

# **KONSEP DAN APLIKASI KEPERAWATAN KOMUNITAS**

**Ichlas Tribakti  
Marisna Eka Yulianita  
Alit Suwandewi  
Puspita Hanggit Lestari  
Martinus Geneo  
Sondang Manurung  
Ani Nuraeni  
Fauziah H. Tambuala  
Dely Maria  
Nurmah Rachman**



**GET PRESS INDONESIA**

# KONSEP DAN APLIKASI KEPERAWATAN KOMUNITAS

## **Penulis :**

Ichlas Tribakti  
Marisna Eka Yulianita  
Alit Suwandewi  
Puspita Hanggit Lestari  
Martinus Geneo  
Sondang Manurung  
Ani Nuraeni  
Fauziah H.Tambuala  
Dely Maria  
Nurmah Rachman

**ISBN : 978-623-198-558-3**

**Editor :** Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Ilda Melisa, A.Md.,Kep

**Penyunting :** Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

**Desain Sampul dan Tata Letak :** Atyka Trianisa, S.Pd

**Penerbit :** Get Press Indonesia

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

## **Redaksi :**

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001  
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah  
Padang Sumatera Barat

Website : [www.globaleksekutifteknologi.co.id](http://www.globaleksekutifteknologi.co.id)

Email : [globaleksekutifteknologi@gmail.com](mailto:globaleksekutifteknologi@gmail.com)

Cetakan pertama, 3 Agustus 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang  
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan  
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

## **KATA PENGANTAR**

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Konsep Dan Aplikasi Keperawatan Komunitas ini.

Buku ini membahas Pengantar epidemiologi dan kependudukan, Konsep sehat, sakit, indikator karakteristik dan perilaku hidup sehat di keperawatan komunitas, Sejarah dan perkembangan perawatan komunitas, Prinsip-prinsip keperawatan komunitas, Standart praktek keperawatan komunitas, Aspek legalistik dalam keperawatan komunitas, peran dan fungsi perawat komunitas, Evidence Based Practice dalam perawatan komunitas, Penanggulangan penyakit tidak menular pada lingkup perawatan komunitas, Pentingnya home care dan terapi komplementer di perawatan komunitas.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 3 Agustus 2023

Penulis

## DAFTAR ISI

|                                                                                                                           |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>KATA PENGANTAR .....</b>                                                                                               | <b>i</b>   |
| <b>DAFTAR ISI .....</b>                                                                                                   | <b>ii</b>  |
| <b>DAFTAR GAMBAR .....</b>                                                                                                | <b>vi</b>  |
| <b>DAFTAR TABEL .....</b>                                                                                                 | <b>vii</b> |
| <b>BAB 1 PENGANTAR EPIDEMIOLOGI DAN<br/>KEPENDUDUKAN.....</b>                                                             | <b>1</b>   |
| 1.1 Pendahuluan.....                                                                                                      | 1          |
| 1.2 Istilah dalam Epidmiologi.....                                                                                        | 3          |
| 1.3 Kegunaan Epidemiologi .....                                                                                           | 4          |
| 1.4 Sejarah Epidemiologi .....                                                                                            | 5          |
| 1.5 Interaksi Agent, Host dan Enviroment.....                                                                             | 8          |
| 1.6 Penyelidikan Epidemiologi .....                                                                                       | 13         |
| 1.7 Ruang lingkup epidemiologi.....                                                                                       | 17         |
| 1.8 Masalah Persebaran Penduduk Di Indonesia .....                                                                        | 21         |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                                                                                       | 25         |
| <b>BAB 2 KONSEP SEHAT, SAKIT, INDIKATOR<br/>KARAKTERISTIK, DAN PERILAKU HIDUP SEHAT<br/>DI KEPERAWATAN KOMUNITAS.....</b> | <b>27</b>  |
| 2.1 Konsep Sehat .....                                                                                                    | 27         |
| 2.2.1 Fisik.....                                                                                                          | 31         |
| 2.2.2 Emosional .....                                                                                                     | 31         |
| 2.2.3 Intelektual.....                                                                                                    | 32         |
| 2.2.4 Spiritual .....                                                                                                     | 33         |
| 2.2.5 Sosial.....                                                                                                         | 34         |
| 2.2.6 Finansial .....                                                                                                     | 35         |
| 2.2.7 Lingkungan.....                                                                                                     | 35         |
| 2.2 Konsep Sakit .....                                                                                                    | 36         |
| 2.3 Indikator Karakteristik.....                                                                                          | 37         |
| 2.4 Perilaku Hidup Sehat di Keperawatan Komunitas                                                                         | 39         |
| 2.4.1 Aktivitas Fisik.....                                                                                                | 42         |
| 2.4.2 Lingkungan Sehat .....                                                                                              | 43         |
| 2.4.3 Edukasi Hidup Sehat.....                                                                                            | 43         |

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.4.4 Deteksi Dini .....                                                           | 44        |
| 2.4.5 Pangan Sehat dan Bergizi.....                                                | 45        |
| 2.4.6 Perilaku Sehat.....                                                          | 45        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                                                | 46        |
| <b>BAB 3 SEJARAH DAN PERKEMBANGAN</b>                                              |           |
| <b>PERAWATAN KOMUNITAS.....</b>                                                    | <b>49</b> |
| 3.1 Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat .....                                | 49        |
| 3.1.1 Periode Sebelum 1963 .....                                                   | 49        |
| 3.1.2 Periode 1963 - 1983 .....                                                    | 51        |
| 3.1.3 Periode 1983 – 2013.....                                                     | 53        |
| 3.2 Perbedaan Penanganan Masalah Kesehatan<br>Antara Asclepius Dan Hegeia .....    | 55        |
| 3.3 Perbedaan Pelayanan Masalah Kesehatan Kuratif<br>Dan Pelayanan Preventif ..... | 56        |
| 3.3.1 <i>Preventive Health Care</i> .....                                          | 56        |
| 3.3.2 <i>Curative Health Care</i> .....                                            | 56        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                                                | 58        |
| <b>BAB 4 PRINSIP PRINSIP KEPERAWATAN</b>                                           |           |
| <b>KOMUNITAS.....</b>                                                              | <b>59</b> |
| 4.1 Pendahuluan .....                                                              | 59        |
| 4.2 Definisi Dan Fokus Keperawatan Komunitas.....                                  | 60        |
| 4.3 Komponen Praktek Keperawatan Komunitas .....                                   | 60        |
| 4.4 Prinsip- Prinsip Keperawatan Komunitas.....                                    | 64        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                                                | 70        |
| <b>BAB 5 STANDART PRAKTIK KEPERAWATAN</b>                                          |           |
| <b>KOMUNITAS.....</b>                                                              | <b>71</b> |
| 5.1 Pendahuluan .....                                                              | 71        |
| 5.2 Standar Praktik Keperawatan.....                                               | 73        |
| 5.3 Tujuan dari Standar .....                                                      | 75        |
| 5.4 Dasar Hukum Standar Praktik .....                                              | 76        |
| 5.5 Sumber .....                                                                   | 77        |
| 5.6 Standar dalam praktik Keperawatan .....                                        | 78        |
| 5.7 Tata laksana praktik dalam keperawatan Komunitas...                            | 79        |
| 5.8 Dampak keperawatan pada Kebijakan dan                                          |           |

|                                                     |            |
|-----------------------------------------------------|------------|
| praktik keperawatan .....                           | 80         |
| 5.9 Tanggungjawab profesi perawat .....             | 80         |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                 | 84         |
| <b>BAB 6 ASPEK LEGALETIK DALAM</b>                  |            |
| <b>KEPERAWATAN KOMUNITAS .....</b>                  | <b>85</b>  |
| 6.1 Pendahuluan.....                                | 85         |
| 6.2 Konsep Legal Etik .....                         | 86         |
| 6.2.1 Prinsip Legaetik Dalam Keperawatan            |            |
| Komunitas .....                                     | 87         |
| 6.2.2 Prinsip Dasar dan Etika dalam Kesehatan       |            |
| Komunitas .....                                     | 89         |
| 6.2.2 Landasan Aspek Legal Keperawatan .....        | 89         |
| 6.3 Aplikasi Legal Dalam Keperawatan Komunitas..... | 90         |
| 6.4 Masalah Hukum dan Etik Dalam Keperawatan        |            |
| Kesehatan Komunitas.....                            | 92         |
| 6.6 Isu Hukum Dalam Keperawatan Kesehatan           |            |
| Komunitas .....                                     | 95         |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                 | 100        |
| <b>BAB 7 PERAN DAN FUNGSI PERAWAT KOMUNITAS ..</b>  | <b>105</b> |
| 7.1 Pendahuluan.....                                | 105        |
| 7.2 Peran dan Fungsi Perawat Komunitas .....        | 106        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                 | 121        |
| <b>BAB 8 EVIDANCE BASED PRACTICE DALAM</b>          |            |
| <b>PERAWATAN KOMUNITAS .....</b>                    | <b>123</b> |
| 8.1 Definisi Evidence Based Practice.....           | 123        |
| 8.2 Tujuan Evidence Based Practice .....            | 125        |
| 8.3 Komponen Kunci Evidence Based Practice .....    | 127        |
| 8.4 Langkah-Langkah dalam EBP .....                 | 129        |
| 8.5 Elemen-elemen dalam membudayakan EBP .....      | 135        |
| 8.6 Model EBP.....                                  | 136        |
| 8.7 Keuntungan Evidence Based Practice .....        | 136        |
| 8.8 Penerapan EBP dalam Proses Keperawatan.....     | 137        |
| 8.9 Hambatan dalam Penggunaan Hasil-Hasil           |            |
| Penelitian Keperawatan .....                        | 139        |

|                                                                                              |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 8.10 Hal yang dapat dilakukan untuk meningkatkan EBP .....                                   | 139        |
| 8.11 Analisa Jurnal Keperawatan Komunitas.....                                               | 140        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                                                          | 143        |
| <b>BAB 9 PENANGGULANGAN PENYAKIT TIDAK MENULAR DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS .....</b>         | <b>145</b> |
| 9.1 Pendahuluan .....                                                                        | 145        |
| 9.2 Penyakit Tidak menular (PTM) .....                                                       | 145        |
| 9.3 Faktor Risiko.....                                                                       | 145        |
| 9.3.1 Faktor risiko yang dapat diubah .....                                                  | 146        |
| 9.4 Penatalaksanaan Penyakit Tidak Menular .....                                             | 147        |
| 9.4.1 Penyakit Kardiovaskuler dan Serebrovaskuler .....                                      | 147        |
| 9.4.2 Kanker .....                                                                           | 148        |
| 9.4.3 Diabetes Melitus .....                                                                 | 148        |
| 9.3 Program pengendalian penyakit tidak menular ....                                         | 149        |
| 9.3.1 <i>Screening</i> awal dan faktor risiko PTM di posbindu.....                           | 149        |
| 9.3.2 Program Pelayanan Terpadu PTM .....                                                    | 150        |
| 9.3.3 Kawasan tanpa rokok (KTR).....                                                         | 150        |
| 9.3.4 Deteksi dini kanker .....                                                              | 150        |
| 9.3.5 Pengendalian Talasemia.....                                                            | 151        |
| 9.3.6 Deteksi dini dan rujukan kasus katarak.....                                            | 151        |
| 9.3.5 Layanan kesehatan inklusi disabilitas .....                                            | 151        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                                                          | 153        |
| <b>BAB 10 PENTINGNYA <i>Homecare</i> DAN TERAPI KOMPLEMENTER DI PERAWATANKOMUNITAS .....</b> | <b>155</b> |
| 10.1 Pendahuluan.....                                                                        | 155        |
| 10.2 Pentingnya Homecare .....                                                               | 158        |
| 10.3 Terapi Komplementer .....                                                               | 164        |
| 10.4 Perawatan Komunitas .....                                                               | 167        |
| 10.4.1 Praktisi Terapi Komplementer .....                                                    | 175        |
| 10.4.2 Mind Body Therapy .....                                                               | 179        |
| DAFTAR PUSTAKA.....                                                                          | 183        |

## **BIODATA PENULIS**

## **DAFTAR GAMBAR**

|                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Gambar 2.1.</b> Domain kesejahteraan.....                | 28  |
| <b>Gambar 2.2.</b> Domain kesehatan.....                    | 31  |
| <b>Gambar 2.3.</b> Indikator kesehatan komunitas.....       | 38  |
| <b>Gambar 2.4.</b> Bentuk gerakan masyarakat hidup sehat .. | 42  |
| <b>Gambar 4.1.</b> Tingkatan dari piramida pencegahan.....  | 63  |
| <b>Gambar 8.1.</b> Komponen EBP.....                        | 130 |
| <b>Gambar 10.1.</b> Aspek Holistik.....                     | 162 |
| <b>Gambar 10.2.</b> Collaboratif Working.....               | 171 |
| <b>Gambar 10.3.</b> Healing Touch Therapy.....              | 178 |

## DAFTAR TABEL

|                                                                                                        |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabel 2.1.</b> Tingkatan Sehat Berdasarkan Dimensi<br>Psikologis, Medis, dan Sosial. ....           | 29  |
| <b>Tabel 9.1.</b> Klasifikasi Indeks Masa Tubuh .....                                                  | 148 |
| <b>Tabel 9.2.</b> Klasifikasi Lingkar perut dan risiko<br>penyakit.....                                | 149 |
| <b>Tabel 10.1.</b> Klasifikasi NCCAM untuk Terapi<br>Pelengkap dan Contoh Terapi<br>Komplementer ..... | 168 |





# BAB 1

## PENGANTAR EPIDEMIOLOGI DAN KEPENDUDUKAN

*Oleh Ichlas Tribakti*

### 1.1 Pendahuluan

“Epidemiologi” asal kata dari bahasa Yunani *epi*= atas, *demos*= rakyat, populasi manusia, dan *logos*= ilmu (sains), bicara. Secara etimologis, epidemiologi ialah ilmu yang mendalami mengenai faktor-faktor yang berkaitan dengan kejadian yang biasanya terjadi pada manusia, penyakit dan kematian yang disebabkan olehnya, yang disebut *epidem*.

Perkembangan ilmu pengetahuan serta teknologi pada bidang kesehatan mendorong para profesional untuk senantiasa dilakukannya penelitian terhadap banyak penyakit guna mengatasi timbulnya penderitaan dan kematian akibat penyakit yang terjadi di masyarakat. Kemudian ilmu yang disebut epidemiologi berkembang.

Epidemiologi Cabang ilmu kesehatan yang melakukan analisis sifat serta prevalensi dari macam-macam permasalahan kesehatan pada populasi tertentu dan mempelajari penyebab masalah tersebut. Epidemiologi ialah studi mengenai distribusi dan faktor-faktor yang menentukan kondisi atau kejadian yang berkaitan dengan kesehatan dalam suatu populasi. Penyebut umum dari banyaknya pengertian ialah penelitian kesehatan, tujuan atau sasaran.

Persamaan-persamaan prinsip ini yaitu:

1. Epidemiologi selalu berkaitan dengan studi tentang kelompok manusia

2. Epidemiologi selalu dilakukan pembandingan antara satu kelompok dengan kelompok yang lain
3. Epidemiologi mempengaruhi kelompok populasi yang sama dengan atau tanpa sifat

Tujuan dari epidemiologi adalah untuk melakukan Pencegahan maupun penanggulangan masalah yang ada pada masyarakat. Baik penyakitnya yang menular atau penyakit yang tidak menular. Adapun Epidemiologi Berperan pada Kesehatan Masyarakat, di antaranya:

- a. Jelaskan skala permasalahan serta gangguan kesehatan (termasuk penyakit) dan distribusinya pada sebuah populasi.
- b. Mempersiapkan data/informasi penting untuk keperluan perencanaan, pemrograman, dan evaluasi banyaknya kegiatan pengabdian kepada masyarakat yang berkaitan dengan pencegahan serta pengendalian penyakit dan bentuk yang lain, dan melakukan penentuan sebuah skala prioritas kegiatan.
- c. Pengidentifikasian semua faktor yang menyebabkan dan berkontribusi terhadap terjadinya masalah.

Kajian epidemiologi selalu menaruh perhatian terhadap berbagai kejadian yang terdapat pada masyarakat yang berkaitan dengan penyakit yang timbul, yang penekanannya pada masalah kesakitan, kematian, ketidak mampuan dan status kesehatan lainnya.

Menganalisis dan memahami secara logis dan ilmiah interaksi antara tahapan fisik dan biologis serta fenomena sosial yang berkaitan erat dengan masalah kesehatan seperti kondisi kesehatan dan terjadinya penyakit.

Pendekatan ilmiah adalah mencari kausalitas dan kausalitas terjadinya peristiwa tertentu pada kelompok masyarakat tertentu. Sasaran atau target epidemiologis ialah kelompok sebuah populasi. Ini dapat menjadi penduduk lokasi

administratif, penduduk suatu wilayah geografis, atau penduduk dari sebuah status sosial.

Perawat sebagai tenaga kesehatan memegang peranan yang sangat penting dalam epidemiologi. Hal ini tercermin dalam community health nursing (CHN), atau penerapan pelayanan kesehatan masyarakat yang menggunakan pengetahuan epidemiologi sebagai alat penelitian, observasi, dan elemen intervensi dan evaluasi. Alat Pengkajian Kebutuhan Masyarakat. Teknik epidemiologi juga dapat digunakan untuk memantau perubahan kesehatan penduduk dan menilai dampak program pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Perawat menggunakan hasil studi/studi epidemiologi sebagai informasi awal dalam mengembangkan referensi untuk perencanaan dan evaluasi program intervensi komunitas, deteksi dan pengobatan penyakit, dan minimalisasi kecacatan.

Dengan demikian maka kegunaan dari epidemiologi adalah Mempelajari sebab dan akibat penyakit, mempelajari riwayat alami penyakit, menggambarkan kondisi kesehatan penduduk, dan mengevaluasi inisiatif kesehatan masyarakat.

## 1.2 Istilah dalam Epidmiologi

Terdapat istilah-istilah yang harus kita ketahui dalam epidemiologi, d antaranya:

1. **Endemi** adalah penyakit yang sering terdapat pada wilayah tertentu. Dalam hal ini prevalensi masih dalam bats normal.
2. **Epidemi** adalah suatu penyakit yang menyerang disuatu wilayah dimana kasus meningkat melebihi batas normal serta menimbulkan dampak yang jelas bagi masyarakat.
3. **Pendemi** adalah wabah penyakit yang menyerang berbagai Negara.

4. **Karantina** adalah Tindakan pencegahan penyebaran penyakit menular dengan pemeriksaan kesehatan para pendatang.
5. **Segregation** langkah-langkah pengendalian wabah penyakit menular di masyarakat dengan cara mengisolasi penderita secara khusus.
6. **Rate** adalah banyaknya kasus penyakit yang telah terjadi di masyarakat selama periode waktu tertentu dibandingkan dengan jumlah orang yang berisiko pada kejadian itu selama periode yang sama.
7. **Surveilans** Dengan memantau kontak secara langsung, ini merupakan inisiatif untuk mendeteksi awal infeksi sesegera mungkin dan segera mengambil tindakan pencegahan.

### 1.3 Kegunaan Epidemiologi

Epidemiologi mempunyai beberapa kegunaan, yang di antaranya:

1. Mendukung Pekerjaan Administrasi Kesehatan Data dari studi epidemiologi dipakai sebagai merencanakan layanan kesehatan, memantau atau mengawasi layanan kesehatan, dan mengevaluasi layanan kesehatan yang diberikan terkait dengan program pengendalian penyakit.
2. Menjelaskan Penyebab Masalah Studi epidemiologi dapat membantu menjelaskan mengapa masalah kesehatan terjadi. Mengetahui akar penyebab suatu masalah kesehatan mengembangkan prosedur untuk mengatasi permasalahan itu supaya tidak menyebar dan mengurangi apa yang mungkin disebabkan oleh permasalahan atau akibat penularan/penyakit. Tindakan bisa bersifat profilaksis dan kuratif.
3. Deskripsi perjalanan alami penyakit Untuk menjelaskan perjalanan penyakit, pengetahuan tentang perjalanan alami

- penyakit adalah penting, terutama pengetahuan tentang timbulnya penyakit dalam kaitannya dengan waktu, tempat, dan orang. Mengetahui perjalanan penyakit memungkinkan kita melakukan berbagai tindakan untuk mencegah atau menghentikan perkembangan penyakit.
4. Deskripsi masalah kesehatan Kajian epidemiologi menggambarkan keadaan masalah kesehatan, terutama dalam konteks di mana mereka terjadi, di mana mereka terjadi, dan orang atau komunitas yang terkena penyakit dan masalah kesehatan yang sudah kita ketahui. Kita bisa menjelaskan. epidemi, pandemi, sporadis.
  5. Untuk penelitian serta pengembangan program pemberantasan penyakit dan penanggulangan masalah kesehatannya Dengan memahami keterkaitan sebab akibat dan faktor penyebab dalam penelitian epidemiologi analitik, dimungkinkan untuk merencanakan program untuk mengatasi masalah kesehatan secara keseluruhan.
  6. Memperoleh informasi untuk klasifikasi penyakit Kajian epidemiologi dari penelitian sangat berguna untuk klasifikasi penyakit, baik dari segi waktu, tempat dan orang yang terkena penyakit atau masalah kesehatan.
  7. Pengembangan program pencegahan penyakit Dengan ditemuinya faktor-faktor resiko terjadinya wabah penyakit, baik pencegahan primer, sekunder maupun tersier, sebagai hasil kajian deskriptif dan kajian analitik hubungan sebab akibat antara faktor-faktor penyebab penyakit dapat ditentukan langkah-langkah pencegahan penyakit.

## **1.4 Sejarah Epidemiologi**

Masih terjadi perbedaan pandangan tentang epidemiologi. Beberapa percaya bahwa epidemiologi adalah ilmu baru, sedangkan epidemiologi dianggap hampir setara kedokteran itu sendiri.

Epidemiologi perkembangan dari empat ide dasar: Jadi, penyakit manusia berkaitan dengan lingkungan, banyak fenomena alam yang bisa dipelajarinya, percobaan alam bisa dijadikan alat untuk mempelajari etiologi dan kondisi spesifik penyakit, percobaan pada manusia. Untuk mencapai tujuan ini, Anda juga dapat menggunakan.

Dari keempat dasar tersebut itu dijelaskan yaitu di antaranya :

### 1. Lingkungan

Hippocrates merupakan “orang pertama kali mempelajarinya mengenai epidemiologi (460-377 BC). Dia memperkenalkan hubungan antara penyakit dan faktor lingkungan tertentu: lokasi, kondisi air, iklim, diet dan perumahan, dan empat elemen tanah, udara, api, dan air.

Orang lain yang berkontribusi dalam bidang epidemiologi adalah Galen (129-199 M). Dia menemukan bahwa penyakit adalah hasil dari interaksi tiga faktor: temperamen seseorang, sikap terhadap kehidupan, dan pengaruh lingkungan.

Nyatanya, teori pertama tentang konsep penyakit menular diperkenalkan oleh ahli fisiologi Italia yaitu Hyronimus Fracastorius (1478-1553).” Bahwa “penyakit *syphilis* (*French Disease*) ditularkan oleh partikel yang tidak terlihat melalui kontak langsung. Tetapi teori ini selama bertahun-tahun kemudian tidak terdengar lagi.”

Thomas Sydenham (1624–1689) Sebagai orang Inggris, dia memodifikasi gagasan Hippocrates bahwa penyakit berhubungan dengan musim, tahun, dan usia pasien.

Noah Webster (1758-1843) Dia adalah pelopor dalam epidemiologi di Amerika. Aku sebenarnya seorang pengacara. Dia mempelajari epidemi influenza, Scarlet Fever dan Yellow fever yang melanda kota-kota di sepanjang pantai Atlantik pada akhir abad ke-18.

Benjamin Rush dari Philadelphia pada tahun 1799 menulis buku *"Epidemic and Pestilential Disease"*. Dalam buku ini, dia menunjukkan bahwa epidemi terjadi ketika berbagai kombinasi faktor alam memengaruhi sejumlah besar orang pada waktu yang bersamaan.

## 2. Statistik Kesehatan

John Graunt (1620-1674) Dikenal karena kontribusinya di bidang epidemiologi, ia memberikan informasi tentang catatan pasien/statistik vital (nama, jenis kelamin, tanggal kematian, jenis penyakit). karyanya yang terkenal yaitu *"Bills Of Mortality"*.

## 3. Infeksi dan Imunisasi

John Snow (1813-1815) Dia adalah pelopor dalam bidang epidemiologi ini, mempelajari kasus epidemi kolera sporadis dari tahun 1848 hingga 1854. Hipotesisnya tentang penyakit ini adalah bahwa penularan terjadi karena orang menelan makanan dan minuman yang terkontaminasi tinja orang sakit. Kontribusi terbesar Snow pada epidemiologi dikenal sebagai Eksperimennya. *"Grand Experiment"*. Dalam percobaan ini ia menemukan bahwa kematian akibat kolera terjadi terutama di kalangan konsumen yang menggunakan perairan Southwark dan Vexhall, dan pada masyarakat yang menggunakan perairan Lambeth, kasus kolera tidak separah yang pertama. Air yang diambil oleh Southwark dan Bexhall ternyata berasal dari perairan Thames yang tercemar.

Edward Jenner (1749-1823). "Inokulasi cacar dari cairan gelembung/*vesikel* yang menimbulkan kekebalan." Benjamin Yesty (1774). "Inokulasi cacar air yang menimbulkan kekebalan." Fracostorius (1478-1553). "Penyakit yang diakibatkan karena infeksi oleh partikel kecil (yang tidak kelihatan) yang terjadi karena kontak langsung antara penderita dengan orang sehat." Louis Pasteur (1822-

1896). “Penyelidikannya dengan mendemonstrasikan kuman penyebab penyakit (*anthrax*).” Patrick Manson (1878) “Penyelidikannya dengan mendemonstrasikan cacing filaria.” P. Manson dan R. Ross. “Penyelidikannya dengan mendemonstrasikan parasit malaria.”

#### 4. Pembuktian sebab musabab Penyakit

Pengaruh langsung maupun tidak langsung terhadap masalah kesehatan terus dipelajari dan dikembangkan menjadi suatu bidang keilmuan yang disebut ilmu kesehatan lingkungan.

### 1.5 Interaksi Agent, Host dan Enviroment

Asal mula penyakit ini disebabkan oleh ketidakseimbangan antara patogen, inang dan lingkungan. Kesehatan adalah kata yang paling tepat untuk menggambarkan keseimbangan antara penyebab (patogen), inang dan lingkungan penyakit. Penyakit terjadi ketika satu atau lebih faktor di atas berubah dan keseimbangan antara faktor-faktor tersebut terganggu. Sebelum membahas interaksi ketiga faktor tersebut, disarankan untuk melakukan pendekatan terhadap ketiga determinan tersebut secara terpisah.

#### 1. *Agent* (penyebab penyakit)

*Agent* Tanpa bahan aktif yang merupakan penyebab sebenarnya dari penyakit, penyakit tidak akan muncul. Menurut konsep epidemiologi modern, patogen tidak terbatas pada patogen biologis, tetapi juga patogen kimia dan fisik. Patogen biologis terdiri dari protozoa, bakteri, virus, rickettsiae, dan jamur. Bahan kimia termasuk bahan kimia pertanian, obat-obatan, bahan tambahan makanan, dan bahan kimia industri. Di sisi lain, pengaruh fisik seperti panas, cahaya, radiasi, suara, dan getaran. Agen biologis

yang berhasil mampu menyebabkan penyakit pada inang harus memenuhi persyaratan:

- a. Tahan terhadap pengaruh lingkungan (suhu, panas, matahari, hujan, dll.)
- b. Bakteri dapat berasal jauh di luar tubuh inang. B. Bakteri dapat tumbuh pada media mati seperti susu dan makanan. Virus dapat berasal dari sel hidup (arthropoda, hewan air, atau mamalia),
- c. Kemampuan untuk menyebabkan penyakit pada inang (*pathogenicity*)

## 2. Host (Inang atau Pejamu)

Inang di sini berarti orang yang dapat jatuh sakit karena adanya patogen dalam tubuh mereka atau faktor lingkungan yang berubah. Inang ini dapat dibedakan dengan dua kriteria.:

- a. Kriteria biologi, Ini termasuk data inang tentang usia, jenis kelamin, ras, keturunan (faktor genetik), dan kekebalan.
- b. Kriteria sosial, Ini termasuk pekerjaan, status, status perkawinan, keluarga, status sosial, kebiasaan, kebiasaan, cara hidup, dan cara hidup.

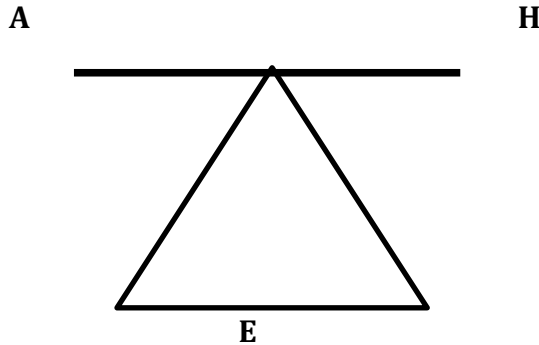
## 3. Lingkungan (*Environment*)

Lingkungan mencakup segalanya kecuali host. Lingkungan ini sangat luas dan beragam sehingga dapat dibagi menjadi tiga kelompok besar:

- a. Lingkungan fisik yang meliputi kondisi *geografi*, *geologi*, *klimatologi* dan *meteorologi*. Lingkungan geografis mengacu pada batas-batas alam yang secara langsung mempengaruhi kondisi iklim. Kondisi geografis meliputi sifat dan jenis tanah, yang juga mempengaruhi flora dan fauna serta kondisi sosial ekonomi masyarakat. Iklim (kondisi iklim) secara langsung mempengaruhi manusia

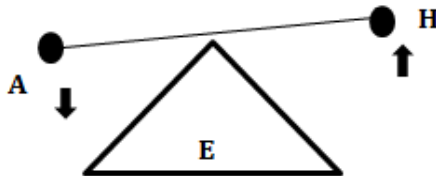
- (matahari, hujan, salju, suhu, angin, dll.). Iklim ini menentukan pola musim sepanjang tahun
- b. Lingkungan biologi, Segala sesuatu yang hidup di sekitar manusia, serta flora, fauna, termasuk parasit patogen, adalah lingkungan biologis. Keadaan ini secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi kesehatan masyarakat. Misalnya, status gizi masyarakat berkaitan langsung dengan sumber bahan makanan umum seperti beras, ubi, sayuran, ikan dan daging, atau produk hewani lainnya.
  - c. Lingkungan sosial ekonomi, Status sosial ekonomi seseorang secara tidak langsung mempengaruhi kesehatannya. Kelompok ekonomi kaya dengan status sosial tinggi memiliki kebiasaan dan sikap hidup yang berbeda dengan kelompok ekonomi bawah dan menengah. Bagi keluarga dengan kondisi sosial ekonomi tinggi, buang air besar harus dilakukan di jamban yang sesuai, tetapi keluarga dengan kondisi sosial ekonomi rendah dapat membuang tinja ke sungai, sehingga sangat mengurangi kemungkinan penularan penyakit.

Pendekatan epidemiologi saat ini didasarkan pada interaksi antara host-patogen dan lingkungan. Dengan kata lain, ketiga faktor tersebut tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Adanya patogen dan inang tidak berarti penyakit timbul dan berkembang, karena interaksi antara patogen dan inang masih bergantung pada pengaruh lingkungan. Contoh yang jelas adalah ketika seseorang terinfeksi basil tuberkel, belum tentu akan berkembang menjadi tuberkulosis karena terjadinya proses penyakit ini memerlukan keterlibatan lingkungan. Pendekatan terhadap ketiga faktor tersebut dikenal dengan “model segitiga epidemiologi” (*the epidemiologic triangle*) yang diperkenalkan oleh DR. John Gordon.

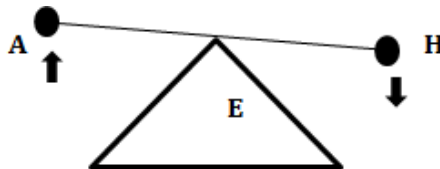


Jika sistem ketiga faktor ini berada dalam kesetimbangan (equilibrium), penyakit tidak akan terjadi. Namun ketika ketiga unsur ini tidak seimbang, penyakit dapat terjadi. Di bawah ini adalah empat deskripsi interaksi agen-host dan pengaruh lingkungan:

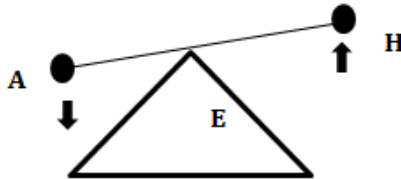
1. Kemampuan patogen untuk menginfeksi inang meningkat, menyebabkan inang menjadi sakit. Contoh: Mutasi pada galur virus influenza secara progresif menjadi lebih patogen sampai inang kehilangan kekebalannya.



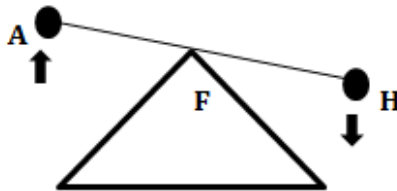
2. Kepekaan *host* pada agent meningkat, contohnya sebab angka kelahiran jauh lebih tinggi dibandingkan angka kematian



3. Lingkungan berubah hingga agent penyakit menjadi menyebar dilingkungan, contohnya yang diakibatkan oleh banjir.



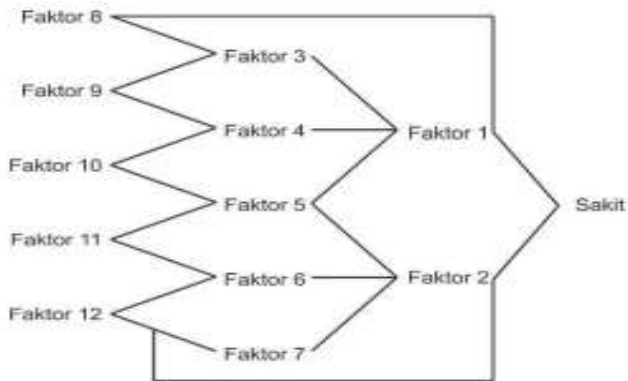
4. Lingkungan merubah host jadi lebih rentan, contohnya cemaran limbah industri yang menjadikan kepekaan pada infeksi saluran pernafasan menjadi naik.



Model lainnya yang menjelaskan adanya penyakit ialah “model jaring-jaring sebab akibat” (*the web of causation*) serta “model roda” (*the wheel*).

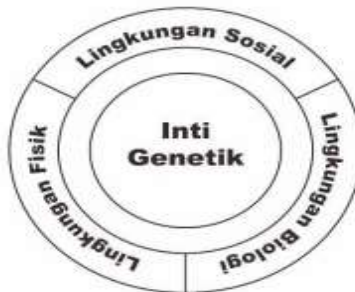
#### 1. Model jaring-jaring sebab akibat :

Menurut model ini, penyakit adalah hasil dari serangkaian proses sebab-akibat, bukannya bergantung pada satu penyebab, sehingga pemutusan rantai tersebut dapat mencegah penyakit.



## 2. Model Roda :

Hubungan antara manusia dan lingkungannya memainkan peran penting. Se jauh mana setiap lingkungan memainkan peran bervariasi menurut penyakit. Misalnya, gangguan kejiwaan sangat dipengaruhi oleh lingkungan sosial, serangan panas sangat dipengaruhi oleh lingkungan fisik, demam berdarah dipengaruhi oleh faktor biologis yang dimediasi oleh nyamuk, dan penyakit genetik seperti hemofilia dipengaruhi oleh faktor genetik.



## 1.6 Penyelidikan Epidemiologi

Tujuan penyelidikan epidemiologi meliputi penentuan dan karakterisasi patogen primer (jika ada), pengetahuan tentang mekanisme dan sumber penularan, penemuan dan pengenalan faktor-faktor yang berperan dalam kaitannya

dengan studi epidemiologi, serta pengembangan dan evaluasi tindakan pencegahan termasuk penanggulangan (pencegahan).

Saat melakukan studi epidemiologi, kita perlu mengetahui dasar-dasar pendekatan pertama mulai dari mana:

### **1. Epidemiologi Deskriptif**

Epidemiologi deskriptif adalah tahap awal penyelidikan epidemiologi. Kegiatan ini berupa pendataan untuk mendapatkan gambaran umum dan lengkap tentang wabah penyakit. Ini menggambarkan segala sesuatu tentang sifat dan bentuk penyebaran penyakit, dalam kaitannya dengan tempat dan waktu tertentu, dalam kaitannya dengan populasi tolong dicatat :

- a. Waktu yang terkait dengan orang sakit yang terpapar dan adanya penyakit yang umum atau sering terjadi berdasarkan sifat dan karakteristiknya (*sporadik, endemik, epidemik dan pandemik*), pada kurun waktu contohnya : musim, cuaca, tahun, bulan, hari.
- b. Lokasi dan tempat di mana kasus penyakit ditemukan. Misalnya, ada kasus diare di daerah atau wilayah di mana orang yang terpapar penyakit tersebut secara geografis atau topografis teridentifikasi.
- c. Informasi tentang korban, seperti usia, jenis kelamin, pendidikan, status, status sosial ekonomi, kaya atau kelas menengah, menikah atau lajang.

### **2. Epidemiologi Asosiatif**

Pendekatan epidemiologi gabungan adalah mempelajari penyakit dengan membuat atau menetapkan hipotesis. Hipotesis ini menjelaskan pola penyebaran penyakit yang diamati pada populasi tertentu dan terkait dengan berbagai faktor yang berkontribusi terhadap penyakit. Fokusnya adalah pada hubungan antara kausalitas atau penyebab penyakit dan akibat atau akibat

yang terjadi dan harus dibuktikan dengan data yang diperoleh saat menilai hubungan tersebut.

### **3. Epidemiologi Analitik**

Pendekatan menggunakan epidemiologi analitik adalah membuktikan secara analitis semua hipotesis tentang perkembangan penyakit untuk lebih memastikan kebenaran hipotesis tersebut. Dengan analisis yang cermat, pembuktian hipotesis ini dapat dibenarkan.

Epidemiologi analitik memiliki dua pendekatan: studi prospektif dan retrospektif. Studi prospektif adalah studi yang dimulai saat ini dan bergerak ke masa depan (dari sebab ke akibat) dengan memeriksa hubungan antara patogen, kelimpahannya, dan determinan yang terlibat melalui pendekatan kelompok. Studi retrospektif adalah pendekatan kelompok yang meneliti patogen, frekuensinya, dan determinan masa lalu—hubungan akibat-ke-sebab.

#### **a. Studi Restrospektif :**

Dalam studi tersebut, orang dengan penyakit yang penyebabnya sedang diselidiki (kasus) dibandingkan dengan orang tanpa penyakit (kontrol). Oleh karena itu, jenis studi ini juga dikenal sebagai studi populasi (kasus) kontrol. Tujuan penelitian ini adalah untuk menentukan proporsi kasus dan kontrol yang terpajan faktor tertentu yang dianggap bertanggung jawab atas penyakit yang sedang kita pelajari) adalah rasio dari dua persentase yang mewakili perkiraan risiko relatif dari pajanan.

#### **b. Studi Prospektif :**

Dalam penelitian ini, serangkaian individu yang tidak memiliki penyakit yang diteliti tetapi terpapar secara berbeda pada faktor-faktor yang diduga menyebabkan

penyakit dievaluasi untuk mengetahui perbedaan kejadian penyakit di antara individu menurut berbagai tingkatan yang diamati dari waktu ke waktu. Kohort sebenarnya terdiri dari dua kelompok yang tidak terpapar agen etiologi yang dicurigai.

