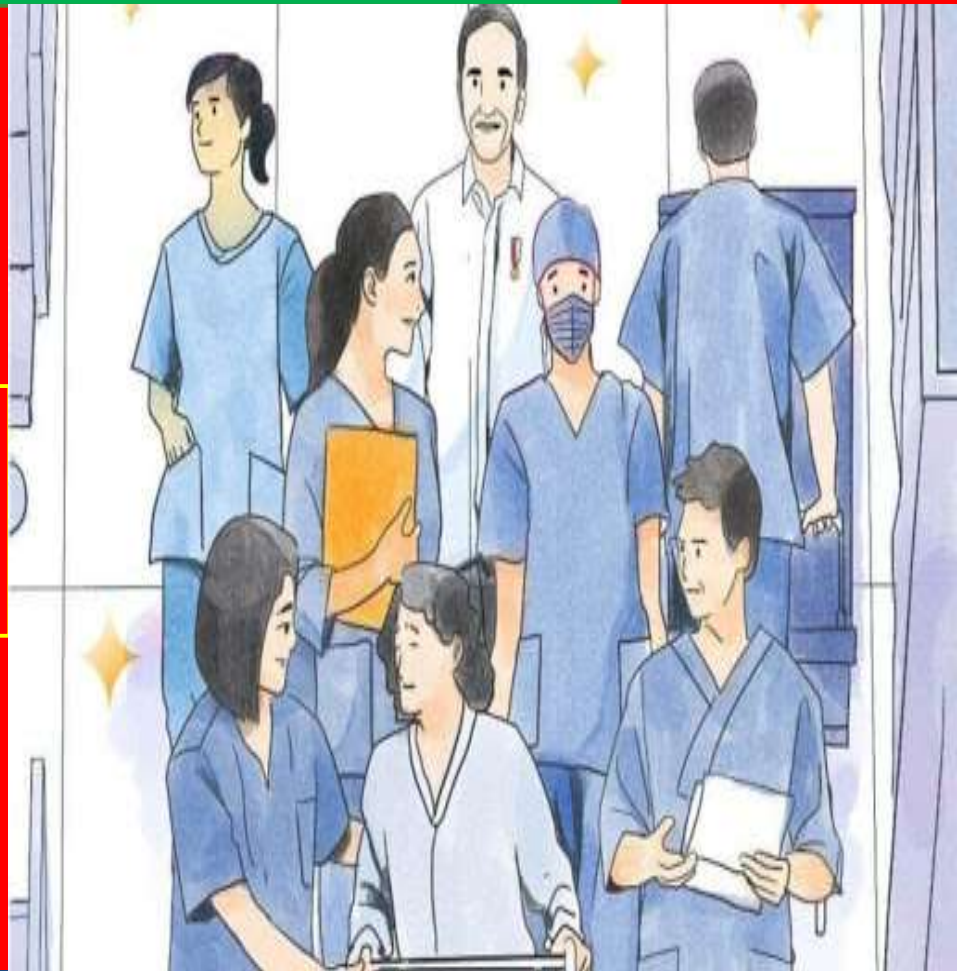




MODUL PEMBELAJARAN

KEPERAWATAN KOMUNITAS I

Penulis:
Ifa Nofalia, M.Kep.
Nurhadi, M.Kep.



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018**

KATA PENGANTAR

Puji serta syukur Kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang Telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga Modul ini dapat tersusun. Modul ini diperuntukkan bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Diharapkan mahasiswa yang mengikuti kegiatan pembelajaran dapat mengikuti semua kegiatan dengan baik dan lancar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan modul ini tentunya masih terdapat beberapa kekurangan, sehingga penulis bersedia menerima saran dan kritik dari berbagai pihak untuk dapat menyempurnakan modul ini di kemudian hari. Semoga dengan adanya modul ini dapat membantu proses belajar mengajar dengan lebih baik lagi.

Jombang, September 2018

Penulis

PENYUSUN

Penulis

Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Nurhadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

Desain dan Editor

M. Sholeh

.

Penerbit

@ 2018 Icme Press

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR.....	ii
PENYUSUN.....	iii
DAFTAR ISI	iv
PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL	v
RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER.....	vi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Deskripsi Mata Ajar	1
B. Capaian Pembelajaran Lulusan	1
C. Strategi Perkuliahan.....	3
BAB 2 KEGIATAN BELAJAR.....	5
A. Kegiatan Belajar 1	5
B. Kegiatan Belajar 2	23
C. Kegiatan Belajar 3	30
D. Kegiatan Belajar 4	54
E. Kegiatan Belajar 5-7.....	79
F. Kegiatan Belajar 8	93
G. Kegiatan Belajar 9	98
H. Kegiatan Belajar 10-13.....	116
I. Kegiatan Belajar 14	140
DAFTAR PUSTAKA	142

PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

A. Petunjuk Bagi Dosen

Dalam setiap kegiatan belajar dosen berperan untuk:


1. Membantu mahasiswa dalam merencanakan proses belajar
2. Membimbing mahasiswa dalam memahami konsep, analisa, dan menjawab pertanyaan mahasiswa mengenai proses belajar.
3. Mengorganisasikan kegiatan belajar kelompok.

B. Petunjuk Bagi Mahasiswa

Untuk memperoleh prestasi belajar secara maksimal, maka langkah-langkah yang perlu dilaksanakan dalam modul ini antara lain:

1. Bacalah dan pahami materi yang ada pada setiap kegiatan belajar. Bila ada materi yang belum jelas, mahasiswa dapat bertanya pada dosen.
2. Kerjakan setiap tugas diskusi terhadap materi-materi yang dibahas dalam setiap kegiatan belajar.
3. Jika belum menguasai level materi yang diharapkan, ulangi lagi pada kegiatan belajar sebelumnya atau bertanyalah kepada dosen.

RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER

	SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN		
	RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)		
No. Dokumen	No. Revisi	Hal	Tanggal Terbit 30 Juli 2018
Matakuliah : Keperawatan Komunitas 1	Semester: V (Lima)	SKS: 2	Kode MK: 01AEKOM1
Program Studi :S1Ilmu Keperawatan	Dosen Pengampu/Penanggungjawab : Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep (IN) Nurhadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep (NH)		
Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)	<p><u>Sikap</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religious 2. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama,moral, dan etika 3. Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan 4. Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri. 5. Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan; 6. Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia 7. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggungjawabnya. <p><u>Keterampilan Umum:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standard kompetensi kerja profesinya 		

2. Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif
3. Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik
4. Mengomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya
5. Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya
6. Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat
7. Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya
8. Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya
9. Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya
10. Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya
11. Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri

CP Keterampilan Khusus

1. Menerapkan filosofi, konsep holistic dan proses keperawatan komunitas dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
2. Melakukan simulasi asuhan keperawatan komunitas dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
3. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan di komunitas dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
4. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan keperawatan komunitas menekankan aspek caring dan peka budaya.
5. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada komunitas memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
6. Melaksanakan fungsi advokasi dan komunikasi pada keperawatan komunitas dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.

	<p>7. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan komunitas sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.</p> <p><u>CP Pengetahuan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pengantar kesehatan komunitas dan konsep dasar keperawatan komunitas. 2. Menjelaskan epidemiologi dan kependudukan. 3. Menjelaskan konseptual model praktik keperawatan Komunitas 4. Menjelaskan standar praktik dalam keperawatan komunitas. 5. Merencanakan asuhan keperawatan komunitas. 6. Menjelaskan tentang Posyandu, Poskestren, Kader, Bidan desa, Perawat desa, dan Desa Siaga 7. Menjelaskan program-program kesehatan/ kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia. 8. Menjelaskan isu dan kecenderungan dalam keperawatan komunitas.
<p>Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pengantar kesehatan komunitas dan konsep dasar keperawatan komunitas. 2. Menjelaskan epidemiologi dan kependudukan. 3. Menjelaskan konseptual model praktik keperawatan Komunitas 4. Menjelaskan standar praktik dalam keperawatan komunitas. 5. Merencanakan asuhan keperawatan komunitas. 6. Menjelaskan tentang Posyandu, Poskestren, Kader, Bidan desa, Perawat desa, dan Desa Siaga 7. Menjelaskan program-program kesehatan/ kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia. 8. Menjelaskan isu dan kecenderungan dalam keperawatan komunitas.
<p>Deskripsi Matakuliah</p>	<p>Fokus mata kuliah ini membahas tentang konsep dasar kesehatan dan keperawatan komunitas, program-program kesehatan/ kebijakan pemerintah dalam menanggulangi masalah kesehatan prioritas di Indonesia, dan pembahasan yang terkait isu dan kecenderungan masalah kesehatan komunitas. Proses pembelajaran meliputi <i>lecture</i>, <i>discovery learning</i>, dan Diskusi (SGD). Mata kuliah ini berguna dalam memahami konsep dasar keperawatan komunitas dan berbagai area khusus dalam keperawatan komunitas terutama terkait dengan masalah kesehatan yang lazim terjadi</p>

		di Indonesia, dan memahami mekanisme jaminan layanan keperawatan komunitas, serta issue/kecenderungan yang terjadi; dan atau prasyarat untuk mengikuti mata kuliah keperawatan komunitas I.					
Minggu ke -	Kemampuan yang diharapkan (Sub-CPMK)	Bahan Kajian/Materi Pembelajaran	Metode Pembelajaran dan Pengalaman Belajar/ Fasilitator	Waktu	Penilaian		
					Teknik	Kriteria/ Indikator	Bobot (%)
1	Mahasiswa mampu menjelaskan pengantar kesehatan komunitas dan konsep dasar keperawatan komunitas, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan	1. Pengantar kesehatan komunitas: <ol style="list-style-type: none"> a. Konsep kesehatan komunitas b. Konsep Pelayanan kesehatan primer (PHC) <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengertian PHC 2) Tujuan PHC 3) Ruang lingkup PHC 4) Tanggungjawab perawat PHC c. Konsep dasar keperawatan komunitas <ol style="list-style-type: none"> 1) Pengertian kep. Komunitas 2) Peran kep. Komunitas 3) Fungsi kep. Komunitas 4) Tujuan kep. Komunitas 5) Lingkup dan area praktik kep. Komunitas 6) Prinsip kep. Komunitas 7) Sasaran kep. Komunitas 	Mini Lecture, (IN)	1 TM 2 x 50	MCQ	Dapat menjelaskan pengantar kesehatan komunitas dan konsep dasar keperawatan komunitas	7
2	Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar kesehatan	1. Konsep dasar kesehatan lingkungan: <ol style="list-style-type: none"> a. Hubungan ekologi 	Mini Lecture, (IN)	1 TM 2 x 50	MCQ	Dapat menjelaskan konsep dasar kesehatan lingkungan	7

	lingkungan dan Mahasiswa mampu menjelaskan epidemiologi, mampu mengelola administrasi keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> b. Sejarah kesling c. Pengertian kesling d. Dasar hukum e. Ruang lingkup f. Unsure kesling g. Penanggulangan masalah kesling h. Pendekatan kesling dalam praktik Kep. Kom i. PHBS <p>2. Epidemiologi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pengantar epidemiologi: b. Konsep dasar epid c. Metode dasar epid d. Pengukuran epid e. Aplikasi epid dalam kep. Komunitas <p>3. Epidemiologi dalam keperawatan komunitas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pengertian b. Model agen, host, dan lingkungan c. Imunitas dan jenisnya d. Surveilans epid e. Pengukuran epid f. Sumber informasi utama epid g. Kualitas dalam epid h. Populasi beresiko i. Epid deskriptif dan analitik 				dan Dapat menjelaskan epidemiologi	
3	Mahasiswa mampu menjelaskan demografi	<p>1. Demografi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pengertian demografi 	Mini Lecture, (IN)	1 TM 2 x 50	MCQ	Dapat menjelaskan demografi atau	7

	atau kependudukan	<ul style="list-style-type: none"> b. Tujuan, variable, ruang lingkup, sumber data c. Dinamika penduduk d. Laju pertumbuhan penduduk e. Ukuran dasar demografi f. Migrasi g. Piramida penduduk h. Permasalahan penduduk di Indonesia i. Transisi demografi 				kependudukan	
4	Mahasiswa mampu menjelaskan konseptual model praktik keperawatan komunitas dan standar praktik dalam keperawatan komunitas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Konseptual model praktik keperawatan komunitas <ul style="list-style-type: none"> a. Pengertian teori dan model konseptual. b. Model konseptual keperawatan Komunitas. c. Teori keperawatan dan keperawatan Komunitas. d. Penerapan model dan teori dalam komunitas. 2. Etika perawat dalam keperawatan komunitas <ul style="list-style-type: none"> a. Definisi dan tujuan etika keperawatan b. Prinsip dan fungsi kode etik c. Peran, fungsi dan etika perawat dalam keperawatan komunitas 3. Standar praktik dalam keperawatan komunitas 	SGD (IN)	1 TM 2x50	Presentasi dan penugasan	Dapat menjelaskan konseptual model praktik keperawatan komunitas dan standar praktik dalam keperawatan komunitas	7

		<ul style="list-style-type: none"> a. Definisi standar praktek keperawatan komunitas b. Tujuan standar praktek keperawatan komunitas c. Dasar standar praktek keperawatan komunitas d. Sumber standar praktek keperawatan komunitas e. Macam-macam standar praktek keperawatan praktek keperawatan komunitas 					
5	Mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan komunitas.	Konsep Proses 1. Keperawatan Komunitas (Pengkajian- Diagnosa Keperawatan Komunitas berdasar NANDA 2018-2020)	Mini Lecture (IN)	1 TM 2 x 50	MCQ	Dapat merencanakan asuhan keperawatan komunitas	7
6	Mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan komunitas.	1. Konsep Proses Keperawatan (Intervensi-Evaluasi Keperawatan Komunitas) 2. Aplikasi Kep. Komunitas (MMD 1-3)	Case Studi (IN)	1 TM 2 x 50	Laporan kasus	Dapat merencanakan asuhan keperawatan komunitas	7
7	Mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan komunitas.	Dokumentasi Asuhan keperawatan komunitas (Pengkajian - evaluasi keperawatan komunitas)	Case Studi (IN)	1 TM 2 x 50	Laporan kasus	Dapat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas	8
UJIAN TENGAH SEMESTER							
8	Mahasiswa mampu menjelaskan terapi tradisional di komunitas	1. Terapi tradisional di komunitas <ul style="list-style-type: none"> a. Pengertian b. Manfaat c. Tujuan d. Macamnya 	SGD (NH)	1 TM 2 x 50	Presentasi dan penugasan	Dapat menjelaskan terapi tradisional di komunitas	7

		e. Implikasi dalam bidang kesehatan di komunitas					
9	Mahasiswa mampu menjelaskan tentang Posyandu, Poskestren, Kader, Bidan desa, Perawat desa, dan Desa Siaga	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengertian Bidan Desa 2. Pengertian Perawat Desa 3. Posyandu <ol style="list-style-type: none"> a. Pengertian, tujuan, manfaat, jenis, kegiatan pokok, peserta posyandu, pembentukan, dan pembiayaan posyandu 4. Poskestren <ol style="list-style-type: none"> a. Pengertian, klasifikasi, peran, tugas, langkah pembentukan, pengorganisasian poskestren. 5. Kader <ol style="list-style-type: none"> a. Pengertian, tujuan pembentukan, tugas dan pokok kegiatan kader. 6. Desa Siaga (Pengertian, tujuan, sasaran, pelaksanaan, indikator desa siaga) 	SGD (NH)	1 TM 2 x 50	Presentasi dan penugasan	Dapat menjelaskan tentang Posyandu, Poskestren, Kader, Bidan desa, Perawat desa, dan Desa Siaga	7
10	Mahasiswa mampu menjelaskan program-program kesehatan/ kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia.	<p>Program-program kesehatan/ kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sistem Pelayanan Kesehatan, Kebijakan Era Otonomi Daerah, dan Konsep Pembangunan Kesehatan di Indonesia 	SGD (NH)	1 TM 2 x 50	Presentasi dan penugasan	Dapat menjelaskan program-program kesehatan/ kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia.	7
11	Mahasiswa mampu menjelaskan program-program kesehatan/ kebijakan dalam	<ol style="list-style-type: none"> 2. Program puskesmas dalam pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan pemukiman (Tuberkulosis, AIDS, 	SGD (NH)	1 TM 2 x 50	Presentasi dan penugasan	Dapat menjelaskan program-program kesehatan/ kebijakan dalam menanggulangi	7

	menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia.	ISPA, dll.). 3. Program pembinaan kesehatan komunitas (Gizi Masyarakat, Program dan pengembangan kota sehat, dll.)				masalah kesehatan utama di Indonesia.	
12	Mahasiswa mampu menjelaskan program-program kesehatan/kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia.	4. Puskesmas, pengembangan puskesmas dan Quality Assurance	SGD (NH)	1 TM 2 x 50	Presentasi dan penugasan	Dapat menjelaskan program-program kesehatan/kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia.	7
13	Mahasiswa mampu menjelaskan program-program kesehatan/kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia.	5. PHN (Public Health Nursing) dan CHN 6. Konsep pengorganisasian dan pengembangan (kemitraan) dalam komunitas	SGD (NH)	1 TM 2 x 50	Presentasi dan penugasan	Dapat menjelaskan program-program kesehatan/kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia.	7
14	Mahasiswa mampu menjelaskan isu dan kecenderungan dalam keperawatan komunitas.	Issue dan trend dalam pelayanan keperawatan komunitas: 1. Issue dan trend dalam pendidikan keperawatan komunitas 2. Issue dan trend dalam penelitian keperawatan komunitas 3. Issue dan trend dalam keprofesian terkait keperawatan komunitas	Case Studi (NH)	1 TM 2 x 50	Laporan Kasus	Dapat menjelaskan isu dan kecenderungan dalam keperawatan komunitas.	8
Ujian Akhir Semester							

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Deskripsi Mata Ajar

Fokus mata kuliah ini membahas tentang konsep dasar kesehatan dan keperawatan komunitas, program-program kesehatan/ kebijakan pemerintah dalam menanggulangi masalah kesehatan prioritas di Indonesia, dan pembahasan yang terkait isu dan kecenderungan masalah kesehatan komunitas. Proses pembelajaran meliputi *lecture*, *discovery learning*, dan Diskusi (SGD). Mata kuliah ini berguna dalam memahami konsep dasar keperawatan komunitas dan berbagai area khusus dalam keperawatan komunitas terutama terkait dengan masalah kesehatan yang lazim terjadi di Indonesia, dan memahami mekanisme jaminan layanan keperawatan komunitas, serta issue/kecenderungan yang terjadi; dan atau prasyarat untuk mengikuti mata kuliah keperawatan komunitas I.

