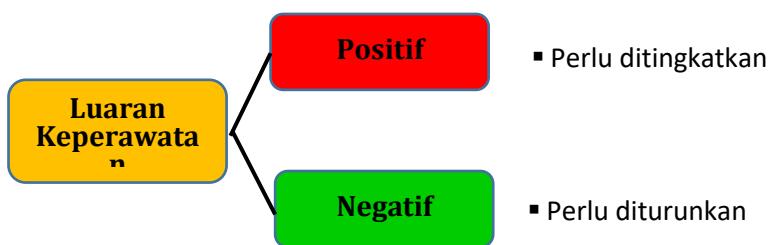
Luaran Keperawatan diklasifikasikan menjadi lima kategori, yaitu:

- 1) Fisiologis, meliputi: respiration, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensory, serta reproduksi dan seksualitas,
- 2) Psikologis, meliputi: nyeri dan kenyamanan, integritas ego, serta pertumbuhan dan perkembangan.
- 3) Perilaku, meliputi: kebersihan diri serta penyuluhan dan pembelajaran
- 4) Relasional, meliputi: interaksi sosial
- 5) Lingkungan, meliputi: keamanan dan proteksi

2) Jenis Luaran Keperawatan

Luaran Keperawatan terbagi menjadi dua jenis, yaitu:

- 1) Luaran Negatif, Luaran yang menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, dan penetapan luaran ini akan mengarahkan pada pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan.
- 2) Luaran Positif, Luaran yang menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat, dan penetapan luaran ini akan mengarahkan pada pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki.



Gambar 5.3 Skema: Jenis Luaran Keperawatan (Sumber: SLKI PPNI Edisi II, 2019)

- 3) Komponen Luaran Keperawatan
 - 1) Label luaran keperawatan adalah kondisi perilaku atau persepsi klien yang dapat diubah atau diatasi dengan tindakan keperawatan, label tindakan keperawatan terdiri atas beberapa kata kunci informasi luaran.
 - 2) Ekspektasi, merupakan harapan seorang perawat terhadap hasil yang diharapkan tercapai dengan maksimal, yang menggambarkan seperti kondisi perilaku atau persepsi pasien akan berubah setelah diberikan intervensi keperawatan.
 - a. Meningkat, bertambah baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan.
 - b. Menurun, berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan.
 - c. Membaik, menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif.
 - 3) Kriteria Hasil

Kriteria hasil adalah karakteristik pasien yang dapat dilihat atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil dari tindakan keperawatan. Kriteria hasil juga dapat disebut sebagai indikator karena perubahan yang ingin dicapai setelah diberikan tindakan keperawatan.

Contoh:

Status Koping Komunitas	L.09089				
Definisi	Pola adaptasi aktivitas komunitas dan penyelesaian masalah yang memuaskan untuk memenuhi tuntutan dan kebutuhan masyarakat.				
Ekspektasi → Membaik					
Kriteria Hasil					
	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Keberdayaan komunitas	1	2	3	4	5
Perencanaan komunitas	1	2	3	4	5
Pemecahan masalah komunitas	1	2	3	4	5
Sumber daya komunitas	1	2	3	4	5
Partisipasi masyarakat	1	2	3	4	5
Kegiatan komunitas memenuhi harapan anggotanya	1	2	3	4	5
Komunikasi positif	1	2	3	4	5
Program rekreasi	1	2	3	4	5
Program relaksasi/ bersantai	1	2	3	4	5
Tanggung jawab komunikasi terhadap penatalaksanaan stres	1	2	3	4	5

	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Insiden masalah Kesehatan dalam komunitas	1	2	3	4	5
Kerentanan komunitas	1	2	3	4	5
Konflik dalam komunitas	1	2	3	4	5
Tingkat kejadian penyakit	1	2	3	4	5
Tingkat stres	1	2	3	4	5

