

BUNGA RAMPAI

KEPERAWATAN KOMUNITAS



Ns. Maritje F Papilaja, S.Kep.,M.Kes
Idayanti, SPd, S.Kep, Ners, M.Kes
Ellen Pesak S.Kep., Ners., M.Kes
Ns. La Syam Abidin, M. Kep., Sp.Kep.Kom
Drg. Anie Kristiani, M.Pd
Ns. Meutia Chaizuran, M.Kep
Ns Lia Nurlianawati, M.Kep
Maya D. C. Masrikat, S.ST.,M.Kes (Epid)

Dismo Katiandagho, SST, M. Kes. Epid
Widyawati, SKp., M.Kep
Imam Abidin, S.Kep., Ners., M.Kep
Johana Tuegeh S.Pd., S.Sit, M.Kes
Dr Drs Agus Rokot, S.Pd.,M.Kes
Herlina Partisse Memah, SKM, M.Kes
Fitriani Fadillah, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Sety Julita S. Kep., M.Kep

BUNGA RAMPAI
KEPERAWATAN KOMUNITAS

Ns. Maritje F Papilaja, S.Kep.,M.Kes
Idayanti, SPd, S.Kep, Ners, M.Kes
Ellen Pesak S.Kep., Ners., M.Kes
Ns. La Syam Abidin, M. Kep., Sp.Kep.Kom
Drg. Anie Kristiani, M.Pd
Ns. Meutia Chaizuran, M.Kep
Ns Lia Nurlianawati, M.Kep
Maya D. C. Masrikat, S.ST.,M.Kes (Epid)
Dismo Katiandagho, SST, M. Kes. Epid
Widyawati, SKp., M.Kep
Imam Abidin, S.Kep., Ners., M.Kep
Johana Tuegeh S.Pd., S.Sit, M.Kes
Dr. Drs. Agus Rokot, S.Pd.,M.Kes
Herlina Partisse Memah, SKM, M.Kes
Fitriani Fadillah, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Sety Julita S. Kep., M.Kep

Editor :

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



BUNGA RAMPAI KEPERAWATAN KOMUNITAS

Penulis:

Ns. Maritje F Papilaja, S.Kep.,M.Kes
Idayanti, SPd, S.Kep, Ners, M.Kes
Ellen Pesak S.Kep., Ners., M.Kes
Ns. La Syam Abidin, M. Kep., Sp.Kep.Kom
Drg. Anie Kristiani, M.Pd
Ns. Meutia Chaizuran, M.Kep
Ns Lia Nurlianawati, M.Kep
Maya D. C. Masrikat, S.ST.,M.Kes (Epid)
Dismo Katiandagho, SST, M. Kes. Epid
Widyawati, SKp., M.Kep
Imam Abidin, S.Kep., Ners., M.Kep
Johana Tuegeh S.Pd., S.Sit, M.Kes
Dr. Drs. Agus Rokot, S.Pd.,M.Kes
Herlina Partisse Memah, SKM, M.Kes
Fitriani Fadillah, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Sety Julita S. Kep., M.Kep

ISBN :

978-623-8568-27-7

Editor Buku

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

Cetakan Pertama : 2024

Diterbitkan Oleh :

PT MEDIA PUSTAKA INDO

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

Website: www.mediapustakaindo.com

E-mail: mediapustakaindo@gmail.com

Anggota IKAPI: 263/JTE/2023

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

KATA PENGANTAR

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

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

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

Kendari, 6 Maret 2024

Penulis

DAFTAR ISI

| | |
|--|----|
| BAB 1 Konsep Dasar Keperawatan Komunitas | 1 |
| A. Pendahuluan..... | 1 |
| B. Konsep Keperawatan Komunitas | 1 |
| BAB 2 Perkembangan Keperawatan Komunitas | 11 |
| A. Pendahuluan..... | 11 |
| B. Perkembangan keperawatan komunitas | 11 |
| BAB 3 Peran dan Fungsi Perawat Komunitas | 19 |
| A. Pendahuluan..... | 19 |
| B. Peran dan Fungsi Perawat Komunitas..... | 20 |
| C. Asumsi dan Keyakinan Dasar Keperawatan Kesehatan | 24 |
| D. Perbedaan Pelayanan Keperawatan Di Komunitas Dan Rumah Sakit..... | 29 |
| BAB 4 Model Konseptual Keperawatan Komunitas | 32 |
| A. Pendahuluan..... | 32 |
| B. Model Konseptual Keperawatan Komunitas | 32 |
| BAB 5 Promosi Kesehatan..... | 46 |
| A. Pendahuluan..... | 46 |
| B. Promosi Kesehatan | 47 |
| BAB 6 Pengkajian Keperawatan Komunitas | 56 |
| A. Pendahuluan..... | 56 |
| B. Pengkajian Keperawatan Komunitas Menggunakan model <i>Community as Partner</i> | 56 |
| BAB 7 Perencanaan Asuhan Keperawatan Komunitas..... | 64 |
| A. Pendahuluan..... | 64 |
| B. Tahap Perencanaan Keperawatan Komunitas | 65 |

| | | |
|--------|--|-----|
| BAB 8 | Evaluasi Asuhan Keperawatan Komunitas | 72 |
| A. | Pendahuluan..... | 72 |
| B. | Konsep Evaluasi Asuhan Keperawatan Komunitas | 72 |
| BAB 9 | Konsep Kejadian Penyakit | 82 |
| A. | Pendahuluan..... | 82 |
| B. | Konsep Penyebab Penyakit | 83 |
| BAB 10 | Upaya Pencegahan Penyakit | 93 |
| A. | Pendahuluan..... | 93 |
| B. | Upaya Pencegahan Penyakit | 93 |
| BAB 11 | Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer | 102 |
| A. | Pendahuluan..... | 102 |
| B. | Konsep Terapi Komplementer dan Alternatif | 102 |
| BAB 12 | Konsep Sehat Sakit | 113 |
| A. | Pendahuluan..... | 113 |
| B. | Definisi Sehat | 113 |
| C. | Definisi sakit | 115 |
| D. | Konsep dan Rentang Sehat Sakit | 116 |
| BAB 13 | Perilaku Sehat dan Sakit | 120 |
| A. | Pendahuluan..... | 120 |
| B. | Konsep Sehat | 121 |
| C. | Faktor -Faktor Yang Mempengaruhi Sakit..... | 123 |
| D. | Langkah Hidup Sehat..... | 125 |
| E. | Kesiapan Diri Menghadapi Sakit | 126 |
| BAB 14 | Konsep Dasar Kemitraan | 131 |
| A. | Pendahuluan..... | 131 |
| B. | Konsep Dasar..... | 131 |
| BAB 15 | Pelayanan Kesehatan Primer | 142 |
| A. | Pendahuluan..... | 142 |

| | |
|--|-----|
| B. Layanan Kesehatan Primer..... | 142 |
| BAB 16_Masalah Kesehatan Komunitas | 149 |
| A. Pendahuluan..... | 149 |
| B. Pemberian Layanan Kesehatan esensial berbasis komunitas..... | 151 |

BAB 1

Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

Ns. Maritje F Papilaja, S.Kep.,M.Kes

A. Pendahuluan

Penduduk yang membutuhkan pelayanan Kesehatan, menuntut berbagai profesi kesehatan semakin meningkatkan ilmu pengetahuan dan kesadaran, memperluas peran, serta memberikan bantuan pelayanan yang komprehensif untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan. Saat ini terdapat dukungan profesional bagi tenaga kesehatan masyarakat yang ditujukan bagi masyarakat umum, khususnya kelompok berisiko tinggi, guna mencapai pengendalian penyakit dan pencegahan penyakit yang optimal (Ayupir et al., n.d.).

Keperawatan komunitas adalah pelayanan keperawatan profesional yang ditujukan kepada Masyarakat dengan pendekatan pada kelompok resiko tinggi dalam Upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan komunitas ditujukan pada seluruh Masyarakat termasuk individu, keluarga, dan kelompok yang berisiko tinggi (Ns. Asti Nuraeni, et al., 2023).

B. Konsep Keperawatan Komunitas

1. Pengertian Keperawatan Komunitas

Keperawatan Komunitas merupakan layanan profesional yang diperuntukkan bagi masyarakat umum dengan risiko kegagalan yang tinggi mencapai status kesehatan yang optimal melalui inisiatif untuk

meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, mengobati gejala, dan memberikan rehabilitasi dengan memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang diperlukan dan diperlakukan sebagai mitra dalam konsultasi, pelaksanaan, dan penilaian perawatan (Kartikaningrum et al., 2017).

Menurut American Nurses Association (ANA) (1973), keperawatan komunitas adalah bagian dari pendidikan kesehatan masyarakat yang diterapkan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan masyarakat tanpa mengurangi manfaat pendidikan masyarakat. Setiap anggota masyarakat tanpa pangkat atau gelar tertentu bebas ikut serta dalam proses penentuan kesadaran kolektif.

Dari Beberapa pengertian keperawatan komunitas, dapat disimpulkan bahwa keperawatan komunitas adalah jenis keperawatan komunitas yang memberikan kontribusi terhadap kesehatan dan kesejahteraan masyarakat dengan memberikan pendidikan kepada masyarakat dan mendorong anggota masyarakat untuk melakukan tindakan pencegahan dan perbaikan yang komprehensif tanpa menggunakan cara-cara yang bersifat korektif dan korektif. langkah-langkah restoratif untuk mencapai hasil kesehatan masyarakat yang optimal.

2. Tujuan Keperawatan Komunitas

Faisalado (2014) menjelaskan dua tujuan keperawatan komunitas.

a. Tujuan utama pelayanan Kesehatan masyarakat untuk promosi kesehatan masyarakat adalah dengan meningkatkan kesadaran masyarakat dalam rangka mengatasi permasalahan Kesehatan yang berkaitan dengan pelayanan keperawatan komunitas untuk kesehatan dan kesejahteraan masyarakat yang optimal.

b. Tujuan khususnya adalah :

1) Meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan perilaku individu, kelompok, organisasi, dan masyarakat mengenai kesehatan

- 2) Meningkatkan penemuan dini kasus-kasus prioritas
 - 3) Meningkatkan penanganan kasus prioritas yang ada di puskesmas
 - 4) Meningkatkan jumlah penanganan kasus prioritas yang mendapatkan pelayanan keperawatan berkelanjutan di rumah
 - 5) Memperluas jangkauan kelompok miskin untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan pemantauan kesehatan masyarakat
 - 6) Meningkatkan kelompok khusus binaan
 - 7) Memperluas daerah binaan keperawatan di Masyarakat
3. Fungsi Keperawatan Komunitas
- Fungsi keperawatan komunitas menurut Harmili (2021), adalah sebagai berikut :
- a. Asuhan perawatan merupakan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi Kesehatan Masyarakat dan perawatan dalam memecahkan masalah Kesehatan masyarakat
 - b. Menjamin masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya di bidang kesehatan masyarakat.
 - c. Asuhan keperawatan yang diberikan melalui pendekatan pemecahan masalah, dan komunikasi yang efektif serta efisiensi dan melibatkan peran serta Masyarakat.
 - d. Untuk memastikan masyarakat umum memahami manfaat yang terkait dengan permasalahan atau kebutuhan sehingga memperoleh bantuan dan pemeliharaan tepat waktu dan pada akhirnya dapat memperlancar proses pemulihan.
4. Ruang Lingkup
- Pelayanan kesehatan yang ditawarkan lebih fokus pada pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif (Harmili, et al.,n.d 2021).

- a. Upaya promosi dilakukan untuk meningkatkan Kesehatan individu, keluarga, kelompok, organisasi dan Masyarakat umum dengan melaksanakan program Pendidikan Kesehatan (*health education*), serta penyuluhan kesehatan masyarakat (PKM) seperti penyuluhan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, pengamatan tumbuh kembang anak dan pendidikan sex.
- b. Upaya preventif terdiri dari pencegahan primer, disebut juga Tingkat pertama atau primer, yaitu tindakan preventif yang dilakukan sebelum suatu penyakit terjadi. Hal ini dilakukan untuk memastikan masyarakat tetap dalam kondisi kesehatan optimal (tahap kesehatan optima) dan tidak sakit. Promotor juga mencakup pelayanan primer, yang didalamnya perlindungan seperti imunisasi, pertahanan diri, perlindungan dari bahaya, perlindungan dari lingkungan, kesehatan tempat kerja, perlindungan dari racun, karisnogen, alergi, dan sumber pencemaran. (*stage optima health*) tidak sakit. Promotif juga termasuk dalam pencegahan primer, Dimana perlindungan seperti imunisasi, kebersihan diri, perlindungan diri dari kecelakaan, perlindungan diri dari lingkungan, Kesehatan kerja, perlindungan diri dari toksin, karisnogen, allergen dan pengendalian sumber pencemaran.
- c. Pencegahan sekunder adalah pencegahan yang dilakukan selama periode terjainya penyakit. Pencegahan dimulai ketika suatu penyakit pertama kali masuk keadalam tubuh seseorang dan akhirnya menimbulkan gangguan kesehatan. Tujuan Pencegahan sekunder adalah untuk mempersingkat waktu sakit dan mengurangi Tingkat keparahan penyakit. Ada dua kegiatan pencegahan sekunder :

- 1) Diagnosis Dini dan pengobatan segera : penemuan kasus secara dini, pemeriksaan umum lengkap, serta penanganan kasus
 - 2) Pembatasan kecacatan : ini dilakukan secara sempurna dan identifikasi terapi lanjutan, pencegahan komplikasi, perbaikan fasilitas Kesehatan.
- d. Pencegahan tersier adalah pencegahan untuk Masyarakat yang telah sembuh dari sakit serta mengalami kecacatan, di mulai saat cacat sampai kondisi stabil dan Kembali normal, ini dilakukan melalui kegiatan rehabilitasi yang bertujuan mengembalikan seseorang pada Tingkat fungsi optimal dari ketidakmampuannya. Kegiatannya seperti Latihan fisik pada pasien stroke, terapi kerja pada pasien gangguan jiwa dan lain-lain.
- Keperawatan komunitas juga pada dengan program perawatan paliatif yaitu kegiatan perawatan untuk masyarakat yang tidak mampu disembuhkan penyakitnya atau pada stadium akhir (penyakit terminal). Perawatan dimaksudkan untuk mengurangi penderitaan pasien dan juga memberikan bantuan bagi keluarga pasien (Ayupir et al., n.d.).
5. Prinsip Keperawatan Kesehatan Komunitas
- Prinsip-prinsip keperawatan kesehatan komunitas menurut (Ayupir et al., n.d.) antara lain:
- a. Populasi masyarakat merupakan Sasaran unit keperawatan komunitas. Meskipun pentingnya kesehatan Masyarakat, memberikan pelayanan Kesehatan berupa asuhan keperawatan baik individu dan keluarga yang menjadi tanggungjawab tetap kepada Masyarakat umum.
 - b. Prioritas kesehatan ditekankan karena mempunyai manfaat bagi seluruh masyarakat. Prioritas kesehatan masyarakat berpotensi mengidentifikasi individu

dengan kebutuhan kesehatan yang tidak sejalan dengan prioritas kesehatan Masyarakat.

- c. Kesehatan masyarakat tidak hanya diperuntukkan bagi mereka yang datang ke layanan kesehatan; itu juga bagi mereka yang berjuang untuk menerima perawatan. Ada subpopulasi tertentu yang mudah terkena dampak penyebaran penyakit, atau mungkin ada subpopulasi yang sulit mengakses layanan kesehatan. Kebutuhan kesehatan masyarakat umum harus dipertimbangkan untuk semua populasi yang memerlukan intervensi khusus, baik mereka yang menerima layanan maupun mereka yang enggan menerimanya.
 - d. Bekerja dengan masyarakat sebagai alat bantu bagi Petugas kesehatan masyarakat menafsirkan data, memodifikasi program, dan mengembangkan strategi yang tepat untuk bekerja sama dengan masyarakat umum. Masyarakat umum harus memahami bahwa kesehatan merupakan hasil saling kerjasama antara masyarakat umum dan petugas layanan kesehatan.
 - e. Pemilihan tindakan yang sesuai adalah merupakan prioritas dari Pencegahan primer
 - f. Intervensi dalam keperawatan masyarakat meliputi pendidikan, pengabdian masyarakat, pengembangan masyarakat, perencanaan sosial, dan penegakan hukum. Intervensi dapat diterapkan saat bekerja di komunitas.
 - g. Salah satu komponen kunci dari penerapan pemeliharaan Kesehatan adalah penggunaan data-data kesehatan secara optimal dengan tujuan menghasilkan manfaat bagi masyarakat.
 - h. Perawat komunitas selalu berkolaborasi dengan berbagai profesi dan disiplin ilmu, organisasi, dan masyarakat umum untuk mengembangkan tren populasi sehat.
6. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas
- Seluruh pelayanan kesehatan dapat diberikan secara langsung, termasuk pelayanan kesehatan komunitas, yaitu:

- a. Di unit pelayanan Kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dll) yang mempunyai pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
- b. Pelayanan di rumah ("*home care*") adalah memberikan pelayanan pada keluarga di rumah secara langsung yang menderita sakit akut maupun kronis. Home care berperan untuk meningkatkan kemampuan kelompok dalam merawat anggotanya yang mempunyai risiko tinggi terhadap gangguan kesehatan.
- c. Di Sekolah, perawat sekolah dapat melakukan perawatan sesaat (*day care*) di berbagai institusi Pendidikan (TK, SD, SMP, SMA, dan Perguruan Tinggi, guru dan karyawan). Yang bertugas melaksanakan program screening Kesehatan, mempertahankan Kesehatan dan Pendidikan kesehatan
- d. Di tempat kerja/kantor, perawat dapat melakukan kegiatan perawatan langsung dengan kasus kesakitan/kecelakaan minimal di tempat kerja/kantor.
- e. Di tempat-tempat penampungan. Terhadap kasus akut, penyakit kronis, dan kecacatan dan fisik mental Perawat dapat memberikan Tindakan perawatan langsung.
- f. Dalam kegiatan puskesmas keliling Pelayanan keperawatan yang diberikan adalah pengobatan sederhana, screening Kesehatan, pengelolaan dan rujukan kasus penyakit. pelayanan keperawatan ini diberikan kepada individu, kelompok Masyarakat di pedesaan, dan kelompok terlantar.
- g. Di panti atau kelompok khusus lain, seperti panti asuhan anak, panti werda dan panti sosial lainnya serta Lembaga pemasyarakatan (lapas)
- h. Pelayanan pada kelompok-kelompok resiko tinggi
- i. Masyarakat di daerah endemis penyakit menular seperti TB Paru, malaria, diare, DBD dan lain sebagainya.
- j. Masyarakat di lokasi pengungsian, akibat bencana, konflik, atau akibat lainnya.

- k. Masyarakat di daerah dengan kondisi geografis sulit seperti daerah terpencil, daerah terisolasi, daerah perbatasan, dan daerah yang tidak terjangkau pelayanan Kesehatan.
- l. Masyarakat di daerah pemukiman baru dengan transportasi yang sulit, seperti daerah transmigran.

DAFTAR PUSTAKA

- Ayupir, A., Musaidah, Wicaksono, K. E., Margaretis, Y., S, D. O., Sari, P., Kusumawardani, L. H., Fredrika, L., Papilaya, M. F., Solehah, E. L., Ferasinta, & Sadipun, D. K. (2022). *Keperawatan Komunitas*. CV. MEDIA SAINS INDONESIA.
- Harmili, S.Kep., Ns., M.Kep, Ernawati Hatue, S.Kep, Ns., M. K. (2021). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Komunitas*. NEM.
- Harmili, S.Kep., Ns., M.Kep. Amiyani Kristina, S.Kep., N. M. K. (n.d.). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas I* (2022). PT Nasya Expanding Management (Anggota IKAPI).
- Kartikaningrum, E. D., Alberta, L. T., Puspitanngsih, D., & Kusuma, Y. L. H. (2017). Konsep Dasar Keperawatan Komunitas. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9).
- Ns. Asti Nuraeni, M.Kep., Sp.Kep.Kom.Ns. Pita Adisty Handayani, M.Kep.Hilda Mazarina Devi, S.Kep, Ns., M.Sc.Siti Juwariyah, M.Kep.Ns. Maya Cobalt Angio Septianingtyas, M. K. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas* (T. M. Group (2023.); 1st ed.).

BIODATA PENULIS



Ns. Maritje Fransina Papilaya, S.Kep., M.Kes, Penulis menempuh pendidikan DIII keperawatan di Ambon pada tahun 1993, setelah itu tahun 2004 sampai 2007 melanjutkan Pendidikan sarjana keperawatan dan ners di Universitas Hassanudin Makassar, Kemudian melanjutkan Pendidikan Magister Kesehatan jurusan promosi Kesehatan pada tahun 2016 sampai tahun 2019 di Universitas Diponegoro. Pengalaman organisasi dimulai sejak SPK Depkes Tual sebagai pengajar yang merupakan kelas jauh kota Ambon di tahun 1995, dan sampai sekarang penulis bekerja di Poltekes Kemenkes Maluku, penulis merupakan Dosen dan penanggung jawab kemahasiswaan pada program studi Keperawatan Tual Poltekes Kemenkes Maluku.

Email Penulis: papilayabain@gmail.com

BAB 2

Perkembangan Keperawatan Komunitas

Idayanti, SPd, S.Kep, Ners, M.Kes

A. Pendahuluan

Sejarah perkembangan keperawatan komunitas dimulai sejak pada abad ke-19, dengan adanya gerakan kesehatan masyarakat di Negara Eropa dan Amerika Utara. Pada saat itu, penyakit menular seperti wabah penyakit dan kondisi lingkungan yang buruk menjadi perhatian utama. Keperawatan komunitas memberi warna terhadap masalah-masalah yang muncul, dengan fokus pada pencegahan penyakit dan meningkatkan kesehatan di masyarakat.

Pada awal abad ke-20, keperawatan komunitas semakin berkembang. Lembaga-lembaga seperti layanan kesehatan di kota dan program imunisasi mulai dibentuk untuk memberikan pelayanan, perawatan dan edukasi kesehatan kepada masyarakat. Perawat komunitas juga mulai bekerja diberbagai daerah, termasuk perkotaan dan pedesaan dalam memberikan perawatan kepada individu dan keluarga yang membutuhkan.

B. Perkembangan keperawatan komunitas

Perkembangan keperawatan komunitas dimulai dari sejarah keperawatan komunitas di Dunia dan sejarah keperawatan di Indonesia, berikut uraiannya :

1. Sejarah keperawatan komunitas di Dunia

Sejarah Keperawatan di Dunia terdiri dari empat tahapan yaitu:

- a. *The Early home care nursing stage*
- b. *The Distric nursing Stage*
- c. *The public health nursing stage dan*
- d. *The Community health Nursing Stage*

Keempat tahapan keperawatan komunitas ini memiliki periode tahapan yang berbeda beda, mari kita lihat uraian sejarah keperawatan Komunitas di Dunia berikut ini:

a. *The Early home care nursing stage*

Masa ini dimulai jauh sebelum pertengahan tahun 1800 an, banyak dipelopori tokoh agama atau kelompok amal yang berbasis agama, maksudnya adalah tokoh agama itu banyak membantu kaum marginal atau orang-orang miskin yang mengalami masalah kesehatan dengan cara melakukan kunjungan ke rumah bahkan pada tahun 1200 an sekelompok biarawan di Italia ada yang sampai membentuk tim untuk memberikan perawatan dan pertolongan pada korban kecelakaan. Perlu dipertegas pula bahwa pada masa ini meskipun sudah ada orang-orang yang memberikan perhatian pada manusia sakit ditatanan komunitas, tetapi pendekatan yang dilakukan masih individu. Pada Tahun 1600-1800 di Eropa dan Amerika mulai terjadi sebuah pergolakan social dan revolusi industri dimana tokoh agama banyak berkurang. Sehingga pemberian bantuan perawatan kesehatan bagi kaum marginal juga berkurang. Pada akhirnya masa ini diakhiri dengan kiprah Florence Nightingale yang melanjutkan perjuangan keperawatan.

b. *The Distric Nursing Stage*

Pada era ini dimulai sejak pertengahan 1800 -1900. Masa ini erat kaitannya dengan pergerakan Florence Nighthingale yang sangat konsen dengan kesehatan lingkungan di wilayah masyarakat kumuh. Rumah-rumah mulai perhatikan sanitasinya, namun pada masa ini pula sasaran masih berfokus pada kaum marginal dan orang miskin serta masih berfokus pada pendekatan kesehatan individu dan kuratif. Meskipun settingnya masih di komunitas.

c. *The public health nursing stage*

Masa ini dimulai sejak tahun 1900- 1970. Pada masa ini perhatian perawatan kesehatan tidak lagi berfokus pada kaum marginal dan orang miskin, tetapi juga sudah mulai memperhatikan kesehatan dan

kesejahteraan masyarakat luas, pendekatan yang dilakukan mulai berkembang dari yang tadinya pendekatan individu menjadi pendekatan keluarga. Selain itu pada masa ini pula terjadi penguatan dan pengembangan pendidikan keperawatan kesehatan masyarakat di Program Studi perawatan ada berbagai college atau universitas di Eropa dan Amerika.

d. *The Community Health Nursing Stage*

Masa ini dimulai pada tahun 1970 dan masih berlangsung hingga sekarang. Hal yang membedakan periode ini dengan periode sebelumnya adalah perubahan paradigma dari Public Health Nursing menjadi Community Health Nursing.

Jika pada Public Health Nursing masih sangat identik dan erat kaitannya dengan pemberian asuhan Keperawatan bagi masyarakat di suatu wilayah, maka pada Community Health Nursing batasan masyarakat tidak hanya mereka yang bermukim atau tinggal di wilayah tertentu. Bagian lain dari komunitas seperti di lembaga pemasyarakatan, panti werdha, tempat kerja, sekolah dan lain sebagainya. Selain itu pendekatan yang dilakukan pada masa ini pendekatan yang lebih menekankan pada pemberian asuhan kelompok tertentu, seperti kelompok ibu hamil, balita, lansia atau dewasa dengan penyakit kronis. Meskipun masalah kesehatan secara individu juga tidak kita abaikan. Kemudian arah strategi keperawatan yang juga digunakan pada masa kini banyak melibatkan konsep promosi dan preventif dari pada kuratif.

2. Sejarah keperawatan komunitas di Indonesia

Masa perkembangan keperawatan komunitas di Indonesia juga dapat diklasifikasikan sebagai berikut:

- a. Periode sebelum tahun 1963
- b. Periode tahun 1963-1983
- c. Periode 1983- 2014
- d. Periode 2014 - sekarang

Berikut akan diuraikan sejarah perkembangan keperawatan di Indonesia :

a. Periode sebelum tahun 1963

Perlu diketahui bahwa perkembangan keperawatan Komunitas di Indonesia diawali dengan keterkaitannya dengan wabah penyakit yang melanda di Indonesia, seperti cacar dan cholera ditahun 1920an. Pada masa tersebut banyak upaya yang dilakukan pemerintah Hindia Belanda, seperti memodifikasi sanitasi lingkungan yang buruk agar lebih bersih. Pendekatan yang dilakukan pada waktu itu adalah pendekatan kesehatan masyarakat dengan cara meminimalisir perilaku buruk masyarakat seperti BAB disembarang tempat dan tidak mengkonsumsi air minum di sungai yang tercemar.

b. Periode tahun 1963-1983

Pada periode ini hal yang perlu disoroti adalah mulai tercetusnya konsep puskesmas, pada tahun 1968 dan kemudian ditahun tahun setelahnya dikembangkan pula program pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat atau yang lebih dikenal dengan Perkesmas sebagai program pokok Puskesmas. Dalam masa itu keperawatan komunitas terus berkembang dengan beberapa peran yang semakin penting untuk promosi kesehatan, pendidikan kesehatan, pengendalian penyakit, manajemen keadaan kronis, dan dukungan kesehatan bagi kelompok rentan. Keperawatan komunitas memainkan peran penting dalam menjaga kesehatan masyarakat, mencegah penyakit, dan meningkatkan kualitas hidup melalui intervensi yang melibatkan individu, keluarga, dan masyarakat secara keseluruhan sebagai support sistem.

c. Periode 1983- 2014

Pada masa ini program program Puskesmas mulai berkembang, seperti fokus pelayanan kesehatan ibu dan anak, KB, Gizi dan lain sebagainya. Kemudian Pada tahun 2006 Perkesmas diintegrasikan ke dalam program pokok dan dapat dilaksanakan sebagai program pengembangan Puskesmas. Pada tahun 2014, berdasarkan Permenkes No 75 disebutkan bahwa Perkesmas adalah Program yang harus dilakukan agar

program esensial Puskesmas dapat berjalan. Apa saja program esensial tersebut?, contoh program promosi, kesehatan ibu dan anak, kesehatan lingkungan dan lain sebagainya. Artinya dalam menjalankan program program tersebut perlu beriringan dan terintegrasi dengan perkesmas.

d. Periode 2014 – sekarang

Pada periode ini ada satu hal besar yang perlu disoroti, yaitu konsep PIS- PK, Program Indonesia Sehat dengan pendekatan keluarga yang sebetulnya secara konsep sangat erat kaitannya dengan keperawatan komunitas dan keluarga. Selain itu ada pula kebijakan yang dituangkan dalam Permenkes No 43 tahun 2019 yang sebetulnya aturan tentang tentang Perkesmas tidak jauh berbeda dengan Permenkes no 75. Sejarah keperawatan komunitas terus berkembang seiring dengan perubahan demografi, perubahan kebijakan kesehatan, dan perkembangan teknologi. Keterlibatan pemerintah dengan berbagai pemangku kepentingan, seperti organisasi masyarakat, lembaga kesehatan, dan kelompok-kelompok lain dalam komunitas, yang bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung kesehatan, meningkatkan akses terhadap perawatan kesehatan, dan meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara keseluruhan. Perawat komunitas menjadi pilar penting dalam menjaga kesehatan dan kesejahteraan masyarakat melalui pendekatan yang holistik dan berbasis bukti.