#### **4. Epidemiologi Eksperimental**

Studi eksperimen bertujuan untuk menguji apakah suatu faktor (determinan) menyebabkan penyakit. Keunggulan penelitian ini terletak pada metode yang digunakan. Artinya, keputusan siapa yang termasuk dalam kelompok eksperimen dan kontrol ditentukan oleh proses pengacakan. Ada keuntungan menggunakan metode pengacakan ini. Ini berarti bahwa (1) variabel antara kelompok eksperimen dan kontrol dapat dibandingkan, (2) subjektivitas peneliti dapat dihilangkan, dan (3) uji statistik hipotesis dan interval "kepercayaan" dapat digunakan sedapat mungkin.

- a. Penggunaan Hewan Laboratorium sebagai Model Epidemiologi eksperimental dimulai dengan studi populasi menggunakan hewan laboratorium sebagai model penyakit penting yang meniru penyakit manusia. Pertanyaan utamanya adalah bagaimana menghubungkan hasil eksperimen dengan kejadian penyakit alami pada manusia.
- b. Penelitian eksperimental pada subyek manusia Dari sudut pandang moral dan etika, percobaan pada subyek manusia dianggap sangat sulit karena jarang dilakukan. Dalam hal ini, kondisi berikut harus dipenuhi :
  1. Pembenaran untuk studi semacam itu pada manusia sudah pasti dari percobaan hewan.
  2. Partisipan dalam percobaan ini adalah relawan yang memahami hasil terlebih dahulu.

3. Anda harus memastikan keuntungan Anda lebih besar daripada kerugian Anda sebelum menyelidiki.

## **1.7 Ruang lingkup epidemiologi**

Epidemiologi awalnya mencakup penyakit menular saja, kemudian berkembang ke penyakit menular dan kemudian berkembang ke penyakit atau peristiwa kesehatan lainnya:

1. Epidemiologi penyakit menular

Epidemi atau penyakit menular adalah penyakit yang disebabkan oleh penularan langsung atau tidak langsung dari agen infeksius tertentu atau produk toksiknya dari orang atau hewan yang terinfeksi ke pejamu yang rentan. Beberapa kemenangan besar di bidang epidemiologi berpangkal dari upaya pencegahan dan pengendalian penyakit-penyakit menular, seperti yang dilakukan oleh Jhon Snow terhadap kolera dan yang lebih mutakhir adalah pemberantasan penyakit cacar. Penyakit infeksi masih menjadi masalah kesehatan akut terpenting di semua negara di dunia dan penyebab utama morbiditas dan mortalitas.

2. Epidemiologi Penyakit tidak menular

Dengan adanya transisi epidemiologi, maka penyakit menular mengalami penurunan dikarenakan banyak ditemukan upaya pengobatan dan pencegahan. Tetapi transisi ini menyebabkan munculnya jenis penyakit baru yaitu penyakit tidak menular yang banyak dikaitkan dengan gaya hidup (*life style*) yang buruk. Upaya saat ini sedang dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang terlibat dalam perkembangan penyakit tidak menular seperti kanker, penyakit sistemik dan berbagai penyakit kronis lainnya, termasuk peningkatan kecelakaan lalu

lintas dan masalah penyalahgunaan obat-obatan tertentu. Bidang ini menitikberatkan pada bidang industri yang berdampak besar terhadap kondisi lingkungan, antara lain lingkungan fisik, biologi dan sosial budaya, serta masalah kesehatan yang erat kaitannya dengan berbagai masalah kesehatan akibat kemajuan di berbagai bidang. banyak digunakan.

### 3. Epidemiologi klinis

Epidemiologi klinis adalah penerapan prinsip dan metode epidemiologi untuk kedokteran klinis. asal yang relatif baru, bidang disiplin ilmu ini hingga kini masih menyesuaikan metode-metode yang telah digunakan terutama di dalam epidemiologi dan mengintegrasikannya dengan ilmu kedokteran klinik.

Epidemiologi klinik ialah salah satu dari ilmu-ilmu kedokteran dasar, meskipun di hampir semua sekolah-sekolah kedokteran bidang ilmu tersebut belum banyak dikenal. Epidemiologi klinik dikembangkan dengan tujuan Menyediakan dokter / dokter dengan cara untuk mengatasi masalah melalui bidang epidemiologi. Dalam penerapan rutin epidemiologi klinis, profesional kesehatan, terutama dokter, sering menerapkan prinsip epidemiologi untuk pengobatan kasus individual.

Mereka fokus pada penyebab penyakit dan menangani kasus individu. Mereka biasanya tidak tertarik untuk mengetahui dan menganalisis apa penyebab penyakit tersebut, bagaimana penularannya, dan bagaimana penyebarannya di masyarakat. Pendekatan epidemiologi perlu bagi klinisi karena pasien tersebut merupakan individu yang akan sembuh setelah pengobatannya, akan kembali ke komunitasnya sehingga bisa menularkan penyakit kepada yang lain serta penyakit ini juga bisa

kambuh kembali jika faktor risiko atau penyebab penyakit tersebut ada di lingkungan komunitasnya.

#### 4. Epidemiologi kependudukan

Cabang epidemiologi yang menggunakan pendekatan epidemiologi untuk menganalisis berbagai masalah yang berkaitan dengan wilayah demografis yang terjadi di masyarakat. Sistem pendekatan demografis dan epidemiologis tidak hanya memberikan analisis karakteristik demografis individu terkait dengan masalah kesehatan dan penyakit di masyarakat, tetapi juga memainkan peran yang sangat penting dalam berbagai aspek kependudukan dan keluarga berencana.

Pelayanan yang diberikan oleh pelayanan yang berkaitan erat dengan masyarakat, seperti pendidikan, kesejahteraan, lapangan kerja dan kesempatan kerja, transportasi, kesehatan, pertanian dan ketenagakerjaan, sangat berkaitan dengan kondisi dan karakteristik penduduk yang dilayani. Dalam hal ini, peranan epidemiologi kependudukan sangat penting untuk digunakan sebagai dasar pengambilan kebijakan dan penyusunan perencanaan yang tepat. Epidemiologi sistem reproduksi yang erat kaitannya dengan gerakan KB dan demografi saat ini sedang dikembangkan.

#### 5. Epidemiologi pengelolaan pelayanan kesehatan

Bentuk ini merupakan salah satu sistem pendekatan manajemen dalam menganalisis masalah, menemukan faktor penyebab masalah dan menyusun rencana solusi yang komprehensif dan terintegrasi untuk mengatasi masalah tersebut. kesehatan dan ekonomi kesehatan, termasuk sistem asuransi kesehatan.

#### 6. Epidemiologi lingkungan dan kesehatan kerja

Formulir ini merupakan bagian dari epidemiologi yang mempelajari dan menganalisis status kesehatan pekerja, baik fisik, kimiawi, biologis dan sosial budaya, serta gaya hidup pekerja. Formulir ini sangat berguna untuk menganalisis status kesehatan karyawan dan mengevaluasi kondisi dan lingkungan kerja, serta penyakit akibat kerja.

#### 7. Epidemiologi kesehatan jiwa

Merupakan salah satu pendekatan dan analisis mendasar terhadap masalah gangguan kesehatan jiwa di masyarakat, serta keadaan gangguan kesehatan jiwa pada kelompok populasi tertentu dan analisis faktor-faktor yang mempengaruhi munculnya berbagai gangguan kesehatan jiwa di masyarakat. Keluhan masyarakat yang cenderung mengarah pada masalah kejiwaan dengan perubahan sosial di masyarakat semakin meningkat, dan hal tersebut memerlukan epidemiologi sosial yang berkaitan dengan epidemiologi kesehatan jiwa, karena gangguan jiwa saat ini bukan apa-apa. bukan lagi hanya masalah kesehatan individu, tetapi juga telah menjadi masalah sosial.

#### 8. Epidemiologi gizi

Epidemiologi sering digunakan dalam analisis masalah gizi di masyarakat. Masalah gizi sangat erat kaitannya dengan gaya hidup masyarakat. Pendekatan epidemiologi masalah gizi bertujuan untuk menganalisis berbagai faktor yang berkaitan erat dengan munculnya masalah gizi di masyarakat, baik secara biologis maupun khususnya yang berkaitan dengan kehidupan manusia. Penyelesaian masalah gizi di masyarakat secara bersama-sama dengan pemantauan gizi lebih ditujukan untuk mengatasi berbagai faktor yang erat kaitannya dengan asal usul masalah

tersebut di masyarakat dan tidak terbatas pada lokasi individu atau lingkungan keluarga.

#### 9. Epidemiologi perilaku Perilaku

Manusia merupakan salah satu dari sekian banyak faktor yang mempengaruhi tingkat kesehatan masyarakat. Selain itu menurut Bloom, faktor perilaku memiliki pengaruh yang signifikan terhadap status kesehatan individu dalam masyarakat. Karena faktor penyebab penyakit lebih kompleks, kami mendekati lebih banyak faktor risiko dalam epidemiologi, sehingga faktor perilaku individu dan sosial, seperti gaya hidup sehat seseorang dan persepsi umum tentang sesuatu yang berkaitan dengan kesehatan, memberikan banyak skor risiko umum dalam analisis epidemiologi penyakit acara di masyarakat. Bahkan perilaku berkaitan erat dengan usia dan jenis kelamin, suku dan ras, pekerjaan, status sosial dan ekonomi, dan banyak aspek kehidupan lainnya.

#### 10. Epidemiologi genetika

Dengan berkembangnya penelitian biomolekuler, penting juga untuk mengembangkan metode analisis epidemiologi di bidang tersebut, yang kemudian berkembang menjadi epidemiologi genetik sebagai bagian integral dari pendekatan dan metode epidemiologi.

### **1.8 Masalah Persebaran Penduduk Di Indonesia**

1. Penyebab: "Kondisi tanah dan lingkungan tidak kondusif untuk penghidupan yang layak dan pembangunan penduduk yang tidak merata.
2. Manfaat persebaran penduduk, di antaranya:
  - a. Mengatasi padatnya penduduk
  - b. Memeratakan pembangunan

### c. Mengatasi permasalahan ekonomi

Kepadatan penduduk adalah jumlah penduduk di suatu wilayah relatif terhadap wilayahnya, dihitung sebagai jumlah penduduk per kilometer persegi. Menurut Sensus dan Sensus Penduduk, penduduk Indonesia tersebar secara tidak proporsional di antara masing-masing provinsi. Di Indonesia sendiri, kepadatan penduduk terkonsentrasi di sekitar Pulau Jawa. Hampir lebih dari 50% penduduk Indonesia tinggal di Pulau Jawa. Hal ini menjadi masalah ketika pusat-pusat pemerintahan, informasi, transportasi, ekonomi, dan berbagai fasilitas terkonsentrasi pada satu wilayah. Penduduk akan berusaha untuk pindah, yang pada akhirnya berdampak pada masalah pemerataan pembangunan. Faktor distribusi populasi:

1. Kesuburan tanah, daerah atau wilayah yang ditempati banyak penduduk, karena dapat dijadikan sebagai lahan bercocok tanam dan sebaliknya.
2. Iklim, wilayah yang beriklim terlalu panas, terlalu dingin, dan terlalu basah biasanya tidak disenangi sebagai tempat tinggal
3. *Topografi* atau bentuk permukaan tanah pada umumnya masyarakat banyak bertempat tinggal di daerah datar
4. Sumber air
5. Perhubungan atau transportasi
6. Fasilitas dan juga pusat-pusat ekonomi, pemerintahan, dan lain lain.

Karena besarnya pasokan tenaga kerja di daerah padat penduduk, persebaran penduduk yang tidak merata menimbulkan masalah bagi pelaksanaan pembangunan. Namun, daerah berpenduduk jarang lainnya seperti Kalimantan, Sulawesi dan Papua kekurangan tenaga kerja untuk pembangunan. Memecahkan masalah ini Salah satu cara untuk mengatasi masalah ini adalah dengan menarik pekerja

terampil dari daerah padat penduduk. Selain itu, dampak dari maldistribusi penduduk adalah sebagai berikut:

1. Dampaknya pada bidang Ekonomi

Distribusi penduduk yang tidak merata dapat menyebabkan konsentrasi kegiatan ekonomi hanya pada wilayah tertentu. Kota adalah tempat di mana kegiatan ekonomi terbesar terjadi. Dengan semua fasilitas perdagangan, industri dan transportasi, hasil pembangunan dan kemakmuran tidak menguntungkan kebanyakan orang.

2. Dampak di Bidang Budaya

Juga, jika jumlah penduduk tidak seimbang, budaya gotong royong Indonesia akan hilang. Hal ini karena jumlah penduduk terlalu padat, persaingan sangat ketat, dan penduduk menjadi lebih individualistik.

3. Dampaknya pada bidang sosial

Ketimpangan penduduk dapat menimbulkan ketimpangan sosial di daerah-daerah tertentu. Misalnya, di kota-kota besar, permukiman kumuh dikembangkan di bantaran sungai yang sangat padat. Penduduk yang padat juga menyebabkan banyak kegiatan kriminal karena persaingan yang sangat ketat untuk mencari nafkah, dan beberapa penduduk tidak dapat menemukan pekerjaan dan menganggur. Hal ini mendorong terjadinya kejahatan di masyarakat.”

Berbagai upaya dilakukan pemerintah untuk memastikan persebaran penduduk merata di seluruh daratan Indonesia, yaitu di antaranya :

1. Pemerataan pembangunan

Pemerataan pembangunan baik di wilayah Indonesia timur, tengah maupun barat akan mengurangi jumlah penduduk yang memilih untuk mengadu nasib ke pulau Jawa. Jika pembangunan di daerah-daerah sudah hampir sama dengan di pusat, maka penduduk tidak perlu keluar

dari daerahnya. Pada akhirnya, mereka bisa ikut serta membangun daerahnya masing-masing. Dan hal ini akan berdampak pada pembangunan secara nasional.

2. Menciptakan lapangan kerja di daerah-daerah

Salah satu cara menciptakan lapangan kerja di daerah adalah tidak menjadikan pulau Jawa sebagai satu-satunya pusat industri di Indonesia. Dengan kata lain, pabrik-pabrik besar tidak hanya dibangun di Jawa, tapi diseluruh pulau besar di Indonesia secara merata. Dengan begitu, penduduk tidak perlu pergi ke Jawa untuk mencari pekerjaan karena di daerahnya sudah terdapat lapangan kerja yang bisa menampung mereka.

3. *Transmigrasi*

Sebuah data menunjukkan bahwa pulau Papua yang luasnya lebih dari 20% dari luar Indonesia memiliki penduduk yang jumlahnya kurang dari 1% dari seluruh penduduk Indonesia. Sementara pulau Kalimantan yang luasnya lebih dari 25% luas Indonesia, jumlah penduduknya hanya 5% dari jumlah penduduk Indonesia. Salah satu cara mengatasi masalah ini adalah Transmigrasi. Tujuan transmigrasi ini antara lain adalah :

- a. Pemerataan persebaran penduduk di Indonesia
- b. Meningkatkan taraf hidup para transmigran
- c. Mengelola SDA di daerah transmigrasi
- d. Pemerataan pembangunan di seluruh wilayah Indonesia
- e. Menaikkan pertahanan serta keamanan wilayah Indonesia.

## DAFTAR PUSTAKA

- Haryono, Agus K, 2021. Buku Pengantar Epidemiologi
- Ira M, Jurnal 2017. Buku Pengantar Epidemiologi
- Eka D, Lembu N, 2017. Buku Konsep Dasar Keperawatan Komunitas
- Sondang S, 2020. Buku Ajar Epidemiologi
- Najmah. 2016. Epidemiologi Untuk Mahasiswa Kesehatan Masyarakat. Jakarta : RajaGrafindo Persada
- Aschengrau, Ann dan Seage, George R. 2014. USA : Jones & Barlett LearningBook 2019, Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3)
- Bustan, M Nadjib. 2012. Pengantar Epidemiologi. Jakarta: Rineka Cipta
- CDC. 2012. Principles of Epidemiology in Public Health Practice Third Edition.
- Diakses13/04/2023.<http://www.leutikaprio.com/main/media/sample/Buku%20Ajar%20Epidemiologi.pdf>



# **BAB 2**

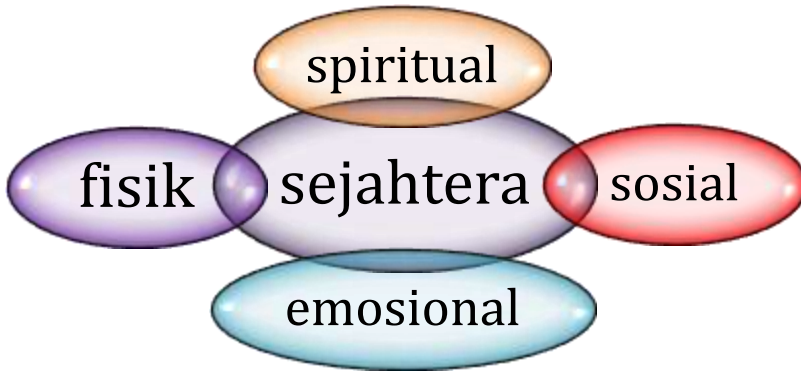
## **KONSEP SEHAT, SAKIT, INDIKATOR KARAKTERISTIK, DAN PERILAKU HIDUP SEHAT DI KEPERAWATAN KOMUNITAS**

*Oleh Marisna Eka Yulianita*

### **2.1 Konsep Sehat**

Saat ini, terdapat tiga definisi kesehatan yang digunakan. Pertama, bahwa kesehatan adalah tidak adanya penyakit atau gangguan. Kedua, bahwa kesehatan adalah keadaan yang memungkinkan individu untuk mengatasi semua tuntutan hidup sehari-hari secara memadai (menyiratkan juga tidak adanya penyakit dan kecacatan). Ketiga, bahwa kesehatan adalah suatu keadaan keseimbangan, dimana keseimbangan ini dibangun oleh seorang individu di dalam dirinya dan antara dirinya dengan lingkungan sosial dan fisiknya (Sartorius, 2006). Menurut *World Health Organization*, sehat adalah keadaan sejahtera fisik, mental, dan sosial secara utuh dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan (WHO, 2023). Terdapat empat domain sejahtera yaitu sejahtera secara spiritual, sejahtera secara sosial, sejahtera secara emosional, dan sejahtera secara fisik. Sejahtera secara spiritual berkaitan dengan nilai dan sistem kepercayaan seseorang, aktualisasi diri, dan kesesuaian. Sejahtera secara sosial berhubungan dengan rasa memiliki, jejaring sosial, dan dukungan sosial. Sejahtera secara emosional berkaitan dengan kemampuan untuk mengatasi, ketahanan, stabilitas, dan harapan.

Sedangkan sejahtera secara fisik berhubungan dengan keseimbangan tubuh, keseimbangan tubuh, pencegahan dari penyakit dan kondisi kesehatan yang merugikan.



**Gambar 2.1.** Domain kesejahteraan  
(Sumber : WHO, 2023)

Kondisi sejahtera ini secara umum digambarkan dengan keadaan yang baik dan seimbang. Tidak jarang orang-orang memberikan persepsi yang sama antara kondisi sejahtera dengan kondisi sehat. Di dalam dunia kesehatan, keseimbangan sehat dapat bergantung pada banyak faktor. Faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi sehat seseorang dapat berasal dari internal dan eksternal masing-masing individu. Ketidakseimbangan faktor inilah yang nantinya akan mempengaruhi kondisi kesehatan seseorang. Bila salah satu faktor, baik internal atau eksternal, ataupun gabungan keduanya mengalami gangguan, maka seseorang akan dikatakan tidak sehat. Tidak sedikit pula yang memiliki anggapan bahwa sehat itu merupakan persepsi masing-masing individu. Sebagai contoh, seseorang yang mengalami keterbatasan fisik namun tetap mampu melakukan mobilisasi ataupun memiliki produktivitas tinggi maka akan dianggap

sebagai individu yang sehat. Karena persepsi sehat pada situasi ini dinilai dari sisi "ketergantungan". Sebaliknya, ketika seseorang memiliki kondisi fisik yang sehat tetapi tidak berinteraksi dengan orang lain secara sosial maka akan dianggap sebagai individu yang tidak sehat. Di bawah ini kita akan membahas hal-hal yang akan mempengaruhi kondisi sehat seseorang menggunakan beberapa pendekatan dari berbagai sumber.

Berikut tingkatan sehat seseorang yang dinilai dari tiga dimensi yaitu psikologis, medis, dan sosial.

**Tabel 2.1.** Tingkatan Sehat Berdasarkan Dimensi Psikologis, Medis, dan Sosial.

| Tingkatan           | Dimensi Sehat |       |        |
|---------------------|---------------|-------|--------|
|                     | Psikologis    | Medis | Sosial |
| Sehat walafiat      | Baik          | Baik  | Baik   |
| Pesimistik          | Sakit         | Baik  | Baik   |
| Sakit secara sosial | Baik          | Baik  | Sakit  |
| Gusar               | Sakit         | Baik  | Sakit  |
| Sakit secara fisik  | Baik          | Sakit | Baik   |
| Martir              | Sakit         | Sakit | Baik   |
| Optimistik          | Baik          | Sakit | Sakit  |
| Sakit parah         | Sakit         | Sakit | Sakit  |

Sumber: Wolinsky dalam Irwan, 2018.

1. Sehat walafiat (*normally well*)

Pada status kesehatan ini, seseorang mengalami kondisi psikologis, medis, dan sosial yang baik.

2. Pesimistik (*pesimistic*)

Pada status kesehatan ini, seseorang mengalami sakit pada dimensi psikologis, akan tetapi baik secara medis dan sosial.

3. Sakit secara sosial (*socially ill*)

Pada status kesehatan ini, seseorang mengalami sakit pada dimensi sosialnya, akan tetapi baik secara medis dan psikologisnya.

4. Gusar

Pada status kesehatan ini, seseorang mengalami sakit pada dimensi psikologis dan sosialnya, akan tetapi baik secara medis.

5. Sakit secara fisik (*physically ill*)

Pada status kesehatan ini, seseorang mengalami sakit pada dimensi medisnya, akan tetapi baik secara sosial dan psikologisnya.

6. Martir

Pada status kesehatan ini, seseorang mengalami sakit pada dimensi medis dan psikologisnya, akan tetapi baik secara sosial.

7. Optimistik (*optimistic*)

Pada status kesehatan ini, seseorang mengalami sakit pada dimensi medis dan sosialnya, akan tetapi baik secara psikologis.

8. Sakit parah (*seriously ill*)

Pada status kesehatan ini, seseorang mengalami sakit pada dimensi medis, psikologis, dan sosialnya.

Pencapaian kondisi kesehatan yang optimal pada setiap orang akan selalu berbeda. Hal ini karena di dalam mencapai kondisi kesehatan yang optimal, seseorang akan dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya: 1) fisik, 2) emosional, 3) intelektual, 4) spiritual, 5) sosial, 6) finansial, 7) lingkungan.



**Gambar 2.2.** Domain kesehatan  
(Sumber : Swarbrick, 2006)

### 2.2.1 Fisik

Kondisi fisik menjadi faktor utama seseorang dikatakan sehat atau sakit. Hal ini karena permasalahan fisik sangat mudah diinterpretasi melalui tanda dan gejala yang terlihat. Kondisi fisik yang baik akan tercermin melalui kebugaran jasmani seseorang. Kebugaran sendiri dapat diartikan sebagai ketahanan imunitas dan kemampuan tubuh untuk melakukan aktivitas fisik. Kebugaran fisik yang baik mampu menumpulkan reaktivitas *stressor* dan mencegah banyak penyakit kronis (Silverman and Deuster, 2014).

### 2.2.2 Emosional

Setiap orang memiliki kondisi emosional yang berbeda-beda. Kondisi ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti pengalaman di masa lalu dan kemampuan koping seseorang. Kondisi emosional yang tidak stabil akibat traumatik dan ketidakmampuan dalam meminimalisir stres pada akhirnya akan berdampak pada kesehatan seseorang

seperti menurunnya daya tahan tubuh dan munculnya berbagai penyakit. Bahkan pada situasi seseorang yang sedang menjalani perawatan, jika tidak memiliki kemampuan dalam manajemen emosi, akan berdampak pada semakin parahnya penyakit dan lamanya waktu penyembuhan.

Terdapat beberapa penyebab stres yang dapat mempengaruhi kondisi emosional seseorang, diantaranya (Yuliana, 2021): 1) pikiran atau perasaan negatif tentang diri sendiri; 2) perubahan fisik, misalnya permulaan pubertas atau penambahan usia; 3) beban Kerja/ belajar; 4) masalah dengan lingkungan sosial; 5) perubahan besar, seperti pindah rumah, pindah tempat kerja/ sekolah, atau perpisahan orang tua; 6) penyakit kronis, masalah keuangan di keluarga, atau kematian orang terdekat; 7) situasi rumah atau lingkungan sekitar yang tidak aman.

Sejatinya stress tidak dapat dihilangkan, akan tetapi dapat dikelola dengan banyak pendekatan. Pengelolaan stres dapat dilakukan dengan tiga langkah sederhana, yaitu dengan mengenali stres yang kita alami, pahami dampaknya bagi kita (fisik, emosi, perilaku), dan strategi pengendalian stres (penundaan, antisipasi, pengelolaan) (Dewi, 2012).

### **2.2.3 Intelektual**

Intelektual merupakan kecerdasan kognitif seseorang yang terdiri dari kemampuan verbal dan nonverbal serta daya ingat. Perbedaan mendasar intelektual dengan pengetahuan adalah terdapat dalam kemampuan “meramu” informasi dan perilaku adaptif seseorang. Optimalisasi fungsi intelektual berkontribusi besar meningkatkan derajat kesehatan seseorang. Kemampuan mengenal, menganalisa, dan menentukan tindakan akan memudahkan seseorang untuk menjadi lebih sehat. Akan tetapi, seiring bertambahnya usia, fungsi intelektual seseorang akan mengalami penurunan. Hal ini berdampak pada penurunan kemampuan seseorang yang

berumur lebih tua dalam mengadaptasi pola dan perilaku hidup sehat. Selain karena indera penerima informasi mereka yang tidak maksimal dalam menangkap informasi kesehatan, juga karena kemampuan mengolah informasi dan menggali ingatan-ingatan sebelumnya yang mengalami gangguan.

Kemerosotan intelektual ini tidak dapat dihindarkan karena elastisitas pembuluh darah dan beberapa sel otak berangsur mati dan tidak mengalami regenerasi (Retnani, Probowati and Ratnawati, 2013). Kondisi ini menyebabkan gangguan pada fungsi memori dan berdampak pada terganggunya aktivitas sehari-hari, meningkatnya ketergantungan terhadap orang lain dalam merawat diri sendiri hingga kualitas hidup seseorang. Meskipun demikian, pada dasarnya fungsi ini dapat dipertahankan melalui penyediaan lingkungan yang dapat merangsang dan melatih daya ingat (Masithoh, Faridah and Ramadhani, 2021).

#### **2.2.4 Spiritual**

Di dalam mencapai kondisi kesehatan yang optimal, faktor spiritual mengambil beberapa peranan seperti pengendalian stres dan pembentuk coping seseorang. Peran spiritualitas dalam pelayanan kesehatan mencakup tahapan penanggulangan, pemulihan, dan menghadapi kematian. Secara umum, pasien yang spiritualis dapat memanfaatkan keyakinan mereka dalam mengatasi penyakit, rasa sakit, dan tekanan hidup. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa mereka yang spiritual cenderung memiliki pandangan yang lebih positif dan kualitas hidup yang lebih baik. Pada tahapan penanggulangan, seseorang yang berpartisipasi dalam kegiatan keagamaan memiliki keyakinan dan keinginan yang lebih baik dalam mengikuti pengobatan lanjutan serta memiliki lebih sedikit kecemasan dan lebih sedikit kekhawatiran kesehatan. Secara umum, orang yang tidak terlalu khawatir cenderung memiliki hasil kesehatan yang lebih baik. Pada tahapan pemulihan,

komitmen spiritual cenderung meningkatkan pemulihan dari penyakit. Selain kondisi spiritual, praktik spiritual tertentu seperti meditasi telah terbukti meningkatkan hasil kesehatan. Sedangkan pada tahapan menghadapi kematian, keyakinan spiritual dapat membantu seseorang dalam menghadapi kematian. Beberapa studi observasi menunjukkan bahwa orang yang memiliki latihan spiritual teratur cenderung hidup lebih lama. Hal ini berkaitan dengan pengendalian stress, mekanisme koping yang lebih baik, dukungan sosial yang lebih kaya, dan kekuatan nilai-nilai pribadi (Puchalski, 2001).

### **2.2.5 Sosial**

Pengaruh sosial dan budaya di masyarakat berperan penting dalam pencapaian derajat kesehatan. Hubungan antara sosial dan budaya dengan kesehatan sangat erat terutama melihat keberagaman yang ada di Indonesia. Pola adaptasi sosial dan budaya telah banyak mempengaruhi kondisi kesehatan masyarakat. Seperti masih melekatnya mitos dan kepercayaan sehubungan dengan kejadian suatu penyakit. Tidak jarang kita masih menemukan beberapa masyarakat yang tidak memperbolehkan seseorang untuk mandi dan menggunting kuku ketika sakit dengan alasan akan memperpendek umur. Akan tetapi, secara kesehatan, kegiatan tersebut tidaklah benar. Mandi dan menggunting kuku adalah bentuk *personal hygiene*, oleh karena itu, ketika hal ini tidak dilakukan, maka akan menjadi sarana bakteri dan mikroorganisme patogen masuk ke dalam tubuh dan pada akhirnya akan menimbulkan penyakit. Sebagai tenaga kesehatan, kita berkewajiban meluruskan persepsi seperti ini di masyarakat melalui pendekatan humanis yang meminimalisir ketersinggungan. Interaksi yang dimulai dengan bina hubungan saling percaya dan komunikasi terapeutik dapat menjadi solusi efektif jika berada dalam situasi ini.

### **2.2.6 Finansial**

Tidak dapat dipungkiri baik buruknya kondisi kesehatan seseorang sangat bergantung pada kondisi finansialnya. Semakin baik finansial seseorang maka akan semakin besar pula peluangnya untuk sehat. Orang-orang yang memiliki finansial baik akan lebih mudah menjangkau dan mendapatkan fasilitas kesehatan yang maksimal seperti pemeriksaan yang lebih lengkap, obat-obatan yang dapat dibeli dengan mudah, serta pemenuhan nutrisi yang lebih baik pada saat pemulihan. Kemampuan finansial merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kesehatan. Kombinasi kapabilitas keuangan, literasi keuangan (kemampuan untuk bertindak) dan akses keuangan (kesempatan untuk bertindak) dapat meningkatkan akses terhadap sumber daya kesehatan seseorang yang pada akhirnya mengarah pada efek kesehatan yang diinginkan. Kombinasi ini memiliki potensi untuk meningkatkan kesejahteraan dan menjadi penentu kemandirian kesehatan seseorang dimana hal ini berkontribusi terhadap status kesehatan yang lebih baik dalam empat tahun kemudian (Sun and Chen, 2022).

### **2.2.7 Lingkungan**

Lingkungan menjadi salah satu faktor lain yang mempengaruhi kesehatan seseorang. Banyak aspek kesejahteraan manusia yang dipengaruhi oleh lingkungan. Selain itu, banyak penyakit yang dimulai atau disebabkan oleh faktor lingkungan. Kesehatan lingkungan menjadi faktor penentu kesejahteraan penduduk di suatu wilayah, dimana lingkungan yang sehat dibutuhkan bukan hanya untuk meningkatkan derajat kesehatan tetapi juga untuk kenyamanan hidup masyarakat. Menjaga lingkungan yang bersih akan menjauhkan diri dari berbagai macam penyakit, dengan demikian kita akan menjadi manusia yang memiliki kebugaran

dan kesehatan jasmani yang kuat serta akal yang sehat (Lesmana, 2013).

## **2.2 Konsep Sakit**

Sakit secara umum adalah keadaan yang tidak lazim atau tidak normal pada diri seseorang yang menimbulkan kondisi ketidaknyamanan baik secara fisik, emosional, intelektual, sosial, maupun perkembangan lainnya. Sedangkan penyakit adalah ketidakmampuan tubuh mempertahankan keseimbangan atau reaksi terhadap benda asing di dalam tubuh yang ditandai dengan gejala-gejala tertentu. Seperti yang telah dijelaskan pada bagian konsep sehat, faktor-faktor yang mempengaruhi sakit adalah sama. Ketika faktor-faktor tersebut mengalami pelemahan, maka kondisi tersebut akan mengarahkan seseorang berada pada kondisi sakit. Pada konsep sakit, yang terjadi hanyalah ketidakmampuan mempertahankan keseimbangan. Akan tetapi, dalam praktiknya, proses ini membutuhkan upaya yang berkesinambungan dan konsisten. Jika tidak berkesinambungan, respon adaptif tubuh akan berkurang, dan jika tidak konsisten maka akan memunculkan resistensi terhadap intervensi-intervensi yang telah diupayakan sebelumnya.

Ketika seseorang mengalami sakit, tentunya diperlukan upaya untuk mengembalikan fungsi tubuh ke keadaan semula bahkan lebih baik dari sebelumnya. Terdapat beberapa upaya yang dapat dilakukan agar dapat terhindar dari kondisi ini yaitu melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

1. Promotif adalah peningkatan kesehatan melalui jalur edukatif. Upaya ini dapat berupa peningkatan pengetahuan dan keterampilan hidup sehat.

2. Preventif atau pencegahan merupakan peningkatan kesehatan sebelum timbulnya penyakit. Upaya ini dapat berupa pemutusan rantai penularan, peningkatan daya tahan tubuh dan penghentian proses penyakit.
3. Kuratif atau penyembuhan. Pada situasi ini seseorang sudah mengalami sakit sehingga upaya yang dilakukan adalah pemberian perawatan dan pengobatan.
4. Rehabilitatif atau pemulihan. Setelah sakit, seseorang tidak langsung pulih secara total. Pada kondisi tertentu, seseorang akan mengalami penurunan kemampuan tubuh hingga kecacatan. Pada tahapan pemulihan ini, upaya yang dapat dilakukan adalah meningkatkan kemampuan bagian tubuh yang cacat agar tetap dapat produktif hingga berfungsi dengan normal kembali (Efendi dan Makhfudli, 2009).

## **2.3 Indikator Karakteristik**

Indikator kesehatan dapat dijadikan sebagai acuan dalam menilai sejauh mana pencapaian pembangunan di bidang kesehatan. Indikator kesehatan komunitas dapat dilihat dari beberapa faktor diantaranya morbiditas, mortalitas, kecacatan, dan harapan hidup masyarakatnya. Semakin tinggi angka morbiditas, mortalitas dan kecacatan masyarakat maka komunitas tersebut masuk dalam kategori tidak sehat. Sedangkan jika angka harapan hidup masyarakat meningkat maka komunitas tersebut masuk dalam kategori sehat. Morbiditas merupakan kondisi sakit, jumlah penyakit, dan kecenderungan peningkatan penyakit yang dialami oleh populasi tertentu. Mortalitas merupakan angka atau tingkat kematian yang dialami oleh populasi tertentu. Saat ini, angka mortalitas yang menjadi fokus indikator kesehatan komunitas di Indonesia adalah angka mortalitas ibu hamil, bayi, dan balita.

Hal ini juga yang mendasari program 1000 hari pertama kehidupan (1000 HPK).

Lebih lanjut, seperti yang telah dijelaskan pada bagian definisi sehat sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa yang menjadi karakteristik sehat tidak hanya secara fisik. Karakteristik sehat terdiri dari keadaan yang sempurna baik fisik, emosional, intelektual, spiritual, sosial, finansial, dan lingkungan. Oleh karena itu angka morbiditas, mortalitas dan harapan hidup masyarakat harus dikaji dengan melihat semua sisi yang mempengaruhinya. Kita harus melakukan penilaian indikator tersebut dan melakukan analisa yang mempengaruhinya dari perspektif kesehatan yaitu dengan memperhatikan fisik, emosional, intelektual, spiritual, sosial, finansial, dan lingkungan.



**Gambar 2.3.** Indikator kesehatan komunitas  
(Sumber : Suhariyanto, 2011)

## **2.4 Perilaku Hidup Sehat di Keperawatan Komunitas**

Perilaku berkaitan dengan faktor pengetahuan dan sikap individu yang menyangkut dimensi ekonomi dan kultural berupa sistem nilai dan norma. Perilaku hidup sehat menjadi tanggung jawab setiap individu baik secara personal maupun dalam keluarga hingga lingkup bermasyarakat. Perilaku personal yang sehat akan meningkatkan kesehatan komunitas. Akan tetapi, tidak semua orang mau dan mampu untuk memenuhi tanggung jawab ini dikarenakan banyak faktor baik internal maupun eksternal yang telah dibahas sebelumnya. Esensi hidup bermasyarakat adalah adanya keinginan bersama untuk mencapai suatu tatanan yang mensejahterakan setiap individu yang berada di dalam komunitas tersebut. Kaitannya dengan kesehatan di komunitas, tatanan ini dapat dicapai melalui upaya yang berdasar pada hal-hal seperti 1) berbasis masyarakat, 2) menggunakan pendekatan preventif dan promotif, 3) menggunakan metode pemberdayaan masyarakat, 4) adanya dukungan sumber daya, dan 5) dikelola dengan kerjasama lintas sektor dan program (Rachmat, 2018).

Pada hakikatnya, kesehatan komunitas berasal dari masyarakat, dalam hal ini masalah yang terjadi dirasakan oleh masyarakat secara umum, lalu diintervensi oleh masyarakat sendiri baik melalui pemberdayaan ataupun kerjasama dengan pihak lain, dan hasil pada akhirnya diperuntukkan atau berdampak pada masyarakat itu sendiri. Kesadaran dan komitmen yang terbangun pada masyarakat menjadi modal utama dalam mewujudkan kemandirian dalam mempertahankan kesehatan komunitas. Keterlibatan aktif masyarakat harus mencakup identifikasi masalah kesehatan beserta penentuan prioritasnya. Dilanjutkan dengan menyusun intervensi serta secara bersama-sama memutuskan intervensi prioritas yang akan dilaksanakan. Setelah itu

mengimplementasikannya bersama-sama menggunakan sumber daya yang ada, hingga pada akhirnya melakukan evaluasi dari setiap kegiatan yang telah dilaksanakan.

Pembinaan dan pemberdayaan perilaku sehat dilakukan untuk menciptakan dan melestarikan perilaku yang berorientasi pada kesehatan dengan harapan dapat memandirikan masyarakat. Strategi pembinaan dan pemberdayaan ini sangat mengutamakan pendekatan promotif. Strategi promosi kesehatan yang diberikan dapat berupa peningkatan pengetahuan dan keinginan melalui proses pembelajaran dalam mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan yang dihadapi sesuai sosial budaya setempat serta didukung oleh kebijakan publik yang berwawasan kesehatan.

Adapun indikator perilaku sehat di tatanan komunitas saat ini adalah jika masyarakat memiliki kesadaran untuk melakukan hal-hal berikut:

1. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan
2. Memberikan ASI eksklusif
3. Menimbang balita setiap bulan
4. Menggunakan air bersih
5. Mencuci tangan dengan sabun
6. Menggunakan jamban sehat
7. Memberantas jentik nyamuk
8. Mengonsumsi buah dan sayur setiap hari
9. Melakukan aktivitas fisik setiap hari
10. Tidak merokok di dalam rumah

Hasil Konferensi Internasional Promosi Kesehatan Pertama di Ottawa menyebutkan strategi pokok yang dilaksanakan dalam promosi kesehatan adalah advokasi, bina suasana, dan pemberdayaan. Strategi ini dilaksanakan dalam tindakan-tindakan berikut (Kementrian kesehatan RI, 2011):

1. Mengembangkan kebijakan yang berwawasan kesehatan (*healthy public policy*) yang berarti mengupayakan para

- penentu kebijakan berbagai sector untuk menetapkan kebijakan dengan mempertimbangkan dampaknya terhadap kesehatan masyarakat.
2. Menciptakan lingkungan yang mendukung (*supportive environment*) dan mengarah pada terwujudnya lingkungan sehat.
  3. Memperkuat gerakan masyarakat (*community action*) dengan memberikan dukungan pada kegiatan masyarakat agar lebih berdaya dalam mengendalikan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan.
  4. Mengembangkan kemampuan individu (*personal skills*) dengan mengupayakan peningkatan pengetahuan, kemauan, dan kemampuan membuat keputusan yang efektif dalam memelihara, meningkatkan dan mewujudkan kesehatannya melalui pemberian informasi serta pendidikan dan pelatihan yang memadai.