4) Luaran Keperawatan Komunitas

Tabel 5.3 Luaran keperawatan Komunitas

No	SDKI	SKLI
1	Koping komunitas tidak efektif (D.0095)	Luaran Utama Status koping komunitas Luaran Tambahan 1. Ketahanan komunitas 2. Status Kesehatan komunitas
2	Perilaku kesehatan cenderung berisiko (D.0099)	Luaran Utama Perilaku Kesehatan Luaran Tambahan 1. Manajemen kesehatan 2. Manajemen kesehatan keluarga 3. Pemeliharaan kesehatan
3	Defisit kesehatan komunitas (D.0110)	Luaran Utama Status Kesehatan Komunitas Luaran Tambahan 1. Ketahanan Komunitas 2. Status Koping Komunitas
4	Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)	Luaran Utama Manajemen Kesehatan Luaran Tambahan 1. Pemeliharaan kesehatan 2. Proses informasi 3. Tingkat kepatuhan 4. Tingkat pengetahuan

5	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)	Luaran Utama Pemeliharaan Kesehatan Luaran Tambahan 1. Manajemen kesehatan 2. Perilaku kesehatan 3. Tingkat kepatuhan 4. Tingkat pengetahuan
6	Kesiapan peningkatan coping komunitas (D.0091)	Luaran Utama Status Kesehatan Komunitas Luaran Tambahan 1. Ketahanan Komunitas 2. Status Koping Komunitas 3. Tingkat Pengetahuan
7	Kesiapan peningkatan manajemen Kesehatan (D.0112)	Luaran Utama Manajemen Kesehatan Luaran Tambahan 1. Ketahanan komunitas 2. Status Kesehatan komunitas 3. Tingkat pengetahuan

Luaran dalam askep komunitas mencakup:

a) Prevensi primer

Pencegahan primer berfokus pada peningkatan kesehatan secara keseluruhan dari individu, keluarga, dan kelompok masyarakat. Perlindungan kesehatan ditujukan untuk mencegah terjadinya masalah kesehatan spesifik. Aspek perlindungan kesehatan dari pencegahan primer juga dapat melibatkan mengurangi atau menghilangkan faktor risiko sebagai cara untuk mencegah penyakit.

b) Prevensi sekunder

Prevensi berfokus pada identifikasi dini dan pengobatan masalah kesehatan yang ada dan terjadi setelah masalah Kesehatan telah muncul. Dalam praktek Kesehatan masyarakat pada tahap ini, penekanan utama adalah pada menyelesaikan masalah Kesehatan dan mencegah konsekuensi serius. Kegiatan pencegahan sekunder termasuk skrining dan diagnosis dini, serta pengobatan untuk masalah kesehatan yang ada.

c) Prevensi tersier

Prevensi berupa kegiatan yang bertujuan mengembalikan klien ke tingkat fungs tertinggi dan mencegah kerusakan lebih lanjut dalam kesehatan. Dalam keperawatan kesehatan masyarakat, pencegahan tersier juga berfokus pada pencegahan kekambuhan dari masalah.

3. Implementasi Keperawatan Komunitas

Implementasi keperawatan komunitas mengacu pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), merupakan tolok ukur yang digunakan sebagai panduan dalam penyusunan intervensi keperawatan dalam rangka memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif dan etis. Standar Intervensi Keperawatan mencakup intervensi keperawatan secara komprehensif pada berbagai level praktik (generalis dan spesialis), kategori, upaya Kesehatan, dan jenis intervensi.

Intervensi Keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan, sedangkan Tindakan Keperawatan adalah perilaku spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan

1) Komponen Intervensi Keperawatan

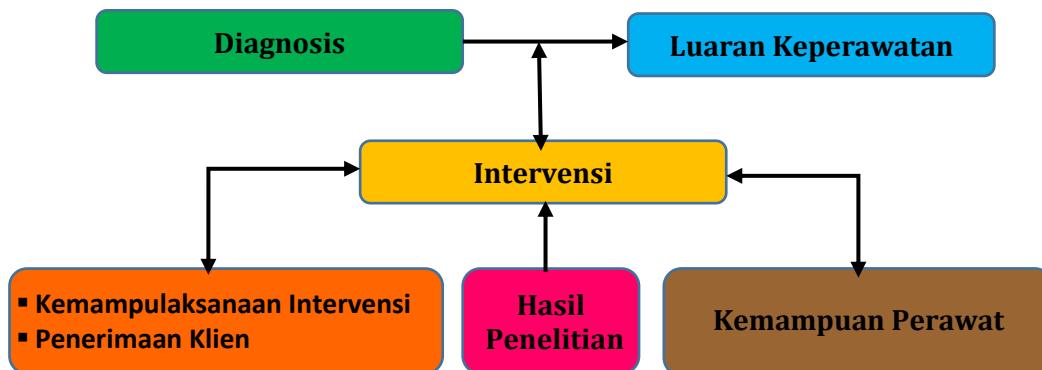
- a. Label: Nama dan intervensi yang merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi tentang intervensi tersebut.
- b. Definisi: Makna dari label intervensi berupa perilaku yang dilakukan oleh perawat.
- c. Tindakan: Rangkaian aktivitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan, yang terdiri dari: Tindakan Observasi, Tindakan Terapeutik, Tindakan Edukasi, dan Tindakan Kolaborasi.