B. Capaian Pembelajaran Lulusan

1. Sikap

- a. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religious
- b. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika
- c. Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan
- d. Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.
- e. Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan;
- f. Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia
- g. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh

dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggungjawabnya.

2. Keterampilan Umum

- a. Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standard kompetensi kerja profesinya
- b. Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif
- c. Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik
- d. Mengomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya
- e. Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya
- f. Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat
- g. Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya
- h. Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya
- i. Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya
- j. Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya
- k. Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri

3. CP Keterampilan Khusus

- a. Menerapkan filosofi, konsep holistic dan proses keperawatan komunitas dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- b. Melakukan simulasi asuhan keperawatan komunitas dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- c. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan di komunitas dengan memperhatikan

aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.

- d. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan keperawatan komunitas menekankan aspek caring dan peka budaya.
- e. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada komunitas memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- f. Melaksanakan fungsi advokasi dan komunikasi pada keperawatan komunitas dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- g. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan komunitas sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.

4. CP Pengetahuan

- a. Menjelaskan pengantar kesehatan komunitas dan konsep dasar keperawatan komunitas.
- b. Menjelaskan epidemiologi dan kependudukan.
- c. Menjelaskan konseptual model praktik keperawatan Komunitas
- d. Menjelaskan standar praktik dalam keperawatan komunitas.
- e. Merencanakan asuhan keperawatan komunitas.
- f. Menjelaskan tentang Posyandu, Poskestren, Kader, Bidan desa, Perawat desa, dan Desa Siaga
- g. Menjelaskan program-program kesehatan/ kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia.
- h. Menjelaskan isu dan kecenderungan dalam keperawatan komunitas.

C. Strategi Perkuliahan

Pendekatan perkuliahan ini adalah pendekatan Student Center Learning. Dimana Mahasiswa lebih berperan aktif dalam proses pembelajaran. Metode yang digunakan lebih banyak menggunakan metode ISS (Interactive skill station) dan Problem base learning. Interactive skill station diharapkan mahasiswa belajar mencari materi secara mandiri menggunakan berbagai sumber kepustakaan seperti internet, expert dan lainlain, yang nantinya akan didiskusikan dalam kelompok yang telah ditentukan. Sedangkan

untuk beberapa pertemuan dosen akan memberikan kuliah singkat diawal untuk memberikan kerangka pikir dalam diskusi. Untuk materi-materi yang memerlukan keterampilan, metode yang akan dilakukan adalah simulasi dan demonstrasi. Berikut metode pembelajaran yang akan digunakan dalam perkuliahan ini:

1. Mini Lecture
2. Case Studi
3. SGD

BAB 2

KEGIATAN BELAJAR

A. Kegiatan Belajar 1

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan pengantar kesehatan komunitas dan konsep dasar keperawatan komunitas, mampu melaksanakan pendidikan kesehatan

2. Uraian Materi

KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

Dosen: Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep

A. Konsep Kesehatan Komunitas

Keperawatan kesehatan komunitas terdiri dari tiga kata yaitu keperawatan, kesehatan dan komunitas, dimana setiap kata memiliki arti yang cukup luas. Azrul Azwar (2000) mendefinisikan ketiga kata tersebut sebagai berikut :

- 1) Keperawatan adalah ilmu yang mempelajari penyimpangan atau tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang dapat mempengaruhi perubahan, penyimpangan atau tidak berfungsinya secara optimal setiap unit yang terdapat dalam sistem hayati tubuh manusia, baik secara individu, keluarga, ataupun masyarakat dan ekosistem.
- 2) Kesehatan adalah ilmu yang mempelajari masalah kesehatan manusia mulai dari tingkat individu sampai tingkat eko-sistem serta perbaikan fungsi setiap unit dalam sistem hayati tubuh manusia mulai dari tingkat sub sampai dengan tingkat sistem tubuh.
- 3) Komunitas adalah sekelompok manusia yang saling berhubungan lebih sering dibandingkan dengan manusia lain yang berada diluarnya serta saling ketergantungan untuk memenuhi keperluan barang dan jasa yang penting untuk menunjang kehidupan sehari-hari.

B. Topik 2 Konsep Pelayanan Kesehatan Primer (Primery Health Care)

1. Pengertian

Pengertian *Primary Health Care*, menurut deklarasi Alma Alta 1978, adalah sebagai berikut:

- “*Primary Health Care is essential health care, based on practical, scientifically sound socially acceptable methods and technology made*

universally accessible to individuals and families in the community, through their full participation and at a cost that the community and the country can afford to maintain at every stage of their development, in the spirit of self reliance and self determination”

- *“It forms an integral part both of the country’s health system, of which it is the central function and its main focus, and of the overall social and economic development of the community. It is the first level of contact of individuals, the family and community with the national health system bringing health care as close as possible to where people live and work, and constitutes the first element of a continuing health care process”.*

Primary Health Care (PHC) adalah : pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri dan menentukan nasib sendiri.

Primary Health Care:

- 1) Menggambarkan keadaan social ekonomi, budaya dan politik masyarakat dan berdasarkan penerapan hasil penelitian kesehatan-sosial-biomedis dan pelayanan kesehatan masyarakat.
- 2) Ditujukan untuk mengatasi masalah utama kesehatan masyarakat dengan upaya preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif.
- 3) Minimal mencakup: penyuluhan tentang masalah kesehatan utama dan cara pencegahan dan pengendaliannya, penyediaan makanan dan peningkatan gizi, penyediaan sanitasi dasar dan air bersih, pembinaan kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana, imunisasi terhadap penyakit menular utama dan penyegahan penyakit endemic, pengobatan penyakit umum dan cedera serta penediaan obat esensial.
- 4) Melibatkan dan meningkatkan kerjasama lintas sector dan aspek-aspek pembangunan nasional dan masyarakat di samping sector kesehatan, terutama pertanian, peternakan, industri makanan, pendidikan, penerangan, agama, perumahan, pekerjaan umum, perhubungan dan sebagainya.

- 5) Membutuhkan sekaligus meningkatkan kepercayaan diri serta masyarakat dalam perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan, dan pengendalian PHC serta penggunaan sumberdaya yang ada.
- 6) Ditunjang oleh system rujukan upaya kesehatan secara terpadu fungsional dan timbal balik guna memberikan pelayanan secara menyeluruh, dengan memprioritaskan golongan masyarakat yang paling membutuhkan.
- 7) Didukung oleh tenaga kesehatan professional dan masyarakat, termasuk tenaga kesehatan tradisonal yang terlatih di bidang teknis dan social untuk bekerja sebagai tim kesehatan yang mampu bekerja bersama masyarakat dan membangunkan peran serta masyarakat.

Dengandemikian, konsep pelayanan kesehatan primer(PHC) merupakan pelayanan kesehatan essensial yang dibuat dan bisa terjangkau secara universal oleh individu dan keluarga di masyarakat. Fokus dari pelayanan kesehatan primer luas jangkauannya dan merangkum berbagai aspek masyarakat dan kebutuhan kesehatan. PHC merupakan pola penyajian pelayanan kesehatan dimana konsumen pelayanan kesehatan menjadi mitra dengan profesi dan ikut seerta mencapai tujuan umum kesehatan yang lebih baik.

2. Tujuan

1) Tujuan Umum

Meningkatnya kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan di masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

2) Tujuan Khusus

- 1) Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat
- 2) Meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat, untuk melaksanakan pelayanan kesehatan dasar dalam rangka mengatasi masalah kesehatan dasar
- 3) Tertanganinya keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan pelayanan kesehatan
- 4) Tertanganinya kelompok khusus yang memerlukan pembinaan dan pelayanan kesehatan
- 5) Terlayaninya kasus-kasus yang memerlukan tindak lanjut dan pelayanan kesehatan

6) Terlayannya kasus-kasus resiko tinggi yang memerlukan pelayanan kesehatan di Puskesmas maupun di rumah.

3. Sasaran

- 1) Individu
- 2) Keluarga
- 3) Masyarakat
- 4) Kelompok khusus
 - a) Kelompok yang mempunyai kebutuhan khusus: ibu hamil, BBL, balita, usia sekolah dan usila
 - b) Kelompok dengan kesehatan khusus: penderita penyakit menular (AIDS, TBC, Lepra, dll), penderita penyakit tidak menular (DM, jantung, gangguan mental)
 - c) Kelompok yang mempunyai resiko terserang penyakit: WTS, pecandu narkoba, pekerja tertentu, dll
 - d) Lembaga social, perawatan dan rehabilitasi (panti wreda, panti asuhan, pusat-pusat rehabilitasi).

4. Unsur Utama

Tiga (3) unsur utama yang terkandung dalam PHC adalah :

- 1) Mencakup upaya – upaya dasar kesehatan (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif)
- 2) Melibatkan peran serta masyarakat
- 3) Melibatkan kerja sama lintas sectoral

5. Fungsi

PHC hendaknya memenuhi fungsi – fungsi sebagai berikut :

- 1) Pemeliharaan kesehatan
- 2) Pencegahan penyakit
- 3) Diagnosis dan pengobatan
- 4) Pelayanan tindak lanjut
- 5) Pemberian sertifikat

6. Prinsip Dasar

Lima (5) prinsip dasar PHC adalah :

- 1) Pemerataan upaya kesehatan
- 2) Penekanan pada upaya preventif
- 3) Menggunakan teknologi tepat guna

- 4) Melibatkan peran serta masyarakat
- 5) Melibatkan kerjasama lintas sektoral
7. Elemen Esensial/Ruang Lingkup PHC

Dalam pelaksanaan PHC harus memiliki 8 elemen esensial yaitu :

 - 1) Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya.
 - 2) Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi
 - 3) Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar.
 - 4) Kesehatan ibu dan anak termasuk keluarga berencana
 - 5) Immunisasi terhadap penyakit-penyakit infeksi utama
 - 6) Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat
 - 7) Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa.
 - 8) Penyediaan obat-obat esensial.
8. Ciri – Ciri PHC
 - 1) Pelayanan yang utama dan intim dengan masyarakat
 - 2) Pelayanan yang menyeluruh
 - 3) Pelayanan yang terorganisasi
 - 4) Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu maupun masyarakat
 - 5) Pelayanan yang berkesinambungan
 - 6) Pelayanan yang progresif
 - 7) Pelayanan yang berorientasi kepada keluarga
 - 8) Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah satu aspek saja
9. Tanggung Jawab Tenaga Kesehatan Dalam PHC

Tanggung jawab tenaga kesehatan dalam PHC lebih dititik beratkan kepada hal – hal sebagai berikut :

 - 1) Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan.
 - 2) Kerja sama dengan masyarakat, keluarga dan individu
 - 3) Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan diri sendiri pada masyarakat
 - 4) Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat
 - 5) Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat
10. Hal-Hal yang Mendorong Pengembangan Konsep PHC

- 1) Kegagalan penerangan teknologi pelayanan medis tanpa disertai orientasi aspek social-ekonomi-politik.
- 2) Penyebaran konsep pembangunan yang mengaitkan kesehatan dengan sektor pembangunan lainnya serta menekankan pentingnya keterpaduan, kerjasama lintas sektor dan pemerataan/perluasan daya jangkau upaya kesehatan.
- 3) Keberhasilan pembangunan kesehatan dengan pendekatan peran serta masyarakat di beberapa negara.

Dengan terwujudnya konsep PHC, sesungguhnya terjadi perubahan sosial dalam pembangunan kesehatan. Untuk itu, diperlukan perubahan mental, perubahan struktur sistem kesehatan dan reorientasi pendayagunaan sumberdaya dan cara kerja petugas kesehatan. Pemerataan kesehatan menjadi esensi pendekatan ini, sehingga semakin disadari kaitan luas antara kesehatan dengan sektor lain, termasuk kesempatan kerja, lingkungan dan kedamaian hidup manusia.

C. Topik 3 Konsep Keperawatan Komunitas

1. Pengertian

Menurut WHO (1959), keperawatan komunitas adalah bidang perawatan khusus yang merupakan gabungan ketrampilan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan sosial, sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat secara keseluruhan guna meningkatkan kesehatan, penyempurnaan kondisi sosial, perbaikan lingkungan fisik, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan bahaya yang lebih besar, ditujukan kepada individu, keluarga, yang mempunyai masalah dimana hal itu mempengaruhi masyarakat secara keseluruhan.

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

Keperawatan kesehatan komunitas menurut ANA (1973) adalah suatu sintesa dari praktik kesehatan masyarakat yang dilakukan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan masyarakat. Praktik keperawatan

kesehatan komunitas ini bersifat menyeluruh dengan tidak membatasi pelayanan yang diberikan kepada kelompok umur tertentu, berkelanjutan dan melibatkan masyarakat.

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa perawatan kesehatan komunitas adalah suatu bidang dalam ilmu keperawatan yang merupakan keterpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan dengan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif, secara menyeluruh dan terpadu ditujukan kesatuan yang utuh melalui proses keperawatan untuk ikut meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal.

2. Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma keperawatan komunitas terdiri dari empat komponen pokok, yaitu manusia, keperawatan, kesehatan dan lingkungan (Logan & Dawkins, 1987). Sebagai sasaran praktik keperawatan klien dapat dibedakan menjadi individu, keluarga dan masyarakat.

1) Individu Sebagai Klien

Individu adalah anggota keluarga yang unik sebagai kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, social dan spiritual. Peran perawat pada individu sebagai klien, pada dasarnya memenuhi kebutuhan dasarnya yang mencakup kebutuhan biologi, sosial, psikologi dan spiritual karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, kurangnya kemauan menuju kemandirian pasien/klien.

2) Keluarga Sebagai Klien

Keluarga merupakan sekelompok individu yang berhubungan erat secara terus menerus dan terjadi interaksi satu sama lain baik secara perorangan maupun secara bersama-sama, di dalam lingkungannya sendiri atau masyarakat secara keseluruhan. Keluarga dalam fungsinya mempengaruhi dan lingkup kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan fisiologis, rasa aman dan nyaman, dicintai dan mencintai, harga diri dan aktualisasi diri.

Beberapa alasan yang menyebabkan keluarga merupakan salah satu fokus pelayanan keperawatan yaitu:

a) Keluarga adalah unit utama dalam masyarakat dan merupakan lembaga

yang menyangkut kehidupan masyarakat.

- b) Keluarga sebagai suatu kelompok dapat menimbulkan, mencegah, memperbaiki ataupun mengabaikan masalah kesehatan didalam kelompoknya sendiri.
- c) Masalah kesehatan didalam keluarga saling berkaitan. Penyakit yang diderita salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi seluruh anggota keluarga tersebut.

3) Masyarakat Sebagai Klien

Masyarakat memiliki cirri-ciri adanya interaksi antar warga, diatur oleh adat istiadat, norma, hukum dan peraturan yang khas dan memiliki identitas yang kuat mengikat semua warga.

Kesehatan dalam keperawatan kesehatan komunitas didefinisikan sebagai kemampuan melaksanakan peran dan fungsi dengan efektif. Kesehatan adalah proses yang berlangsung mengarah kepada kreatifitas, konstruktif dan produktif. Menurut Hendrik L. Blum ada empat faktor yang mempengaruhi kesehatan, yaitu lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan dan keturunan. Lingkungan terdiri dari lingkungan fisik dan lingkungan sosial. Lingkungan fisik yaitu lingkungan yang berkaitan dengan fisik seperti air, udara, sampah, tanah, iklim, dan perumahan. Contoh di suatu daerah mengalami wabah diare dan penyakit kulit akibat kesulitan air bersih.

Keturunan merupakan faktor yang telah ada pada diri manusia yang dibawanya sejak lahir, misalnya penyakit asma. Keempat faktor tersebut saling berkaitan dan saling menunjang satu dengan yang lainnya dalam menentukan derajat kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Keperawatan dalam keperawatan kesehatan komunitas dipandang sebagai bentuk pelayanan esensial yang diberikan oleh perawat kepada individu, keluarga, dan kelompok dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative dengan menggunakan proses keperawatan untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal. Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan professional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan dalam bentuk pelayanan biologi, psikologi, sosial dan spiritual secara komprehensif yang

ditujukan kepada individu keluarga dan masyarakat baik sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia.

Lingkungan dalam paradig keperawatan berfokus pada lingkungan masyarakat, dimana lingkungan dapat mempengaruhi status kesehatan manusia. Lingkungan disini meliputi lingkungan fisik, psikologis, sosial dan budaya dan lingkungan spiritual.

3. Tujuan Keperawatan Kesehatan Komunitas

Keperawatan komunitas merupakan suatu bentuk pelayanan kesehatan yang dilakukan sebagai upaya dalam pencegahan dan peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan keperawatan langsung (direction) terhadap individu, keluarga dan kelompok didalam konteks komunitas serta perhatian lagsung terhadap kesehatan seluruh masyarakat dan mempertimbangkan masalah atau isu kesehatan masyarakat yang dapat mempengaruhi individu, keluarga serta masyarakat.

1) Tujuan Umum

Meningkatkan derajat kesehatan dan kemampuan masyarakat secara meyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal secara mandiri.

2) Tujuan khusus

- a) Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat.
- b) Meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk melaksanakan upaya perawatan dasar dalam rangka mengatasi masalah keperawatan.
- c) Tertanganinya kelompok keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan.
- d) Tertanganinya kelompok masyarakat khusus/rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan di rumah, di panti dan di masyarakat.
- e) Tertanganinya kasus-kasus yang memerlukan penanganan tindaklanjut dan asuhan keperawatan di rumah.
- f) Terlayaninya kasus-kasus tertentu yang termasuk kelompok resiko tinggi yang memerlukan penanganan dan asuhan keperawatan di rumah dan di Puskesmas.
- g) Teratasi dan terkendalinya keadaan lingkungan fisik dan sosial untuk

menuju keadaan sehat optimal.

4. Sasaran Keperawatan Kesehatan Komunitas

Sasaran keperawatan komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, dan kelompok yang beresiko tinggi seperti keluarga penduduk di daerah kumuh, daerah terisolasi dan daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil.

Menurut Anderson (1988) sasaran keperawatan komunitas terdiri dari tiga tingkat yaitu :

1) Tingkat Individu.