Saat ini penyakit dunia didominasi penyakit tidak menular yang berasal dari gaya hidup tidak sehat. Oleh karena itu diperlukan upaya agar masyarakat menjadi lebih sehat, lebih berkualitas dan produktif. Salah satu program pemerintah sehubungan dengan ini adalah Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) yang dipusatkan pada kesehatan promotif dan preventif dengan strategi yang disesuaikan dengan perkembangan situasi dan tuntutan yang kian cepat. Kondisi tersebut antara lain menyangkut perubahan gaya hidup masyarakat, transisi epidemiologi dari penyakit menular ke penyakit tidak menular, serta beban ganda permasalahan gizi (*double burden of malnutrition*) di mana prevalensi balita pendek (*stunting*) dan balita kurus (*wasting*) masih tinggi sementara prevalensi gizi lebih cenderung meningkat.

Tujuan GERMAS diantaranya adalah (Udiani & Hikmandari, 2019):

- a. Menurunkan beban penyakit menular dan tidak menular, baik kecacatan maupun kematian;
- b. Menurunkan beban pembiayaan pelayanan kesehatan karena meningkatnya penyakit;
- c. Menghindarkan terjadinya produktivitas penduduk; dan
- d. Menghindarkan peningkatan beban finansial penduduk untuk pengeluaran kesehatan

Di dalam pengorganisasian Germas, kegiatan pokok Germas dirumuskan dalam enam klaster, yaitu: 1) Deteksi dini; 2) Aktivitas fisik; 3) Lingkungan sehat; 4) Edukasi hidup sehat; 5) Pangan sehat dan bergizi; dan 6) Perilaku sehat.



**Gambar 2.4.** Bentuk gerakan masyarakat hidup sehat  
(Sumber : Kementerian Kesehatan RI, 2011)

### 2.4.1 Aktivitas Fisik

Aktifitas fisik dan olahraga mempunyai makna yang berbeda. Aktifitas fisik dapat diartikan sebagai segala bentuk

gerakan tubuh yang terjadi oleh karena kontraksi otot skelet atau rangka yang menyebabkan peningkatan kebutuhan kalori atau penggunaan kalori tubuh melebihi dari kebutuhan energi dalam keadaan istirahat. Sedangkan olahraga adalah suatu bentuk aktivitas fisik yang terencana, terstruktur, dan berkesinambungan yang melibatkan gerakan tubuh berulang dengan aturan tertentu yang ditujukan untuk meningkatkan kebugaran jasmani dan prestasi (Wicaksono & Handoko, 2020). Aktivitas fisik dapat dilakukan sekurang-kurangnya 30 menit secara rutin 3-5 kali dalam seminggu. Aktivitas fisik yang rutin dilakukan dapat meningkatkan kebugaran jasmani, mempertahankan berat badan ideal, dan mencegah kegemukan yang menjadi faktor pemicu timbulnya penyakit-penyakit degeneratif (Kemenkes RI., 2020).

#### **2.4.2 Lingkungan Sehat**

Lingkungan sehat akan memberikan kontribusi besar pada kesehatan makhluk hidup di dalamnya. Sebagai manusia, kita sudah sewajibnya memelihara lingkungan tempat tinggal agar selalu dalam kondisi yang sehat. Beberapa hal yang dapat dilakukan diantaranya adalah pengendalian pencemaran air sebagai sumber kehidupan, pengendalian vektor penyakit, pencegahan dan pengawasan pencemaran tanah oleh faktor lingkungan kimia dan biologis, pencegahan dan pengendalian pencemaran udara, pencegahan dan pengendalian pencemaran radiasi dan kebisingan serta perbaikan perumahan dan sistem pemukiman (Sumantri, 2017).

#### **2.4.3 Edukasi Hidup Sehat**

Pada masa pandemi COVID 19, gerakan hidup sehat selalu disosialisasikan pada masyarakat. Keterampilan dalam menjaga kesehatan hingga kepatuhan terhadap protokol kesehatan pada situasi ini diupayakan melalui edukasi yang tiada henti dan dilakukan oleh setiap unsur baik unsur

kesehatan maupun tokoh penting yang ada di negara ini. Beberapa poin edukasi yang diberikan adalah bagaimana pencegahan secara mandiri, bagaimana melakukan isolasi mandiri, bagaimana menjaga nutrisi, dan bagaimana memutus rantai penularan penyakit.

Edukasi perlu diberikan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap, kesadaran dan perilaku. Melalui pemberian edukasi, pengetahuan masyarakat akan meningkat. Pemberian edukasi ini bertujuan untuk menyamakan persepsi sehingga sesuai dengan standar kesehatan yang berlaku yang tercermin dalam sikap masyarakat. Sementara itu, edukasi yang diberikan secara terus menerus dan komprehensif dapat meningkatkan level pengetahuan masyarakat. Dimana setelah level pengetahuan masyarakat meningkat, maka akan terbentuk kesadaran dan keinginan untuk mengikuti anjuran yang sesuai dengan standar kesehatan. Sebagai *outputnya*, perilaku masyarakat diharapkan akan sesuai dengan standar kesehatan.

Hal penting yang harus diperhatikan saat melakukan edukasi adalah komunikasi. Apapun metode penyampaiannya, baik secara *online* ataupun *offline*. Proses komunikasi massa mendapatkan tantangan dengan munculnya teknologi baru. Kebutuhan proses komunikasi saat ini harus memenuhi keterjangkauan tanpa harus terbatas oleh ruang (Widiana, 2021).

#### **2.4.4 Deteksi Dini**

Deteksi dini sering disebut dengan istilah 'skrining', merupakan serangkaian usaha untuk mengetahui ada tidaknya gangguan atau kerusakan. Sebagai contoh, pada saat pandemi COVID 19, proses skrining menjadi sangat penting untuk mengidentifikasi masyarakat yang kemungkinan tertular berdasarkan gejala yang dialami dan riwayat kontak dengan seseorang yang telah terkonfirmasi positif.

Pentingnya deteksi dini dilakukan adalah agar dapat mengurangi gejala awal dan menghindari gejala klinik yang berpotensi merugikan masyarakat. Deteksi dini dapat dilakukan dengan rutin melakukan pemeriksaan agar proses penanganan masalah kesehatan dapat dilakukan sesegera mungkin (Irwan, 2016).

#### **2.4.5 Pangan Sehat dan Bergizi**

Pangan sehat dan bergizi menjadi dasar kesehatan. Meskipun demikian, makanan sehat dan bergizi bukan hanya berbicara tentang apa yang dikonsumsi melainkan juga bagaimana cara mengolahnya, kapan, dan berapa jumlah yang dikonsumsi. Diperlukan keteraturan dan keseimbangan dalam menjamin kebutuhan dan kecukupan nutrisi.

Ketika memiliki perilaku mengonsumsi makanan yang sehat dan bergizi, maka kondisi kesehatan akan baik. Pada masa pandemi COVID 19, setiap individu bertanggung jawab penuh untuk meningkatkan sistem kekebalan tubuhnya agar mampu terhindar dari serangan virus.

#### **2.4.6 Perilaku Sehat**

Perilaku sehat sendiri telah dijelaskan sebelumnya. Pada intinya gerakan masyarakat hidup sehat ini adalah aktualisasi perilaku sehat. Dikarenakan kita hidup bermasyarakat, maka perilaku sehat setiap individu ataupun keluarga akan sangat berpengaruh terhadap kondisi kesehatan suatu komunitas.

## DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, K.S. 2012. *Buku ajar kesehatan mental*, UPT UNDIP Press Semarang. Available at: [http://eprints.undip.ac.id/38840/1/KESEHATAN\\_MENTAL.pdf](http://eprints.undip.ac.id/38840/1/KESEHATAN_MENTAL.pdf).
- Efendi, F. & Makhfudli. 2009. *Keperawatan Kesehatan Komunitas: Teori dan Praktik dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Irwan. 2016. *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Yogyakarta: Deepublish.
- Irwan. 2018. *Etika dan Perilaku Kesehatan*. Yogyakarta: CV. Absolute Media.
- Kementrian kesehatan RI. 2011. 'Pedoman Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)', *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 2269 TAHUN 2011 Tentang Pedoman Perilaku Hidup Bersih dan Sehat*, p. 4. Available at: [file:///C:/Users/ASUS/Downloads/files13583Pedoman\\_umum\\_PHBS.pdf](file:///C:/Users/ASUS/Downloads/files13583Pedoman_umum_PHBS.pdf).
- Lesmana, kadek Y. parta. 2013. 'Peranan Kesehatan Lingkungan Terhadap Kebugaran dan Kesehatan Jasmani', *Prosiding Seminar Nasional MIPA*, (1992), pp. 336–344. Available at: <https://ejournal.undiksha.ac.id/index.php/semnasmipa/article/view/2727>.
- Masithoh, A.R., Faridah, U. and Ramadhani, H.U. 2021. 'Hubungan Aspek Intelektual (Psikologi Perkembangan) Dengan Kesepian Pada Lansia Di Panti Pelayanan Sosial Lanjut Usia (Potroyudan) Jepara', *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 12(1), p. 157. Available at: <https://doi.org/10.26751/jikk.v12i1.929>.

- Puchalski, C.M. 2001. 'The Role of Spirituality in Health Care', *Baylor University Medical Center Proceedings*, 14(4), pp. 352–357. Available at: <https://doi.org/10.1080/08998280.2001.11927788>.
- Rachmat, H. H. 2018. *Penguatan Upaya Kesehatan Masyarakat dan Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan di Indonesia*. Yogyakarta: Universitas Gadjah Mada Press.
- Retnani, D.E., Probawati, R. and Ratnawati, M. 2013. 'View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk', *Journal STIKES Pemkab Jombang* [Preprint]. Available at: <https://core.ac.uk/download/pdf/233837701.pdf>.
- RI, K. 2020. 'Guidelines to Balanced Nutrition During the Covid-19 Period', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, p. 31.
- Sartorius, N. 2006. 'The paths of medicine.', *Revista médica de Chile*, 89, pp. 662–664. Available at: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080455/pdf/CroatMedJ\\_47\\_0662.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080455/pdf/CroatMedJ_47_0662.pdf).
- Silverman, M.N. and Deuster, P.A. 2014. 'Biological mechanisms underlying the role of physical fitness in health and resilience', *Interface Focus*, 4(5). Available at: <https://doi.org/10.1098/rsfs.2014.0040>.
- Suhariyanto. 2011. 'Profil Indikator Kesehatan Indonesia (Kajian Indikator)'. Jakarta: CV. Nario Sari.
- Sumantri, A. 2017. *Kesehatan Lingkungan*. Depok: PT. Kharisma Putra Utama.
- Sun, S. and Chen, Y.C. 2022. 'Is Financial Capability a Determinant of Health? Theory and Evidence', *Journal of Family and Economic Issues*, 43(4), pp. 744–755. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10834-022-09869-6>.
- Swarbrick M. 2006. A wellness approach. *Psychiatric rehabilitation journal*, 29(4), 311–314. <https://doi.org/10.2975/29.2006.311.314>

- Udiani, C.M.& H. 2019. *Tiga Tahun GERMAS: Lessons Learned, Kementerian Kesehatan RI*. JAKARTA: Kementerian Kesehatan RI. Available at: [https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Buku\\_Tiga\\_Tahun\\_Germas\\_Lesson\\_Learned.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Buku_Tiga_Tahun_Germas_Lesson_Learned.pdf).
- Wicaksono, A. & Handoko, A. 2020. *Buku Aktivitas Fisik dan Kesehatan*. Pontianak: IAIN PONTIANAK PRESS. Available at: <https://www.researchgate.net/publication/353605384>.
- Widiana, I.G.R. et al. 2021. *Seni dan Strategi Merancang Media Promosi Kesehatan Online*. Bali: Panuduh Atma Waras.
- Yuliana, E. 2021. 'AFoSJ-LAS ( All Fields of Science J-LAS )', 1(1), pp. 44–53.
- World Health Organization. 2023. Health and Well Being. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being#>

# **BAB 3**

## **SEJARAH DAN PERKEMBANGAN PERAWATAN KOMUNITAS**

*Oleh Alit Suwandewi*

### **3.1 Periode Perkembangan Kesehatan Masyarakat**

#### **3.1.1 Periode Sebelum 1963**

Sejarah Kesehatan masyarakat di Indonesia dibagi beberapa periode yaitu periode sebelum 1963, periode 1963-1983, periode 1983-2013, dan periode 2013 sampai sekarang. Perkembangan Kesehatan masyarakat di Indonesia di mulai pada abad ke-16, dimulai dengan adanya upaya pemberantasan penyakit cacar dan kolera yang sangat ditakuti oleh masyarakat saat ini. Penyakit kolera masuk ke Indonesia 1927, dan pada tahun 1973 terjadi wabah kolera. Selanjutnya tahun 1948, penyakit cacar masuk dan mulai berkembang di Indonesia, Berawal dari wabah kolera pemerintah Belanda melakukan upaya-upaya Kesehatan masyarakat dengan melatih manteri cacar yakni Pendidikan sekolah dasar ditambah pelatihan (Nies. A. Mary and Melanie McEwen, 2019)

Gubernur Jendarl Deandels pada tahun 1807 telah melakukan upaya pelatihan dukun bati dalam praktik persalinan, upaya ini dilakukan dalam rangka menurunkan angka kematian bayi yang tinggi. Namun upaya ini tidak bertahan lama, akibat langkanya tenaga pelatih bidan. Kemudian di tahun 1930 program ini dimulai lagi dengan didaftarkannya para dukun bayi sebagai penolong dan perawat persalinan(Perkembangan kesehatan masyarakat di Indonesia juga ditandai dengan berdirinya Pusat Laboratorium Kedokteran di Bandung tahun 1888, pada tahun 1938 pusat

laboratorium ini berubah menjadi Lembaga Eykman. Selanjutnya, laboratorium - laboratorium lain juga didirikan di kota-kota seperti Medan, Semarang, Makasar, Surabaya dan Yogyakarta dalam rangka menunjang pemberantasan penyakit malaria, lepra, cacar serta penyakitnya yang lainnya, bahkan Lembaga gizi dan sanitasi juga didirikan. Pada tahun 1922, penyakit Pes/typhoid masuk ke Indonesia dan tahun 1933-1935 penyakit ini menjadi epidemik di beberapa tempat, terutama di pulau Jawa. Tahun 1935 dilakukan program pemberantasan penyakit Pes/typhoid dengan cara melakukan penyemprotan DDT terhadap rumah-rumah penduduk dan vaksinasi massal. Tercatat sampai tahun 1941, 15 juta orang telah divaksinasi. Pada tahun 1925, Hydrich seorang petugas Kesehatan pemerintah Belanda melakukan pengamatan terhadap masalah tingginya angka kematian dan kesakitan di Banyumas Purwokerto, dari hasil pengamatan dan analisisnya disimpulkan bahwa tingginya angka kematian dan kesakitan di kedua daerah tersebut dikarenakan buruknya kondisi sanitasi lingkungan, masyarakat buang air besar disembarangan tempat, dan penggunaan air minum dari sungai yang telah tercemar. Kesimpulannya bahwa rendahnya sanitasi lingkungan dikarenakan perilaku penduduk yang kurang baik, sehingga Hydrich memulai upaya Kesehatan masyarakat dengan mengembangkan daerah percontohan, yaitu dengan cara melakukan promosi mengenai Pendidikan kesehatan, sampai sekarang usaha Hydrich ini dianggap sebagai awal kesehatan masyarakat di Indonesia (Nies. A. Mary and Melanie McEwen, 2019)

Memasuki zaman kemerdekaan salah satu tonggak perkembangan Kesehatan masyarakat di Indonesia adalah saat diperkenalkan konsep Bandung pada tahun 1951 oleh dr. Y. Leimena dan dr. Patah, yang selanjutnya dikenalkan dengan nama Patah-Leimena, dalam konsep ini diperkenalkan bahwa dalam upaya pelayanan Kesehatan masyarakat, aspek

preventif dan kuratif tidak dapat dipisahkan, hal ini berarti dalam mengembangkan system pelayan Kesehatan, kedua aspek ini tidak dapat dipisahkan, baik dirumah sakit maupun di Puskesmas. Selanjutnya pada tahun 1956 dimulai kegiatan pengembangan Kesehatan masyarakat oleh dr.Y. Sulianti dengan berdirinya Proyek Bekasi sebagai proyek percontohan atau model pelayanan bagi pengembangan kesehatan masyarakat pedesaan di Indonesia dan sebagai pusat pelatihan tenaga Kesehatan. Proyek ini juga menkankan pada pendekatan tim dalam pengelolaan program Kesehatan. Penerapan konsep pelayan terpadu ini terpilih delapan desa wilayah pengembangan masyarakat, diantaranya; Sumatra Utara; Indrapura, Lampung, Jawa Barat; Bojong Loa, Jawa Tengah; ;Sleman, Yogyakarta: Godean, Jawa Timur; Mojosari, Bali: Kesiman dan Kalimantan Selatan: Barabai. Kedelapan wilayah tersebut merupakan cikal bakal system puskesmas sekarang ini, pada tahun 1960 didirikan sekolah perawat Kesehatan masyarakat untuk merespon kebijakan tersebut (Nies. A. Mary and Melanie McEwen, 2019)

### **3.1.2 Periode 1963 - 1983**

Pada bulan November 1967, dilakukan seminar yang membahas dan merumuskan program Kesehatan masyarakat terpadu sesuai dengan kondisi dan kemampuan rakyat Indonesia, yaitu mengenai konsep Puskesmas yang dipaparkan oleh dr. Achamad Dipodiligo yang mengacu pada pada konsep Bandung dan proyek Bekasi, dalam seminar ini telah disimpulkan dan disepakati mengenai sitem Puskesmas yang terdiri dari tipe A, B, dan C. Akhirnya pada tahu 1968 dalam rapat kerja kesehatan Nasional, dicetuskan bahwa Puskesmas merupakan suatu system pelayan Kesehatan terpadu, yang kemudian dikembangkan oleh pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan RI, menjadi Pusat Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Mubarak et al., 2013)

Pada tahun 1980 ditetapkan Perkesmas sebagai salah satu program pokok Puskesmas. Puskesmas disepakati sebagai unit pelayan Kesehatan yang memberikan pelayanan kuratif dan preventif secara terpadu, menyeluruh, dan mudah dijangkau, dalam wilayah kerja kecamatan, Sebagai lini terdepan pembangunan Kesehatan, Puskesmas diharapkan selalu tegar selalu siap melayani masyarakat, untuk itu, diperkenalkanlah program untuk selalu menguatkan Puskesmas. Pada Negara berkembang seperti Indonesia, fasilitas Kesehatan berlandaskan masyarakat dirasakan lebih efektif dan penting, pemberdayaan masyarakat menjadi salah satu strategi intervensi pelayanan Kesehatan masyarakat Indonesia (Mubarak et al., 2013)

Departemen Kesehatan telah membuat usaha intensif untuk membangun Puskesmas yang kemudian dimasukan kedalam *master plan* untuk operasi penguatan pelayan Kesehatan nasional, pada tahun 1969, system Puskesmas hanya disepakati dua yaitu Puskesmas tipe A yang dikelola oleh dokter dan Puskesmas tipe B yang dikelola oleh seorang perawat atau bidan. Sampai tahun 2002 jumlah Puskesmas di Indonesia mencapai 7.309, hal ini berarti 3,6 Puskesmas per 100.000 penduduk atau satu Puskesmas melayani sekitar 28.144 penduduk. Sementara itu jumlah desa di Indonesia mencapai 70. 921 pada tahun 2003, yang berarti setidaknya satu Puskesmas untuk tiap sepuluh desa, dibandingkan dengan rumah sakit yang harus melayani 28.000 penduduk. Jumlah Puskesmas masih terus dikembangkan dan diatur lebih lanjut untuk memenuhi kebutuhan pelayanan yang prima, jumlah Puskesmas masih jauh dari memadai, terutama di daerah terpencil, di luar Jawa dan Sumatera, Puskesmas terkadang hanya melayani 10.000 penduduk, selain itu, bagi sebagian penduduk puskesmas ini tidak terlepas dari peran keperawatan Kesehatan Komunitas atau Perkesmas di Indonesia (Stanhope and Lancater, 2016)

### **3.1.3 Periode 1983 – 2013**

Tahun 1984, tanggung jawab puskesmas ditingkatkan lagi dengan berkembangnya program paket terpadu Kesehatan dan keluarga berencana yang mencakup Kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, gizi penanggulangan penyakit diare dan imunisasi. Pada tahun 1992-1996 digunakan proses keperawatan sebagai pendekatan, asuhan keperawatan dilakukan terintegrasi dengan program lain dan sebagai jabatan fungsional perawat di Puskesmas (Mubarak et al., 2013)

Perkesmas dijadikan program pokok Puskesmas yang wajib dilaksanakan di Puskesmas, namun pada tahun 2006 dengan adanya restruktur puskesmas dengan penyederhanaan program dari 18 program pokok puskesmas menjadi 6 program pokok, sehingga perkesmas diintegrasikan ke dalam 6 program pokok puskesmas dan dapat pula dilaksanakan sebagai program pengembangan di puskesmas. Selanjutnya dilakukan restruktur puskesmas pada tahun 2014 dengan dikeluarkannya Permenkes nomor 75 tahun 2014 tentang Puskesmas, sehingga Perkesmas diposisikan sebagai upaya yang harus dilaksanakan di setiap puskesmas untuk terlaksananya program esensial di puskesmas.

18 Kegiatan pokok dalam program dasar dan utama Puskesmas:

1. Kesehatan Ibu dan anak
2. Keluarga Berencana
3. Gizi
4. Kesehatan Lingkungan
5. Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular serta imunisasi
6. Penyuluhan kesehatan masyarakat
7. Pengobatan
8. Usaha Kesehatan Sekolah
9. Perawatan Kesehatan Masyarakat
10. Kesehatan Gigi dan mulut

11. Usaha kesehatan jiwa
12. Optometri
13. Kesehatan Geriatri
14. Latihan dan Olahraga
15. Pengembangan obat-obatan tradisional
16. Keselamatan dan kesehatan kerja
17. Laboratorium dasar
18. Pengumpulan informasi dan pelaporan untuk system informasi kesehatan (Zulkahfi et al., 2015)

*Basic Six* atau 6 Program Pokok Puskesmas meliputi:

1. Promosi Kesehatan (Promkes)
2. Pencegahan penyakit menular (P2M)
3. Program Pengobatan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
4. Kesehatan Lingkungan
5. Perbaikan Gizi di Masyarakat
6. Penyembuhan penyakit dan pelayan kesehatan (Zulkahfi *et al.*, 2015)

Pengembangan Kesehatan masyarakat di Indonesia yang telah dijalankan selama ini masih memperlihatkan adanya ketidaksesuaian antara pendekatan pembangunan Kesehatan masyarakat dengan tanggapan masyarakat manfaat yang diperoleh masyarakat, dan partisipasi masyarakat yang diharapkan, meskipun didalam undang-undang No.23 Tahun 1992 tentang Kesehatan telah ditegaskan bahwa tujuan pembangunan Kesehatan masyarakat salah satunya adalah meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan. Oleh karena itu pemerintah maupun berbagai pihak yang memiliki perhatian cukup besar terhadap pembangunan kesehatan masyarakat termasuk perawat spesialis komunitas, perlu mencoba mencari terobosan yang kreatif agar berbagai program tersebut dapat dilaksanakan secara optimal dan berkesinambungan

Tahun 1992-1996 sebagai tindaklanjut lokakarya nasional keperawatan tahun 1983 yang menyepakati keperawatan sebagai profesi dan proses keperawatan menggunakan proses keperawatan, dijadikan dasar untuk menilai kinerja perawat di puskesmas dalam jabatan fungsional perawat/Ners. Puskesmas menjadi ujung tombak pelayanan, saat ini pemerintah menjadikan puskesmas sebagai ujung tombak utama pelayanan kesehatan pada masyarakat sekaligus sebagai wadah isu strategis misalnya, isu strategis aksesibilitas layanan dan penyediaan SDM serta sarana prasarana. Puskesmas juga mampu menjadi primadona pilihan masyarakat karena dekat dengan tempat tinggal, murah dari segi biaya pelayanan, dan tidak perlu mengeluarkan biaya yang besar (Nies. A. Mary and Melanie McEwen, 2019)

### **3.2 Perbedaan Penanganan Masalah Kesehatan Antara Asclepius Dan Higeia**

Perkembangan keperawatan kesehatan masyarakat tidak terlepas dari tokoh mitologi Yunani, yaitu Asclepius dan Higeia. Higeia adalah asisten Asclepius dan juga merupakan istrinya, dia juga telah melakukan upaya-upaya kesehatan.

Menurut cara penanganan masalah kesehatan masyarakat :

- Asclepius : dilakukan setelah penyakit tersebut terjadi pada seseorang
- Higeia : a. Penanganan masalah melalui hidup seimbang  
b. Menghindari makanan atau minuman beracun  
c. Makan-makanan yang bergizi (Cukup)  
d. Istirahat yang cukup  
e. Olahraga

### **3.3 Perbedaan Pelayanan Masalah Kesehatan Kuratif Dan Pelayanan Preventif**

#### **3.3.1 *Preventive Health Care***

Cara penanganan kesehatan:

1. Sasaran individu
2. Kontak pada pasien hanya satu kali
3. Jarak petugas kesehatan dengan pasien jauh
4. Pendekatan cara ini cenderung:
  - a. Bersifat reaktif umumnya menunggu masalah datang yang berarti dianggap masalah kesehatan timbul bila ada penyakit, disini petugas kesehatan hanya menunggu pasien datang
  - b. Cenderung meliat dan menangani masalah pasien lebih pada sistem biologis artinya manusia atau pasien hanya dilihat secara parsial, padahal manusia terdiri atas aspek biopsiko-sosial dan spiritual (Zulkahfi *et al.*, 2015)

#### **3.3.2 *Curative Health Care***

1. Sasarannya adalah masyarakat sebagai pasien
2. Masalah yang ditangani adalah masalah yang dirasakan oleh masyarakat, bukan masalah individu
3. Hubungan petugas kesehatan dengan masyarakat bersifat kemitraan
4. Cara pendekatan:
  - a. Bersifat proaktif artinya tidak menunggu adanya masalah tetapi mencari apa penyebab masalah, petugas kesehatan masyarakat tidak hanya menunggu datangnya pasien tetapi harus turun ke masyarakat untuk mencari dan mengidentifikasi masalah yang ada pada masyarakat untuk selanjutnya melakukan tindakan.
  - b. Melihat pasien sebagai makhluk yang utuh artinya melihat manusia atau pasien melalui pendekatan yang

holistik bahwa terjadinya penyakit tidak semata-mata karena terganggunya salah satu aspek saja, misalnya aspek biologis atau aspek yang lain, pada pendekatan ini cara pandanganya adalah dengan pendekatan yang utuh pada semua aspek baik biologis, psikologis, sosiologis, sosial, maupun spritual (Stanhope and Lancater, 2016)

## **DAFTAR PUSTAKA**

- Mubarak, W.I., Chayatin, Nurul, Santoso, B.A., 2013. Ilmu Keperawatan Komunitas: Pengantar dan Teori, Buku I. Salemba Medika.
- Nies. A. Mary, Melanie McEwen, 2019. Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga, Edisi Indonesia I. ed. ELSEVIER, (Singapore) Pte Ltd.
- Stanhope, Lancater, 2016. Foundation of Nursing in the community: Community-oriented practice (8th ed). USA: Mosby.
- Zulkahfi, Supinganto, A., Halid, S., 2015. Asuhan Keperawatan Komunitas. Binarupa Aksara Publisher, Tangerang Selatan.

# **BAB 4**

## **PRINSIP PRINSIP KEPERAWATAN KOMUNITAS**

*Oleh Puspita Hanggit Lestari*

### **4.1 Pendahuluan**

Keperawatan komunitas merupakan salah satu spesialisasi keperawatan yang melaksanakan asuhan keperawatan di komunitas dengan menggabungkan praktik keperawatan berbasis komunitas dan keperawatan Kesehatan masyarakat. Praktek keperawatan kesehatan komunitas adalah penggunaan proses sistematis untuk memberikan perawatan kepada individu, keluarga, dan kelompok masyarakat dengan fokus pada peningkatan, pemeliharaan, perlindungan, dan pemeliharaan Kesehatan (DeMarco and Walsh, 2020) Dengan demikian, perawatan yang diarahkan pada individu, keluarga, atau kelompok masyarakat memberikan kontribusi kesehatan penduduk secara keseluruhan. Praktek keperawatan berorientasi komunitas memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, dan kelompok dalam komunitas, atau komunitas secara keseluruhan.

Perawat komunitas memiliki peran penting dimasyarakat untuk memimpin Upaya peningkatan kesehatan dan pelaksanaan promosi Kesehatan (Kuo *et al.*, 2021). Perawat komunitas melakukan asuhan keperawatan dengan tujuan antara lain mempromosikan dan melindungi Kesehatan masyarakat. Tujuan ini dapat dicapai dengan melaksanakan prinsip-prinsip dalam keperawatan komunitas yang akan dibahas lebih lanjut pada bab ini.

## **4.2 Definisi Dan Fokus Keperawatan Komunitas**

Keperawatan kesehatan masyarakat adalah praktik mempromosikan dan melindungi kesehatan populasi menggunakan pengetahuan dari ilmu keperawatan dan sosial dan kesehatan masyarakat (Stanhope and Lancaster, 2016). Keperawatan komunitas berfokus untuk meningkatkan kesehatan dan mencegah penyakit bagi seluruh populasi. Tujuan utama dari keperawatan komunitas adalah membantu individu, keluarga, dan masyarakat dalam mencapai standar kesehatan tertinggi melalui pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.

Pelaksanaan praktik keperawatan komunitas juga ditujukan untuk dapat :

1. Meningkatkan harapan hidup
2. Menurunkan AKB, MMR & penyakit lain
3. Untuk mencegah kecacatan, menyediakan layanan rehabilitasi
4. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan
5. Mengevaluasi program kesehatan & membuat perencanaan lebih lanjut
6. Untuk membuat diagnosis komunitas
7. Untuk membantu LSM & organisasi lain yang bekerja di bidang kesehatan masyarakat.
8. Menilai kebutuhan & prioritas kelompok rentan, ibu hamil & anak.
9. Memberikan pelayanan rujukan di berbagai tingkat pelayanan kesehatan.
10. Meningkatkan standar profesi keperawatan

## **4.3 Komponen Praktek Keperawatan Komunitas**

Terdapat dua komponen dalam praktik keperawatan komunitas yaitu promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Green dan Kreuter (1991) dalam (Nies and McEwen, 2019)

mendefinisikan promosi kesehatan sebagai “setiap kombinasi dari pendidikan kesehatan dan dukungan organisasi, ekonomi, dan lingkungan terkait untuk perilaku individu, kelompok, atau komunitas yang kondusif untuk kesehatan”. Promosi kesehatan adalah proses yang memungkinkan penduduk untuk memiliki kontrol yang lebih besar atas kesehatan mereka sendiri. Promosi kesehatan adalah komponen penting untuk kesehatan dan kesejahteraan yang berkelanjutan.

Kegiatan promosi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan sumber daya yang diarahkan pada peningkatan kesejahteraan, sedangkan kegiatan pencegahan penyakit bertujuan untuk melindungi masyarakat dari penyakit dan dampak penyakit. Leavell dan Clark (1958) dalam (Nies and McEwen, 2019) mengidentifikasi tiga tingkat pencegahan yang biasa dijelaskan dalam praktik keperawatan: pencegahan primer, pencegahan sekunder, dan pencegahan tersier.

a. Pencegahan primer

Pencegahan primer berkaitan dengan kegiatan yang diarahkan untuk mencegah masalah sebelum terjadi dengan mengubah kerentanan atau mengurangi paparan individu yang rentan. Pencegahan primer terdiri dari dua elemen: promosi kesehatan umum dan perlindungan khusus. Pencegahan primer mempromosikan Kesehatan dan melindungi terhadap ancaman terhadap Kesehatan.

Upaya promosi kesehatan meningkatkan ketahanan dan faktor pelindung. Pencegahan primer menargetkan populasi yang pada dasarnya sehat. Pencegahan primer dilaksanakan sebelum masalah berkembang. Intervensi pada tingkat pencegahan ini ditujukan pada individu dan kelompok yang rentan terhadap penyakit tetapi tidak memiliki patologi yang terlihat.

Pencegahan primer dapat dilakukan pada lingkungan rumah, di lingkungan masyarakat, dan di tingkat pelayanan kesehatan primer (misalnya, di klinik

kesehatan masyarakat dan pusat kesehatan masyarakat). Contoh pencegahan primer antara lain promosi Kesehatan terkait nutrisi yang baik, penyediaan tempat tinggal yang memadai, dan mendorong olahraga teratur. Upaya perlindungan khusus mengurangi atau menghilangkan faktor risiko dan mencakup tindakan seperti imunisasi, penggunaan sabuk pengaman, dan penjernihan air.

b. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder mengacu pada deteksi dini dan intervensi segera selama periode awal patogenesis penyakit. Pencegahan sekunder dilaksanakan setelah masalah dimulai, tetapi sebelum tanda dan gejala muncul, dan menargetkan populasi yang memiliki faktor risiko. Pencegahan sekunder menargetkan populasi yang memiliki faktor risiko yang sama.

Pencegah sekunder mencegah masalah Kesehatan yang ada memberikan dampak serius atau jangka Panjang. Pencegahan ini mengidentifikasi risiko atau bahaya dari suatu masalah Kesehatan kemudian dilakukan modifikasi dan ditangani sebelum masalah berkembang menjadi lebih serius.

Pemeriksaan Kesehatan merupakan intervensi andalan pada pencegahan sekunder. Skrining dini dan berkala sangat penting untuk mengetahui kondisi penyakit lebih awal. Kegiatan pencegahan sekunder antara lain skrining hipertensi, obesitas, hiperglikemia, hiperkolesterolemia, dan faktor risiko penyakit kronis lainnya.

Perawat sering juga melakukan intervensi Pendidikan Kesehatan dalam melakukan pencegahan sekunder. Pendidikan Kesehatan dapat dilakukan saat merawat klien dengan masalah Kesehatan yang terdiagnosis dengan tujuan mencegah komplikasi lebih lanjut.

### c. Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier menargetkan populasi yang telah mengalami penyakit atau cedera dan berfokus pada mengurangi disabilitas dan rehabilitasi. Tujuan pencegahan tersier adalah untuk mencegah masalah kesehatan menjadi lebih buruk, untuk mengurangi efek penyakit dan cedera, dan untuk mengembalikan individu ke tingkat fungsi optimalnya. Pencegahan tersier menargetkan populasi yang telah mengalami penyakit atau cedera.

Intervensi pencegahan tersier paling sering terjadi di tingkat perawatan sekunder dan tersier (misalnya, klinik khusus, rumah sakit, pusat rehabilitasi) tetapi juga dapat terjadi di lingkungan komunitas dan perawatan primer. Contoh pencegahan tersier antara lain mengajarkan cara melakukan suntikan insulin dan manajemen penyakit kepada pasien diabetes, rujukan pasien dengan cedera tulang belakang untuk terapi okupasi dan fisik.



**Gambar 4.1.** Tingkatan dari piramida pencegahan  
(Sumber: (Allender, J.A., Rector, C. & Warner, 2014)

## 4.4 Prinsip- Prinsip Keperawatan Komunitas

Sebagai salah satu bidang spesialisasi keperawatan, Keperawatan komunitas menerapkan pengetahuan dan keterampilan kesehatan masyarakat yang menangani kebutuhan dan masalah komunitas dan agregat serta memfokuskan perawatan pada komunitas dan populasi yang rentan. Keperawatan kesehatan komunitas didasarkan pada ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu keperawatan, yang membuat orientasi filosofis dan sifat praktiknya unik.

Pengetahuan tentang elemen kesehatan masyarakat berikut sangat penting untuk keperawatan komunitas (ANA, 2005; Quad Council, 2003; Williams, 1977) antara lain:

1. Prioritas strategi preventif, protektif, dan mempromosikan kesehatan daripada strategi kuratif
2. Konsep pengukuran dan analisis masalah kesehatan masyarakat, termasuk konsep epidemiologi dan biostatistik
3. Pengaruh faktor lingkungan terhadap kesehatan agregat
4. Prinsip-prinsip yang mendasari pengelolaan dan pengorganisasian kesehatan masyarakat, karena tujuan kesehatan masyarakat dicapai melalui upaya masyarakat yang terorganisasi
5. Analisis dan pengembangan kebijakan publik, bersama dengan advokasi kesehatan dan pemahaman tentang proses politik

Pelaksanaan praktik keperawatan komunitas memiliki tujuan antara lain mempromosikan dan melindungi Kesehatan masyarakat. Tujuan ini difasilitasi dengan mengikuti delapan prinsip keperawatan komunitas (ANA, 2007 dalam Allender, J.A., Rector, C. & Warner, 2014) antara lain :

### **Prinsip 1: Berfokus pada Komunitas**

Prinsip pertama keperawatan komunitas adalah mengarahkan pelayanan kepada komunitas atau populasi

secara keseluruhan. Meskipun perawat komunitas dapat mengintervensi untuk memenuhi kebutuhan individu, keluarga, atau kelompok, seluruh komunitas adalah kliennya.

Perawat komunitas melaksanakan asuhan keperawatan terhadap masyarakat dengan melakukan Pendidikan, pencegahan dan tindakan keperawatan komunitas. Melaksanakan asuhan keperawatan tidak terlepas dengan budaya yang ada dalam komunitas tersebut. Sebuah komunitas mungkin memiliki banyak budaya berbeda yang hidup di dalam wilayah dengan kepercayaan dan tradisi yang berbeda. Penting juga untuk menyadari faktor sosial ekonomi di masyarakat. Status sosial ekonomi didefinisikan sebagai kombinasi dari status ekonomi, pendidikan, pekerjaan dan pendapatan (Nies and McEwen, 2019). Mungkin ada inkonsistensi dalam sumber daya masyarakat tergantung pada status sosial ekonomi. Sayangnya, status sosial ekonomi seringkali tidak merata di beberapa ras dan etnis. Oleh karena itu penting bagi perawat kesehatan komunitas untuk mengenali area dengan status sosial ekonomi rendah yang mungkin membutuhkan akses ke lebih banyak sumber daya komunitas.

### **Prinsip 2: Mengutamakan Kebutuhan Masyarakat**

Prinsip kedua berkaitan dengan kewajiban etis perawat kesehatan komunitas untuk mengutamakan kebutuhan dan preferensi seluruh komunitas daripada satu individu. Ini berarti bahwa perawat harus mempertimbangkan intervensi yang akan mengarah pada manfaat terbesar yang berdampak bagi orang banyak.