2) Penentuan Intervensi Keperawatan

Dalam menentukan intervensi keperawatan, perawat perlu mempertimbangkan faktor berikut:

- a. Diagnosis keperawatan
- b. Luaran keperawatan
- c. Kemampulaksanaan interensi keperawatan
- d. Kemampuan perawat
- e. Penerimaan klien

f. Hasil penelitian



Gambar 5.4 Skema: Faktor Penentu Intervensi Keperawatan
(Sumber: SIKI PPNI)

3) Intervensi Keperawatan Komunitas

Tabel 5.4 Intervensi Keperawatan Komunitas

No	SDKI	SKLI	SIKI
1	Koping komunitas tidak efektif (D.0095)	Luaran Utama Status koping komunitas Luaran Tambahan 1. Ketahanan komunitas 2. Status Kesehatan komunitas	Intervensi Utama <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edukasi kesehatan ▪ Manajemen lingkungan komunitas ▪ Pengembangan kes. masyarakat Intervensi Pendukung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dukungan spiritual ▪ Dukungan memaafkan ▪ Dukungan pelaksanaan ibadah ▪ Dukungan pengungkapan kebutuhan ▪ Dukungan perasaan bersalah ▪ Dukungan sumber finansial ▪ Identifikasi risiko ▪ Konferensi multidisiplin ▪ Manajemen imunisasi ▪ Manajemen kasus ▪ Manajemen keselamatan lingkungan ▪ Pengontrolan infeksi

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Promosi keamanan berkendara ▪ Promosi resilien ▪ Rujukan ▪ Skrining Kesehatan ▪ Surveillance komunitas ▪ Triase bencana
2	Perilaku kesehatan cenderung berisiko (D.0099)	<p>Luaran Utama Perilaku Kesehatan</p> <p>Luaran Tambahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen kesehatan 2. Manajemen kesehatan keluarga 3. Pemeliharaan kesehatan 	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Modifikasi perilaku ▪ Promosi perilaku upaya kes. <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bimbingan antisipatif ▪ Bimbingan sistem Kesehatan ▪ Dukungan berhenti merokok ▪ Dukungan kelompok ▪ Dukungan coping keluarga ▪ Dukungan pengambilan keputusan ▪ Dukungan tanggung jawab pada diri sendiri ▪ Edukasi Kesehatan ▪ Edukasi perilaku upaya kes. ▪ Edukasi pola perilaku kebersihan ▪ Edukasi proses penyakit ▪ Identifikasi risiko ▪ Konseling ▪ Kontrak perilaku positif ▪ Manajemen perilaku seksual ▪ Penentuan tujuan bersama ▪ Promosi coping ▪ Reduksi ansietas ▪ Terapi kelompok ▪ Terapi pemberhentian merokok ▪ Terapi penyalahgunaan zat