Perawat memberikan asuhan keperawatan kepada individu yang mempunyai masalah kesehatan tertentu (misalnya TBC, ibu hamil dll) yang dijumpai di poliklinik, Puskesmas dengan sasaran dan pusat perhatian pada masalah kesehatan dan pemecahan masalah kesehatan individu.

2) Tingkat Keluarga.

Sasaran kegiatan adalah keluarga dimana anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dirawat sebagai bagian dari keluarga dengan mengukur sejauh mana terpenuhinya tugas kesehatan keluarga yaitu mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan, memberikan perawatan kepada anggota keluarga, menciptakan lingkungan yang sehat dan memanfaatkan sumber daya dalam masyarakat untuk meningkatkan kesehatan keluarga.

Prioritas pelayanan Perawatan Kesehatan Masyarakat difokuskan pada keluarga rawan yaitu :

- a) Keluarga yang belum terjangkau pelayanan kesehatan, yaitu keluarga dengan: ibu hamil yang belum ANC, ibu nifas yang persalinannya ditolong oleh dukun dan neo-natusnya, balita tertentu, penyakit kronis menular yang tidak bisa diintervensi oleh program, penyakit endemis, penyakit kronis tidak menular atau keluarga dengan kecacatan tertentu (mental atau fisik).
- b) Keluarga dengan resiko tinggi, yaitu keluarga dengan ibu hamil yang memiliki masalah gizi, seperti anemia gizi berat (HB kurang dari 8 gr%) ataupun Kurang Energi Kronis (KEK), keluarga dengan ibu hamil resiko tinggi seperti perdarahan, infeksi, hipertensi, keluarga dengan balita dengan BGM, keluarga dengan neonates BBLR, keluarga dengan

usia lanjut jompo atau keluarga dengan kasus percobaan bunuh diri.

c) Keluarga dengan tindak lanjut perawatan

3) Tingkat Komunitas

Dilihat sebagai suatu kesatuan dalam komunitas sebagai klien.

a) Pembinaan kelompok khusus

b) Pembinaan desa atau masyarakat bermasalah

5. Ruang Lingkup Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas mencakup berbagai bentuk upaya pelayanan kesehatan baik upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, maupun resosialitatif. Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olahraga teratur, rekreasi dan pendidikan seks.

Upaya preventif untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga kelompok dan masyarakat melalui kegiatan imunisasi, pemeriksaan kesehatan berkala melalui posyandu, puskesmas dan kunjungan rumah, pemberian vitamin A, iodium, ataupun pemeriksaan dan pemeliharaan kehamilan, nifas dan menyusui.

Upaya kuratif bertujuan untuk mengobati anggota keluarga yang sakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan perawatan orang sakit di rumah, perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut dari Puskesmas atau rumah sakit, perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis, perawatan buah dada, ataupun perawatan tali pusat bayi baru lahir

Upaya rehabilitatif atau pemulihan terhadap pasien yang dirawat di rumah atau kelompok-kelompok yang menderita penyakit tertentu seperti TBC, kusta dan cacat fisik lainnya melalui kegiatan latihan fisik pada penderita kusta, patch tulang dan lain sebagainya, kegiatan fisioterapi pada penderita stroke, batuk efektif pada penderita TBC, dll.

Upaya resosialitatif adalah upaya untuk mengembalikan penderita ke masyarakat yang karena penyakitnya dikucilkan oleh masyarakat seperti, penderita AIDS, kusta dan wanita tuna susila.

6. Falsafah

Falsafah adalah keyakinan terhadap nilai - nilai yang menjadi pedoman

untuk mencapai suatu tujuan atau sebagai pandangan hidup. Falsafah keperawatan memandang keperawatan sebagai pekerjaan yang luhur dan manusiawi.

Penerapan falsafah dalam keperawatan kesehatan komunitas, yaitu:

- 1) Pelayanan keperawatan kesehatan komunitas merupakan bagian integral dari upaya kesehatan yang harus ada dan terjangkau serta dapat di terima oleh semua orang.
- 2) Upaya promotif dan preventif adalah upaya pokok tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.
- 3) Pelayanan kesehatan yang diberikan kepada klien berlangsung secara berkelanjutan.
- 4) Perawat sebagai provider dan klien sebagai konsumen pelayanan kesehatan, menjalin suatu hubungan yang saling mendukung dan mempengaruhi perubahan dalam kebijaksanaan dan pelayanan kesehatan.
- 5) Pengembangan tenaga keperawatan kesehatan masyarakat direncanakan berkesinambungan.
- 6) Individu dalam suatu masyarakat ikut bertanggungjawab atas kesehatannya. Ia harus ikut mendorong, medidik, dan berpartisipasi secara aktif dalam pelayanan kesehatan mereka sendiri.

7. Filosofi

Menurut Helvie (1991) keperawatan komunitas memiliki filosofi sebagai berikut :

- 1) Kesehatan dan hidup produktif lebih lama adalah hak semua orang.
- 2) Semua penduduk mempunyai kebutuhan belajar kesehatan.
- 3) Beberapa klien tidak mengenal kebutuhan belajarnya dapat membantu meningkatkan kesehatannya.
- 4) Penduduk menerima dan menggunakan informasi yang bermanfaat bagi dirinya.
- 5) Kesehatan adalah suatu yang bernilai bagi klien dan memiliki prioritas yang berbeda pada waktu yang berbeda.
- 6) Konsep dan nilai kesehatan berbeda pada setiap orang bergantung pada latar belakang budaya, agama dan sosial klien.
- 7) Autonomi individu dan komunitas dapat diberikan prioritas yang berbeda pada waktu yang berbeda.

- 8) Klien adalah fleksibel dan dapat berubah dengan adanya perubahan rangsang internal dan eksternal.
- 9) Klien dimotivasi menuju pertumbuhan.
- 10) Kesehatan adalah dinamis bagi klien terhadap perubahan lingkungannya.
- 11) Klien bergerak dalam arak berbeda sepanjang rentang sehat pada waktu yang berbeda.
- 12) Fungsi terbesar keperawatan kesehatan komunitas adalah membantu klien bergerak ke arah kesejahteraan lebih tinggi yang dilakukan dengan menggunakan kerangka teori dan pendekatan sistematis.
- 13) Pengetahuan dan teknologi kesehatan baru yang terjadi sepanjang waktu akan merubah kebutuhan kesehatan.

8. Asumsi Keperawatan Kesehatan Komunitas

Asumsi mengenai keperawatan kesehatan komunitas yang dikemukakan ANA (1980) yaitu keperawatan kesehatan komunitas merupakan system pelayanan kesehatan yang kompleks, keperawatan kesehatan komunitas merupakan subsistem pelayanan kesehatan. Penentuan kebijakan kesehatan seharusnya melibatkan penerima pelayanan, perawat dan klien membentuk hubungan kerja sama yang menunjang pelayanan kesehatan, lingkungan mempunyai pengaruh terhadap kesehatan klien, serta kesehatan menjadi tanggung jawab setiap individu.

9. Karakteristik Keperawatan

Keperawatan komunitas memiliki beberapa karakteristik, yaitu pelayanan keperawatan yang diberikan berorientasi kepada pelayanan kelompok, fokus pelayanan utama adalah peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, asuhan keperawatan diberikan secara komprehensif dan berkelanjutan dengan melibatkan partisipasi klien/masyarakat, klien memiliki otonomi yang tinggi, fokus perhatian dalam pelayanan keperawatan lebih kearah pelayanan pada kondisi sehat, pelayanan memerlukan kolaborasi interdisiplin, perawat secara langsung dapat mengkaji dan mengintervensi klien dan lingkungannya dan pelayanan didasarkan pada kewaspadaan epidemiologi.

10. Prinsip Pemberian Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas

Pada saat memberikan pelayanan kesehatan, perawat komunitas harus mempertimbangkan beberapa prinsip, yaitu kemanfaatan dimana semua

tindakan dalam asuhan keperawatan harus memberikan manfaat yang besar bagi komunitas, pelayanan keperawatan kesehatan komunitas dilakukan bekerjasama dengan klien dalam waktu yang panjang dan bersifat berkelanjutan serta melakukan kerjasama lintas program dan lintas sektoral, asuhan keperawatan diberikan secara langsung mengkaji dan intervensi, klien dan, lingkungannya termasuk lingkungan sosial, ekonomi serta fisik mempunyai tujuan utama peningkatan kesehatan, pelayanan keperawatan komunitas juga harus memperhatikan prinsip keadilan dimana tindakan yang dilakukan disesuaikan dengan kemampuan atau kapasitas dari komunitas itu sendiri, prinsip yang lainnya yaitu otonomi dimana klien atau komunitas diberi kebebasan dalam memilih atau melaksanakan beberapa alternatif terbaik dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang ada.

Prinsip dasar lainnya dalam keperawatan kesehatan komunitas, yaitu :

- 1) Keluarga adalah unit utama dalam pelayanan kesehatan masyarakat
- 2) Sasaran terdiri dari, individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
- 3) Perawat kesehatan bekerja dengan masyarakat bukan bekerja untuk masyarakat
- 4) Pelayanan keperawatan yang diberikan lebih menekankan pada upaya promotif dan preventif dengan tidak melupakan upaya kuratif dan rehabilitatif.
- 5) Dasar utama dalam pelayanan perawatan kesehatan masyarakat adalah menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang dituangkan dalam proses keperawatan.
- 6) Kegiatan utama perawatan kesehatan komunitas adalah di-masyarakat dan bukan di rumah sakit.
- 7) Klien adalah masyarakat secara keseluruhan baik yang sakit maupun yang sehat.
- 8) Perawatan kesehatan masyarakat ditekankan kepada pem-binaan perilaku hidup sehat masyarakat.
- 9) Tujuan perawatan kesehatan komunitas adalah meningkat-kan fungsi kehidupan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan seoptimal mungkin.
- 10) Perawat kesehatan komunitas tidak bekerja secara sendiri tetapi bekerja secara tim.

- 11) Sebagian besar waktu dari seorang perawat kesehatan komunitas digunakan untuk kegiatan meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit, melayani masyarakat yang sehat atau yang sakit, penduduk sakit yang tidak berobat ke puskesmas, pasien yang baru kembali dari rumah sakit.
- 12) Kunjungan rumah sangat penting.
- 13) Pendidikan kesehatan merupakan kegiatan utama.
- 14) Pelayanan perawatan kesehatan komunitas harus mengacu pada sistem pelayanan kesehatan yang ada.
- 15) Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan di institusi pelayanan kesehatan yaitu puskesmas, institusi seperti sekolah, panti, dan lainnya dimana keluarga sebagai unit pelayanan.

11. Tanggung Jawab Perawat Kesehatan Komunitas

Claudia M. Smith & Frances A. Mauren (1995) menjelaskan bahwa tanggung jawab perawat komunitas adalah menyediakan pelayanan bagi orang sakit atau orang cacat di rumah mencakup pengajaran terhadap pengasuhnya, mempertahankan lingkungan yang sehat, mengajarkan upaya-upaya peningkatkan kesehatan, pencegahan, penyakit dan injuri, identifikasi standar kehidupan yang tidak adekuat atau mengancam penyakit/injuri serta melakukan rujukan, mencegah dan melaporkan adanya kelalaian atau penyalahgunaan (neglect & abuse), memberikan pembelaan untuk mendapatkan kehidupan dan pelayanan kesehatan yang sesuai standart, kolaborasi dalam mengembangkan pelayanan kesehatan yang dapat diterima, sesuai dan adekuat, melaksanakan pelayanan mandiri serta berpartisipasi dalam mengembangkan pelayanan profesional, serta menjamin pelayanan keperawatan yang berkualitas dan melaksanakan riset keperawatan.

12. Peran Perawat Komunitas

1) Pendidik (Educator)

Perawat memiliki peran untuk dapat memberikan informasi yang memungkinkan klien membuat pilihan dan mempertahankan autonominya. Perawat selalu mengkaji dan memotivasi belajar klien.

2) Advokat

Perawat memberi pembelaan kepada klien yang tidak dapat bicara untuk dirinya.

3) Manajemen Kasus

Perawat memberikan pelayanan kesehatan yang bertujuan menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, mengurangi fragmentasi, serta meningkatkan kualitas hidup klien.

4) Kolaborator

Perawat komunitas juga harus bekerjasama dengan pelayanan rumah sakit atau anggota tim kesehatan lain untuk mencapai tahap kesehatan yang optimal.

5) Panutan (*Role Model*)

Perawat kesehatan komunitas seharusnya dapat menjadi panutan bagi setiap individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sesuai dengan peran yang diharapkan. Perawat dituntut berperilaku sehat jasmani dan rohani dalam kehidupan sehari-hari.

6) Peneliti

Penelitian dalam asuhan keperawatan dapat membantu mengidentifikasi serta mengembangkan teori-teori keperawatan yang merupakan dasar dari praktik keperawatan.

7) Pembaharu (*Change Agent*)

Perawat kesehatan masyarakat dapat berperan sebagai agen pembaharu terhadap individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat terutama dalam merubah perilaku dan pola hidup yang erat kaitannya dengan peningkatan dan pemeliharaan kesehatan.

13. Tatanan Praktik Dalam Keperawatan Kesehatan Komunitas

Perawat kesehatan komunitas melakukan pekerjaan pada berbagai posisi dengan fokus utama klien individu, keluarga, dan komunitas. (Archer, 1976). Tatanan praktik dalam keperawatan kesehatan komunitas sangat luas, karena pada semua tatanan perawat komunitas dapat memberikan pelayanan dengan penekanan tingkat pencegahan primer, sekunder dan tertier. Perawat yang bekerja di komunitas dapat bekerja sebagai perawat keluarga, perawat sekolah, perawat kesehatan kerja atau pegawai gerontology.

1) Perawat Keluarga

Keperawatan kesehatan keluarga adalah tingkat keperawatan tingkat kesehatan masyarakat yang dipusatkan pada keluarga sebagai satu kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan pelayanan dan

perawatan sebagai upaya (Bailon dan Maglaya, 1978).

Perawat keluarga adalah perawat terregistrasi dan telah lulus dalam bidang keperawatan yang dipersiapkan untuk praktik memberikan pelayanan individu dan keluarga disepanjang rentang sehat sakit.

Peran yang dilakukan perawat keluarga adalah melaksanakan asuhan keperawatan keluarga, berpartisipasi dan menggunakan hasil riset, mengembangkan dan melaksanakan kebijakan dibidang kesehatan, kepemimpinan, pendidikan, case management dan konsultasi.

2) Perawat Kesehatan Sekolah

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

Fokus utama perawat kesehatan sekolah adalah siswa dan lingkungannya dan sasaran penunjang adalah guru dan kader.

3) Perawat Kesehatan Kerja

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

4) Perawat Gerontologi

Perawatan gerontologi atau gerontik adalah ilmu yang mempelajari dan memberikan pelayanan kepada orang lanjut usia yang dapat terjadi diberbagai tatanan dan membantu orang lanjut usia tersebut untuk mencapai dan mempertahankan fungsi yang optimal.

Lingkup praktik keperawatan gerontologi adalah memberikan asuhan keperawatan, melaksanakan advokasi dan bekerja untuk memaksimalkan kemampuan atau kemandirian lanjut usia, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan, mencegah dan meminimalkan kecacatan dan menunjang proses kematian yang bermartabat.

3. Rangkuman

Keperawatan komunitas adalah bidang perawatan khusus yang merupakan gabungan ketrampilan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan sosial, sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat secara keseluruhan guna meningkatkan kesehatan, penyempumaan kondisi sosial, perbaikan lingkungan fisik, rehabilitasi, pence-gahan penyakit dan bahaya yang lebih besar, ditujukan kepada individu, keluarga, yang mempunyai masalah dimana hal itu mempengaruhi masyarakat secara keseluruhan.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choise

B. Kegiatan Belajar 2

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

- a. Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dasar kesehatan lingkungan dan
- b. Mahasiswa mampu menjelaskan epidemiologi, mampu mengelola administrasi keperawatan

2. Uraian Materi

KONSEP DASAR KESEHATAN LINGKUNGAN

Dosen: Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep

A. Pengertian

1. Pengertian kesehatan

1) Menurut WHO

“Keadaan yang meliputi kesehatan fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya berarti suatu keadaan yang bebas dari penyakit dan kecacatan.”

2) Menurut UU No 23 / 1992 ttg kesehatan

“Keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis.”

2. Pengertian lingkungan

1) Menurut Encyclopaedia of science & technology (1960)

“Sejumlah kondisi di luar dan mempengaruhi kehidupan dan perkembangan organisme.”

2) Menurut Encyclopaedia Americana (1974)

“ Pengaruh yang ada di atas/sekeliling organisme.”

3) Menurut A.L. Slamet Riyadi (1976)

“Tempat pemukiman dengan segala sesuatunya dimana organismenya hidup beserta segala keadaan dan kondisi yang secara langsung maupun tidak dpt diduga ikut mempengaruhi tingkat kehidupan maupun kesehatan dari organisme itu.”

3. Pengertian kesehatan lingkungan

1) Menurut HAKLI (Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan Indonesia)

“Suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologi yang dinamis antara manusia dan lingkungannya untuk mendukung tercapainya kualitas hidup manusia yang sehat dan bahagia.”

2) Menurut WHO (World Health Organization)

“Suatu keseimbangan ekologi yang harus ada antara manusia dan

lingkungan agar dapat menjamin keadaan sehat dari manusia.”

- 3) Menurut kalimat yang merupakan gabungan (sintesa dari Azrul Azwar, Slamet Riyadi, WHO dan Sumengen)

“Upaya perlindungan, pengelolaan, dan modifikasi lingkungan yang diarahkan menuju keseimbangan ekologi pd tingkat kesejahteraan manusia yang semakin meningkat.”

B. Ruang lingkup kesehatan lingkungan

Menurut WHO ada 17 ruang lingkup kesehatan lingkungan :

- 1) Penyediaan Air Minum
- 2) Pengelolaan air Buangan dan pengendalian pencemaran
- 3) Pembuangan Sampah Padat
- 4) Pengendalian Vektor
- 5) Pencegahan/pengendalian pencemaran tanah oleh ekskreta manusia
- 6) Higiene makanan, termasuk higiene susu
- 7) Pengendalian pencemaran udara
- 8) Pengendalian radiasi
- 9) Kesehatan kerja
- 10) Pengendalian kebisingan
- 11) Perumahan dan pemukiman
- 12) Aspek kesling dan transportasi udara
- 13) Perencanaan daerah dan perkotaan
- 14) Pencegahan kecelakaan
- 15) Rekreasi umum dan pariwisata
- 16) Tindakan-tindakan sanitasi yang berhubungan dengan keadaan epidemi/wabah, bencana alam dan perpindahan penduduk.
- 17) Tindakan pencegahan yang diperlukan untuk menjamin lingkungan.