Perawat komunitas berperan penting dalam mengidentifikasi kebutuhan kesehatan prioritas komunitas, serta merencanakan dan mengimplementasikan inisiatif kesehatan preventif. Perawat komunitas dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas mungkin menghadapi hambatan saat memberikan perawatan kepada individu, keluarga, dan anggota masyarakat. Hambatan yang umumnya

terjadi terkait bagaimana perawat bisa masuk dan diterima dalam masyarakat, dan pembagian peran di komunitas.

### **Prinsip 3: Bekerja dalam Kemitraan**

Prinsip ketiga mengharuskan perawat komunitas untuk bekerja dalam kemitraan dengan masyarakat. Perawat dan masyarakat masing-masing membawa nilai, keyakinan, dan keahlian mereka sendiri ke dalam kemitraan. Penyusunan dan penjaminan kebijakan lebih mungkin diterima dan diterapkan jika ada pertimbangan bersama dan penghormatan terhadap elemen-elemen ini. Kebijakan yang dikembangkan perlu dikomunikasikan dalam bahasa yang mencerminkan pemahaman masyarakat. Untuk alasan ini, bagian penting dari membangun kemitraan dengan komunitas adalah mengenal anggota dan kelompok dalam komunitas tersebut.

Perawat komunitas harus bekerja dalam kemitraan dengan berbagai pihak dalam mengelola asuhan keperawatan untuk meningkatkan Kesehatan komunitas. Kemitraan dapat ditujukan dalam memenuhi berbagai kebutuhan dalam menyelesaikan masalah dalam komunitas seperti mengelola informasi, mempertahankan nilai budaya, peningkatan sistem perawatan kesehatan, meningkatkan peran lingkungan fisik dalam Kesehatan (Nies and McEwen, 2019). Kemitraan juga diperlukan dalam membantu negosiasi yang rumit dalam lintas sektoral.

### **Prinsip 4: Fokus pada Pencegahan Primer**

Prinsip keempat keperawatan komunitas adalah pentingnya pencegahan primer dalam mempromosikan kesehatan masyarakat. Promosi Kesehatan yang diberikan terutama bertujuan untuk mencegah masalah kesehatan dan meningkatkan tingkat kesehatan yang lebih tinggi. Perawat kesehatan komunitas mengambil inisiatif untuk mencari kelompok berisiko tinggi, potensi masalah kesehatan, dan situasi yang berkontribusi terhadap masalah kesehatan.

Perawat komunitas melaksanakan promosi Kesehatan terkait penerapan hidup bersih dan sehat (PHBS) merupakan contoh pencegahan primer. Pencegahan ini bertujuan agar masyarakat dapat mencegah masalah Kesehatan dengan menerapkan pola hidup yang sehat. Masyarakat yang sehat mengurangi kerentanan terhadap kejadian penyakit.

### **Prinsip 5: Mempromosikan Lingkungan yang Sehat**

Prinsip kelima mengakui pentingnya memastikan bahwa orang hidup dalam kondisi yang kondusif bagi kesehatan. Oleh karena itu, ini selaras dengan teori kesehatan lingkungan Nightingale. Orang cenderung tidak sehat jika mereka tinggal di komunitas dengan tingkat pengangguran yang tinggi, perumahan yang padat dan udara yang kotor. Orang juga cenderung tidak sehat jika sulit mendapatkan makanan sehat yang murah. Masyarakat juga cenderung tidak sehat jika norma yang berlaku di wilayah mereka mendorong kegiatan yang tidak sehat seperti merokok, pesta minuman keras, penggunaan narkoba, atau seks yang tidak aman. Untuk mengubah kondisi ini diperlukan komitmen, ketekunan, kesabaran, akal, dan pandangan jangka panjang.

### **Prinsip 6: Targetkan pada seluruh komunitas yang mungkin untuk mendapat manfaat dari intervensi**

Prinsip keenam melibatkan strategi yang mampu menjangkau seluruh komunitas untuk memenuhi kewajiban melayani semua orang yang mungkin mendapat manfaat dari intervensi. Prinsip ini mengharuskan perawat memeriksa kebijakan atau program untuk menentukan apakah dapat diakses dan diterima oleh seluruh populasi yang membutuhkan dan mengadvokasi perubahan jika perlu.

Program atau intervensi keperawatan yang akan dilaksanakan di komunitas memerlukan berbagai pertimbangan. Beberapa yang perlu dipertimbangkan antara lain manfaat dari intervensi, lokasi, waktu, nilai-nilai, kepercayaan, adat istiadat atau tradisi masyarakat, strategi promosi Kesehatan yang akan

dilakukan dan bagaimana masyarakat dapat mengakses program tersebut.

### **Prinsip 7: Promosikan dengan Optimal**

Prinsip ketujuh membahas keputusan alokasi sumber daya. Di sebagian besar komunitas, sumber daya yang tersedia tidak cukup untuk memenuhi semua kebutuhan semua orang. Perawat harus memastikan bahwa komunitas menggunakan sumber daya yang terbatas dengan cara yang mengarah pada peningkatan terbesar dalam kesehatan. Untuk mempromosikan alokasi sumber daya yang optimal, perawat harus mengetahui penelitian terbaru tentang keefektifan berbagai program dalam memenuhi kebutuhan, mengumpulkan informasi tentang biaya program jangka pendek dan jangka Panjang, mengevaluasi program dan kebijakan yang ada untuk cara meningkatkan atau menghentikannya dan mengkomunikasikan informasi kepada pembuat keputusan masyarakat, sehingga mereka dapat membuat keputusan alokasi sumber daya yang paling mungkin meningkatkan kesehatan masyarakat

### **Prinsip 8: Berkolaborasi dengan berbagai elemen di Komunitas**

Prinsip kedelapan menggarisbawahi pentingnya kolaborasi dengan perawat lain, profesi lain, penyedia layanan kesehatan, pekerja sosial, pendidik, tokoh agama, tokoh masyarakat dan pemangku kepentingan dalam masyarakat. Kolaborasi interdisipliner ini sangat penting untuk membangun dan memelihara program yang efektif. Program yang direncanakan dan dilaksanakan secara terpisah dapat menimbulkan fragmentasi, kesenjangan, dan tumpang tindih dalam pelayanan Kesehatan.

Perawat komunitas juga perlu berkolaborasi dengan penyedia layanan kesehatan lainnya di masyarakat untuk memastikan bahwa layanan diagnostik dan perawatan tersedia untuk masyarakat. Kolaborasi dapat dilakukan dalam pengambilan keputusan dan mengidentifikasi pilihan

pemecahan masalah Kesehatan. Kolaborasi dapat  
mengefektikan promosi Kesehatan dan perlindungan  
Kesehatan bagi masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J.A., Rector, C. & Warner, K.D. 2014. *Community Health Nursing : Promoting & Protecting the Public's Health*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- DeMarco, R. and Walsh, J.H. 2020. *Community and Public Health Nursing: Evidence for Practice*.
- Kuo, C.P. *et al.* 2021. "Community health nursing competency and psychological and organizational empowerment of public health nurses: A cross-sectional survey," *Healthcare (Switzerland)*, 9(8). doi:10.3390/healthcare9080993.
- Nies, M.A. and McEwen, M. 2019. *Community Health Nursing: Promoting the Health of Populations, COMMUNITY/PUBLIC HEALTH NURSING: PROMOTING THE HEALTH OF POPULATIONS*. Elsevier Ltd. doi:10.1016/s0001-2092(06)60809-0.
- Stanhope, M. and Lancaster, J. 2016. "Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community."

# **BAB 5**

## **STANDART PRAKTIK**

### **KEPERAWATAN KOMUNITAS**

*Oleh Martinus Geneo*

#### **5.1 Pendahuluan**

Pada zaman sekarang ini ruang lingkup kerja perawat sudah mencakup banyak lokasi dengan menjalankan berbagai macam peran dan berkolaborasi dengan macam-macam profesi Kesehatan lain. Pelaksanaan praktik keperawatan diatur oleh lembaga kesehatan tempat dimana perawat itu bekerja.

Menurut Dewan Pertimbangan Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (DPP PPNI) thn 1999, yang mengatakan bahwa standar praktik adalah sebuah kesepakatan profesi keperawatan dalam menjaga klien terhadap tindakan yang dilaksanakan oleh anggota profesi. Adapun tujuannya adalah:

1. Untuk meningkatkan standar mutu pelayanan yang ingin dicapai dalam suatu tujuan.
2. Meminimalisir praktik yang tidak berguna pada klien
3. Menjaga supaya mutu askep yang diberikan untuk klien tetap terjaga.

Profesi keperawatan sudah meningkatkan kemandiriannya sebagai salah satu profesi. Ada berbagai macam standar dalam praktik keperawatan yang telah ditetapkan untuk meningkatkan kinerja perawat. Standar untuk melaksanakan praktik keperawatan sangatlah berguna sebagai sebuah pedoman yang bersifat obyektif untuk perawatan kepada individu, kelompok dan masyarakat dan

sebagai kriteria yang digunakan untuk membuat evaluasi terhadap asuhan keperawatan, supaya klien memperoleh pelayanan yang baik. Lebih dari itu, standar praktik keperawatan sangatlah penting ketika muncul dan berhubungan dengan hukum. Apa perawat sudah mampu melakukan tugas dan tanggungjawabnya pada suatu masalah tertentu. *American Nurses Association* (ANA) (1) dan *Certified Nursing Assistant* (CAN) (2) telah memperkenalkan standar dalam pratik keperawatan.

Standar *Certified Nursing Assistant* (2)

1. Membutuhkan model konsep keperawatan yang dijadikan sebagai dasar dalam melaksanakan praktik keperawatan.
2. Membutuhkan proses yang efektif
3. Butuh hubungan untuk saling menolong dalam relasi antara perawat dan klien.
4. Menuntut para perawat untuk memenuhi tanggung jawab profesinya.

Menurut *American Nurses Association* (ANA) (1) adalah:

1. Standar kerja
  - a. Diharapkan secara berkala perawat membuat evaluasi.
  - b. Melakukan evaluasi pada diri sendiri terhadap apa yang dilakukannya, dan harus merujuk pada standar yang ada.
  - c. Memiliki andil dalam pengembangan professional dari orang lain.
  - d. Perawat bekerjasama dengan klien dan keluarga, serta profesi lain dalam setiap tindakan.
  - e. Perawat memanfaatkan hasil penelitian di lahan praktik untuk membantunya dalam melaksanakan asuhan keperawatan saat bekerja.
  - f. Perawat harus membuat pertimbangan terhadap hal-hal yang berhubungan pembiayaan dalam proses perawatan pada klien, keluarga dan masyarakat.

## 5.2 Standar Praktik Keperawatan

Menurut *American Nurses Association* (ANA) (1) Tahun 2004 :

### 1) Standar 1 : Pengkajian

Mengumpulkan data dengan kriteria:

- Fokus dalam melakukan mengumpulkan data ditentukan oleh keadaan ataukeperluan klien.
- Pada proses kumpul data ini, perawat harus bekerjasama dengan semua orang yg terlibat.
- Pada proses ini dilakukan harus bersifat sistematis dan berkelanjutan.

### 2) Standar 2 :Diagnosa

Pada standar ini tugas perawat adalah membuat analisa terhadap hasil pengkajian untuk menetapkan diagnosa.

Kriteria pengukurannya adalah :

- Ditetapkan dari hasil kajian
- Disahkan Bersama dengan klien, keluarga, orang terdekat klien serta perawat bila mungkin.
- Didokumentasikan dengan cara yang memudahkan dalam rencana keperawatan.

### 3) Standar 3: mengidentifikasi hasil

Di standar ini tugas yang dilakukan perawat adalah membuat identifikasi hasil apa yang menjadi harapan pribadi dari klien dengan kriteria pengukurannya :

- Hasil untuk identifikasi didapat dari diagnosa.
- Dirumuskan bersama dengan semua orang yang terkait dengan masalah tersebut.
- Harus real sesuai data klien.
- Diharapkan untuk dicapai wajib sesuai dengan sumber yang ada untuk klien.
- Yang diinginkan adalah berupa target saat pencapaian.
- Diharapkan bisa memberi arah bagi perawatan

berikutnya.

1. Standar 4 : Perencanaan

Perawat membuat penetapan atas rencana perawatan yang memberi gambaran tentang perencanaan perawatan untuk mendapatkan hasil yang diinginkan dengan kriteria pengukuran sebagai berikut:

- Bersifat individual.
- Diupayakan secara bersama dengan pihak terkait
- Rencana itu harus menggambarkan praktek keperawatan sekarang.
- Harus didokumentasikan.
- Perencanaan itu harus menunjukkan keberlanjutan proses perawatan.

2. Standar 5 : Implementasi

Perawat membuat implementasi terhadap intervensi yang diidentifikasi dari rencana perawat yang telah dibuat dengan kriteria pengukuran :

- Bersifat konsisten sesuai rencana perawatan.
- Perlu dilakukan dengan teknik tepat bagi klien.
- Dibuat dokumentasinya

3. Standar 6 :Evaluasi

Evaluasi tentang kondisi klien:

- Evaluasi yang dibuat harus bertahap dan berlanjut.
- pendapat klien pada intervensi yang didapat saat implementasi disimpan didokumentasi.
- Efektifnya sebuah intervensi perlu dievaluasi dalam hubungannya dengan hasil yang telah diperoleh.
- Pengkajian yang dilakukan terhadap data klien yang sifatnya berkesinambungan sangat

penting karena akan dipakai untuk memperbaiki tindakan selanjutnya.

- Harus melibatkan semua pihak yang terkait waktu evaluasi.

### **5.3 Tujuan dari Standar**

Standar keperawatan merupakan suatu pernyataan yang sifatnya menjelaskan mutu yang diharapkan untuk tindakan perawatan yang diberikan. Standar/pedoman berguna untuk memberi petunjuk untuk perawat saat melaksanakan tindakan kepada klien. Sehingga standar perawatan dapat bermanfaat melindungi perawat dan klien dari kesalahan.

Ann Gillies (1989) (3) membagi tujuan standar:

1. Meningkatkan kualitas dari pemberian pelayanan perawatan.
2. Mengurangi biaya dikeluarkan oleh klien; dengan alasan:
  - a. Apabila perawatan yang tidak ditetapkan pada standart membantu perawat untuk tidak melakukan tindakan.
  - b. Permasalahan yang dialami oleh klien cepat diatasi.
  - c. Masa perawatan bagi klien lebih efisien.
3. Menjaga petugas ketika bertugas dan menjaga individu dari pelayanan tidak tepat.

Dengan demikian, maka standar perawatan harus bisa menjelaskan prosedur yang harus dilaksanakan oleh perawat dalam melakukan tindakan perawatan, sehingga kesalahan dikurangi.

Fungsi utama standar dalam organisasi, yakni:

1. Supaya ada Tanggungjawab anggota dalam mempraktikkan standar.

2. Membina individu dan kelompok supaya dapat menghargai standar serta.
3. Menentukan dan meningkatkan standar.  
Perlu dimengerti oleh semua bahwa standar keperawatan setiap negara itu berbeda dan beragam. Tapi, isi yang ada didalam standar itu pada umumnya sama:
  - a. Pengetahuan tentang keperawatan perlu dimengerti oleh semua perawat yang professional, yakni pada konsep keperawatan.
  - b. Tanggungjawab professional pada setiap tahap proses perawatan.

## **5.4 Dasar Hukum Standar Praktik**

Di Indonesia Dasar Hukum yang dipakai adalah:

1. UU No.23 tahun 1992 : tentang Kesehatan **(4)** :
  - a. Pasal 53 ayat 1 “Petugas kesehatan memiliki hak untuk mendapat perlindungan hukum dalam menjalankan tugas sesuai profesinya“
  - b. Pasal 53 ayat 2 dan 4 “Tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya memiliki kewajiban untuk mentaati standar profesi dan menghargai hak-hak pasien“
2. Peraturan Pemerintah No 32 tahun 1996 **(5)**
  - a. Pasal 21  
Ayat 1. “Setiap tenaga kesehatan dalam menjalankan tugasnya wajib untuk mematuhi standar profesi tenaga kesehatan.”  
Ayat 2 “Standar profesi kesehatan sebagaimana dimaksud dalam ayat 1 ditetapkan oleh menteri.
  - b. Pasal 22 Bagi tenaga kesehatan jenis tertentu dalam melakukan tugas profesinya wajib:
    - 1) Menghormati hak-hak dari klien
    - 2) Menjaga rahasia identitas dan kesehatan dari klien

- 3) Menginformasikan hal-hal yang berhubungan dengan keadaan dan perlakuan yg akan diberikan
  - 4) Mendapat persetujuan terhadap perlakuan yang nanti diberi
  - 5) Membuat dan menjaga rekam medis.
- c. Pasal 24
- Perlindungan hukum diberikan pada petugas kesehatan yang menjalankan tugasnya sesuai standar profesi kesehatan.
3. SK Menteri Kesehatan No. 647 Tahun 2000 **(6)**: Tentang registrasi dan tentang praktek keperawatan Pasal 17: yakni "Perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan wajib bertindak sesuai dengan kewenangan yang diberikan, berdasarkan jenjang pendidikan dan pengalaman serta dalam memberikan pelayanan wajib taat pada standar profesi.

## 5.5 Sumber

1. Organisasi PPNI
  - a. 1993 : Rancangan standar praktik profesi keperawatan meliputi:
    - Area praktik keperawatan.
    - Pelayanan.
    - Standar praktik.
    - Pendidikan.
    - Pendidikan lanjut.
  - b. 1999 : Standar Praktik Keperawatan Profesional
  - c. 2001 : Standart asuhan yang hubungannya sejajar dengan tahap-tahap dalam proses keperawatan dan standar kinerja profesional yang terkait dengan siap, tindakan dan peran seorang profesional.

2. Undang-Undang/Keputusan Presiden (Kepres)/Peraturan Pemerintah (PP)
  - a. UU No 23 tahun 1992 tentang Kesehatan **(4)**
  - b. Kepres No 56 tahun 1995 tentang Majelis Disiplin Tenaga Kesehatan
  - c. PP No 32 tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan
  - d. UU No 8 tahun 1999 tentang Perlindungan terhadap Konsumen
3. Departemen Kesehatan RI (SK. Menteri kesehatan, SK Dirjen pelayanan medis )
4. Rumah sakit  
Rumah Sakit membuat standar asuhan keperawatan (Askep) sebagai acuan pemberian Askep untuk sepuluh jenis kasus tertinggi pada tiap-tiap jenis pelayanan.

## **5.6 Standar dalam praktik Keperawatan**

Semenjak 1986, standar untuk praktik komunitas dicatat pada sebuah pedoman kerja yaitu proses keperawatan. Proses ini dimulai dari proses pengkajian, Perencanaan, Diagnosis, Intervensi, dan Evaluasi terhadap klien. Kolaborasi atau kerjasama dengan klien/komunitas sangat ditekankan. Dengan demikian, praktik keperawatan kesehatan komunitas memfokuskan tindakannya terhadap klien, keluarga, kelompok dan masyarakat meski tanggungjawab yang lebih dominan tetap masyarakat secara umum. (Friedman dan Marilyn, 1998). (7) Standar praktik keperawatan adalah komitmen organisasi profesi dalam menjaga klien terhadap praktik yang dilaksanakan oleh anggota profesi (DPP PPNI, 1999). (8) Steven (1983) (9) memberikan dua pemahaman dalam standar praktik:

1. Ukuran/standar hasil
2. Pedoman untuk melihat kejadian.

Sedang menurut ANA (1974) (1) Standar yang digunakan yakni:

1. Data pasien dikumpul secara sistemik dan berkelanjutan
2. Mengangkat diagnosa bersumber dari data yang diperoleh saat mengkaji.
3. Perencanaan : Menentukan tujuan apa yang mau dibuat kepada klien.
4. Perencanaan diutamakan memberi tindakan perawatan.
5. Memberi tindakan perawatan (Promosi, menjaga dan memperbaiki)
6. Aktifitas perawatan diberikan untuk membantu individu dalam meningkatkan kesehatan.
7. Hasil yang dicapai individu terhadap target
8. Aktifitas keperawatan pada tahap mengkaji dilakukan secara berkesinambungan.

## **5.7 Tatanan parktik dalam keperawatan Komunitas**

Perawat yang bekerja di komunitas jumlahnya semakin meningkat. Adanya kenaikan biaya perawatan ditempat perawatan mendorong terjadinya peningkatan kebutuhan untuk tindakan perawatan di komunitas yang difokuskan pada usaha meningkatkan kesehatan dan pada tahap pemulihan. Kerja perawat di komunitas ditujukan untuk meningkatkan dan mempertahankan status kesehatan, pendidikan, dan manajemen, serta mengatur untuk meneruskan perawatan restoratif didalam lingkungan komunitas individu. Perawatan komunitas bertugas membuat pengkajian terhadap status kesehatan klien dan juga pembantu klien berusaha melawan penyakit dan masalah kesehatan mereka. Sedangkan untuk para perawat kesehatan yang bekerja diinstitusi lebih melihat pada kesehatan individu dan juga keluarga. Tempat kerja itu mencakup wilayah seperti pusat kesehatan okupasi, Lembaga

pendidikan, lembaga pelayanan kesehatan di rumah, di klinik kesehatan dan tempat praktik swasta (Perry dan Potter, 2005) (10).

Praktik keperawatan yaitu tindakan yang buat secara mandiri oleh perawat profesional dalam bentuk kerjasama yang modelnya adalah perpaduan dengan pasien dan tim kesehatan yang lain. Perawat profesional dalam memberikan tindakan keperawatan diharapkan harus sesuai kewenangan dan tanggungjawabnya. Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh seorang tenaga perawat profesional harus dapat dipertanggungjawabkan dengan merujuk pada standar profesi.

## **5.8 Dampak keperawatan pada Kebijakan dan praktik keperawatan**

*Nursing's Agenda For Health Care Reform* mendorong lahirnya sebuah sistem pelayanan kesehatan yang gampang didapat, bermutu dan dengan biaya bisa dipertanggungjawabkan. Rencana untuk perubahan harus merujuk pada tindakan perawatan kesehatan, promosi, restorasi, dan mempertahankan kesehatan. Kegiatan dan komitmen politik adalah bagian dari keahlian. Politik adalah sebuah sisi yang cukup vital untuk memberikan pelayanan kesehatan. Perawat dapat belajar cara yang baik untuk digunakan dalam memberikan akibat yang baik kepada klien, membuat kesepakatan, dan teknik dalam melakukan relasi/hubungan sosial dengan klien/masyarakat.

## **5.9 Tanggungjawab profesi perawat**

Perawat merupakan salah satu pekerjaan yang mempunyai ciri atau sifat yang sesuai atau sama persis dengan ciri-ciri profesi. Sekarang ini Indonesia sudah ada pendidikan profesi keperawatan yang juga sudah sesuai dengan undang-undang system Pendidikan nasional, yakni pendidikan

keprofesian yang diberikan pada mereka yang telah memiliki jenjang S1 di bidang keperawatan, bahkan saat inipun sudah ada pendidikan spesialis keperawatan. Organisasi profesi keperawatan sudah mempunyai standar profesi meskipun secara umum sosialisasi kepada semua anggota profesi masih berjalan pelan. Karena Tanggungjawab dapat dilihat dalam suatu kerangka sistem berjenjang, dimulai dari tingkat paling rendah yaitu individu, tingkat lembaga/profesional dan tingkat sosial (Kozier,1991) (11)

Profesi perawat juga sudah memiliki aturan tentang kewenangan profesi, yang memiliki dua aspek, yaitu kewenangan dalam hal material dan kewenangan yang bersifat formil. Kewenangan material didapatkan seseorang sejak dia mendapatkan kompetensi dan kemudian terdaftar/terregistrasi, yang dinamakan sebagai Surat Tanda Registrasi (STR). Sedangkan untuk kewenangan formil merupakan ijin yang memberikan keluasaan kepada perawat sebagai penerimanya supaya bisa menjalankan praktik profesi perawat, Surat Ijin Praktik Perawat (SIPP) (UU RI Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan) (12).

Kewenangan atau kekuasaan profesi haruslah berhubungan dengan kompetensi profesi dan tidak bisa keluar dari kompetensi profesinya. Kewenangan perawat melaksanakan tindakan diluar kekuasaan sebagaimana disebutkan di dalam UU RI Nomor 38 Tahun 2014 (12) Tentang Keperawatan merupakan bagian dari *good samaritan law* yang memang diakui dan dipraktikkan diseluruh dunia. Kebebasan kerja perawat diwujudkan ke dalam adanya organisasi profesi, etika profesi dan standar pelayanan profesi. Organisasi profesi atau pandangan dari masyarakat profesi harus mampu melakukan mengatur diri sendiri (*self-regulating*), memerintah diri sendiri (*self-goverming*) dan (*self-disciplining*) mendisiplinkan diri sendiri, dalam rangka memberikan jaminan kepada semua masyarakat bahwa perawat melakukan

praktik adalah perawat yang telah kompeten dan sudah memenuhi standar-standar yang ada dalam organisasi profesi.

Etika profesi dalam sebuah organisasi profesi disepakati oleh organisasi profesi/masyarakat profesi, untuk mengatur para anggotanya dalam bersikap dan bertingkah laku, terutama yang berhubungan dengan moralitas. Etika profesi perawat mendasarkan ketentuan-ketentuan didalamnya kepada etika umum dan sifat-sifat khusus moralitas profesi perawat, seperti otonomi/kebebasan, berbuat baik, tidak merugikan, adil, berbicara yang benar, menjaga kebebasan pribadi, aman, setia, dan lain-lain. Etika profesi memiliki tujuan untuk mempertahankan keluhuran profesi biasanya dituliskan dalam bentuk kode etik dan dalam praktik/pelaksanaannya dipantau oleh sebuah majelis atau dewan kehormatan etik.

Sedangkan standar pelayanan yang tertuang dalam UU RI Nomor 38 Tahun 2014 (12) Tentang Keperawatan disebut sebagai standar profesi, dan diterjemahkan sebagai pedoman atau petunjuk yang harus dipakai sebagai pedoman dalam melaksanakan profesi secara baik dan benar serta bertanggungjawab.

Tanggung jawab hukum pidana dalam profesi perawat itu jelas merupakan tanggung jawab perorangan atas perbuatan atau tindakannya yang melanggar hukum pidana yang dibuatnya. Jenis hukum pidana yang mungkin dituntutkan kepada perawat adalah pidana kelalaian yang menyebabkan luka (pasal 360 KUHP), atau luka berat atau bahkan kematian (pasal 359 KUHP), yang dikelompokkan dengan pemberatan ancaman pidananya bila dilakukan dalam rangka melaksanakan tugasnya (pasal 361 KUHP). Sementara pidana lain yang bukan kelalaian yang mungkin dituntutkan adalah pembuatan keterangan palsu (pasal 267-268 KUHP).

Didalam aturan Rumah Sakit, pidana tentang kelalaian yang bisa dituntutkan kepada profesi perawat bisa berupa kelalaian saat melakukan tindakan asuhan keperawatan

maupun kelalaian dalam melaksanakan tindakan medis lainnya sebagai pelaksana delegasi dari tindakan medis. Kelalaian bisa seperti kelalaian dalam mengatasi terjadinya kecelakaan di tempat pelayanan (jatuh), kelalaian dalam mencegah terjadinya dekubitus atau pencegahan terhadap infeksi, kelalaian dalam melaksanakan pemantauan kondisi pasien, kelalaian dalam menanggapi suatu situasi kedaruratan, dan bentuk kelalaian lainnya yang juga bisa terjadi pada pelayanan profesi perorangan.

## DAFTAR PUSTAKA

- What are the ANA Standards of Practice for Registered Nurses:  
<https://www.goodwin.edu/enews/ana-standards-of-practice-for-nurses/>
- Ann Gillies, DeeAnn, R.N., M.A. 1989. Manajemen Keperawatan.  
Chicago: W.B. Jauders Company
- Undang-undang No 23 Tahun 1992 Tentang Kesehatan.
- PP 20 No 32. 20<sup>th</sup>. 1996 pdf PERATURAN PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA NOMOR 32 TAHUN 1996 TENTANG TENAGA KESEHATAN Kepmenkes RI Nomor: 647/Menkes/SK/XI/2000, Tentang Registrasi Praktik Perawat
- Marilyn M. Friedman; b, 1986 Family nursing theory and assessment;  
<http://kin.perpusnas.go.id/DisplayData.aspx?pId=28130&pRegionCodePLTKMTR&pClientId611>
- Steven+1983+STANDAR+PRAKTIK+KEPERAWATAN PDF&fr2=sb-
- STANDAR KOMPETENSI PERAWAT INDONESIA Tahun 2005 Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI):  
[https://www.ppni.tangsel.org/asset/files/KompetensiPerawat\\_Ners\\_Mercure\\_Final\\_draf\\_PPNI-1.pdf](https://www.ppni.tangsel.org/asset/files/KompetensiPerawat_Ners_Mercure_Final_draf_PPNI-1.pdf)
- DPP PPNI 1999, Buku Panduan Organisasi PPNI; anggota profesi
- Perry dan Potter, Fundamentals of Nursing, 9th Edition 2005.
- Potter and Perry. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik. Edisi 4, Volume 1 Alih Bahasa, Asih, Y., dkk. EGC, Jakarta.
- Kozier. 2000. *Fundamentals of Nursing: concept theory and practices*. Philadelphia. Addison Wesley.
- Undang - undang Republik Indonesia Nomor 38 Thn 2014 Tentang Keperawatan.

# **BAB 6**

## **ASPEK LEGALETIK DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS**

*Oleh Sondang Manurung*

### **6.1 Pendahuluan**

Perawatan kesehatan masyarakat ditujukan kepada individu dan kelompok dengan usaha meningkatkan kesadaran akan pemeliharaan kesehatan, promosi pendidikan kesehatan, kordinasi dan pelayanan keperawatan berkelanjutan dalam pencapaian pendekatan yang komprehensi.

Perawat kesehatan masyarakat harus menghadapi tantangan tertentu saat bekerja dengan komunitas yang berbeda. Salah satu masalah utama adalah masalah hukum dan hambatan budaya. Perawat kesehatan masyarakat bekerja sama dengan profesional lainnya. Untuk mengatasi tantangan tersebut, beberapa praktik terbaik untuk memastikan kompetensi yang berkelanjutan termasuk peer review, praktik reflektif, penetapan tujuan, penilaian diri, memperoleh pengetahuan dari budaya dan praktik yang berbeda (Mansyur, 2020).

Era digitalisasi saat ini telah memfasilitasi akses mudah ke informasi bagi individu. Hal ini telah menyebabkan peningkatan kesadaran di kalangan masyarakat tentang hak-hak mereka sehubungan dengan perawatan kesehatan. Akibatnya, penyedia layanan kesehatan diharapkan menawarkan layanan yang aman, efektif dan dapat diterima oleh masyarakat. Kegagalan untuk melakukannya dapat memaksa individu untuk mengambil jalan hukum untuk melindungi hak-hak mereka.

Untuk memastikan bahwa hak-hak klien dilindungi, sangat penting untuk menetapkan kebijakan yang menguraikan prosedur yang tepat untuk mendapatkan persetujuan untuk tindakan keperawatan. Selain itu, komite etika harus meninjau perilaku profesional dan memberikan pedoman dalam situasi di mana hak-hak klien terancam.

## **6.2 Konsep Legal Etik**

Aspek Legal Etika Keperawatan mencakup peraturan seputar pemeliharaan aturan keperawatan dalam penyediaan asuhan keperawatan. Peraturan ini berkaitan dengan ruang lingkup wewenang dan tanggung jawab dalam menghadapi berbagai tantangan pelayanan, termasuk hak dan kewajiban sebagaimana diatur dalam UU Keperawatan (Sulistiyarini dkk, 2021). Sangat penting bahwa perawat secara konsisten menegakkan kode etik keperawatan dan menerapkan prinsip-prinsip etika keperawatan. Kode etik berfungsi sebagai sarana untuk mencegah kesalahpahaman dan konflik, karena mengkristal perilaku yang dianggap tepat oleh konsensus umum. Selain itu, kode etik memuat prinsip-prinsip etika yang didukung oleh profesi tertentu (Mansyur, 2020).

Etika merupakan filosofi moral, dimana moral berkaitan dengan standar perilaku individu, kelompok, atau profesi tertentu (Dicky E.K, 2020). Etika keperawatan, khususnya, adalah kerangka sistem prinsip yang berkaitan dengan tindakan keperawatan yang diambil bersamaan dengan pasien, anggota keluarga pasien, tim kesehatan lainnya, pembuat kebijakan, dan masyarakat luas (Rifai *et al*, 2021).

Praktek keperawatan yang aman bergantung pada pemahaman tentang batasan hukum yang mengatur profesi. Hal ini menjadi kewajiban bagi perawat untuk memahami hukum untuk melindungi hak-hak kliennya dan kepentingannya sendiri. Perawat tidak perlu takut hukum;

sebaliknya, mereka harus menganggapnya sebagai dasar untuk memahami apa yang orang harapkan dari penyedia layanan keperawatan profesional.

### **6.2.1 Prinsip Legaetik Dalam Keperawatan Komunitas**

Prinsip etik keperawatan merupakan penghargaan terhadap hak dan martabat manusia yang tidak akan berubah. Beberapa prinsip etik keperawatan kepada klien dalam pelayananan keperawatan komunitas (Nasrul, 2014):

#### **1. Otonomi (*Autonomy*)**

Prinsip otonomi didasarkan pada gagasan bahwa individu memiliki kapasitas untuk penalaran logis dan memiliki hak untuk membuat keputusan sendiri. Orang dewasa yang kompeten diberdayakan untuk membuat pilihan dan memiliki berbagai pilihan yang harus dihormati oleh orang lain. Prinsip otonomi mewujudkan bentuk penghormatan terhadap seseorang, seperti persetujuan tanpa paksaan dan bertindak secara rasional. Otonomi adalah hak atas kemerdekaan dan kebebasan yang membutuhkan penentuan nasib sendiri. Praktik profesional menunjukkan otonomi ketika seorang perawat menjunjung tinggi hak-hak klien dalam membuat keputusan mengenai perawatannya.

#### **2. Berbuat baik (*Beneficience*)**

*Beneficience* berkaitan dengan berbuat baik, termasuk mencegah kesalahan atau kejahatan, menghilangkan kesalahan atau kejahatan, dan memajukan kebaikan diri sendiri dan orang lain. Terkadang, ada konflik antara prinsip ini dan otonomi dalam situasi perawatan kesehatan.

#### **3. Keadilan (*Justice*)**

Prinsip-prinsip keadilan diperlukan untuk mencapai hasil yang sama dan adil bagi individu yang menjunjung tinggi prinsip moral, hukum, dan kemanusiaan. Nilai ini tercermin dalam praktik profesional ketika perawat memberikan terapi yang tepat sesuai dengan hukum, standar praktik, dan

keyakinan yang benar untuk mencapai perawatan kesehatan yang berkualitas.

4. Tidak merugikan (*non-Maleficence*)

Etika keperawatan berakar pada non-maleficence, yang berarti bahwa perawat tidak boleh menyebabkan kerusakan fisik atau psikologis dan cedera pada pasien mereka. Misalnya, jika pasien ingin terlibat dalam olahraga meskipun memiliki kondisi yang melarang terlalu banyak aktivitas fisik.

5. Kejujuran (*Veracity*)

Kejujuran merupakan bagian dari etika keperawatan dengan memberikan informasi yang obyektif, akurat, dan komprehensif kepada pasien. Perawat ditugaskan untuk memastikan bahwa pasien memahami informasi yang disampaikan kepada mereka.

6. Menepati janji (*Fidelity*)

Prinsip kesetiaan mengharuskan individu untuk menghormati komitmen dan janji mereka kepada orang lain. Perawat setia pada komitmen mereka, menepati janji mereka, dan menjaga rahasia klien. Kesetiaan melibatkan mematuhi kode etik yang menyatakan bahwa tanggung jawab mendasar perawat adalah untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, memulihkan kesehatan, dan meringankan penderitaan.

7. Menjaga rahasia

Menjaga kerahasiaan pasien adalah etos keperawatan yang paling penting karena menjunjung tinggi rekam medis dan privasi pasien.

8. Akuntabilitas

Akuntabilitas adalah standar yang pasti dimana tindakan profesional dievaluasi dalam situasi ambigu atau tanpa kecuali.

### **6.2.2 Prinsip Dasar dan Etika dalam Kesehatan Komunitas**

Prinsip dasar keperawatan kesehatan komunitas ini meliputi: Keluarga adalah unit utama dalam pelayanan kesehatan masyarakat.

1. Empat tingkat sasaran pelayanan kesehatan masalah: individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat.
2. Perawat bekerja dalam menyelesaikan masalah kesehatan klien
3. Menekankan upaya promotif dan preventif tanpa lupa kuratif dan *rehabilitative*
4. Dasar pelayanan kesehatan 'Problem Solving Approach'
5. Kegiatan utama: masalah masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit.
6. Tujuan meningkatkan fungsi kehidupan derajat kesehatan masyarakat yang optimal.
7. Pendidikan kesehatan masyarakat merupakan kegiatan utama.
8. Pelaksanaan kesehatan masyarakat mengacu pada sistem pelayanan kesehatan yang ada.
9. Pelaksanaan pelayanan kesehatan komunitas dilakukan di Puskesmas, panti, sekolah dan keluarga.

### **6.2.2 Landasan Aspek Legal Keperawatan**

Sesuai dengan Undang-Undang No. 38 tentang Keperawatan, perawat diwajibkan untuk memberikan pelayanan keperawatan dengan mematuhi kode etik, standar profesi, dan prosedur operasional. Selain itu, perawat berkewajiban untuk memberikan informasi secara lengkap, jelas, jujur dan akurat kepada pasien dan keluarga mereka, dan perawat juga diharuskan menyampaikan informasi yang dapat dipahami mengenai tindakan keperawatan dalam batas-batas yurisdiksi mereka.

Landasan aspek legal keperawatan undang-undang keperawatan, dimana otoritas formal diberikan melalui izin,

yang dikenal sebagai Izin Kerja (SIK), yang memberi wewenang kepada penerima untuk mempraktikkan profesi perawatan baik secara individu maupun sebagai bagian dari kelompok. Namun, memiliki kemampuan untuk memberikan perawatan tidak selalu sama dengan memiliki wewenang untuk melakukannya. Seperti juga kemampuan yang didapatkan secara berjenjang, kewenangan yang diberikan juga berjenjang. Kompetensi dalam keperawatan menunjukkan kemampuan spesifik perawat dalam domain tertentu, yang mengharuskan melampaui tingkat kemampuan minimal.

Untuk memenuhi kebutuhan pasien, perawat harus memiliki kompetensi khusus dan pengetahuan tentang etika dan hukum keperawatan, dan bertindak secara etis dan hukum untuk melindungi diri dan pasien mereka (Nikolaos et al, 2014).

### **6.3 Aplikasi Legal Dalam Keperawatan Komunitas**

Hukum mengatur perilaku hubungan antar manusia sebagai subjek hukum yang melahirkan hak dan kewajiban. Dalam kehidupan manusia, baik secara perorangan maupun berkelompok, hukum mengatur perilaku hubungan baik antara manusia yang satu dengan yang lain, antar kelompok manusia, maupun antara manusia dengan kelompok manusia. Hukum dalam interaksi manusia merupakan suatu keniscayaan (Fakih, 2013)

Berhubungan dengan pasal 1 ayat 6 UU no 36/2009 tentang kesehatan berbunyi :“Tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui pendidikan di bidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.” Begitupun dalam pasal 63 ayat 4 UU no 36/2009 berbunyi “Pelaksanaan pengobatan dan/atau perawatan berdasarkan

ilmu kedokteran atau ilmu keperawatan hanya dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan yang mempunyai keahlian dan kewenangan untuk itu". Yang mana berdasarkan pasal ini keperawatan merupakan salah satu profesi/tenaga kesehatan yang bertugas untuk memberikan pelayanan kepada klien yang membutuhkan.