3	Defisit kesehatan komunitas (D.0110)	<p>Luaran Utama</p> <table border="0"> <tr> <td>Status Komunitas</td><td>Kesehatan Komunitas</td></tr> </table> <p>Luaran Tambahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketahanan Komunitas 2. Status Koping Komunitas 	Status Komunitas	Kesehatan Komunitas	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pengembangan kes. masyarakat ▪ Promosi perilaku upaya kes. <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edukasi keselamatan lingkungan ▪ Edukasi perilaku mencari Kesehatan ▪ Manajemen lingkungan ▪ Surveillans komunitas ▪ Manajemen lingkungan komunitas ▪ Pencegahan risiko lingkungan ▪ Promosi kebersihan ▪ Skrining kesehatan
Status Komunitas	Kesehatan Komunitas				
4	Manajemen kesehatan tidak efektif (D.0116)	<p>Luaran Utama</p> <table border="0"> <tr> <td>Manajemen</td> <td>Kesehatan</td> </tr> </table> <p>Luaran Tambahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeliharaan kesehatan 2. Proses informasi 3. Tingkat kepatuhan 4. Tingkat pengetahuan 	Manajemen	Kesehatan	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dukungan pengambilan keputusan ▪ Dukungan tanggung jawab pada diri sendiri ▪ Edukasi Kesehatan ▪ Pelibatan keluarga <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bimbingan antisipatif ▪ Biblioterapi ▪ Bimbingan sistem Kesehatan ▪ Dukungan keluarga merencanakan perawatan ▪ Dukungan pengungkapan kebutuhan ▪ Dukungan sumber finansial ▪ Edukasi keselamatan lingkungan ▪ Edukasi keselamatan rumah ▪ Edukasi Latihan fisik ▪ Edukasi pengurangan risiko
Manajemen	Kesehatan				

			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Edukasi penilaian keselamatan ▪ Edukasi penyakit ▪ Edukasi perilaku mencari Kesehatan ▪ Edukasi program pengobatan ▪ Edukasi prosedur Tindakan ▪ Identifikasi risiko ▪ Konseling ▪ Kontrak perilaku positif ▪ Penentuan tujuan Bersama ▪ Perencanaan pulang ▪ Promosi hubungan positif ▪ Promosi kesiapan penerimaan informasi ▪ Promosi coping ▪ Promosi literasi Kesehatan ▪ Promosi perilaku upaya Kesehatan ▪ Promosi sistem pendukung ▪ Rujukan ▪ Skrining TBC
5	Pemeliharaan kesehatan tidak efektif (D.0117)	<p>Luaran Utama Pemeliharaan Kesehatan</p> <p>Luaran Tambahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen kesehatan 2. Perilaku kesehatan 3. Tingkat kepatuhan 4. Tingkat pengetahuan 	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Edukasi Kesehatan ▪ Kontrak perilaku positif ▪ Penentuan tujuan Bersama ▪ Promosi perilaku upaya kes. <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diskusi kepatuhan program pengobatan ▪ Dukungan pengungkapan kebutuhan ▪ Dukungan perawatan diri ▪ Dukungan proses berduka ▪ Dukungan sumber finansial

			<ul style="list-style-type: none"> ■ Dukungan tanggung jawab pada diri sendiri ■ Edukasi keselamatan lingkungan ■ Edukasi keselamatan rumah ■ Edukasi Latihan fisik ■ Edukasi perilaku upaya kes. ■ Edukasi pengurangan risiko ■ Edukasi penilaian keselamatan ■ Edukasi prosedur Tindakan ■ Edukasi program pengobatan ■ Edukasi proses penyakit ■ Identifikasi risiko ■ Konseling ■ Konsultasi ■ Manajemen perilaku ■ Mobilisasi keluarga ■ Pelibatan keluarga ■ Promosi kesiapan penerimaan informasi ■ Promosi komunikasi efektif ■ Promosi coping ■ Promosi sistem pendukung ■ Rujukan ■ Stimulasi kognitif ■ Fasilitasi pengungkapan kebutuhan ■ Konseling ■ Manajemen nutrisi ■ Mobilisasi keluarga ■ Pelibatan keluarga
6	Kesiapan peningkatan coping komunitas (D.0091)	Luaran Utama Status Komunitas Luaran Tambahan	Intervensi Utama ■ Dukungan kelompok pendukung ■ Promosi sistem pendukung