Perkembangan teknologi dan globalisasi, keperawatan komunitas juga mengadopsi pendekatan baru dalam pengembangan intervensi kesehatan, seperti penggunaan teknologi informasi dan *telemedicine* untuk memberikan asuhan keperawatan jarak jauh dan meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan. Sejarah keperawatan komunitas mencerminkan evolusi perawatan kesehatan dari fokus pada perawatan individu menjadi perhatian yang lebih luas terhadap kesehatan masyarakat secara

keseluruhan. Keperawatan komunitas terus berkembang sebagai bidang yang penting dalam upaya meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup masyarakat. Sejarah keperawatan komunitas mencakup perkembangan peran perawat dalam memberikan asuhan kesehatan kepada masyarakat di luar lingkungan rumah sakit atau pusat kesehatan

Kemudian yang tidak kalah menariknya adalah kebijakan dan arah sasaran. Kementerian kesehatan RI yang mengedepankan upaya promotif dan preventif. Ini berarti peluang besar bagi perawat komunitas untuk melebarkan sayapnya berkarir dan mengembangkan diri.

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J.A., Rector, C., & Warner, K.D. (2014). *Community & Public Health Nursing: Promoting the Public's Health* (8th ed). Lippincott Williams & Wilkins
- Anderson, E.T., and McFarlane, J. (2011). *Community as partner: Theory and practice in nursing*, (6th ed). Philadelphia: J. B. Lippincott
- Nies, M.A., & Setiawan, & N.M. (2019). *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga* (J. Sahar, A. Setiawan, Riasmini (eds). Elsevier (Singapore) Pte Ltd
- Stanhope, M & Lancaster, J (2004). *Community & Public Health Nursing*. St. Louis, Missouri: Mosby.
- Widyanto. (2014). *Keperawatan Komunitas Dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Nuha Medika.

BIODATA PENULIS



Idayanti, SPd, S.Ke, Ns, M.Kes, Lahir di Pringsewu, 22 Oktober 1969. Lulusan Universitas Riau (S1) dan Universitas Sumatera Utara (S2). Gemar menulis berita web di Kampus. Saat ini tercatat Dosen Kemenkes Poltekkes Riau Jurusan Keperawatan.

BAB 3

Peran dan Fungsi Perawat Komunitas

Ellen Pesak S.Kep., Ners., M.Kes

A. Pendahuluan

Rapat Kerja Keperawatan Kesehatan Masyarakat, 1990 (dalam Wahit Iqbal dan Nurul Cahyati, 2009) mendefinisikan keperawatan komunitas sebagai suatu bidang keperawatan komunitas dengan penggabungan diantara keperawatan dan kesehatan masyarakat (public health) dimana mendapatkan dukungan peran dari masyarakat secara aktif dan memberikan prioritas pada pemberian pelayanan promotif dan preventif tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif itu sendiri baik menyeluruh ataupun terpadu dengan sasaran pada 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. Tujuannya berupa pencegahan dan peningkatan pada kesehatan masyarakat melalui cara, antara lain : direct care atau pelayanan keperawatan komunitas yang diberikan kepada individu, keluarga, dan kelompok secara langsung, serta health general community atau perhatian yang diberikan secara langsung terhadap masyarakat dengan melihat situasi serta isu yang berkembang dan dapat mempengaruhi masyarakat tersebut (Wahit Iqbal dan Nurul Cahyati, 2009).

Pemerintah pada saat ini menjadikan Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) sebagai salah satu pelayanan kesehatan yang utama pada masyarakat. Puskesmas ialah suatu tempat

pelaksana pelayanan kesehatan yang fungsional tingkat pertama dalam menyelenggarakan kegiatannya dimana berpusat pada pembangunan kesehatan dan partisipasinya adalah masyarakat yang membutuh layanan kesehatan baik menyeluruh, terpadu, dan mempunyai keterkaitan antara tempat tinggal dalam suatu wilayah masyarakat tertentu. Selain sebagai salah satu pelayanan kesehatan yang utama pada masyarakat, Puskesmas juga memiliki isu strategis. Misalnya isu strategis aksebelitas tentang pelayanan dan pemenuhan SDM maupun sarana dan prasarananya.

B. Peran dan Fungsi Perawat Komunitas

1. Peran Perawat

Peran merupakan seperangkat tingkah laku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dan unit social (Robbins, 2002). Peran dipengaruhi oleh keadaan social baik dari dalam maupun dari luar dan bersifat stabil. Banyak peranan yang dapat dilakukan oleh perawat kesehatan masyarakat oleh perawat kesehatan masyarakat diantaranya adalah (Widyanto, 2014) :

a. Pemberi Asuhan Keperawatan (*Care Provider*)

Peran perawat sebagai *care provider* ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat berupa asuhan keperawatan masyarakat yang utuh (holistic) serta berkesinambungan (komprehensif). Asuhan keperawatan dapat diberikan secara langsung maupun secara tidak langsung pada berbagai tatanan kesehatan meliputi puskesmas, ruang rawat inap puskesmas, puskesmas pembantu, puskesmas keliling sekolah, panti, posyandu, dan keluarga.

b. Peran sebagai Pendidik (*Educator*)

Peran sebagai pendidik (*educator*) menuntut perawat untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik di rumah, puskesmas dan di masyarakat secara terorganisir dalam rangka menanamkan perilaku sehat, sehingga terjadi perubahan perilaku seperti yang

optimal. Perawat bertindak sebagai pendidik kesehatan harus mampu mengkaji kebutuhan klien yaitu kepada individu, keluarga, kelompok masyarakat, pemulihan kesehatan dari suatu penyakit, menyusun program penyuluhan atau pendidikan kesehatan baik sehat maupun sakit. Misalnya penyuluhan tentang nutrisi, senam lansia, manajemen stress, terapi relaksasi, gaya hidup bahkan penyuluhan mengenai proses terjadinya suatu penyakit.

Membimbing pasien membaca Al-Quran. Membimbing pasien dengan membaca Al-Quran terutama dengan ayat-ayat dengan orang sakit, Rahmat Allah dan karunia Allah, dengan begitu pasien akan termotivasi untuk sembuh. Dan memberikan pengertian bagi pasien supaya membaca Al-Quran daripada mengeluh atas penyakit yang dideritanya.

c. Peran sebagai Konselor (*Conselor*)

Peran sebagai konselor melakukan konseling keperawatan sebagai usaha memecahkan masalah secara efektif. Pemberian konseling dapat dilakukan dengan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

d. Peran sebagai Panutan (*Role Model*)

Peran kesehatan masyarakat harus dapat member contoh yang baik dalam bidang kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tentang bagaimana tatacara hidup sehat yang dapat ditiru dan dicontoh oleh masyarakat.

e. Peran sebagai Pembela (*Advocate*)

Pembelaan dapat diberikan kepada individu, kelompok atau tingkat komunitas. Pada tingkat keluarga, perawat dapat menjalankan fungsinya melalui pelayanan social yang ada pada masyarakat. Seorang pembela klien adalah pembela dari hak-hak klien. Pembelaan termasuk didalamnya peningkatan apa yang terbaik untuk klien, memastikan kebutuhan klien terpenuhi dan melindungi hak-hak klien.

f. Peran sebagai Manajer Kasus (*Case Manager*)

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

g. Peran sebagai Kolaborator

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

h. Peran sebagai Penemu Kasus (*Case Finder*)

Melaksanakan monitoring terhadap perubahan-perubahan yang terjadi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang menyangkut masalah-masalah kesehatan dan keperawatan yang timbul serta berdampak terhadap status kesehatan melalui kunjungan rumah, pertemuan-pertemuan observasi dan pengumpulan data (Widyanto, 2014).

- 1) Peran Pada Individu Atau Keluarga
- 2) Sebagai pelaksana kesehatan
- 3) Sebagai pendidik
- 4) Sebagai konselor
- 5) Sebagai peneliti

i. Perawat kesehatan Masyarakat sekolah

Keperawatan sekolah adalah keperawatan yang difokuskan pada anak ditatanan pendidikan guna memenuhi kebutuhan anak dengan mengikut sertakan keluarga maupun masyarakat sekolah dalam perencanaan pelayanan (Logan, BB, 1986). Fokus utama perawat kesehatan sekolah adalah siswa dan

lingkungannya dan sasaran penunjang adalah guru dan kader.

j. Peran dalam bidang kesehatan kerja

Perawatan kesehatan kerja adalah penerapan prinsip-prinsip keperawatan dalam memelihara kelestarian kesehatan tenaga kerja dalam segala bidang pekerjaan. Perawat kesehatan kerja mengaplikasikan praktik keperawatan dalam upaya memenuhi kebutuhan unik individu, kelompok dan masyarakat ditatanan industry, pabrik, tempat kerja, tempat konstruksi, universitas dan lain-lain.

k. Perawatan kesehatan di rumah

Perawatan kesehatan di rumah adalah bagian dari rangkaian perawatan kesehatan umum yang disediakan pada individu dan keluarga untuk meningkatkan, memelihara dan memulihkan kesehatan guna memaksimalkan kesehatan dan meminimalkan penyakit (Ilmi, 2011).

2. Fungsi Perawat Komunitas

Fungsi adalah suatu pekerjaan yang harus dilakukan sistem organ fungsional sampai molekuler. Kegiatan ini dilakukan dengan diprakarsai oleh perawat dan perawat bertanggung jawab serta bertanggung gugat atas rencana keputusan tindakannya.

a. Fungsi Dependen yaitu kegiatan yang dilakukan dan dilaksanakan oleh seorang perawat atas instruksi dari tim kesehatan lainnya (dokter, ahli gizi, radiologi dan lainnya).

b. Fungsi Interdependen, fungsi ini berupa kerja tim (Astuti, 2014).

C. Asumsi dan Keyakinan Dasar Keperawatan Kesehatan

1. Asumsi keperawatan kesehatan komunitas :
 - a. Keperawatan kesehatan komunitas merupakan sistem pelayanan kesehatan yang kompleks.
 - b. Keperawatan kesehatan komunitas merupakan subsistem pelayanan kesehatan.
 - c. Fokus utama praktik keperawatan kesehatan komunitas adalah keperawatan primer.
 - d. Dapat dijangkau dan dapat diterima oleh semua orang.
 - e. Penentuan kebijakan kesehatan seharusnya melibatkan penerima pelayanan.
 - f. Perawat dan klien membentuk hubungan kerja sama yang menunjang pelayanan kesehatan.
 - g. Lingkungan mempunyai pengaruh terhadap kesehatan klien.
 - h. Kesehatan menjadi tanggung jawab setiap individu. (Maryani, 2014).
 - i. Sistem pelayanan kesehatan bersifat kompleks
 - j. Pelayanan kesehatan berfokus pada tiga level preventsi: Primer, sekunder, dan tersier
 - k. Keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan dengan menggunakan pendidikan dan penelitian/evidence based practice termasuk keunikan budaya setempat sebagai landasan praktik keperawatan
 - l. Fokus pada keperawatan primer (Nainggolan, 2013).
2. Keyakinan dasar keperawatan komunitas
 - a. Pelayanan keperawatan tersedia, terjangkau, dan diterima di semua lapisan Masyarakat
 - b. Libatkan penerima pelayanan keperawatan
 - c. Kerjasama perawat dan klien
 - d. Pengaruh lingkungan perlu diantisipasi
 - e. Pencegahan penyakit sebagai upaya kesehatan
 - f. Kesehatan merupakan tanggung jawab tiap individu

3. Konsep Resiko dan Rentan dalam Keperawatan (Idris, 2007)
 - a. Konsep Resiko dalam Keperawatan

Secara umum dapat dikatakan bahwa kejadian yang tidak diharapkan dalam pelayanan kesehatan semakin meningkat. Kejadian yang tidak diharapkan (KTD) atau dalam literatur berbahasa Inggris dikenal dengan istilah adverse event adalah kondisi akibat pelayanan yang menimbulkan rasa tidak nyaman, tidak sembuh, kecacatan bahkan kematian. Seringkali masyarakat umum menyatakannya sebagai malpraktik medik. Satu istilah yang sama sekali salah.

KTD pada dasarnya adalah resiko yang melekat dari tindakan pelayanan kesehatan. Hal ini mengingatkan bahwa dalam pelayanan kesehatan yang diukur adalah upaya yang dilakukan (*inspaning verbentenis*), bukanlah hasil akhirnya (*resultante verbintennis*). KTD baru dikatakan malpraktik medik apabila terbukti nantinya upaya yang dilakukan tersebut memang salah. KTD tidak dapat dikatakan malpraktik medik apabila terbukti nantinya upaya yang dilakukan sudah benar walaupun kenyataannya hasil pelayanan tersebut bisa saja menyebabkan kecacatan bahkan kematian. Untuk mencegah KTD ini dan menempatkan KTD secara proporsional perlulah dipahami lebih lanjut beberapa pendekatan dan teori yang berkembang akhir-akhir ini.

KTD dan Error. KTD pada dasarnya output dari error. Error secara garis besar terbagi dua, yaitu: human error dan organizational error. Human error sendiri dapat berasal dari faktor pasien dan faktor tenaga kesehatan. Organizational error sendiri seringkali diistilahkan sebagai system error, atau dalam konteks pelayanan kesehatan di rumah sakit diistilahkan sebagai hospital error atau. Namun demikian, pendekatan yang saat ini paling banyak menjadi perhatian dalam mengelola resiko terjadinya KTD dan

terbukti memberikan leverage yang tinggi dalam memperbaiki mutu pelayanan kesehatan adalah melakukan intervensi pada organisasi pelayanan karena akan mereduksi organizational error. Landasan teori ini sangat sederhana, bahwa terjadinya unsafe act dari tenaga kesehatan adalah kondisi kerja yang tidak baik dan mendorong hal tersebut terjadi.

Kondisi kerja ini sangat tergantung dari proses organisasi yang ada di dalamnya, dalam hal ini manajemen pengelolaan sarana pelayanan yang ada di belakangnya. Pendekatan pada Sistem (Sarana) Pelayanan Kesehatan Filosofi dari risk management melalui intervensi organisasi dilakukan melalui 5 pendekatan, yaitu:

- 1) Recognition of Organizational Disease;
- 2) Commitment to Produce Results;
- 3) Managing Risk by Objectives;
- 4) Organizational Acceptance;
- 5) Staff management.

Untuk itu perlu dilakukan aktivitas sebagai berikut:

- 1) Credentialing of medical staff;
- 2) Incident monitoring and tracking;
- 3) Complaints monitoring and tracking;
- 4) Infection control; dan
- 5) Documentation in the medical record.

Dalam perjalanannya, dilakukan langkah-langkah yang bersifat:

- 1) Preventif, al: patient relations the product is patient service, public relations image building;
- 2) Korektif, al: identification of risks, monitoring and audit;
- 3) Dokumentasi, al: patient and medical records, medical staff records; administrative records;
- 4) Edukatif, al: pada staf dan pasien;

- 5) Administratif, al: administration as an active process, action based on principles;
- 6) Penanganan problem potensial, al: identification of problems, centralization of information.

Tentu saja masih banyak hal lain yang harus dipersiapkan dalam kaitannya mengelola resiko melalui konsep intervensi organisasi melalui pendekatan pada sistem (sarana) pelayanan kesehatan. Persiapan tersebut juga meliputi bagaimana persiapan penanganan apabila terjadi insiden, baik yang bersifat pure error maupun pure negligence.

Manajemen Resiko dalam Pelayanan Kesehatan merupakan upaya untuk mereduksi KTD yang dalam pelayanan kesehatan apabila hal ini terjadi akan merupakan beban tersendiri, terlepas dari KTD tersebut karena resiko yang melekat ataupun memang setelah dianalisis karena adanya error atau negligence dalam pelayanan. Apabila KTD sudah terjadi, beban pelayanan tidak hanya pada sisi finansial semata, namun beban psikologis dan sosial kadang-kadang terasa lebih berat.

Untuk mencegah KTD dan menempatkan resiko KTD secara proporsional beberapa pendekatan dapat dilakukan pada sumber penyebab itu sendiri, baik pada faktor manusianya (pasien dan tenaga kesehatannya), maupun dari sisi organisasinya. Dari sisi organisasi, konsep intervensi organisasi-pendekatan pada sistem (sarana) pelayanan kesehatan memerlukan penanganan khusus namun akan jauh lebih antisipatif dalam mengelola resiko kemungkinan terjadinya KTD. Sehingga akhir-akhir ini manajemen resiko melalui konsep pengelolaan pada sistem pelayanan kesehatan merupakan metode yang banyak dikembangkan akhir-akhir ini (Idris, 2007).

b. Konsep Rentan dalam Keperawatan

Kerentanan adalah kondisi-kondisi yang ditentukan oleh faktor fisik, sosial, ekonomi, dan lingkungan atau proses-proses, yang meningkatkan kerentanan masyarakat terhadap dampak bahaya. Olivier Serrat berpendapat bahwa kerentanan adalah perasaan tidak aman di kehidupan individu, keluarga dan komunitas ketika menghadapi perubahan diluar lingkungannya. "Vulnerability is characterized as insecurity in the well-being of individuals, households, and communities in the face of changes in their external environment".

Konteks kerentanan adalah situasi perubahan yang membingkai kehidupan manusia, baik individu, keluarga maupun masyarakat. Konteks kerentanan merujuk kepada situasi rentan yang setiap saat dapat mempengaruhi atau membawa perubahan besar dalam kehidupan masyarakat. Pengaruh yang ditimbulkan oleh situasi tersebut umumnya bersifat negatif atau dapat merugikan kehidupan masyarakat meskipun tidak tertutup kemungkinan membawa pengaruh positif. Dengan demikian, kerentanan dapat dimengerti sebagai suatu kondisi yang dialami oleh individu, keluarga, komunitas dalam menghadapi perubahan yang terjadi dikehidupannya. Perubahan tersebut merupakan ancaman bagi mereka yang memiliki banyak dampak baik dampak negatif maupun dampak positif. Akan tetapi, kebanyakan kerentanan mempunyai pengaruh negatif bagi individu, keluarga dan komunitas dibandingkan dengan pengaruh positifnya.

Menurut Olivier Serrat kerentanan meliputi:

- 1) Shocks (kejutan/ kaget/ guncangan) yang meliputi conflict (konflik), illnesses (macam-macam penyakit), floods (banjir), storms (badai), droughts

(masa kekeringan), pests (hama pada tumbuhan), diseases (penyakit-penyakit).

- 2) Seasonalities (perubahan musiman) yang meliputi prices (menetapkan harga), and employment opportunities (kesempatan kerja).
- 3) Critical trends (kecenderungan) yang meliputi demographic (kependudukan), environmental (lingkungan), economic (perekonomian), governance (pemerintah), and technological trends (kecenderungan teknologi) (Indrawati, 2012).

D. Perbedaan Pelayanan Keperawatan Di Komunitas Dan Rumah Sakit

Tabel Perbedaan pelayanan dikeperawatan Rumah Sakit dengan komunitas (Widyanto, 2014) :

| No | ASPEK | Perbedaan | |
|----|-------------------------|--|---|
| | | Rumah Sakit | Komunitas |
| 1. | Tempat Kegiatan | <ul style="list-style-type: none"> o Bangsal Keperawatan o Klinik | <ul style="list-style-type: none"> o Puskesmas o Rumah o Sekolah o Perusahaan o Panti |
| 2. | Klien yang dilayani | <ul style="list-style-type: none"> o Orang sakit o Orang meninggal | <ul style="list-style-type: none"> o Orang sehat o Orang sakit o Orang meninggal |
| 3. | Ruang lingkup pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> o Kuratif o Rehabilitative | <ul style="list-style-type: none"> o Promotif o Preventif o Kuratif o Rehabilitative o Resosiasi |
| 4. | Focus utama | <ul style="list-style-type: none"> o Rasa aman selama sakit | <ul style="list-style-type: none"> o Peningkatan kesehatan dan pecegahan penyakit |
| 5. | Sasaran Pelayanan | <ul style="list-style-type: none"> o Individu | <ul style="list-style-type: none"> o Individu o Keluarga o Kelompok khusus |

| | | | |
|--|--|--|--------------|
| | | | o Masyarakat |
|--|--|--|--------------|

DAFTAR PUSTAKA

- Dewie, N. S., & Has, E. M. M. (2017). Self-Care Needs in Patients with Physical Immobilization. *Jurnal Ners*. 12(2), 286-295
- Fooladi, M. M. (2015). The Role of Nurses in Community Awareness and Preventive Health. *IJCBNM*. 3(4), 328-329
- Ilmi, Ani Aulia. 2011. *Keperawatan komunitas*. Makassar: Alauddin University Press.
- Widyanto. 2014. *Keperawatan Komunitas Dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Kusyati, E., & Putri, A. A. (2016). Home Care Dalam Perawatan Ulkus Diabetikum di Kota Semarang. *Jurnal INJEC*. 1(1), 34-41
- Kementerian Kesehatan RI. (2015). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2014*. Jakarta :
- Kementerian Kesehatan RI Kementerian Kesehatan RI. (2017). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2016*. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Maryani. 2014. *Ilmu Keperawatan Komunitas*. Bandung: Yrama widya.
- [PDF][Gambaran Peran Perawat Puskesmas dalam Pelaksanaan Perawatan...repository.uksw.edu/bitstream/123456789/5322/3/T1_462009055_BAB%20II.pdf](https://repository.uksw.edu/bitstream/123456789/5322/3/T1_462009055_BAB%20II.pdf) oleh AB Astuti - 2014.
- Muntea, A., Tomita, M., & Ungureanu, R. (2013). The Role of the Community Nurse in Promoting Health and Human Dignity-Narrative Review Article. *Iranian J Publ Health*. 42(10), 1077-1084
- [PDF][konsep dasar keperawatan komunitas - Akper HKBP Balige www.akperhkbp.ac.id/wp-content/uploads/2013/07/Konsep-Kep-Komunitas.pdf](http://www.akperhkbp.ac.id/wp-content/uploads/2013/07/Konsep-Kep-Komunitas.pdf) 19 Jul 2013.
- [PDF][manajemen resiko dalam pelayanan kesehatan: konsep dalam sistem](#)

[...eprints.unsri.ac.id/313/1/15.__Manajemen_Resiko.pdf](http://eprints.unsri.ac.id/313/1/15.__Manajemen_Resiko.pdf) oleh F Idris - 2007

[PDF] [BAB II KAJIAN PUSTAKA A. Kajian Konseptual 1. Kelompok Rentan ...](#) digilib.uinsby.ac.id/9727/5/bab%202.pdf oleh W Indrawati - 2012

BIODATA PENULIS



Ellen Pesak, S.Kep., Ners., M.Kes., Lahir di Lembean, 15 April 1970 (Manado). Penulis menempuh Pendidikan Keperawatan mulai dari SPK Dep.Kes Manado lulus tahun 1988, kemudian Akper Keguruan Dep.Kes Tidung Ujung Pandang dan lulus tahun 1998, penulis menekuni Ilmu keperawatan di PSIK FK UNPAD Bandung lulus tahun 2003, dan melanjutkan ke Program Profesi Ners UNPAD Bandung lulus tahun 2005, kemudian melanjutkan ke Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat minat Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) lulus tahun 2012, Pada tahun 1989 sd 1991 bekerja sebagai perawat pelaksana di RS Gunung Wenang Manado, kemudian Pekerjaan saat ini adalah dosen Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Manado sejak tahun 2006 sampai dengan sekarang. Pengalaman organisasi sebagai anggota di PPNI, Penulis memiliki riwayat publikasi produktif Versi Sinta dan memiliki kredibilitas baik pada publikasi jurnal yang sudah terakreditasi Nasional maupun Internasional, Penulis aktif dalam melakukan tri darma perguruan tinggi yaitu penelitian, pengajaran dan pengabdian masyarakat. Penulis aktif dalam peningkatan kompetensi dengan melakukan update ilmu melalui pelatihan, seminar dan workshop dalam bidang pengajaran dan penelitian.

BAB 4

Model Konseptual Keperawatan Komunitas

Ns. La Syam Abidin, M. Kep., Sp.Kep.Kom.

A. Pendahuluan

Perawat kesehatan komunitas atau masyarakat menggunakan pendekatan yang berfokus pada populasi. Keperawatan yang berfokus pada populasi berkonsentrasi pada kelompok orang tertentu dan berfokus pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, terlepas dari lokasi geografis. Tujuannya adalah penyediaan perawatan berbasis bukti kepada kelompok orang yang mempunyai kebutuhan serupa untuk meningkatkan hasil kesehatannya (Nies & McEwen, 2015).

Praktik keperawatan akan meningkatkan, mempertahankan, atau memulihkan kesehatan ketika perawat menggunakan pendekatan sistematis dan intervensi keperawatan yang tepat. Pendekatan ini dapat melalui model konseptual. Model konseptual biasanya berupa diagram yang mendefinisikan entitas teoretis, objek, atau kondisi suatu sistem dan hubungan di antaranya” (Clark, 2015). Model konseptual yang memiliki ketertarikan khusus dengan praktik keperawatan komunitas/ kesehatan masyarakat akan dibahas pada BAB ini.

B. Model Konseptual Keperawatan Komunitas

Model konseptual dapat membantu perawat komunitas untuk mengevaluasi status kesehatan dan merencanakan, menerapkan, dan mengevaluasi asuhan keperawatan yang efektif untuk meningkatkan kesehatan populasi (Clark, 2015). Model konseptual yang memiliki relevansi khusus dengan praktik keperawatan komunitas/kesehatan masyarakat dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Model Perawatan Diri Orem (Orem's Self-Care Model)

Meskipun model Orem berfokus terutama pada individu, model ini dapat diterapkan pada praktik keperawatan komunitas. Populasi dan komunitas dapat dianggap memiliki serangkaian tindakan dan persyaratan perawatan diri kolektif yang mempengaruhi kesejahteraan seluruh kelompok. Jika tuntutan agregat terhadap perawatan diri melebihi kemampuannya, maka agregat tersebut mengalami defisit perawatan diri, dan intervensi keperawatan diindikasikan. Oleh karena itu, tujuan keperawatan adalah untuk meningkatkan kemandirian kolektif dan kemampuan perawatan diri komunitas (Allender et al., 2014).

Perawat dapat mempelajari informasi baru, membuat keputusan etis dan politik, dan bertindak untuk menjaga lingkungan termasuk pengaturan interaksi manusia dan dampaknya terhadap lingkungan. Misalnya, masyarakat tepi sungai yang mengonsumsi ikan yang terkontaminasi logam berat dalam jumlah besar memungkinkan mengalami defisit perawatan diri terkait dengan kurangnya kesadaran bahwa mengonsumsi ikan lokal berbahaya dan bahwa beberapa subpopulasi, seperti wanita hamil dan anak kecil, sangat rentan terkena dampak buruk. Perawat komunitas harus membantu masyarakat menyadari risiko dan mengidentifikasi sumber makanan lain. Perawat juga harus membantu masyarakat melakukan negosiasi dengan pemerintah dan industri untuk mengurangi polusi dan membersihkan sungai (Allender et al., 2014).

2. Model Sistem Perawatan Kesehatan Neuman

Model sistem perawatan kesehatan Neuman memandang manusia sebagai sistem terbuka yang terus-menerus berinteraksi secara timbal balik dengan lingkungannya. Setiap sistem lebih besar daripada jumlah bagian-bagiannya, dan kesejahteraan terjadi ketika bagian-bagian sistem berinteraksi secara harmonis satu

sama lain dan dengan lingkungan sistem. Empat rangkaian variabel yaitu; fisiologis, psikologis, sosiokultural, dan perkembangan spiritual membentuk “keseluruhan” setiap sistem. Dengan adanya variabel-variabel ini, setiap sistem mempunyai respons unik terhadap pemicu stres dan rangsangan yang menimbulkan ketegangan yang dapat menyebabkan ketidakseimbangan atau penyakit (Allender et al., 2014).

Bagian tengah dari model terdapat inti dari kemampuan dasar bertahan hidup, seperti kemampuan komunitas untuk memanfaatkan sumber daya alam yang dimilikinya dengan sebaik-baiknya. Di sekeliling inti terdapat tiga batas. Batasan pertama adalah garis perlawanan fleksibel yang mencakup pertahanan internal, seperti rasa tanggung jawab kolektif masyarakat untuk membesarkan anak-anak yang sehat. Batasan kedua adalah garis pertahanan normal suatu sistem, seperti kepolisian atau komunitas pemadam kebakaran sukarela. Batas ketiga adalah garis pertahanan yang dinamis dan fleksibel, suatu penyangga yang mencegah pemicu stres menyerang garis pertahanan normal, seperti pemeliharaan rutin jalan dan jembatan masyarakat (Allender et al., 2014)

Dalam model Neuman, stressor dapat berasal dari lingkungan internal maupun lingkungan eksternal. Penyebab stres internal seperti tingginya proporsi penduduk berpendapatan rendah atau sistem pemurnian air yang tidak memadai sedangkan penyebab stres eksternal berupa bencana alam, perang, atau kemerosotan ekonomi global. Oleh karena itu, peran perawat komunitas adalah membantu komunitas agar tetap stabil dalam lingkungannya (Allender et al., 2014).

3. Model Rogers-Ilmu tentang Kesatuan Manusia

Model ini dapat berguna bagi perawat komunitas dalam mempromosikan perawatan holistik dan menyingkatkan. Pada tahun 1970, Rogers mengembangkan model konseptual keperawatan berdasarkan teori sistem.

Modelnya menekankan bahwa keseluruhan lebih besar daripada jumlah bagian-bagiannya. Hal ini berarti memusatkan perhatian pada bagian-bagian suatu komunitas, seperti layanan kesehatan atau perumahan, tidak memberikan gambaran yang memadai mengenai keseluruhannya. Rogers juga memasukkan teori perkembangan ke dalam modelnya dengan mendeskripsikan perkembangan individu atau sistem "kesatuan" berdasarkan tiga prinsip: 1). Kehidupan berlangsung dalam satu arah sepanjang spiral ritmis, 2). Medan energi mengikuti pola gelombang dan organisasi tertentu, dan 3). Medan energi manusia dan lingkungan saling berinteraksi secara simultan dan saling menguntungkan, sehingga mengarah pada kelengkapan dan kesatuan. Dengan menggunakan model ini, perawat komunitas dapat berfokus pada interaksi masyarakat-lingkungan; masyarakat berfungsi saling bergantung dengan orang lain dan dengan lingkungan (Allender et al., 2014).