Menurut Pasal 22 ayat (3) UU No 23 tahun 1992 ruang lingkup kesling ada 8 :

- 1) Penyehatan Air dan Udara
- 2) Pengamanan Limbah padat/sampah
- 3) Pengamanan Limbah cair
- 4) Pengamanan limbah gas
- 5) Pengamanan radiasi
- 6) Pengamanan kebisingan

- 7) Pengamanan vektor penyakit
- 8) Penyehatan dan pengamanan lainnya : Misal Pasca bencana.

C. Sasaran kesehatan lingkungan (Pasal 22 ayat (2) UU 23/1992

- 1) Tempat umum : hotel, terminal, pasar, pertokoan, dan usaha-usaha yang sejenis
- 2) Lingkungan pemukiman : rumah tinggal, asrama/yang sejenis
- 3) Lingkungan kerja : perkantoran, kawasan industri/yang sejenis.
- 4) Angkutan umum : kendaraan darat, laut dan udara yang digunakan untuk umum.
- 5) Lingkungan lainnya : misalnya yang bersifat khusus seperti lingkungan yang berada dlm keadaan darurat, bencana perpindahan penduduk secara besar2an, reaktor/tempat yang bersifat khusus.

D. Sejarah perkembangan kesehatan lingkungan

- 1) Sebelum Orba
 - a) Th 1882 : UU ttg hyangiene dlm Bahasa Belanda.
 - b) Th 1924 Atas Prakarsa Rochefeller foundation didirikan Rival Hyangiene Work di Banyuwangi dan Kebumen.
 - c) Th 1956 : Integrasi usaha pengobatan dan usaha kesehatan lingkungan di Bekasi hingga didirikan Bekasi Training Centre
 - d) Prof. Muchtar memelopori tindakan kesehatan lingkungan di Pasar Minggu.
 - e) Th 1959 : Dicanangkan program pemberantasan Malaria sebagai program kesehatan lingkungan di tanah air (12 Nopember = Hari Kesehatan Nasional)
- 2) Setelah Orba
 - a. Th 1968 : Program kesehatan lingkungan masuk dalam upaya pelayanan Puskesmas
 - b. Th 1974 : Inpres Samijaga (Sarana Air Minum dan Jamban Keluarga)
 - c. Adanya Program Perumnas, Proyek Husni Thamrin, Kampanye Keselamatan dan kesehatan kerja, dll.

E. Masalah-masalah Kesehatan Lingkungan di Indonesia

1) Air Bersih

Air bersih adalah air yang digunakan untuk keperluan sehari-hari yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat diminum apabila

telah dimasak. Air minum adalah air yang kualitasnya memenuhi syarat kesehatan dan dapat langsung diminum. Syarat-syarat Kualitas Air Bersih diantaranya adalah sebagai berikut :

- a) Syarat Fisik : Tidak berbau, tidak berasa, dan tidak berwarna
- b) Syarat Kimia : Kadar Besi : maksimum yang diperbolehkan 0,3 mg/l, Kesadahan (maks 500 mg/l)
- c) Syarat Mikrobiologis : Koliform tinja/total koliform (maks 0 per 100 ml air)

2) Pembuangan Kotoran/Tinja

Metode pembuangan tinja yang baik yaitu dengan jamban dengan syarat sebagai berikut :

- a) Tanah permukaan tidak boleh terjadi kontaminasi
- b) Tidak boleh terjadi kontaminasi pada air tanah yang mungkin memasuki mata air atau sumur
- c) Tidak boleh terkontaminasi air permukaan
- d) Tinja tidak boleh terjangkau oleh lalat dan hewan lain
- e) Tidak boleh terjadi penanganan tinja segar ; atau, bila memang benar-benar diperlukan, harus dibatasi seminimal mungkin.
- f) Jamban harus bebas dari bau atau kondisi yang tidak sedap dipandang.
- g) Metode pembuatan dan pengoperasian harus sederhana dan tidak mahal.

3) Kesehatan Pemukiman

Secara umum rumah dapat dikatakan sehat apabila memenuhi kriteria sebagai berikut :

- a) Memenuhi kebutuhan fisiologis, yaitu : pencahayaan, penghawaan dan ruang gerak yang cukup, terhindar dari kebisingan yang mengganggu.
- b) Memenuhi kebutuhan psikologis, yaitu : privacy yang cukup, komunikasi yang sehat antar anggota keluarga dan penghuni rumah
- c) Memenuhi persyaratan pencegahan penularan penyakit antarpenghuni rumah dengan penyediaan air bersih, pengelolaan tinja dan limbah rumah tangga, bebas vektor penyakit dan tikus, kepadatan hunian yang tidak berlebihan, cukup sinar matahari pagi, terlindungnya makanan dan minuman dari pencemaran, disamping pencahayaan dan penghawaan yang cukup.
- d) Memenuhi persyaratan pencegahan terjadinya kecelakaan baik yang

timbul karena keadaan luar maupun dalam rumah antara lain persyaratan garis sempadan jalan, konstruksi yang tidak mudah roboh, tidak mudah terbakar, dan tidak cenderung membuat penghuninya jatuh tergelincir.

4) Pembuangan Sampah

Teknik pengelolaan sampah yang baik harus memperhatikan faktor-faktor/unsur :

- a) Penimbunan sampah. Faktor-faktor yang mempengaruhi produksi sampah adalah jumlah penduduk dan kepadatannya, tingkat aktivitas, pola kehidupan/tk sosial ekonomi, letak geografis, iklim, musim, dan kemajuan teknologi.
- b) Penyimpanan sampah.
- c) Pengumpulan, pengolahan dan pemanfaatan kembali.
- d) Pengangkutan
- e) Pembuangan

Dengan mengetahui unsur-unsur pengelolaan sampah, kita dapat mengetahui hubungan dan urgensinya masing-masing unsur tersebut agar kita dapat memecahkan masalah-masalah ini secara efisien.

5) Serangga dan Binatang Pengganggu

Serangga sebagai reservoir (habitat dan survival) bibit penyakit yang kemudian disebut sebagai vektor misalnya : pinjal tikus untuk penyakit pes/sampar, Nyamuk Anopheles sp untuk penyakit Malaria, Nyamuk Aedes sp untuk Demam Berdarah Dengue (DBD), Nyamuk Culex sp untuk Penyakit Kaki Gajah/Filariasis. Penanggulangan/pencegahan dari penyakit tersebut diantaranya dengan merancang rumah/tempat pengelolaan makanan dengan rat proff (rapat tikus), Kelambu yang dicelupkan dengan pestisida untuk mencegah gigitan Nyamuk Anopheles sp, Gerakan 3 M (menguras mengubur dan menutup) tempat penampungan air untuk mencegah penyakit DBD, Penggunaan kasa pada lubang angin di rumah atau dengan pestisida untuk mencegah penyakit kaki gajah dan usaha-usaha sanitasi.

Binatang pengganggu yang dapat menularkan penyakit misalnya anjing dapat menularkan penyakit rabies/anjing gila. Kecoa dan lalat dapat menjadi perantara perpindahan bibit penyakit ke makanan sehingga

menimbulkan diare. Tikus dapat menyebabkan Leptospirosis dari kencing yang dikeluarkannya yang telah terinfeksi bakteri penyebab.

6) Makanan dan Minuman

Sasaran hygiene sanitasi makanan dan minuman adalah restoran, rumah makan, jasa boga dan makanan jajanan (diolah oleh pengrajin makanan di tempat penjualan dan atau disajikan sebagai makanan siap santap untuk dijual bagi umum selain yang disajikan jasa boga, rumah makan/restoran, dan hotel).

Persyaratan hygiene sanitasi makanan dan minuman tempat pengelolaan makanan meliputi :

- a) Persyaratan lokasi dan bangunan;
- b) Persyaratan fasilitas sanitasi;
- c) Persyaratan dapur, ruang makan dan gudang makanan;
- d) Persyaratan bahan makanan dan makanan jadi;
- e) Persyaratan pengolahan makanan;
- f) Persyaratan penyimpanan bahan makanan dan makanan jadi;
- g) Persyaratan peralatan yang digunakan.

7) Pencemaran Lingkungan

Pencemaran lingkungan diantaranya pencemaran air, pencemaran tanah, pencemaran udara. Pencemaran udara dapat dibagi lagi menjadi indoor air pollution dan out door air pollution. Indoor air pollution merupakan problem perumahan/pemukiman serta gedung umum, bis kereta api, dll. Masalah ini lebih berpotensi menjadi masalah kesehatan yang sesungguhnya, mengingat manusia cenderung berada di dalam ruangan ketimbang berada di jalanan. Diduga akibat pembakaran kayu bakar, bahan bakar rumah tangga lainnya merupakan salah satu faktor resiko timbulnya infeksi saluran pernafasan bagi anak balita. Mengenai masalah out door pollution atau pencemaran udara di luar rumah, berbagai analisis data menunjukkan bahwa ada kecenderungan peningkatan. Beberapa penelitian menunjukkan adanya perbedaan resiko dampak pencemaran pada beberapa kelompok resiko tinggi penduduk kota dibanding pedesaan. Besar resiko relatif tersebut adalah 12,5 kali lebih besar. Keadaan ini, bagi jenis pencemar yang akumulatif, tentu akan lebih buruk di masa mendatang. Pembakaran hutan untuk dibuat lahan pertanian

atau sekedar diambil kayunya ternyata membawa dampak serius, misalnya infeksi saluran pernafasan akut, iritasi pada mata, terganggunya jadwal penerbangan, terganggunya ekologi hutan.

F. Penyebab masalah kesehatan lingkungan di Indonesia

- 1) Pertambahan dan kepadatan penduduk.
- 2) Keanekaragaman sosial budaya dan adat istiadat dari sebagian besar penduduk.
- 3) Belum memadainya pelaksanaan fungsi manajemen.

3. Rangkuman

Kesehatan lingkungan merupakan keadaan yang meliputi kesehatan fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya berarti suatu keadaan yang bebas dari penyakit dan kecacatan.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choise

C. Kegiatan Belajar 3

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan demografi atau kependudukan

2. Uraian Materi

EPIDEMIOLOGI

Dosen: Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep

A. Konsep Dasar Epidemiologi

1. Definisi Epidemiologi

Epidemiologi berasal dari bahasa Yunani yaitu secara harfiah terdiri dari *Epi* (pada/tentang), *Demos* (penduduk) dan *Logos* (Ilmu). Jadi Epidemiologi dapat diartikan sebagai suatu ilmu tentang penduduk.

Beberapa definisi Epidemiologi berdasarkan tokoh-tokoh Epidemiologi :

1) Hirach (1883)

Epidemiologi adalah suatu gambaran kejadian, distribusi, dan tipe penyakit manusia.

2) Frost (1927)

Epidemiologi adalah suatu ilmu induktif yang tidak hanya mendeskripsikan distribusi penyakit, melainkan kesesuaiannya dalam suatu filosofi yang konsisten.

3) Greewood (1934)

Epidemiologi adalah suatu penyakit sebagai fenomena massal.

4) Lilienfeld (1957)

Epidemiologi adalah studi distribusi suatu penyakit atau kondisi dalam populasi dan faktor yang mempengaruhi distribusi.

5) Taylor (1963)

Epidemiologi adalah studi kesehatan atau penyakit dalam populasi.

6) McMahan, Pugh & Ipsen (1970)

Epidemiologi adalah studi distribusi dan determinan frekuensi penyakit pada manusia.

7) Last, 1988

Epidemiologi adalah suatu ilmu yang mempelajari penyebaran dan penentu dari keadaan dan peristiwa yang berkaitan dengan kesehatan dalam suatu populasi tertentu dan penerapan dari hasil studi tersebut untuk penanggulangan masalah kesehatan.

8) Noor Nasri Noor, 1997

Epidemiologi adalah suatu ilmu yang mempelajari, menganalisis serta berusaha memecahkan berbagai masalah kesehatan pada suatu populasi tertentu.

9) Mac Mahon, 1970 ; Omran, 1974

Epidemiologi adalah suatu ilmu yang mempelajari distribusi dan determinan status kesehatan dan kejadiannya dalam suatu populasi.

10) Azrul Azwar, 1988

Epidemiologi adalah suatu ilmu yang mempelajari tentang frekuensi dan penyebaran masalah kesehatan pada sekelompok manusia serta faktor-faktor yang mempengaruhinya. Epidemiologi adalah suatu ilmu dasar dari kedokteran pencegahan dan kesehatan masyarakat yang mempelajari :

- a) **Penyakit** (status kesehatan)
- b) **Frekuensi** (enumerasi jumlah yang ada atau tingkat perkembangan dalam periode waktu spesifik)
- c) **Determinan** (faktor yang mempengaruhi distribusi)
- d) **Metode** (proses yang dilakukan untuk mendeskripsikan frekuensi & distribusi, rasional ilmiah yang digunakan untuk menentukan kausal distribusi penyakit dalam populasi)
- e) **Populasi** (populasi manusia tertentu)

Menurut WHO mendefinisikan epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari epidemiologi dan determinan dari peristiwa kesehatan dan peristiwa lainnya yang berhubungan dengan kesehatan yang menimpa sekelompok masyarakat serta menerapkan ilmu tersebut untuk memecahkan masalah-masalah tersebut.

Adapun definisi Epidemiologi menurut *CDC 2002, Last 2001, Gordis 2000* menyatakan bahwa EPIDEMIOLOGI adalah : *“Studi yang mempelajari Distribusi dan Determinan penyakit dan keadaan kesehatan pada populasi serta penerapannya untuk pengendalian masalah-masalah kesehatan”*

2. Sejarah Perkembangan Epidemiologi

1) Hippocrates 460 – 377 SM (Ahli epidemiologi pertama)

- a) Ahli Epidemiologi yang pertama yang menjelaskan terjadinya penyakit dari dasar yang rasional. Buku yang ditulis: *Epidemic I, Epidemic II, On Airs, Waters, and Places*. Memperkenalkan istilah *epidemic* dan *endemic*

- b) Menyatakan bahwa “Proses penularan penyakit berkaitan dengan faktor lingkungan”. Tertuang dalam tulisan “*Epidemics*” dan catatan “*Airs, Waters and Places*”.
 - c) Masalah penyakit di masyarakat dan berbagai teori tentang hubungan sebab akibat terjadinya penyakit di masyarakat → Konsep epidemiologi pertama
- 2) Galen 129 – 199 M
- a) Ahli bedah tentara romawi dan Bapak “Fisiologi Eksperimental” dan pencetus teori miasma yang menjelaskan faktor prokatarik (cara hidup orang) dan temperamen mempengaruhi kesehatan dan penyakit.
 - b) Teori miasma menjelaskan bahwa penyakit timbul akibat sisa dari makhluk hidup yang mati membusuk, meninggalkan pengotoran / polusi udara dan lingkungan.
 - c) Menyatakan bahwa pengaruh lingkungan (geografi dan iklim) disebut miasma (istilah umum untuk partikel dalam udara). Contoh : Malaria → udara buruk.
- 3) Thomas Sydenham (1624 – 1689)
- Dikenal sebagai “Hippocrates Inggris” dan Bapak Epidemiologi. Menjelaskan bahwa atmosfer mengakibatkan perubahan konstitusi epidemik
- 4) Noah Webster (1758 – 1843)
- Pengumpul *American Dictionary*. Menjelaskan bahwa epidemik berkaitan dengan faktor lingkungan
- 5) Pengembang Konsep Kontagion dan Teori Germ Penyakit
- Teori kontagion menjelaskan tentang suatu penyakit terjadi karena terjadi proses kontak atau bersinggungan dengan sumber penyakit. Dengan kata lain sebagai suatu penularan penyakit atau zat penular. Contoh : bersentuhan, berciuman, hubungan seksual, pemakaian jarum sunti bersamaan, handuk dan alat makan, dll.
- Sedangkan teori germ (teori jasad renik) dikenal karena pengaruh ditemukannya mikroskop sebagai suatu alat yang bisa melihat kuman (mikroorganisme) yang dianggap sebagai timbulnya suatu penyakit.
- a) Hieronymous Frascastorius (1478 – 1553)

Seorang sastrawan dan dokter dari Italia. Menjelaskan bahwa penyakit disebabkan oleh “germ”. Penyakit ditransmisikan dari orang ke orang melalui suatu partikel yang sangat kecil.

b) Ignatz Semmelweis (1818 – 1865)

Seorang Ahli Obstetri dari Hungaria. Menjelaskan bahwa demam tifus dapat direduksi jika para dokter mencuci tangan sebelum menolong persalinan.

c) Edward Jenner

Seorang penemu vaksin cacar (di akhir tahun 1700). Mendukung teori Fracastorius dan menerima teori germ penyakit.

d) Louis Pasteur

Berkontribusi dalam menguatkan teori germ penyakit dengan mendemonstrasikan efektivitas imunisasi pada pencegahan rabies dalam tahun 1885. Namun belum mampu mengisolasi virus rabies → menghalau teori miasma.

6) Tokoh Kelahiran Vital Statistik

a) John Graunt (1662)

Seseorang yang melakukan analisis data mortalitas dalam tahun 1662. Dia juga melakukan kuantifikasi yang pertama dari pola kelahiran, kematian dan kejadian penyakit. Selain itu, mencatat perbedaan laki-laki dan perempuan, kematian bayi yang tinggi, perbedaan urban-rural, dan variasi musiman.

b) William Farr (1839)

Seseorang yang melakukan pengumpulan data secara sistematis dan statistik kematian di Inggris. Dia dikenal sebagai Bapak Statistik vital moderen dan surveilans. Dia memperluas analisis data morbiditas dan mortalitas epidemiologi serta melihat efek status perkawinan, pekerjaan dan ketinggian.

7) Tokoh pada Studi Epidemiologi Klasik Awal

a) James Lind

Seseorang yang melakukan studi epidemiologi eksperimen pada etiologi dan pengobatan scurvy (1753) dengan hasil bahwa dengan memakan jeruk merupakan obat untuk scurvy.

b) P L Panum

Seseorang yang mempelajari studi epidemiologi klasik tentang penyakit campak di pulau Faroe (1875).

c) John Snow (1813 – 1858)

Sebagai ahli anestesi dan melakukan serial investigasi kolera di London. Dikenal sebagai Bapak Epidemiologi Lapangan yang melakukan studi epidemik kolera (1854).