Pelayanan keperawatan di masyarakat meliputi: proses pemberian asuhan keperawatan, penelitian dan pendidikan berkelanjutan. Dalam hal ini proses pemberian asuhan keperawatan sebagai inti dari kegiatan yang dilakukan dan dilanjutkan dengan pelaksanaan penelitian-penelitian yang menunjang terhadap asuhan keperawatan, juga peningkatan pengetahuan dan keterampilan serta sikap yang diperoleh melalui pendidikan dimana hal ini semua bertujuan untuk keamanan pemberian asuhan bagi pemberi pelayanan dan juga klien selaku penerima asuhan. Berdasarkan Undang-Undang kesehatan yang diturunkan dalam Kepmenkes 1239 dan Permenkes No. HK.02.02/Menkes/148/I/2010, terdapat beberapa hal yang berhubungan dengan kegiatan keperawatan. Adapun kegiatan yang secara langsung dapat berhubungan dengan aspek legalisasi keperawatan adalah proses keperawatan, tindakan keperawatan dan *informed consent*. Untuk melindungi tenaga perawat akan adanya tuntutan dari klien perlu ditetapkan dengan jelas apa hak, kewajiban serta kewenangan perawat agar tidak terjadi kesalahan dalam melakukan tugasnya serta memberikan suatu kepastian hukum, perlindungan tenaga perawat. Hak dan kewajiban perawat ditentukan dalam Kepmenkes 1239/2001 dan Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor Y.M.00.03.2.6.956.

## **6.4 Masalah Hukum dan Etik Dalam Keperawatan Kesehatan Komunitas**

Definisi kelalaian dan malpraktik Kelalaian: “kelalaian untuk melakukan sesuatu yang akan dilakukan oleh orang yang berakal sehat, dipandu oleh pertimbangan biasa, yang biasanya mengatur urusan manusia, atau melakukan sesuatu, yang dilakukan oleh orang yang berakal sehat dan bijaksana. tidak akan dilakukan” atau “kegagalan untuk melaksanakan tingkat perawatan yang akan dilakukan oleh seorang perawat yang berakal sehat dalam keadaan yang sama atau serupa”.

Jenis situasi malpraktik: kesalahan pengobatan, jatuh, kegagalan untuk mengamati dan mengambil tindakan yang tepat, luka bakar, kesalahan identitas, kesalahan menghitung spon. Unsur malpraktik: pada dasarnya ada empat unsur yang harus dihadirkan dalam gugatan malapraktik yang berhasil; semua faktor ini harus dibuktikan sebelum pengadilan menemukan tanggung jawab terhadap perawat dan/atau institusi. Ini termasuk yang berikut: (1) Perawat memiliki kewajiban untuk memberikan perawatan kepada pasien dan mengikuti standar perawatan yang dapat diterima. (2) Kegagalan perawat untuk mematuhi standar perawatan. (3) Kegagalan perawat untuk mematuhi standar perawatan menyebabkan pasien cedera. (4) Penggugat menderita kerugian akibat perbuatan perawat yang lalai.

Elemen Malpraktek: contoh elemen kegagalan untuk memantau respons pasien terhadap pengobatan. Kegagalan untuk mengkomunikasikan perubahan status kepada penyedia layanan kesehatan primer Kegagalan untuk memastikan standar minimum terpenuhi. Kegagalan untuk memberikan pendidikan pasien, pasien jatuh, patah pinggul, gegar otak, penyebab cedera kerusakan.

Pertahankan sistem untuk memberikan kepada semua perawat dapat memiliki kesempatan untuk meninjau kebijakan

yang diubah saat direvisi. Dorong pendidikan berkelanjutan kepada perawat untuk meningkatkan wawaasan terhadap perawatan pasien. Tekankan komunikasi tentang status pasien dan pastikan bahwa staf mematuhi pedoman dokumentasi. Memiliki sistem untuk mengajukan dan melacak insiden perawatan klien untuk mengidentifikasi area di mana staf membutuhkan pendidikan. Latih perawat dengan benar untuk menggunakan peralatan perawatan klien yang baru. Staf dapat memeberikan saran ketika rumah sakit membuat, merevisi, atau menghentikan kebijakan atau menerapkan metode baru dalam memberikan perawatan kepada klien.

Apa masalah hukum umum yang mungkin dihadapi oleh perawat kesehatan komunitas/masyarakat?

#### 1. Persetujuan

Klien di masyarakat harus memberikan persetujuan yang sah untuk perawatan agar perawat dapat memberikan perawatan. Jika klien tidak memiliki kapasitas untuk memberikan persetujuan, Anda harus memahami undang-undang yang berkaitan dengan persetujuan dan pengambilan keputusan pengganti di yurisdiksi Anda, juga sebagai kebijakan dan prosedur Anda (Koerniawan et al., 2020).

Mengobati pasien yang tidak memberikan persetujuan adalah pelanggaran hak di mana pengadilan dapat memberikan ganti rugi meskipun pasien tidak menderita kerugian. Dalam gugatan baru-baru ini, seorang perawat kesehatan masyarakat ditemukan telah melakukan pelanggaran dengan mengimunisasi seorang anak tanpa persetujuan orang tua. Formulir persetujuan tidak diisi tetapi perawat keliru mengira dia telah memperoleh persetujuan lisan dari orang tua melalui telepon. Perawat mengandalkan persetujuan lisan ketika anak berusia 11 tahun tersebut mengatakan bahwa orang tuanya tidak ingin dia diimunisasi. Di persidangan, hakim memperingatkan

bahwa pernyataan anak tidak boleh diabaikan karena persetujuan untuk pengobatan dapat dicabut. “Meski tidak nyaman,”<sup>3</sup> perawat harus memastikan persetujuan orang tua sebelum memberikan injeksi.

## 2. Kerahasiaan

Semua profesi perawatan kesehatan berkewajiban menjaga kerahasiaan pasien mereka tetapi ada beberapa pengecualian hukum. Misalnya, undang-undang mungkin mengharuskan Anda untuk melaporkan dugaan pelecehan anak dan beberapa penyakit menular. Anda dapat mengungkapkan informasi sesuai dengan perintah pengadilan atau selama proses hukum. Jika tidak, pasien harus menyetujui pengungkapan informasi kesehatan kepada orang di luar tim perawatan kesehatan. Contoh bagaimana pengecualian dapat memengaruhi praktik Anda meliputi:

- a. Seorang perawat kesehatan komunitas yang memiliki alasan untuk meyakini bahwa seorang anak sedang dianiaya melapor ke badan kesejahteraan anak setempat
- b. Seorang perawat kesehatan komunitas di klinik KB mengetahui dan mengikuti proses untuk mengkomunikasikan penyakit yang dapat dilaporkan kepada otoritas kesehatan masyarakat
- c. Seorang perawat kesehatan komunitas mengungkapkan informasi rahasia pasien dalam kesaksian tersumpah selama persidangan pidana
- d. Atas permintaan pasien, perawat pada kunjungan rumah membahas kondisi pasien di hadapan teman pasien

## 3. Dokumentasi

Perawat kesehatan komunitas/masyarakat menghadapi tantangan dokumentasi tertentu. Karena Anda sering bekerja sendiri, dokumentasi Anda sangat penting sebagai

bukti. kerahasiaan dan keamanan arsip harus dijaga, baik di atas kertas maupun di komputer. Jika Anda bekerja dengan pasien rawat inap (misalnya melakukan penilaian kesehatan bayi baru lahir di puskesmas), Anda harus memastikan bahwa temuan Anda dikomunikasikan secara tertulis kepada anggota tim perawatan kesehatan lainnya untuk memfasilitasi kesinambungan perawatan.

Apakah saya bertanggung jawab secara hukum atas tindakan penyedia layanan kesehatan lain yang bekerja dengan saya?

Saat anda berpraktek di komunitas dengan petugas kesehatan lainnya, baik anda atau pemberi kerja anda dapat mendelegasikan pekerjaan kepada mereka. Anda bertanggung jawab untuk mengetahui pekerjaan yang disetujui untuk didelegasikan oleh pemberi kerja dan keadaan di mana pekerjaan dapat didelegasikan. Anda juga bertanggung jawab untuk membuat keputusan yang tepat untuk mendelegasikan dan mengawasi petugas kesehatan lainnya secara memadai.

## **6.6 Isu Hukum Dalam Keperawatan Kesehatan Komunitas**

Dalam masyarakat yang beradab, sistem hukum mempromosikan ketertiban, melindungi hak-hak warga negara dan menyediakan kerangka kerja untuk berbagai macam hubungan. Hukum membantu membangun ketertiban dalam masyarakat untuk kebaikan bersama semua. Di dunia yang kompleks saat ini, dengan kemajuan teknologi dan berbagai masalah sosial, masalah hukum merupakan aspek penting dalam kehidupan. Untuk perawat dalam praktek dalam sistem kesehatan saat ini, pengetahuan tentang konsep hukum dasar sangat penting (Yusuf, 2014).

Perawat telah bertanggung jawab secara hukum atas tindakan mereka selama bertahun-tahun, dan tren saat ini

mengenai konsekuensi hukum praktik keperawatan memaksa perawat untuk mempelajari aspek hukum bidang mereka. Banyak perawat berfungsi dalam peran yang lebih otonom di mana paparan kewajiban meningkat secara proporsional dengan tingkat kemandirian mereka. Selain itu, meningkatnya tuntutan kesehatan untuk kualitas dalam layanan perawatan pasien dan peningkatan kesadaran pasien tentang masalah perawatan kesehatan secara langsung meningkatkan jumlah keluhan dan litigasi. Jadi perawat harus menyadari implikasi hukum dari praktik keperawatan karena masyarakat saat ini sadar hukum, dan semakin banyak perawat yang disebut sebagai terdakwa dalam tuntutan hukum malpraktik (Maharjan et al, 2021).

Perawat harus mengambil langkah-langkah berikut untuk melindungi diri mereka sendiri terhadap tindakan kelalaian profesional: Tetap terkini dengan persyaratan pekerjaan perawat, termasuk kebijakan yang memberikan tanggung jawab tambahan untuk posisi perawat. Mengadakan rapat staf rutin dengan kehadiran wajib. Mendorong arus komunikasi yang terbuka dan bebas di antara staf. Melihat insiden tanpa implikasi atau menyalahkan, menekankan kesempatan untuk meningkatkan proses perawatan klien. Pastikan bahwa bahan referensi yang dibutuhkan secara rutin, seperti kebijakan puskesmas, prosedur, pedoman dan buku referensi, mudah diakses oleh semua perawat di komunitas.

Bagaimana isu-isu hukum dasar yang relevan dengan praktik keperawatan komunitas/kesehatan masyarakat?

Seorang perawat wajib melaporkan pelecehan atau dugaan pelecehan. Perawat dapat dipaksa untuk bersaksi dalam kasus melawan rumah sakit atau untuk rumah sakit. Saya menangani kesehatan perilaku dan sering kali pasien tidak mau secara sukarela diperiksa. Dokter dapat memaksa mereka untuk datang ke ruangnya jika dia merasa berbahaya bagi diri mereka sendiri atau orang lain. Akhirnya jika dokter

dan pemeriksa yang ditunjuk tidak melepaskan penahanan, pasien akan dibawa ke pengadilan dan dilakukan oleh hakim (Dowie, 2017).

Apa saja masalah etika yang perlu diperhatikan oleh perawat kesehatan komunitas dalam memberikan perawatan kepada masyarakat?

Satu masalah yang saya lihat dalam kesehatan mental adalah hak pasien untuk menolak pengobatan. Saya punya pasien yang dibawa ke unit kami ditahan karena dia ingin bunuh diri dan tidak lagi ingin melakukan cuci darah. Dia menderita penyakit ginjal stadium akhir dan ingin mati saja. Rencana bunuh dirinya adalah menghentikan dialisis. Dia dipaksa oleh polisi untuk datang ke rumah sakit dan dipaksa untuk melakukan perawatan kesehatan mental. Mengapa orang ini ditolak haknya untuk menolak pengobatan?

Dalam pengaturan perawatan jangka panjang, seperti panti jompo dan perawatan di rumah, tantangan etika menjadi semakin nyata karena jumlah pasien yang lebih tua dengan kebutuhan perawatan yang kompleks dan jangka panjang meningkat, seiring dengan meningkatnya tuntutan untuk perawatan yang lebih hemat biaya (Krishna et al, 2018). Pengurangan rawat inap, praktik pemulangan dini, dan keterlambatan alokasi ruang institusional dipandang berkontribusi terhadap peningkatan tekanan tugas dalam perawatan jangka panjang (Henderson et al., 2017).

Sebagai pekerja garis depan, perawat harus menghadapi beban kerja yang meningkat dan mereka memiliki pengaruh besar pada kualitas perawatan yang sebenarnya diberikan, tetapi seringkali mereka tidak dapat memberikan tingkat perawatan yang diinginkan (Kalánková et al., 2019). Sumber daya yang langka, tekanan silang dan konflik nilai meningkatkan risiko kehilangan perawatan, tekanan moral, cuti sakit dan jumlah perawat yang ingin meninggalkan profesi (Blanner Kristiansen et al., 2015; Indregard et al., 2018; C.

Morley et al., 2018; J. Morley et al., 2020; Tennessen et al., 2020). Perawatan jangka panjang biasanya ditandai dengan hubungan jangka panjang dan erat antara perawat dan pasien, beberapa kolega untuk berkonsultasi dan kekhawatiran tentang kualitas dan kapasitas perawatan (Botngård et al., 2021; Lillemoen & Pedersen, 2013). Oleh karena itu, sangat penting untuk memeriksa pengalaman perawat dengan dan penanganan tantangan etika sehari-hari dalam konteks ini (Henderson et al., 2017).

Studi menunjukkan bahwa perawat tidak selalu menyadari dimensi etika pekerjaan mereka dan mungkin mengabaikan masalah etika atau bahkan menyesuaikan rutinitas kerja untuk menghindarinya (Høy et al., 2016; Jakobsen & Sørli, 2010; Milliken & Grace, 2017a; Sundgren & Svanström, 2011). Penanganan masalah etika yang tidak memadai mungkin tidak hanya menyebabkan sensitivitas moral dan kualitas perawatan yang diberikan lebih rendah, tetapi juga membebani perawat itu sendiri (Fida et al., 2016; Lamiani et al., 2017).

Masalah seperti perawatan akhir hayat, pasien yang menolak perawatan, prioritas yang melibatkan benturan prinsip etika, keterampilan komunikasi, dan sumber daya organisasi telah ditemukan (Rainer et al., 2018). menjadi sangat menuntut secara etis di panti jompo dan perawatan di rumah (Bollig et al., 2016; Kanfer et al., 1996; Preshaw et al., 2016). Isu-isu yang berkaitan dengan sumber daya yang langka dan kurangnya pengetahuan dan keterampilan adalah penyebab paling umum dari tantangan etika dalam pengaturan ini (Lillemoen & Pedersen, 2013). Peneliti lain menunjukkan keragaman besar dalam kelompok pasien dan kebutuhan untuk kolaborasi yang erat dengan pasien dan kerabat sebagai tantangan (Kanfer et al., 1996). Studi kami dilatarbelakangi oleh kurangnya pengetahuan di bidang ini, terutama pengetahuan mendalam yang diperoleh dari perawat, yang

diharapkan dapat memastikan semakin banyak orang mendapatkan perawatan kesehatan yang layak di luar rumah sakit (Milliken & Grace, 2017).

## DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Rifai; Alfid Tri Afandi; Irfan Firmansyah. 2021. Pengetahuan dan Sikap Perawat Tentang Kode Etik Keperawatan. *Journal Of Nursing Management Issues*, 1(1), 10–17.
- Blanner Kristiansen, C., Juel, A., Vinther Hansen, M., Hansen, A. M., Kilian, R., & Hjorth, P. 2015. Promoting physical health in severe mental illness: patient and staff perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(6), 470–478. <https://doi.org/10.1111/acps.12520>
- Bollig, G., Gjengedal, E., & Rosland, J. H. 2016. They know!—Do they? A qualitative study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes. *Palliative Medicine*, 30(5), 456–470. <https://doi.org/10.1177/0269216315605753>
- Botngård, A., Eide, A. H., Mosqueda, L., Blekken, L., & Malmedal, W. 2021. Factors associated with staff-to-resident abuse in Norwegian nursing homes: a cross-sectional exploratory study. *BMC Health Services Research*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06227-4>
- Dicky Endrian Kurniawan. 2020. Penyelesaian Masalah Etik Dan Legal Dalam Penelitian Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(3), 410–418. <https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JKS/article/view/1198>
- Dowie, I. 2017. Legal, ethical and professional aspects of duty of care for nurses. *Nursing Standard*, 32(16–19), 47–52. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10959>

- Fakih, M. 2013. *KEDUDUKAN HUKUM TENAGA KEPERAWATAN DEPENDEN DALAM TRANSAKSI TERAPEUTIK*. 2(2), 133–141.  
<https://jurnal.uns.ac.id/yustisia/article/viewFile/10206/9098>
- Fida, R., Tramontano, C., Paciello, M., Kangasniemi, M., Sili, A., Bobbio, A., & Barbaranelli, C. 2016. Nurse moral disengagement. *Nursing Ethics*, 23(5), 547–564.  
<https://doi.org/10.1177/0969733015574924>
- Henderson, M., Selwyn, N., & Aston, R. 2017. What works and why? Student perceptions of ‘useful’ digital technology in university teaching and learning. *Studies in Higher Education*, 42(8), 1567–1579. <https://doi.org/10.1080/03075079.2015.1007946>
- Høy, B., Lillestø, B., Slettebø, Å., Sæteren, B., Heggstad, A. K. T., Caspari, S., Aasgaard, T., Lohne, V., Rehnsfeldt, A., Råholm, M.-B., Lindwall, L., & Nåden, D. 2016. Maintaining dignity in vulnerability: A qualitative study of the residents’ perspective on dignity in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.011>
- Indregard, A.-M. R., Ulleberg, P., Knardahl, S., & Nielsen, M. B. 2018. Emotional Dissonance and Sickness Absence Among Employees Working With Customers and Clients: A Moderated Mediation Model via Exhaustion and Human Resource Primacy. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00436>
- Jakobsen, R., & Sørli, V. 2010. Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics*, 17(3), 289–300. <https://doi.org/10.1177/0969733009355375>

- Kalánková, D., Gurková, E., Zeleníková, R., & Žiaková, K. 2019. Application of measuring tools in the assessment of the phenomenon of rationing/missed/unfinished care. *Kontakt*, 21(1), 65–73. <https://doi.org/10.32725/kont.2018.001>
- Kanfer, R., Ackerman, P. L., & Heggestad, E. D. 1996. Motivational skills & self-regulation for learning: A trait perspective. *Learning and Individual Differences*, 8(3), 185–209. [https://doi.org/10.1016/S1041-6080\(96\)90014-X](https://doi.org/10.1016/S1041-6080(96)90014-X)
- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. 2020. Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Krishna Kumari Paudel Subedi, K. T. L. B. 2018. Nurse's Awareness on Ethico-legal Aspects of Nursing Profession. *J Nepal Health Res Counc*, 16(1), 49–52. <https://www.nepjol.info/index.php/JNHRC/article/view/19363>
- Lamiani, G., Borghi, L., & Argentero, P. 2017. When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 51–67. <https://doi.org/10.1177/1359105315595120>
- Lillemoen, L., & Pedersen, R. 2013. Ethical challenges and how to develop ethics support in primary health care. *Nursing Ethics*, 20(1), 96–108. <https://doi.org/10.1177/0969733012452687>
- Mansyur, A. R. 2020. Dampak COVID-19 Terhadap Dinamika Pembelajaran Di Indonesia. *Education and Learning Journal*, Vol. 1, No, 113–123.

- Milliken, A., & Grace, P. 2017a. Nurse ethical awareness: Understanding the nature of everyday practice. *Nursing Ethics*, 24(5), 517–524. <https://doi.org/10.1177/0969733015615172>
- Milliken, A., & Grace, P. 2017b. Nurse ethical awareness: Understanding the nature of everyday practice. *Nursing Ethics*, 24(5), 517–524. <https://doi.org/10.1177/0969733015615172>
- Morley, C., Unwin, M., Peterson, G. M., Stankovich, J., & Kinsman, L. 2018. Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences and solutions. *PLOS ONE*, 13(8), e0203316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
- Morley, J., Cows, J., Taddeo, M., & Floridi, L. 2020. Ethical guidelines for COVID-19 tracing apps. *Nature*, 582(7810), 29–31. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01578-0>
- Nasrul, D. 2014. *Etika dan Hukum Keperawatan untuk Mahasiswa dan Praktisi Keperawatan*. TIM.
- Nikolaos et al. 2014. Ethical and Legal Aspects of Nursing Care: a Focus on the Greek Legislation. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 1–1. [www.internationaljournal-ofcaringsciences.org](http://www.internationaljournal-ofcaringsciences.org)
- Preshaw, D. H., Brazil, K., McLaughlin, D., & Frolic, A. 2016. Ethical issues experienced by healthcare workers in nursing homes. *Nursing Ethics*, 23(5), 490–506. <https://doi.org/10.1177/0969733015576357>
- Rainer, J., Schneider, J. K., & Lorenz, R. A. 2018. Ethical dilemmas in nursing: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19–20), 3446–3461. <https://doi.org/10.1111/jocn.14542>

- Sarju Maharjan; Mamta Thapa; Bijay Maharjan. 2021. Awareness of Nurses on Legal and Ethical Aspects of Nursing in Selected Hospitals of Lalitpur Awareness of Nurses on Legal and Ethical Aspects of Nursing in Selected Hospitals of Lalitpur View project Sarju Maharjan. *International Journal of Health Systems and Implementation Research*, 3(2), 22–30. <https://www.researchgate.net/publication/350598394>
- Sulistiyarini et al. 2021. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Legal Etik Dalam Pertolongan Pertama Pada Anak Terhadap Pengetahuan Orang Tua Di Desa Kedung Jagopurwodadi. *Jurnal Ilmiah The Shine (Juliene)*, 99–103. <https://theshinejournal.org/>
- Sundgren, S., & Svanström, T. 2011. Audit Office Size, Audit Quality and Audit Pricing: Evidence from Small and Medium Sized Entities. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1869945>
- Tennessen, J. A., Bollmann, S. R., Peremyslova, E., Kronmiller, B. A., Sergi, C., Hamali, B., & Blouin, M. S. 2020. Clusters of polymorphic transmembrane genes control resistance to schistosomes in snail vectors. *ELife*, 9. <https://doi.org/10.7554/eLife.59395>
- Yusuf. 2014. *Aspek legal keperawatan* (II, Vol. 3). Salemba Medika. <https://osf.io/2t36g/download/?format=pdf>

# **BAB 7**

## **PERAN DAN FUNGSI PERAWAT KOMUNITAS**

*Oleh Ani Nuraeni*

### **7.1 Pendahuluan**

Praktik keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan yang merupakan rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Pemberian asuhan keperawatan ini menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengumpulan data, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan.

Keperawatan kesehatan komunitas adalah pelayanan keperawatan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan penekanan pada kelompok risiko tinggi untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien baik individu, keluarga maupun komunitas sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pelayanan keperawatan (Nies & McEwen, 2019).

Profesi perawat merupakan profesi yang berurusan dengan kehidupan dan bukan hanya dokumen, maka sangat ditekankan bagi perawat untuk memahami dan menyadari peran dan fungsinya untuk menghindari malpraktik dan efek yang tidak diinginkan dalam perawatan pasien.

## **7.2 Peran dan Fungsi Perawat Komunitas**

Peran adalah perilaku yang diharapkan oleh orang lain terhadap seseorang, sesuai kedudukannya dalam sebuah sistem. Peran perawat adalah perilaku atau tindakan perawat yang diharapkan oleh pasien sesuai dengan kewenangan dan tanggung jawab perawat. Perawat komunitas menjalankan berbagai peran pada saat memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga atau masyarakat, di mana peran tersebut sering dijalankan secara bersamaan. Beberapa peran yang dijalankan perawat komunitas adalah sebagai berikut:

### **1. Pelaksana/pemberi perawatan**

Peran yang paling akrab dari perawat kesehatan komunitas adalah peran klinis sebagai pelaksana atau pemberi perawatan. Peran klinisi dalam kesehatan komunitas adalah memastikan layanan kesehatan yang diberikan tidak hanya untuk individu dan keluarga, tetapi juga untuk kelompok dan masyarakat. Layanan keperawatan tetap dirancang untuk kebutuhan khusus klien, namun, ketika klien tersebut terdiri dari kelompok atau masyarakat, praktik klinis mengambil bentuk yang berbeda. Dibutuhkan keterampilan yang berbeda untuk menilai kebutuhan kolektif dan menyesuaikan layanan yang dibutuhkan. Misalnya, seorang perawat kesehatan masyarakat memberikan layanan kepada kelompok lansia membutuhkan keterampilan yang berbeda jika memberikan layanan kepada kelompok ibu menyusui.

Perawat klinis atau perawat pelaksana di tatanan komunitas berperan untuk memberikan pelayanan langsung kepada masyarakat dengan pendekatan *holistic*. Sebagai perawat pelaksana, fungsi yang dilakukan oleh perawat yaitu melakukan pengkajian secara komprehensif, menetapkan masalah keperawatan komunitas, menyusun intervensi keperawatan dengan mempertimbangkan

kebutuhan dan potensi yang dimiliki komunitas, melakukan tindakan keperawatan langsung mencakup tindakan mandiri dan tindakan kolaborasi, mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah diberikan dan mendokumentasikan semua tindakan keperawatan.

Perawat kesehatan masyarakat menyediakan layanan dengan fokus promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Layanan keperawatan dengan mengunjungi dan mengidentifikasi klien yang berisiko mengalami masalah kesehatan dan memberikan layanan pencegahan serta promosi kesehatan, akan lebih efektif dibandingkan menunggu masyarakat datang untuk meminta bantuan kesehatan setelah menderita penyakit. Perawat kesehatan komunitas mengidentifikasi individu atau masyarakat, program, dan lembaga atau institusi yang tertarik untuk meningkatkan derajat kesehatan, dan bekerja dengan mereka untuk mencapai tujuan tersebut serta mempertahankan perubahan perilaku yang diharapkan. Perawat dapat membantu kelompok pekerja mempelajari cara menjalani hidup yang lebih sehat atau bekerja dengan sekelompok orang yang ingin berhenti merokok. Upaya promosi dan pencegahan penyakit yang dapat dilakukan oleh perawat pelaksana di tatanan masyarakat yaitu pelayanan imunisasi anak prasekolah, program keluarga berencana, deteksi kolesterol, dan pencegahan masalah perilaku pada remaja (Allender, Rector & Warner, 2010).

## 2. *Educator/Pendidik*

Peran penting kedua dari perawat kesehatan komunitas adalah pendidik. Pengajaran kesehatan, merupakan bagian praktik keperawatan yang diakui secara luas, diatur melalui undang-undang praktik perawat di sejumlah negara dan merupakan salah satu fungsi utama perawat kesehatan komunitas. Perawat merupakan

pemegang kunci utama dalam memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat sebagai upaya promosi kesehatan (Angriani, Widiawati, & Sari, 2022). Promosi kesehatan ini bertujuan, mengurangi kesalahan penerimaan informasi terkait masalah kesehatan, meningkatkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku sehat dan melakukan upaya pencegahan penyakit sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Promosi kesehatan yang dapat dilakukan pada kelompok masyarakat diantaranya adalah perilaku hidup bersih dan sehat, kampanye anti narkoba di seluruh masyarakat, program perbaikan gizi balita stunting, dan peningkatan upaya cuci tangan pada anak-anak, dan lain sebagainya.

Salah satu faktor yang meningkatkan peran pendidik adalah kesadaran kesehatan masyarakat yang semakin tinggi. Sebagai contoh, seorang pralansia pasca serangan jantung, kesadaran diri untuk belajar bagaimana mencegah penyakit lebih meningkat daripada sebelum mengalami penyakit tersebut. Dia belajar bagaimana mengurangi stres, mengembangkan program latihan yang tepat dan bertahap, dan mengubah kebiasaan makannya. Contoh lainnya adalah Keluarga dengan anak balita seringkali tertarik untuk belajar tentang pertumbuhan dan perkembangan anak agar anak lebih sehat dan tumbuh kembang optimal (Allender, Rector. & Warner, 2010).

Perawat memiliki tanggung jawab etik untuk mengajar klien dengan tujuan memberikan pemahaman, meningkatkan pengetahuan dalam upaya meningkatkan kesehatan, mengatasi gejala penyakit sesuai dengan kondisi, dan melakukan tindakan spesifik sehingga klien, keluarga dan masyarakat mempunyai pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk belajar bagaimana merawat diri sendiri. (Andarmoyo, 2015). Sebagai contoh, perawat menjelaskan tentang perawatan ibu postpartum di

rumah, mendemonstrasikan prosedur aktivitas perawatan postpartum sehingga dapat melakukan perawatan di rumah secara mandiri.

Sebagai pendidik, perawat kesehatan komunitas berusaha memfasilitasi pembelajaran klien. Informasi diberikan kepada klien baik secara formal maupun informal. Perawat bertindak sebagai konsultan bagi individu atau kelompok. Kelas formal dapat diadakan untuk meningkatkan pemahaman masyarakat tentang kesehatan dan perawatan kesehatan. Kelompok masyarakat yang sudah mapan dapat digunakan dalam praktik mengajar perawat. Misalnya, seorang perawat dapat mengajar orang tua dan guru pada pertemuan orang tua dan guru tentang tanda-tanda penyalahgunaan obat dan alkohol, mendiskusikan praktik keselamatan dengan sekelompok pekerja industri, dan lain-lain (Allender, Rector, & Warner, 2010).

Perawat yang berperan sebagai pendidik, berperan menjadi penyedia informasi kesehatan dan mengajarkan masyarakat tentang upaya kesehatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Fungsi yang dapat dijalankan oleh perawat komunitas dalam menjalankan perannya sebagai pendidik adalah mengidentifikasi kebutuhan belajar, yaitu apa yang ingin diketahui oleh masyarakat, ini bisa diketahui saat perawat melakukan pengkajian komunitas, selanjutnya memilih metode pembelajaran (ceramah, diskusi, atau demonstrasi), dan materi yang sesuai dengan kebutuhan, menyusun rencana pendidikan kesehatan, melaksanakan pendidikan kesehatan, melatih keluarga atau komunitas tentang keterampilan yang harus dimiliki sesuai kebutuhannya, mendorong keluarga atau komunitas untuk melatih keterampilan yang sudah diajarkan perawat dan

terakhir mendokumentasikan kegiatan pendidikan kesehatan.

### 3. Manajer Kasus

Perawat manajer adalah perawat yang berperan dalam mengatur segala sesuatu yang berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan, baik secara individu, keluarga, atau pun masyarakat. Lingkup Perawat manajer dalam menjalankan perannya meliputi kemampuan menghasilkan kebijakan dan menjalankan praktik keperawatan (Wahyudi & Handiyani, 2023)

Saat berperan sebagai manajer, perawat harus mampu mengelola pelayanan dan berkoordinasi dengan masyarakat atau keluarga, penyedia pelayanan kesehatan atau pelayanan sosial yang ada. Hal ini bertujuan untuk mempermudah pencapaian tujuan asuhan keperawatan komunitas.

Kualifikasi pendidikan manajer kasus minimal Sarjana Keperawatan. Dalam menjalankan perannya, perawat manajer berfungsi untuk mengidentifikasi kebutuhan komunitas terhadap pelayanan kesehatan agar pelayanan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan masyarakat, menyusun rencana asuhan keperawatan berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, mengoordinasikan aktivitas tim kesehatan multidisiplin sehingga pelayanan yang diberikan dapat optimal dan tepat sasaran, menilai kualitas pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan yang telah diberikan.

Dalam peran manajer kasus, perawat mengoordinasikan aktivitas tim kesehatan multidisiplin untuk mengukur keefektifan rencana manajemen kasus dan memantau hasil pelayanan kesehatan, sambil mengelola tim yang memberikan perawatan kepada klien.

Sebagai manajer kasus, perawat melaksanakan kegiatan koordinasi dan pendelegasian tanggung jawab keperawatan.

#### 4. Pembela (*advocate*)

Masalah hak klien merupakan hal penting dalam pelayanan kesehatan. Setiap pasien atau klien berhak mendapatkan perlakuan yang adil, setara, dan manusiawi. Sistem perawatan kesehatan kita saat ini sering ditandai dengan layanan yang terfragmentasi dan tidak dipersonalisasi, dan banyak klien terutama yang miskin, yang kurang beruntung, mereka yang tidak memiliki asuransi kesehatan, dan orang-orang dengan hambatan bahasa sering ditolak haknya. Mereka menjadi frustrasi, bingung, terdegradasi, dan tidak mampu mengatasi sistem itu sendiri. Perawat kesehatan komunitas sering bertindak sebagai advokat untuk klien, membela alasan mereka atau bertindak atas nama mereka. Klien mungkin membutuhkan seseorang untuk menjelaskan layanan mana yang diharapkan dan layanan mana yang harus mereka terima, untuk membuat rujukan sesuai kebutuhan. Mereka membutuhkan seseorang untuk membimbing mereka melalui kerumitan sistem, dan menjamin kepuasan kebutuhan mereka.

Advokasi klien memiliki dua tujuan mendasar. Salah satunya adalah membantu klien mendapatkan kemandirian atau penentuan nasib sendiri. Sampai mereka mendapatkan informasi yang dibutuhkan dan mengakses layanan kesehatan dan sosial untuk diri mereka sendiri, perawat kesehatan komunitas bertindak sebagai advokat untuk klien dengan menjelaskan kepada mereka layanan apa yang tersedia, apa yang menjadi hak mereka, dan bagaimana mendapatkannya. Tujuan kedua adalah membuat sistem lebih responsif dan relevan dengan kebutuhan klien. Dengan memperhatikan perawatan yang

tidak memadai, tidak dapat di akses, atau tidak adil, perawat kesehatan komunitas dapat mempengaruhi perubahan.

Peran sebagai pembela (*advocate*) dapat dilakukan perawat komunitas dengan mendukung pelayanan keperawatan yang berkualitas dan kompeten. Sikap perawat yang selalu berupaya meningkatkan kompetensinya agar asuhan keperawatan komunitas yang diberikan terjaga kualitasnya. Selain sikap tersebut, tindakan lain yang dapat dilakukan perawat sebagai pembela (*advocate*) adalah: 1) menyediakan informasi yang dibutuhkan komunitas atau keluarga untuk membuat keputusan; 2) memfasilitasi komunitas atau keluarga dalam mengambil keputusan; 3) membuka akses ke provider agar komunitas atau keluarga mendapatkan pelayanan yang terbaik (membangun jejaring kerja); 4) menghormati hak klien; 5) meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan; 6) melaksanakan fungsi pendampingan komunitas atau keluarga; 7) memberikan informasi terkait sumber-sumber pelayanan yang dapat digunakan; 8) memfasilitasi masyarakat dalam memanfaatkan sumber-sumber tersebut.

## 5. Manajer

Perawat kesehatan komunitas, seperti semua perawat, terlibat dalam peran mengelola layanan kesehatan. Sebagai seorang manajer, perawat menjalankan arahan administratif menuju pencapaian tujuan tertentu dengan menilai kebutuhan klien, merencanakan dan mengorganisasikan untuk memenuhi kebutuhan tersebut, mengarahkan dan memimpin untuk mencapai hasil, dan mengendalikan dan mengevaluasi kemajuan untuk memastikan bahwa tujuan terpenuhi.

Perawat berfungsi sebagai manajer ketika mengawasi perawatan klien sebagai manajer kasus, mengawasi staf tambahan, mengelola beban kasus, menjalankan klinik, atau melakukan program penilaian kebutuhan kesehatan masyarakat. Perawat manajer terlibat dalam empat fungsi dasar yang membentuk proses manajemen. Proses manajemen, seperti proses keperawatan, menggabungkan serangkaian kegiatan atau fungsi pemecahan masalah: perencanaan, pengorganisasian, memimpin, dan mengendalikan dan mengevaluasi. Kegiatan ini berurutan, namun juga terjadi secara bersamaan untuk mengelola layanan.

Fungsi pertama dalam proses manajemen adalah perencanaan. Secara khusus, perencanaan mencakup penentuan tujuan dan sasaran, penentuan strategi untuk mencapainya, dan merancang serangkaian kegiatan yang terkoordinasi untuk mengimplementasikan dan mengevaluasinya. Fungsi kedua dari peran manajer adalah organisator. Seorang manajer harus mengatur hal-hal sehingga pekerjaan dapat dilakukan. Kegiatan pengorganisasian meliputi penentuan tugas yang akan dilakukan, siapa yang akan melakukannya, bagaimana mengelompokkan tugas, siapa melapor kepada siapa, dan di mana keputusan akan dibuat. Dalam proses pengorganisasian, manajer perawat menyediakan kerangka kerja untuk berbagai aspek pelayanan, sehingga setiap aspek berjalan lancar dan mencapai tujuannya. Kerangka kerja adalah bagian dari persiapan layanan. Ketika seorang perawat kesehatan komunitas mengelola klinik, maka sebagai perawat manajer harus memastikan bahwa semua peralatan dan perlengkapan tersedia, staf yang dibutuhkan dipekerjakan dan bertugas, dan bahwa tanggung jawab staf ditetapkan dengan jelas. Tanggung

jawab terakhir sebagai penyelenggara adalah mengevaluasi keefektifan klinik.

Fungsi ketiga adalah memimpin. Dalam peran manajer, perawat kesehatan komunitas juga harus bertindak sebagai pemimpin. Sebagai seorang pemimpin, perawat mengarahkan, mempengaruhi, atau membujuk orang lain untuk melakukan perubahan yang akan berdampak positif pada kesehatan. Fungsi memimpin termasuk membujuk dan memotivasi orang, mengarahkan kegiatan, memastikan komunikasi dua arah yang efektif, menyelesaikan konflik, dan mengoordinasikan rencana.

Fungsi manajemen yang keempat adalah mengendalikan dan mengevaluasi program. Dalam fungsi ini, perawat kesehatan komunitas harus menyadari bahwa rencana mungkin tidak berjalan sesuai keinginan dan mungkin memerlukan penyesuaian atau koreksi untuk mencapai hasil atau tujuan yang diinginkan. Memantau, membandingkan, dan menyesuaikan merupakan bagian pengendalian dari fungsi ini. Pada saat yang sama, perawat harus membandingkan dan menilai kinerja dan hasil terhadap tujuan dan standar yang ditetapkan sebelumnya.

Salah satu contoh peran perawat manajer dilingkup tatanan pelayanan primer atau puskesmas yaitu perawat terlibat dalam pengelolaan pelayanan keperawatan di rumah atau *home care nursing*. Kemampuan manajemen pelayanan di rumah merupakan salah satu kompetensi yang harus dimiliki oleh seorang perawat manajer untuk lingkup pelayanan di puskesmas/pelayanan kesehatan. Fungsi perawat manajer dalam pengelolaan pelayanan keperawatan di rumah diantaranya adalah menyusun program dan mengembangkan staf perawat sehingga terjadi penguatan keterampilan dan pengetahuan dalam memberikan pelayanan keperawatan di rumah. Perawat yang memiliki kemampuan *leadership* yang baik akan

menghasilkan pengelolaan perawatan di rumah yang semakin berkualitas. Kemampuan ini sangat penting manakala perawat ingin meningkatkan peran serta aktif pasien dan keluarga ketika mengelola perawatan di rumah dengan meningkatkan peran serta klien dan keluarga diharapkan semakin mempercepat kemandirian dalam menjaga kesehatannya (Wahyudi & Handiyani, 2023).