4. Model King

Bersumber dari model sistem umum yang menunjukkan keterkaitan antara sistem sosial, interpersonal, dan pribadi. King merumuskan teori pencapaian tujuan. Teori ini berfokus pada sistem pribadi dan interpersonal dari model konseptual. Dasar dari teori ini adalah, dalam setiap pertemuan perawat-klien, baik perawat maupun klien menghadapi situasi tertentu dengan tujuan dan harapan masing-masing. Keberhasilan optimal dalam pencapaian tujuan hanya mungkin terjadi ketika perawat dan klien bekerja sama untuk menetapkan tujuan, sehingga mengakui harapan kedua belah pihak dan bukannya mengutamakan salah satu pihak. Teori King merupakan pengingat akan pentingnya hubungan timbal balik antara perawat dan klien. Negosiasi adalah keterampilan yang melekat pada teori; hanya melalui pengenalan akan kebutuhan dan

tujuan yang dirasakan klien, perawat komunitas dapat membantu mempertahankan atau meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan klien (Allender et al., 2014).

5. Model Promosi Kesehatan Pender

Pender mendefinisikan promosi kesehatan sebagai tindakan yang diarahkan untuk meningkatkan tingkat kesejahteraan dan aktualisasi diri pada individu atau kelompok. Model Promosi Kesehatan Pender berupaya menjelaskan perilaku proaktif. Hal ini berarti bahwa serangkaian perilaku proaktif dimana orang bertindak terhadap lingkungannya daripada bereaksi terhadap pemicu stres yang timbul dari lingkungan. Model ini berdasarkan teori pembelajaran sosial, menekankan proses kognitif yang membantu mengatur perilaku seperti persepsi yang dimiliki seseorang yang secara langsung memengaruhi motivasi mereka untuk memulai atau melanjutkan perilaku yang meningkatkan kesehatan. Persepsi dapat mencakup persepsi mengenai pengendalian kesehatan, status kesehatan, manfaat dari perilaku yang meningkatkan kesehatan, dan hambatan dalam melakukan perilaku yang meningkatkan kesehatan (Allender et al., 2014).

Terdapat lima jenis faktor pengubah yang mempengaruhi persepsi masyarakat dalam melakukan perilaku yang meningkatkan kesehatan meliputi; 1). Faktor demografi, seperti usia dan ras. 2). Karakteristik biologis, seperti tinggi dan berat badan, 3). Pengaruh antar pribadi; seperti harapan orang lain, 4). Faktor situasional; misalnya ketersediaan makanan sehat, 5). Faktor perilaku; seperti pola penanggulangan stres. Dengan menggunakan model Pender, perawat komunitas dapat mewawancarai masyarakat untuk menentukan persepsi mereka tentang peningkatan kesehatan dan keselamatan (Allender et al., 2014).

6. Model Adaptasi Roy

Model ini membantu perawat komunitas memahami bagaimana kemampuan komunitas untuk beradaptasi terhadap stresor akan mempengaruhi kesehatan komunitas. Roy menjelaskan dua proses respons yaitu regulator dan kognator. Dalam proses regulator, rangsangan dari lingkungan internal dan eksternal diterima, dan kombinasi informasi ini kemudian diproses hingga menghasilkan respon. Dalam proses kognator, persepsi, pembelajaran, penilaian, dan emosi dipertimbangkan dalam merumuskan respons terhadap rangsangan. Proses regulator dapat berupa keinginan masyarakat untuk mencegah remaja merokok (stimulus internal) dan peraturan negara yang melarang penjualan produk tembakau kepada anak di bawah umur (stimulus eksternal). Gabungan rangsangan ini menghasilkan peraturan kota yang melarang penjualan rokok kepada anak di bawah umur (mekanisme koping), yang mengakibatkan berkurangnya tingkat merokok (respons) di kalangan penduduk tersebut (Allender et al., 2014).

7. Konstruksi Salmon untuk Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Model ini menjelaskan tiga prioritas praktik meliputi; 1). Pencegahan penyakit dan kesehatan yang buruk, 2). Perlindungan terhadap penyakit dan agen eksternal, dan 3). Promosi kesehatan. Ada tiga kategori umum intervensi keperawatan yaitu: 1). Pendidikan yang diarahkan pada perubahan sukarela dalam sikap dan perilaku subjek, 2). Rekayasa yang diarahkan pada pengelolaan risiko-variabel terkait, dan 3). Penegakan yang diarahkan pada peraturan wajib upaya untuk mencapai kesehatan yang lebih baik. Ruang lingkup praktiknya mencakup perawatan individu, keluarga, komunitas, dan global. Intervensi menargetkan determinan dalam empat kategori: manusia atau biologis,

lingkungan, medis/teknologi/organisasi, dan sosial (Allender et al., 2014).

Dengan menggunakan pendekatan Salmon, perawat komunitas yang berupaya mengurangi penularan tuberkulosis akan menggunakan pendidikan, teknik, dan penegakan hukum dalam menangani populasi individu dan keluarga yang terkena dampak. Perawat juga akan berkolaborasi dengan komunitas klien dalam berbagai intervensi, mulai dari pengobatan hingga pengajaran hingga dukungan sosial, untuk mencegah penyakit lebih lanjut di komunitas dan untuk meningkatkan kesehatan global (Allender et al., 2014).

8. Minnesota Wheel – Model Intervensi Kesehatan Masyarakat

Model Intervensi Kesehatan Masyarakat sebelumnya diperkenalkan sebagai “Model Minnesota” atau “Roda”. Roda Intervensi (Gambar 1) memberikan gambaran grafis



Gambar 1. Minnesota Wheel – Model Intervensi Kesehatan Masyarakat

tentang praktik kesehatan masyarakat berbasis populasi. Roda

menggambarkan bagaimana kesehatan masyarakat meningkatkan populasi kesehatan melalui intervensi terhadap komunitas, individu dan keluarga yang membentuk komunitas, dan sistem yang berdampak pada kesehatan komunitas (Stanhope & Lancaster, 2016).

Roda Intervensi terdiri dari tiga elemen berbeda yang sama pentingnya; 1). Model ini berbasis populasi, 2). Model ini mencakup tiga tingkat praktik (komunitas, sistem, individu/keluarga), 3). Model ini mengidentifikasi dan mendefinisikan 17 intervensi kesehatan masyarakat. Setiap

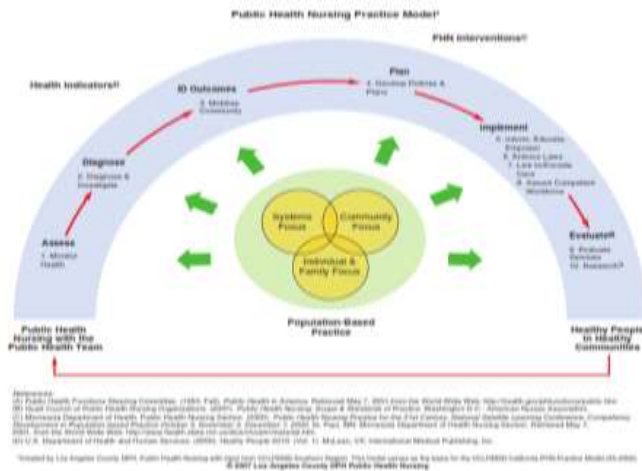
intervensi dan tingkat praktik berkontribusi terhadap peningkatan kesehatan masyarakat. Roda Intervensi mencakup 17 intervensi meliputi; surveilans, investigasi penyakit dan kesehatan lainnya, penjangkauan, skrining, penemuan kasus, rujukan dan tindak lanjut, manajemen kasus fungsi yang didelegasikan, pengajaran kesehatan, konsultasi, konseling, kolaborasi, pembentukan koalisi, pengorganisasian komunitas, advokasi, pemasaran sosial, pengembangan kebijakan dan pelaksanaan (Stanhope & Lancaster, 2016). Roda ini berguna bagi perawat komunitas karena secara visual menggambarkan daftar intervensi komprehensif yang harus dipertimbangkan perawat dalam lingkup praktik (Allender et al., 2014).

9. Model Praktik Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Model ini dikenal sebagai model praktik LAC PHN, digambarkan sebagai pengintegrasian standar praktik keperawatan kesehatan masyarakat, 10 layanan kesehatan masyarakat esensial, 10 indikator kesehatan utama dari orang sehat 2010, dan model intervensi keperawatan kesehatan masyarakat Minnesota. Model Praktik LAC PHN (Gambar 2) memberikan kerangka konseptual yang membantu memperjelas peran perawat komunitas dan menyajikan panduan praktik kesehatan masyarakat yang dapat diterapkan pada semua disiplin kesehatan masyarakat (Allender et al., 2014).

Perawat komunitas mengintegrasikan penilaian, pengembangan kebijakan, dan jaminan ke dalam pekerjaan mereka. Tiga tingkat praktik berbasis populasi—individu dan keluarga, komunitas, dan sistem ditangani, dengan proses keperawatan diterapkan di seluruh model. Tujuh belas intervensi, seperti yang pertama kali disajikan dalam model Minnesota, juga dimasukkan ke dalam Model Praktik LAC PHN. Model Praktik LAC PHN mempromosikan konsep kerja sama tim kesehatan masyarakat interdisipliner, dengan penekanan pada pencegahan primer. Model ini juga

menekankan pentingnya aktif partisipasi individu, keluarga, dan komunitas (Allender et al., 2014).



Gambar 2. Model Praktik LAC PHN

10. Sistem Omaha

Sistem Omaha didasarkan pada prinsip universal praktik keperawatan. Model ini dinilai konsisten dengan model kesehatan lingkungan Nightingale. Selain itu, model perawatan diri Orem juga konsisten dengan premis Sistem Omaha.



Gambar 3. Model Sistem Omaha

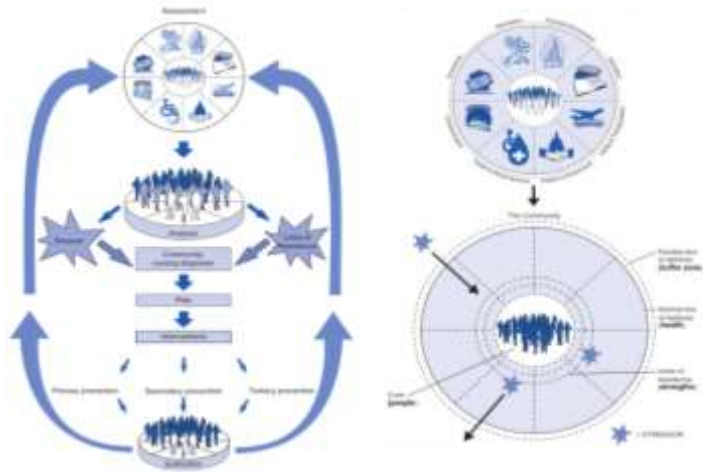
memandu perawat melalui enam langkah dalam proses: (1) mengumpulkan dan menilai data, (2) menyatakan masalah, (3) mengidentifikasi peringkat masalah, (4) perencanaan dan intervensi aktual, (5) identifikasi peringkat masalah

sementara atau pemberhentian, dan (6) evaluasi hasil masalah. Model ini dapat diterapkan pada individu, keluarga, dan komunitas, serta menyediakan mekanisme untuk mengevaluasi perubahan individu dan kelompok dari waktu ke waktu (Allender et al., 2014).

11. Model Komunitas sebagai Mitra (Community-as-Partner Model)

Model komunitas sebagai mitra menekankan filosofi dasar pelayanan kesehatan primer. Model ini dianggap sebagai model sistem. Sistem mempunyai tujuan yang sama, bagian-bagian yang saling berhubungan, dan memiliki batasan-batasan. Seorang individu, kelompok, atau komunitas dapat dianggap sebagai sistem terbuka dimana terdapat interaksi terus-menerus dengan lingkungan melalui batas-batas (Anderson & McFarlane, 2011).

Dalam model komunitas sebagai mitra (Gambar 4) terdapat dua faktor sentral yaitu; 1). Fokus pada masyarakat sebagai mitra (inti roda penilaian masyarakat) dan 2). Penggunaan proses keperawatan. Inti dari roda penilaian mewakili orang-orang yang membentuk komunitas meliputi demografi penduduk, nilai-nilai, keyakinan, dan sejarah. Sebagai masyarakat saling mempengaruhi dengan delapan subsistem masyarakat. Subsistem masyarakat meliputi lingkungan fisik, pendidikan, keselamatan dan transportasi, politik dan pemerintahan, layanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi, dan rekreasi (Anderson & McFarlane, 2011).



Gambar 4. Model Komunitas Sebagai Mitra

Garis solid yang mengelilingi komunitas mewakili garis pertahanan normal (tingkat kesehatan masyarakat yang telah dicapai dari waktu ke waktu). Garis pertahanan normal dapat mencakup tingkat kekebalan yang tinggi, angka kematian bayi yang rendah, atau tingkat pendapatan menengah, pola penanggulangan dan kemampuan pemecahan masalah. Garis pertahanan fleksibel, digambarkan sebagai garis putus-putus yang mengelilingi masyarakat dan akibat respon sementara terhadap stresor. Respon sementara ini dapat terjadi pada garis pertahanan normal, adalah zona penyangga yang mewakili tingkat kesehatan yang dinamis. Delapan subsistem dipisahkan oleh garis putus-putus untuk mengingatkan bahwa tidak terpisah dan jika terpisah tetapi saling mempengaruhi satu sama lain (Anderson & McFarlane, 2011).

Di dalam komunitas terdapat garis perlawanan, yaitu mekanisme internal yang bertindak untuk bertahan melawan pemicu stres. Garis perlawanan terdapat di setiap subsistem dan mewakili kekuatan masyarakat. Stressor adalah rangsangan yang menghasilkan ketegangan yang berpotensi menyebabkan ketidakseimbangan dalam sistem. Penyebabnya mungkin

berasal dari luar komunitas (misalnya polusi udara dari industri terdekat) atau dari dalam masyarakat (misalnya penutupan klinik). Penyebab stres menembus garis pertahanan yang fleksibel dan normal, sehingga mengakibatkan gangguan pada sistem saraf pusat masyarakat. Layanan yang tidak memadai, tidak dapat diakses, atau tidak terjangkau merupakan pemicu stres kesehatan masyarakat (Anderson & McFarlane, 2011).

Stresor dan garis resistensi (kekuatan) bersama-sama menjadi bagian dari diagnosis keperawatan komunitas dengan menimbulkan derajat reaksi. Derajat reaksi adalah besarnya ketidakseimbangan atau gangguan yang diakibatkan oleh pemicu stres melanggar garis pertahanan masyarakat. Penyusunan rencana berbasis komunitas didasarkan pada diagnosis keperawatan dan berisi tujuan dan intervensi spesifik untuk mencapai hasil yang diinginkan. Perencanaan adalah proses sistematis yang diselesaikan melalui kemitraan dengan masyarakat (Anderson & McFarlane, 2011).

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2014). *Community & Public Health Nursing: Promoting the Public's Health* (8th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, E. T., & McFarlane, J. (2011). *Community As Partner Theory and Practice in Nursing* (Sixth). Lippincott Williams & Wilkins.
- Clark, M. J. D. (2015). *Population and community health nursing*.
- Nies, M. A., & McEwen, M. (2015). *Community/Public Health Nursing: Promoting The Health of Populations* (Sixth Edition). Elseiver.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2016). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community* (9th Editio). Elseiver.

BIODATA PENULIS



Ns. La Syam Abidin., M.Kep, Sp.Kep.Kom., lahir di Passo (Ambon) pada tanggal 29 Agustus 1984. Anak pertama dari lima bersaudara dari pasangan Ayah (La Samsudin) dan Ibu (Wa Asnah, Almarhum). Pendidikan formal dimulai dari SD Negeri 2 Passo, Ambon-Maluku (1996), SLTP Negeri 2 Pasarwajo, Buton-Sulawesi Tenggara (1996), SMU Negeri 1 Pasarwajo, Buton Sulawesi Tenggara (2002), program sarjana keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan (STIK) Famika Makassar (2006), program profesi ners Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan (STIK) Famika Makassar (2007), magister keperawatan komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2016-2018) dan melanjutkan program spesialis keperawatan komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2018-2019). Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di program studi Keperawatan Masohi Poltekkes Kemenkes Maluku pada (2009–sekarang).

BAB 5

Promosi Kesehatan

Drg. Anie Kristiani, M.Pd

A. Pendahuluan

Konsep promosi kesehatan merupakan pengembangan dari konsep pendidikan kesehatan, yang berlangsung sejalan dengan perubahan paradigma kesehatan masyarakat (*public health*). Perubahan paradigma kesehatan masyarakat terjadi antara lain akibat berubahnya pola penyakit, gaya hidup, kondisi kehidupan, lingkungan kehidupan, dan demografi. Awal perkembangannya, kesehatan masyarakat difokuskan pada faktor-faktor yang menimbulkan risiko kesehatan seperti udara, air, penyakit-penyakit bersumber makanan dan penyakit-penyakit lain yang berhubungan dengan kemiskinan serta kondisi kehidupan yang buruk. Perkembangan selanjutnya, disadari bahwa kondisi kesehatan juga dipengaruhi oleh gaya hidup masyarakat. Aktifitas promosi kesehatan menurut piagam Ottawa adalah advokasi (*advocating*), pemberdayaan (*enabling*), dan mediasi (*mediating*). Selain itu dirumuskan 5 komponen utama promosi kesehatan yaitu; 1) membangun kebijakan publik (*build healthy public policy*), 2) menciptakan lingkungan yang mendukung (*create supportive environments*), 3) memperkuat gerakan masyarakat (*strengthen community action*), 4) membangun keterampilan individu (*develop personal skill*), dan 5) reorientasi pelayanan kesehatan (*reorient health service*). Berdasarkan piagam Ottawa dirumuskan strategi dasar promosi kesehatan, yaitu *empowerment* (pemberdayaan masyarakat), *social support* (bina suasana), dan *advocacy* (advokasi).

Tahun 2009 *WHO* memberikan pengertian promosi kesehatan sebagai proses mengupayakan individu-individu dan masyarakat untuk meningkatkan kemampuan mereka mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatannya. Di Indonesia, pengertian promosi kesehatan dirumuskan sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat melalui pembelajaran dari, oleh, untuk dan bersama masyarakat, agar mereka dapat menolong dirinya sendiri, serta mengembangkan kegiatan yang bersumber daya masyarakat, sesuai dengan budaya setempat dan didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

B. Promosi Kesehatan

1. Pengertian Promosi Kesehatan

- a. Promosi kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan (Lawrence Green 1984).
- b. Promosi kesehatan adalah proses untuk memampukan masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya (Piagam Ottawa 1986).
- c. Promosi kesehatan adalah kombinasi berbagai dukungan: menyangkut pendidikan, organisasi, kebijakan, dan eraturan perundangan untuk perubahan lingkungan dan perilaku yang menguntungkan kesehatan (Green and Ottoson, 1998).
- d. Promosi kesehatan adalah upaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat melalui peningkata perilaku dan lingkungan yang kondusif untuk hidup sehat (Notoatmodjo, S, 2003).

2. Visi Promosi Kesehatan

- a. Meningkatnya kemauan dan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan
- b. Dimensi:

- 1) Kemauan (*willingness*) menghasilkan pengetahuan dan sikap untuk hidup sehat (*tend to behave*)
- 2) Kemampuan (*ability*): agar kemauan untuk hidup sehat terwujud diperlukan sarana (fasilitas) untuk hidup sehat (tindakan = *practice*) (Notoatmodjo, 2010).

3. Misi Promosi Kesehatan

Upaya-upaya untuk mewujudkan visi di atas disebut misi promosi kesehatan, dengan kata lain apa yang harus dilakukan untuk mencapai visi. Menurut ottawa charter 1984 secara umum misi promosi kesehatan ada 3 hal;

a. Mengadvokasi (*Advocate*)

Kegiatan ini dilakukan terhadap para pengambil keputusan dari berbagai sektor/pejabat terkait agar mendukung program-program kesehatan masyarakat.

b. Menjembatani (*Mediate*)

Menjembatani masyarakat dengan pihak-pihak yang "concern" (khawatir) terhadap kesehatan masyarakat.

c. Memampukan (*Enable*)

Memberikan kemampuan kepada masyarakat agar mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya.

4. Tujuan Promosi Kesehatan

Tujuan umum dari promosi kesehatan adalah meningkatkan kemampuan individu, keluarga, kelompok masyarakat untuk hidup sehat dan mengembangkan upaya kesehatan yang bersumber dari masyarakat serta terciptanya lingkungan yang kondusif untuk mendorong terbentuknya kemampuan tersebut.

Adapun tujuan khusus promosi kesehatan bagi individu adalah;

- a. Mempengaruhi sikap untuk menerima gaya hidup yang sehat dan positif
- b. Mempengaruhi dan memelihara kebiasaan makan dengan kandungan gizi yang optimal

- c. Mempengaruhi untuk berhenti merokok demi kesehatan
 - d. Membantu dan mengatasi stress yang dialami dalam kehidupan
5. Strategi Promosi Kesehatan
- a. Menurut WHO (1984)
 - 1) *Advocacy*
kegiatan untuk memperoleh komitmen guna mendukung program-program kesehatan
 - 2) *Social support*
Kegiatan untuk membina suasana yang kondusif sehingga diperoleh dukungan sosial terhadap program-program kesehatan
 - 3) *Empowerment*
Kegiatan untuk menumbuhkan gerakan masyarakat guna mewujudkan program-program kesehatan masyarakat
 - b. Menurut Ottawa Charter (1986)
 - 1) *Healthy public policy*
Adanya kebijakan-kebijakan yang berwawasan atau mendukung kesehatan masyarakat
 - 2) *Supportive environment*
Diciptakan lingkungan yang kondusif untuk hidup atau berperilaku sehat
 - 3) *Reorient health service*
Pelayanan kesehatan preventif dan promotif diutamakan, tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan bukan hanya tanggung jawab sektor kesehatan saja, tetapi tanggung jawab semua sektor.
 - 4) *Personal skill*
Setiap orang dimampukan (terampil) untuk memelihara kesehatannya sendiri

5) *Community action*

Timbulnya gerakan-gerakan atau usaha-usaha masyarakat untuk memelihara kesehatan masyarakat sendiri.

6. Sasaran Promosi Kesehatan

Sasaran promosi kesehatan dibagi menjadi 3 yaitu

a. Sasaran primer

Sasaran primer (utama) upaya promosi kesehatan sesungguhnya adalah pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) sebagai komponen dari masyarakat. Mereka ini diharapkan mengubah perilaku hidup mereka yang tidak bersih dan tidak sehat menjadi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Akan tetapi disadari bahwa mengubah perilaku bukanlah sesuatu yang mudah. Perubahan perilaku pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) akan sulit dicapai jika tidak didukung oleh sistem nilai dan norma-norma sosial serta norma-norma hukum yang dapat diciptakan/dikembangkan oleh para pemuka masyarakat, baik pemuka formal maupun pemuka informal.

b. Sasaran sekunder

Sasaran sekunder adalah para pemuka masyarakat, baik pemuka formal (misalnya petugas kesehatan, pejabat pemerintah, dan lain-lain) maupun informal (misalnya pemuka adat, pemuka agama, dan lain-lain), organisasi kemasyarakatan dan media massa. Mereka diharapkan dapat turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) dengan cara: berperan sebagai panutan dalam mempraktekkan PHBS. Turut menyebarkan informasi tentang PHBS dan menciptakan suasana yang kondusif bagi PHBS. Berperan sebagai kelompok penekan (*pressure group*) guna mempercepat terbentuknya PHBS.

c. Sasaran tersier

Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik berupa peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang-bidang lain yang berkaitan serta mereka yang dapat memfasilitasi atau menyediakan sumber daya. Mereka diharapkan turut serta dalam upaya meningkatkan PHBS pasien, individu sehat dan keluarga (rumah tangga) dengan cara: 1) memberlakukan kebijakan/peraturan perundang-undangan yang tidak merugikan kesehatan masyarakat dan bahkan mendukung terciptanya PHBS serta kesehatan masyarakat, 2) membantu menyediakan sumber daya (dana, sarana, dan lain-lain) yang dapat mempercepat terciptanya PHBS di kalangan pasien, individu sehat, dan keluarga (rumah tangga) pada khususnya serta masyarakat luas pada umumnya.

7. Metode Promosi Kesehatan

Metode promosi kesehatan dapat digolongkan berdasarkan:

a. Berdasarkan Teknik Komunikasi

- 1) metode penyuluhan langsung
- 2) metode penyuluhan tidak langsung

b. Berdasarkan Jumlah Sasaran

- 1) Pendekatan perorangan
- 2) Pendekatan kelompok
- 3) Pendekatan masal

c. Berdasarkan Indera Penerima

- 1) metode melihat
- 2) metode mendengar
- 3) metode melihat dan mendengar

8. Media Promosi Kesehatan

Media atau alat peraga dalam promosi kesehatan dapat diartikan sebagai alat bantu untuk melaksanakan promosi kesehatan yang dapat dilihat, didengar, diraba, dirasa, atau dicium untuk memperlancar komunikasi dan penyebaran informasi. Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau

informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator, baik melalui media cetak, elektronik sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat merubah perilakunya ke arah perilaku kesehatan yang lebih baik.

Tujuan penggunaan media promosi kesehatan adalah (Notoatmodjo, 2005)

- a. mempermudah penyampaian informasi
 - b. menghindari kesalahan persepsi
 - c. memperjelas informasi
 - d. mempermudah pengertian
 - e. mengurangi komunikasi yang verbalistik
 - f. dapat menampilkan obyek yang tidak bisa ditangkap oleh mata
 - g. memperlancar komunikasi
9. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan
- a. Berdasarkan Tingkat Pelayanan
 - 1) Tingkat promotif
Sasaran: kelompok masyarakat sehat
Tujuan: agar tetap sehat dan meningkatkan kesehatannya
 - 2) Tingkat preventif
 - a) *Primary prevention*
Sasaran: kelompok beresiko tinggi
Tujuan: agar tidak jatuh sakit
 - b) *Secondary prevention*
Sasaran: Kelompok penderita penyakit
Tujuan: sembuh dan tidak menjadi parah
 - c) *Tertiary prevention*
Sasaran: Kelompok penderita yang baru sembuh dari sakit
Tujuan: agar segera pulih kesehatannya
 - b. Berdasarkan Tatanan
 - 1) Tatanan keluarga (rumah tangga)
 - 2) Tatanan sekolah
 - 3) Tatanan tempat kerja

- a) Pabrik/perusahaan
- b) Perkantoran
- 4) Tatanan institusi pelayanan kesehatan
 - a) Puskesmas
 - b) Rumah sakit
 - c) Balai pengobatan
- 5) Tatanan Tempat-tempat Umum (TTU)
 - a) Terminal
 - b) Pasar
 - c) Stasiun KA

DAFTAR PUSTAKA

- Alifariki. L.O, Amanupunyo. N.A, Terok. M, dkk. 2023. Promosi Kesehatan. Cilacap: Media Pustaka Indo
- Departemen Kesehatan R.I., 2008. *Pusat Promosi Kesehatan*, Pedoman Pengelolaan Promosi Kesehatan dalam Pencapaian PHBS. Jakarta: Depsrtemen Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan R.I., 2011. Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Jakarta : Kementerian Kesehatan.
- Machfoedz. I., Suryani. E, Sutrisno, Santoso. S., 2005. Pendidikan Kesehatan Bagian dari Promosi Kesehatan. Yogyakarta: Fitramaya.
- Mais, A, 2016. Media Pembelajaran Anak Berkebutuhan Khusus. Jember: Penerbit Pustaka Abadi.
- Maulana, H. 2002. Promosi Kesehatan. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo. S, 2005, Promosi Kesehatan. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. S, 2007, Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku. Jakarta: Rineka Cipta.
- Notoatmodjo. S, 2012, Promosi Kesehatan dan Perilaku kesehatan Edisi I. Jakarta: Rineka Cipta.
- WHO, 1992, Pendidikan Kesehatan; Pedoman Pelayanan Kesehatan Dasar (terj.). Bandung: ITB.

BIODATA PENULIS



drg. Anie Kristiani, M.Pd, lahir di Bandung pada tanggal 23 Agustus 1964. Tercatat sebagai lulusan Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Padjajaran Bandung dan Pasca Sarjana Universitas Siliwangi Tasikmalaya. Anie Kristiani mulai mengajar sejak tahun 1993 di Sekolah Pengatur Rawat Gigi Tasikmalaya lalu diangkat menjadi dosen Akademi Kesehatan Gigi Tasikmalaya sejak tahun 2001. Tahun 2007 pernah menjadi dosen berprestasi Politeknik Kesehatan Tasikmalaya dan mengikuti pertemuan Dosen berprestasi Politeknik Kesehatan se-Indonesia. Sampai saat ini masih aktif mengajar di jurusan Kesehatan gigi program studi Kesehatan gigi (D III) dan program studi sarjana terapan terapi gigi (DIV) Politeknik kesehatan kemenkes Tasikmalaya.

BAB 6

Pengkajian Keperawatan Komunitas

Ns. Meutia Chaizuran, M.Kep

A. Pendahuluan

Pengkajian keperawatan adalah proses sistematis dari pengumpulan, verifikasi, dan komunikasi data tentang klien (Potter & Perry, 2005). Pengkajian adalah fase di mana perawat secara sistematis mengumpulkan informasi secara komprehensif, relevan, valid, dapat diandalkan dan lengkap dari pasien dan sumber kredibel lain untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, membuat diagnosis dan kemudian merencanakan, mengimplementasi dan evaluasi (Chabeli, 2007). Pengkajian keperawatan komunitas merupakan suatu proses tindakan untuk mengenal komunitas. Mengidentifikasi faktor positif dan negatif yang berbenturan dengan masalah kesehatan dari masyarakat hingga sumber daya yang dimiliki komunitas dengan tujuan merancang strategi promosi kesehatan.