Melakukan penelitian tentang penyebab kematian karena kolera di London 1848-1849 dan 1853-1854). Menjelaskan bahwa terdapat asosiasi antara sumber air minum dan kematian akibat kolera, dimana penyakit kolera menyebar karena adanya air yang terkontaminasi.

d) Doll and Hill dkk (1950-an)

Mempelajari hubungan. antara merokok dan kanker paru dan melakukan studi *follow-up* jangka panjang terhadap para dokter di Inggris. Dengan hasil bahwa terdapat hubungan yang kuat antara kebiasaan merokok dan perkembangan kanker paru. Pelopor epidemiologi klinik.

e) (Dawber, Kannel, dan Lyell, 1963. Gordon, Castelli, Hjortland, Kannel, dan Dawber, 1977)

Melakukan riset epidemiologi pada penyakit kronik

f) (Freedman, Chear, Srinivasan, Webber, dan Berenson, 1985)

Bogalusa Heart Study

g) (Stamler, Wentworth, dan Neaton, 1986)

Multiple Risk Factor Intervention Trial

3. Peristiwa Bersejarah Epidemiologi

Cukup *banyak* peristiwa-peristiwa penting bersejarah sepanjang perjalanan waktu epidemiologi dari masa kemasa. Sebagian diantaranya dapat disebutkan disini, yaitu :

1) *The Black Death*

Pada abad ke 13-14 terjadi epidemi penyakit dengan mortalitas tinggi di seluruh dunia, disebut *The Black Death* (penyakit sampar, pes, Bubonic plague). Penyakit sampar atau pes disebabkan oleh *Yersinia pestis* yang menginfeksi rodensia (terutama tikus), lalu menular ke manusia melalui gigitan kutu (flea). Penyakit sampar menyebabkan demam, pembengkakan kelenjar limfe, dan bercak-bercak merah di kulit, sehingga wabah sampar disebut *Bubonic Plague* (*bubo* artinya inflamasi dan pembengkakan kelenjar

limfe). *The Black Death* membunuh hampir 100 juta penduduk di seluruh dunia dalam tempo 300 tahun. Hampir sepertiga populasi Eropa (sekitar 34 juta) meninggal karena penyakit tersebut. Kematian dalam jumlah serupa terjadi pada penduduk China dan India. Timur Tengah dan benua Afrika juga mengalami epidemic tersebut. Meskipun jumlah total tidak diketahui, outbreak 1348 - 1349 diperkirakan telah membunuh 400,000 orang di Suriah.

Secara tradisi *The Black Death* diyakini disebabkan oleh salah satu dari tiga bentuk *Yersinia pestis* (bubonik, pneumoni, dan septikemik). Tetapi beberapa ilmuwan dewasa ini menduga, penyakit itu disebabkan suatu virus yang menyerupai Ebola atau antraks. Dua peneliti biologi molekuler dari Universitas Liverpool, Profesor Christopher Duncan dan Susan Scott, menganalisis sejarah *Bubonic Plague* dan menerapkan biologi molekuler dengan modeling menggunakan komputer. Berdasarkan analisis, Duncan dan Scott mengemukakan teori bahwa agen penyebab wabah sampar bukan suatu bakteri melainkan filovirus yang ditularkan langsung dari manusia ke manusia.

Menurut Profesor Duncan, gejala *The Black Death* ditandai oleh demam mendadak, nyeri, perdarahan organ dalam, dan efusi darah ke kulit yang menimbulkan bercak-bercak di kulit, khususnya sekitar dada. Karena itu Duncan dan Scott menamai epidemi penyakit sampar “wabah hemoragis” (*haemorrhagic plague*), bukan *Bubonic Plague* yang lebih menonjolkan aspek pembesaran kelenjar limfe.

2) Cacar dan Vaksinasi Edward Jenner (1749–1823).

Edward Jenner adalah penemu metode pencegahan cacar yang lebih aman, disebut vaksinasi. Cacar merupakan sebuah penyakit menular yang menyebabkan manifestasi klinis berat dan sangat fatal. Penyakit ini disebabkan oleh virus *Variola major* atau *Variola minor*. Cacar disebut *Variola* atau *Variola vera*, berasal dari kata Latin (*varius*) yang berarti bercak atau gelembung kulit. *Terma (smallpox)* dalam bahasa Inggris digunakan pertama kali di Eropa pada abad ke 15 untuk membedakan cacar dengan “*great pox*” (sifilis). Masa inkubasi sekitar 12 hari. Virus cacar menempatkan diri di dalam pembuluh darah kecil di bawah kulit, mulut dan tenggorokan. Pada kulit penyakit ini menyebabkan keropeng (ruam) berbentuk makulopapular, kemudian membentuk gelembung kulit berisi

cairan. Penderita cacar mengalami keropeng kulit, sehingga disebut “*speckled monster*” (monster bernoda). Selain itu cacar menyebabkan kebutaan karena ulserasi kornea dan infertilitas pada penderita pria. Variola major lebih sering dijumpai, menyebabkan bentuk klinis yang berat, dengan lebih banyak keropeng kulit, panas yang lebih tinggi, dengan *Case Fatality Rate* (CFR) 30-35%. Angka kematian karena Variola major pada anak bisa mencapai 80%. Variola minor memberikan manifestasi klinis yang lebih ringan disebut alastrim, lebih jarang terjadi, dengan angka kematian sekitar 1% dari korban.

3) Wabah Kolera

Pada 1816-1826 terjadi pandemi pertama kolera di berbagai bagian dunia. Penyakit itu menyerang korban dengan diare berat, muntah, sering kali berakibat fatal. Pandemi dimulai di Bengal (India), lalu menyebar melintasi India tahun 1820. Sebanyak 10,000 tentara Inggris dan tak terhitung pada penduduk India meninggal selama pandemi tersebut. Pandemi kolera meluas ke China, Indonesia (lebih dari 100,000 orang meninggal di pulau Jawa saja), dan Laut Kaspia, sebelum akhirnya mereda. Kematian di India antara 1817-1860 diperkirakan mencapai lebih dari 15 juta jiwa. Sebanyak 23 juta jiwa lainnya meninggal antara 1865-1917. Kematian penduduk di Rusia pada periode yang sama mencapai lebih dari 2 juta jiwa. Pandemi kolera kedua terjadi 1829-1851, mencapai Rusia, Hungaria (sekitar 100,000 orang meninggal) dan Jerman pada 1831, London pada 1832 (lebih dari 55,000 orang meninggal di Inggris), Perancis, Kanada (Ontario), dan Amerika Serikat (New York) pada tahun yang sama, pantai Pasifik Amerika Utara pada 1834. Outbreak selama dua tahun terjadi di Inggris dan Wales pada 1848 dan merenggut nyawa 52,000 jiwa.

4) *Influenza* Besar (1918 - 1919)

Pada Maret 1918 hingga Juni 1920 terjadi pandemi luar biasa yang disebut *Influenza* Besar (Flu Spanyol, *The Great Influenza*). Peristiwa itu dianggap pandemi yang paling mematikan dalam sejarah kemanusiaan. Penderita flu meninggal dalam tempo beberapa hari atau beberapa jam sejak gejala klinis. Virus influenza strain subtipe H1N1 yang sangat virulen diperkirakan menyerang 500 juta orang di seluruh dunia dan membunuh 50 hingga 100 juta orang hanya dalam waktu 6 bulan. Tidak seperti *outbreak*

influenza lainnya, wabah Flu Spanyol tidak hanya menyerang orang dewasa tetapi juga anak-anak. Sebuah studi mengatakan, wabah itu menyerang 8-10 persen dari semua dewasa muda.

4. Ruang Lingkup Epidemiologi

Pada awalnya epidemiologi hanya mempelajari penyakit yang bersifat menular/infeksi dan akut. Pada perkembangan lebih lanjut, epidemiologi juga mempelajari penyakit tidak menular juga kronis, masalah sosial/prilaku, penilaian terhadap pelayanan kesehatan, serta di luar bidang kesehatan. Ruang lingkup epidemiologi, meliputi :

- 1) Epidemiologi Penyakit Menular
- 2) Epidemiologi Penyakit Tidak Menular
- 3) Epidemiologi Klinik

Bentuk ini merupakan salah satu bidang epidemiologi yang sedang dikembangkan oleh para klinisi yang bertujuan untuk membekali para klinisi/dokter tentang cara pendekatan masalah melalui disiplin ilmu epidemiologi.

4) Epidemiologi Kependudukan

Merupakan salah satu cabang ilmu epidemiologi yang menggunakan sistem pendekatan epidemiologi dalam menganalisis berbagai permasalahan yang berkaitan dengan bidang demografi serta faktor-faktor yang mempengaruhi berbagai perubahan demografis yang terjadi di dalam masyarakat.

5) Epidemiologi Gizi

Digunakan dalam analisis masalah gizi masyarakat dimana masalah ini erat hubungannya dengan berbagai faktor yang menyangkut pola hidup masyarakat.

6) Epidemiologi Pelayanan Kesehatan

Bentuk ini merupakan salah satu sistem pendekatan manajemen dalam menganalisis masalah, mencari faktor penyebab timbulnya suatu masalah serta penyusunan rencana pemecahan masalah tersebut secara menyeluruh dan terpadu.

7) Epidemiologi Lingkungan dan Kesehatan Kerja

Bentuk ini merupakan salah satu bagian epidemiologi yang mempelajari serta menganalisis keadaan kesehatan tenaga kerja akibat

pengaruh keterpaparan pada lingkungan kerja,serta kebiasaan hidup para pekerja

8) Epidemiologi Kesehatan Jiwa

Merupakan salah satu dasar pendekatan dan analisis masalah gangguan jiwa dalam masyarakat yang mempengaruhi timbulnya gangguan jiwa dalam masyarakat.

9) DLL

Ruang Lingkup Epidemiologi :

- a) Definisi penyakit
- b) Kejadian penyakit
- c) Penyebab penyakit
- d) Keluaran penyakit
- e) Pengelolaan penyakit dan pencegahan penyakit

5. Macam-Macam Epidemiologi

Epidemiologi menekankan upaya menerangkan bagaimana distribusi penyakit dan bagaimana berbagai komponen menjadi faktor penyebab penyakit tersebut. Untuk mengungkapkan dan menjawab masalah tersebut, epidemiologi melakukan berbagai cara yang selanjutnya menjadikan epidemiologi dapat dibagi dalam beberapa metode.

Metode Epidemiologi adalah cara pendekatan ilmiah dalam mencari faktor penyebab serta hubungan sebab akibat terjadinya peristiwa tertentu pada suatu kelompok penduduk tertentu. Pada dasarnya metode epidemiologi dibagi 3, yaitu :

Macam-macam metode Epidemiologi, yaitu :

1) Deskriptif

Epidemiologi deskriptif mempelajari tentang frekuensi dan distribusi suatu masalah kesehatan dalam masyarakat. Keterangan tentang frekuensi dan distribusi suatu penyakit atau masalah kesehatan menunjukkan tentang besarnya masalah itu dalam pertanyaan mengenai faktor *who* (siapa), *where* (dimana) dan *when* (kapan).

a) Siapa

Merupakan pertanyaan tentang faktor orang yang akan di jawab dengan mengemukakan perihal mereka yang terkena masalah. Bisa

mengenai variable umur, jenis kelamin, suku, agama, pendidikan, pekerjaan, dan pendapatan. Faktor-faktor ini biasa disebut sebagai variabel epidemiologi/demografi. Kelompok orang yang potensial atau punya peluang untuk menderita sakit atau mendapatkan resiko, biasanya disebut *population at risk* (populasi berisiko).

b) Dimana

Pertanyaan ini mengenai faktor tempat dimana masyarakat tinggal atau bekerja atau dimana saja ada kemungkinan mereka menghadapi masalah kesehatan. Faktor tempat ini dapat berupa kota (urban), dan desa (rural), pantai dan pegunungan, daerah pertanian, industri, tempat bermukim atau bekerja.

c) Kapan

Kapan kejadian penyakit berhubungan juga dengan waktu. Faktor waktu ini dapat berupa jam, hari, minggu, bulan, dan tahun, musim hujan dan musim kering.

Contoh :

“Banyaknya penderita TBC di daerah Sulawesi Selatan adalah 25.000 lelaki pada tahun 1992.”

2) Analitik

Adalah menegakkan hipotesis tentang hubungan sebab akibat terjadinya keadaan kesehatan atau penyakit serta menguji hipotesis melalui pengamatan langsung dengan menilai sifat penyebaran alamiah dalam masyarakat. Menjawab : *Why*.

Epidemiologi Analitik berkaitan dengan upaya epidemiologi untuk menganalisis faktor penyebab (*determinant*) masalah kesehatan. Disini diharapkan epidemiologi mampu menjawab pertanyaan kenapa (*why*) apa penyebab terjadinya masalah itu.

Contoh :

“Setelah ditemukan secara deskriptif bahwa banyak perokok yang menderita kanker paru, maka perlu dianalisis lebih lanjut apakah rokok itu merupakan faktor determinan/penyebab terjadinya kanker paru.”

3) Eksperimental

Adalah melakukan analisis secara langsung tentang hubungan sebab akibat melalui percobaan-percobaan, baik di laboratorium maupun di masyarakat.

Salah satu hal yang perlu dilakukan sebagai pembuktian bahwa suatu faktor sebagai penyebab terjadinya suatu luaran (*output* = penyakit), adalah diuji kebenarannya dengan percobaan (eksperimen).

Contoh :

“Jika rokok dianggap sebagai penyebab kanker paru maka perlu dilakukan eksperimen jika rokok dikurangi maka kanker paru akan menurun atau sebaliknya. Untuk ini dilakukan perbandingan antara kelompok orang yang merokok dengan orang yang tidak merokok, kemudian dilihat jumlah penderita penyakit kanker paru untuk masing-masing kelompok. Dari perbedaan yang ada dapat disimpulkan ada atau tidaknya pengaruh rokok terhadap penyakit kanker paru tersebut.

Ketiga jenis epidemiologi ini tidak bisa dipisahkan satu dengan yang lainnya saling berkaitan dan mempunyai peranan masing-masing sesuai tingkat kedalaman pendekatan epidemiologi yang dihadapi. Secara umum dapat dikatakan bahwa pengungkapan dan pemecahan masalah epidemiologi dimulai dengan epidemiologi deskriptif, lalu diperdalam dengan epidemiologi analitik dan disusul dengan melakukan epidemiologi eksperimental.

Jenis-jenis epidemiologi dapat juga dilihat dari aspek lain sehingga ditemukan berbagai jenis epidemiologi lainnya. Misalnya ada epidemiologi penyakit menular, kependudukan, kesehatan reproduksi, statistik, farmasi, dll.

6. Kegunaan / Peranan Epidemiologi

Dari kemampuan epidemiologi untuk mengetahui distribusi dan faktor-faktor penyebab masalah kesehatan dan mengarahkan intervensi yang diperlukan maka epidemiologi diharapkan mempunyai peranan dalam bidang kesehatan masyarakat berupa :

- 1) Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi timbulnya gangguan kesehatan atau penyakit dalam suatu masyarakat tertentu dalam usaha mencari data untuk pencegahan dan penanggulangannya.
- 2) Menyiapkan data atau informasi untuk keperluan perencanaan program dengan menilai status kesehatan masyarakat serta memberi gambaran tentang kelompok penduduk yang terancam.

- 3) Membantu menilai berbagai hasil dari setiap bentuk program kesehatan
- 4) Mencari dan mengembangkan metodologi dalam menganalisis penyakit serta cara menanggulangnya, baik penyakit perorangan (dianalisis dalam kelompok) maupun Kejadian Luar Biasa adalm masyarakat

7. Prinsip-Prinsip Epidemiologi

Adapun prinsip-prinsip epidemiologi adalah :

- 1) Mempelajari sekelompok manusia atau masyarakat yang mengalami masalah kesehatan.
- 2) Menunjuk kepada banyaknya masalah kesehatan yang ditemukan pada populasi yang dinyatakan dengan frekuensi atau rasio
- 3) Menunjuk kepada banyaknya masalah kesehatan yang diperinci menurut keadaan tertentu (waktu, tempat, orang yang mengalami masalah)
- 4) Merupakan kegiatan tertentu yang dilakukan untuk mengkaji masalah kesehatan sehingga diperoleh kejelasan dari masalah tersebut.

8. Terjadinya Penyakit / Masalah Kesehatan

Proses terjadinya penyakit atau masalah kesehatan di masyarakat meliputi beberapa teori yaitu :

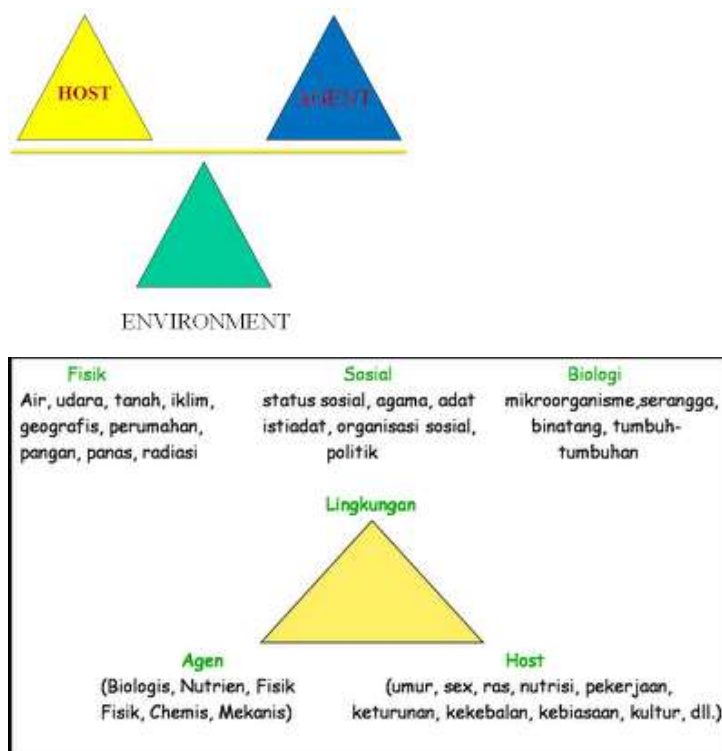
- 1) Penyakit timbul karena gangguan makhluk halus.
- 2) Teori Hypocrates, bahwa penyakit timbul karena pengaruh lingkungan terutama: air, udara, tanah, cuaca (tidak dijeIaskan kedudukan manusia dalam lingkungan).
- 3) Teori Humoral, dimana dikatakan bahwa penyakit timbul karena gangguan keseimbangan cairan dalam tubuh.
- 4) Teori Miasma, penyakit timbul karena sisa dari makhluk hidup yang mati membusuk, meninggalkan pengotoran udara dan Iingkungan.
- 5) Teori jasad renik (teori Germ), terutama setelah ditemukannya mikroskop dan dilengkapi teori imunitas.
- 6) Teori nutrisi dan Resistensi, hasil pengamatan berbagai pengamatan epidemiologis.
- 7) Teori Ekologi lingkungan, bahwa manusia berinteraksi dengan penyebab dalam Iingkungan tertentu dapat menimbulkan penyakit.