## 6. Pemimpin

Perawat kesehatan komunitas menjadi semakin aktif dalam peran kepemimpinan, terpisah dari peran memimpin dalam manajer yang disebutkan sebelumnya. Peran kepemimpinan berfokus pada tindakan perubahan. Sebagai pemimpin, perawat kesehatan masyarakat berusaha untuk memulai perubahan yang secara positif mempengaruhi kesehatan masyarakat. Mereka juga berusaha memengaruhi orang untuk berpikir dan berperilaku berbeda tentang kesehatan mereka dan faktor-faktor yang berkontribusi terhadapnya.

Di tingkat masyarakat, peran kepemimpinan mungkin melibatkan kerja dengan tim profesional untuk mengarahkan dan mengoordinasikan berbagai program seperti kampanye bebas asap rokok di tempat umum. Peran pemimpin dapat dilakukan pada saat perawat memandu pengambilan keputusan kesehatan masyarakat, merangsang minat industri dalam promosi kesehatan, memulai terapi kelompok, mengarahkan program pencegahan, atau memengaruhi kebijakan kesehatan. Sebagai contoh, seorang perawat kesehatan masyarakat memulai program rehabilitasi yang mencakup pembangunan harga diri, konseling karir, dan penempatan kerja untuk membantu perempuan di rumah singgah yang baru saja dibebaskan dari penjara.

Perawat kesehatan komunitas juga memberikan pengaruh melalui perencanaan kesehatan. Kebutuhan akan

layanan perawatan kesehatan yang terkoordinasi, mudah di akses, dan hemat biaya menciptakan tantangan dan peluang bagi perawat untuk lebih terlibat dalam perencanaan kesehatan di semua tingkatan: organisasi, daerah, nasional, dan internasional. Perawat kesehatan komunitas perlu menjalankan tanggung jawab kepemimpinan dan menegaskan hak untuk berbagi dalam keputusan kesehatan.

## 7. Kolaborator

Perawat kesehatan komunitas harus bekerja dengan banyak orang, termasuk klien, perawat lain, dokter, guru, pendidik kesehatan, pekerja sosial, terapis fisik, ahli gizi, terapis okupasi, psikolog, ahli epidemiologi, ahli biostatistik, pengacara, dan lain-lain. Sebagai anggota tim kesehatan, perawat kesehatan komunitas berperan sebagai kolaborator, artinya bekerja sama dengan orang lain dalam upaya bersama, bekerja sama sebagai mitra. Praktek kesehatan masyarakat yang sukses bergantung pada kolegialitas dan kepemimpinan multidisiplin ini. Setiap orang di tim memiliki kontribusi penting dan unik untuk upaya perawatan kesehatan. Peran kolaborator perawat kesehatan komunitas membutuhkan keterampilan dalam berkomunikasi, dalam menafsirkan kontribusi perawat untuk tim, dan dalam bertindak tegas sebagai mitra yang setara.

## 8. Konselor

Perawat konselor membutuhkan keterampilan khusus, yaitu perawat tersebut adalah orang yang memahami (*expert*) di bidang keahliannya, dapat dipercaya untuk membantu komunitas atau keluarga dan mengembangkan koping yang konstruktif dalam penyelesaian masalah. Perawat juga dapat memberikan berbagai solusi dalam rangka menetapkan cara yang lebih baik untuk penyelesaian masalah. Sebagai contoh, perawat

memberikan konseling atau bimbingan kepada kader, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan komunitas dan kesehatan ibu dan anak (Setyowati, 2007).

Perawat yang bertindak sebagai konselor melaksanakan kegiatan konseling yaitu suatu proses membantu klien untuk meningkatkan kesadaran diri dengan mengenali dan menghadapi masalah psikososial, membina hubungan baik dengan orang lain dan meningkatkan perkembangan diri. Dukungan emosional, intelektual dan psikologis diberikan perawat selama melakukan sesi konseling. Proses konseling ditujukan kepada individu dalam kondisi sehat namun mengalami kesulitan dalam penyesuaian diri, di mana fokus konseling tersebut menolong individu untuk mengembangkan sikap, perasaan, dan perilaku baru dengan cara memotivasi klien untuk menemukan alternatif perilaku baru, memahami dan mengetahui pilihan alternatif yang tersedia dan mengembangkan rasa pengendalian diri (Kozier et al., 2011).

#### 9. Role Model

Pelayanan keperawatan komunitas bersifat berkelanjutan dan berkesinambungan, sehingga menuntut perawat untuk mampu berinteraksi baik dengan masyarakat. Dalam interaksi tersebut, ada proses transformasi perilaku perawat yang dapat dipelajari oleh masyarakat atau keluarga. Proses inilah yang sebenarnya, bahwa perawat sedang menjalankan perannya sebagai *role model* (contoh). Perawat yang dapat dijadikan role model adalah perawat yang mau meningkatkan kemampuan dirinya, berperilaku sehat, dan bertanggung jawab terhadap tugasnya sebagai perawat komunitas (Kholifah & Widagdo, 2016).

## 10. Penemu Kasus

Peran perawat komunitas lainnya adalah sebagai penemu kasus di mana perawat melibatkan diri dalam penelusuran atau penyelidikan kasus di komunitas atau keluarga, selanjutnya dilakukan kajian apa saja yang dibutuhkan komunitas. Penelusuran kasus dapat dilakukan dengan cara *active case finding* yaitu mencari langsung ke masyarakat dan *passive case finding* yaitu penemuan tidak langsung dan biasanya didapatkan melalui kunjungan pasien ke puskesmas (Jumariah & Mulyadi, 2017). Apabila hasil temuan kasus mungkin saja membutuhkan intervensi dari profesi lain atau pelayanan kesehatan yang lebih kompleks, sehingga perawat komunitas perlu segera merujuk klien. Tindakan merujuk ini membutuhkan ketelitian perawat untuk mengidentifikasi, kasus mana yang seharusnya di rujuk dan ke mana harus merujuk (Kholifah & Widagdo, 2016).

## 11. Agen Pengubah/Pembaharu

Peran ini membantu komunitas untuk melakukan perubahan ke arah kehidupan yang lebih sehat. Hal yang dilakukan perawat sebagai pembaharu adalah sebagai berikut. 1) Mengidentifikasi kekuatan dan penghambat perubahan. Hal ini penting dilakukan karena suatu perubahan merupakan suatu hal yang baru yang membutuhkan dukungan. 2) Membantu pencairan dan memotivasi untuk berubah. 3) Membantu komunitas menginternalisasi perubahan.

Perawat bertindak sebagai agen pembaharu saat melakukan intervensi keperawatan berupa modifikasi perilaku. Perawat terlibat juga dalam proses pembaharuan sistem. Dalam menjalankan pekerjaannya, perawat selalu menghadapi perubahan diantaranya perubahan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, perubahan terapi

pengobatan dan lain-lain. Oleh karena itu sebagai peran pembaharu dituntut untuk melakukan suatu perubahan dengan menyusun rencana pembaharuan, kerja sama dengan tim kesehatan lain, dan melaksanakan perubahan atau pembaharuan secara sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

## 12. Peneliti

Perawat profesional bertanggung jawab untuk mengembangkan praktik keperawatan melalui penelitian. Oleh sebab itu, perawat harus mampu melaksanakan dan memanfaatkan hasil penelitian dalam praktik keperawatan. Perawat yang akan melakukan penelitian, perlu mengidentifikasi fenomena dan masalah penelitian, menggunakan prinsip dan metode penelitian, serta melaksanakan hasil penelitian dalam praktik keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan dan pendidikan keperawatan. Berkembangnya ilmu keperawatan, salah satunya banyak dipengaruhi oleh hasil-hasil penelitian. Melalui penelitian, perawat komunitas dapat mengidentifikasi masalah praktik dan mencari jawaban melalui pendekatan ilmiah.

Dalam peran peneliti, perawat kesehatan masyarakat terlibat dalam penyelidikan sistematis, pengumpulan, dan analisis data untuk memecahkan masalah dan meningkatkan praktek kesehatan masyarakat. Perawat kesehatan komunitas melaksanakan praktik mereka berdasarkan penelitian berbasis bukti yang ditemukan dalam literatur untuk meningkatkan dan mengubah praktik sesuai kebutuhan.

Penelitian adalah proses investigasi di mana semua perawat kesehatan komunitas dapat terlibat dalam mengajukan pertanyaan dan mencari solusi. Model praktik kolaboratif antara akademisi dan praktisi menggabungkan

keahlian metodologi penelitian dengan pengetahuan masalah praktisi untuk membuat penelitian keperawatan kesehatan masyarakat menjadi valid dan relevan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J. A., Rector, C. and Warner, K. D. 2010. *Community Health Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Andarmoyo, S. 2015. 'Peran Perawat Komunitas sebagai Health Educator dalam Meningkatkan Kewaspadaan terhadap Penyakit Tuberkulosis Paru dalam Pencapaian MDGs di Kabupaten Ponorogo', in. Surabaya: Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surabaya.
- Angriani, M., Widiawati, S. and Sari, R. M. 2022. 'Hubungan Peran Perawat Sebagai Edukator Dengan Pencegahan Covid-19 Di Puskesmas Rawasari Kota Jambi', *Indonesian Journal of Health Community*, 3(1), p. 1. doi: 10.31331/ijheco.v3i1.1856.
- Jumariah, T. and Mulyadi, B. 2017. 'Peran Perawat dalam Pelaksanaan Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)', *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia*, 7(1), pp. 182–188.
- Kholifah, S. N. and Widagdo, W. 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Nies, M. A. and McEwen, M. 2019. *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Edited by J. Sahar, A. Setiawan, and N. M. Riasmini. Singapore: Elsevier.
- Setyowati, S. 2007. 'Peran Perawat Dalam Menurunkan IMR dan MMR Melalui Desa Siaga', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 11(1), pp. 30–34. doi: 10.7454/jki.v11i1.183.
- Wahyudi, I. and Handiyani, H. 2023. 'Peran Perawat Manajer Pada Pelayanan Kesehatan Primer: Studi Literatur', *Jurnal Sahabat Keperawatan*, 5(1), pp. 1–76.



# BAB 8

## EVIDENCE BASED PRACTICE

### DALAM PERAWATAN KOMUNITAS

*Oleh Fauziah H. Tambuala*

#### 8.1 Definisi Evidence Based Practice

*Evidence based practice* (EBP) adalah sebuah proses yang akan membantu tenaga Kesehatan agar mampu *uptodate* atau cara agar mampu memperoleh informasi terbaru yang menjadi bahan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan efisien sehingga dapat memberikan perawatan terbaik kepada pasien (Macnee, 2011). Sedangkan menurut (Bostwick, 2013) *evidence based practice* adalah strategi untuk memperoleh pengetahuan dan *skill* untuk bisa meningkatkan tingkah laku yang positif sehingga bisa menerapkan EBP didalam praktik.

*Evidence-based practice* ialah suatu strategi dalam memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk dapat meningkatkan tingkah laku yang positif dengan menggabungkan bukti penelitian terbaik sehingga *evidence-based practice* dapat diterapkan ke dalam praktik keperawatan dan membuat suatu keputusan perawatan kesehatan yang lebih baik (Bostwick, 2013. Bloom et al., 2009. Azmoude, Elham et al., 2017).

*Evidence-based practice* ialah kerangka kerja untuk menguji, mengevaluasi dan menerapkan temuan penelitian dengan tujuan meningkatkan pelayanan keperawatan yang akan diberikan kepada pasien (Melnik, Fineout-Overholt et al., 2012). Pelayanan kesehatan yang bersifat *evidence-based practice* secara internasional telah diakui sebagai pendekatan

yang bersifat dapat menyelesaikan permasalahan serta menekankan pada penerapan penelitian yang terbaik untuk membantu perawat profesional dan calon perawat profesional mendapatkan ilmu yang terbaru (Stokke et al., 2014).

Dari beberapa pengertian EBP tersebut dapat dipahami bahwa *evidence based practice* merupakan suatu strategi untuk mendapatkan *knowledge* atau pengetahuan terbaru berdasarkan *evidence* atau bukti yang jelas dan relevan untuk membuat keputusan klinis yang efektif dan meningkatkan *skill* dalam praktik klinis guna meningkatkan kualitas kesehatan pasien. Oleh karena itu berdasarkan definisi tersebut, Komponen utama dalam institusi pendidikan kesehatan yang bisa dijadikan prinsip adalah membuat keputusan berdasarkan *evidence based* serta mengintegrasikan EBP kedalam kurikulum merupakan hal yang sangat penting.

Namun demikian fakta lain dilapangan menyatakan bahwa pengetahuan, sikap, dan kemampuan serta kemauan mahasiswa keperawatan dalam mengaplikasikan *evidence based practice* masih dalam level *moderate* atau menengah. Hal ini sangat bertolak belakang dengan konsep pendidikan keperawatan yang bertujuan untuk mempersiapkan lulusan yang mempunyai kompetensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang berkualitas. Meskipun mahasiswa keperawatan atau perawat menunjukkan sikap yang positif dalam mengaplikasikan *evidence based* namun kemampuan dalam mencari literatur ilmiah masih sangat kurang. Beberapa literatur menunjukkan bahwa *evidence based practice* masih merupakan hal baru bagi perawat. oleh karena itu pengintegrasian *evidence based* kedalam kurikulum sarjana keperawatan dan pembelajaran mengenai bagaimana mengintegrasikan *evidence based* kedalam praktek sangatlah penting (Ashktorab et al., 2015).

## 8.2 Tujuan Evidence Based Practice

Tujuan utama di implementasikannya *evidence based practice* di dalam praktek keperawatan adalah untuk meningkatkan kualitas perawatan dan memberikan hasil yang terbaik dari asuhan keperawatan yang diberikan. Selain itu juga, dengan dimaksimalkannya kualitas perawatan tingkat kesembuhan pasien bisa lebih cepat dan lama perawatan bisa lebih pendek serta biaya perawatan bisa ditekan (Madarshahian *et al.*, 2012). Tujuan *evidence-based practice* ialah memberikan data pada perawat praktisi berdasarkan bukti ilmiah agar dapat memberikan perawatan secara efektif dengan menggunakan hasil penelitian yang terbaik, menyelesaikan masalah yang ada pada pemberian pelayanan kepada pasien, mencapai kesempurnaan dalam pemberian asuhan keperawatan, jaminan standar kualitas dan memicu inovasi (Hapsari, 2011).

*Evidence-based practice* bertujuan untuk mencapai suatu peningkatan pada perawatan pasien, konsistensi perawatan pasien, hasil perawatan pasien dan pengendalian biaya. Penerapan *evidence-based practice* sangat penting bagi perawat dalam berkomunikasi secara efektif dengan pasien dan tim kesehatan dalam pengambilan keputusan dan rencana perawatan yang akan diberikan, menerapkan *evidence-based practice* dipelayanan kesehatan dapat menurunkan angka kematian, angka kesakitan dan kesalahan medis (Melnyk, Fineout-Overholt *et al.*, 2012). Pendekatan yang dilakukan berdasarkan pada *evidence based* bertujuan untuk menemukan bukti-bukti terbaik sebagai jawaban dari pertanyaan-pertanyaan klinis yang muncul dan kemudian mengaplikasikan bukti tersebut ke dalam praktek keperawatan guna meningkatkan kualitas perawatan pasien tanpa menggunakan bukti-bukti terbaik, praktek keperawatan akan sangat tertinggal dan seringkali berdampak kerugian untuk pasien.

Contohnya saja *education* kepada ibu untuk menempatkan bayinya pada saat tidur dengan posisi pronasi dengan asumsi posisi tersebut merupakan posisi terbaik untuk mencegah aspirasi pada bayi ketika tidur. Namun berdasarkan *evidence based* menyatakan bahwa posisi pronasi pada bayi akan dapat mengakibatkan resiko kematian bayi secara tiba-tiba SIDS (Melnyk & Fineout, 2011).

Oleh karena itu, pengintegrasian *evidence based practice* kedalam kurikulum pendidikan keperawatan sangatlah penting. Tujuan utama mengajarkan EBP dalam pendidikan keperawatan pada level *undergraduate student* adalah menyiapkan perawat profesional yang mempunyai kemampuan dalam memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas berdasarkan *evidence based* (Ashktorab, 2015). Pentingnya pelaksanaan EBP pada institusi pendidikan yang merupakan cikal bakal atau pondasi utama dibentuknya perawat profesional membutuhkan banyak strategi untuk bisa meningkatkan *knowledge* dan *skill* serta pemahaman terhadap kasus *real* dilapangan. Diantaranya adalah penggunaan *virtual based patients scenario* dalam kegiatan *problem based learning* tutorial yang akan bisa memberikan gambaran *real* terhadap kondisi pasien dengan teknologi virtual guna meningkatkan *knowledge* dan *critical thinking* mahasiswa.

Namun demikian untuk mengintegrasikan dan mengimplementasikan *evidence based* kedalam praktik ada banyak hal yang perlu diperhatikan dan dipertimbangkan oleh seorang tenaga kesehatan yang profesional yaitu apakah *evidence* terbaru mempunyai konsep yang relevan dengan kondisi dilapangan dan apakah faktor yang mungkin menjadi hambatan dalam pelaksanaan *evidence based* tersebut dan berapa biaya yang mungkin perlu disiapkan seperti misalnya kebijakan pimpinan, pendidikan perawat dan sumberdaya yang ahli dalam menerapkan dan mengajarkan EBP, sehingga tidak

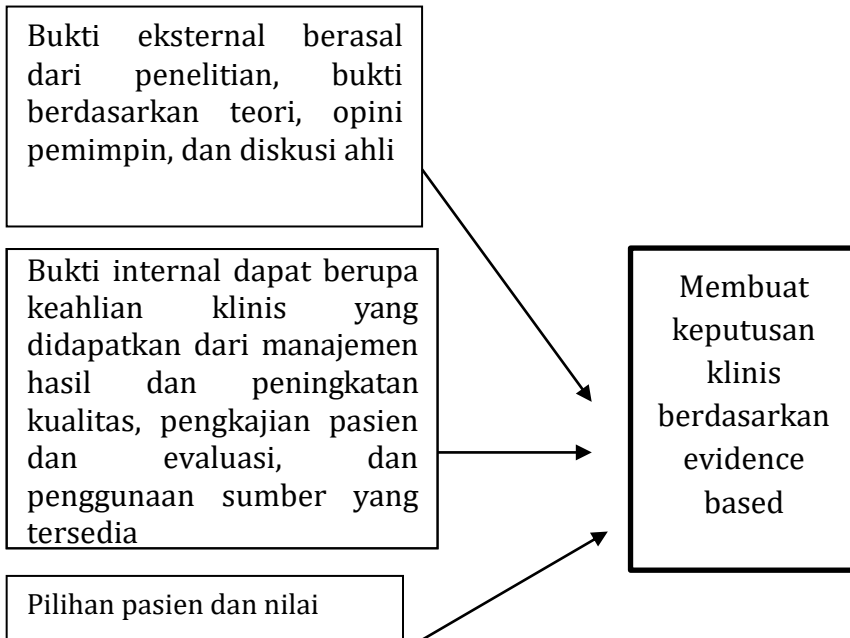
semua *evidence* bisa diterapkan dalam membuat keputusan atau mengubah praktek (Salminen *et al.*, 2014).

### 8.3 Komponen Kunci Evidence Based Practice

*Evidence* atau bukti adalah kumpulan fakta yang diyakini kebenarannya. *Evidence* atau bukti dibagi menjadi 2 yaitu eksternal *evidence* dan internal *evidence*. Bukti eksternal didapatkan dari penelitian yang sangat ketat dan dengan proses atau metode penelitian ilmiah. Pertanyaan yang sangat penting dalam mengimplementasikan bukti eksternal yang didapatkan dari penelitian adalah apakah temuan atau hasil yang didapatkan didalam penelitian tersebut dapat diimplementasikan kedalam dunia nyata atau dunia praktek dan apakah seorang dokter atau klinisi akan mampu mencapai hasil yang sama dengan yang dihasilkan dalam penelitian tersebut. Berbeda dengan bukti eksternal bukti internal merupakan hasil dari insiatif praktek seperti manajemen hasil dan proyek perbaikan kualitas (Melnik & Fineout, 2011).

Dalam (Grove *et al.*, 2012) EBP dijelaskan bahwa *clinical expertise* yang merupakan komponen dari bukti internal adalah merupakan pengetahuan dan *skill* tenaga kesehatan yang profesional dan ahli dalam memberikan pelayanan. Hal atau kriteria yang paling menunjukkan seorang perawat ahli klinis atau *clinical expertise* adalah pengalaman kerja yang sudah cukup lama, tingkat pendidikan, literatur klinis yang dimiliki serta pemahamannya terhadap *research*. Sedangkan *patient preference* adalah pilihan pasien, kebutuhan pasien harapan, nilai, hubungan atau ikatan, dan tingkat keyakinannya terhadap budaya. Melalui proses EBP, pasien dan keluarganya akan ikut aktif berperan dalam mengatur dan memilih pelayanan kesehatan yang akan diberikan. Kebutuhan pasien bisa dilakukan dalam bentuk tindakan pencegahan, *health promotion*, pengobatan penyakit kronis ataupun akut, serta

proses rehabilitasi. Beberapa komponen dari EBP dan dijadikan alat yang akan menerjemahkan bukti kedalam praktek dan berintegrasi dengan bukti internal untuk meningkatkan kualitas pelayanan.



**Gambar 8.1.** Komponen EBP

Meskipun *evidence* atau bukti yang dianggap paling kuat adalah penelitian *systematic riview's* dari penelitian-penelitian RCT namun penelitian deskriptif ataupun kualitatif yang berasal dari opini *leader* juga bisa dijadikan landasan untuk membuat keputusan klinis jikamemang penelitian sejenis RCT tidak tersedia. Begitu juga dengan teori-teori, pilihan atau nilai pasien untuk membuat keputusan klinis guna meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien. Klinisi sering kali bertanya bagaimana bukti dan jenis bukti yang bisa dibutuhkan sampai

bisa merubah praktek. Level dan kualitas *evidence* atau bukti bisa dijadikan dasar dan meningkatkan kepercayaan diri seorang klinisi untuk merubah praktek (Dicenso *et al.*, 2014).

## 8.4 Langkah-Langkah dalam EBP

Berdasarkan (Melnyk *et al.*, 2014) ada beberapa tahapan atau langkah dalam proses EBP. Tujuh langkah dalam *evidence based practice* (EBP) dimulai dengan semangat untuk melakukan penyelidikan atau pencarian (*inquiry*) personal. Budaya EBP dan lingkungan merupakan faktor yang sangat penting untuk tetap mempertahankan timbulnya pertanyaan-pertanyaan klinis yang kritis dalam praktek keseharian. Langkah-langkah dalam proses *evidence based practice* adalah sebagai berikut:

1. Menumbuhkan semangat penyelidikan (*inquiry*)
2. Mengajukan pertanyaan PICO(T) *question*
3. Mencari bukti-bukti terbaik
4. Melakukan penilaian (*appraisal*) terhadap bukti-bukti yang ditemukan
5. Mengintegrasikan bukti dengan keahlian klinis dan pilihan pasien untuk membuat keputusan klinis terbaik
6. Evaluasi hasil dari perubahan praktek setelah penerapan EBP
7. Menyebarkan hasil (*disseminate outcome*)

Jika diuraikan ada tujuh langkah dalam proses *evidence-based practice* menurut Melnyk & Overholt (2011) yaitu:

1. Menumbuhkan semangat menyelidiki

Tahap ini adalah tahap paling awal dan dasar dari penerapan EBP. Semangat menyelidiki merupakan semangat untuk mencari tahu dan selalu ingin tahu mengenai pengetahuan terbaru yang merupakan perwujudan dari sikap berpikir kritis. Pada saat pelaksanaan praktik klinis,

tenaga Kesehatan akan menemukan banyak fenomena-fenomena yang membutuhkan telaah kritis, evaluasi, serta perbaikan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Semangat menyelidiki merupakan filosofi dasar untuk melakukan *evidence based practice*. Jika setiap tenaga Kesehatan, memiliki semangat menyelidiki yang tinggi, selalu berfikir kritis terhadap setiap masalah yang ditemukan pada saat praktik, dan memiliki pengetahuan yang baik mengenai proses EBP, serta didukung oleh kebijakan dan infrastruktur serta informasi, maka pelayanan Kesehatan yang efektif dan efisien tentu dapat terwujud dengan baik.

## 2. Menyusun PICOT *question*

Menyusun pertanyaan dan membentuk PICOT akan mempermudah dalam mencari jawaban untuk permasalahan klinis. PICOT menjadi salah satu strategi efektif dalam mencari *evidence* terutama jurnal ilmiah yang relevan dengan kasus atau permasalahan klinis. Makna dari setiap item (PICOT) adalah:

- a. P adalah populasi ataupun masalah yang meliputi umur, penyakit, ras, dan ataupun gender.
- b. I adalah *treatment* atau intervensi baik yang bersifat klinis ataupun administrative, perjalanan suatu penyakit, dan faktor yang berisiko.
- c. C adalah *comparison* atau intervensi pembandingan baik berupa tindakan atau terapi, risk factor ataupun placebo.
- d. O merupakan tujuan atau hasil yang ingin didapatkan baik itu berupa peningkatan kualitas hidup, penurunan biaya, ataupun peningkatan kepuasan pasien, dan *length of stay* di rumah sakit (Bostwick et al.,2013)
- e. T adalah *time frame* atau ketentuan waktu yang ingin dicari.

### 3. *Searching Evidence* (Melakukan Pencarian Bukti Terbaik)

Setelah Menyusun PICOT, maka Langkah selanjutnya adalah melakukan pencarian *evidence* pada databased yang tepat. *Best evidence* dapat dilihat dari level dan tipe *evidence* tersebut. Tingkatan *evidence* terbaik yang dapat dijadikan acuan dalam melakukan perubahan adalah *systematic review*, *meta-analysis*, serta *randomized control trial* (RCT).

*Systematic review* merupakan hasil berbagai penelitian. *Meta analysis* adalah rangkuman hasil berbagai penelitian yang berisi dampak intervensi yang dilakukan dari berbagai literatur, sehingga dengan menggunakan *evidence* jenis ini, harapannya akan ada banyak informasi yang dapat diperoleh karena berisi berbagai hasil penelitian.

Namun jika pada saat pencarian, kita tidak menemukan *evidence* pada level ini, maka kita dapat menggunakan literatur pada level selanjutnya seperti *randomized control trial*. Walaupun penelitian kuantitatif dan kualitatif jenis lainnya. Beberapa literatur tersebut dapat dicari pada databased yang sudah valid seperti Medline, Cochrane library, CINAHL, NEJM, dan google scholar (Melnik & Fineout, 2011)

### 4. Melakukan Appraisal (penilaian) terhadap kualitas *evidence* yang ditemukan

Setelah mendapatkan bukti yang diperlukan, maka langkah selanjutnya adalah mengimplementasikan bukti ke dalam praktik ataupun institusi. Dalam melakukan penilaian atau appraisal, terdapat beberapa hal yang perlu dipertimbangkan yaitu (Polit & Beck, 2013):

- a) *Evidence quality* adalah bagaimana kualitas bukti jurnal tersebut? (apakah tepat atau *rigorous* dan *reliable* atau handal)
- b) *What is magnitude of effect?* (seberapa penting

dampaknya?)

- c) *How precise the estimate of effect?* Seberapa tepat perkiraan efeknya?
- d) Apakah *evidence* memiliki efek samping ataukah keuntungan?
- e) Seberapa banyak biaya yang perlu disiapkan untuk mengaplikasikan bukti?
- f) Apakah bukti tersebut sesuai untuk situasi atau fakta yang ada di klinis?

Sedangkan kriteria penilaian *evidence* menurut (Bernadette & Ellen, 2011) yaitu:

a. Validitas

Suatu bukti berupa penelitian dikatakan valid jika metode yang digunakan pada penelitian tersebut tepat. Beberapa contoh diantaranya adalah variabel pengganggu yang dapat menimbulkan bias jika tidak dikontrol dengan baik, proses pengacakan atau randomisasi pada kelompok intervensi ataupun kontrol apakah seimbang atau tidak

b. Reliabilitas

Reliabilitas dari suatu *evidence* merupakan konsistensi atau ketepatan hasil yang ada pada jurnal dengan yang mungkin didapatkan dengan menerapkan bukti atau jurnal tersebut. Beberapa hal yang harus dipertimbangkan terkait reliabilitas adalah kemungkinan kendala yang akan dihadapi dan kemungkinan untuk mendapatkan hasil yang hampir sama.

c. *Applicability*

Makna dari *applicability* maksudnya adalah kemungkinan untuk dapat diterapkan dan dapat meningkatkan status kesehatan pasien. Oleh karena itu, yang perlu menjadi pertimbangan melakukan

evidence adalah resiko serta keuntungan yang mungkin muncul, subyek atau populasi yang sama, serta keinginan atau nilai yang diyakini pasien atau *patien preference*.

Ada 2 tahap dalam melakukan *critical apraisal* yaitu:

- a. Tahap pertama adalah mengidentidikasi langkah-langkah dalam proses penelitian.

Langkah pertama dalam melakukan *critical appraisal* adalah mengidentifikasi langkah-langkah dalam proses penelitian kuantitatif. Hal-hal yang harus diindentifikasi adalah mengidentifikasi komponen-komponen dan konsep dalam penelitian dan memahami maksud dari setiap komponen. Beberapa pertanyaan yang bisa dijadikan pedoman dalam melakukan identifikasi adalah apakah judul penelitian jelas dengan menggambarkan variabel, populasi, dan pokok atau inti pembelajaran, serta menggambarkan tipe dari penelitian tersebut, korelasi, diskriptif, kuasi eksperimen atau eksperimen, apakah abstraknya jelas, untuk mengidentifikasi dan memahami dan artikel jurnal baca dan garis bawah masing-masing tahapan dalam proses penelitian.

- b. Tahap kedua menentukan tingkat kekuatan dan kelemahan penelitian (*Strength and weakness of study*)

Dalam melakukan *critical appraisal*, langkah selanjutnya atau *next level* yang merupakan tahapan lanjutan untuk *master's student* adalah menentukan kekuatan dan kelemahan penelitian. Untuk bisa melakukan *critical appraisal* pada tahapan ini kita harus bisa memahami masing-masing tahapan penelitian serta membandingkan tahapan penelitian yang ada dengan tahapan penelitian yang seharusnya. Untuk menentukan tingkat kekuatan dan kelemahan

*evidence* kita harus bisa memahami sejauh mana peneliti mengikuti aturan penelitian yang benar. Selain itu juga, penguasaan terhadap kajian dan konsep logis serta keterkaitan antar tiap elemen harus bisa dianalisa. Sehingga pada akhirnya kita adapat menyimpulkan tingkat validitas dan reliabilitas *evidence* atau jurnal dengan melihat tingkat kesesuaian, keadekuatan, dan representatif atau tidaknya proses dan komponen penelitian yang dilakukan oleh seorang peneliti (Burns & Grove, 2008).

5. Mengintegrasikan *evidence* atau bukti ilmiah dengan *patient value*, serta *clinical expert*

Tujuan utama EBP adalah membuat keputusan terbaik. Untuk mencapai tujuan tersebut kita harus dapat mengintegrasikan berbagai informasi dan mempertimbangkan berbagai komponen. Adapun informasi yang harus bis akita intergrasikan adalah jurnal ilmiah, *clinical expert*, serta niai yang diyakini paien. Jenis jurnal yang dapat kita gunakan tidak hanya penelitian kuantitatif yang akan menguatkan data ataupun prosedur intervensi yang akan kita lakukan, namun juga penelitian kualitatif yang dapat memberikan gambaran mengenai persepsi pasien terhadap tindakan yang akan dilakukan sehingga risiko kesalahan atau kegagalan dapat diminimalisir (Polit & Beck, 2013).

6. Melakukan evaluasi terhadap perubahan setelah implementasi EBP

Setelah melalui beberapa tahapan tersebut, maka tahapan selanjutnya adalah melakukan evaluasi guna mengetahui tingkat keefektifan *evidence* atau bukti yang telah diterapkan. Evaluasi dilakukan untuk mengidentifikasi apakah perubahan sudah sesuai hasil, apakah ada

peningkatan status Kesehatan pasien (Melnik & Fineout, 2011).

7. Mendesiminasi atau melakukan penyebaran informasi terhadap hasil yang sudah didapatkan  
Langkah selanjutnya dan yang merupakan Langkah terakhir dari proses *evidence based practice* adalah menyebarkan informasi mengenai hasil positif yang didapatkan dari penerapan *evidence* tersebut. Penyebarluasan informasi sangat penting untuk dilakukan agar kemanfaatan informasi baru yang didapatkan dapat lebih luas (Polit & Beck, 2013).

### **8.5 Elemen-elemen dalam membudayakan EBP**

1. Mengajak semua perawatan untuk menanyakan kembali praktik keperawatan yang sedang mereka lakukan.
2. Memasukkan EBP dalam visi, misi, dan promosi yang dilakukan oleh institusi kesehatan
3. Adanya mentor serta kadernya yang mempunyai kemampuan dalam EBP dan kemampuan untuk mengatasi hambatan terkait dengan perubahan dalam individu dan institusi
4. Adanya infrastukture yang menyediakan alat-alat untuk pengembangan EBP
5. Dukungan administrasi dan adanya leadership yang menilai, menentukan EBP model, serta menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk mempertahankan budaya EBP
6. Secara teratur mengenali/mengidentifikasi individu atau kelompok-kelompok yang secara konsisten melakukan EBP

## 8.6 Model EBP

Beberapa model *evidence-based practice* telah dikembangkan sebagai panduan perawatan kesehatan profesional untuk implementasi berbasis bukti dalam lahan praktik. Menurut Leen, Bell & McQuillan (2014) menggambarkan beberapa model yang diterapkan yakni:

- 1) Model Johns Hopkins, tahap awal model Johns Hopkins yaitu mengidentifikasi *evidence-based practice*, kemudian membentuk tim, memperoleh, menilai dan meringkas adanya bukti-bukti yang akan direkomendasi dalam praktik mulai dari melaksanakan sampai dengan evaluasi.
- 2) Model Stetler, model ini berfokus pada 5 tahap yaitu pertama, persiapan penelitian bukti; kedua, validasi dari temuan; ketiga, sintesis dari temuan dan kumulatif keputusan mengenai dilakukan atau tidak untuk perubahan melaksanakan dalam praktik; keempat, terjemahan dan praktis penerapan temuan; kelima, evaluasi.
- 3) Model IOWA, meliputi pertama, evaluasi pengetahuan dan pencetus terjadinya suatu masalah; kedua, mengumpulkan dan kritik bukti; ketiga, keputusan mengenai dilakukan atau tidak perubahan dalam praktik dan apakah memang pantas dimiliki kemudian; keempat, evaluasi dari struktur, proses dan hasil.

## 8.7 Keuntungan Evidence Based Practice

Menurut Yates (2012) keuntungan dari *evidence-based practice* ialah membantu perawat atau mahasiswa dalam membuat keputusan klinis dilahan praktek berdasarkan pengalaman pribadi atau orang lain serta biaya yang digunakan dalam implementasi *evidence-based practice* tidak banyak, sedangkan kerugian dari *evidence-based practice* adalah waktu yang digunakan lebih banyak dan kerja yang ekstra dalam mengambil keputusan klinis. Perawat atau mahasiswa akan

lebih banyak pekerjaan dalam menentukan intervensi yang akan diberikan pada pasien.

## **8.8 Penerapan EBP dalam Proses Keperawatan**

Proses keperawatan merupakan cara berpikir perawat tentang bagaimana mengorganisir perawatan terhadap individu, keluarga dan komunitas. Banyak manfaat yang dapat diperoleh dalam proses ini, antara lain membantu meningkatkan kolaborasi dengan tim Kesehatan, menurunkan biaya perawatan, membantu orang lain untuk mengerti apa yang dilakukan oleh perawat, diperlukan untuk standar praktek profesional, meningkatkan partisipasi klien dalam perawatan, meningkatkan otonomi pasien, meningkatkan perawatan yang spesifik untuk masing-masing individu, meningkatkan efisiensi, menjaga keberlangsungan dan koordinasi perawatan, dan meningkatkan kepuasan kerja (Wilkinson, 2007). Dalam proses keperawatan, terdapat banyak aktivitas pengambilan keputusan dari saat tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pada setiap fase proses keperawatan tersebut, hasil-hasil penelitian dapat membantu perawat dalam membuat keputusan dan melakukan Tindakan yang mempunyai dasar/rasional hasil penelitian yang kuat.

### **a. Tahap pengkajian**

Pada tahap ini, perawat mengumpulkan informasi untuk mengkaji kebutuhan pasien dari berbagai sumber. Informasi dapat diperoleh melalui wawancara dengan pasien, anggota keluarga, perawat yang lain, atau tenaga Kesehatan yang lain dan juga dapat melalui rekam medis dan observasi. Masing-masing sumber tersebut berkontribusi secara unik terhadap hasil pengkajian secara keseluruhan. Hasil penelitian yang dapat digunakan dapat berupa hal yang terkait dengan cara terbaik untuk

mengumpulkan informasi, tipe informasi apa yang perlu diperoleh, bagaimana menggabungkan seluruh bagian data pengkajian, dan bagaimana meningkatkan akurasi pengumpulan informasi. Hasil penelitian juga dapat membantu perawat dalam memilih alternative metode atau bentuk untuk tipe pasien, situasi maupun pada tempat pelayanan tertentu.

b. Tahap penegakkan diagnosis keperawatan

Hasil penelitian yang dapat digunakan antara lain adalah hal yang terkait membuat diagnosis keperawatan secara lebih akurat dan frekuensi terjadinya masing-masing Batasan karakteristik yang terkait dengan suatu diagnosis keperawatan.

c. Tahap perencanaan

Pada tahap ini, hasil penelitian yang dapat digunakan antara lain hasil penelitian yang mengindikasikan intervensi keperawatan tertentu yang efektif untuk diaplikasikan pada suatu budaya tertentu, tipe dan masalah tertentu dan pada pasien tertentu.

d. Tahap implementasi

Idealnya, perawat yang bertanggung jawab akan melakukan intervensi keperawatan yang sebanyak mungkin didasarkan pada hasil-hasil penelitian.

e. Tahap evaluasi

Pada tahap ini, evaluasi dilakukan untuk menilai apakah intervensi yang dilakukan berdasarkan perencanaan sudah berhasil dan apakah efektif dari segi biaya. Hasil penelitian yang dapat digunakan pada tahap ini adalah hal yang terkait keberhasilan ataupun kegagalan dalam suatu pemberian asuhan keperawatan.