B. Pengkajian Keperawatan Komunitas Menggunakan model *Community as Partner*

Konsep *Community as Partner* diperkenalkan Anderson dan McFarlane. Model ini merupakan pengembangan dari model Neuman yang menggunakan pendekatan totalitas manusia untuk menggambarkan status kesehatan klien. Neuman memandang klien sebagai sistem terbuka dimana klien dan lingkungannya berada dalam interaksi yang dinamis. Menurut Neuman, untuk melindungi klien dari berbagai stressor yang dapat mengganggu keseimbangan, klien memiliki tiga garis pertahanan, yaitu *fleksible line of defense*, *normal line of defense*, dan *resistance defense*.

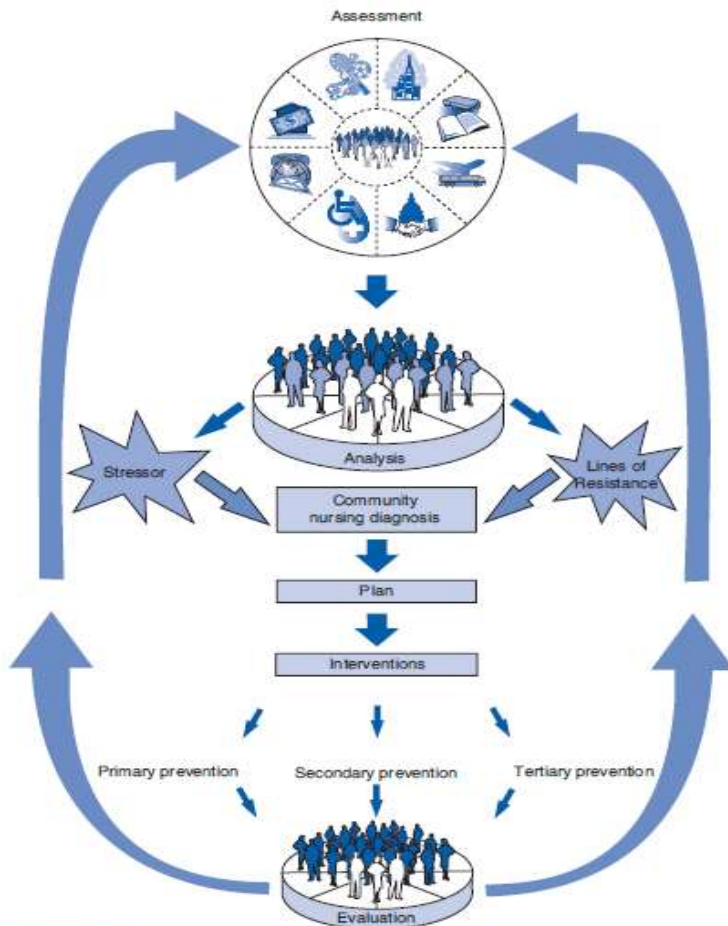
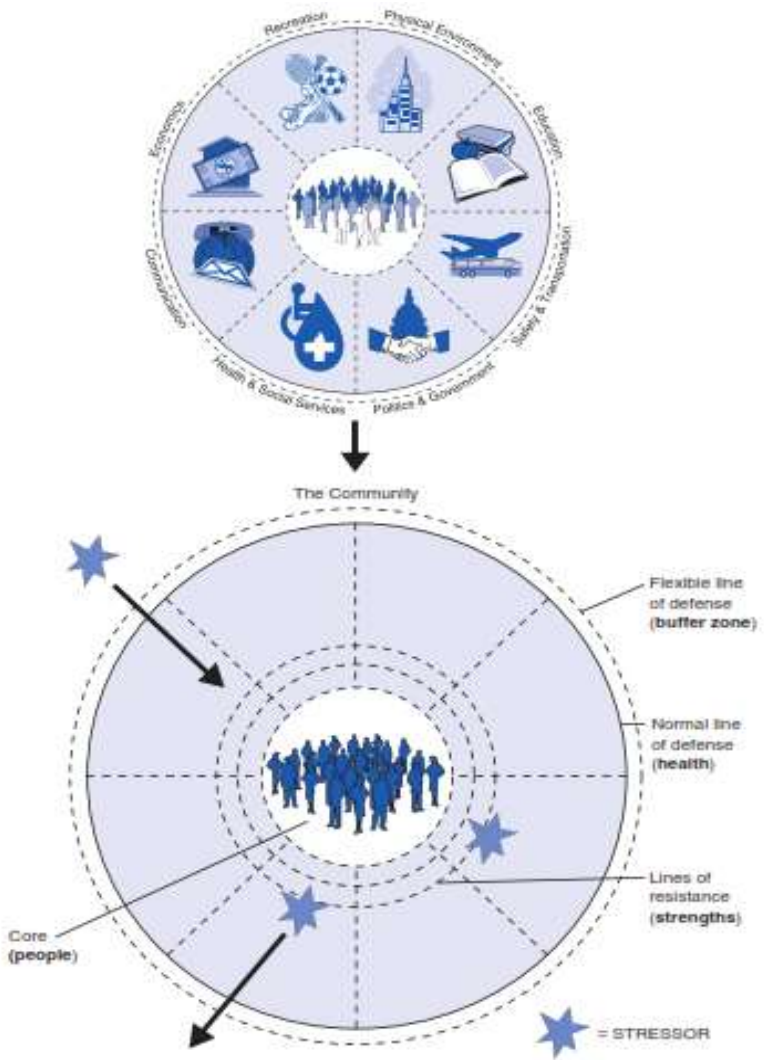


Figure 11.1 Community-as-partner model.

Gambar 1: Model Community as Partner Anderson & McFarlene (2000)

Agregat klien dalam model *community as partner* ini meliputi intrasistem dan ekstrasistem. Intrasistem terkait adalah sekelompok orang-orang yang memiliki satu atau lebih karakteristik (Stanhope & Lancaster, 2004). Agregat ekstrasistem meliputi delapan subsistem yaitu komunikasi, transportasi dan keselamatan, ekonomi, pendidikan, politik dan pemerintahan,

layanan kesehatan dan social. lingkungan fisik dan rekreasi (Anderson & McFarlane, 2011).



Gambar 2: *Community Assessment Wheel* Anderson & McFarlene (2000)

Delapan subsistem dipisahkan dengan garis putus-putus artinya sistem satu dengan yang lainnya saling mempengaruhi. Di dalam komunitas ada *lines of resistance*, merupakan mekanisme internal untuk bertahan dari stressor. Rasa kebersamaan dalam komunitas untuk bertanggung jawab terhadap kesehatan. Contoh dari *line of resistance* Anderson dan McFarlane (2011) mengatakan bahwa dengan menggunakan model *community as partner* terdapat dua komponen utama yaitu roda pengkajian komunitas dan proses keperawatan. Roda pengkajian komunitas terdiri dari dua bagian utama yaitu inti dan delapan subsistem yang mengelilingi inti yang merupakan bagian dari pengkajian keperawatan, sedangkan proses keperawatan terdiri dari beberapa tahap mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Berikut adalah pengkajian keperawatan yang terdiri dari data inti, data subsistem dan data persepsi.

1. Data Inti

Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas yaitu riwayat terbentuknya sebuah komunitas (lama/baru). tanyakan pada orang-orang yang kompeten atau yang mengetahui sejarah area atau daerah itu.

a. Data demografi

Karakteristik orang-orang yang ada di area atau daerah tersebut, distribusi (jenis kelamin, usia, status perkawinan, etnis), jumlah penduduk, dan lainnya.

b. Vital statistik

Meliputi kelahiran, kematian, kesakitan dan penyebab utama kematian atau kesakitan.

c. Nilai dan kepercayaan

Nilai yang dianut oleh masyarakat yang berkaitan dengan kesehatan, kepercayaan-kepercayaan yang diyakini yang berkaitan dengan kesehatan, kegiatan keagamaan di masyarakat, kegiatan-kegiatan masyarakat yang mencerminkan nilai-nilai kesehatan.

2. Data Subsistem

a. Lingkungan fisik

Catat lingkungan tentang mutu air, flora, perumahan, ruang, area hijau, binatang, orang-orang, bangunan buatan manusia, keindahan alam, air, dan iklim.

b. Pelayanan kesehatan dan sosial

Catat apakah terdapat klinik, rumah sakit, profesi kesehatan yang praktek, layanan kesehatan publik, pusat *emergency*, rumah perawatan atau panti werda, fasilitas layanan sosial, layanan kesehatan mental, dukun tradisional/pengobatan alternatif.

c. Ekonomi

Catat apakah perkembangan ekonomi di wilayah komunitas tersebut maju dengan pesat, industri, toko, dan tempat-tempat untuk pekerjaan, adakah pemberian bantuan sosial (makanan), seberapa besar tingkat pengangguran, rata-rata pendapatan keluarga, karakteristik pekerjaan.

d. Keamanan dan transportasi

Apa jenis transportasi publik dan pribadi yang tersedia di wilayah komunitas, catat bagaimana orang-orang bepergian, apakah terdapat trotoar atau jalur sepeda, apakah ada transportasi yang memungkinkan untuk orang cacat. jenis layanan perlindungan apa yang ada di komunitas (misalnya: pemadam kebakaran, polisi, dan lain-lain), apakah mutu udara di monitor, apa saja jenis kegiatan yang sering terjadi, apakah orang-orang merasa aman.

e. Politik dan pemerintahan

Catat apakah ada tanda aktivitas politik, apakah ada pengaruh partai yang menonjol, bagaimana peraturan pemerintah terdapat komunitas (misalnya: pemilihan kepala desa, walikota, dewan kota), apakah orang-orang terlibat dalam pembuatan keputusan dalam unit pemerintahan lokal mereka.

f. Komunikasi

Catat apakah orang-orang memiliki tv dan radio, apa saja sarana komunikasi formal dan informal yang terdapat di wilayah komunitas, apakah terdapat surat kabar yang terlihat di stan atau kios, apakah ada tempat yang biasanya digunakan untuk berkumpul.

g. Pendidikan

Catat apa saja sekolah-sekolah dalam area beserta kondisi, pendidikan lokal, reputasi, tingkat *drop-out*, aktifitas-aktifitas ekstrakurikuler, layanan kesehatan sekolah, dan tingkat pendidikan masyarakat.

h. Rekreasi

Catat dimana anak-anak bermain, apa saja bentuk rekreasi utama, siapa yang berpartisipasi, fasilitas untuk rekreasi dan kebiasaan masyarakat menggunakan waktu senggang.

3. Persepsi

Persepsi masyarakat dan keluarga terhadap suatu penyakit masih acuh, mungkin dipengaruhi rendahnya tingkat pendidikan masyarakat ataupun kurangnya pengetahuan kesehatan mengenai suatu penyakit

Setelah pengakajian pada data inti, data subsistem dan data persepsi selesai dilakukan, maka dilanjutkan dengan tahapan berikutnya yaitu diagnose keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, E.T., and McFarlane, J.(2011). *Community as partner: Theory and practice in nursing*, (6thed). Philadelphia: J. B. Lippincott
- Chabeli, M.M. (2007). *Faciliatating Critical Thinking Within the Nursing Process Frame Work : A Literature Review*. Health Sa Gesundheit,12,4
- Potter, P. A & Perry, A. G (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik Vol 1 Ed.4*. Jakarta:EGC
- Stanhope, M & Lancaster, J (2004). *Community & Public Health Nursing*. St. Louis, Missouri: Mosby

BIODATA PENULIS



Ns.Meutia Chaizuran, M.Kep lahir di Kota Lhokseumawe pada 25 Juni 1990. Menyelesaikan pendidikan Sarjana dan Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Syiah Kuala. Saat ini penulis berafiliasi sebagai Dosen Program Studi Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Mahakarya Aceh.

BAB 7

Perencanaan Asuhan Keperawatan Komunitas

Ns Lia Nurlianawati, M.Kep

A. Pendahuluan

Perencanaan keperawatan merupakan proses pemecahan masalah tentang sesuatu yang akan dilakukan untuk menentukan tindakan keperawatan dalam membantu, memecahkan masalah dan memenuhi kebutuhan pasien. Level perencanaan keperawatan atau disebut juga sebagai intervensi keperawatan ada 2 yaitu intervensi utama dan intervensi pendukung. Intervensi utama merupakan intervensi prioritas karena bersifat resolutif memiliki kesesuaian dengan diagnosis atau etiologi keperawatan, memiliki tindakan yang dapat mengatasi masalah, digunakan pada berbagai setting, dan efektivitas intervensi dalam praktik klinis, riset serta referensi. Intervensi pendukung adalah intervensi yang bukan merupakan prioritas, tidak bersifat resolutif namun menunjang resolusi masalah, hanya mengatasi etiologi diagnosis tertentu saja, dapat digunakan pada setting tertentu dan efektivitas intervensi belum banyak dalam praktik klinis, riset, dan referensi (PPNI, 2018).

Perencanaan asuhan keperawatan komunitas yaitu suatu proses yang melibatkan identifikasi masalah kesehatan di kelompok masyarakat, penentuan tujuan, pengembangan intervensi dan pengorganisasian sumber daya untuk mencapai hasil yang diharapkan dalam pemberian perawatan yang tepat sasaran kepada individu, keluarga, dan kelompok masyarakat dalam suatu komunitas tertentu (Mary A. Nies, Melanie McEwen, 2018).

B. Tahap Perencanaan Keperawatan Komunitas

Tahap perencanaan terdiri dari 3 yaitu menetapkan prioritas masalah, menetapkan tujuan dan rencana tindakan. Menentukan prioritas masalah perencanaan diawali dengan melakukan prioritas pada masalah kesehatan Komunitas dengan tujuan menentukan urutan penyelesaian masalah kesehatan komunitas. Prioritas perencanaan ditujukan pada masyarakat atau kelompok dengan resiko tinggi terkait masalah kesehatan. Kriteria dalam menentukan prioritas terdiri dari kesesuaian peran perawat, risiko bertambahnya masalah kesehatan, risiko parahnya masalah, kemungkinan untuk Pendidikan kesehatan, adanya minat masyarakat untuk menyelesaikan, kesesuaian dengan program yang ada di pemerintah serta didukung pemerintah, kemungkinan untuk diselesaikan, tersedianya tempat, waktu, dana fasilitas, dan petugas kesehatan (PPNI, 2018).

Rencana tindakan setelah prioritas masalah ditentukan, maka akan dilanjutkan menyusun rencana tindakan perawatan kesehatan sebagai determinan untuk pasien dan perawat kedalam sistem perawatan kesehatan. Perawat kesehatan komunitas bertanggungjawab dalam menjamin kesehatan komunitas dengan upaya mempertahankan dan meningkatkan kesehatan (*promotion*), mencegah terjadinya masalah (*prevention*), mengatasi masalah (*curative*) dan mencegah keadaan yang semakin buruk dan kecacatan (*rehabilitation*) (Efendi, F., & Makhfudli. 2015).

1. Perencanaan keperawatan dilakukan melalui tiga level pencegahan diantaranya :
 - a. Pencegahan Primer

Pencegahan primer terjadi sebelum sistem bereaksi terhadap stresor atau sebelum adanya suatu masalah kesehatan. Pencegahan primer meliputi promosi kesehatan (*health promotion*) dan perlindungan khusus (*specific protection*). Fokus pencegahan primer pada penguatan garis pertahanan fleksibel melalui pencegahan stres atau faktor risiko dan mengurangi

berbagai faktor risiko penyebab adanya penyakit atau masalah Kesehatan di masyarakat. Intervensi ini diberikan jika faktor risiko teridentifikasi sebelum reaksi terjadi. Strategi yang dapat dilaksanakan meliputi imunisasi, penyuluhan kesehatan, olahraga dan perbaikan gaya hidup (Achjar, K. A. H. 2016).

b. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder terjadi setelah sistem bereaksi terhadap stresor atau masalah kesehatan yang diberikan pada saat kondisi yang sudah ada tanda dan gejala. Pencegahan sekunder berfokus pada penguatan garis pertahanan internal dan mempertahankan struktur dasar melalui perawatan dan pengobatan yang tepat. Tujuan dari pencegahan sekunder adalah untuk meningkatkan stabilitas sistem yang optimal dan untuk mengembalikan energi. Apabila Pencegahan sekunder tidak berhasil dan tidak terjadi perbaikan atau perubahan, struktur dasar tidak akan mampu mensupport sistem dan intervensinya sehingga menyebabkan kematian. Pencegahan sekunder meliputi deteksi risiko (*early diagnosis*), penatalaksanaan gejala penyakit yang muncul (*prompt treatment*), dan mencegah kecacatan (*disability limitation*) (Riasmini et al., 2017).

c. Pencegahan Tersier

Pecegahan tertier terjadi setelah masalah telah diberikan intervensi melalui strategi pencegahan sekunder. Tujuannya adalah mempertahankan kesejahteraan dan melindungi sistem perlindungan pasien melalui penguatan yang ada untuk melanjutkan dan mempertahankan energi. Pencegahan tertier dimulai setelah stabilitas sistem dibentuk atau dibangun kembali (telah terjadi perbaikan). Pencegahan tersier meliputi rehabilitasi, pendidikan kesehatan yang bersifat re-adaptasi, pendidikan kesehatan untuk mencegah komplikasi dan memelihara stabilitas kesehatan (Allender, J., Rector, C., & Warner, K. D. 2013).

Perencanaan yang dapat dilakukan pada masyarakat adalah pendidikan kesehatan tentang berbagai masalah kesehatan, demonstrasi keterampilan terkait perawatan dan pencegahan penyakit atau masalah kesehatan, deteksi dini tanda-tanda gangguan penyakit, konseling gizi untuk menetapkan diet yang tepat bagi yang berisiko dan memperbaiki lingkungan atau komunitas apabila menjadi penyebab masalah kesehatan seperti TBC, malaria, Diare, ISPA, DBD dan penyakit berbasis lingkungan lainnya.

2. Strategi Perencanaan Keperawatan

a. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan proses pembelajaran untuk merubah perilaku yang dinamis, tidak hanya sebuah proses informasi dari seseorang ke orang lain namun perubahan tersebut terjadi adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok atau masyarakat. Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah supaya seorang mampu menentukan masalah dan kebutuhan individu, memahami apa yang dapat individu lakukan terhadap masalah dengan sumberdaya yang ada dan dengan dukungan dari luar; memutuskan kegiatan yang paling tepat untuk meningkatkan kondisi kesehatan dan kesejahteraan komunitas masyarakat (Allender, J., Rector, C., & Warner, K. D. 2013).

b. Proses Kelompok

Proses kelompok yang dilakukan dengan masyarakat melalui pembentukan sebuah kelompok untuk mencapai intervensi yang efektif, perawat dapat bekerja sama dengan kelompok masyarakat. Melalui strategi ini, perawat akan memiliki kekuatan untuk melakukan perubahan pada individu, keluarga, dan komunitas masyarakat. Pola pikir, perilaku, nilai, dan interaksi sosial komunitas masyarakat dapat dipengaruhi oleh individu dalam kelompok tersebut.

Berbagai kelompok masyarakat dapat dibentuk oleh inisiatif dan kebutuhan dari masyarakat setempat. Misalnya kelompok lansia, kelompok ibu hamil, kelompok ibu menyusui, kelompok ibu bayi dan balita. Apabila ada kohesi dalam kelompok, masyarakat dapat berhasil dan bermanfaat (Stanhope & Lancaster, 2014).

c. Kemitraan

Kemitraan adalah kolaborasi komunitas dalam mencapai suatu program. Perawat profesional dan seluruh masyarakat yang berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan kolaboratif memiliki harapan untuk mengupayakan peningkatan kesehatan komunitas. Tujuannya adalah untuk meningkatkan kesehatan melalui partisipasi aktif masyarakat dan tenaga kesehatan dari berbagai disiplin ilmu. Semua pihak harus terlibat aktif dalam pengkajian, perencanaan, dan implementasi yang diperlukan untuk melakukan perubahan di komunitas.

d. Pemberdayaan

Pemberdayaan adalah pemberian informasi dan pendampingan dalam pencegahan dan menanggulangi masalah Kesehatan untuk membantu individu, keluarga atau kelompok masyarakat dalam menjalani tahap menjadi tahu, mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan. Perencanaan komunitas mempunyai tujuan memampukan masyarakat (*enable*), membuat masyarakat mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan secara mandiri, dengan menggali seluruh potensi yang ada untuk perbaikan kesehatan dengan cara memberikan pengarahan dan pelatihan, pemberian informasi dan lingkungan yang mendukung. Proses pemberdayaan sebagai proses memberikan dan mengalihkan sebagian kekuatan, kemampuan kepada masyarakat agar individu lebih berdaya. Proses ini menstimulasi, mendorong dan memotivasi individu, kelompok masyarakat supaya

mempunyai kemampuan untuk menentukan apa yang menjadi keputusannya. Prinsipnya adalah pemberdayaan masyarakat suatu upaya atau proses untuk menumbuhkan kesadaran, ketidaktahuan, kemauan, dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi, dan meningkatkan derajat kesehatan. Pemberdayaan adalah menggunakan sumber daya yang ada di komunitas, seperti kader posyandu atau posbindu yang diikutsertakan dalam proses implementasi masalah kesehatan yang ada di wilayahnya. Kader kesehatan sebagai salah satu sumber daya komunitas yang dapat melanjutkan program sebagai bentuk *sustainability* program yang telah dilakukan oleh perawat. Perawat dapat melakukan pendampingan kader kesehatan sehingga mampu melaksanakan upaya pencegahan dan penyelesaian masalah kesehatan di wilayah secara mandiri (Susanty, 2022).

3. Faktor yang mempengaruhi pemilihan intervensi

Pemilihan intervensi keperawatan disesuaikan dengan kondisi pasien dan merupakan bagian dari *clinical judgement* perawat. Faktor yang perlu dipertimbangkan saat memilih intervensi meliputi karakteristik diagnose keperawatan, kriteria hasil yang diharapkan, kemampuan dalam pelaksanaan intervensi, kemampuan perawat, penerimaan pasien, penelitian yang mendasari intervensi, kewenangan klinis perawat (*Clinical privilege*) (Agusman, F. 2011).

Dalam menentukan intervensi ada yang perlu diperhatikan yaitu program pemerintah terkait dengan masalah kesehatan yang ada, kondisi atau situasi, sumber daya yang ada di dalam dan di luar komunitas yg dapat dimanfaatkan, program yang lalu dan pernah dijalankan, menekankan pada pemberdayaan masyarakat, penggunaan teknologi tepat guna, mengedepankan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif (Mary A. Nies, Melanie McEwen, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Ann Allender, J., Rector, C., & Warner, K. D. (2013). Community and Public Health Nursing: Promoting the Public's Health. *Community and Public Health Nursing: Promoting the Public's Health*.
- Agusman, F. (2011). Asuhan Keperawatan Komunitas: Suatu Pengantar. *Badan Penerbit Universitas Diponegoro*.
- Mary A. Nies, Melanie McEwen. (2015) Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. Elsevier
- Ppni, T. P. S. D. (2018). Standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI). *Jakarta: Dewan Pengurus Ppni*.
- Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T. T. M., & Handayani, T. W. (2017). Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, Dan Komunitas Dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC Dan NIC Di Puskesmas Dan Masyarakat. *IPKKI: Jakarta*.
- Stanhope, M., Lancaster, J., Jessup-Falcioni, H., & Viverais-Dresler, G. (2014). *Community health nursing in Canada*. Elsevier Health Sciences.
- Susanty, S., Sudayasa, I. P., Saltar, L., Rahmadiyah, D. C., Rosanty, A., Prio, A. Z., ... & Sauria, N. (2022). Ilmu Dasar Keperawatan Komunitas.

BIODATA PENULIS



Lia Nurlianawati, S.Kep, Ners., M.Kep, Lahir di Bandung, 6 Juli 1986. Penulis memulai perjalanan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan profesi Ners di Universitas Padjadjaran pada tahun 2004 sampai dengan 2009, pada tahun 2012 penulis menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Komunitas di Universitas Padjadjaran, Tahun 2009 penulis menjadi Tutor di Fakultas Keperawatan Universitas Padjadjaran dan Sejak tahun 2013 Penulis mulai mengawali karier sebagai dosen tetap di Program Studi Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Bhakti Kencana. Penulis melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi di Instansi Universitas Bhakti Kencana. Adapun mata kuliah yang diampu oleh penulis diantaranya Keperawatan komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, Promosi Kesehatan, Komunikasi Keperawatan. Penulis juga membimbing mahasiswa praktek di Puskesmas, komunitas, masyarakat dan keluarga. Mata kuliah praktek klinik keperawatan yang diampu penulis adalah mata kuliah praktek keperawatan Komunitas dan keluarga.

Email Penulis: lia.nurlianawati@bku.ac.id

BAB 8

Evaluasi Asuhan Keperawatan Komunitas

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

A. Pendahuluan

Tahapan terakhir dari asuhan keperawatan komunitas adalah tahap evaluasi. Evaluasi dapat dilakukan untuk menilai setiap tahap proses asuhan keperawatan komunitas yang sedang berlangsung, dan evaluasi juga dilakukan setelah semua proses asuhan keperawatan telah dilakukan, serta memastikan bahwa tindakan keperawatan yang dilakukan benar-benar memberikan dampak yang signifikan terhadap kesehatan masyarakat.

Evaluasi dapat membantu perawat komunitas untuk menentukan langkah selanjutnya, mengidentifikasi penyebab, memperbaiki cara yang digunakan, membantu membangun konsensus dengan para pengambil kebijakan untuk merespon kembali masalah tersebut. Evaluasi merupakan penilaian terhadap program yang telah dilaksanakan dibandingkan dengan tujuan semula dan dijadikan dasar untuk memodifikasi rencana berikutnya.

B. Konsep Evaluasi Asuhan Keperawatan Komunitas

1. Pengertian Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh ketercapaian diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan implementasi asuhan keperawatan komunitas (Ferry Efendi & Makhfudli, 2013).

Evaluasi merupakan sekumpulan metode dan keterampilan untuk menentukan kesesuaian program dengan rencana dan tuntutan masyarakat, mengetahui

ketercapaian tujuan yang ditetapkan dan efektifnya intervensi yang dilakukan untuk masyarakat setempat sesuai dengan kondisi dan situasi yang ada di masyarakat, serta kesesuaian dengan rencana untuk mengatasi masalah masyarakat (Achjar, 2013).

2. Tujuan Evaluasi

Tujuan evaluasi menurut Supriyanto (1988) antara lain :

- a. Memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program. Sehubungan dengan ini perlu adanya kegiatan-kegiatan yang dilakukan antara lain memeriksa kembali kesesuaian dari program dalam hal perubahan-perubahan kecil yang terus-menerus, mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan, menentukan sebab dan faktor yang mempengaruhi pelaksanaan suatu program baik faktor dari dalam maupun luar.
- b. Sebagai alat untuk memperbaiki kebijaksanaan perencanaan dan pelaksanaan program yang akan datang. Hasil evaluasi akan memberikan pengalaman mengenai hambatan dari pelaksanaan program yang lalu dan selanjutnya dapat dipergunakan untuk memperbaiki kebijaksanaan dan pelaksanaan program yang akan datang.
- c. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber dana dan sumber daya manajemen saat ini serta di masa mendatang (Supriyatno, 1988).

Evaluasi Asuhan Keperawatan Komunitas bertujuan untuk menilai kemampuan komunitas dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Ferry Efendi & Makhfudli, 2013).

3. Jenis-jenis Evaluasi

Evaluasi asuhan Keperawatan komunitas data dikelompokkan (Widagdo, 2016) sebagai berikut :

- a. Menurut waktu pelaksanaan
 - 1) Evaluasi formatif
 - a) Menghasilkan informasi untuk umpan balik selama program berlangsung
 - b) Evaluasi yang dilakukan setiap selesainya Tindakan
 - c) Berorientasi pada etiologi
 - d) Dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai
 - 2) Evaluasi sumatif
 - a) Dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi tentang efektivitas pengambilan keputusan
 - b) Evaluasi yang dilakukan setiap selesainya Tindakan
 - c) Berorientasi pada etiologi
 - d) Dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai
 - b. Menurut tujuan
 - 1) Evaluasi struktur; Evaluasi struktur merupakan proses mendapatkan dan menggunakan informasi sebagai dasar proses pengambilan keputusan dengan cara meningkatkan pelayanan Kesehatan.
 - 2) Evaluasi proses; Evaluasi proses difokuskan pada urutan kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan hasil.
 - 3) Evaluasi hasil; Evaluasi hasil dapat diukur melalui perubahan pengetahuan (*knowledge*), sikap (*attitude*) dan perubahan perilaku masyarakat
4. Fokus Evaluasi

Fokus dari evaluasi pelaksanaan asuhan Keperawatan komunitas (Mubarak, 2012) adalah :

- a. Relevansi (*relevance*); Kesesuaian program yang direncanakan dengan kebutuhan komunitas, program yang sedang dilaksanakan dapat diterima ataukah perlu adanya program yang baru bagi komunitas.

- b. Perkembangan atau kemajuan proses. Kesesuaian melaksanakan asuhan Keperawatan dengan rencana yang telah ditetapkan, keterlibatan staf atau pelaksana tindakan, fasilitas dan jumlah peserta yang ikut serta.
- c. Efisiensi biaya (*cost efficiency*); jumlah dana yang diperlukan, sumber dana, dan penggunaannya serta keuntungan program yang dilaksanakan.
- d. Efektivitas kerja (*effectiveness*); Ketercapaian tujuan, kepuasan komunitas terhadap tindakan yang dilaksanakan, dan hasil jangka pendek yang diperoleh.
- e. Dampak (*Impact*); Dampak jangka panjang dari tindakan yang dilakukan, adanya perubahan perilaku serta peningkatan status Kesehatan yang terjadi dalam 6 minggu atau 6 bulan atau 1 tahun.

5. Hasil Evaluasi

Hasil evaluasi yang dilakukan terdapat tiga kemungkinan (Mubarak, 2012), antara lain

- a. Tujuan tercapai; Tujuan tercapai bila individu, keluarga, kelompok dan masyarakat telah menunjukkan peningkatan sesuai dengan kriteria dalam tujuan yang telah ditetapkan.
- b. Tujuan tercapai sebagian; Tujuan tercapai sebagian bila tidak tercapai secara maksimal sehingga perlu dicari penyebabnya, cara memperbaiki dan mengatasinya.
- c. Tujuan tidak tercapai; Tujuan tidak tercapai bila individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tidak menunjukkan kemajuan atau peningkatan kesehatan bahkan muncul masalah baru. Bila hal ini terjadi, maka perlu dilakukan kembali pengkajian secara mendalam untuk mengetahui data yang masih kurang atau kesalahan data yang diambil, analisis datanya, diagnosa yang dirumuskan, tindakan yang dilakukan serta faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.