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketahanan Komunitas 2. Status Koping Komunitas 3. Tingkat Pengetahuan 	<p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Diskusi kelompok terarah ■ Dukungan spiritual ■ Edukasi penyalahgunaan alcohol ■ Edukasi penyalahgunaan zat ■ Intervensi krisis ■ Konseling ■ Manajemen keselamatan lingkungan ■ Manajemen lingkungan komunitas ■ Manajemen penyalahgunaan zat ■ Manajemen putus zat ■ Manajemen trauma pemeriksaan ■ Modifikasi perilaku keterampilan sosial ■ Pencegahan bunuh diri ■ Pencegahan penyalahgunaan zat ■ Pencegahan risiko lingkungan ■ Pengembangan kes. Masyarakat ■ Pengontrolan penyalahgunaan zat ■ Promosi resilien ■ Terapi rekreasi ■ Terapi relaksasi ■ Triase bencana
7	Kesiapan peningkatan manajemen Kesehatan (D.0112)	<p>Luaran Utama</p> <p>Manajemen Kesehatan</p> <p>Luaran Tambahan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketahanan komunitas 2. Status Kesehatan komunitas 3. Tingkat pengetahuan 	<p>Intervensi Utama</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bimbingan antisipatif ■ Edukasi Kesehatan ■ Edukasi penyakit ■ Identifikasi risiko ■ Manajemen perilaku ■ Penentuan tujuan Bersama <p>Intervensi Pendukung</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bimbingan sistem kesehatan

		<ul style="list-style-type: none"> ■ Dukungan pengambilan keputusan ■ Dukungan sumber finansial ■ Edukasi kelompok promosi ■ Edukasi keselamatan lingkungan ■ Edukasi keselamatan rumah ■ Edukasi Latihan fisik ■ Edukasi pengurangan risiko ■ Edukasi penilaian keselamatan ■ Edukasi perilaku mencari Kesehatan ■ Edukasi program pengobatan ■ Edukasi prosedur Tindakan ■ Fasilitasi pengungkapan kebutuhan ■ Konseling ■ Manajemen nutrisi ■ Mobilisasi keluarga ■ Pelibatan keluarga ■ dll
--	--	--

Pelaksanaan merupakan tahap realisasi dari rencana asuhan keperawatan yang telah disusun. Dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, perawat kesehatan masyarakat harus bekerjasama dengan anggota tim kesehatan lainnya, dan masyarakat. Prinsip yang umum digunakan dalam pelaksanaan atau implementasi pada keperawatan komunitas adalah:

a. *Inovative*

Perawat kesehatan masyarakat harus mempunyai wawasan luas dan mampu menyesuaikan diri dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (IPTEK) dan berdasar pada iman dan taqwa (IMTAQ)

b. *Integrated*

Perawat kesehatan masyarakat harus mampu bekerjasama dengan sesama profesi, tim kesehatan lain, individu, keluarga, kelompok dan masyarakat berdasarkan azas kemitraan

c. Rasional

Perawat kesehatan masyarakat dalam melakukan asuhan keperawatan harus menggunakan pengetahuan secara rasional demi tercapainya rencana program yang telah disusun.

d. Mampu dan mandiri

Perawat kesehatan masyarakat diharapkan mempunyai kemampuan dan kemandirian dalam melaksanakan asuhan keperawatan serta kompeten.

e. Urgensi

Perawat kesehatan masyarakat harus yakin dan percaya atas kemampuannya dan bertindak dengan sikap optimis bahwa asuhan keperawatan yang diberikan akan tercapai. Dalam melaksanakan implementasi yang menjadi fokus adalah: program kesehatan komunitas dengan strategi: komuniti organisasi dan *partnership in community (model for nursing partnership)*.

4. Evaluasi Keperawatan Komunitas

Evaluasi memuat keberhasilan proses dan keberhasilan tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut. Sedangkan keberhasilan tindakan dapat dilihat dengan membandingkan antara tingkat kemandirian masyarakat dalam perilaku kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan masyarakat komunitas dengan tujuan yang telah ditetapkan atau dirumuskan sebelumnya.

Kegiatan yang dilakukan dalam penilaian, meliputi :

- a. Membandingkan hasil tindakan yang dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan.
- b. Menilai efektifitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian sampai dengan pelaksanaan.
- c. Hasil penilaian keperawatan digunakan sebagai bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi.
- d. Perlu dipahami bersama oleh perawat kesehatan masyarakat bahwa evaluasi dilakukan dengan melihat respon komunitas terhadap rencana dan tindakan yang telah dilakukan.

B. Latihan

Bacalah setiap butir soal berikut ini dengan cermat dan kerjakanlah terlebih dahulu butir soal yang menurut saudara relatif lebih mudah. Selamat mengerjakan latihan ini, semoga selalu sukses.