Konsep penyebab dan proses terjadinya penyakit dalam epidemiologi berkembang dari rantai sebab akibat kesuatu proses kejadian penyakit yakni proses interaksi antara manusia (pejamu) dengan berbagai sifatnya (biologis,

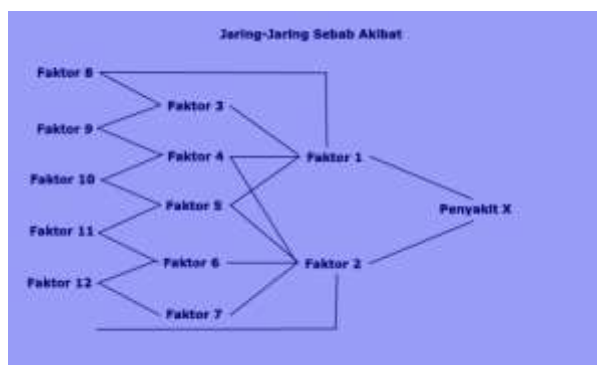
Fisiologis, Psikologis, Sosiologis dan antropologis) dengan penyebab (*agent*) serta dengan lingkungan (*environment*).

1) Segitiga Epidemiologi

Segitiga epidemiologi merupakan konsep dasar epidemiologi yang memberi gambaran tentang hubungan antara tiga faktor yang berperan dalam terjadinya penyakit dan masalah kesehatan lainnya. Segitiga epidemiologi merupakan interaksi antara *Host* (penjamu), *Agent* (penyebab) dan *Environment* (lingkungan). Pada saat terjadi ketidakseimbangan antara *Host*, *Agent* dan *Environment* akan menimbulkan penyakit pada individu atau masalah kesehatan di masyarakat



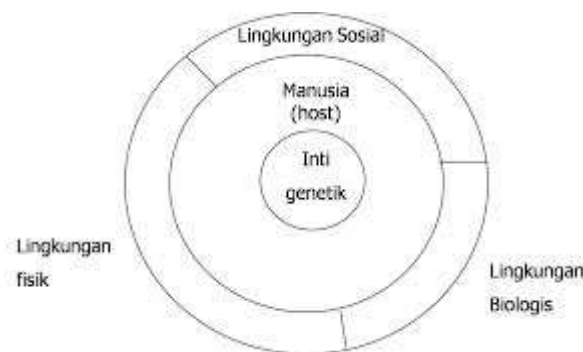
2) Jaringan-jaring Sebab Akibat





Menurut model ini, suatu penyakit tidak bergantung pada satu sebab yang berdiri sendiri melainkan sebagai akibat dari serangkaian proses sebab dan akibat. Dengan demikian maka timbulnya penyakit dapat dicegah atau dihentikan dengan memotong mata rantai pada berbagai titik.

3) Model Lingkaran atau Roda



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

9. Ukuran-Ukuran Epidemiologi

Dalam pengertian dan tujuan dari epidemiologi tertuang bahwa epidemiolog dipakai untuk melihat bagaimana penyebaran penduduk dan masalah kesehatan (penyakit). Untuk itu epidemiologi membagi ukuran ke dalam dua tipe yaitu :

1) Ukuran yang dipakai untuk menghitung angka kesakitan atau morbiditas

Ukuran atau angka morbiditas adalah jumlah penderita yang dicatat selama 1 tahun per 1000 jumlah penduduk pertengahan tahun.

Angka ini dapat digunakan untuk menggambarkan keadaan kesehatan secara umum, mengetahui keberhasilan program-program pemberantasan penyakit, dan sanitasi lingkungan serta memperoleh gambaran pengetahuan penduduk terhadap pelayanan kesehatan. Secara umum ukuran yang banyak digunakan dalam menentukan morbiditas adalah angka, rasio, dan proporsi

a) *Rate*

Rate atau angka merupakan proporsi dalam bentuk khusus perbandingan antara pembilang dengan penyebut atau kejadian dalam suatu populasi tertentu dengan jumlah penduduk dalam populasi tersebut dalam batas waktu tertentu. *Rate* terdiri dari berbagai jenis ukuran di antaranya adalah :

1. *Incidence Rate*

Incidence Rate suatu penyakit tertentu adalah jumlah kasus baru yang terjadi di kalangan penduduk selama periode waktu tertentu.

Rumus :

$$\text{Incidence Rate} = \frac{\text{Jumlah kasus baru suatu penyakit selama periode tertentu}}{\text{Populasi yang mempunyai resiko}} \times 1000$$

Contoh kasus :

Pada bulan Februari 2014 di Kecamatan X terdapat penderita campak dengan penderita 64 balita. Jumlah balita yang mempunyai resiko penyakit tersebut di Kecamatan X sebanyak 8000 balita. Tentukan *incidence rate* penyakit campak tersebut !

Jawab :

$$\text{Incidence Rate} = \frac{\text{Jumlah kasus baru suatu penyakit selama periode tertentu}}{\text{Populasi yang mempunyai resiko}} \times 1000$$

$$\text{Incidence Rate} = \frac{64}{8000} \times 1000$$

$$\text{Incidence Rate} = \frac{8}{1000}$$

$$\text{Incidence Rate} = 0,008$$

2. *Attack Rate*

Attack Rate suatu penyakit tertentu adalah jumlah kasus selama epidemi atau *incidence rate* pada suatu epidemi yang terjadi di kalangan penduduk.

Rumus :

$$\textit{Attack Rate} = \frac{\text{Jumlah kasus selama epidemi}}{\text{Populasi yang mempunyai resiko} - \text{resiko}} \times 1000$$

Contoh kasus :

Pada waktu terjadinya wabah morbili di Kelurahan Y pada tahun 2012, terdapat 15 anak yang menderita morbili. Jumlah anak yang mempunyai resiko di Kelurahan tersebut sebanyak 2000 anak. Tentukan *attack rate* penyakit morbili tersebut !

Jawab :

$$\textit{Attack Rate} = \frac{\text{Jumlah kasus selama epidemi}}{\text{Populasi yang mempunyai resiko} - \text{resiko}} \times 1000$$

$$\textit{Attack Rate} = \frac{15}{2000} \times 1000$$

$$\textit{Attack Rate} = \frac{7,5}{1000}$$

$$\textit{Attack Rate} = 0,0075$$

3. *Prevalence Rate*

Prevalence Rate suatu penyakit tertentu adalah mengukur jumlah orang di kalangan penduduk yang menderita suatu penyakit pada satu titik waktu tertentu.

Rumus :

Prevalence Rate =

$$\frac{\text{Jumlah kasus} - \text{kasus penyakit yang ada pada suatu titik waktu}}{\text{Jumlah penduduk seluruhnya}} \times 1000$$

Contoh kasus :

Kasus penyakit TBC Paru di Kecamatan Moyang pada waktu dilakukan survei pada bulan Februari 2014 adalah 96 orang dari 24000 penduduk di Kecamatan tersebut. Maka *prevalence rate* TBC di Kecamatan tersebut !

Jawab :

Prevalence Rate =

$$\frac{\text{Jumlah kasus} - \text{kasus penyakit yang ada pada suatu titik waktu}}{\text{Jumlah penduduk seluruhnya}} \times 1000$$

$$\textit{Prevalence Rate} = \frac{96}{24000} \times 1000$$

$$Prevalence Rate = \frac{4}{1000}$$

$$Prevalence Rate = 0,004$$

4. *Period Prevalence*

Period Prevalence suatu penyakit tertentu adalah mengukur jumlah rata-rata orang di kalangan penduduk (*mid period population*) yang menderita suatu penyakit selama periode tertentu.

Rumus :

$$Period Prevalence = \frac{\text{Jumlah kasus penyakit yang ada selama periode}}{\text{Penduduk rata – rata dari periode tersebut}} \times 1000$$

Contoh kasus :

Pada periode tahun 2013 (Januari – Desember) di Kelurahan A terdapat 75 penderita malaria. Pada pertengahan tahun 2013 penduduk Kelurahan A tersebut berjumlah 5000 orang. Maka *period prevalence* malaria di Kelurahan A tersebut !

Jawab :

$$Period Prevalence = \frac{\text{Jumlah kasus penyakit yang ada selama periode}}{\text{Penduduk rata – rata dari periode tersebut}} \times 1000$$

$$Period Prevalence = \frac{75}{5000} \times 1000$$

$$Period Prevalence = \frac{15}{1000}$$

$$Period Prevalence = 0,015$$

Period Prevalence terbentuk dari *prevalence* pada suatu titik waktu ditambah kasus-kasus baru (*incidence*), dan kasus-kasus yang kambuh selama periode observasi.

b) *Ratio*

Rasio adalah nilai relatif yang dihasilkan dari perbandingan dua nilai kuantitatif yang pembilangnya tidak merupakan bagian dari penyebut.

$\text{Rumus} = \frac{X}{Y} \times K$

X = Kasus
Y = Pop. Risiko
K = Konstanta

Contoh:

Kejadian Luar Biasa (KLB) diare sebanyak 30 orang di suatu daerah. 10

diantaranya adalah jenis kelamin pria. Maka rasio pria terhadap wanita adalah

$$\text{Ratio} = 10/20$$

$$\text{Ratio} = 1/2$$

c) *Proporsi*

Proporsi adalah perbandingan dua nilai kuantitatif yang pembilangnya merupakan bagian dari penyebut.

Penyebaran proporsi adalah suatu penyebaran persentasi yang meliputi proporsi dari jumlah peristiwa-peristiwa dalam kelompok data yang mengenai masing-masing kategori atau subkelompok dari kelompok itu.

$\text{Rumus} = \frac{X}{X + Y} \times K$

X = Kasus
Y = Pop. Risiko
K = Konstanta

Pada contoh di atas, proporsi pria terhadap perempuan adalah

$$\text{Proporsi} = 10/30$$

$$\text{Proporsi} = 1/3$$

2) Ukuran yang dipakai untuk menghitung angka kematian, meliputi :

a) *Crude Death Rate* (CDR) atau Angka Kematian Kasar

Angka kematian kasar adalah jumlah kematian yang dicatat selama 1 tahun per 1000 penduduk pada pertengahan tahun yang sama. Disebut kasar karena angka ini dihitung secara menyeluruh tanpa memperhatikan kelompok-kelompok tertentu di dalam populasi dengan tingkat kematian yang berbeda-beda.

Rumus :

$$\text{CDR} = \frac{\text{Jumlah kematian yang dicatat selama 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk pada pertengahan tahun yang sama}} \times 1000$$

Manfaat CDR

1. Sebagai gambaran status kesehatan masyarakat
2. Sebagai gambaran tingkat permasalahan penyakit dalam masyarakat
3. Sebagai gambaran kondisi sosial ekonomi

4. Sebagai gambaran kondisi lingkungan dan biologi
 5. Untuk menghitung laju pertumbuhan penduduk
- b) *Age Specific Death Rate (ASDR)* atau Angka Kematian Menurut Golongan Umur

Angka kematian menurut golongan umur adalah perbandingan antara jumlah kematian yang dicatat selama 1 tahun pada penduduk golongan umur x dengan jumlah penduduk golongan umur x pada pertengahan tahun

Rumus :

ASDR

$$= \frac{\text{Jumlah kematian yang dicatat selama 1 tahun pada golongan umur tertentu}}{\text{Jumlah golongan umur tertentu pada pertengahan tahun yang sama}} \times 1000$$

Manfaat ASDR sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui dan menggambarkan derajat kesehatan masyarakat dengan melihat kematian tertinggi pada golongan umur
 2. Untuk membandingkan taraf kesehatan masyarakat di berbagai wilayah
 3. Untuk menghitung rata-rata harapan hidup
- c) *Cause Disease Specific Death Rate (CDSDR)* atau Angka Kematian Akibat Penyakit Tertentu

Angka Kematian Akibat Penyakit Tertentu adalah Jumlah kematian karena TBC di satu daerah dalam waktu satu tahun dengan jumlah penduduk rata-rata (pertengahan tahun) pada daerah dan tahun yang sama

Rumus :

CDSDR

$$= \frac{\text{Jumlah kematian penyakit di suatu daerah dalam waktu 1 tahun}}{\text{Jumlah penduduk rata – rata (pertengahan tahun) pada daerah & tahun yang sama}} \times 1000$$

- d) *Under Five Mortality Rate (UFMR)* atau Angka Kematian Balita

Angka Kematian Balita adalah gabungan antara angka kematian bayi dengan angka kematian anak umur 1-4 tahun yaitu jumlah kematian balita yang dicatat selama satu tahun per 1000 penduduk balita pada tahun yang sama.

Rumus :

$$\text{UFMR} = \frac{\text{Jumlah kematian balita yang dicatat selama 1 tahun}}{\text{Jumlah balita pada tahun yang sama}} \times 1000$$

Angka kematian balita sangat penting untuk mengukur taraf kesehatan masyarakat karena angka ini merupakan indikator yang sensitif untuk status kesehatan bayi dan anak.

e) *Neonatal Mortality Rate (NMR)* atau Angka Kematian Neonatal

Neonatal adalah bayi yang berumur kurang dari 28 hari. Angka Kematian Neonatal adalah jumlah kematian bayi yang berumur kurang dari 28 hari yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

Rumus :

$$\text{NMR} = \frac{\text{Jumlah kematian bayi yang berumur} < 28 \text{ hari}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times 1000$$

Manfaat dari angka kematian neonatal adalah sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui tinggi rendahnya perawatan post natal
2. Untuk mengetahui program Imunisasi
3. Untuk pertolongan persalinan
4. Untuk mengetahui penyakit infeksi

f) *Perinatal Mortality Rate (PMR)* atau Angka Kematian Perinatal

Angka kematian perinatal adalah jumlah kematian janin yang dilahirkan pada usia kehamilan berumur 28 minggu atau lebih ditambah kematian bayi yang berumur kurang dari 7 hari yang dicatat dalam 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

Rumus :

PMR

$$= \left(\frac{\text{Jumlah kematian janin yang dilahirkan pd UK 28 mgg} + \text{Jumlah kematian bayi dg umur} < 7 \text{ tahun}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \right) \times 1000$$

Manfaat dari angka kematian perinatal adalah untuk menggambarkan keadaan kesehatan masyarakat terutama kesehatan ibu hamil dan bayi

Faktor yang mempengaruhi tingginya PMR adalah sebagai berikut :

1. Banyak bayi dengan berat badan lahir rendah
2. Status gizi ibu dan bayi
3. Keadaan sosial ekonomi
4. Penyakit infeksi terutama ISPA
5. Pertolongan persalinan

g) *Infant Mortality Rate (IMR)* atau Angka Kematian Bayi

Angka Kematian Bayi adalah perbandingan jumlah penduduk yang berumur kurang dari 1 tahun yang dicatat selama 1 tahun dengan 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

Rumus :

$$\text{IMR} = \frac{\text{Jumlah penduduk yang berumur} < 1 \text{ tahun}}{\text{Jumlah lahir hidup pada tahun yang sama}} \times 1000$$

Manfaat dari perhitungan angka kematian bayi adalah sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui gambaran tingkat permasalahan kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan faktor penyebab kematian bayi
2. Untuk Mengetahui tingkat pelayanan antenatal
3. Untuk mengetahui status gizi ibu hamil
4. Untuk mengetahui tingkat keberhasilan program kesehatan Ibu dan Anak (KIA) dan Program Keluarga berencana (KB)
5. Untuk mengetahui kondisi lingkungan dan sosial ekonomi

h) *Maternal Mortality Rate* (MMR) atau Angka Kematian Ibu

Angka kematian ibu adalah jumlah kematian ibu akibat komplikasi kehamilan, persalinan, dan masa nifas yang dicatat selama 1 tahun per 1000 kelahiran hidup pada tahun yang sama.

Rumus :

$$\text{MMR} = \frac{\text{Jumlah kematian ibu akibat komplikasi kehamilan, persalinan \& nifas}}{\text{Jumlah kelahiran hidup pada tahun yang sama}} \times 1000$$

Tinggi rendahnya angka MMR tergantung kepada :

1. Sosial ekonomi
 2. Kesehatan ibu sebelum hamil, persalinan, dan masa nifas
 3. Pelayanan terhadap ibu hamil
 4. Pertolongan persalinan dan perawatan masa nifas
- 3) Ukuran yang dipakai untuk menghitung angka kesuburan atau fertilitas, meliputi :

a) *Crude Birth Rate* (CBR) atau Angka kelahiran kasar

Angka kelahiran kasar adalah semua kelahiran hidup yang dicatat dalam 1 tahun per 1000 jumlah penduduk pertengahan tahun yang sama.

Rumus :

$$\text{CBR} = \frac{\text{Jumlah kelahiran hidup yang dicatat}}{\text{Jumlah penduduk pertengahan tahun yang sama}} \times 1000$$

Angka kelahiran kasar ini dapat digunakan untuk menggambarkan tingkat fertilitas secara umum dalam waktu singkat tetapi kurang sensitif untuk :

1. Membandingkan tingkat fertilitas dua wilayah
2. Mengukur perubahan tingkat fertilitas karena perubahan pada tingkat kelahiran akan menimbulkan perubahan pada jumlah penduduk

b) *Age Specific Fertilty Rate* (ASFR) atau Angka Fertilitas Menurut Golongan Umur

Angka fertilitas menurut golongan umur adalah jumlah kelahiran oleh ibu pada golongan umur tertentu yang dicatat selama 1 tahun yang dicata per 1000 penduduk wanita pada golongan umur tertentu apda tahun yang sama.