6. Proses Evaluasi

Langkah-langkah yang dapat dilakukan dalam proses evaluasi (Widagdo, 2016) sebagai berikut :

- a. Menetapkan atau memformulasikan tujuan evaluasi, yakni tentang apa yang akan dievaluasi terhadap program yang dievaluasi
- b. Menetapkan kriteria yang akan digunakan dalam menentukan keberhasilan program yang akan dievaluasi
- c. Menetapkan cara atau metode evaluasi yang akan digunakan
- d. Melaksanakan evaluasi, mengolah dan menganalisis data atau hasil pelaksanaan evaluasi tersebut
- e. Menentukan keberhasilan program yang dievaluasi berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan tersebut serta memberikan penjelasan-penjelasan
- f. Menyusun rekomendasi atau saran-saran tindakan lebih lanjut terhadap program berikutnya berdasarkan hasil evaluasi tersebut.

Evaluasi merupakan proses intelektual yang mengukur sejauh mana pencapaian tujuan perawatan kesehatan komunitas telah berhasil. Proses evaluasi terdiri dari 2 (dua) tahap antara lain :

- a. Mengukur pencapaian tujuan klien (individu, keluarga, kelompok dan komunitas) baik secara kognitif, afektif, psikomotor, maupun perubahan fungsi tubuh serta gejala yang ada.
- b. Membandingkan data yang terkumpul dengan tujuan pencapaian yang telah ditetapkan.

Terdapat tiga hal yang dapat dikerjakan dalam tahap evaluasi keperawatan komunitas (Sulidah, 2023) yaitu :

- a. Mengukur pencapaian tujuan kesehatan; Hal pertama yang dilakukan dalam evaluasi adalah mengukur sejauhmana pencapaian tujuan Kesehatan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan komunitas. Tujuan kesehatan ini dapat berupa perubahan perilaku masyarakat, peningkatan pengetahuan tentang kesehatan, penurunan angka kesakitan penyakit tertentu, atau peningkatan akses terhadap pelayanan kesehatan. Pengukuran dilakukan dengan menggunakan hasil

pengumpulan data yang relevan dan dibandingkan dengan target pencapaian yang telah ditetapkan sebelumnya.

- b. Menilai hasil intervensi kesehatan; Perawat komunitas menilai hasil dari intervensi kesehatan yang telah dilaksanakan. Hasil intervensi mencakup perubahan dalam kesehatan fisik, mental dan sosial masyarakat yang dilayani. Evaluasi dilakukan dengan mengumpulkan data tentang perubahan yang telah terjadi setelah intervensi diberikan, seperti perubahan dalam status kesehatan individu, kelompok atau komunitas secara keseluruhan.
- c. Identifikasi perubahan dan rekomendasi perbaikan; Jika terdapat tujuan kesehatan yang belum tercapai atau intervensi yang kurang berhasil, maka hasil evaluasi digunakan untuk mengidentifikasi perubahan dan mengevaluasi efektivitas intervensi yang telah dilakukan, perawat komunitas akan menganalisis faktor penyebabnya dan merumuskan rekomendasi perbaikan. Rekomendasi ini dapat berupa perubahan rencana keperawatan komunitas, penggunaan strategi intervensi yang lebih tepat, atau kolaborasi dengan pihak terkait untuk meningkatkan keberhasilan program Kesehatan.

7. Komponen Evaluasi

Komponen evaluasi Keperawatan dapat dibagi menjadi 5 (lima) bagian, antara lain :

- a. Menentukan kriteria, standar praktik dan pertanyaan evaluatif;
 - 1) Kriteria digunakan sebagai pedoman observasi untuk mengumpulkan data dan penentuan kesahihan data yang terkumpul. Semua kriteria digunakan sebagai kriteria hasil yang dinyatakan dengan istilah perilaku (*behavior*) supaya dapat diobservasi dan diukur sehingga dapat dimengerti oleh semua orang yang terlibat dalam evaluasi.
 - 2) Standar praktik digunakan untuk mengevaluasi praktik keperawatan secara luas. Standar harus

berdasarkan konsep teori, hasil penelitian dan dapat diterima oleh praktik klinik Keperawatan saat ini.

- 3) Pertanyaan evaluatif perlu digunakan untuk menentukan suatu kriteria dan standar sebagai dasar mengevaluasi kualitas asuhan keperawatan dan respon klien terhadap intervensi yang dilakukan.
 - b. Mengumpulkan data mengenai status kesehatan klien yang baru terjadi; Perawat profesional adalah orang yang bertanggungjawab mengevaluasi respon klien terhadap intervensi yang diberikann dan validitas informasi meningkat jika lebih dari satu orang yang melakukan evaluasi.
 - c. Menganalisis dan membandingkan data terhadap kriteria dan standar; Perawat komunitas perlu memiliki ketrampilan dalam berpikir kritis, kemampuan menyelesaikan masalah, dan mengambil keputusan klinik unruk menentukan kesesuaian dan pentingnya suatu data dengan cara membandingkan data evaluasi dengan kriteria dan standar. Perawat komunitas dituntut untuk dapat mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi efektifitas asuhan Keperawatan.
 - d. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan; Perawat menyimpulkan efektivitas dari semua intervensi yang telah dilaksanakan kemudian menentukan kesimpulan setiap diagnosa yang telah dilakukan intervensi, sehingga memerlukan kejelian perawat dalam menyusun perencanaan, intervensi yang tepat dan seobjektif mungkin menilai respon klien.
 - e. Melaksanakan intervensi yang sesuai berdasarkan kesimpulan; Intervensi dilakukan perawat komunitas berdasarkan hasil kesimpulan yang sudah diperbaiki dari perencanaan ulang terhadap tujuan, kriteria hasil dan rencana asuhan keperawatan.

8. Hambatan dalam Evaluasi

Terdapat berbagai kesulitan dalam melaksanakan evaluasi kesehatan, antara lain bahwa kebutuhan akan pelayanan Kesehatan melebihi dari yang diterapkan. Pendekatan sistematis dalam evaluasi dapat dilakukan untuk menilai suatu program kesehatan. Penilaian secara menyeluruh terhadap program Kesehatan dapat dilakukan dengan menilai input, proses, dan output. Pendekatan system pada manajemen memandang organisasi sebagai suatu kesatuan, yang terdiri atas bagian-bagian (sumber daya, masukan, proses, keluaran, umpan balik, dampak dan lingkungan).

Kendala-kendala yang ditemukan dalam melakukan evaluasi dari suatu perencanaan program dan implementasinya (Widagdo, 2016), antara lain:

- a. Kendala psikologis, yaitu evaluasi dapat menjadi ancaman dan orang melihat bahwa evaluasi itu merupakan sarana untuk mengkritik orang lain;
- b. Kendala ekonomis, yaitu untuk melaksanakan evaluasi yang baik itu mahal dalam segi waktu dan uang, serta tidak selalu sepadan antara ketersediaan data dan biaya;
- c. Kendala teknis, yaitu kendala yang berupa keterbatasan kemampuan sumber daya manusia dalam pengolahan data dan informasi yang tidak dapat disediakan tepat pada waktu dibutuhkan. Kejadian ini biasanya timbul ketika informasi dan data itu belum dibutuhkan, maka biasanya hanya akan ditumpuk begitu saja tanpa diolah;
- d. Kendala politis, yaitu hasil-hasil evaluasi mungkin bukan dirasakan sebagai ancaman oleh para administrator saja, melainkan secara politis juga memalukan jika diungkapkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Achjar, K. A. H., 2013. *Asuhan Keperawatan Komunitas : Teori & Praktik*. Jakarta: EGC.
- Ferry Efendi & Makhfudli, 2013. *Keperawatan Kesehatan Komunitas : Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak, W. I., 2012. *Ilmu Keperawatan Komunitas : Konsep dan Aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sulidah, 2023. *Keperawatan Komunitas*. Sidoarjo: Uwais Inspirasi Indonesia.
- Supriyatno, 1988. *Evaluasi Bidang Kesehatan*. Surabaya: Brata Jaya.
- Widagdo, W., 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Kemenkes RI.

BIODATA PENULIS



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

BAB 9

Konsep Kejadian Penyakit

Dismo Katiandagho, SST, M. Kes. Epid

A. Pendahuluan

Menurut *World Health Organization* (WHO) Sehat adalah keadaan kesempurnaan fisik, mental, dan kehidupan sosial dan bukan berarti hanya bebas dari penyakit atau kelainan/cacat. Ada 2 macam sudut pandang mengenai konsep sehat:

1. "sehat" dipandang dari sudut fisik secara individu yaitu apabila semua organ tubuh dapat berfungsi dalam batas-batas normal sesuai dengan umur dan jenis kelamin
2. "sehat" dipandang dari sudut ekologi yaitu proses penyesuaian antara individu dengan lingkungannya (Achmadi, 2008).

Seperti halnya konsep "sehat" maka konsep "sakit" pun merupakan proses yang dinamis dan bersifat relative. Berikut beberapa pengertian dan definisi arti sakit (Achmadi, 2008), yaitu antara lain sebagai berikut :

1. Pengertian konsep sakit menurut Perkins bahwa sakit adalah sebagai suatu keadaan yang tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga seseorang menimbulkan gangguan aktivitas sehari-hari baik itu dalam aktivitas jasmani, rohani dan sosial.
2. Definisi sakit adalah merupakan suatu keadaan dari badan atau sebagian dari organ badan dimana fungsinya terganggu atau menyimpang.
3. Sakit adalah merupakan ketidak seimbangan dari kondisi normal tubuh manusia diantaranya sistem biologik dan kondisi penyesuaian

Prosesnya diawali dari keadaan keterpaparan dan penjamu harus dalam keadaan kerentanan sehingga dapat memproses sakit (Alan, dkk. 2004)

1. Keterpaparan adalah suatu keadaan dimana host berada pada pengaruh atau berinteraksi dengan unsur penyebab primer maupun sekunder atau dengan unsur lingkungan yang dapat mendorong proses terjadinya penyakit.
2. Kerentanan adalah suatu keadaan dimana host mempunyai kondisi yang mudah dipengaruhi atau berinteraksi dengan unsur penyebab sehingga memungkinkan timbulnya penyakit

B. Konsep Penyebab Penyakit

1. Konsep Penyebab

Menurut Hadisaputro, dkk (2011), unsur penyebab penyakit dapat dibedakan menjadi 2 bagian utama:

a. Penyebab/ kausal primer

Kausal primer adalah agent penyebab langsung terjadinya penyakit. Yang termasuk agent kausal primer yaitu:

- 1) Biologis: virus, bakteri, jamur, cacing, insekta
- 2) Nutrisi: protein, lemak, karbohidrat, vitamin, mineral dan air
- 3) Kimiawi: obat, racun, zat pengawet, zat warna
- 4) Fisika: panas, irisi, tikam
- 5) Psikis: stress, depresi

b. Penyebab/ kausal sekunder

Kausal sekunder adalah agent penyebab tidak langsung terjadinya penyakit, namun ikut memperparah sakit. Agen ini merupakan unsur pembantu/penambah parah dalam proses kejadian penyakit dan ikut dalam proses kejadian sebab akibat terjadinya penyakit. Misal penyakit TBC penyebab primernya adalah bakteri *M. tuberkulosa*, penyebab sekundernya: kurang gizi, sanitasi jelek, dan kepadatan penduduk.

2. Pengertian Penyakit

Penyakit merupakan suatu keadaan dimana proses kehidupan tidak lagi teratur / terganggu perjalanannya. Menurut Azwar (1999) penyakit adalah suatu keadaan dimana terdapat gangguan terhadap bentuk dan fungsi tubuh sehingga berada dalam keadaan yang tidak normal.

Jenis Penyakit ada 2, yaitu :

a. Penyakit Infeksi

Penyakit Infeksi terdiri dari dua macam, yaitu:

1) Penyakit Menular

Penyakit ini digolongkan kepada dua jenis yaitu *communicable disease* (penyakit yang dapat dicegah) seperti difteri. Dan *non-Communicable disease* (penyakit yang tidak dapat dilakukan pencegahan seperti imunisasi).

2) Penyakit infeksi yang tidak menular. Seperti jerawat, bisul, dll

b. Penyakit non-Infeksi

Penyakit non-infeksi bisa disebabkan oleh:

1) Degeneratif, penyakit yang timbul karena menurunnya fungsi alat tubuh. Seperti kanker, jantung, hipertensi, diabetes, dan lain-lain.

2) Hubungannya dengan proses metabolik (kemampuan pemecahan dari zat-zat gizi) seperti, penyakit diabetes, tyroid.

3) Gizi

3. Teori Penyebab Penyakit

Menurut Buston (2006), dan Hadisaputro, dkk (2011) ada beberapa teori yang mengemukakan tentang terjadinya penyakit diantaranya adalah :

a. Teori Contagion

Teori yang berawal dari pengamatan terhadap penyakit kusta di Mesir ini menyatakan bahwa penyakit terjadi akibat kontak antara satu orang dengan orang lain.

c. Teori Hippocrates

Teori ini mengemukakan bahwa penyakit timbul akibat pengaruh lingkungan (air, udara, tanah, cuaca, dll). Dalam teori ini tidak dijelaskan kedudukan manusia dalam interaksi tersebut dan faktor lingkungan bagaimana yang dapat menimbulkan penyakit

d. Teori Humoral

Teori yang berkembang di China ini mengemukakan bahwa penyakit timbul akibat gangguan dari ketidakseimbangan cairan dalam tubuh. Tubuh terdiri dari 4 cairan (merah, kuning, putih, dan hitam) bila terjadi ketidakseimbangan maka akan timbul penyakit. Jenis penyakit tergantung pada jenis cairan yang dominan.

e. Teori Miasma

Teori abad pertengahan yang mengemukakan bahwa penyakit timbul akibat sisa makhluk hidup yang mengalami pembusukan sehingga menyebabkan pengotoran udara dan lingkungan sekitarnya.

f. Teori Epidemic

Teori ini mengemukakan bahwa terjadinya penyakit berhubungan dengan cuaca dan faktor geografi.

g. Teori Kuman / Jasad Renik

Teori ini berkembang dengan ditemukannya mikroskop oleh Anthony Van Leuwenhoek pada abad ke 18 muncullah teori yang mengemukakan bahwa penyakit disebabkan oleh mikroorganisme.

4. Konsep Dasar Timbulnya Penyakit

a. Segitiga Epidemiologi (*Epidemiology Triangle*)

Menurut Chin, dkk (2009) segitiga epidemiologi merupakan konsep dasar epidemiologi yang memberi gambaran tentang hubungan antara tiga faktor yang berperan dalam terjadinya penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Segitiga epidemiologi merupakan interaksi antara *Host* (penjamu), *Agent* (penyebab) dan *Environment* (lingkungan). Menurut model ini

perubahan salah satu komponen akan mengubah keseimbangan interaksi ketiga komponen yang akhirnya berakibat bertambah atau berkurangnya penyakit. Hubungan antara ketiga komponen tersebut digambarkan seperti tuas pada timbangan. *Host* dan *Agent* berada di ujung masing-masing tuas, sedangkan *environment* sebagai penumpunya.

Interaksi *Host*, *Agent*, dan Lingkungan (Sastroasmoro dan Ismale, 2011), dapat dijelaskan sebagai berikut :

- 1) Interaksi antara agent penyakit dan lingkungan
Keadaan dimana agent penyakit langsung dipengaruhi oleh lingkungan dan terjadi pada saat pre-patogenesis dari suatu penyakit. Misalnya: Viabilitas bakteri terhadap sinar matahari, stabilitas vitamin sayuran di ruang pendingin, penguapan bahan kimia beracun oleh proses pemanasan.
- 2) Interaksi antara *Host* dan Lingkungan
Keadaan dimana manusia langsung dipengaruhi oleh lingkungannya pada fase pre-patogenesis. Misalnya: Udara dingin, hujan, dan kebiasaan membuat dan menyediakan makanan.
- 3) Interaksi antara *Host* dan *Agent* penyakit
Keadaan dimana agen penyakit menetap, berkembang biak dan dapat merangsang manusia untuk menimbulkan respon berupa gejala penyakit. Misalnya: Demam, perubahan fisiologis dari tubuh, pembentukan kekebalan, atau mekanisme pertahanan tubuh lainnya. Interaksi yang terjadi dapat berupa sembuh sempurna, cacat, ketidakmampuan, atau kematian.
- 4) Interaksi *Agent* penyakit, *Host* dan Lingkungan
Keadaan dimana agent penyakit, manusia, dan lingkungan bersama-sama saling mempengaruhi dan memperberat satu sama lain, sehingga memudahkan agen penyakit baik secara langsung atau tidak langsung masuk ke dalam tubuh manusia. Misalnya: Pencemaran air sumur oleh kotoran manusia, dapat menimbulkan *Water Borne Disease*.

Agent

Agent adalah penyebab penyakit, bisa bakteri, virus, parasite, jamur, atau kapang yang merupakan agent yang ditemukan sebagai penyebab penyakit infeksius. Pada penyakit, kondisi, ketidakmampuan, cedera, atau situasi kematian lain, agent dapat berupa zat kimia, faktor fisik seperti radiasi atau panas, defisiensi gizi, atau beberapa substansi lain seperti racun ular berbisa (Rohtman, 2008).

Satu atau beberapa agent dapat berkontribusi pada suatu penyakit. Faktor agent juga dapat digantikan dengan faktor penyebab, yang menyiratkan perlunya dilakukan identifikasi terhadap faktor penyebab atau faktor etiologic penyakit, ketidakmampuan, cedera, dan kematian (John, 2001). Sifat-sifat agent biologis yaitu :

- 1) Patogenesis : Kemampuan menimbulkan reaksi pada pejamu baik Subklinis maupun klinis. Proporsi orang yang terinfeksi berkembang menjadi penyakit klinis
- 2) Virulensi: derajat berat ringannya reaksi yang ditimbulkan oleh agen biologik. Proporsi orang dengan penyakit klinis menjadi sakit yang berat atau mati
- 3) Imunogenitas: suatu kemampuan menghasilkan kekebalan /imunitas.
- 4) Infektivitas: kemampuan unsur penyebab / agent untuk masuk dan berkembang biak serta menghasilkan infeksi dalam tubuh pejamu dan Patogenesis

Host (Pejamu)

Pejamu adalah organisme, biasanya manusia atau hewan yang menjadi tempat persinggahan penyakit. Pejamu memberikan tempat dan penghidupan kepada suatu patogen (mikroorganisme penyebab penyakit) dan dia bisa saja terkena atau tidak terkena penyakit. Efek yang ditimbulkan organisme penyebab penyakit terhadap tubuh juga ditentukan oleh tingkat imunitas, susunan genetic, tingkat pajanan, status kesehatan, dan

kebugaran tubuh pejamu. Pejamu juga dapat berupa kelompok atau populasi dan karakteristiknya (Susan, dkk. 2007).

Lingkungan (Environment)

Lingkungan adalah segala sesuatu yang mengelilingi dan juga kondisi luar manusia atau hewan yang menyebabkan atau memungkinkan penularan penyakit. Faktor-faktor lingkungan dapat mencakup aspek biologis, sosial, budaya, dan aspek fisik lingkungan. Lingkungan dapat berada di dalam atau di luar pejamu (dalam masyarakat), berada di sekitar tempat hidup organisme dan efek dari lingkungan terhadap organisme itu (Sutrisno, 2010).

b. Roda (*Wheels*)

Seperti halnya dengan model jaring-jaring sebab akibat, model roda memerlukan identifikasi dari berbagai faktor yang berperan dalam timbulnya penyakit dengan tidak begitu menekankan pentingnya agen. Disini dipentingkan hubungan antara manusia dengan lingkungan hidupnya. Besarnya peranan dari masing-masing lingkungan bergantung pada penyakit yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012 dan Susan, dkk. 2007).

Sebagai contoh peranan lingkungan sosial lebih besar dari yang lainnya pada stress mental, peranan lingkungan fisik lebih besar dari lainnya pada sunburn, peranan lingkungan biologis lebih besar dari lainnya pada penyakit yang penularannya melalui vektor (vektor borne disease) dan peranan inti genetik lebih besar dari lainnya pada penyakit keturunan (Notoatmodjo, 2012). Dengan model-model tersebut diatas hendaknya ditunjukkan bahwa pengetahuan yang lengkap mengenai mekanisme-mekanisme terjadinya penyakit tidaklah diperuntukkan bagi usaha-usaha pemberantasan yang efektif (Notoatmodjo, 2012). Oleh karena banyaknya interaksi-interaksi ekologis

maka seringkali kita dapat mengubah penyebaran penyakit dengan mengubah aspek-aspek tertentu dari interaksi manusia dengan lingkungan hidupnya tanpa intervensi langsung pada penyebab penyakit (Notoatmodjo, 2012).

Model ini menggambarkan hubungan manusia dengan lingkungannya sebagai roda. Roda tersebut terdiri atas manusia dengan substansi genetic pada bagian intinya, dan komponen lingkungan biologi, social, fisik mengelilingi penjamu. Ukuran komponen roda bersifat relative, tergantung problem spesifik penyakit yang bersangkutan. Contoh pada penyakit herediter tentunya proporsi inti genetik relative besar, sedang pada penyakit campak status imunitas penjamu dan lingkungan biologik lebih penting daripada faktor genetik. Peranan lingkungan sosial lebih besar dari yang lainnya dalam hal stress mental, sebaliknya pada penyakit malaria peran lingkungan biologis lebih besar.

c. Jaring-Jaring Sebab Akibat (*The Web of Causation*).

Menurut Timrmeck (2005), teori jaring-jaring sebab akibat ini ditemukan oleh Mac Mohan dan Pugh (1970). Teori ini sering disebut juga sebagai konsep multi factorial. Dimana teori ini menekankan bahwa suatu penyakit terjadi dari hasil interaksi berbagai faktor. Misalnya faktor interaksi lingkungan yang berupa faktor biologis, kimiawi dan sosial memegang peranan penting dalam terjadinya penyakit. Menurut model ini perubahan dari salah satu faktor akan mengubah keseimbangan antara mereka, yang berakibat bertambah atau berkurangnya penyakit yang bersangkutan. Menurut model ini, suatu penyakit tidak bergantung pada satu sebab yang berdiri sendiri melainkan sebagai akibat dari serangkaian proses sebab dan akibat. Dengan demikian maka timbulnya penyakit dapat dicegah atau dihentikan dengan memotong mata rantai pada berbagai titik. Model ini cocok untuk mencari penyakit

yang disebabkan oleh perilaku dan gaya hidup individu (Azwar, 1999)

Contoh: Jaringan sebab akibat yang mendasari penyakit jantung koroner (PJK) dimana banyak faktor yang merupakan menghambat atau meningkatkan perkembangan penyakit. Beberapa dari faktor ini instrinsik pada pejamu dan tetap (umpama LDL genotip), yang lain seperti komponen makanan, perokok, inaktifasi fisik, gaya hidup dapat dimanipulasi

DAFTAR PUSTAKA

- Achmadi, U. F. (2008). *Manajemen Penyakit Berbasis Wilayah*, Jakarta : Kompas.
- Alan J. Silman and Gary J. Macfarlane, 2004., *Epidemiological Studies, A Pratical Guide*, Ganbride University Press, Universitas Manchester., USA
- Azwar, A.(1999). *Pengantar Epidemiologi*. Binarupa Aksara. Jakarta
- Bustan, M.N.2006.*Pengantar Epidemiologi Edisi Revisi*.Jakarta: PT Rineka Cipta
- Chin, James, I Nyoman Kandun. (2009). *Manual Pemberantasan Penyakit Menular*.Edisi 17 cetakan III. Jakarta: Infomedika.
- Hadisaputro, S., Suwandono, A., Muh. Niza. 2011. *Epidemiologi Manajerial, Teori dan Aplikasi*, Badan Penerbit Universitas Diponegoro Semarang
- John M. Last., 2001., *A Dictionary Of Epidemiology Fourth Edition*, Oxford University Press
- Rohtman, KJ. 2008. *Modern Epidemiology 3rd Edition*. Lippincott Williams & Wilkins
- Sastroasmoro.S., Sofyan Ismael, 2011. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinik*. Sagung Seto, Universitas Indonesia, Jakarta
- Susan Carr, Nigel Unwin and Tanja Pless Menllohi., 2007., *An Introduction to Public Health and Epidemiologi*, Second edition, Open University Press, New York USA.
- Sutrisno, B. 2010. *Pengantar Metode Epidemiologi*. Jakarta. Dian Rakyat.
- Timrmeck, Thomas. 2005. *Epidemiologi Suatu Pengantar Edisi 2*. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo. (2012). *Promosi kesehatan Dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

BIODATA PENULIS



Dismo Katiandagho, SST, M. Kes. Epid lahir di Sangihe Provinsi Sulawesi Utara, pada 2 Desember 1978. Menyelesaikan pendidikan D3 di Akademi Kesehatan Lingkungan Depkes Manado (2000), D4 Kesehatan Lingkungan, di Poltekkes Kemenkes Manado Peminatan Epidemiologi Lingkungan (2010) dan S2 Epidemiologi peminatan Epidemiologi Lapangan Program Pascasarjana Universitas Diponegoro Semarang (2012). Penulis aktif sebagai pengurus HAKLI Provinsi Sulawesi Utara dan sebagai ketua HAKLI Kota Manado. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen Tetap di Jurusan Kesehatan Lingkungan Poltekkes Kemenkes Manado mengajar mata kuliah Epidemiologi, Surveilans Epidemiologi, Penanggulangan Penyakit, Menular, Epidemiologi Lingkungan, Penyakit Berbasis Lingkungan, Manajemen Penanggulangan Bencana, Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), Klinik Sanitasi, dan Sanitasi Kawasan Pesisir. Penulis juga mengajar mata kuliah Epidemiologi pada Prodi Promosi Kesehatan, dan pengajar mata kuliah Penyelidikan KLB dan Wabah serta Epidemiologi Kawasan pesisir pada Prodi IKM Universitas Negeri Manado

BAB 10

Upaya Pencegahan Penyakit

Widyawati, SKp., M.Kep

A. Pendahuluan

Upaya pencegahan penyakit harus didasari kebijakan dengan tujuan melindungi masyarakat dari penyakit serta meningkatkan kualitas kesehatan. Upaya tersebut merupakan kegiatan dalam mencegah penyakit dan menangani penderita agar tidak terjadi perluasan, penularan, kecacatan dan kematian akibat penyakit. Upaya kesehatan tersebut dimulai dari promotif, preventif, kuratif, paliatif, dan rehabilitatif.

Peraturan Menteri Kesehatan RI No 36 Tahun 2023 menyatakan bahwa pencegahan dan pengendalian penyakit berfokus pada pencegahan penyakit tidak menular, pencegahan penyakit menular, penyehatan lingkungan dan pengelolaan imunisasi. Upaya pencegahan penyakit diharapkan menjadi solusi hemat biaya karena pengobatan memerlukan biaya yang lebih tinggi.

B. Upaya Pencegahan Penyakit

1. Strategi Pencegahan Penyakit

Pencegahan penyakit merupakan suatu upaya menghalangi berkembangnya penyakit. Selain itu pencegahan penyakit juga menjadi suatu tindakan yang ditujukan untuk mencegah, menunda munculnya penyakit, mengurangi, membasmi, mengeliminasi penyakit dan kecacatan dengan menerapkan strategi yang tepat dan telah terbukti efektif. Tahapan pencegahan penyakit disesuaikan dengan riwayat alami penyakit yaitu pencegahan primordial, pencegahan primer, pencegahan sekunder, pencegahan tersier dan pencegahan kuartier.

Riwayat alami suatu penyakit diklasifikasikan menjadi lima tahap mulai dari tahap mendasar, rentan, subklinis, klinis, dan pemulihan/cacat/kematian. Strategi-strategi ini tidak hanya bertujuan untuk mencegah timbulnya penyakit melalui pengurangan faktor risiko tetapi juga komplikasi hilir dari penyakit yang sudah termanifestasi.

2. Tahapan pencegahan penyakit

a. Pencegahan Primordial

Pencegahan primordial merupakan pengurangan faktor risiko yang ditargetkan pada seluruh populasi melalui fokus pada kondisi sosial dan lingkungan. Langkah-langkah dalam pencegahan primordial dipromosikan melalui peraturan yang dikeluarkan oleh pemerintah seperti undang-undang dan kebijakan nasional.

Pencegahan tersebut adalah pencegahan paling awal sehingga ditujukan mulai dari usia anak-anak untuk mengurangi paparan risiko sebanyak mungkin. Tujuannya adalah menghindari terbentuknya pola hidup yang mendukung risiko penyakit. Pencegahan primordial menargetkan tahap dasar penyakit alami dengan menargetkan kondisi sosial dan ekonomi masyarakat. Contohnya antara lain: kemudahan akses aktifitas fisik di lingkungan masyarakat perkotaan dan pembatasan penggunaan rokok diruang publik.

b. Pencegahan Primer

Pencegahan primer merupakan upaya yang dilakukan sebelum proses penyakit dimulai atau pada masa pre-patogenesis. Tindakan ditujukan pada populasi atau individu yang rentan mengalami penyakit. Tujuan dari pencegahan primer adalah untuk mencegah terjadinya suatu penyakit. Kegiatannya melalui promosi kesehatan dan *spesific protection*.

Promosi kesehatan yang dilakukan antara lain:

- 1) Pendidikan kesehatan dan penyuluhan
 - 2) Pemenuhan gizi yang cukup sesuai dengan tahap tumbuh kembang.
 - 3) Penyediaan perumahan yg sehat
 - 4) Pekerjaan yg sesuai
 - 5) Konseling perkawinan
 - 6) Pemeriksaan kesehatan secara berkala
- Perlindungan Khusus yang dilakukan yaitu:
- 1) Imunisasi
 - 2) Kebersihan persorangan
 - 3) Sanitasi lingkungan
 - 4) perlindungan kecelakaan kerja
 - 5) Perlindungan pada zat allergen dan karsinogen.
 - 6) Konsumsi zat gizi tertentu
- c. Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder menekankan pada deteksi dini penyakit, dan sasarannya adalah individu yang tampak sehat dengan bentuk penyakit subklinis. Pencegahan sekunder juga merupakan upaya pencegahan yg dilakukan pada patogenis awal atau saat proses penyakit sudah berlangsung namun belum timbul tanda/gejala sakit. Tujuannya adalah menghambat proses penyakit berlanjut atau menghentikan proses penyakit tersebut.