1. Data pengkajian terkait dengan populasi atau komunitas, di sebut dengan data....
 - A. Inti
 - B. Sub Sistem
 - C. Primer
 - D. Skunder
 - E. Tertier
2. Diagnosis keperawatan komunitas mengacu pada....
 - A. SDKI
 - B. SLKI
 - C. SIKI
 - D. NANDA
 - E. NIC NOC
3. Pola adaptasi aktivitas komunitas, disebut....
 - A. Ekspektasi
 - B. Label
 - C. Definisi
 - D. Kriteria
 - E. Hasil
4. Perawat kesehatan masyarakat dalam melakukan asuhan keperawatan, harus mampu bekerjasama dengan sesama profesi, tim kesehatan lain, individu, keluarga, kelompok dan masyarakat berdasarkan azas kemitraan. Hal ini dsebut dengan...
 - A. Integrated
 - B. Inovative
 - C. Rasional
 - D. Mandiri
 - E. Urgensi

5. Kepentingan evaluasi dalam asuhan keperawatan komunitas untuk menilai terhadap rencana dan tindakan yang telah dilakukan...
 - A. Respon komunitas
 - B. Respon apparat
 - C. Respon para kader
 - D. Respon petugas Pembina
 - E. Respon perawat

C. Rangkuman

Proses keperawatan komunitas adalah pendekatan sistematis untuk meningkatkan kesehatan masyarakat melalui berbagai langkah, yakni pengkajian, untuk mengidentifikasi kebutuhan kesehatan komunitas melalui survei, wawancara, dan pengumpulan data. Diagnosis Keperawatan dengan menggunakan data yang telah dikumpulkan untuk menentukan masalah kesehatan utama yang dihadapi oleh komunitas dan mengacu pada SDKI, Perencanaan untuk mengembangkan rencana tindakan berdasarkan diagnosis yang telah ditetapkan. Rencana ini meliputi tujuan, strategi intervensi, dan pengalokasian sumber daya yang diperlukan dan mengacu pada SLKI, kemudian dilanjutkan dengan pelaksanaan yang mengacu pada SIKI, yakni mengimplementasikan rencana yang telah disusun, serta evaluasi, yaitu menilai efektivitas intervensi yang telah dilakukan. Proses keperawatan ini bersifat siklik dan berkesinambungan, di mana setiap langkah saling berkaitan dan mempengaruhi satu sama lain. Keberhasilan keperawatan komunitas tergantung pada kolaborasi dengan anggota komunitas, pemerintah, dan organisasi lain.

D. Glosarium

SDKI	: Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia
SLKI	: Standar Luaran Keperawatan Indonesia
SIKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia

E. Daftar Pustaka

- KepMenKes RI No. HK.01/07/MENKES/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat,
PPNI (2017), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, 2017, Edisi I Cetakan III, Jakarta
PPNI (2018), Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil, Edisi I, Cetakan II, Jakarta, DPP PPNI

PPNI (2018), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi I, Cetakan II, Jakarta, DPP PPNI
Permenkes RI nomor 279 tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas,
PerMenKes RI Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat: Siti Nur Kholidah dan Ns. Ayu Wahyu Widaggo, 2016. Modul Bahan Ajar Keperawatan Keluarga dan Komunitas
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan,
Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan,

PROFIL PENULIS



Dr. Drs. Supriadi., S.Kp., M.Kep., Sp.Kom., menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di PSIK FK Universitas Padjadjaran Bandung, Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Komunitas di FIK Universitas Indonesia Jakarta, dan Pendidikan Doktoral Bidang Pendidikan Masyarakat di Universitas Pendidikan Indonesia Bandung. Pengalaman mengajar dimulai sejak tahun 1988 dalam berbagai bidang keperawatan seperti Keperawatan Dasar, Falsafah dan Teori Keperawatan, Kebijakan Kesehatan dengan bidang utamanya Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Komunitas. Penulis juga aktif sebagai peneliti, pelaksana pengabdian kepada masyarakat, penulis buku serta nara sumber terkait pengembangan keperawatan Kesehatan masyarakat dan penjaminan mutu Pendidikan tinggi.