Rumus :

ASFR

$$= \frac{\text{Jumlah kelahiran oleh ibu pada golongan umur tertentu yang dicatat}}{\text{Jumlah penduduk wanita pada golongan umur tertentu pada tahun yang sama}} \times 1000$$

Angka fertilitas menurut golongan umur ini dimaksudkan untuk mengatasi kelemahan pada angka kelahiran kasar karena tingkat kesuburan pada setiap golongan umur tidak sama hingga gambaran kelahiran menjadi lebih teliti.

c) *Total Fertility Rate* (TFR) atau Angka Fertilitas Total
Angka fertilitas total adalah jumlah angka fertilitas menurut umur yang dicatat selama 1 tahun.

Rumus:

$$\text{TFR} = \text{Jumlah angka fertilitas menurut umur} \times 1000$$

B. Epidemiologi dalam Keperawatan Komunitas

Perawat sebagai tenaga kesehatan memiliki peranan yang sangat penting dalam epidemiologi, hal ini dapat dilihat dalam penerapan community health nursing (CHN) atau keperawatan kesehatan masyarakat, yang merupakan ilmu pengetahuan epidemiologi sebagai alat meneliti dan mengobservasi pada pekerjaan dan sebagai dasar untuk intervensi dan evaluasi literatur riset epidemiologi.

Metode epidemiologi dapat digunakan sebagai standard kesehatan, disajikan sebagai alat untuk memperkirakan kebutuhan masyarakat. Kemudian metode epidemiologi juga dapat digunakan untuk melakukan monitoring

perubahan status kesehatan masyarakat, evaluasi pengaruh program pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan.

Perawat menggunakan hasil riset/studi epidemiologi sebagai informasi awal dalam membuat kerangka acuan untuk perencanaan dan evaluasi program intervensi masyarakat, mendeteksi segera dan pengobatan penyakit, serta meminimalkan kecacatan, karena riset epidemiologi dapat memunculkan badan pengetahuan (body of knowledge) termasuk riwayat asal penyakit, pola terjadinya penyakit, dan faktor-faktor resiko tinggi terjadinya penyakit. Adapun program yang dapat dilakukan perawat berdasarkan riset epidemiologi adalah Program utama pencegahan difokuskan pada menjaga jarak perantara penyakit dari host/tuan rumah yang rentan, pengurangan kelangsungan hidup agent, penambahan resistensi host dan mengubah kejadian hubungan host, agent, dan lingkungan. Kedua, program mengurangi resiko dan screening, ketiga : strategi mencegah pada pribadi perawat dengan body of knowlwdge yang berasal dari riset epidemiologi, sebagai dasar untuk pengkajian individu dan kebutuhan kesehatan keluarga dan intervensi perencanaan perawatan.

3. Rangkuman

Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari epidemiologi dan determinan dari peristiwa kesehatan dan peristiwa lainnya yang berhubungan dengan kesehatan yang menimpa sekelompok masyarakat serta menerapkan ilmu tersebut untuk memecahkan masalah-masalah tersebut.

Pada awalnya epidemiologi hanya mempelajari penyakit yang bersifat menular/infeksi dan akut. Pada perkembangan lebih lanjut, epidemiologi juga mempelajari penyakit tidak menular juga kronis, masalah sosial/prilaku, penilaian terhadap pelayanan kesehatan, serta di luar bidang kesehatan

4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choise

D. Kegiatan Belajar 4

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan konseptual model praktik keperawatan komunitas dan standar praktik dalam keperawatan komunitas

2. Uraian Materi

Konseptual Model Praktik Keperawatan Komunitas

Dosen: Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep

A. Konseptual Model Praktik Keperawatan Komunitas

1. Definisi

Model tersusun atas ide - ide (konsep - konsep) abstrak dan umum, dan proposisi yang menspesifikasi hubungan antara keduanya. Model konseptual sangat penting sebagai landasan perkembangan disiplin keperawatan.

Model konseptual merupakan suatu kerangka kerja konseptual, sistem atau skema yang menerangkan tentang serangkaian ide global tentang keterlibatan individu, kelompok, situasi, atau kejadian, terhadap suatu ilmu dan pengembangannya.

Model konseptual keperawatan menguraikan situasi yang terjadi dalam suatu lingkungan atau stresor yang mengakibatkan seseorang individu berupa menciptakan perubahan yang adaptif dengan menggunakan -sumber yang tersedia. Model konseptual keperawatan mencerminkan upaya menolong orang tersebut mempertahankan keseimbangan melalui pengembangan mekanisme koping yang positif untuk mengatasi stressor ini. Melalui penjelasan tentang fenomena ini dan keterkaitan antara istilah umum dan abstrak maka model konseptual mencerminkan langkah pertama mengembangkan formulasi teoritis yang diperlukan untuk kegiatan ilmiah.

Model konseptual sering tersusun sebagai hasil dari pendalaman intuitif seorang ilmuwan terutama terjadi dalam lingkup keilmuan disiplin terkait. Sintesis yang terjadi dalam pengembangan skema konseptual baru sering mengakibatkan suatu hasil yang unik untuk lingkup keilmuan tersebut.

Model konseptual keperawatan telah memperjelas kespesifikan area fenomena ilmu keperawatan yang melibatkan empat konsep yaitu manusia sebagai pribadi yang utuh dan unik. Konsep kedua adalah lingkungan yang bukan hanya merupakan sumber awal masalah tetapi juga merupakan sumber pendukung bagi individu. Kesehatan merupakan konsep ketiga dimana konsep ini

menjelaskan tentang kisaran sehat-sakit yang hanya dapat terputus ketika seseorang meninggal. Konsep keempat adalah keperawatan sebagai komponen penting dalam perannya sebagai faktor penentu pulihnya atau meningkatnya keseimbangan kehidupan seseorang (klien)

Konseptualisasi keperawatan umumnya memandang manusia sebagai makhluk biopsikososial yang berinteraksi dengan keluarga, masyarakat, dan kelompok lain termasuk lingkungan fisiknya.

2. Tujuan

Model ini juga mengidentifikasi tujuan keperawatan yang biasanya menterjemahkannya dari definisi sehat yang dimaksud. Model konseptual mendefinisikan sehat sebagai kisaran sehat-sakit dari seseorang. Sedangkan contoh model konseptual menurut Teori Adaptasi Roy adalah Model konseptualnya berbasis model konseptual adaptasi. Konsep kuncinya adalah manusia (person), tujuan, kesehatan, lingkungan dan aktifitas keperawatan.

6 Tujuan (goal) diartikan sebagai tujuan keperawatan untuk mendorong terjadinya proses adaptasi dalam 4 cara adaptasi yang kemudian memberi kontribusi terhadap keadaan kesehatan. Aktifitas keperawatan digambarkan oleh model adaptif Roy dengan meningkatkan respon adaptif pada situasi sehat atau sakit, perawat dapat mengambil tindakan untuk memanipulasi fokal, kontekstual atau residual stimuli dengan melakukan analisa sehingga stimuli berada pada daerah adaptasi.

6 Tujuan keperawatan untuk meningkatkan kesehatan seseorang dengan meningkatkan respon adaptif, energi yang bebas dari perilaku yang tidak efektif dapat dipakai untuk meningkatkan kesehatan.

3. Teori Dan Model Konseptual Dalam Keperawatan Teori Dan Konseptual Dalam Keperawatan

1) Keperawatan adalah suatu fungsi yang unik dari perawat untuk menolong klien yang sakit atau sehat dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan meningkatkan kemampuan, kekuatan, pengetahuan dan kemandirian pasien secara rasional, sehingga pasien dapat sembuh atau meninggal dengan tenang. (VIRGINIA HENDERSON,1978)

2) Keperawatan adalah sebuah pertolongan atas pelayanan yang diberikan untuk menolong orang secara keseluruhan ketika mereka atau orang yang bertanggung jawab atas perawatan mereka tidak mampu memberikan

perawatan kepada mereka. Keperawatan merupakan salah satu daya atau usaha manusia untuk membantu manusia lain dengan melakukan atau memberikan pelayanan yang professional dan tindakan untuk membawa manusia pada situasi yang saling menyayangi antara manusia dengan bentuk pelayanan yang berfokus kepada manusia seutuhnya yang tidak terlepas dari lingkungannya. (DOROTHEA OREM, 1978)

- 3) Keperawatan adalah suatu profesi yang memberikan bantuan pada individu dan kelompok untuk mencapai, memelihara dan mempertahankan derajat kesehatan dengan memperhatikan, memikirkan, menghubungkan, menentukan dan melakukan tindakan perawatan sehingga individu atau kelompok berperilaku yang sesuai dengan kondisi keperawatan (IMOGENE KING, 1971)
- 4) Keperawatan adalah suatu profesi yang unik dengan memperhatikan seluruh factor-faktor yang mempengaruhi respon individu terhadap penyebab stress, tekanan intra, inter dan ekstra personal (BETTY NEWMAN, 1989)
- 5) Keperawatan adalah sebagai ilmu pengetahuan melalui proses analisa dan tindakan yang berhubungan untuk merawat klien yang sakit atau yang kurang sehat. (CALISTA ROY, 1976)
- 6) Keperawatan adalah pengetahuan yang ditujukan untuk mengurangi kecemasan terhadap pemeliharaan dan peningkatan kesehatan , pencegahan penyakit, perawatan rehabilitasi penderita sakit serta penyandang cacat. (MARTHA ROGERS, 1970)
- 7) Keperawatan adalah seni ilmu dalam memberikan pelayanan kepada individu, keluarga dan masyarakat. (ABDELLAH FAYE)
- 8) Keperawatan adalah suatu hasil proses kerja sama manusia dengan manusia lainnya supaya menjadi sehat atau tetap sehat (hubungan antar manusia) Pendidikan atau pematangan tujuan yang dimaksud untuk meningkatkan gerakan yang progresif dan kepribadian seseorang dalam berkreasi, membangun, menghasilkan pribadi dan cara hidup bermasyarakat. (PEPLAU)
- 9) Keperawatan adalah suatu proses menempatkan pasien dalam kondisi paling baik untuk beraktivitas yaitu lingkungan yang sehat dan udara yang bersih. (FLORENCE NIGHTINGALE, 1895)

- 10) Keperawatan adalah bagian budaya yang direfleksikan dengan ide-ide dan nilai-nilai, dimana perawat memandang manusia itu sama, merupakan suatu rangkaian disiplin dalam menguasai organisasi atau kumpulan yang dimiliki individu dalam menjalin hubungan manusia sekitarnya. (LEVINE)
 - 11) Keperawatan berlandaskan teori hubungan interpersonal yang menitikberatkan pada sifat unik individu atau klien dalam ekspresi verbal yang mengisyaratkan adanya kebutuhan dan cara-cara memenuhi kebutuhan. (JEAN ORLANDO, 1961)
4. Komponen Dasar Dari Praktek Model – Model Konseptual Keperawatan Komunitas
 - 1) Keyakinan dan nilai yang mendasari sebuah model.
 - 2) Tujuan praktek, pemberian pelayanan sesuai kebutuhan klien
 - 3) Pengetahuan dan ketrampilan, untuk mengembangkan upaya tercapai tujuan.
 5. Macam – Macam Model Konseptual Keperawatan Komunitas
 - 1) Self Care Model

Model perawatan diri sendiri / self care terdiri dari aktivitas dimana seorang individu melakukan sesuatu utk dirinya dlm mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Kebutuhan dasar menurut Orem :

 - a) Pemeliharaan dengan cukup pengambilan udara, 2 air, 3 Makanan
 - b) Pemeliharaan proses eliminasi
 - c) Pemeliharaan dengan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat.
 - d) Pemeliharaan antara kesendirian dengan interaksi sosial
 - e) Pencegahan resiko pd kehidupan mns dan keadaan sehat manusia
 - f) Perkembangan dlm klp sosial sesuai dengan potensi, pengetahuan dan keinginan

“ Jika permintaan Pelayanan diri lebih besar dibandingkan dengan fasilitas pelayanan diri, maka akan timbul deficit pelayanan diri “. Ada tiga macam kebutuhan self care :

 - a) Universal ° self care utk kebut. Fisiologis dan psikososial.
 - b) Developmental ° self care utk pemenuhan kebut. Perkembangannya
 - c) Health Deviation ° self care yang dibutuhkan saat individu mengalami penyimpangan dari keadaan sehat

Kategori bantuan self care adalah :

- a) Wholly Compensatory ° Bantuan scr keseluruhan bagi klien .
- b) Partially Compensatory ° Bantuan sebagian yang dibutuhkan klien
- c) Supportive Educative ° Dukungan pendidian kesehatan.

2) Model Sistem

Komunitas merupakan suatu sistem yang terdiri dari sub sistem keluarga dan supra sistemnya adalah sistem sosial yang lebih luas. Keluarga sebagai sub sistem komunitas merupakan sistem terbuka dimana terjadi hubungan Timbal balik antara keluarga dengan komunitas, yang sekaligus sebagai umpan balik. King--Kerangka kerja konseptualnya terdiri dari tiga Sub Sistem :

- a) Sistem Personal – Terdiri atas konsep mengenai persepsi dirinya, pertumbuhan & Perkembangan, body image, jarak dan waktu.
- b) Sistem Interpersonal—Mengenai interaksi mns, masy., transaksi, peran dan stress.
- c) Sistem Sosial—Organisasi, otoritas, kekuatan, status & pembuatan keputusan

Tujuan akhir perawatan (King`1981) ” manusia berinteraksi dengan lingk. Yang mengantarkan pd suatu eadaan sehat bagi individu yang memiliki kemampuan ut berfungsi didlm peran-peran sosial ”

3) Health Care System Model

Adalah bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatan dengan cara mempertahankan perilaku adaptif dan mengubah perilaku mal adaptif.”

Cara mengefektifkan adaptasi :

- a) kebutuhan fisiologis
- b) konsep diri
- c) fungsi peran dan
- d) saling ketergantungan.

Proses keperawatan terdiri dari :

- a) Pengkajian tingkat pertama : tingkah laku klien pd tiap –tiap cara adaptif diobservasi dan diuraikan.
- b) Pengkajian tingkat kedua : perawat mengidentifikasi faktor – faktor fokal, kontekstual dan residual yang mempengaruhi tingah laku klien.
 1. Rangsangan Fokal –menimbulkan situasi seperti stress, perlukaan atau kesakitan yang mengenai individu.

2. Rangsangan Kontekstual faktor lain yang ada seperti pergaulan keluarga atau lingkungan keluarga.

3. Rangsangan Residual – faktor yang mempengaruhi yang berasal dari latar belakang klien ;kepercayaan, sikap, pengalaman dan pembawaan .

Kekuatan dari model ini adalah :

- a) Kebanyakan dari terminologi sudah dikenal
- b) Proses perawatan serupa dengan standart dr pengkajian s.d. evaluasi
- c) Fokusnya pada tingkah laku yang adaptif
- d) Ditekankan pada pengkajian thd kebutuhan psikososial
- e) Sudah diterapkan dalam praktik, pendidikan dan riset.

Kekurangan dari model ini adalah :

- a) Jenis adaptasi yang tumpang tindih (konsep diri, fungsi peran saling ketergantungan)
- b) Penentuan tingkah laku adaptif dan mal adaptif sangat ditentukan oleh sistem nilai yang ada.

4) Adaptation Model of Nursing

Penekanan pada penurunan stress dengan cara memperkuat garis pertahanan diri yang bersifat fleksibel; normal dan resisten. Sehat adalah Suatu keseimbangan bio-psiko-sosio kultural dan spritual pada tiga garis pertahanan klien yaitu fleksibel, normal dan resisten. Askep ditujukan untuk mempertahankan keseimbangan tersebut dengan fokus pada empat intervensi yaitu : Intervensi yang bersifat promosi, prevensi, kuratif dan rehabilitatif.

5) Model Sistem Tingkah Laku

Seseorang dpt dipandang sbg sebuah sistem tingkah laku seperti tubuh manusia dipandang sbg sebuah sistem biologis. Sistem tingkah laku terdiri dari tujuh subsistem:

- a) *Pencapaian*, merupakan tingkat pencapaian prestasi melalui ketrampilan yang kreatif
- b) *Perhubungan(afiliasi)*, pencapaian hubungan dengan lingk yang adekuat
- c) *Penyerangan(agresi)*, Koping terhadap ancaman di lingkungan
- d) *Ketergantungan*, sistem perilaku dlm medap[atkan bantuan, kedamaian, keamanan serta kepercayaan
- e) *Eliminasi*, pengeluaran sampah yang tdk berguna scr biologis

f) *Ingesti*, sumber dlm memelihara integritas serta mencapai kesenangan pencapaian pengakuan lingk.

g) *Seksualitas*, pemenuhan kebt. Dicintai dan mencintai

Tujuan tindakan keperawatan untuk memperbaiki, mempertahankan, atau mencapai keseimbangan dan stabilitas sistem tingkah laku pd tingkatan setinggi mungkin pada individu. Variabel yang perlu diidentifikasi dari ketidakadekuatan tingkah laku a.l:

a) Insuffisiensi (ketidakcukupan, menandakan sub sistem tidak berfungsi

b) Discrepancy (Ketidaksesuaian), tingkah laku tidak mencapai tujuan yang ditetapkan

c) Incompatibilitas (ketidakcocokan), tingkah laku dari dua subsistem terjadi konflik

d) Dominance (kekuasaan), tingkah laku pd subsistem digunakan lebih banyak dari sub sistem yang lain.

Empat cara intervensi keperawatan agar tingkah laku adekuat :

a) Membatasi atau memberi batasan tingkah laku

b) Mempertahankan atau melindungi dari stressor negatif

c) Menghambat atau menekan respons yd tdk efektif

d) Memudahkan atau memberi pemeliharaan dan rangsangan

B. Etika Perawat dalam Keperawatan Komunitas

1. Definisi

Etik adalah norma-norma yang menentukan baik-buruknya tingkah laku manusia, baik secara sendirian maupun bersama-sama dan mengatur hidup ke arah tujuannya. Etika juga berasal dari bahasa Yunani, yaitu Ethos, yang menurut Araskar dan David (1978) berarti "kebiasaan". Model perilaku atau standar yang diharapkan dan kriteria tertentu untuk suatu tindakan. Penggunaan istilah etika sekarang ini banyak diartikan sebagai motif atau dorongan yang mempengaruhi perilaku.

Dari pengertian di atas, etika adalah ilmu tentang kesusilaan yang menentukan bagaimana sepatutnya manusia hidup di dalam masyarakat yang menyangkut aturan-aturan atau prinsip-prinsip yang menentukan tingkah laku yang benar, yaitu : baik dan buruk serta kewajiban dan tanggung jawab.