Penyakit subklinis terdiri dari perubahan patologis tetapi tidak ada gejala nyata yang dapat didiagnosis. Pencegahan sekunder sering kali dilakukan dalam bentuk skrining. Contohnya pemeriksaan Papanicolaou (Pap) smear pada wanita untuk diagnosis kanker serviks dalam kondisi subklinis sebelum berkembang. termasuk pemeriksaan khusus lainnya.

Pemeriksaan khusus dilakukan dengan tujuan:

- 1) Penyembuhan penyakit dan menghambat penyakit berlanjut.
- 2) Pencegahan penyakit menular.
- 3) Pencegahan komplikasi.
- 4) Memperpendek masa ketidakmampuan

d. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier menargetkan tahap klinis dan hasil suatu penyakit. Pencegahan yg dilakukan saat proses penyakit sudah lanjut (akhir periode patogenesis) dengan tujuan untuk mencegah cacat dan mengembalikan penderita ke status sehat.

Pencegahan tersier ini diterapkan pada pasien yang sudah menunjukkan gejala penyakit. Tujuannya untuk mengurangi tingkat keparahan penyakit serta gejala sisa yang terjadi, mencegah kecacatan, menurunkan kelemahan, memperkecil penderitaan dan membantu penderita untuk melakukan penyesuaian terhadap kondisi yang tidak dapat diobati lagi. Kegiatannya adalah *Disability limitation dan Rehabilitation*.

Rehabilitasi medik adalah bentuk terapi yang dilakukan untuk memulihkan atau mengembalikan fungsi tubuh yang bermasalah akibat penyakit tertentu, cedera dan operasi. Rehabilitasi medik mencakup setiap kelompok umur, mulai dari bayi baru lahir, anak dan remaja, orang dewasa muda, hingga lanjut usia. Kondisi kesehatan yang memerlukan rehabilitasi antara lain stroke, cedera (patah tulang), nyeri kronis, gangguan perkembangan dan lainnya.

e. Pencegahan Kuarter

Pencegahan kuarter merupakan melindungi pasien dari intervensi medis yang lebih banyak menyebabkan kerugian dibandingkan manfaat kesehatannya. Pencegahan ini diambil dengan maksud mengidentifikasi pasien yang berisiko mengalami pengobatan berlebihan serta untuk melindunginya individu dari invasi medis baru, dan untuk menyarankan kepadanya intervensi, yang dapat diterima secara etis.

3. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Upaya pencegahan penyakit memerlukan tindakan yang terencana dan sistematis yang dilakukan secara bersama dengan seluruh komponen dengan penuh kesadaran, kemauan dan kemampuan dalam menerapkan perilaku hidup sehat. GERMAS merupakan salah satu upaya pencegahan penyakit.

Sasaran pelaksanaan GERMAS adalah individu, keluarga dan masyarakat. Peran keluarga sangat penting dalam menggerakkan kebiasaan hidup sehat karena kebiasaan atau budaya hidup sehat dimulai dari keluarga yang merupakan bagian terkecil dari masyarakat. Kegiatan GERMAS tersebut antara lain:

- a. Melakukan aktifitas fisik.
- b. Membudayakan makan buah dan sayur tiap hari.
- c. Tidak Merokok.
- d. Tidak mengkonsumsi minuman ber alkohol.
- e. Melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala.
- f. Menjaga kebersihan lingkungan.
- g. Menggunakan jamban sehat.

Kebiasaan hidup sehat yang dibentuk dari keluarga dapat mencegah penyakit, baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular. Penyakit tidak menular (PTM) merupakan penyakit yang berlangsung lama atau kronis. Penyakit ini juga hasil dari kombinasi baik dari faktor genetik, fisiologis, lingkungan, dan perilaku. Penyakit tidak menular yang paling banyak antara lain, penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit pernafasan kronis dan diabetes mellitus.

Perilaku yang tidak mendukung kesehatan meningkatkan faktor risiko PTM. Indikator PTM dilihat dari tekanan darah, gula darah, indeks massa tubuh atau obesitas, kebiasaan makan yang tidak sehat, kurang aktivitas fisik, serta merokok dan konsumsi alkohol.

Selain itu penyakit menular masih menjadi ancaman kesehatan bagi masyarakat. Penyakit menular tersebut

antara lain tuberkulosis, HIV/AIDS, malaria, hepatitis dan penyakit infeksi baru yang menyebabkan kedaruratan kesehatan masyarakat seperti pandemi covid 19.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No 36 Tahun 2023 menjelaskan bahwa tugas bidang pencegahan dan pengendalian penyakit antara lain:

a. Surveilans

Tujuan surveilans salah satunya mencari informasi kecenderungan penyakit serta faktor faktor risiko penyakit yang ada dimasyarakat. Surveilans penting untuk pengendalian dan pencegahan penyakit.

b. Deteksi dini

Deteksi dini dilakukan dengan cara rutin memeriksakan kesehatan. Tujuannya untuk mengetahui lebih awal kondisi kesehatan sehingga bisa dilakukan pengobatan serta mencegah berkembangnya penyakit menjadi lebih parah.

Pelaksanaan respon Kejadian Luar Biasa (KLB), wabah, dan bencana

c. Pelaksanaan kemitraan dalam rangka pencegahan dan pengendalian penyakit.

Kemitraan dijalin berlandaskan prinsip-prinsip kemitraan dengan tujuan agar kerja sama tersebut dapat berlangsung secara efektif dan berkelanjutan.

Langkah-langkah sistematis dalam menjalin kemitraan antara lain:

- 1) Menentukan gagasan dalam kemitraan.
- 2) Mengidentifikasi calon mitra potensial yang diajak bekerjasama.
- 3) Merumuskan tujuan dan peran mitra.
- 4) Menyiapkan diri.
- 5) Membangun kesepakatan kerja sama kemitraan.
- 6) Merumuskan rencana kerjasama kemitraan.
- 7) Melaksanakan kerjasama.
- 8) Pemantauan dan penilaian kegiatan kemitraan.

Fokus kemitraan dalam upaya pencegahan penyakit menggerak masyarakat untuk peduli dengan kesehatan terutama pada promotif dan preventif, selain itu kesehatan juga menjadi tanggungjawab bersama baik baik dari pemerintah, swasta dan masyarakat umum.

- 1) Advokasi pencegahan faktor risiko dalam rangka pencegahan dan pengendalian penyakit.
- 2) Pelaksanaan imunisasi rutin untuk bayi (Hepatitis B, BCG, DPT- Hib, Polio dan Campak), maupun imunisasi untuk usia dewasa maupun imunisasi khusus.
- 3) Koordinasi pelaksanaan laboratorium surveilans pencegahan dan pengendalian penyakit dengan laboratorium kesehatan masyarakat.
- 4) Pengembangan inovasi atau teknologi tepat guna yang mendukung upaya pencegahan dan pengendalian penyakit.
- 5) Pelaksanaan kesehatan lingkungan, meliputi surveilans faktor risiko penyakit, penyehatan air dan sanitasi dasar, penyehatan pangan, penyehatan udara, tanah, dan kawasan, dan pengamanan limbah, serta adaptasi perubahan iklim dan kebencanaan.
- 6) Pelaksanaan deteksi dini dan respon atau penanggulangan Kejadian Luar Basa atau wabah, pencegahan dan pengendalian penyakit serta kesehatan lingkungan pada situasi khusus seperti pada penyelenggaraan ibadah haji dan umroh.
- 7) Pengawasan pada kebijakan di bidang pencegahan dan pengendalian serta penyidikan pelaksanaannya.

DAFTAR PUSTAKA

- Budreviciute, A., Damiati, S., Sabir, D. K., Onder, K., Schuller-Goetzburg, P., Plakys, G., . . . Kodzius, R. (2020). Management and prevention strategies for non-communicable diseases (NCDs) and their risk factors. *Frontiers in public health, 8*, 788.
- Kemenkes. (2023). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2023 Tentang Pedoman Nomenklatur Perangkat Daerah Yang Menyelenggarakan urusan Pemerintah Bidang Kesehatan*. Jakarta: Kemenkes.
- Kisling, L. A., & Das, J. M. (2022). Prevention strategies *StatPearls [internet]*: StatPearls Publishing.
- Lueddeke, G. (2015). *Global population health and well-being in the 21st century: toward new paradigms, policy, and practice*: Springer Publishing Company.
- P2PM. (2023). *Laporan Kinerja Tahun 2022*. Jakarta: P2PM.
- Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., . . . Balazs, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry, 3*(7), 646-659.

BIODATA PENULIS



Widyawati, S.Kp., M.Kep lahir di Sarolangun, pada 17 Juli 1975. Menyelesaikan pendidikan S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Program Studi D3 Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung.

BAB 11

Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer

Imam Abidin, S.Kep., Ners., M.Kep

A. Pendahuluan

Terapi komplementer dan alternatif yang terkadang disebut *non* konvensional telah menjadi bagian integral dari pelayanan kesehatan di Indonesia, terbukti hasil survey Tahun 2014-2015 menunjukkan sebanyak 32,9% masyarakat menggunakan pelayanan Kesehatan komplementer dalam empat minggu terakhir (Pengpid and Peltzer, 2018).

Istilah terapi komplementer dan alternatif sudah mengalami perubahan, salah satu organisasi yang berfokus pada pengembangan pelayanan kesehatan komplementer dan alternatif yaitu *The National Institutes of Health* (NIH) merubah nama dari *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) menjadi *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH), istilah baru ini menghilangkan pengobatan menjadi kesehatan *integrative* sehingga istilah baru ini meningkatkan penggunaan terapi komplementer dalam pelayanan kesehatan (Lindquist, Tracy and Snyder, 2018).

B. Konsep Terapi Komplementer dan Alternatif

1. Pengertian

Apa itu terapi komplementer, alternatif dan *integrative*? Terapi komplementer dan alternatif adalah dua istilah yang berbeda, dimana terapi komplementer lebih merujuk kepada penggunaan terapi *non* konvensional yang diberikan bersamaan dengan pengobatan konvensional, sedangkan terapi alternatif adalah penggunaan terapi *non* konvensional sebagai pengganti pengobatan konvensional. Sedangkan istilah Kesehatan *integrative* adalah menyatukan

pendekatan konvensional dan komplementer secara terkoordinasi. Kesehatan *integrative* juga menekankan penggunaan intervensi multimodal, yaitu penggunaan dua atau lebih intervensi seperti layanan pendekatan konvensional (pengobatan, rehabilitasi fisik, psikoterapi) dan pendekatan kesehatan komplementer (yoga, taichi, akupunktur, dll) dalam berbagai kombinasi dengan penekanan pelayanan kepada individu secara holistik dibandingkan merawat hanya pada beberapa sistem saja (Lindquist, Tracy and Snyder, 2018; National Center for Complementary and Integrative Health, 2021).

Menurut Permenkes RI No. 15 Tahun 2018 tentang penyelenggaraan pelayanan kesehatan tradisional komplementer (PERMENKES RI, 2018). Pelayanan Kesehatan Tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di masyarakat. Pelayanan kesehatan tradisional komplementer adalah penerapan kesehatan tradisional yang memanfaatkan ilmu biomedis dan biokultural dalam penjelasannya serta manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah.

2. Konsep Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer

Konsep pelayanan Kesehatan tradisional dan komplementer berdasarkan dari tiga pendekatan yaitu: 1) melihat adanya gangguan Kesehatan individu yang disebabkan oleh ketidakseimbangan fisik, mental, spiritual, sosial dan budaya, 2) manusia memiliki kemampuan adaptasi dan penyembuhan diri sendiri (*self healing*), 3) kesehatan dilakukan secara holistik (menyeluruh) dan alamiah, yaitu menyeimbangkan kemampuan adaptasi dengan penyebab gangguan kesehatan (PERMENKES RI, 2018).

3. Klasifikasi
 - a. Pelayanan Kesehatan tradisional berdasarkan pada cara pengobatannya menurut UU RI Nomor 17 Tahun 2023 (Noeroel, 2023), terdiri atas:
 - 1) Pelayanan kesehatan tradisional yang menggunakan keterampilan;
 - 2) Pelayanan Kesehatan tradisional yang menggunakan ramuan.
 - b. Pelayanan Kesehatan tradisional menurut PERMENKES RI No 15 Tahun 2018 terdiri atas:
 - 1) Pelayanan kesehatan tradisional komplementer dengan keterampilan;
 - a) Teknik manual. Teknik perawatan/pengobatan berdasarkan manipulasi dan gerakan dari satu atau beberapa bagian tubuh;
 - b) Terapi energi. Teknik perawatan/pengobatan dengan menggunakan medan energi baik dari luar maupun dari dalam tubuh itu sendiri;
 - c) Terapi olah pikir. Teknik perawatan/pengobatan yang bertujuan memanfaatkan kemampuan pikiran untuk memperbaiki fungsi tubuh.
 - 2) Pelayanan kesehatan tradisional komplementer ramuan dengan obat tradisional;
 - 3) Pelayanan kesehatan tradisional komplementer dengan kombinasi (keterampilan dan ramuan).
 - c. Jenis terapi komplementer menurut *National Center for Complementary and Integrative Health* (NCCIH), diklasifikasikan menjadi beberapa kategori diantaranya:
 - 1) Nutrisi. Terapi ini diantaranya seperti; probiotik, prebiotik, *phytochemicals*, diet makanan, herbal dan rempah, suplemen makanan, vitamin dan mineral;
 - 2) Psikologis. Terapi ini mencakup beragam terapi, diantaranya; *Mindfulness and spiritual practices*, psikoterapi, meditasi, teknik relaksasi dan pernapasan, seni, musik, tari, yoga dan *tai chi*;

- 3) Fisik. Terapi ini diantaranya seperti terapi manual dan terapi menggunakan unsur panas dan dingin;
 - 4) Terapi komplementer lainnya. Beberapa terapi tidak cocok dengan kategori lain yang sudah disebutkan sebelumnya, terapi yang tergolong dalam kategori ini seperti pengobatan tradisional, pengobatan ayurveda, pengobatan tradisional Tiongkok, homeopati, naturopati, dan kedokteran fungsional (Lindquist, Tracy and Snyder, 2023).
- d. *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (2000) di Amerika mengklasifikasikan terapi komplementer dan alternatif kedalam beberapa kategori, diantaranya;
- 1) Sistem pengobatan alternatif, seperti pengobatan tradisional Tiongkok (TCM), ayurveda, dan homeopati, yang berkembang secara independen dari biomedis;
 - 2) *Mind-body interventions*. Terapi ini bertujuan untuk mendukung pikiran guna meningkatkan fungsi tubuh, termasuk meditasi dan terapi tari;
 - 3) *Biologically based therapies and dietary approaches*. Kategori ini termasuk termasuk herbalisme dan suplementasi vitamin;
 - 4) *Manipulation and body-based therapies*. Terapi ini bekerja pada tubuh fisik pasien dan mencakup chiropraktik, osteopati, dan pijat;
 - 5) *Energy therapies*. Terapi ini bekerja pada medan energi di dalam atau sekitar tubuh dan mencakup reiki dan sentuhan terapeutik (Dew, 2021).
- e. Pelayanan Kesehatan tradisional komplementer memiliki ciri khas (PERMENKES RI, 2018), diantaranya;
- 1) Konsep pelayanan Kesehatan tradisional
 - 2) Berbasis budaya
 - 3) Prosedur penetapan kondisi Kesehatan individu (prosedur diagnosis)
 - 4) Diagnosis
 - 5) Perawatan/pengobatan

4. Tren dan Isu serta Aturan Pelayanan Terapi Alternatif dan Komplementer

Efektifitas terapi dan biaya dari terapi komplementer sulit untuk ditentukan. Oleh karena itu diperlukan suatu penelitian lebih dalam terkait hal ini. Banyak penelitian saat ini masih menggunakan sampel dengan skala kecil atau cacat desain penelitian, hal ini mungkin karena beberapa orang menggunakan terapi komplementer untuk mengatasi sebagian masalah saja, dan menjadi tantangan untuk menemukan instrument yang dapat melihat keseluruhan dari manfaat sebuah terapi komplementer.

Apakah menggunakan terapi komplementer membuat hemat biaya dalam hal hasil pelayanan? Lind dkk. (2010) meneliti perbedaan biaya perawatan kesehatan untuk pasien dengan nyeri punggung, fibromyalgia, dan gejala menopause yang menggunakan terapi komplementer dan bagi mereka yang tidak. Mereka yang menggunakan terapi komplementer secara keseluruhan memiliki biaya perawatan kesehatan yang lebih rendah dibandingkan yang tidak menggunakan terapi ini. Peneliti lain melaporkan bahwa individu dengan penyakit kronis yang menggunakan terapi komplementer lebih mungkin untuk dilaporkan merasa lebih sehat (Nguyen et al., 2011) (Lindquist, Tracy and Snyder, 2023).

Di Indonesia sendiri penggunaan terapi komplementer dan alternatif banyak sekali dijadikan pilihan terbukti hasil survey Tahun 2014-2015 menunjukkan sebanyak 32,9% masyarakat menggunakan pelayanan Kesehatan komplementer dalam empat minggu terakhir (Pengpid and Peltzer, 2018). Dari jumlah tersebut, masyarakat harus lebih pintar dalam memilih dan memilah praktisi dan juga tempat pelayanan terapi komplementer, sehingga terapi yang dipilih dapat meningkatkan kesehatan bukan sebaliknya. Aturan terakit pemberian layanan terapi komplementer dan alternatif tertuang dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023

Tentang Kesehatan dan juga Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer (PERMENKES RI, 2018; Noeroel, 2023).

5. Implikasi Terapi Komplementer dalam Keperawatan

Meskipun istilah terapi komplementer baru digunakan sampai saat ini, banyak terapi dan filosofi yang mendasarinya telah menjadi bagian dari profesi keperawatan sejak awal berdirinya. Dalam catatan tentang Keperawatan, *Florence Nightingale* menekankan pentingnya menciptakan lingkungan di mana penyembuhan bisa terjadi dan pentingnya terapi seperti musik dalam proses penyembuhan. Terapi komplementer saat ini hanya memberikan kesempatan lain perawat untuk mendemonstrasikan *caring* terhadap pasien.

Sebagaimana dalam pelayanan keperawatan seperti *self care*, pendidikan, praktik dan penelitian, keperawatan sebenarnya sudah menganut praktik komplementer (saling melengkapi). Meskipun hal ini menggembirakan, profesi kedokteran dan Kesehatan lain mulai menyadari pentingnya mendengarkan dan memberikan perhatian (kehadiran) dalam proses penyembuhan, dalam hal ini perawat perlu menegaskan bahwa terapi komplementer telah diajarkan dalam program keperawatan dan telah dipraktikkan oleh perawat selama berabad-abad. Praktik komplementer, termasuk meditasi, *imagery*, intervensi musik, *journaling*, pijat, *healing touch*, *therapeutic listening*, dan *presence*, telah dihargai dan dilakukan oleh perawat sepanjang waktu.

Dalam survei Undang-Undang Praktik Keperawatan di semua negara bagian, *American Holistic Nurses Association* (AHNA) menemukan bahwa keperawatan holistik dan/atau terapi komplementer memiliki posisi tertentu di 18 negara bagian (AHNA, 2020). Hal ini menjadi bukti dan pengakuan bahwa penggunaan terapi komplementer sebagai aspek penting dalam asuhan keperawatan. Asosiasi

Perawat Negara Bagian New York (2021) telah mengembangkan pernyataan posisi/aturan tentang penggunaan terapi komplementer dalam keperawatan yang mencakup 10 rekomendasi untuk membimbing perawat dalam menggunakan terapi komplementer dalam praktik.

Di bagian terakhir Perhatian khusus diberikan pada terapi komplementer dan integratif kesehatan dalam pendidikan dan praktik. Terapi komplementer semakin mendapat perhatian dalam keperawatan. Jurnal seperti Jurnal Keperawatan Holistik dan Terapi Komplementer untuk Praktek Klinis dikhususkan hampir secara eksklusif untuk solusi pelengkap. Banyak jurnal profesional telah mencurahkan seluruh isu untuk mengeksplorasi penggunaan terapi komplementer. Artikel memberi informasi kepada perawat tentang terapi komplementer dan cara agar prosedur tertentu dapat digunakan dengan berbagai kondisi, termasuk penggunaan untuk mempromosikan kesehatan.

Hal ini disebabkan oleh meningkatnya penggunaan terapi komplementer oleh pasien, penting bagi perawat untuk memiliki pengetahuan dasar tentang terapi ini. Chang dan Chang (2015) meninjau penelitian yang dilakukan mengenai pengetahuan dan sikap perawat tentang terapi komplementer. Meskipun 66,4% perawat yang berpartisipasi melaporkan sikap positif terhadap terapi tersebut, 77,4% tidak memiliki pemahaman yang baik risiko dan manfaat terapi komplementer, dan banyak perawat merasa tidak nyaman mendiskusikan penggunaan terapi ini dengan pasien mereka. Perawat tidak mungkin mengetahui semua jenis terapi yang ada, namun berikut adalah beberapa keterampilan dan pengetahuan yang harus dimiliki perawat:

- a. Keterampilan dalam memperoleh riwayat kesehatan yang komprehensif untuk memastikan secara akurat penggunaan berbagai terapi komplementer oleh pasien;

- b. Kemampuan untuk menilai kelayakan dan keamanan terapi yang digunakan;
- c. Kemampuan menjawab pertanyaan dasar tentang penggunaan terapi komplementer;
- d. Pengetahuan untuk merujuk pasien ke sumber informasi yang dapat dipercaya;
- e. Pengetahuan untuk menyarankan terapi yang mempunyai bukti manfaat untuk kondisi tertentu;
- f. Pengetahuan untuk memberikan pedoman dalam mengidentifikasi terapis yang kompeten;
- g. Kemampuan untuk membantu menentukan apakah asuransi akan mengganti biaya tertentu terapi;
- h. Pengetahuan dan keterampilan untuk mengelola sejumlah pengobatan pelengkap tertentu;

Memperoleh riwayat kesehatan yang lengkap memerlukan pertanyaan tentang penggunaan terapi komplementer dan alternatif menjadi bagian integral dari pasien. Banyak pasien mungkin tidak memberikan informasi secara sukarela tentang penggunaan obat komplementer dan/ atau terapi alternatif kecuali diminta secara khusus atau mungkin enggan untuk memberikan informasi ini kecuali praktisi secara terang-terangan menunjukkan penerimaannya dari terapi ini.

Data tersebut penting didapatkan berkaitan dengan misalnya dalam kasus penggunaan sediaan herbal sangat penting karena interaksi antara obat resep tertentu dan sediaan herbal tertentu dapat menimbulkan ancaman terhadap kesehatan. Banyaknya jenis terapi komplementer membuat perawat tidak mungkin melakukannya untuk memiliki pengetahuan tentang semuanya, tetapi mengenal hal-hal yang lebih umum diharapkan dimiliki oleh perawat.

Hal tersebut akan membantu penyedia layanan kesehatan dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan dasar. Banyak organisasi, asosiasi profesional, individu, dan kelompok memiliki situs web yang sangat baik yang memberikan informasi tentang terapi spesifik. Namun,

kehati-hatian diperlukan menerima informasi dari situs web mana pun. Ini adalah beberapa pertanyaan yang perlu dipertimbangkan ketika mengakses situs web untuk mendapatkan informasi yang tidak memihak dan jujur tentang terapi komplementer:

- a. Apa tujuan situs ini?
 - b. Kelompok/organisasi apa yang mengoperasikan dan/atau mendanai situs ini?
 - c. Siapa, misalnya dewan editorial, yang memilih data yang ada di situs?
 - d. Seberapa sering konten diperbarui?
 - e. Apakah ada cara bagi pengguna untuk menghubungi seseorang jika timbul pertanyaan tentang situs ini?
- (Lindquist, Tracy and Snyder, 2023)

DAFTAR PUSTAKA

- Dew, K. (2021) *Complementary and alternative medicine: Containing and expanding therapeutic possibilities, Complementary and Alternative Medicine: Containing and Expanding Therapeutic Possibilities*. Available at: <https://doi.org/10.4324/9780429287176>.
- Lindquist, R., Tracy, M.F. and Snyder, M. (2018) *Complementary and Alternative Therapies in Nursing*. Eighth. Springer Publishing Company.
- Lindquist, R., Tracy, M.F. and Snyder, M. (2023) *Complementary Therapies in Nursing Promoting Integrative Care*. Ninth.
- National Center for Complementary and Integrative Health (2021) *Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?* Available at: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>.
- Noeroel (2023) 'Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan'. Available at: <https://ainamulyana.blogspot.com/2023/08/undang-undang-nomor-17-tahun-2023.html>.
- Pengpid, S. and Peltzer, K. (2018) 'Utilization of traditional and complementary medicine in Indonesia: Results of a national survey in 2014–15', *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 33(February), pp. 156–163. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2018.10.006>.
- PERMENKES RI (2018) 'Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 15 Tahun 2018 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer'. Available at: http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/P_MK_No_15_Th_2018_ttg_Penyelenggaraan_Pelayanan_Kesehatan_Tradisional_Komplementer_.pdf.

BIODATA PENULIS



Imam Abidin, S.Kep., Ners., M.Kep lahir di Garut, pada 24 Agustus 1990. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Pendidikan Ners Di STIKes Bhakti Kencana Bandung (Sekarang Universitas Bhakti Kencana) dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Universitas Bhakti Kencana Bandung dan Aktif mengisi pelatihan terkait hypnotherapy, *Emotional Freedom Technique* (EFT) serta Aktif dalam membimbing Unit Kegiatan Mahasiswa salahsatunya yang fokus dalam terapi komplementer yaitu Majelis Ilmu Hynotherapy (MIH), IG: HypnotherapyMIH_Bandung. Jika tertarik dengan pelatihan hypnotherapy dan EFT untuk tenaga Kesehatan dan umum (087825636682).

A. Pendahuluan

Sehat dan sakit adalah dua kata yang saling berhubungan erat dan merupakan bahasa kita sehari-hari. Dalam sejarah kehidupan manusia, sehat dan sakit merupakan suatu kondisi yang seringkali sulit untuk diartikan meskipun keadaan ini adalah suatu kondisi yang dapat kita rasakan dan kita amati dalam kehidupan sehari-hari, ini kemudian akan mempengaruhi pemahaman dan pengertian seseorang terhadap konsep sehat misalnya, orang tidak memiliki keluhan-keluhan fisik dipandang sebagai orang yang sehat.

Keadaan sakit terjadi pada saat seseorang tidak lagi berada dalam kondisi sehat yang normal. Istilah penyakit (disease) dan keadaan sakit (illness) sering tertukar dalam penggunaannya sehari-hari padahal keduanya memiliki arti yang berbeda.

B. Definisi Sehat

- a. Kata sehat menurut Kamus Bahasa Indonesia adalah suatu keadaan/ kondisi seluruh badan serta bagian-bagiannya terbebas dari sakit
- b. Undang-Undang Kesehatan No 23 tahun 1992 sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan seseorang dapat hidup secara sosial dan ekonomis.

Sehat menurut Undang-undang Kesehatan meliputi fisik (badan), mental (jiwa), sosial dan ekonomi.

Sehat fisik yang dimaksud disini adalah tidak merasa sakit dan memang secara klinis tidak sakit, semua organ

tubuh normal dan berfungsi normal dan tidak ada gangguan fungsi tubuh.

Sehat mental (jiwa), mencakup: Sehat Pikiran tercermin dari cara berpikir seseorang yakni mampu berpikir secara logis (masuk akal) atau berpikir runtut; Sehat Spiritual tercermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, atau penyembahan terhadap pencinta alam dan seisinya yang dapat dilihat dari praktek keagamaan dan kepercayaannya serta perbuatan baik yang sesuai dengan norma-norma masyarakat.;Sehat Emosional tercermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya atau pengendalian diri yang baik..

Sehat Sosial adalah kemampuan seseorang dalam berhubungan dengan orang lain secara baik atau mampu berinteraksi dengan orang atau kelompok lain tanpa membeda-bedakan ras, suku, agama, atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik.

Sehat dari aspek ekonomi yaitu mempunyai pekerjaan atau menghasilkan secara ekonomi. Untuk anak dan remaja ataupun bagi yang sudah tidak bekerja maka sehat dari aspek ekonomi adalah bagaimana kemampuan seseorang untuk berlaku produktif secara sosial.

- c. World Health Organization (WHO) sehat yaitu “keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat”

Definisi sehat yang dikemukakan oleh WHO mengandung 3 karakteristik yaitu

- 1) Merefleksikan perhatian pada individu sebagai manusia
- 2) Memandang sehat dalam konteks lingkungan internal dan eksternal.
- 3) Sehat diartikan sebagai hidup yang kreatif dan produktif.

Sehat bukan merupakan suatu kondisi tetapi merupakan penyesuaian, dan bukan merupakan suatu

keadaan tetapi merupakan proses dan yang dimaksud dengan proses disini adalah adaptasi individu yang tidak hanya terhadap fisik mereka tetapi terhadap lingkungan sosialnya. Jadi batasan sehat menurut WHO meliputi fisik, mental, dan social.