## **8.9 Hambatan dalam Penggunaan Hasil-Hasil Penelitian Keperawatan**

Hambatan yang dijumpai dalam penggunaan hasil-hasil penelitian keperawatan terkait karakteristik peneliti, organisasi dan profesi keperawatan menurut Polit & Hungler (1999) adalah:

1. Karakteristik penelitian  
Penelitian yang dilakukan oleh perawat kadang tidak dapat menjamin hal tersebut dapat diterapkan dalam praktek sehari-hari. Hal ini terbukti desain penelitian yang digunakan, proses dalam pemilihan sampel, instrument yang digunakan untuk mengumpulkan data, atau analisis data yang dilakukan.
2. Karakteristik perawat  
Masih banyak perawat yang belum mengetahui cara mengakses hasil-hasil penelitian, mengkritisi hasil penelitian sebagai dasar dalam pengambilan keputusan. Selain itu, terdapat adanya resistensi terhadap perubahan.
3. Karakteristik organisasi/ tempat kerja  
Di beberapa tempat, suasana tempat kerja tidak mendukung adanya penggunaan hasil penelitian. Dibutuhkan semangat dan rasa ingin tahu terhadap hal baru dan keterbukaan.
4. Karakteristik profesi keperawatan  
Masih adanya kesulitan untuk menggabungkan antara perawat klinis dan perawat peneliti untuk berinteraksi dan berkolaborasi terkait penelitian

## **8.10 Hal yang dapat dilakukan untuk meningkatkan EBP**

Usaha yang dapat dilakukan untuk meningkatkan EBP secara umum usaha yang dapat dilakukan untuk meningkatkan EBP adalah:

1. Meningkatkan akses terhadap hasil-hasil penelitian

2. Mengajarkan keterampilan untuk mengkritisi hasil penelitian
3. Mengadakan konferensi terkait penggunaan hasil-hasil penelitian
4. Membuat jurnal yang memuat hasil penelitian

### **8.11 Analisa Jurnal Keperawatan Komunitas**

1. Analisis jurnal 1
  - a. Judul jurnal  
Gambaran pengetahuan keluarga tentang cara penanganan radang sendi (osteoporosis) di komunitas
  - b. Kata kunci  
Osteoporosis, pengetahuan keluarga, cara penanganan, komunitas
  - c. Pengarang/Author  
PrimaYunita Cahyaningtyas
  - d. Tanggal Aplikasi  
Februari 2019
  - e. Kesimpulan  
Osteoporosis (OA) merupakan penyakit degenerative pada sendi yang biasa terjadi pada bagian tangan, pinggang dan lutut. OA yang terus dibiarkan dapat menyebabkan rasa sakit, kekakuan, pembengkakan, dan dapat menyebabkan kecacatan (*Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2017*). Osteoarthritis sering kali dapat dipicu oleh beberapa factor. Karakteristik yang biasa muncul pada OA berupa kerusakan pada kartilago (tulang rawan sendi), kartilago sendiri merupakan suatu jaringan keras yang memiliki sifat licin yang menutupi bagian akhir tulang keras di dalam persendian. Fungsi jaringan kartilago sebagai penghalus gerakan antar-tulang dan sebagai peredam (*shock absorber*) Ketika persendian

beraktivitas maupun bergerak (Helmi, 2012)

f. Critical Appraisal

1) *Why was this study done?*

- Tujuan penelitian ini adalah mengetahui bagaimana pengetahuan keluarga tentang cara penanganan osteoarthritis. Peneliti sudah menuliskan dengan jelas tujuan dilakukan penelitian
- Kata kunci peneliti sudah sesuai

2) *What is sample of size?*

Sampel penelitian adalah keluarga dimana salah satu anggotanya menderita osteoarthritis yang terdapat di Wilayah Kerja Puskesmas Surakarta dan di pilih berdasarkan kriteria sample. Pengukura yang digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan menggunakan 20 pertanyaan yang dibuat oleh peneliti.

3) *How were the data analyzed?*

Jenis penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif sederhana untuk memperoleh gambaran pengetahuan keluarga tentang cara penanganan radang sendi (osteoarthritis) di komunitas.

4) *Are the measurement of major variable valid and reliable?*

Variabel utama yang digunakan sudah valid dan dilengkapi dengan tabel data

5) *Were the any untoward event during the conduct of the study?*

Penelitian berjalan lancar, subyek dilindungi karena semua data diidentifikasi hanya berdasarkan jumlah kasus, sehingga kerahasiaan terjaga.

6) *How do the result fit with previous search in the*

*area?*

Analisis statistik didapatkan hasil dari 40 responden terdapat 19 orang (47,5%) yang berpengetahuan kurang tentang OA, responden yang memiliki tingkat pengetahuan cukup sebesar 17 orang (42,5%) dan responden yang memiliki tingkat pengetahuan baik sebesar 4 orang (10%). Kesimpulan: secara analisis disimpulkan bahwa pengetahuan keluarga di Wilayah Kerja Puskesmas Pajang Surakarta masih sangat kurang tentang osteoarthritis.

7) *What does this research mean for clinical practice?*

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan dengan komponen tingkat oengetahuan terdiri dari 20 pertanyaan mengenai pengetahun keluarga tentang cara penanganan *osteoarthritis* menunjukan bahwa gambaran keluarga tentang *osteoarthritis* di komunitas dikategorikan dalam tiga kelompok yaitu keluarga dengan pengetahuan baik, keluarga dengan pengetahuan cukup dan keluarga dengan pengetahuan kurang, menunjukan hasil bahwa Sebagian besar keluarga dengan *osteoarthritis* memiliki pengetahuan kurang. Dalam hal ini pengetahuan yang kurang juga akan mempengaruhi seseorang dalam melakukan sesuatu karena seseorang cenderung mencari informasi yang ada disekitarnya. Semakin baik pengetahuan keluarga maka akan mempengaruhi tingkat Kesehatan penderita. Tingkat pengetahuan tersebut menggambarkan bahwa kurang memahami tentang cara penanganan radang sendi (*osteoarthritis*), baik dari pengertian, penyebab, tanda gejala, cara penanganan OA, dan cara perawatan OA.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ikhwani, D., & Nafiadi, M. 2019. Evidence Based Practice dalam Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Cv Trans Info Media
- Macnee CL, McCabe S. 2011. Understanding nursing research: Using research in evidence-based practice. Philadelphia: Williams & Wilkins
- Bostwick, L. 2013.. Evidence-based practice Clinical Evaluation Criteria for Bachelor of Science in Nursing Curricula A Dissertation submitted (PhD Thesis). College of Saint Mary.
- Bernadette, M. M., & Ellen, F O. 2011. Evidence based practice in nursing and healthcare. 2<sup>nd</sup> China: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melnky, B. M., Overholt, E. F., & Mays, M. 2008. The Evidence-based practice Beliefs and Implementation Scales: Psychometric Properties of Two New Instruments. *Worldviews on EvidenceBased Nursing*, 208-216.
- Stokke, K., Olsen, N. R., Espehaug, B., & Nortvedt, M. W. 2014. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 13(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-8>
- Ashktorab, T., Pashaeypoor, S., Rassouli, M., & Alavi-Majd, H. 2015. Nursing Students' Competencies in EvidenceBased Practice and Its Related Factors. *Nursing and Midwifery Studies*, 4(4). <https://doi.org/10.17795/nmsjournal23047>
- Madarshahian, F., Hassanabadi, M., & Khazayi, S. 2012. Effect of evidence-based method clinical education on patients care quality and their satisfaction. *Education Strategies in Medical Sciences*, 4(4), 189-193.

- Hapsari, E. D. 2011. Evidence-based practice science: Unique, diversity and innovation. Jurnal Unimus. Fakultas Kedokteran Universitas Gajah Mada.1-8
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. 2011. Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice (2nd ed). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.
- Salminen, H., Zary, N., Björklund, K., Toth-Pal, E., & Leanderson, C. 2014. Virtual patients in primary care: developing a reusable model that fosters reflective practice and clinical reasoning. Journal of medical Internet research, 16(1), e3
- Grove, S. K., Burns, N., & Gray, J. 2012. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. Elsevier Health Sciences
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. 2014. Evidence-based nursing: A guide to clinical practice. Elsevier Health Sciences.
- Bostwick, L. 2013.. Evidence-Based Practice Clinical Evaluation Criteria for Bachelor of Science in Nursing Curricula A Dissertation submitted (PhD Thesis). College of Saint Mary.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. 2013. Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice. Lippincott Williams & Wilkins

# **BAB 9**

## **PENANGGULANGAN PENYAKIT TIDAK MENULAR DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS**

*Oleh Dely Maria P*

### **9.1 Pendahuluan**

Penyakit tidak menular saat ini berkembang menjadi masalah kesehatan global. Dan tren saat ini, menjadi penyebab kematian di dunia. Peningkatan prevalensi penyakit tersebut telah bergeser dari trend penyakit menular sebelumnya.

Meningkatnya penyakit menular diperkirakan menambah beban masyarakat dan pemerintah, dengan istilahnya adalah beban ganda dan ancaman ekonomi.

### **9.2 Penyakit Tidak menular (PTM)**

Penyakit ini merupakan kondisi yang memiliki waktu panjang, dan berkembang lambat.

Faktor meningkatnya PTM dikarenakan merokok, diet yang tidak tepat, aktifitas fisik yang minimalis, penggunaan alkohol yang berlebihan.

### **9.3 Faktor Risiko**

Suatu situasi yang memiliki potensial bahaya, pencetus terjadinya penyakit tidak menular pada individu, dan masyarakat (Kemenkes RI, 2016).

9.3.1 Faktor risiko yang dapat diubah

a. Perilaku

Hal tersebut meliputi konsumsi rokok, diet rendah serat, peningkatan asupan garam, latihan fisik menurun, konsumsi alkohol dan stres.

- 1) Merokok  
Berpeluang terjadinya penyakit menular : Tuberkulosis dan Infeksi Saluran Pernafasan.
- 2) Penurunan aktifitas fisik  
Merupakan faktor risiko keempat dari kematian . Hal ini mendukung terhadap obesitas. Aktifitas fisik yang dilakukan secara rutin mencegah terjadinya penyakit kardiovaskuler seperti hipertensi dan penyakit tidak menular lainnya.  
Aktifitas fisik yang dilakukan dalam tingkat sedang setiap hari selama 150 menit. Hal ini terbukti dapat menurunkan risiko penyakit jantung iskemik sebesar 30%, risiko diabetes 27%, berisiko kanker payudara dan kolon 21-25%.
- 3) Obesitas  
Memiliki kaitan erat dengan kejadian tekanan darah, walaupun peningkatan tekanan darah tidak menjadi penyebab hipertensi. Penentuan obesitas dengan mengukur IMT dan lingkar perut.

Tabel 9.1. Klasifikasi Indeks Masa Tubuh

| Nilai IMT   | Klasifikasi         |
|-------------|---------------------|
| $\leq 18,5$ | BB kurang           |
| 18,5 – 22,9 | BB normal           |
| 23 – 24,9   | Gemuk dengan risiko |
| 25 – 29,9   | Obesitas tingkat I  |
| $\geq 30$   | Obesitas tingkat II |

**Tabel 9.2.** Klasifikasi Lingkar perut dan risiko penyakit

| Lingkar perut | Jenis Kelamin | Risiko Penyakit     |
|---------------|---------------|---------------------|
| ≥ 90 cm       | Laki laki     | Meningkat           |
| ≥ 102 cm      | Laki laki     | Sangat Meningkatkan |
| ≥ 80 cm       | Perempuan     | Meningkat           |
| ≥ 88 cm       | Perempuan     | Sangat Meningkatkan |

**b. Lingkungan**

Polusi udara, jalan raya dan kendaraan yang tidak sesuai standar *infrastruktur* atau suatu hal yang tidak support dalam hal pengendalian penyakit tidak menular.

**c. Faktor risiko fisiologi**

Obesitas, gangguan metabolisme kolesterol dan hipertensi.

## **9.4 Penatalaksanaan Penyakit Tidak Menular**

### **9.4.1 Penyakit Kardiovaskuler dan Serebrovaskuler**

**a. Penyakit kardiovaskuler**

Penatalaksanaan hipertensi dengan tujuan :

1. Memberikan informasi tentang proses terjadinya tekanan darah tinggi dan pengobatannya
2. Meningkatkan keikutsertaan klien pada perawatan diri : pengurangan asupan garam (tidak lebih dari 200mg natrium/sodium/hari), lakukan aktifitas fisik teratur (30 menit/hari sebanyak 5kali dalam 1 minggu), tidak merokok, diit sehat,minuman alkohol dihindari, kelola stres
3. Tidak terjadi komplikasi hipertensi : tidak ada gangguan penglihatan, tanda vital dalam nilai normal, fungsi ginjal normal, tidak edema dan sesak nafas.

### **9.4.2 Kanker**

1. Pencegahan primer melalui pemberian edukasi kesehatan tentang proses penyakit.
2. Pencegahan sekunder
  - a. Deteksi dini melalui format khusus yang berisi faktor risiko terjadinya kanker dan pemeriksaan laboratorium secara berkala.
  - b. Pemberian vaksinasi
  - c. Pemeriksaan diagnostik : Ct-scan, Tumor Marker Identification, MRI, USG, Fluoroscopy
3. Penatalaksanaan Kanker bertujuan eradikasi kanker secara khusus, memperpanjang waktu bertahan dan mengontrol pertumbuhan sel kanker, memperbaiki gejala yang berhubungan dengan penyakit.

### **9.4.3 Diabetes Melitus**

1. Penatalaksanaan meliputi beberapa hal
  - a. Manajemen nutrisi  
Tujuannya adalah tersedianya nutrisi yang dibutuhkan, pemenuhan kebutuhan tubuh, mempertahankan berat badan dan mencegah kenaikan gula darah. Hal ini cukup sulit, oleh sebab itu diperlukannya edukasi nutrisi, kelompok pendukung, terapi perilaku sampai konseling .
  - b. Latihan  
Utama dalam menurunkan kadar gula darah, dikarenakan gula darah digunakan di otot dan meningkatkan penggunaan insulin.
  - c. Pemantauan  
Perlunya observasi kadar gula dalam waktu 3-4 kali dalam sehari/ sebelum makan (penderita yang mendapatkan insulin). Frekuensi 2-3 kali dalam seminggu bagi yang tidak mendapatkan insulin.

- d. Terapi obat
- e. Edukasi kesehatan  
Perlunya materi dan media sesuai dengan kebutuhan klien dan keluarga. Materi meliputi manajemen nutrisi, penatalaksanaan DM sampai kondisi darurat seperti hipoglikemi.

## **9.3 Program pengendalian penyakit tidak menular**

### **9.3.1 *Screening* awal dan faktor risiko PTM di posbindu**

Suatu strategi kesehatan berbasis masyarakat, yang dilakukan di area Posbindu.

Aktifitas terdiri dari pengukuran tekanan darah, gula darah, pengukuran IMT (indeks masa tubuh), interview perilaku berisiko, dan pendidikan kesehatan mengenai gaya hidup sehat.

Selain kegiatan tersebut, dilakukan juga gerakan tekan angka Obesitas (gentas). Gentas yaitu gerakan yang melibatkan masyarakat untuk tindakan pencegahan obesitas. Aktifitasnya terdiri dari Pengukuran Indeks Massa Tubuh (BB, lingkaran perut dan tinggi badan). Interview Perilaku berisiko dan Informasi mengenai perilaku hidup sehat.

Pelaksanaannya :

1. Penanggungjawab Program Kabupaten/Kota menetapkan jumlah target dalam 1 tahun.
2. Menetapkan target populasi di wilayah desa / kelurahan / institusi melalui data yang sudah ditetapkan secara bersama oleh pengelola program, petugas puskesmas beserta institusi.
3. Dilakukan sosialisasi program di masyarakat dengan kriteria :
  - a. Lingkaran perut pria < 90 cm
  - b. Lingkaran perut wanita < 80 cm
  - c.  $IMT \geq 25 \text{ kg/m}^2$

4. Petugas program berkolaborasi dengan lintas sektor, mengintegrasikan GENTAS pada kegiatan hari besar di daerah misalnya hari ulang tahun Pemda, HUT RI, olah raga bersama, kegiatan mobilisasi masyarakat.
5. Pengelola berkoordinasi dengan Petugas Program Puskesmas untuk persiapan tim pelaksana.

### **9.3.2 Program Pelayanan Terpadu PTM**

Merupakan kegiatan identifikasi temuan dan penanganan kasus PTM dan manajemen faktor risiko PTM di faskes tingkat pertama secara terpadu.

Layanan dalam program ini berupa pendeteksian factor risiko : perilaku merokok, Obesitas, TD > 120/80 mmHg. gula darah sewaktu > 200 mg/dL, kolesterol ,usia 30-50 tahun (wanita) atau wanita yang pernah berhubungan seksual.

Selain hal tersebut, kegiatan yang lain adalah penanganan penyandang PTM dan Program Rujuk Balik (PRB).

### **9.3.3 Kawasan tanpa rokok (KTR)**

Kegiatan KTR di sekolah merupakan aktifitas dalam upaya pencegahan perilaku merokok siswa sekolah.

Pengendalian tembakau di Indonesia dengan cara perlindungan dari bahaya asap rokok melalui kawasan bebas rokok, mengingatkan masyarakat mengenai bahaya rokok, membatasi tayangan iklan rokok di media massa, tidak mengizinkan penjualan rokok pada anak usia di bawah 18 tahun juga wanita hamil, layanan upaya stop rokok melalui layanan terpadu PTM.

### **9.3.4 Deteksi dini kanker**

Merupakan kegiatan *screening* awal kanker payudara dan kanker leher rahim usia 30-50 tahun (wanita) atau wanita yang pernah berhubungan seksual, yang dilakukan di layanan kesehatan tingkat pertama.

Berupa : pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS) dan -  
Pemeriksaan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA)

### **9.3.5 Pengendalian Thalasemia**

Gerakan identifikasi awal pada kelompok risiko Thalasemia.

Aktifitasnya meliputi :

1. Identifikasi sasaran yang berisiko.
2. Pemeriksaan laboratorium (Hemoglobin, Hematokrit. MCV dan hapus darah tepi)

Sasarannya adalah yang memiliki saudara kandung penderita thalasemia.

### **9.3.6 Deteksi dini dan rujukan kasus katarak**

Kegiatan ini merupakan kegiatan pengukuran yang terkait gangguan penglihatan di layanan kesehatan berbasis masyarakat dan faskes tingkat pertama.

Kegiatannya yaitu

1. Metode hitung jari.
2. Pemeriksaan Tumbling-E di UKBM.
3. Pemeriksaan gangguan tajam penglihatan di FKTP

### **9.3.5 Layanan kesehatan inklusi disabilitas**

Program ini merupakan layanan kesehatan inklusif untuk yang mengalami *disability*. Ini terjadi apabila seluruh lapisan masyarakat termasuk penyandang tersebut mendapatkan layanan kesehatan yang sama.

Layanan tersebut dilakukan untuk mencapai kesetaraan hak asasi manusia dan memastikan keikutsertaan secara penuh, dan akses terhadap pelayanan kesehatan.

Meliputi :

1. Advokasi dan sosialisasi pada pemangku kepentingan dan tenaga kesehatan

2. Meningkatkan kompetensi petugas dan kader.
3. Memandirikan keluarga dan penyandang disabilitas.
4. Terpenuhi standar layanan kesehatan bagi penyandang Disabilitas : gedung, sarana prasarana, petugas serta kader yang kompeten.

## DAFTAR PUSTAKA

- Kemenkes RI.2019. Buku Pedoman: Manajemen Penyakit Tidak Menular. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit
- Nies dan Ewen. 2019. Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga.Edisi Pertama Indonesia. Singapore: Elsevier.
- [https://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/VHcrbkVobjRzUDN3UCs4eUJ0dVBndz09/2017/10/PTM\\_Pencegahan\\_dan\\_Pengendalian\\_Penyakit\\_Tidak\\_Menular\\_di\\_Indonesia\\_2017\\_01\\_16.pdf](https://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/VHcrbkVobjRzUDN3UCs4eUJ0dVBndz09/2017/10/PTM_Pencegahan_dan_Pengendalian_Penyakit_Tidak_Menular_di_Indonesia_2017_01_16.pdf)



# **BAB 10**

## **PENTINGNYA *HEALTHCARE* DAN TERAPI KOMPLEMENTER DI PERAWATAN KOMUNITAS**

***Oleh Nurmah Rachman***

### **10.1 Pendahuluan**

Perawat komunitas bekerja dalam peran yang sangat beragam dan berbagai lingkungan, termasuk sekolah, tempat kerja, klinik kesehatan dan rumah (Sue chilton and Heather Brain, 2018). Perawat memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat untuk meningkatkan kesejahteraan mereka. Perawat komunitas bekerja seumur hidup dan dengan berbagai kelompok sosial yang mencakup klien dan/ atau pasien yang rentan, mengalami ketidak setaraan dan dikucilkan secara sosial. Selain itu perawat komunitas tidak hanya bekerja secara mandiri dalam memimpin, mengelola dan memberikan perawatan kesehatan, namun mereka juga memiliki tanggung jawab pada kesehatan masyarakat. Praktik komunitas bersifat dinamis selalu berubah dan terus berubah.

Ada ketidak setaraan yang diakui dalam status kesehatan antara orang yang berbeda dalam masyarakat dan penentu utama termasuk kelas sosial, budaya, pekerjaan, pendapatan, jenis kelamin dan lokasi geografi. Ketimpangan kesehatan tidak acak tetapi terkait dengan “gradient sosial” dalam kesehatan, lokasi geografi dan tingkat kekurangan pendapatan yang tinggi biasanya memiliki harapan hidup yang rendah. Karier perawatan kesehatan di rumah memungkinkan perawat untuk benar-benar membuat perbedaan dalam

kehidupan klien /pasien dan keluarga mereka. Profesional kesehatan *homecare* menikmati hubungan pribadi yang mereka bangun dan rasa pencapaiannya dengan mengetahui bahwa mereka meningkatkan kualitas hidup seseorang. Seorang perawat adalah seorang yang memberikan perawatan dan dukungan pribadi kepada klien/pasien dan keluarga yang tidak mampu menjalani hidup mereka sendiri ((auth.), 2017).

Pentingnya *home care* adalah pemberi perawatan kesehatan yang paling hemat biaya yang ditawarkan karena tidak ada biaya kamar dan pondokan dibandingkan dengan rumah sakit, pusat rehabilitasi serta pengaturan perawatan institusi lainnya. Selain itu pulih lebih cepat, dengan lebih sedikit komplikasi dirumah daripada di rumah sakit. Dengan perawatan kesehatan di rumah pasien dapat memperoleh bantuan untuk mengelola pengobatan mereka. Hal ini mencegah interaksi dengan obat berbahaya dan dapat membantu menghindari rumah sakit.

Perawat *home care* dapat membantu klien menavigasi melalui jaringan sumber daya perawatan kesehatan dan secara efektif mengkomunikasikan kebutuhan dan tujuan perawatan *home care* kepada dokter, staf rumah sakit dan staf perawat *home care*. Perawat *home care* sangat penting bagi mereka yang membutuhkan, membantu disekitar rumah, pengingat minum obat dan membantu aktivitas hidup sehari-hari seperti, toileting, berpakaian, perawatan mulut dan mandi, bantu pengawasan untuk keamanan dan kenyamanan. Termasuk terapi komplementer atau terapi pelengkap, terapi komplementer dirancang untuk digunakan bersamaan dengan perawatan medis konvensional. Terapi komplementer seperti meditasi, pijat dan akupunktur dapat meningkatkan rasa kendali, mengurangi stress dan kecemasan, serta memperbaiki suasana hati (Cranford, 2020).

Konsep kesehatan memiliki banyak dimensi seperti: fisik, mental, emosional, sosial dan spiritual. Semua aspek

kesehatan saling bergantung dalam pendekatan holistik. Heber benson dan rekan-rekan meneliti hubungan pikiran, tubuh dan respon relaksasi. Artinya psiko dari pikiran dan jiwa, neuro melalui otak atau neuron, dan imunologi yang merupakan sistem kekebalan tubuh. Sistem komunikasi antara pikiran dan tubuh, sistem saraf otonom (simpatis dan parasimpatis) serta saraf nonkolinergik dan nonadrenergik (NANC). Bagaimana otak dan sistem kekebalan berinteraksi melalui hormone, neurotransmitter dan sitokin yang berjalan melalui darah dan saraf, komunikasi kimia dua arah diatur oleh corticotropin – releasing factor yang di stimulasi oleh pikiran dan emosional atau aktivasi imun untuk mempengaruhi aksis hipotalamus-hipofisis- adrenal (Gladstar, 2014) (Hawn, 2011).

Stress umumnya membahayakan kekebalan tubuh, peristiwa kehidupan yang penuh tekanan telah dikaitkan dengan kerentanan terhadap infeksi, pengaktifan kembali virus herpes dan perkembangan kanker, HIV. Untuk hal ini perlu efek positif dari olah raga, pijat, sentuhan terapeutik dan terapi manual pada sistem kekebalan dengan aman menempatkan terapi alternatif dan terapi manusia sistem kekebalan dengan aman menempatkan terapi alternatif. Terapi alternatif dengan intervensi pikiran- tubuh – psikoterapi, kelompok pendukung meditasi, perumpamaan, hipnotis, bio feedback, terapi tari dan musik, terapi seni, doa dan penyembuhan mental (Sondra Komblatt, 2008).

Profesional perawat kesehatan mengeksplorasi manfaat terapi komplementer dan alternatif. Terapi holistik untuk mempengaruhi tidak hanya satu sistem, tetapi semua sistem tubuh dengan mempengaruhi daya hidup pasien secara positif melalui manipulasi sistem energi tubuh. Perawat *home care* meningkatkan layanan pasien/ klien yang disesuaikan dengan kebutuhan perawatan kesehatan dan keluarga klien. Sistem praktik medis alternatif 70% hingga 90% dari semua perawatan kesehatan diseluruh dunia perawatan kesehatan

populer, perawatan kesehatan berbasis komunitas, pengobatan tradisional termasuk akupunktur dan Ayurveda ((editor), 2021).

Terapi komplementer jamu, merupakan obat tradisional yang mengandalkan pengetahuan tentang efek dari jamu. Diet dan nutrisi dalam pengetahuan dan pengobatan penyakit kronis, misalnya penyakit jantung menekankan nutrisi, yoga, meditasi, imajinasi atau visualisasi terpadu, serta olah raga. Intervensi pikiran – tubuh – psikoterapi, meditasi, hipnoterapi, *biofeedback*, terapi music, doa, dan penyembuhan mental. *Home care* merupakan sistim *fee for outcome* daripada *fee for service*. *Home care* penting bagi mereka yang membutuhkan, membantu disekitar rumah mengingat minum obat dan membantu aktivitas hidup sehari-hari seperti bantuan pengawasan untuk keamanan dan kenyamanan (Ruth Lindquist PhD RN (editor), 2022).

## 10.2 Pentingnya Homecare

*Home care* membantu mempertahankan gaya hidup sehat dan aktif selama mungkin dalam kenyamanan rumah mereka sendiri. Sementara perawat biasanya tidak bersertifikasi secara medis, mereka menerima pelatihan profesional untuk memungkinkan mereka membantu dalam aktivitas kehidupan sehari-hari seperti mandi, berpakaian, menyiapkan makanan, makan, transportasi, menjalankan tugas dan pekerjaan rumah. Lebih penting lagi perawatan menyediakan persahabatan dan mental. Mayoritas penerima *home care* adalah pasien dengan usia rata-rata 69 tahun. Tiga dari lima penerima perawatan rumah 59% mengalami kondisi fisik jangka panjang dan 26% mengalami masalah memory, dan 37% memiliki lebih dari satu masalah kesehatan berkelanjutan untuk gangguan fisik dan memerlukan bantuan aktivitas hidup sehari-hari seperti mandi, toileting, dan makan (Stacey, 2011).

*Home care* menjadi sangat penting karena pertumbuhan yang cepat dari populasi yang menua, pertumbuhan pengeluaran perawatan kesehatan, kemajuan dalam bidang kedokteran dan teknologi, lama tinggal di rumah sakit dan peningkatan rawat jalan. Banyak perubahan yang terjadi melalui perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, penurunan angka kematian ibu, bayi dan anak, kebiasaan gizi yang lebih baik dan seimbang, peningkatan tingkat pendidikan, penurunan frekuensi penyakit menular dan perbaikan kebiasaan hidup sehat.

*Home care* melaksanakan pelayanan preventif, kuratif, rehabilitative yang berkesinambungan, terorganisir dan komprehensif diberikan oleh tim multiprofesional kepada masyarakat dan keluarganya. Peningkatan ini meningkatkan harapan hidup dan anggota masyarakat hidup lebih lama, yang disesuaikan dengan trend demografi global. *Home care* adalah layanan yang berkesinambungan terorganisir komprehensif, pelayanan keperawatan meliputi asuhan dan pelatihan yang diberikan oleh perawat *home care* secara rutin dan berkala. Pelayanan penunjang kesehatan meliputi pelayanan yang dapat membantu individu untuk beraktivitas dan hidup mandiri di rumah. Ini termasuk psikoterapi, terapi fisik, perawatan kaki, terapi bicara, dan terapi okupasi (Gladstar, Herbs for Common Ailments: How to Make and Use Herbal Remedies for Home Health Care, 2014).

Layanan *home care* adalah layanan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup individu yang tinggal di rumahnya sendiri dan membutuhkan perawatan rutin dan tindak lanjut melalui banyak layanan yang diberikan di rumah. Proses keperawatan adalah salah satu pendekatan untuk pengelolaan perawatan individu yang efektif, ini melibatkan: (1) penilaian (assessment) kebutuhan setiap penghuni, (2) perencanaan intervensi perawatan, (3) pemberian intervensi perawatan, dan (4) evaluasi pelaksanaan intervensi perawatan.

Penilaian (*assessment*) merupakan alat penilaian terfokus yang dirancang untuk memberikan pemahaman mendetail tentang kemampuan dan kebutuhan penghuni sehubungan dengan risiko atau masalah tertentu. penilaian (*assessment*) awal bersifat holistik yaitu mempertimbangkan kebutuhan dan kemampuan fisik atau biologis, psikologis dan sosial penghuni rumah. Yang mendefinisikan mereka yang menggunakan layanan perawatan kesehatan dalam hal masalah. Pendekatan *holistic* yang di tunjukkan pada gambar dibawah ini mengakui bahwa kebutuhan seseorang muncul dari interaksi antara keadaan fisik, psikologi dan sosial individu mereka.



**Gambar 10.1.** Aspek Holistik

| FISIK                                                                                                                                                    | SOSIAL                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktivitas kehidupan sehari-hari</li> <li>○ Kontrol nyeri</li> <li>○ Penilaian risiko misalnya, ulkus</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hubungan pribadi, sosial dan keluarga</li> <li>○ Sosial pendidikan dan riwayat ekonomi</li> <li>○ Pertimbangan budaya</li> </ul> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| tekanan, status gizi,<br>risiko jatuh <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Riwayat medis saat ini masalah kesehatan dan obat-obatan dan perawatan.</li> </ul>                                                                                                          | dan etnis <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Preferensi tentang bentuk alamat rutinitas sehari-hari dan pemberian berita</li> <li>○ Aktivitas, minat dan habbi favorit</li> </ul> |
| <b>Psikologi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Akal, kognisi, orientasi (tempat dan waktu) dari memori</li> <li>○ Motivasi, mood dan emosi</li> <li>○ Spiritualitas</li> <li>○ Kehilangan, Perubahan dan Adaptasi</li> <li>○ Perilaku yang menantang</li> </ul> |                                                                                                                                                                                         |

Dokter mempertimbangkan *home care* perawata rumah harus memahami bahwa keahlian klinis tidak secara otomatis di transfer ke pengaturan *home care*. Sebaliknya dokter harus mampu bekerja dalam pengaturan yang tidak terstruktur dan cukup percaya diri untuk berlatih secara mandiri. Teori majamen diri Orem, merupakan salah satu teori yang digunakan untuk mendukung rehabilitasi dan pemulihan pasien. Orem, menyarankan agar perawat menawarkan perawatan yang sepenuhnya bersifat kompensasi atau suportif – edukatif kepada pasien. Teori Handerson, berkisar pada konsep perawatan diri, ketika pasien menjadi lebih baik perawat membantu pemulihan pasien dan bekerja dalam kemitraan dengan pasien menuju kemajuan melalui rencana perawatan.

Model adaptasi Roy, berfokus pada adaptasi pasien terhadap perubahan gaya hidup yang disebabkan oleh penyakit atau kecacatan. Peran klinisi adalah mendorong adaptasi dan

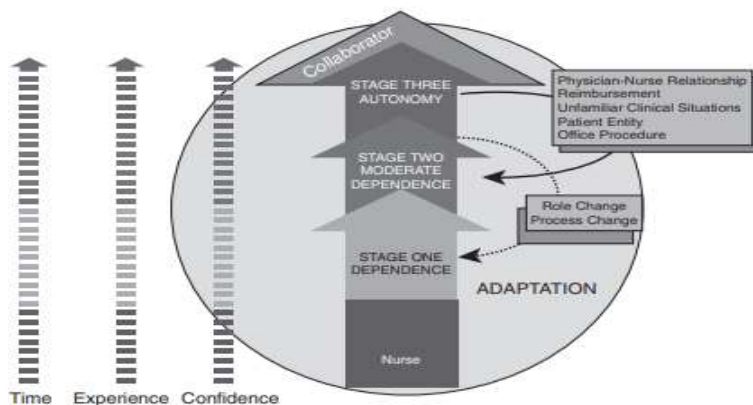
membantu pasien menyalurkan sumber dayanya menuju adaptasi. Pasien *home care* sering sakit kronis, akibatnya perawat *home care* harus memahami konsep penyakit kronis karena merawat mereka yang sakit kronis secara inheren berbeda dengan merawat pasien yang sakit akut. Ciri-ciri yang menggambarkan seseorang yang memiliki penyakit kronis, yakni:

1. Bersifat permanen
2. Meninggalkan cacat sisa
3. Disebabkan oleh kondisi patologis yang tidak dapat di pulihkan
4. Membutuhkan pelatihan khusus pasien yang rehabilitasi
5. Membutuhkan pengawasan, observasi atau perawatan yang lama

Pasien dengan penyakit kronis sering mendapatkan pengalaman dengan aspek penyakitnya seperti perawatan luka, prosedur atau pengobatan. Pasien harus diajari alasan dibalik perlunya perubahan dan pasien harus dijadikan mitra dalam rencana perawatan. Pasien dengan penyakit kronis hidup dengan konsekuensi dari penyakitnya sepanjang waktu, seperti rasa sakit, kemungkinan cacat, fungsi yang berkurang, ketergantungan pada orang lain dan ketidakmampuan untuk beradaptasi dalam segala hal yang ingin mereka lakukan. Pasien dalam *home care*, harus dibuat merasa bahwa mereka adalah mitra yang setara dalam perawatan di rumah, dan pasien harus bersedia mengizinkan perawatan yang diberikan.

Anggota keluarga dan perawat lainnya harus direkrut untuk rencana perawatan *home care* sehingga mereka dapat mendorong dan membantu pasien untuk berpartisipasi. Tujuannya adalah pasien dapat mengelola kebutuhan perawatan kesehatannya sendiri dengan demikian mencapai keharmonisan pribadi. Peran perawat adalah memfasilitasi kemandirian pasien dengan mendidik, mengadvokasi, dan

mengelola kasus. Pasien dan perawat membentuk satu kesatuan dan harus dirawat secara holistik. *Home care* terdiri dari 3 (tiga) tahap, yakni: (1) ketergantungan, (2) ketergantungan sedang, dan (3) otonomi. Mencapai tahap otonomi, mungkin untuk mundur sebentar ke tahap 2 ketergantungan sedang dan tahap 1 ketergantungan. Penting bagi klinisi dalam perawatan *home care* untuk memahami teori keluarga sehingga kekuatan dan pengaruh “keluarga” tidak diremehkan.



The Neal Theory of Home Health Nursing Practice.

Prinsip dasar keluarga, menurut Dunvall kemajuan keluarga melalui tahapan yang dapat diprediksi. Ada harapan dan interaksi diantara anggota keluarga berubah seiring dengan perubahan harapan. Peran berubah saat anggota keluarga berusaha memenuhi peran mereka disetiap tahapan. Keluarga memiliki tugas yang harus diselesaikan di setiap tahap seperti halnya setiap individu. Keluarga secara keseluruhan harus membantu keluarga dan individu menyelesaikan tugas agar dapat berfungsi secara efektif sebagai unit keluarga. Konflik dapat terjadi antara tugas

keluarga dan tugas individu. *Foundation* teori *home care* bertumpuh pada inti perawatan diri pasien, pemulihan atau penggantian fungsional, dan manajemen penyakit kronis.

Perawat *home care* memberikan perawatan kepada pasien dari segala usia, kepada siapa saja yang membutuhkan perawatan di rumah mereka. Perawat *home care* tidak hanya kebutuhan pasien, tetapi pada kebutuhan keluarga dan orang lain yang merawat pasien untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan yang optimal bagi pasien. Tujuan keperawatan kesehatan *home care* adalah untuk membantu pasien mencapai kesehatan, kesejahteraan, fungsi dan perawatan diri yang optimal dan untuk mendukung pasien dan keluarga diakhir kehidupan.

### **10.3 Terapi Komplementer**

Terapi komplementer dikenal dengan berbagai istilah, termasuk pengobatan komplementer, terapi alternatif, pengobatan alternatif, terapi holistik dan pengobatan tradisional. Terapi komplementer digunakan bersama dengan pengobatan atau perawatan konvensional. Konvensional mengacu pada biomedis, pengobatan komplementer dan alternatif adalah sekelompok sistem, praktik dan produk perawatan medis dan kesehatan yang beragam. Terapi komplementer digunakan bersamaan dengan perawatan medis standar tetapi tidak dengan sendirinya dianggap sebagai pengobatan standar, seperti menggunakan akupunktur untuk membantu mengurangi beberapa efek samping pengobatan kanker.

Memberi perawatan strategi yang dapat mereka gunakan untuk menjaga diri sendiri, menggabungkan praktik perawatan diri dalam hidup mereka untuk memperbarui energi mereka dan lebih hadir untuk pasien dan kolega. Komplementer digunakan dalam pengobatan integrative, harus

memiliki beberapa bukti ilmiah, keamanan dan efektivitas berkualitas tinggi. Terapi komplementer paling sering digunakan untuk mengobati sakit punggung atau masalah punggung, masuk angin, sakit leher, nyeri sendi, dan kecemasan. Mengobati atau meredakan gejala kanker, penyakit kardiovaskuler dan penyakit paru.

Perawat memfasilitasi penyembuhan pada orang dengan penyakit yang tidak hanya memiliki penyakit, tetapi juga berjuang dengan pengalaman manusia tentang penyakit dalam hal gejala, penderitaan dan konsekuensinya untuk menemukan keutuhan yang diwujudkan dalam pengalaman. Penyembuhan perawat modern adalah perpaduan keterampilan ilmiah dan komitmen spiritual, yang memahami bahwa penyembuhan lebih dari sekedar menyembuhkan. Paradigma perawat, penyembuhan adalah akar dari praktek keperawatan profesional.

Penyakit terjadi jika tubuh tidak seimbang, tubuh dapat menyembuhkan dirinya sendiri dan mempertahankan keadaan sehat jika diberi kondisi yang tepat. Banyak terapi komplementer berkontribusi pada relaksasi dan mengurangi stress. *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), 2004. Mengidentifikasi Karakteristik orang yang menggunakan terapi komplementer, menemukan bahwa lebih banyak wanita menggunakan terapi komplementer daripada laki-laki. Selain itu persentasi penggunaan yang memiliki gelar akademis lebih tinggi, dibanding dengan kelompok bukan pengguna.