Penulis dapat dihubungi melalui email: supriadifalah@gmail.com

Pesan untuk pembaca: jadilah insan yang penuh manfaat untuk orang banyak, tidak ada kata malas membaca untuk hidup penuh arti.



Ns. Arneliwati, M.Kep., Lahir di Pekanbaru, 15 Februari 1979. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang DIII Akademi Keperawatan (AKPER) (2000), S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Universitas Andalas - Padang (2003) Program Studi Profesi Ners Universitas Andalas - Padang (2004). Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia – Jakarta, Keperawatan Komunitas dan lulus tahun pada tahun 2012. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2004 sebagai Dosen DIII Akademi Perawat (AKPER) Universitas Abdurrahman. Saat ini penulis bekerja di Universitas Riau mengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keluarga, Gerontik dan Kebencanaan. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar dan aktif dalam berbagai organisasi. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: arneliwati20@gmail.com
Motto: "Success is not the key to happiness. Happiness is the key to success. If you love what you are doing, you will be successful."

PROFIL PENULIS



Poniyah Simanullang, S.Kep., Ns., SKM., M.Kes., menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di FIK Universitas Darma Agung Medan. Lulus Sarjana Kesehatan Masyarakat dan Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Sumatera Utara Medan. Menjadi Dosen sejak 1 September 2005 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Darma Agung (FIK-UDA) Medan

Lulus Sertifikasi Dosen tahun 2013, dipercayakan sebagai Ketua Program Studi di Prodi S.1 FIK-UDA Medan sejak tahun 2014 sd sekarang. Aktif melakukan Tri Darma Perguruan Tinggi. Mengajar mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik dan Metodologi Penelitian dan Biostatistik. Menulis di jurnal Universitas Darma Agung, Jurnal Darma Agung Husada dan Jurnal Ilmiah Maksitek. Buku yang diterbitkan Keperawatan Gerontik, buku keperawatan keluarga, buku keperawatan komunitas, buku Teknik Penulisan Ilmiah. Penulis dapat dihubungi di simanullangponiyah@gmail.com



Syahrul, SKM., M.Kes., Lahir di Pariaman, 03 Oktober 1962. Lulus Akper Depkes Otten Bandung tahun 1988, S1 Kesehatan Masyarakat FKM USU Medan Tahun 1993, dan S2 Kesehatan Masyarakat FKM UI Jakarta Tahun 2004. Mengawali karier sebagai PNS di Puskesmas pada tahun 1982 sampai mengakiri pengabdian sebagai ASN dengan Jabatan Kepala Dinas Kesehatan Kota Pariaman tahun 2022, karena ketertarikan kepada dunia pendidikan diawali sebagai Guru Tidak Tetap di Sekolah Perawat Kesehatan Pemda Kabupaten Pariaman, Dosen dan Ketua Pada Stikes Nantongga Lubuk Alung dan Saait ini setelah Purnabakti mengabdi purnawaktu sebagai Ketua Stikes Piala Sakti

Pariaman. Penulis juga sebagai pengampu mata kuliah Keperawatan Komunitas, Keselamatan Pasien dan K3 serta Pendidikan dan Promosi Kesehatan.. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai Penelitian dan Pengabdian Masyarakat, penulis buku, publikasi, seminar. Selain itu sebagai insan perawat mengembangkan organisasi PPNI di Kabupaten Padang Pariaman dan Kota Pariaman selaku ketua DPD dan terakhir saat ini duduk sebagai Dewan Pertimbangan DPW PPNI Propinsi Sumatera Barat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: syahrul.mkes@gmail.com
Motto: "Living your life well"

SINOPSIS

Kesehatan komunitas merupakan aspek penting dari sistem kesehatan yang berfokus pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit serta upaya meningkatkan umur harapan hidup. Dalam konteks ini, peran perawat dalam kesehatan komunitas sangat vital untuk memastikan tercapainya tujuan-tujuan kesehatan yang lebih luas. Buku ini disusun sebagai panduan komprehensif untuk mendalami keperawatan komunitas, dan diharapkan dapat memberikan pemahaman yang memadai serta keterampilan yang diperlukan untuk menghadapi tantangan kesehatan masyarakat di lapangan.