- d. Potter & Perry, (2005), Sehat adalah keadaan dinamis di mana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal dan eksternal untuk mempertahankan hidup
- e. Dalam buku Pengantar Epidemiologi (2001) karya Eko Budiarto, pengertian sakit merupakan keadaan yang mengganggu keseimbangan status kesehatan biologis, psikologis sosial, dan spiritual yang mengakibatkan gangguan fungsi tubuh
- f. Dalam perspektif penyakit, sehat adalah suatu kondisi keutuhan dari kemampuan fungsional dan keadaan lebih baik/ sejahtera, sehingga seseorang dilihat mampu memiliki fungsional tubuh yang baik, mampu beradaptasi dengan lingkungan secara adekuat, serta merasa lebih baik (diungkapkan secara subjektif) (Leddy, 2006)

C. Definisi sakit

Sakit (illness) adalah penilaian tiap-tiap individu terhadap pengalamannya menderita suatu penyakit. Sakit menimbulkan dimensi fisiologis yang bersifat subjektif atau perasaan yang terbatas yang lebih dirasakan oleh orang yang bersangkutan, yang ditandai dengan perasaan yang tidak menyenangkan (unfeeling well), lemah (weakness), pusing (dizziness), kaku dan mati rasa (numbness).

- a. Menurut Perkin's, sakit merupakan keadaan yang tidak menyenangkan yang menimpa seseorang sehingga menimbulkan gangguan dalam beraktivitas sehari - hari (aktivitas jasmani, rohani, maupun sosial)
- b. Menurut Revelly dalam Effendy (1998), sakit adalah tidak adanya keselarasan antara lingkungan dengan individu.
- c. Parsors (1972) : Sakit adalah Gangguan dalam fungsi normal individu sebagai totalitas, termasuk keadaan

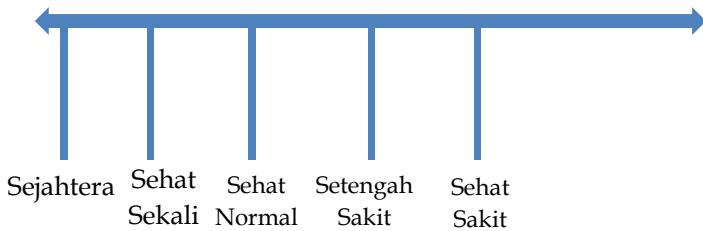
organisme sebagai sistem biologis dan penyesuaian sosialnya

- d. Sarwono (dalam Yunindyawati, 2004) mendefinisikan bahwa sakit merupakan suatu keadaan yang kurang menyenangkan yang dirasakan seseorang serta menghambat aktifitas, baik secara jasmani dan rohani sehingga seseorang tersebut tidak bisa menjalankan fungsi dan perannya secara normal dalam masyarakat

D. Konsep dan Rentang Sehat Sakit

1. Model rentang sehat sakit Neuman (1990)
 - a. Sehat yaitu tingkat sejahtera klien pada waktu tertentu yang terdapat dalam rentang dari kondisi sejahtera yang optimal dengan energi yang paling maksimal sampai kondisi kematian yang menandakan habisnya energi total.

Rentang Sehat



Gambar 1. Model Rentang Sehat dan Sakit

- b. Sakit merupakan proses dimana fungsi individu mengalami perubahan/penurunan bila dibandingkan dengan kondisi individu sebelumnya.
2. Model kesejahteraan tingkat tinggi merupakan cara efektif memaksimalkan potensi sehat dilakukan dengan perubahan perilaku. Dengan cara ini, kesehatan pasien/individu yang berisiko dapat meningkat.
3. Model agen pejamu lingkungan : Host, Agent dan Environment

- a. Agen merupakan Faktor internal/eksternal yang dapat mengakibatkan terjadinya penyakit. Misalnya agen biologis, kimia, fisik, mekanis, atau psikososial
 - b. Pejamu merupakan seseorang/sekelompok orang yang rentan terhadap penyakit tertentu. Misal adanya faktor riwayat keluarga, usia, gaya hidup
 - c. Lingkungan merupakan seluruh faktor yang ada di luar pejamu. Contohnya lingkungan fisik seperti iklim, tempat tinggal, penerangan, dan kebisingan; lingkungan sosial seperti stres, konflik, kesulitan ekonomi, dan krisis hidup
4. Model keyakinan kesehatan : menyatakan hubungan antara keyakinan seseorang dengan perilaku yang ditampilkannya seperti Persepsi individu tentang kerentanan dirinya terhadap penyakit, persepsi individu terhadap keseriusan penyakit tertentu, dan persepsi individu tentang manfaat yang diperoleh dari tindakan yang diambil.
 5. Model peningkatan kesehatan : Model peningkatan kesehatan menurut Pender ini dibuat dengan fokus untuk menjelaskan alasan keterlibatan pasien dalam aktivitas kesehatan. Model ini mengidentifikasi faktor demografi, sosial, partisipasi klien dalam peningkatan/penurunan partisipasi untuk meningkatkan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Citra P. Juwita, : Modul Konsep Sehat Dan Sakit, Fisioterapi Fakultas
Vokasi Universitas Kristen Indonesia Jakarta, 2021
<http://repository.uki.ac.id/9069/1/ModulKonsepSehatdanSakit.pdf>
<https://di3.pps.uin-alauddin.ac.id/konsep-sehat-dan-sakit/>
- Margawati,dkk : Buku Ajar Sosioantropologi Gizi, Penerbit:
Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro 2022 :
<https://doc-pak.undip.ac.id/id/eprint/11761/1/Buku%20Ajar%20Sosioantropologi%20ISBN.pdf>
- I Ketut Swarjana, Buku Ajar Public Health,STIKES Bali Press,2014 :
https://repository.itokes-bali.ac.id/medias/journal/BUKU_AJAR_PUBLIC_HEALTH.pdf
<https://www.kompas.com/skola/read/2020/03/18/180000669/konsep-sakit-timbulnya-penyakit-dan-kejadian-luar-biasa#:~:text=Dalam%20buku%20Pengantar%20Epidemi>
- Ritonga, dkk : Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan, Penerbit
Deepublish, Maret 2020 : <https://storage-imelda.s3.amazonaws.com/repositori/I9HgtQDdKconANsqkqrp2Zr7fNJ1ERBPQXxuXp7u.pdf>
- Dirjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes : Kesehatan Dan Makna
Sehat, 24 Juni 2022 :
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/119/kesehatan-dan-makna-sehat
<https://uin-alauddin.ac.id/tulisan/detail/konsep-sehat-dan-sakit>

BIODATA PENULIS



Johana Tuegeh,SPd,SSiT,MKes. Lahir di Lembean, 27 Desember 1963. Lulusan dari : AKPER DepKes Manado, IKIP Negeri Manado, D-IV Perawat Pendidik Peminatan KMB Faked UNHAS Makassar dan Pasca Sarjana UNSRAT Manado. Johana Tuegeh sebagai dosen di AKPER DepKes Manado sejak Tahun 1989 kemudian beralih menjadi Poltekkes Kemenkes Manado sampai sekarang.

BAB 13

Perilaku Sehat dan Sakit

Dr Drs Agus Rokot, S.Pd.,M.Kes

A. Pendahuluan

Hidup sehat merupakan bagian kerinduan setiap insan manusia yang ada di muka bumi, ketika orang tersebut dikategorikan sehat maka itu merupakan suatu harta yang tak ternilai dalam hidupnya, semua orang menginginkan hidup sehat, walaupun kadang kalah Kesehatan yang ada kita salah mempergunakannya dengan mengkonsumsi makanan yang tidak berimbang sesuai yang dibutuhkan dalam kehidupan. Kondisi seorang tergantung dari perilaku dimana ia dibentuk/ dibesarkan dengan perkembangan biologis dapat mempengaruhi perjalanan hidup seorang manusia. Perkembangan biologis akan berpengaruh pada perilaku, bisa terjadi secara maksimal bila didukung oleh kemampuan seseorang berperan secara maksimal pula. Peran maksimal dalam mendukung seorang dapat dipengaruhi oleh budaya yang dijalani dimana ia berada dan pendidikan yang diperoleh secara formal dan non formal. Perguruan tinggi sebagai media mengembangkan kompetensi masyarakat dalam menghadapi era *society* 5.0 dan berperan penuh dalam industry 4.0 (Setiawan dan Lenawati, 2020; Diwyarthi,dkk 2022)

Perilaku manusia dapat berkembang sesuai dengan tingkat kematangan dan kedewasaan umur seseorang, tempat dimana orang tersebut hidup dan bersosialisasi dengan masyarakat maka akan membentuk perilaku dari seseorang, karena pengaruh daerah tempat tinggal dan bersosialisasi itu dapat membentuk pola pikirannya, cara bertindak, cara ambil keputusan, cara menjalani hidup ini dengan baik dan benar

sesuai tata aturan yang berlaku agar terwujud hidup sehat. Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, minuman serta lingkungan (Adventus, dkk 2019)

B. Konsep Sehat

Setiap insan manusia yang ada dimuka bumi dalam kondisi yang normal maka selalu mengharapkan hidupnya boleh berada dalam kondisi sehat. Sehat itu sangat mahal harganya, tidak ada barang yang bisa disandingkan untuk suatu nilai yang bertalian dengan Kesehatan; dalam mengimplentasikan prilaku Masyarakat untuk meningkatkan Kesehatan, berbagai upaya pemerintah lewat kementrian yang membindangi Kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, maka kementerian Kesehatan mengarahkan agar supaya Masyarakat berperilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dengan suatu pedoman yang dituangkan dalam peraturan Kesehatan yang sifatnya mengikat bagi seluruh rakyat Indonesia agar mengikuti aturan ini dengan saksama agar tercapai cita-cita bangsa yaitu Masyarakat hidup sehat dari sabang sampai Merauke dari Miangas sampai pulau Rote dengan prilaku yang diharapkan dapat dipahami oleh setiap orang. Perilaku adalah sesuatu yang rumit. Perilaku individu berkaitan dengan faktor-faktor pengetahuan dan sikap Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) individu. Perilaku juga menyangkut dimensi kultural yang berupa sistem nilai dan norma. Sistem nilai adalah acuan tentang hal-hal yang dianggap baik dan hal-hal yang dianggap buruk. Sedangkan norma adalah aturan tidak tertulis yang disebut norma sosial dan aturan tertulis yang disebut norma hukum. Selain itu, perilaku juga berkaitan dengan dimensi ekonomi dan hal-hal lain yang merupakan Pendukung perilaku. Perilaku seseorang selain dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikapnya, memiliki acuan kepada sistem nilai dan norma yang dianutnya. Dengan kata lain, sistem nilai dan norma merupakan rambu-rambu bagi seseorang untuk

melakukan atau tidak melakukan sesuatu. Sistem nilai dan norma dibuat oleh masyarakat di suatu tatanan untuk dianut oleh individu-individu anggota masyarakat tatanan tersebut. Inilah yang juga disebut sebagai faktor-faktor predisposisi (*predisposing factors*). (Permenkes RI 2011) Adanya pedoman tersebut mengajak seluruh rakyat untuk dapat mengikuti dan berpandangan mencapai hidup sehat walaupun untuk menggapai konsep hidup sehat berbagai konsekuensi pengaruh baik dari sifat dasar manusia juga dipengaruhi oleh berbagai faktor atau secara umum faktor lingkungan dan faktor yang ada dalam lingkungan yang sudah tercipta dengan waktu yang lama dalam merubah perilaku khususnya untuk hidup bersih dan sehat perlu diberikan edukasi bagi setiap masyarakat lewat keluarga, ayah ibu dan anak, lewat organisasi sosial kemasyarakatan, lewat pemerintah desa, kecamatan, kabupaten dan Provinsi untuk selalu melakukan edukasi yang diikuti dengan penyuluhan dan lomba-lomba kebersihan agar perilaku hidup bersih boleh melekat dalam setiap Masyarakat yang ada di bumi Indonesia tercinta.

Perilaku kesehatan meliputi 4 hal pokok, yaitu: (1). Perilaku terhadap sakit dan penyakit: (a) perilaku peningkatan kesehatan (*health promotion behavior*) (b) perilaku pencegahan penyakit (*health preventive behavior*) (c) perilaku mencari pengobatan (*health seeking behavior*) (d) perilaku pemulihan kesehatan (*health rehabilitation behavior*) (2). Perilaku terhadap sistem pelayanan kesehatan (3). Perilaku terhadap makanan (4). Perilaku terhadap lingkungan Kesehatan (Margawati, dkk 2022). Perilaku penting mencapai Kesehatan prima

Pencapaian hidup sehat perlu diupayakan oleh diri sendiri, dorongan lingkungan, ketegasan pemerintah memonitoring, mengevaluasi menerapkan aturan yang sudah diputuskan, walaupun konsep sehat ada juga pengaruh lainnya tetapi setidaknya ada kesiapan kesanggupan dari seluruh Masyarakat Indonesia. Sehat merupakan hak asasi dan kebutuhan mendasar manusia. Sehat adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara menyeluruh, tidak hanya bebas

dari penyakit atau kelemahan (*World Health Organization/WHO*, 1958). Undang-Undang Republik Indonesia nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan, menjelaskan bahwa sehat meliputi aspek fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Pakpahan, dkk 2021). Sehat (*Health*) secara umum dapat dipahami sebagai kesejahteraan secara penuh (keadaan yang sempurna) baik secara fisik, mental, maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau keadaan lemah. Sedangkan di Indonesia, UU Kesehatan No. 23. 1992 menyatakan bahwa sehat adalah suatu keadaan sehat secara fisik, mental, dan sosial dimana memungkinkan setiap manusia untuk hidup produktif baik secara sosial maupun ekonomis. *World Health Organization (WHO, 2001)*, menyatakan bahwa kesehatan mental merupakan kondisi dari kesejahteraan yang disadari individu, yang di dalamnya terdapat kemampuan-kemampuan untuk mengelola stres kehidupan yang wajar, untuk bekerja secara produktif dan menghasilkan, serta berperan serta di komunitasnya (Mahardika 2017).

C. Faktor -Faktor Yang Mempengaruhi Sakit

Prinsip hidup dan prinsip sehat ada banyak yang sejalan mengakui bahwa sehat itu mahal harganya bahkan tak ternilai bayarnya, sehingga seharusnya memahami bagian mana saja dalam hidup ini yang dapat resiko mendatangkan sakit dan penyakit. Status kesehatan dipengaruhi oleh berbagai faktor umum yang turut mempengaruhi kesehatan, dikenal sebagai determinan sehat. Bloom (1981) merumuskan bahwa determinan sehat terdiri dari genetik, perilaku, lingkungan dan pelayanan kesehatan. WHO (2017) menjabarkan determinan kesehatan terdiri dari; lingkungan sosial dan ekonomi, lingkungan fisik, karakteristik individu (gender, pendidikan, penghasilan dan status sosial), perilaku individu, genetika dan pelayanan kesehatan. Menurut *Centre for Disease Control and Prevention/CDC, 2020*), determinan sehat secara umum dapat dikelompokkan menjadi lima kategori besar yaitu: genetika, perilaku, pengaruh lingkungan dan perilaku Kesehatan fisik,

perawatan medis dan faktor sosial, di mana kelima kategori ini saling berhubungan. (Pakpahan, dkk 2021). Determinan bertalian dengan nilai sehat disamping faktor yang sudah disampaikan oleh Bloom maupun oleh yang lainnya, maka yang terutama adalah faktor manusia/ diri sendiri kalau menyadari sehat itu penting bagi diri sendiri, maka masing-masing pribadi akan mengembangkan perilaku yang tepat dan benar dalam mengatasi masalah penyakit jika datang dalam diri sendiri, sesungguhnya apabila seseorang terkena penyakit yang menderita adalah semua keluarga yang ada, karena akan terganggu pekerjaan; focus pikiran terarah pada keluarga yang sakit (orang yang dicintai), tetapi bila yang sakit tidak memberikan kontribusi nilai keuangan, nilai kebaikan, nilai keaktifan maka yang menderita sakit bisa dirinya sendiri, mari rajin berkontribusi yang baik benar pada keluarga agar Ketika kena sakit penyakit keluarga sahabat kenalan boleh memberikan kontribusi moril maupun material dalam mendukung hidup dan kelangsungan hidup

Berbagai faktor yang mempengaruhi keberadaan seseorang mengalami sakit penyakit tergambar dalam ungkapan ini. Pada umumnya berbagai permasalahan kesehatan disebabkan oleh tiga faktor yang muncul secara bersamaan seperti (1) adanya bibit penyakit/pengganggu lainnya, (2) lingkungan yang memungkinkan berkembangnya bibit penyakit (3) perilaku manusia yang cenderung tidak memperdulikan bibit penyakit dan lingkungan yang ada disekitarnya. Perilaku pemeliharaan kesehatan (*Health maintenance*) adalah perilaku atau usaha - usaha seseorang untuk memelihara atau menjaga kesehatan agar tidak sakit dan usaha untuk penyembuhan bilamana sakit. Oleh sebab itu, perilaku pemeliharaan kesehatan ini terdiri dari tiga aspek, yaitu: (a). Perilaku pencegahan penyakit, dan penyembuhan penyakit bila sakit, serta pemulihan kesehatan bilamana telah sembuh dari penyakit. (b). Perilaku peningkatan kesehatan, apabila seseorang dalam keadaan sehat. Perlu dijelaskan disini, bahwa kesehatan itu sangat dinamis dan relatif, maka dari itu

orang yang sehat pun perlu diupayakan supaya mencapai tingkat kesehatan yang optimal mungkin.(c). Perilaku gizi (makanan dan minuman). Makanan dan minuman dapat memelihara serta meningkatkan kesehatan seseorang tetapi sebaliknya makanan dan minuman dapat menjadi penyebab menurunnya kesehatan seseorang, bahkan dapat mendatangkan penyakit. Hal ini sangat tergantung pada perilaku orang terhadap makanan dan minuman tersebut. Perilaku yang terjadi atau terbentuk pada diri seseorang tidak lepas dari apa yang berlangsung; dilihat didengar dan dirasakan, hal itu merupakan suatu persepsi untuk dapat melakukan Langkah selanjutnya entah itu baik, buruk, sakit, sehat terbentuk dari persepsi seseorang. Persepsi meliputi indra penglihatan, sentuhan, suara, penciuman, rasa, dan kinestetik. Ini semua adalah indra yang digunakan untuk memahami lingkungan dan merespon sesuai tuntutannya. Berikut merupakan langkah-langkah dalam membentuk persepsi, pertama, organ indra mendeteksi stimulus, sebagai contoh, gonggongan anjing. Pada contoh, telinga bertanggung jawab untuk mendeteksi stimulus (Diwyartha, 2022) terbentuknya perilaku untuk menyiapkan diri jauh dari sakit perilaku hidup sehat dilatih, diajarkan sedini mungkin agar Masyarakat menggapai hidup sehat seoptimal mungkin.

D. Langkah Hidup Sehat

Sehat itu modal, sehat itu bahagia, sehat itu sejahtera; berbagai ungkapan yang terkait dengan Kesehatan sebagai kalimat profetik untuk mendorong seseorang berperilaku baik, merespon secara positif suatu hal yang bertalian dengan masalah Kesehatan. Beberapa tips pola hidup sehat: (1) Penuhi konsumsi protein, (2) Jauhi makanan berlemak, (3) Makan buah-buahan *Fresh*, (4) Kurangi minuman memiliki kandungan gula. (5) mengkonsumsi banyak Air, (6) Mengawali program olahraga dengan teratur, (7) Jauhi berat badan berlebih (kegemukan), (8) Istirahat yang berkualitas, (9) Hidup sehat olahraga, (10) Mempunyai lingkungan yang sehat, (11) Berpikir positif serta menghindari diri dari stress. (Endarwati, 2021)

kesebelas Langkah ini merupakan bagian pedoman dalam menghadapi hal yang bertalian dengan Kesehatan, apabila diikuti dengan saksama maka bayangan kesehatan kedepan dapat tergambar dengan jelas dan pasti, walaupun kondisi lainnya perlu dibenahi dengan nilai - nilai yang bertalian dengan budi pekerti sehingga setiap kelompok orang dalam Masyarakat akan saling hargai menghargai demi terciptanya keamanan. Hidup ini perlu dilatih untuk memperoleh posisi nilai sehat yang berarti hidup menjadi tua lebih berguna lebih berdampak positif bagi keluarga sebagai teladan dalam berbagai hal terutama berkaitan dengan langka dan cara menggapai hidup sehat yang sesungguhnya. Tatanan masyarakat Indonesia yang mandiri, maju, adil dan makmur, khususnya dalam bidang kesehatan ditandai dengan: (1) Terjaminnya keamanan kesehatan negara melalui kemampuan dalam melakukan pencegahan, deteksi, dan respon terhadap ancaman kesehatan global; (2) Kesejahteraan masyarakat yang terus meningkat yang ditunjukkan dengan jangkauan bagi setiap warga negara terhadap lembaga jaminan sosial yang lebih menyeluruh; (3) Status kesehatan dan gizi masyarakat yang semakin meningkat serta proses tumbuh kembang yang optimal, yang ditandai dengan meningkatnya Umur Harapan Hidup (UHH) dan *Healthy Adjusted Life Expectancy* (HALE). (Permenkes RI 2020)

E. Kesiapan Diri Menghadapi Sakit

Konsep sakit adalah penilaian seseorang terhadap penyakit sehubungan dengan pengalaman yang langsung dialaminya (bersifat subjektif). Penyakit adalah bentuk reaksi biologis terhadap suatu organisme benda asing atau luka (bersifat objektif). Seseorang yang menderita penyakit belum tentu merasa sakit dan sebaliknya orang mengeluh sakit padahal tidak ditemukan penyakit (Juwita 2021). Sakit banyak ditakuti oleh hampir semua orang yang ada dimuka bumi, bahkan tidak seorangpun mengimpikan supaya dia sakit, karena sepanjang akal sehatnya jalan dengan baik dan sempurna maka ia akan menghindari resiko kena penyakit.

(Triyono 2017) menambahkan bahwa setiap elemen masyarakat memiliki konsep sehat dan sakit yang berbeda-beda sehingga akan mempengaruhi *health seeking behavior* ketika mengalami kondisi sakit, sehingga persepsi masyarakat terhadap sehat dan juga sakit memiliki hubungan yang erat terhadap *health seeking behavior*

Kesiapan diri menghadapi kehidupan bila sakit datang maka Langkah kesiapan mental harus memenuhi kriteia dengan cara persiapan sebelum sakit dengan mengikuti berbagai program Kesehatan dalam negeri seperti BPJS, asuransi Kesehatan lainnya yang sifatnya dapat mengatasi secara pribadi maupun keluarga Ketika datangnya penyakit. Berbagai penyakit yang timbul dan melekat bagi kehidupan manusia dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu faktor lingkungan, jika kondisinya tidak mendukung semisal banyaknya sampah maka akan terjadi jaringan siklus yang akan saling mempengaruhi kondisi tempat itu menjadi tidak menyenangkan, factor lainnya adalah factor genetic; sesungguhnya setiap manusia dalam menerima suatu penyakit, faktor genetika berpengaruh, karena terlahirnya setiap insan manusia yang membawa sifat; dominan, resesif, selalu sifatnya terbawa, hal ini telah dilakukan eksperimen tentang sifat yang terbawa oleh Gregor Mendel. Dalam menghadapi kondisi sehat yang menyenangkan, sakit yang membingungkan selalu ditandai dengan adanya kondisi yang dapat diamati bagi setiap orang. Ciri-ciri sehat, yaitu: (1). Tubuh bugar dan tidak lemas (2). Wajah berseri, tidak nyeri (3). Berkomunikasi dua arah (4). Berpikir logis dan dimengerti (5). Produktif (6). Melakukan kegiatan sehari-hari dengan mandiri; Sedangkan Ciri-ciri sakit, yaitu: (1). Merasa nyeri, pusing, lemas (2). Tidak bersemangat menjalankan aktivitas (3). Merasa tidak tenang dan kecemasan yang berlebihan Konsep sakit menurut Perkins menyatakan bahwa sakit merupakan keadaan dimana individu merasa tidak menyenangkan yang dapat mempengaruhi aktivitas sehari-harinya, baik aktivitas jasmani, rohani, dan sosial. (Juwita 2021). Konsep sakit merupakan suatu kondisi yang tidak berimbang

yang dapat mempengaruhi tubuh jiwa dan Roh yang terimplementasi dalam tubuh, sehingga seseorang terkendala dalam melakukan aktifitas sebagaimana biasanya.

Menghadapi situasi dalam kehidupan yang tidak lepas dari kehidupan manusia yang dibayangi oleh sakit penyakit, maka kita akan berdiam diri, tidak bergairah beraktifitas, maka kondisi sangat merugikan pribadimu, berdampak pada keluarga, orang tua, pada bangsa dan negara, sehingga Masyarakat perlu diedukasi agar tetap mempertahankan dan kehidupan ini agar tetap hidup sehat, tambah semangat dan mendukung semua program pemerintah khususnya di bidang kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- Adventus, M. R. L., Jaya, I. M. M., & Mahendra, D. (2019). Buku Ajar Promosi Kesehatan. Jakarta: UKI.
- Diwyarthi, N. D. M. S., Darmiati, M., Jalal, N. M., Fakhri, R. A., Supriyadi, A., Lerik, M. D. C., & Fakhri, N. (2022). *Psikologi Umum*. Global Eksekutif Teknologi.
- Endarwati, S. (2021). Modul Pola Hidup Sehat dan Bersih. Mejayan: SMP 1 Mejayan.
- Juwita, C. P. (2021). Modul konsep sehat dan sakit. Jakarta: UKI.
- Mahardika, N. (2017). Kesehatan mental. *Kudus: Badan Penerbit Universitas Muria Kudus*.
- Margawati, A., Purwanti, R., & Nuryanto, N. (2022). Buku Ajar Sosio antropologi Gizi. FK UNDIP.
- Pakpahan, M., Siregar, D., Susilawaty, A., Tasnim, T., Ramdany, R., Manurung, E. I., ... & Maisyarah, M. (2021). *Promosi kesehatan dan perilaku kesehatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Permenkes, R. I. (2011). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2269/MENKES/PER/XI/2011 tentang Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Permenkes, R. I. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Triyono, S. D. K., & Herdiyanto, Y. K. (2017). Konsep sehat dan sakit pada individu dengan Urolithiasis (Kencing Batu) di Kabupaten Klungkung, Bali. *Jurnal Psikologi Udayana*, 4(2), 263-276.

BIODATA PENULIS



Dr. Drs Agus Rokot, SPd., M.Kes lahir di Liwutung, Minahasa, pada 27 Agustus 1963. Menyelesaikan, Diploma IPA Pendidikan Guru Ilmu Pengetahuan Alam (PGSMTP) Negeri Manado (1983), S1 di FPMIPA Kimia IKIP Negeri Manado, (1990) S1 Psikologi Pendidikan dan Bimbingan IKIP Negeri Manado, (1997), S2 Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi (UNSRAT) Manado (2004) dan S3 PEP Universitas Negeri Jakarta (2015). Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Poltekkes Kemenkes Manado

BAB 14

Konsep Dasar Kemitraan

Herlina Partisse Memah. SKM. M.Kes

A. Pendahuluan

Dalam konteks Promosi kesehatan, Kemitraan merupakan upaya sentral dalam menggalang dan menghubungkan sumber daya antar pemangku kepentingan mengarah pada sinergi dan pencapaian tujuan Bersama.

Disisi lain Keberhasilan suatu kerjasama sangat bergantung pada komitmen yang diberikan oleh pihak yang bermitra, baik dalam hal prinsip - prinsip yang disepakati, melakukan tahapan Kemitraan dan orientasi yang ddisusun Bersama.

B. Konsep Dasar

1. Pengertian

Kemitraan Adalah Kerjasama Antara Dua Pihak Atau Lebih Untuk Mencapai Tujuan Bersama, Dimana Masing-Masing Pihak Memiliki Hak Dan Tanggung Jawab Sesuai Dengan Kesepakatan.

2. Tujuan

Meningkatkan Status Kesehatan Masyarakat Dan Daya Tanggap Pemangku Kepentingan Terhadap Lingkungan Dan Masyarakat.