**Tabel 10.1.** Klasifikasi NCCAM untuk Terapi Pelengkap dan Contoh Terapi Komplementer

|                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sistem Perawatan Alternatif Sistem perawatan kesehatan yang telah dikembangkan terpisah dari pendekatan biomedis Barat untuk perawatan Contoh: Pengobatan Tradisional Cina, Ayurveda, pengobatan Amerika Asli, curanderismo, homeopati, naturopati                |
| Terapi Pikiran-Tubuh Intervensi yang menggunakan berbagai teknik untuk memfasilitasi kapasitas pikiran untuk memengaruhi gejala fisik dan fungsi tubuh Contoh: citra, meditasi, yoga, terapi musik, doa, jurnal, <i>biofeedback</i> , humor, tai chi, terapi seni |
| Terapi Berbasis Biologi Praktik dan produk berbasis biologis dan alami Contoh: preparat yang berasal dari tanaman (herbal), diet khusus seperti Pritikin dan Ornish, obat orthomolecular (suplemen nutrisi dan makanan), produk lain seperti tulang rawan         |
| Manipulatif dan Sistem Berbasis Tubuh Terapi yang didasarkan pada manipulasi dan gerakan tubuh Contoh: pengobatan chiropraktik, berbagai jenis pijatan, kerja tubuh seperti Rolfing, terapi cahaya dan warna, hidroterapi                                         |
| Terapi Energi Terapi yang berfokus pada energi yang berasal dari dalam tubuh (biofields) atau energi yang berasal dari sumber luar Contoh: sentuhan penyembuhan, sentuhan terapi, Reiki, Qi Gong eksternal, magnet                                                |

Florence Nightingale menekankan pentingnya menciptakan lingkungan dimana penyembuhan dapat terjadi dan pentingnya terapi seperti musik dalam proses penyembuhan. Keperawatan perlu menegaskan bahwa telah banyak dari terapi yang telah diajarkan dalam program keperawatan dan telah di praktekkan oleh perawat. Terapi

seperti: meditasi, terapi musik, humor, pijat, sentuhan terapi, mendengarkan aktif dan kehadiran. Karena pasien mengharapkan profesional kesehatan untuk memiliki pengetahuan tentang terapi komplementer. Maka sangat penting bagi perawat untuk: (1) memberikan panduan dalam mendapatkan riwayat kesehatan dan menilai pasien, (2) menjawab pertanyaan dasar tentang penggunaan terapi komplementer dan merujuk pasien ke sumber informasi yang dapat dipercaya, (3) merujuk pasien ke terapis yang kompeten, dan (4) memberikan sejumlah terapi komplementer yang di pilih.

## **10.4 Perawatan Komunitas**

Pengembangan inisiatif seperti respon cepat, perawatan menengah, pemulangan dini dan klinik yang dipimpin perawat menawarkan tantangan dan peluang bagi perawat komunitas. Politisi mengakui besarnya tugas yang diberikan kepada orang-orang dan mengakui bahwa perubahan budaya yang sangat besar diperlukan bersama dengan komunikasi yang efektif. Penerapan tata kelola klinis yang efektif sangat penting untuk pengembangan praktik keperawatan komunitas yang inovatif dan cara kerja yang berbeda.

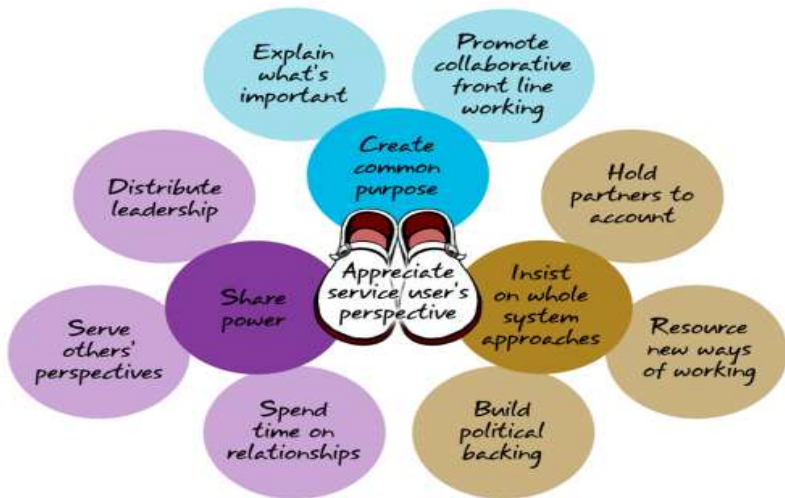
Perawat komunitas bekerja di berbagai macam pengaturan - klinik, pusat kesehatan, rumah orang, sekolah, tempat kerja dan rumah pribadi. Beberapa perawat komunitas mungkin merawat semua kelompok umur, tetapi menghabiskan sebagian besar waktunya dengan subkelompok tertentu. Sebagian besar kunjungan perawat distrik cenderung pada orang yang lebih tua (Komisi Audit 1999). Perawat komunitas bekerja sama dengan anggota tim lainnya. Kolaborasi dan kerja tim sangat penting untuk perawatan pasien yang efektif.

Untuk melaksanakan kegiatan *home care* dan terapi komplementer. 'Kita semua dibiayai oleh pembayar pajak', ataupun biaya dari masyarakat, 'Mengapa kita tidak bisa menyelesaikan masalah ini dengan lebih baik? Dalam berbagi pengetahuan dan keterampilan dengan cara kolaboratif, tujuan bersama dari perawatan holistik lebih mungkin dicapai dengan manfaat utama bagi pasien dan keluarga. Kolaborasi yang sukses memiliki tujuan yang sama, desakan yang kuat pada pendekatan keseluruhan sistem, kekuatan bersama, dan menggunakan perspektif pengguna layanan untuk merangsang perubahan. Kolaboratif adalah salah satu langkah menuju pengambilan keputusan yang terinformasi sepenuhnya dalam memenuhi kebutuhan pasien dan perawatnya serta memberikan perawatan kesehatan komunitas yang efektif dan efisien.

Melihat pelayanan perawatan kesehatan yang kurang berkolaborasi meningkatkan banyak pengeluaran masyarakat dan pelayanan perawatan kesehatan semakin buruk bagi mereka yang membutuhkan, mereka yang sakit kronis, meningkatnya usia lanjut, agar hidup dengan aman dan baik di rumah. Perawatan komunitas dengan memperhatikan kebutuhan pasien dan kebutuhan untuk bekerja secara kolaboratif. Dengan mengurangi fragmentasi dan meningkatkan hasil pasien yang positif. Tentu kita bisa menghemat uang dan meningkatkan kepuasan masyarakat dengan berkolaboratif.

Penilaian kebutuhan membutuhkan lebih dari data epidemiologi pada populasi yang ditentukan secara geografis. Agar tanggap terhadap pengguna, diperlukan keterlibatan penyedia layanan garis depan, terutama yang berbasis di masyarakat. Profesional perawatan primer lebih dekat dengan pengguna layanan daripada kebanyakan penyedia lainnya, dan memiliki peran kunci dalam mengidentifikasi kebutuhan perawatan kesehatan. Tim perawatan kesehatan primer

diminta untuk menilai kebutuhan populasi praktik mereka untuk memandu praktik dan mencapai target di berbagai bidang seperti promosi kesehatan.



**Gambar 10.2.** Collaboratif Working

Kolaborasi artinya hal yang berbeda bagi orang yang berbeda, bagaimana 3 (tiga) atau lebih organisasi yang didanai masyarakat bekerjasama dengan penggunaan layanan yang sama untuk memberikan sesuatu yang bernilai pelayanan masyarakat. Upaya-upaya yang dilakukan untuk memperluas interaksi dengan pengguna jasa dengan fokus pada salah satu kebutuhan layanan kesehatan. Seperti kebutuhan akan *home care* dan pelayanan komplementer pada perawatan komunitas. Terlihat pada gambar diatas ada 12 tema-tema ini mempengaruhi dan menarik, mendorong satu sama lain menjalin hubungan mereka mencoba berjalan dengan sepatu mereka.

Pemberian layanan, pertama menciptakan tujuan bersama tentang organisasi yang berkolaborasi ingin mencapai

hal yang sama, memiliki visi bersama tentang tujuan mereka. Kedua, bersikeras pada pendekatan seluruh sistim yang dimaksud sumber kekuatan yang bersikeras bahwa mereka yang bekerja di layanan. Pengguna jasa pasien dan perawatan mereka berpartisipasi dalam tim interprofesional, tim interprofesional mencapai tujuannya melalui pembelajaran dan kerja kolaboratif serta pengetahuan dan keterampilan kolektif dari semua anggota tim.

Konfrontasi dapat terjadi antara pasien atau pengasuh dan perawat. Keterampilan komunikasi sangat penting dalam semua bidang keperawatan; namun, beberapa masalah memerlukan pemikiran yang hati-hati saat mengunjungi pasien dan klien di rumah mereka sendiri. Rumah tangga sangat bervariasi dan staf yang baru mengenal kerja komunitas mungkin terkejut atau kaget dengan kondisi di mana beberapa orang tinggal. Penting untuk menyampaikan rasa hormat kepada semua pasien dan klien, apa pun pemikiran yang mungkin dialami. Nabb (2000) menemukan banyak insiden keluarga dan perawat menyerang perawat – ingat bahwa memberi dan menerima informasi harus selalu dilakukan dengan sopan dan sensitive.

Ada harapan bahwa seorang perawat akan bekerja secara kooperatif dengan profesional lainnya, menghargai keterampilan, keahlian dan kontribusi mereka. Selain itu, seorang perawat harus berkomunikasi secara efektif untuk berbagi pengetahuan, keterampilan dan keahlian untuk bekerja secara efisien dengan anggota tim lainnya, sambil mempertahankan standar perawatan yang tinggi (NMC 2002a). Perawat yang ingin memperkaya kebutuhan praktik mereka untuk memiliki pemahaman yang lebih besar tentang apa artinya bekerja secara kolaboratif, tidak hanya dengan profesional lain tetapi terutama dengan pasien dan pengasuh mereka (Fatchett 1996). Keterlibatan aktif pasien dalam

perawatan mereka merupakan inti dari kebijakan pemerintah saat ini.

Tujuan kerja kolaboratif adalah bahwa hal itu harus mengarah pada peningkatan kesehatan atau hasil pasien yang lebih baik, kebijakan dan praktik menempatkan penekanan pada kerja kolaboratif. Kebijakan kesehatan dan sosial pemerintah terus memperkuat kebutuhan akan perawatan kesehatan primer dan kerja sama tim untuk menghadapi tantangan populasi yang terus berubah dan 'penyakit terkait gaya hidup' di masyarakat banyak profesional perawatan kesehatan dan sosial 'mengalahkan jalur yang sama' untuk pasien. Hasilnya adalah kebingungan bagi pasien dan pengasuh mereka dan duplikasi layanan. Dianggap bahwa penyediaan layanan terfragmentasi dan potensi kebutuhan kesehatan yang hilang signifikan.

Kolaborasi dan pendekatan kemitraan untuk perawatan telah menjadi pusat penyediaan perawatan di masyarakat. kebutuhan untuk menjauh dari batasan tradisional perawatan kesehatan dan sosial menuju pengembangan tim multiprofesional yang bekerja di seluruh rumah sakit dan pengaturan perawatan primer. layanan sosial dan layanan kesehatan untuk memberikan 'perawatan tanpa batas' kepada orang-orang di rumah mereka sendiri atau di lingkungan rumahan. Tim multi-disiplin, multi-profesional, antar-lembaga orang akan bekerja sama. Di saat sumber daya berkurang dan permintaan meningkat, mereka akan memberikan perawatan yang efektif dan berkualitas tinggi yang akan dipimpin oleh kebutuhan dan bukan hanya ketentuan.

Meningkatnya penekanan pada peran tim perawatan kesehatan primer telah terjadi sebagai akibat dari biaya rumah sakit yang terus meningkat bersamaan dengan pengakuan pemerintah akan pentingnya mereka sebagai penjaga gerbang untuk perawatan kesehatan. Kata 'berkolaborasi' berasal dari bahasa Latin *collaborare* yang berarti 'bekerja bersama'. arti

kerjasama antar organisasi atau individu yang bekerja sama atau bertindak bersama. mendefinisikan kolaborasi sebagai pertukaran informasi antara individu yang terlibat dalam pemberian perawatan, yang memiliki potensi tindakan atau kerja sama untuk kepentingan tujuan bersama. Di sini kolaborasi dipandang sebagai 'kemitraan individu dan organisasi yang dibentuk untuk memungkinkan orang meningkatkan pengaruh mereka atas faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan dan kesejahteraan mereka.

Dokter umum dan perawat praktik mungkin terlibat dalam perawatan luka dan pengobatan ada empat jenis kolaborasi: apresiatif perencanaan, dialog, strategi kolektif, dan penyelesaian yang dinegosiasikan. Dengan demikian proses kolaboratif akan melewati tiga fase: pemecahan masalah, penetapan arah dan implementasi bekerja dalam kemitraan dan perawatan kolaboratif berarti memastikan bahwa struktur rumah sakit cukup fleksibel untuk mendukung pasien dan memungkinkan mereka berfungsi. berkolaborasi dan dengan siapa kita perlu berkolaborasi khususnya keterampilan yang dibutuhkan untuk berkolaborasi secara efektif. satu-satunya tujuan kolaborasi adalah untuk memberikan bantuan yang optimal.

Kolaborasi anda bekerja dengan orang lain melibatkan keterlibatan dengan orang lain secara pribadi. Namun, sebelum kita dapat melakukan ini, kita harus memiliki pemahaman yang baik tentang diri kita sendiri dalam hal 'bagaimana kita dianggap oleh orang lain, tanggapan dan reaksi khas kita, dan kebutuhan kita sendiri'sikap kolaboratif dapat dikelompokkan dalam konsep: **timbang balik, fleksibilitas dan integritas, diantaranya:**

- 1) Timbal balik didasarkan pada rasa hormat dan kepedulian terhadap individu dan pengembangan saling pengertian dan saling percaya.

- 2) Fleksibilitas adalah kesiapan untuk mengeksplorasi ide-ide baru dan metode praktik serta sikap terbuka terhadap perubahan. Ini tentang bekerja dalam kemitraan dengan klien dan kolega dan bukan tentang posisi kekuasaan.
- 3) Integritas profesional mendahulukan kebutuhan klien dan bukan kebutuhan individu praktisi. Integritas, menurut Hornby dan Atkins, menuntut para praktisi memeriksa praktik defensif dan kecenderungan separatis mereka sendiri

Thompson (1996), mengatakan kemampuan untuk menghargai perasaan dan keadaan orang lain meskipun kita belum tentu membaginya. Ini tentang peka terhadap perbedaan dan menghindari membuat asumsi stereotip. Untuk menghindari diskriminasi dan kerugian, kebutuhan pasien yang berbeda harus dipenuhi menekankan pentingnya memperlakukan orang lain, baik sebagai individu atau kelompok, secara adil, sensitif dan sopan, tanpa memandang siapa mereka. Selanjutnya, mereka mengidentifikasi keterampilan, pengetahuan, dan sikap berikut, yang berlaku untuk hampir semua situasi dengan:

1. Empati
2. Menaati hukum
3. Memikirkan konsekuensi
4. Tidak mempercayai mitos
5. Keinginan untuk bersikap adil
6. Keterbukaan terhadap gagasan yang berbeda
7. Pemikiran reflektif
8. Kepekaan
9. Menggunakan bahasa yang tepat
10. Mengetahui tentang masalah
11. Memperlakukan orang sebagai individu
12. Tidak melihat alternatif budaya sebagai ancaman.

Peran perawat seharusnya tidak diterima begitu saja atau diremehkan: praktisi harus memperhatikan kesejahteraan mereka seperti kesejahteraan pasien. Perasaan dihargai ini mungkin tidak secara otomatis menghasilkan peningkatan partisipasi tetapi setidaknya dapat membawa manfaat emosional baik bagi perawat maupun pasien. Memfasilitasi ekspresi perasaan pasien dan perawat adalah keterampilan yang sering kali dapat meningkatkan pemahaman tentang suatu situasi, menyelesaikan hambatan untuk maju, dan menghilangkan ketegangan dan kesusahan.

Begitu banyak perubahan mendasar yang terjadi dalam perawatan primer yang mungkin sekarang adalah saat yang tepat untuk menantang sikap yang sudah mapan dan mengakar. Kolaborasi antara profesional dan antara lembaga layanan saat ini dianggap sebagai landasan pengembangan perawatan komunitas karakteristik positif dari kerja tim. Tiga tema utama muncul:

1) Motivasi dan fleksibilitas staf.

Kualitas pribadi staf seperti fleksibilitas, kemampuan beradaptasi, dan kurangnya kecemburuan profesional memungkinkan anggota tim untuk bekerja melintasi batas-batas profesional.

2) Komunikasi dalam tim.

Temuan-temuan mengidentifikasi pertemuan tim yang teratur dan sering serta kesepakatan tentang strategi komunikasi, misalnya catatan bersama, dalam tim sebagai inti dari kerja tim yang efektif.

3) Peluang untuk pengembangan kreatif kerangka kerja.

Dorongan dan kesempatan perlu disediakan bagi staf yang bekerja sama untuk memungkinkan mereka mengembangkan metode kerja kreatif yang memenuhi kebutuhan pasien mereka.

Penting untuk keberhasilan kerja kolaboratif adalah mekanisme yang ditetapkan untuk membuat keputusan. Masalah dapat terjadi ketika tim tidak memiliki proses yang jelas dan disepakati. Ovretveit (1993) menunjukkan bahwa konflik dapat muncul kecuali perbedaan ditayangkan dan dikerjakan dengan cara yang kreatif dan adil. Prosedur pengambilan keputusan yang tidak terstruktur membuang waktu, menyebabkan konflik dan kebencian dan dapat menyebabkan kehancuran tim. Singkatnya, kerja kolaboratif adalah cita-cita yang pada dasarnya berusaha untuk memastikan bahwa kepentingan terbaik pasien terlindungi.

#### **10.4.1 Praktisi Terapi Komplementer**

Praktisi perawat *home care* melakukan *Healing Touch* (HT), terapi sentuh sebagai terapi komplementer. Untuk penyembuhan dan perawatan sentuhan untuk meningkatkan penyembuhan berasal dari China ± 5000 tahun yang lalu. Penggunaan terapi tangan ini menyalurkan energi yang disebut meridian, medan energy (aura) dan pusat energy (cakra). Perawat atau praktisi dalam terapi sentuhan (*healing touch*) energik untuk meningkatkan keseimbangan dan penyembuhan. Sudut pandang terapi baeat berfokus pada perubahan fisiologis yang terjadi pada tingkat seluler dan terapi sentuhan (*healing touch*) diyakini mempengaruhi penyembuhan.

Terapi sentuhan adalah jenis terapi komplementer yang menggunakan teknik berbasis energi lembut untuk mempengaruhi dan mendukung sistim energi manusia didalam tubuh (pusat energi) dan sekitar tubuh (medan energi). Terapi sentuhan berfokus pada penciptaan keseimbangan energik seluruh tubuh pada tingkat fisik, emosional, mental dan spiritual daripada hanya pada bagian disfungsi. Melalui penyeimbangan sistim energy dan oleh karena itu membuka sumbatan energy, lingkungan tercipta kondusif untuk penyembuhan diri.



**Gambar 10.3.** Healing Touch Therapy

Melalui interaksi medan energi antara praktisi dan klien menggunakan tangan praktisi, niat yang berfokus pada kebaikan tertinggi klien dan proses pemusatan, teknik sentuhan terapi, non invasive khusus untuk kebutuhan klien digunakan untuk menciptakan energi ini. Keseimbangan menggambarkan proses keterpusatan sebagai meditasi, dimana seseorang menghilangkan semua gangguan dan berkonsentrasi pada tempat keheningan dimana seseorang dapat merasa benar-benar terintergrasi, bersatu dan terfokus. Menemukan “Tempat Hening didalam” ini di capai oleh orang melalui pernapasan perut yang dalam, doa, meditasi atau teknik lain.

Apapun yang memperlambat seseorang menenangkan pikiran dan mengakses semangat welas, asih dan kekuatan yang lebih dalam. Terpusat artinya hadir dengan orang atau situasi lain dengan hati dan pikiran, perasaan yang lebih dalam dan keadaan pikiran yang terpusat dipertahankan selama perawatan terapi sentuh (*healing touch*). Peran perawat *healing touch* sebagai observasi, penilaian dan report terning medan energi klien karena terganggu ketika ada penyakit tekanan psikologis dan rasa sakit. Penggerakan energi ini dapat merangsang perubahan fisiologis, neurokimia, dan psikologis yang memungkinkan dampak positif pada nyeri, kecemasan,

penyembuhan luka, fungsi sistim kekebalan tubuh, depresi dan rasa sejahtera.

Praktisi menggambarkan gangguan medan energi ini sebagai penyumbatan, kebocoran, ketidak seimbangan atau kemacetan. Tujuan *healing touch* (terapi sentuh) adalah untuk membuka sumbatan ini, menyegel kebocoran, menyeimbangkan kembali medan energi menjadi simetris dan melepaskan kemacetan. Keperawatan telah lama menggambarkan profesi yang didedikasikan untuk seni dan ilmu keperawatan. Rogers dan Watson (1985) telah banyak menulis tentang *caring* sebagai kualita sentral dari proses keperawatan, bersama dengan *caring* perawat untuk promosi kesehatan dan kesejahteraan, dengan mempertimbangkan interaksi konstan individu dengan lingkungan.

Bagian yang paling terkonsentrasi dari medan energi adalah tubuh fisik, tetapi juga meluas melampaui tingkat kulit, tidak terlihat oleh indra yang tidak terlatih. Setiap makhluk hidup terdiri dari energi dan bahwa makhluk hidup terus menerus, secara bersamaan saling bertukar energi satu sama lain berjuang menuju tujuan keseimbangan dan tatanan universal. Bidang fisika, teknik, biologi dan fisiologi terus meneliti bidang pertukaran energi ini dalam upaya untuk menjelaskan apa yang terjadi selama interaksi energi.

Praktisi menggunakan niat untuk memfasilitasi transfer energi ke bagian tubuh spesifik klien dari sumber energi universal dengan praktisi sebagai saluran energi ini. Dari teknik lokal sampai seluruh tubuh, teknik dasar dan indikasi serta deskripsi tentang prosedur. Terapi sentuh ada dua tipe dasar gerakan tangan (disebut magnetic push) tangan bergerak atau tangan diam. Pada tangan gerak, tangan melakukangerakan menyikat atau menyisir dengan lembut, biasanya ke bawah dan keluar untuk menghilangkan energi yang tersumbat dari medan. Tangan tetap rilkes, telapak tangan menghadap ke bawah kearah pasien, antara 1 (satu)

sampai 6 (enam) inci diatas kulit atau pakaian. Sapuan tangan mungkin lambat dan menyapu atau pendek dan cepat.

Dalam posisi tangan diam, praktisi memegang tanganya diatas area tubuh pasien/ klien selama satu hingga beberapa menit, baik menyentuh ringan atau tepat diatas kulit. Praktisi menggunakan niat untuk memfasilitasi, transfer energi kebagian tubuh spesifik klien dari “sumber energi universal” dengan praktisi sebagai saluran energi ini. Pengurangan rasa sakit, peningkatan rasa kesejahteraan, penurunan depresi, perubahan positif pada tekanan darah, gula darah dan immunoglobulin A saliva: penurunan lama rawat inap dan hasil peri prosedural yang merugikan, prosedur jantung, berkurangnya tingkat agitasi pada pasien demensia, peningkatan perilaku pada pasien Alzheimer dan peningkatan status fungsional untuk pasien dengan masalah mobilitas.

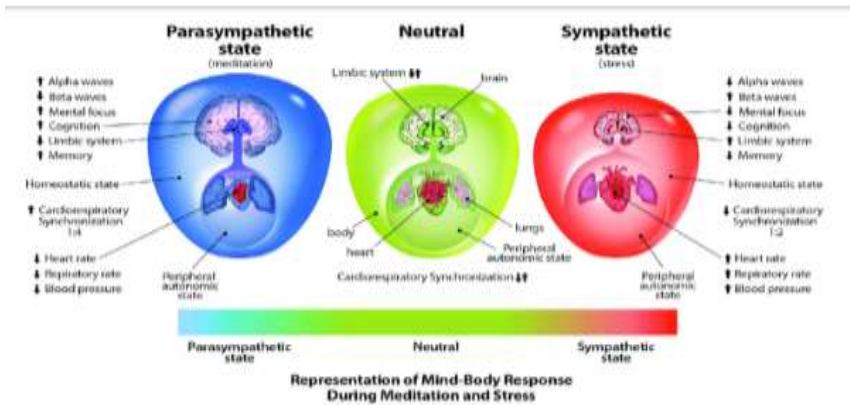
Hasil yang diukur harus mencerminkan kebutuhan spesifik klien dan gejala yang muncul dan teknik terapi sentuhan (*healing touch*) khusus yang digunakan untuk mengobati. *Healing touch* digunakan diberbagai fasilitas pelayanan kesehatan: perawatan tertier, rumah sakit komunitas, klinik media, perawatan jangka panjang. *Healing touch* telah menunjukkan hasil positif dalam sistim klinis, sebagai berikut:

1. Pengurangan kecemasan dan stress
2. Promosi relaksasi
3. Pengurangan nyeri akut dan kronis
4. Percepatan pemulihan pasca operasi
5. Bantuan dalam persiapan perawatan dan procedural medis
6. Peningkatan efek samping pengobatan kanker
7. Pengurangan gejala depresi
8. Promosi rasa kesejahteraan
9. Penurunan tingkat agitasi
10. Peningkatan kualita hidup secara fisik, emosional, relasiobal dan spiritual

Alat yang telah digunakan untuk mengukur hasil klien termasuk mengukur kepuasan dan kesejahteraan pasien menggunakan respon klien. Trait Anxiety Inventory; Profit of Mood status atau Anxiety Visual Analog Scale, Analog Visual Nyeri, Kuesioner McGill Melzack Pain atau Instrumen Pengalaman Nyeri Kroni. Inventarisasi Depresi Beck, Variabel Kardiovaskuler (detak jantung, tekanan darah systole/ diastole dan tekanan darah arteri rata-rata). Variable Oksigen (pH, CO<sub>2</sub>, PO<sub>2</sub> dan HCO<sub>3</sub>)

#### **10.4.2 Mind Body Therapy**

*Mind body Therapy* (terapi pikiran-tubuh) adalah sekelompok teknik penyembuhan yang meningkatkan interaksi pikiran dengan fungsi tubuh, untuk mendorong relaksasi dan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan secara keseluruhan. Latihan sehari-hari sangat penting untuk mendapatkan manfaat dari terapi ini. *Mind-body therapy*, termasuk Terapi Musik, Doa, Tai Chi, Qi Gong, meditasi, dan Yoga telah diterima meningkatkan kesadaran dan perhatian dari komunitas ilmiah yang berusaha memahami keamanan dan kemanjuran praktik yang digunakan secara luas. *Mind body therapy* menawarkan banyak manfaat fungsi psikologis dan kesehatan termasuk pengurangan gejala penyakit, perbaikan dalam mengatasi, pengaturan perilaku, kualitas hidup, dan kesejahteraan. (Morgan1, 2014)



*The American Heritage Dictionary of English Language* mendefinisikan music sebagai seni mengarahkan sementara suara dalam waktu sehingga memberikan keposisi yang berkesinambungan, terpadu, dan menggugah seperti melalui melodi, harmoni, ritme dan timbre. Frekuensi atau titinada dihasilkan oleh jumlah getaran bunyi tinggi atau rendahnya nada yang ditandai dengan huruf A,B,C,D,E,F,G getaran yang cepat cenderung bertindak sebagai stimulant sedangkan getaran lambat membawa relaksasi. Intensitas menciptakan volume suara terkait dengan amplitude getaran, nada warna atau timbre musik karena hubungannya dengan peristiwa atau perasaan masa lalu. Interval adalah jarak antara dua not yang berhubungan dengan nada yang menciptakan melodi dan harmoni. (Snyder, 2006)

Melodi dihasilkan dari bagaimana music diurutkan dalam interval diantaranya, harmoni dihasilkan dari cara nada-nada di bunyikan bersama-sama, yang di jelaskan oleh pendengar sebagai konsonan (menyampaikan perasaan tenang) atau disonan (menyampaikan perasaan tegang). Norma budaya menentukan apa yang dianggap menyenangkan dan menyenangkan oleh pendengar. Durasi menciptakan ritme dan tempo, durasi mengacu pada panjang suara dan ritme

dalam pola waktu yang di sesuaikan dengan kecepatan tertentu. Ritme adalah apa yang memengaruhi seseorang untuk bergerak dengan musik dengan cara tertentu dan dapat menyampaikan kedamaian dan keamanan sedangkan ritme berulang dapat menimbulkan perasaan depresi (N. Morgan, 2014).

Dari perspektif keperawatan intervensi music adalah penggunaan music untuk tujuan terapeutik, untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien. Klien. Music itu kompleks dan memengaruhi aspek fisiologis, psikologis dan spiritual manusia. Tanggapan individu terhadap terapi musik dapat dipengaruhi oleh preferensi pribadi, lingkungannya, pendidikan dan faktor budaya. Entrainment, prinsip fisika adalah proses dimana dua benda yang bergetar pada frekuensi yang sama akan cenderung menimbulkan resonansi simpatik timbal balik sehingga keduanya bergetar pada frekuensi yang sama.

Terapi musik dan proses fisiologis (detak jantung, tekanan darah, suhu tubuh, hormone adrenalin) tersusun atas getaran yang terjadi secara teratur, berkala dan terdiri dari osilasi. Sifat musik tertentu (kurang dari 80 ketukan permenit dengan ritme teratur yang mengalir) dapat digunakan untuk meningkatkan relaksasi dengan menyebabkan ritme tubuh melambat atau mengikuti dengan ketukan yang lebih lambat dan ritme berulang yang teratur dan music yang dipilih. Musik dapat mengurangi kecemasan dengan menempati saluran perhatian di otak dengan rangsangan pendengaran yang mengganggu dan bermakna.

Intervensi terapi musik memberi pasien/ klien dengan rangsangan akrab dan nyaman yang dapat membangkitkan sensasi yang menyenangkan sambil memfokuskan kembali perhatian individu. Doa sebagai terapi komplementer, perspektif holistik keperawatan bahwa perawat menilai kebutuhan spiritual pasien bersama dengan elemen fisik,

psikologis dan sosial. Doa sebagai bagian dari perawatan, doa berasal dari Bahasa latin “Precarius” yang artinya memperoleh dengan mengemis dan dari precari yang artinya memohon. Doa sebagai komunikasi dengan yang Mutlak, definisi sederhana dari doa adalah angkat hati dan suara pada Tuhan, doa dan meditasi banyak kesamaan. Objek meditasi adalah memusatkan perhatian pada kata atau objek sehingga menjadi lebih perhatian dan sadar fokus doa adalah komunikasi dengan makhluk yang lebih tinggi. Dengan doa menimbulkan emosi positif, emosi ini gilirannya mengurangi stress seseorang.

## DAFTAR PUSTAKA

- (auth.), D.-P. G. 2017. *Lead User in der Medical Homecare-Industrie in Deutschland : Eine empirische Analyse der Beziehungen von Nutzern, Intermediären und Herstellern*. Gabler Verlag.
- (editor), S. G. 2021. *Complementary Bonding Analysis*. De Gruyter.
- Cranford, C. J. 2020. *Home Care Fault Lines: Understanding Tensions and Creating Alliances*. ILR Press.
- Gladstar, R. 2014. *Herbs for Common Ailments: How to Make and Use Herbal Remedies for Home Health Care*. Storey Publishing.
- Gladstar, R. 2014. *Herbs for Common Ailments: How to Make and Use Herbal Remedies for Home Health Care. A Storey BASICS® Title*. Storey Publishing, LLC.
- Hawn, G. 2011. *10 Mindful Minutes: Giving Our Children--and Ourselves--the Social and Emotional Skills to Reduce Stress and Anxiety for Healthier, Happy Lives*. Perigee.
- Morgan1, N. 2014. The Effects of Mind-Body Therapies on the Immune. *PLOS ONE* / [www.plosone.org](http://www.plosone.org), 14.
- N. Morgan, M. I. 2014. The Effects of Mind-Body Therapies on the Immune System: Meta-Analysis.
- Ruth Lindquist PhD RN (editor), M. F. 2022. *Complementary Therapies in Nursing: Promoting Integrative Care*. Springer Publishing Company.
- Snyder, M. 2006. *Complementary/ Alternative Therapies in Nursing*. Springer Publishing Company, Inc. .
- Sondra Komblatt, F. V. 2008. *A Better Brain at Any Age: The Holistic Way to Improve Your Memory, Reduce Stress, and Sharpen Your Wits*. Conari Press.
- Stacey, C. L. 2011. *The Caring Self: The Work Experiences of Home Care Aides*. ILR Press, Cornell University Press.



## **BIODATA PENULIS**



**Ns. Ichlas Tribakti, S.Kep., M.Kep**  
Dosen Program Studi Keperawatan  
Stikes Ummi Bogor

Penulis lahir di Bonea, Tanggal 02 Desember 1991. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan di Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna (2012-2017), Profesi Ners di Institut Teknologi dan Kesehatan Avicenna (2018-2019), Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta (2019-2021).

Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Stikes Ummi Bogor, Mengajar di Prodi Sarjana Keperawatan dan Prodi Profesi Ners serta menjabat sebagai Kepala Bidang Kemahasiswaan dan Alumni.

Email : [ichlastribakti85@gmail.com](mailto:ichlastribakti85@gmail.com)

## BIODATA PENULIS



**Marisna Eka Yulianita, S. Kep., Ns., M. Kep.**

Dosen Program Studi Profesi Ners  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar

Penulis lahir di Jeneponto tanggal 26 Juli 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Profesi Ners, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Makassar. Menyelesaikan pendidikan S1 dan S2 pada Jurusan Ilmu Keperawatan, Universitas Hasanuddin. Penulis melakukan tri dharma yang terkonsentrasi pada bidang keperawatan keluarga dan komunitas. Penulis aktif sebagai pengurus di Ikatan Perawat Keluarga dan Komunitas Indonesia (IPKKI) Sulawesi Selatan sekaligus menjadi reviewer soal uji kompetensi ners di Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI) regional XII. Email: [ichanaey@gmail.com](mailto:ichanaey@gmail.com)

## **BIODATA PENULIS**



**Alit Suwandewi, Ns.,M.Kep**

Dosen Program Studi Profesi Ners  
Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Banjarmasin tanggal 02 Mei 1988. Penulis adalah dosen tetap pada program studi profesi ners fakultas keperawatan dan ilmu kesehatan, Universitas Muhammadiyah Banjarmasin menyelesaikan pendidikan S1 keperawatan dan profesi ners di sekolah tinggi ilmu kesehatan Muhammadiyah Banjarmasin, lulus S2 keperawatan program studi magister keperawatan konsentrasi gawat darurat di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin tahun 2016. Memulai karier sebagai dosen khususnya keperawatan tahun 2016 hingga sekarang di Universitas Muhammadiyah Banjarmasin dan aktif melaksanakan implementasi Catur dharma perguruan tinggi Muhammadiyah, yaitu Pendidikan dan pengajaran, penelitian, pengabdian kepada masyarakat, dan penguatan al-Islam Kemuhammadiyah pada ilmu keperawatan. Bergabung dan aktif dalam organisasi persatuan perawat nasional Indonesia (PPNI), Ikatan perawat kesehatan komunitas Indonesia (IPKKI) Kalimantan Selatan periode 2022–2027.

Berbagai artikel penelitian dan pengabdian masyarakat sudah termuat di berbagai jurnal nasional.

## **BIODATA PENULIS**



**Ns. Puspita Hanggit Lestari, M.Kep., Sp. Kep. Kom**

Dosen Program Studi Profesi Ners  
Poltekkes Kemenkes Jakarta III

Penulis lahir di DKI Jakarta 20 Februari 1988. Penulis merupakan lulusan S-1 Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Universitas Indonesia pada tahun 2010. Karir sebagai perawat dimulai sebagai perawat pelaksana dan Perawat ruang ICU di RSUD Tarakan Jakarta tahun 2010-2013. Sejak tahun 2013 sampai 2022 penulis menjadi dosen keperawatan keluarga, keluarga dan gerontik di STIKes RS Husada. Sejak tahun 2022 sampai saat penulis adalah dosen departemen keperawatan komunitas di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Jakarta III. Penulis menempuh kuliah Magister dan Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, penulis lulus pada tahun 2019. Minat keilmuan penulis adalah keperawatan dasar, keperawatan komunitas, keluarga, gerontik dan kesehatan masyarakat.

## BIODATA PENULIS



**Martinus Geneo, S. Kep. Ns., M.Kes. Dosen Prodi Ilmu Fisioterapi. Fakultas Keperawatan UNIKA De La Salle Manado.**

Penulis lahir di Besei/Lamatuka Kab. Lembata-NTT, pada tanggal 7 November 1976. Penulis adalah dosen tetap yayasan pada Prodi Fisioterapi Fakultas Keperawatan UNIKA De La Salle Manado. Penulis telah menyelesaikan pendidikan Strata satu di Fakultas Keperawatan UNIKA De La Salle Manado (2006 – 2010), sesudah selesai program Strata I, penulis melanjutkan Program Profesi Ners di Fakultas Keperawatan UNIKA De La Salle Manado (2010-2011), kemudian melanjutkan strata dua Universitas Sam Ratulangi Manado pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Peminatan Promosi Kesehatan (2015 – 2017).

Awal karir, penulis pernah menjadi pengajar di Akademi Fisioterapi St. Lukas Tomohon (2011-2018). Penulis juga pernah dipercayakan memimpin sebuah Lembaga sosial Panti “Sayap Kasih” panti untuk orang yang cacat kompleks (2013-2015). Saat ini penulis adalah dosen tetap Yayasan Perguruan Tinggi Unika De La Salle (2019-sekarang), penulis juga telah mendapat Jabatan Fungsional Lektor (2021) dan juga sebagai dosen yang telah Tersertifikasi (2022). Selama ini Penulis

adalah pembimbing Praktik Klinik Mahasiswa untuk Mata kuliah Keperawatan Komunitas dan Keluarga. Beberapa mata kuliah yang pernah diampu penulis antara lain: Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Konsep Dasar Keperawatan II Keperawatan HIV/AIDS, Program Kesehatan Komunitas dan Promosi Kesehatan.

## BIODATA PENULIS



**Sondang Manurung, S. Kp., M. Kep**

Dosen di pogram studi keperawatan  
Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan

Penulis lahir di Medan tanggal 13 Agustus 1975. Penulis adalah dosen tetap di pogram studi keperawatan Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan

## **BIODATA PENULIS**



**Ns. Ani Nuraeni, M.Kep., Sp.Kep.Kom**  
Wakil Ketua Bidang Akademik STIKes Fatmawati

Ns. Ani Nuraeni, M.Kep., Sp.Kep.Kom adalah dosen tetap STIKes Fatmawati, menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2000), Pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2013), dan Pendidikan Program Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2014). Saat ini menjabat sebagai Wakil Ketua Bidang Akademik STIKes Fatmawati. Selain mengajar, aktif pula dalam melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan menghasilkan beberapa karya yang memperoleh HAKI.

## BIODATA PENULIS



### **Ns. Fauziah H. Tambuala, M.Kep**

Dosen Program Studi S1 Keperawatan dan Profesi Ners  
STIKES Husada Mandiri Poso

Penulis lahir di Tindaki, tanggal 03 November 1995. Penulis menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso (2013-2017), Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso (2018-2019), Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta (2019-2021).

Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi Keperawatan STIKES Husada Mandiri Poso, Mengajar di Prodi Sarjana Keperawatan dan Prodi Profesi Ners serta menjabat sebagai Sekretaris Profesi Ners.

Email : [fauziahtambuala186@gmail.com](mailto:fauziahtambuala186@gmail.com)

## **BIODATA PENULIS**



### **Ns. Dely Maria P, MKep.,Sp.Kep.Kom**

Dosen di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia

Ns. Dely Maria P, MKep., Sp.Kep.Kom lahir di Pontianak tanggal 25 Desember 1978. Penulis bertempat tinggal di Bekasi. Menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Poltekes Cirebon (tahun 2000) kemudian Ners di STIK Sint Carolus (2004) dan Magister Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2015).

Penulis memulai karirnya sebagai dosen tetap di Akper Yatna Yuana Lebak Rangkasbitung tahun 2004-2006, Akademi Kesehatan Yayasan Rumah Sakit Jakarta (2007 – Juni 2021). Saat ini aktif di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia.

Aktif sebagai pengurus IPKKI DKI Jakarta. Penulis juga aktif menulis buku buku keperawatan, dan berkontribusi di dunia keperawatan dengan menjadi pembicara dalam pelatihan dan workshop yang diadakan oleh Suku Dinas Kesehatan dan PPNI.