Di era sekarang ini, tantangan kesehatan komunitas semakin kompleks, mulai dari meningkatnya prevalensi penyakit kronis (penyakit tidak menular) hingga munculnya penyakit menular baru. Oleh karena itu, keperawatan kesehatan komunitas tidak hanya membutuhkan pengetahuan yang mendalam tentang teori kesehatan, tetapi juga keterampilan praktis dalam merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi intervensi keperawatan.

Buku "Konsep Keperawatan Komunitas" ini merupakan buku yang ditujukan untuk mahasiswa keperawatan, untuk memberikan landasan teori yang kuat serta aplikasi praktis yang relevan dalam konteks keperawatan komunitas, maka dalam buku ini diuraikan tentang:

1. Komunitas sebagai Klien
2. Pengantar Kesehatan Komunitas dan Konsep Dasar Keperawatan Komunitas
3. Kebijakan Penanggulangan Masalah Kesehatan dan Program-Program Kesehatannya
4. Isu dan Trend dalam Keperawatan Komunitas
5. Proses Keperawatan Komunitas.

Selain itu, buku ini juga memperhatikan perkembangan terbaru dalam penelitian dan kebijakan kesehatan, sehingga pembaca dapat mengikuti tren terkini dan *best practices* dalam bidang keperawatan kesehatan komunitas. Dengan pendekatan yang interdisipliner dan berbasis bukti, buku ini diharapkan dapat memfasilitasi pengembangan profesional perawat serta meningkatkan kualitas layanan keperawatan di komunitas.

Dengan hadirnya buku ini diharapkan mahasiswa dapat mengaplikasikan ilmu yang telah dipelajari sehingga nantinya dapat menjalankan peran dan fungsinya sebagai perawat di komunitas, yang bertujuan untuk membantu meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat yang stinggi-tingginya.

Kesehatan komunitas merupakan aspek penting dari sistem kesehatan yang berfokus pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit serta upaya meningkatkan umur harapan hidup. Dalam konteks ini, peran perawat dalam kesehatan komunitas sangat vital untuk memastikan tercapainya tujuan-tujuan kesehatan yang lebih luas. Buku ini disusun sebagai panduan komprehensif untuk mendalami keperawatan komunitas, dan diharapkan dapat memberikan pemahaman yang memadai serta keterampilan yang diperlukan untuk menghadapi tantangan kesehatan masyarakat di lapangan.

Di era sekarang ini, tantangan kesehatan komunitas semakin kompleks, mulai dari meningkatnya prevalensi penyakit kronis (penyakit tidak menular) hingga munculnya penyakit menular baru. Oleh karena itu, keperawatan kesehatan komunitas tidak hanya membutuhkan pengetahuan yang mendalam tentang teori kesehatan, tetapi juga keterampilan praktis dalam merancang, melaksanakan, dan mengevaluasi intervensi keperawatan.

Buku Ajar Konsep Keperawatan Komunitas ini merupakan buku yang ditujukan untuk mahasiswa keperawatan, untuk memberikan landasan teori yang kuat serta aplikasi praktis yang relevan dalam konteks keperawatan komunitas, maka dalam buku ini diuraikan tentang:

1. Komunitas sebagai Klien
2. Pengantar Kesehatan Komunitas dan Konsep Dasar Keperawatan Komunitas
3. Kebijakan Penanggulangan Masalah Kesehatan dan Program-Program Kesehatannya
4. Isu dan Trend dalam Keperawatan Komunitas
5. Proses Keperawatan Komunitas.

Selain itu, buku ini juga memperhatikan perkembangan terbaru dalam penelitian dan kebijakan kesehatan, sehingga pembaca dapat mengikuti tren terkini dan best practices dalam bidang keperawatan kesehatan komunitas. Dengan pendekatan yang interdisipliner dan berbasis bukti, buku ini diharapkan dapat memfasilitasi pengembangan profesional perawat serta meningkatkan kualitas layanan keperawatan di komunitas.

Dengan hadirnya buku ini diharapkan mahasiswa dapat mengaplikasikan ilmu yang telah dipelajari sehingga nantinya dapat menjalankan peran dan fungsinya sebagai perawat di komunitas, yang bertujuan untuk membantu meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat yang stinggi-tingginya.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8775-27-9



9 78623 775279