- a. Terbinanya Kepedulian Dan Motivasi Para Pemangku Kepentingan Terhadap Tercapai-Nya Sasaran Startegis Pembangunan Kesehatan
- b. Terciptanya kesamaan pemahaman dalam bermitra diantara pemangku kepentingan
- c. Meningkatkan sumberdaya dalam penyelenggaran pembangunan Kesehatan

- d. Terselenggaranya upaya kesehatan di lingkungan kerja dan masyarakat.
3. Pentingnya Kemitraan
 - Alasannya pentingnya kemitraan dalam kesehatan :
 - a. Pembangunan kesehatan merupakan tanggung jawab Bersama
 - b. Kesehatan merupakan modal dasar bagi keberhasilan pembangunan sector lain
 - c. Peningkatan kepedulian terhadap lingkungan dan masyarakat dalam bidang kesehatan, yang bersifat Promotif dan Prefentif
4. Prinsip dasar kemitraan
 - a. Kesetaraan:

Setiap mitra harus menempatkan diri setara dengan pihak lain. Pengambilan keputusan secara demokratis, mengutamakan musyawarah dan mufakat dalam menyelesaikan masalah secara bersama, tidak memaksakan memaksakan kehendak, memperkuat rasa kebersamaan, sehingga sama-sama bertanggung jawab menanggung risiko, termasuk menghadapi tantangan yang mungkin terjadi.
 - b. Keterbukaan:

Kemitraan secara terbuka, proaktif, transparan, jujur, tidak merahasiakan, untuk membahas kemajuan dan permasalahan dalam mengimplementasikan kesepakatan yang telah dibuat
 - c. Saling Menguntungkan:

Setiap mitra mempunyai tujuan dan kepentingan yang sama dalam melaksanakan upaya pembangunan kesehatan akan mendapatkan keuntungan dan manfaat.
5. Landasan Menggalang Kemitraan:
 - a. Saling memahami kedudukan, tugas, fungsi dan struktur masing masing
 - b. Saling bersedia membantu dan dibantu
 - c. Saling memahami kemampuan
 - d. Saling mendorong dan mendukung
 - e. Saling menghubungi

- f. Sinergi
 - g. Saling mendekati
 - h. Saling menghargai
6. Kunci Keberhasilan Dalam Kemitraan
- a. Cooperation
(kerjasama yang harmonis- sharing vision and mission)
 - b. Coordination
(koordinasi yang baik- sahring tujuan)
 - c. Collaboration
(kolaborasi yang setara- sharing sumber daya)
 - d. Creation of Dynamic Team
(menciptakan tim yang dinamis)
 - e. Commitmen
(komitmen- kesepakatan bersama)
7. Sasaran Kemitraan
- Sasaran Kemitraan Dalam Pembangunan Kesehatan:
- a. Masyarakat
 - b. Instansi Pemerintah
 - c. Pemuka atau toko masyarakat
 - d. Kader, Lintas sektoral
 - e. Organisasi kemasyarakatan
 - f. Organisasi Profesi
 - g. Instansi Pendidikan
 - h. Kelompok peduli kesehatan
 - i. Pengelola Media Massa
 - j. Dunia Usaha
8. Peran Mitra
- Peran mitra dalam pembangunan kesehatan diharapkan dapat menjadi:
- a. Inisiator
 - b. Katalisator
 - c. Donatur
 - d. Pendukung sumberdaya
 - e. Penggerak masyarakat
 - f. Dinamisor
 - g. Komunikator
 - h. Motivator

- i. Pembimbing teknis
- j. Pengembang model promosi kesehatan

9. Potensi Mitra

| Para pihak | Ragam Aset dan Potensi | Minat, peran dan kontribusi |
|--------------|--|--|
| Pemerintahan | <ul style="list-style-type: none"> • Penetapan prioritas dan alokasi anggaran • Pengembangan program • Penyediaan kebijakan dan aturan yang mendukung kemitraan Multi Pihak (KMP) • Penyediaan data pembangunan (capaian dan deficit) • Lebih mengetahui konteks dan melokalkan • Mengelola dana dan personalia • Terbiasa melaksanakan program sendiri atau pengadaan barang dengan swasta | Kemitraan pengetahuan Kemitraan pelaksanaan |
| Akademis | <ul style="list-style-type: none"> • Penelitian pemantauan • penguatan kapasitas Menjadi provider penelitian untuk pemerintah dan swasta • pendampingan pemerintah • pendidikan TPB (Tujuan Pembangunan Berkelanjutan) • fasilitator kemitraan | Kemitraan pengetahuan |
| CSO | <ul style="list-style-type: none"> • Diseminasi informasi membangun pemahaman publik • kemampuan pendampingan dan capacity building untuk kemitraan yang melibatkan masyarakat • pemantuan proses kemitraan-akuntabilitas • Mengelola advokasi perubahan kebijakan • fasilitator kemitraan | Kemitraan standardisasi Kemitraan pelaksanaan |

| | | |
|---|---|--|
| Masyarakat/Komunitas | <ul style="list-style-type: none"> • target sasaran kemitraan yang memahami konteks lokalitas dan kebutuhan di lapangan • dukungan pelaksanaan kerja sama di lapangan | Kemitraan pengetahuan Kemitraan pelaksanaan |
| Sektor Swasta | <ul style="list-style-type: none"> • kemampuan delivery • Kemampuan jaringan dan pemahaman value chains untuk kemitraan pelaksanaan • advokasi dan diseminasi • penguatan kapasitas • dukungan dana dan mengelola dana CSR | Kemitraan standarisasi Kemitraan pelaksanaan Kemitraan pendanaan |
| Organisasi Internasional/Development Partners | <ul style="list-style-type: none"> • dukungan dana • penguatan kapasitas melalui pendamping, pemahaman isu dan jaringan • penguatan organisasi kemitraan • fasilitator kemitraan | Kemitraan pengetahuan Kemitraan standarisasi Kemitraan pelaksanaan |

10. Langkah-langkah Menggalang Kemitraan

Adapun langkah-langkah menggalang kemitraan di bidang kesehatan meliputi:

- Langka 1 : Menentukan gagasan
- Identifikasi calon Mitra Potensia
- Merumuskan tujuan dan peran Mitra
- Menyiapkan diri
- Menentukan gagasan Kemitraan
- Merumuskan rencana kerja Kemitraan
- Merumuskan kerjasama
- Pemantauan dan penilaian kegiatan Kemitraan

11. Menentukan gagasan kemitraan

Gagasan Kemitraan yang baik :

- Relevan dengan visi dan misi dari pihak-pihak yang bermitra
- Memiliki payung hukum yang berlaku
- Mengandung manfaat atau keuntungan bagi pihak yang bermitra.

- d. Memiliki kesamaan atau kemiripan dengan upaya yang sedang dilakukan oleh masing-masing pihak yang bermitra.
 - e. Kegiatan yang dilakukan dapat menyakinkan dan berbobot, baik dari aspek keilmuan maupun dari aspek program.
 - f. Dihasilkan dari kerja keras dan dengan inventasi sumber daya memandai.
 - g. Dirancang, disusun dan dikemas dengan baik dan sistematis sesuai dengan kaidah-kaidah keilmuan dan program.
 - h. Dikemas dengan teknologi canggih dalam berbagai bentuk.
 - i. Dapat diuji coba dalam skala kecil atau terbatas untuk mengetahui tingkat kelayakannya.
 - j. Dapat dimodifikasi dan dibuat segmen-segmen tanpa kehilangan esensinya, apabila diperlukan. Misalnya dengan cara melakukan pentahapan dalam pelaksanaan program.
12. Mengidentifikasi calon mitra potensial
- Mengacu kepada landasan kemitraan, maka calon mitra yang dicari sebaiknya:
- a. Peduli terhadap masalah yang dihadapi
 - b. Memiliki pemikiran dan cara kerja sistematis.
 - c. Secara internal memiliki pembagian kerja dan koordinasi yang baik.
 - d. Memiliki ketulusan untuk membantu pelaksanaan kegiatan kemitraan.
 - e. Siap memberikan saran dan dukungan yang konstruktif bagi terlaksananya gagasan kemitraan.
 - f. Fleksibel, informal, dan mudah dihubungi.
 - g. Bersedia dan dapat menyediakan waktu, tenaga, dan sumber daya lain untuk kepentingan kemitraan.
 - h. Mengetahui cara-cara kemitraan, lebih baik lagi jika memiliki pengalaman bermitra.

- i. Bersedia dan dapat memberikan kontribusi berupa gagasan atau "proyek kemitraan" sesuai dengan kesepakatan.
 - j. Memiliki relasi yang baik atau bersedia membangun kedekatan, baik secara sosial maupun psikologi, termasuk membantu kesiapan akses.
 - k. Bersedia bergabung dalam tim yang solid, satu konsep dan satu bahasa
 - l. Kontribusinya berkelanjutan dan taat kepada kesepakatan yang telah dirumuskan bersama.
13. Merumuskan tujuan dan peran mitra
- Merumuskan tujuan kemitraan (tujuan umum) dan peran atau kontribusi yang diharapkan dari para mitra. Peran mitra kelak akan menjadi acuan dalam merumuskan tujuan khusus kemitraan.
14. Menyiapkan diri
- Setiap keinginan atau inisiasi untuk menggalang kemitraan perlu melakukan persiapan diri melalui konsolidasi internal, mengacu kepada landasan kemitraan.
15. Membangun Kesepakatan Kerjasama Kemitraan
- Kesepakatan dan ikatan antara pihak yang berinisiatif dengan pihak-pihak yang diajak bermitra, untuk sama-sama mendukung pelaksanaan gagasan kemitraan. Kesepakatan kerjasama dapat dibuat dalam bentuk Memorandum of Understanding (MoU) atau Nota Kesepahaman atau Surat Keputusan Bupati/Walikota/Camat.
17. Merumuskan Rencana Kerja Kemitraan
- Menyusun program kerja dan rencana aksi, meliputi tujuan, kegiatan masing-masing mitra, waktu serta peran anggota jejaring kemitraan, juga menetapkan serta menyepakati mekanisme kerja jejaring kemitraan yang sudah mulai terbangun.
- Dalam merencanakan kerja kemitraan, hal yang harus diperhatikan yaitu:

- a. Peningkatan kapasitas mitra
Meningkatkan pemahaman atau wawasan para mitra tentang pelaksanaan pembangunan kesehatan melalui Seminar, Lokakarya, Pelatihan dll.
 - b. Melakukan komunikasi dan koordinasi
Dalam menyusun rencana kerja perlu diuraikan 5W (*What, When, Where, Who, Why*) dan 1H (*How*) yaitu uraian tentang tujuan kegiatan, sasaran, waktu, metode dan lokasi, diperlukan komunikasi dan koordinasi
 - c. Melaksanakan Kerjasama
Salah satu kunci keberhasilan kemitraan dalam penyelenggaraan upaya kesehatan dalam masyarakat maupun upaya kesehatan perorangan adalah "keterpaduan" dalam melakukan advokasi dan kerjasama baik lintas sektoral dan lintas program
16. Pemantuan dan Penilaian Kegiatan Kemitraan
Pemantuan dan Penilaian dilakukan untuk:
- a. Apakah sudah sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan?
 - b. Seberapa jauh program kesehatan yang dilakukan melalui kemitraan dapat meningkatkan kinerja dan mendukung pencapaiannya Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten/Kota?
 - c. Apakah ada permasalahan dalam melaksanakan program kesehatan melalui kemitraan tersebut, serta bagaimana upaya mengatasinya?
 - d. Apakah para mitra juga mendapatkan keuntungan dari hasil pelaksanaan program kesehatan tersebut? Jika ada, maka keuntungannya dalam bentuk apa?
Adapun Indikator Keberhasilan Kemitraan :
 - a. Indikator masukan (input) : jumlah mitra yang bergabung dalam kemitraan,
 - b. Indikator proses (process) : kontribusi mitra, frekuensi pertemuan, jumlah kegiatan dan keberlangsungan,

- c. Indikator Iuaran (outup) : adanya produk atau hasil dari kemitraan, termasuk adanya percepatan pencapaian target program kesehatan.

17. Jejaring Kemitraan

Kegiatan Jejaring Kemitraan :

- a. Pengembangan data base
- b. Komunikasi Reguler
- c. Situs Internet
- d. Pertemuan Rutin
- e. Pencatatan dan Pelaporan

DAFTAR PUSTAKA

- Direktorat Promosi Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat
Kementerian Kesehatan RI, *"Panduan Menggalang
Kemitraan di Bidang Kesehatan"* 2019
- Frida A, *"Membangun Kemitraan Keluarga dan Sekolah"*; Nuansa
Cendekia 2020
- Prasetyo H.M, *"Merangkai Kemitraan, Mengawal Pembangunan"*,
Penerbitan MI 2017
- Wangke H, *"Membangun Kemitraan untuk Keberlanjutan
Pembangunan"*, Yayasan Pustaka Obor Indonesia, 2020
- Rosmaladewi O, *"Manajemen Kemitraan Multi Stakeholder dalam
Pemberdayaan Masyarakat"*, Deepublish, 2018

BIODATA PENULIS



Herlina Partisse Memah, SKM, M.Kes, Lahir di Langowan pada 18 Agustus 1965. Ia tercatat sebagai lulusan Universitas Hasanuddin Ujung Pandang (S1) dan Universitas Sam Ratulangi Manado (S2) dengan meraih prestasi Cumlaude. Wanita kerap di sapa herlina ini adalah anak dari pasangan Ventje Memah (Alm) dan Leonora D. Pondaag, dan telah menikah dengan Drs. Frecky A. Mononutu. Herlina Memah bukanlah orang baru dalam dunia pendidikan terutama dibidang Kesehatan dan, Herlina berhasil menata karir sebagai Dosen di jurusan Keperawatan dengan berbagai keberhasilan sesuai kompetensi.

A. Pendahuluan

Pelayanan kesehatan merupakan upaya kesehatan yang dilakukan sendiri atau Bersama-sama dalam satu institusi atau organisasi bertujuan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan baik individu, keluarga maupun kelompok (Priyoto, 2018). Pelayanan kesehatan terbagi yaitu pelayanan kesehatan primer dan perawatan kesehatan sekunder (Widiyawati, 2021)

Pelayanan kesehatan Primer merupakan pelayanan pertama yang diperlukan oleh masyar (Priyoto, 2018)akat pada saat mereka mendapatkan serangan gejala penyakit ataupun kecelakaan. Pelayanan primer merupakan kontak pertama individu, keluarga dan masyarakat dengan sistem pelayanan. Pernyataan ini sesuai dengan Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2009, yang menyatakan kesehatan primer merupakan upaya kesehatan dasar sebagai proses pelayanan kesehatan dengan azas rujukan (Akbar, 2019)

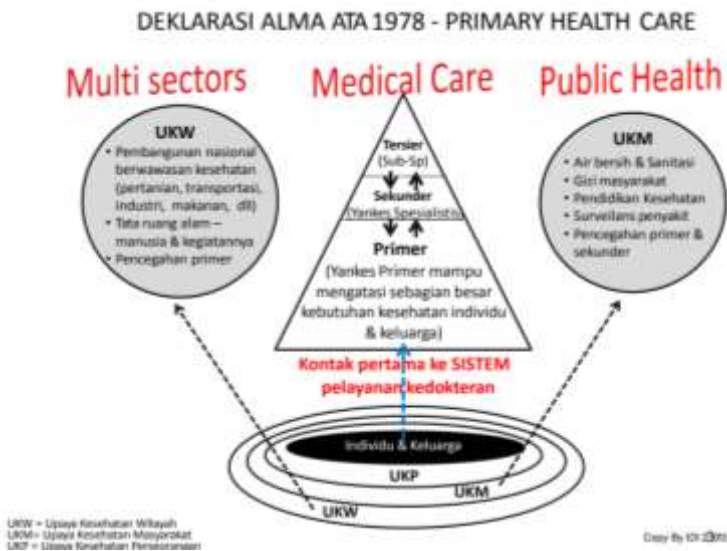
B. Layanan Kesehatan Primer

1. Pengertian Layanan Kesehatan Primer

Layanan kesehatan Primer atau *Primary Health Care* (PHC) adalah kegiatan pelayanan esensial dan universal yang dapat dijangkau dengan mudah dan terjangkau oleh masyarakat yang memungkinkan cakupan pelayanan kesehatan yang luas (Yustianto, 2019)

Dalam deklarasi Alma Ata di Genewa, dinyatakan bahwa PHC adalah upaya kesehatan dasar yang merupakan kontak pertama masyarakat terhadap pelayanan kesehatan sebagai proses pertama dalam pelayanan kesehatan

langsung dan kesehatan penunjang dengan proses rujukan. Batasan definisi layanan primer merupakan tempat bagi pasien dengan masalah kesehatan yang luas dengan memfasilitasi hubungan klinisi antara pasien (individu, keluarga dan komunitas) yang terlibat sebagai pengambil keputusan dalam perawatan kesehatan dengan pemberi pelayanan. Lingkup PHC pelayanan promotif dan preventif tanpa mengkesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif (WHO, 2019)



(WHO, 2019)

Sesuai dengan konferensi Alma Ata, prinsip PHC diterapkan antara lain:

- a. Pemerataan upaya kesehatan
PHC menekankan pentingnya pemerataan pelayanan kesehatan kepada seluruh masyarakat, tanpa memandang status sosial, ekonomi, budaya maupun budaya.
- b. Penekanan pada upaya promotive dan preventif
Upaya promotive dan preventif meliputi segala upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat

kesehatan dengan melibatkan individu, keluarga dan kelompok agar berperilaku sehat.

- c. Penggunaan Teknologi Tepat Guna (TTG) dalam upaya kesehatan

Teknologi tepat guna disiapkan untuk memenuhi layanan kesehatan dasar yang merupakan teknologi medis yang dapat dijangkau sehingga dapat diakses oleh seluruh masyarakat maupun tim medis.

- d. Peran serta masyarakat dalam semangat kemandirian
Upaya kesehatan tidak dapat berjalan tanpa adanya peran serta dari masyarakat, salah satu peran serta masyarakat adalah sadar dan bertanggungjawab akan kesehatannya dan lingkungannya serta ikut serta dalam pembangunan kesehatan.

- e. Kejasama lintas sectoral dalam pembangunan kesehatan

Kesehatan tidak dapat diraih hanya dari sector kesehatan saja, sector lain juga berperan dalam mendukung upaya kesehatan seperti sector Pendidikan, pertanian, infrastruktur, komunikasi, pembangunan desa, komunikasi, industri, organisasi masyarakat dan lain-lain (Saurina, 2012)

2. Prinsip Prinsip Dasar Pelayanan Kesehatan Primer

Pelayanan kesehatan primer hendaknya diselenggarakan secara menyeluruh dan terintegrasi dengan kata lain pelayanan yang ditujukan pada semua masyarakat secara menyeluruh. Pelayanan kesehatan dasar hendaknya mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- a. Terorganisasi
- b. Memcakup beberapa aspek
- c. Progesif
- d. Intim dengan masyarakat
- e. Orientasi kepada keluarga
- f. Berkesinambungan (Saurina, 2012)

Guna mencapai ciri-ciri seperti diatas, maka petugas dapat menyelenggarakan pelayanan dalam ruang lingkup sebagai berikut:

- a. Pendidikan kesehatan tentang penvegahan dan pengendalian penyakit
- b. Penyediaan makanan dan perbaikan gizi
- c. Air bersih dan sanitasi dasar
- d. Kesehatan Ibu dan anak
- e. Imunisasi
- f. Pencegahan dan pengendalian penyekit endemic
- g. Pengobatan
- h. Penyediaan obat-obat essensial

(Kemenkes RI, 2014)

Pelayanan kesehatan terdiri dari pelayanan kesehatan perseorangan (medical service), pelayanan kesehatan keluarga (family care), dan pelayanan kesehatan masyarakat (public health service). Pelayanan kesehatan perorangan primer adalah pelayanan kesehatan dimana terjadi kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat primer adalah pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat (WHO, 2018)

Pelayanan kesehatan perorangan primer mempunyai sarana utama dan sarana penunjang. Sarana utama terdiri dari Puskesmas, klinik pratama, praktek dokter/dokter gigi, praktek perawat/home care, praktek bidan, praktek fisioterapis, pengobatan tradisional, alternatif dan komplementer yang secara ilmiah telah terbukti keamanan dan khasiatnya, sarana pelayanan bergerak (ambulatory). Sarana penunjang terdiri dari Unit farmasi puskesmas, laboratorium klinik, radiologi, apotek, toko obat, dan optic (Saurina, 2012)

Sarana pelayanan kesehatan masyarakat primer di tingkat Desa/Kelurahan adalah pos UKM Desa/Kelurahan.

Lembaga pelayanan kesehatan masyarakat primer di tingkat Desa/Kelurahan adalah unit pelayanan pemerintahan Desa/Kelurahan. Sarana pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat primer di Tingkat Kecamatan adalah Puskesmas. Lembaga pelayanan kesehatan masyarakat primer di tingkat kecamatan adalah Unit Pelaksana Teknis organisasi perangkat daerah yang menangani urusan kesehatan (Priyoto, 2018)

DAFTAR PUSTAKA

- Akbar, M. A. (2019). *Buku Ajar Konsep-Konsep Dasar Dalam Keperawatan Komunitas*. Deepublish.
- Kemendes RI. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat*.
- Priyoto. (2018). *Ilmu Keperawatan Komunitas*. Pustaka Panasea.
- Saurina, C. , V.-I. L. & S. M. (2012). Factors Determining Access to and Use of Primary Health Care Service in the Girona Health Region. *Springer*.
- WHO. (2018). *Global Conference on Primary Health Care: From Alma-Ata towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*.
- WHO. (2019). *The World Health Report 2018: Primary Health Care - Now More Than Ever*.
- Widiyawati, W. (2021). *KEPERAWATAN KOMUNITAS 2. Literasi Nusantara Abadi*.
- Yustianto, J. (2019). *Analisis Kualitas Pelayanan Kesehatan Studi Kasus Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) Kecamatan Gambir Jakarta Pusat*. Fisip UI.

BIODATA PENULIS



Fitriani Fadillah., S.Kep., M.Kep lahir di P.Siantar, pada 21 Juli 1984. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara dan S2 di Fakultas Keperawatan Universitas Syiahkuala. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Prodi Keperawatan Universitas Haji Sumatera Utara.

BAB 16

Masalah Kesehatan Komunitas

Ns. Sety Julita S. Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

Keperawatan komunitas merupakan sintesis dari praktik keperawatan dan praktik Kesehatan masyarakat yang menerapkan peningkatan peran serta memelihara kesehatan masyarakat dalam meningkatkan layanan promotive dan preventif dengan mengutamakan pada kelompok risiko tinggi. Kegiatan yang melibatkan masyarakat secara mandiri. Keperawatan komunitas mencakup perawatan Kesehatan keluarga juga Kesehatan sesuai kemampuan sebelum meminta bantuan orang lain (Rachmawati, 2023).

Sasaran keperawatan kesehatan masyarakat meliputi individu, keluarga, kelompok masyarakat dengan masalah kesehatan yang mengalami ketidak mampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya (Triyono, 2019). Perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas harus memperhatikan aspek etika keperawatan karena perawat komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan sering menghadapi situasi yang sulit. Perawat komunitas harus mampu berkontribusi dan berperan aktif dalam kesehatan masyarakat dengan mengutamakan prinsip pelayanan promotif, preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitative secara menyeluruh dan terpadu, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai suatu kesatuan yang utuh Dimana klien biasa saja memiliki keterbatasan pemahaman kesehatan, keterbatasan ekonomi dan

keterbatasan mengakses pelayanan kesehatan (Listyarini & Nyumirah, 2018).

Keperawatan komunikasi dapat dikembangkan dengan model teori yang sesuai kasus keperawatan komunitas di masyarakat. Masalah kesehatan masyarakat sampai saat ini masih menjadi perhatian bagi pemerintah. Kesadaran masyarakat akan pentingnya kesehatan masih rendah. Tingkat kesehatan masyarakat yang tidak merata dan sangat rendah khususnya terjadi pada masyarakat yang tinggal di pemukiman kumuh. Perilaku masyarakat yang masih tidak higienis ditambah lagi dengan tidak adanya sarana dan prasarana lingkungan yang mendukung berdampak pada kesehatan masyarakat yang tinggal pada pemukiman kumuh tersebut. Banyak masalah kesehatan masyarakat yang mungkin akan timbul akibat perilaku masyarakat dan kondisi lingkungan yang tidak memperhatikan kesehatan. Permasalahan kesehatan di Indonesia pada tahun 2021 termasuk kedalam program nasional diantaranya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan angka Kematian Bayi (AKB), pencegahan stunting, peningkatan pengendalian penyakit menular maupun tidak menular serta penguatan health security untuk penanganan pandemi, penguatan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) serta peningkatan system kesehatan nasional (kementerian kesehatan republik, 2021).

Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi Baru Lahir (AKB) merupakan prioritas utama pemerintahan dalam rencana pembangunan jangka mencegah Nasional tahun 2015-2019 dan merupakan target Sustainable Development Goals yang mesti dicapai pada tahun 2030. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia 2018 menyatakan bahwa jumlah angka kematian ibu turun dari 4.999 tahun 2015 menjadi 4912 sementara dipertengahan tahun 2017 sebanyak 1712 kasus. Demikian pula dengan kasus kematian bayi pada tahun 2015 adalah 33,278 jiwa dan pada tahun 2016 sebesar 32.007 sementara hingga pertengahan 2017 sebanyak 10.294 kasus (I Made Indra, 2023)

Stunting merupakan salah satu permasalahan kesehatan yang masih dihadapi Indonesia. World Health Organization (WHO) pernah menempatkan Indonesia sebagai negara ketiga dengan angka prevalensi stunting tertinggi di Asia pada 2017 (Kemenkes RI, 2019). Hasil Studi Status Gizi Balita Indonesia (SSGBI) tahun 2019 menunjukkan telah terjadi penurunan prevalensi stunting dari 30,8% tahun 2018 menjadi 27,67% tahun 2019 (Kemenkes RI, 2020). Meski menurun, angka ini masih dinilai tinggi, karena angka toleransi WHO untuk stunting sebesar 20 %. Kondisi ini diperberat dengan adanya pandemi COVID -19, yang menyebabkan banyak pemutusan hubungan kerja (PHK) sehingga pengangguran meningkat dan akibatnya daya beli masyarakat khususnya pangan menurun. Secara tidak langsung berdampak pada peningkatan kejadian stunting (Ginting & Ichsan, 2021)

B. Pemberian Layanan Kesehatan esensial berbasis komunitas

Untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat yang ada dan memitigasi dampak wabah COVID-19, program pelayanan kesehatan primer yang disepakati di tingkat nasional harus memastikan kapasitas pencegahan kesakitan dan kematian melalui pemberian berbasis komunitas layanan esensial seperti:

1. mencegah penyakit menular melalui pemberian imunisasi, kemoprevensi, pengendalian vektor, dan pengobatan;
2. menatalaksana kondisi kedaruratan yang memerlukan intervensi sensitif waktu dan menjaga berfungsinya sistem rujukan.
3. mengambil langkah-langkah khusus untuk melindungi populasi rentan, seperti ibu hamil dan ibu menyusui, anak-anak, dan lansia; dan
4. menatalaksana kondisi kedaruratan yang memerlukan intervensi sensitif waktu dan menjaga berfungsinya sistem rujukan. (WHO, 2020)

Asuhan keperawatan (askep) komunitas dilakukan dengan pendekatan proses keperawatan. Penerapan dari proses keperawatan bervariasi pada setiap situasi, tetapi prosesnya

memiliki kesamaan. Elemennya menggunakan metode pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan adalah suatu kerangka operasional dalam pelaksanaan aspek yang berupa rangkaian kegiatan secara sistematis sehingga masyarakat mampu secara mandiri dalam menghadapi masalah kesehatannya. Adanya kesungguhan, kesesuaian, bersiklus, berfokus pada klien, interaktif dan berorientasi pada komunitas, adalah elemen-elemen penting dalam asuhan keperawatan komunitas. Dalam melaksanakan keperawatan kesehatan masyarakat, seorang perawat kesehatan komunitas harus mampu memberi perhatian terhadap elemen-elemen tersebut akan tampak pada rangkaian kegiatan dalam proses keperawatan yang berjalan berkesinambungan secara dinamis dalam suatu siklus melalui tahap pengkajian, analisis data, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

Adapun unsur-unsur perawatan kesehatan mengacu kepada asumsi-asumsi dasar mengenai perawatan kesehatan masyarakat, yaitu:

1. Bagian integral dari pelayanan kesehatan khususnya keperawatan;
2. Merupakan bidang khusus keperawatan;
3. Gabungan dari ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu sosial (interaksi sosial dan peran serta masyarakat);
4. Sasaran pelayanan adalah individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit;
5. Ruang lingkup kegiatan adalah upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif dengan penekanan pada upaya preventif dan promotif;
6. Melibatkan partisipasi masyarakat;
7. Bekerja secara team (bekerjasama);
8. Menggunakan pendekatan pemecahan masalah dan perilaku;
9. Menggunakan proses keperawatan sebagai pendekatan ilmiah;

10. Bertujuan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

Keyakinan keperawatan komunitas yang mendasari praktik keperawatan komunitas adalah:

1. Pelayanan kesehatan sebaiknya tersedia, dapat dijangkau dan dapat diterima semua orang;
2. Penyusunan kebijakan seharusnya melibatkan penerima pelayanan dalam hal ini komunitas;
3. Perawat sebagai pemberi pelayanan dan klien sebagai penerima pelayanan perlu terjalin kerjasama yang baik;
4. Lingkungan dapat mempengaruhi kesehatan komunitas baik bersifat mendukung maupun menghambat;
5. Pencegahan penyakit dilakukan dalam upaya meningkatkan kesehatan;
6. Kesehatan merupakan tanggung jawab setiap orang.

Paradigma keperawatan yang terdiri dari 4 hal penting, yaitu: manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan sehingga dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat adalah pekerjaan yang luhur dan manusiawi yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat;
2. Perawatan kesehatan masyarakat adalah suatu upaya berdasarkan kemanusiaan untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bagi terwujudnya manusia yang sehat khususnya dan masyarakat yang sehat pada umumnya;
3. Pelayanan perawatan kesehatan masyarakat harus terjangkau dan dapat diterima oleh semua orang dan merupakan bagian integral dari upaya kesehatan;
4. Upaya preventif dan promotif merupakan upaya pokok tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif;
5. Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat yang diberikan berlangsung secara berkesinambungan;
6. Perawatan kesehatan masyarakat sebagai provider dan klien sebagai konsumen pelayanan keperawatan dan kesehatan, menjamin suatu hubungan yang saling

mendukung dan mempengaruhi perubahan dalam kebijaksanaan dan pelayanan kesehatan ke arah peningkatan status kesehatan masyarakat;

7. Pengembangan tenaga keperawatan kesehatan masyarakat direncanakan secara berkesinambungan dan terus menerus;
8. Individu dalam suatu masyarakat ikut bertanggung jawab atas kesehatannya, ia harus ikut dalam upaya mendorong, mendidik dan berpartisipasi aktif dalam pelayanan kesehatan mereka sendiri (Rasyid, 2021)

DAFTAR PUSTAKA

- Ginting, A. H. B., & Ichsan, I. (2021). Pola Asuh Orangtua Pada Anak Cerdas Dan Anak Gifted. *El Midad*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.20414/elmidad.v13i1.2985>
- I Made Indra, P. (2023). *Pengantar Komunitas Kesehatan*. 1-114.
- Kementerian Kesehatan Republik. (2021). profil kesehatan indonesia tahun 2020. In *IT - Information Technology* (Vol. 48, Issue 1).
- Listyarini, A. D., & Nyumirah, S. (2018). Pengaruh Model Pembelajaran Kooperatif Tipe Jigsaw Pada Mata Ajar Keperawatan Komunitas Untuk Meningkatkan Hasil Belajar Mahasiswa. *Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama*, 7(2), 103. <https://doi.org/10.31596/jcu.v7i2.255>
- Rasyid, H. Al. (2021). *Diagnosis Komunitas*.
- WHO. (2020). termasuk penjangkauan dan kampanye , dalam konteks pandemi COVID-19 Panduan interim. *Pelayanan Kesehatan Berbasis Komunitas, Termasuk Penjangkauan Dan Kampanye, Dalam Konteks Pandemi COVID-19*, 1, 1-94.

BIODATA PENULIS



Ns. Sety Julita, S. Kep., M.Kep lahir di Taluk Kuantan, pada 03 Juli 1980. Menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Ilmu Keperawatan Ford De Kock Bukittinggi dan S2 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Andalas Padang. Sampai saat ini penulis sebagai Dosen di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Riau.



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

ISBN 978-623-8568-27-7