Etik juga dapat digunakan untuk mendeskripsikan suatu pola atau cara hidup, sehingga etik merefleksikan sifat, prinsip dan standar seseorang yang

mempengaruhi perilaku profesional. Berdasarkan uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa etik merupakan istilah yang digunakan untuk merefleksikan bagaimana seharusnya manusia berperilaku, apa yang seharusnya dilakukan seseorang terhadap orang lain. Sehingga juga dapat disimpulkan bahwa etika mengandung 3 pengertian pokok yaitu : nilai-nilai atau norma moral yang menjadi pegangan seseorang atau suatu kelompok dalam mengatur tingkah laku, kumpulan azas atau nilai moral, misalnya kode etik dan ilmu tentang yang baik atau yang buruk (Ismaini, 2001)

2. Macam - macam Etika

1) Bioetik

Bioetika merupakan studi filosofi yang mempelajari tentang kontroversi dalam etik, menyangkut masalah biologi dan pengobatan. Lebih lanjut, bioetika difokuskan pada pertanyaan etik yang muncul tentang hubungan antara ilmu kehidupan, bioteknologi, pengobatan, politik, hukum, dan theology. Pada lingkup yang lebih sempit, bioetik merupakan evaluasi etika pada moralitas treatment atau inovasi teknologi, dan waktu pelaksanaan pengobatan pada manusia. Pada lingkup yang lebih luas, bioetik mengevaluasi pada semua tindakan moral yang mungkin membantu atau bahkan membahayakan kemampuan organisme terhadap perasaan takut dan nyeri, yang meliputi semua tindakan yang berhubungan dengan pengobatan dan biologi. Isu dalam bioetik antara lain: peningkatan mutu genetik, etika lingkungan, pemberian pelayanan kesehatan.

2) Clinical ethics/Etik klinik

Etik klinik merupakan bagian dari bioetik yang lebih memperhatikan pada masalah etik selama pemberian pelayanan pada klien. Contoh clinical ethics: adanya persetujuan atau penolakan, dan bagaimana seseorang sebaiknya merespon permintaan medis yang kurang bermanfaat (sia-sia).

3) Nursing ethics/Etik Perawatan

Bagian dari bioetik yang merupakan studi formal tentang isu etik dan dikembangkan dalam tindakan keperawatan serta dianalisis untuk mendapatkan keputusan etik. Etika keperawatan dapat diartikan sebagai filsafat yang mengarahkan tanggung jawab moral yang mendasari pelaksanaan praktek keperawatan. Inti falsafah keperawatan adalah hak dan martabat manusia, sedangkan fokus etika keperawatan adalah sifat manusia yang unik.

3. Teori Etik

Dalam etika masih dijumpai banyak teori yang mencoba untuk menjelaskan suatu tindakan, sifat, atau objek perilaku yang sama dari sudut pandang atau perspektif yang berlainan. Beberapa teori etik adalah sebagai berikut :

1) Utilitarisme

Sesuai dengan namanya, *utilitarisme* berasal dari kata *utility* dengan bahasa latinnya *utilis* yang artinya “bermanfaat”. Teori ini menekankan pada perbuatan yang menghasilkan manfaat, tentu bukan sembarang manfaat tetapi manfaat yang banyak memberikan kebahagiaan kepada banyak orang. Teori ini sebelum melakukan perbuatan harus sudah memikirkan konsekuensinya terlebih dahulu.

2) Deontologi

Deontology berasal dari kata *deon* dari bahasa Yunani yang artinya kewajiban. Teori ini menekankan pada pelaksanaan kewajiban. Suatu perbuatan akan baik jika didasari atas pelaksanaan kewajiban, jadi selama melakukan kewajiban sudah melakukan kebaikan. Teori ini tidak terpatok pada konsekuensi perbuatan dengan kata lain teori ini melaksanakan terlebih dahulu tanpa memikirkan akibatnya.

4. Norma dan nilai dalam masyarakat

Dalam kehidupan sehari-hari sering dikenal istilah norma atau kaidah, yang mempunyai arti suatu nilai yang mengatur dan memberikan pedoman atau patokan tertentu bagi setiap orang atau masyarakat untuk bersikap, bertindak, dan berperilaku sesuai dengan peraturan-peraturan yang telah disepakati bersama. Patokan atau pedoman tersebut sebagai norma (*norm*) atau kaidah yang merupakan standar yang harus ditaati atau dipatuhi.

Dalam kehidupan bermasyarakat terdapat berbagai golongan dan aliran yang beraneka ragam, masing-masing mempunyai kepentingan sendiri, akan tetapi kepentingan bersama itu mengharuskan adanya ketertiban dan keamanan dalam kehidupan sehari-hari dalam bentuk peraturan yang disepakati bersama, yang mengatur tingkah laku dalam masyarakat, yang disebut peraturan hidup. Untuk memenuhi kebutuhan dan kepentingan hidup dengan aman, tertib, dan damai tanpa gangguan tersebut, maka diperlukan suatu tatanan. Dan tatanan itu diwujudkan dalam aturan main yang menjadi pedoman bagi segala pergaulan

kehidupan sehari-hari, sehingga kepentingan masing-masing anggota masyarakat terpelihara dan terjamin.

Setiap anggota masyarakat mengetahui hak dan kewajibannya masing-masing sesuai dengan tata peraturan yang lazim disebut kaidah (bahasa arab), norma (bahasa latin), atau ukuran-ukuran yang menjadi pedoman. Menurut isinya, norma-norma tersebut dibagi menjadi dua macam yaitu sebagai berikut:

- 1) Perintah, yang merupakan keharusan bagi seseorang untuk berbuat sesuatu karena akibatnya akan dipandang baik.
- 2) Larangan, yang merupakan keharusan bagi seseorang untuk tidak berbuat sesuatu karena akibatnya akan dipandang tidak baik. Artinya, norma tujuan untuk memberikan petunjuk kepada manusia mengenai bagaimana seharusnya seorang bertindak dalam masyarakat serta perbatan-perbuatan yang harus dihindari.

Norma-norma itu dapat dipertahankan melalui sanksi-sanksi, yaitu berupa ancaman hukuman terhadap siapa yang melanggarnya. Tetapi dalam kehidupan masyarakat yang terikat oleh peraturan hidup disebut norma, maka akan dikenakan sanksi sesuai dengan tingkat dan sifatnya suatu pelanggaran yang terjadi, misalnya sebagai berikut :

- 1) Semestinya tahu aturan, tidak akan berbicara sambil menghisap rokok dihadapa tamu atau orang yang menghormatinya ketika menerima tamu dirumah, dan sanksinya hanya berupa celaan karena dianggap tidak sopan walaupun merokok itu tidak dilarang.
- 2) Seorang tamu yang hendak pulang, menurut tata krama harus diantar sampai di depan pintu rumah atau kantornya, bila tidak maka sanksinya hanya berupa celaan karena dianggap sombong dan tidak menghormati tamunya.
- 3) Menjawab telepon setelah berdering tiga kali dan mengucapkan salam. Jika menjawab telepon dengan kasar, maka sanksinya dianggap “interupsi” yang menunjukkan ketidaksenangan yang tidak sopan dan tidak menghormati si penelpon atau orang yang ada disekitarnya.
- 4) Orang yang mengambil barang milik orang lain tanpa sepengetahuan pemiliknya, maka sanksinya cukup berat dan bersangkutan dikenakan sanksi hukuman, baik hukuman pidana penjara maupun perdata (ganti rugi).

Dalam pergaulan hidup, norma terbagi menjadi empat bagian, yaitu norma agama, kesucilaan, kesopanan, dan hukum. Dalam peaksanaannya, terbagi

menjadi norma nonhukum (umum) dan norma hukum, perbedaan norma-norma itu dalam aspek kehidupan dapat digolongkan ke dalam dua macam kaidah sebagai berikut :

- 1) Aspek kehidupan pribadi (individual) meliputi :
 - a) Kaidah kepercayaan untuk mencapai kesucian hidup pribadi atau kehidupan yang beriman.
 - b) Kehidupan kesusilaan, nilai moral, dan etika yang tertuju pada kebaikan hidup pribadi demi tercapainya kesucian hati nurani yang berakhlak berbudi luhur (akhlakul kharimah)
- 2) Aspek kehidupan antar pribadi (bermasyarakat) meliputi :
 - a) Kaidah atau norma sopan santun, tata krama, dan etiket dalam pergaulan bermasyarakat sehari-hari.
 - b) Kaidah-kaidah hukum yang tertuju pada terciptanya ketertiban, kedamaian, dan keadilan dalam kehidupan bersama atau berasyarakat yang penuh dengan kepastian atau ketentraman (peaceful living together).

Norma moral tersebut tidak akan dipakai untuk menilai seorang perawat ketika merawat kliennya atau dosennya dalam menyampaikan materi kuliah terhadap mahasiswanya, melainkan untuk menilai bagaimana sebagai professional menjalankan tugas dan kewajibannya dengan baik sebagai manusia yang berbudi luhur, jujur, bermoral, penuh integritas, dan bertanggung jawab. Terlepas dari mereka sebagai professional tersebut jitu atau tidak dalam memberikan obat sebagai penyembuhannya, atau metodologi dan keterampilan dalam memberikan bahan kuliah dengan tepat. Dalam hal ini yang ditekankan adalah sikap atau perilaku mereka dalam menjalankan tugas dan fungsinya sebagai professional yang diembannya untuk saling menghargai sesama atau kehidupan manusia.

Pada akhirnya nilai, moral, etika, kode perilaku, dan kode etik standar profesi bertujuan memberikan jalan, pedoman, tolak ukur dan acuan untuk mengambil keputusan tentang tindakan apa yang dilakukan di berbagai situasi dan kondisi tertentu dalam memberikan pelayanan profesi atau keahliannya masing-masing. Pengambilan keputusan etis atau etik merupakan aspek kompetensi dari perilaku moral sebagai seorang profesional yang telah memperhitungkan konsekuensinya, secara matang baik-buruknya akibat yang ditimbulkan dari tindakannya itu secara objektif, dan sekaligus memiliki

tanggung jawab atau integritas yang tinggi. Kode etik profesi dibentuk dan disepakati oleh para profesional tersebut bukanlah ditujukan untuk melindungi kepentingan individual (subjektif), tetapi lebih ditekankan kepada kepentingan yang lebih luas (objektif).

5. Etik keperawatan

Etik profesi keperawatan adalah kesadaran atau pedoman yang mengatur nilai-nilai moral di dalam melaksanakan kegiatan profesi keperawatan, sehingga mutu dan kualitas profesi keperawatan tetap terjaga dengan cara yang terhormat. Etik keperawatan sangat penting dihayati oleh para mahasiswa dibidang keperawatan. Meskipun secara teoritis mahasiswa keperawatan belum terikat oleh etika keperawatan, tetapi hal tersebut harus sudah dimulai, dipahami dan dihayati oleh para mahasiswa sebagai bagian kurikulum pendidikan keperawatan dalam menghadapi tugas dan kewajiban sebagai perawat di masa mendatang.

Etik keperawatan merupakan kesadaran dan pedoman yang mengatur prinsip-prinsip moral dan etik dalam melaksanakan kegiatan profesi keperawatan, sehingga mutu dan kualitas profesi keperawatan tetap terjaga dengan cara yang terhormat. Etika keperawatan tersebut antara lain mengandung unsur-unsur pengorbanan, dedikasi, pengabdian dan hubungan antara perawat dengan klien, dokter, sejawat perawat, maupun diri sendiri, perilaku etik dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu sebagai berikut :

1) Etik yang berorientasi pada kewajiban

Pedoman yang digunakan adalah apa yang seharusnya dan wajib dilakukan oleh seseorang untuk mencapai kebaikan dan kebajikan.

2) Etik yang berorientasi dengan larangan

Pedoman yang digunakan adalah apa yang dilarang dan tidak boleh dilakukan untuk mencapai suatu kebaikan dan kebajikan.

Enam asas etik yang tidak berubah dalam etik profesi kedokteran atau perawat dan asuhan keperawatan adalah sebagai berikut :

1) Asas menghormati otonomi klien (autonomi)

Setelah mendapat informasi yang memadai, klien bebas dan berhak memutuskan apa yang akan dilakukan terhadapnya. Klien berhak untuk dihormati dan didengarkan pendapatnya untuk itu perlu adanya persetujuan tindakan medik (informed consent). Dokter dan perawat tidak boleh memaksa suatu tindakan atau pengorbanan.

2) Asas manfaat (beneficence)

Semua tindakan dan pengobatan harus bermanfaat untuk menolong klien. Untuk itu, dokter atau perawat harus menyadari bahwa tindakan atau pengobatan yang dilakukan benar-benar bermanfaat bagi kesehatan dan kesembuhan klien. Kesehatan klien senantiasa harus diutamakan oleh para perawat. Resiko yang mungkin timbul dikurangi sampai seminimal mungkin untuk memaksimalkan manfaat bagi klien.

3) Asas tidak merugikan (non-maleficence)

Tindakan dan pengobatan harus berpedoman pada prinsip *Primum Non Nocere* (yang paling utama, jangan merugikan). Resiko fisik, psikologi, maupun sosial akibat tindakan dan pengobatan yang akan dilakukan hendaknya seminimal mungkin.

4) Asas kejujuran (veracity)

Dokter dan perawat hendaknya mengatakan secara jujur dan jelas apa yang dilakukan, serta akibat yang dapat terjadi, informasi yang diberikan hendaknya sesuai dengan tingkat pendidikan klien.

5) Asas kerahasiaan (confidentiality)

Dokter dan perawat harus menghormati (privacy) dan kerahasiaan klien, meski klien telah meninggal.

6) Asas keadilan (justice)

Dokter dan perawat harus berlaku adil dan tidak berat sebelah.

Keenam asas etik di atas dituangkan dalam suatu kesepakatan nasional yang pada umumnya disebut kode etik keperawatan di Indonesia.

6. Prinsip Dasar dan Etika dalam Kesehatan Komunitas

1) Prinsip Dasar Dalam Keperawatan Kesehatan Komunitas

Prinsip dasar keperawatan kesehatan komunitas ini meliputi :

- a) Keluarga adalah unit utama dalam pelayanan kesehatan masyarakat.
- b) Empat (4) tingkat sasaran pelayanan kesehatan masalah : individu, keluarga, kelompok, khusus dan masyarakat.
- c) Perawat bekerja atas PSM dalam menyelesaikan masalah kesehatan.
- d) Menekankan upaya promotif dan preventif tanpa lupa kuratif dan rehabilitatif.
- e) Dasar pelayanan kesehatan ‘Problem Solving Approach’
- f) Kegiatan utama: masalah masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit.

- g) Tujuan meningkatkan fungsi kehidupan derajat kesehatan yang optimal.
- h) Penekanan pembinaan perilaku sehat.
- i) Bekerja secara tim, bukan individu.
- j) Peningkatan kesehatan.
- k) 'Home visit', membantu mengatasi masalah klien.
- l) Pendidikan kesehatan masyarakat merupakan kegiatan utama.
- m) Pelaksanaan kesehatan masyarakat mengacu pada system pelayanan kesehatan yang ada.
- n) Pelaksanaan pelayanan kesehatan komunitas dilakukan di Puskesmas, panti, sekolah dan keluarga.

2) Prinsip Etika Dalam Keperawatan Kesehatan Komunitas

Prinsip etika keperawatan kesehatan komunitas ini meliputi:

- a) Prinsip kebaikan: mempertimbangkan bahaya dan keuntungan.
- b) Prinsip autonomi: individu bebas menentukan tindakan atau keputusannya.
- c) Prinsip kejujuran/veracity: menjadi dasar terbinanya sikap percaya satu sama lain.

7. Model Penyelesaian Dilema Etik

Dilema etika adalah situasi yang dihadapi seseorang dimana keputusan mengenai perilaku yang layak harus di buat. Untuk itu diperlukan pengambilan keputusan untuk menghadapi dilema etika tersebut. Enam pendekatan dapat dilakukan orang yang sedang menghadapi dilema tersebut, yaitu:

- 1) Mendapatkan fakta-fakta yang relevan
- 2) Menentukan isu-isu etika dari fakta-fakta
- 3) Menentukan siap dan bagaimana orang atau kelompok yang dipengaruhi dilemma
- 4) Menentukan alternatif yang tersedia dalam memecahkan dilema
- 5) Menentukan konsekwensi yang mungkin dari setiap alternative
- 6) Menetapkan tindakan yang tepat.

Perawat berada di berbagai situasi sehari-hari yang mengharuskan mereka untuk membuat keputusan-keputusan profesional dan bertindak sesuai keputusan tersebut. Keputusan tersebut biasanya dibuat dalam hbungannya dengan orang lain (klien, keluarga, dan profesi kesehatan lain). Ketika keputusan etik dibuat, setiap orang yang terlibat harus menghormati dan menghargai sudut pandang orang lain melalui kolaborasi yang saling menghormati, keputusan terbaik dapat

dicapai meskipun dalam dilema yang sulit sekalipun. Perlu diperhatikan bahwa keputusan yang dibuat bukan yang paling besar tetapi yang paling baik karena di dalam dilema etik tidak ada yang benar maupun yang salah. Penyelesaian dilema etik kita kenal prinsip DECIDE yaitu :

D = Define the problem (s)

E = Ethical review

C = Consider the options

I = Investigate outcomes

D = Decide on action

E = Evaluate results

Selain itu, kerangka pemecahan dilema etik banyak diutarakan oleh para ahli dan pada dasarnya menggunakan kerangka proses keperawatan / Pemecahan masalah secara ilmiah, antara lain:

1) Model Pemecahan masalah (Megan, 1989)

Ada lima langkah-langkah dalam pemecahan masalah dalam dilema etik.

- a) Mengkaji situasi
- b) Mendiagnosa masalah etik moral
- c) Membuat tujuan dan rencana pemecahan
- d) Melaksanakan rencana
- e) Mengevaluasi hasil

2) Kerangka pemecahan dilema etik (kozier & erb, 2004)

- a) Mengembangkan data dasar.

Untuk melakukan ini perawat memerlukan pengumpulan informasi sebanyak mungkin meliputi :

1. Siapa yang terlibat dalam situasi tersebut dan bagaimana keterlibatannya
2. Apa tindakan yang diusulkan
3. Apa maksud dari tindakan yang diusulkan
4. Apa konsekuensi-konsekuensi yang mungkin timbul dari tindakan yang diusulkan.

- b) Mengidentifikasi konflik yang terjadi berdasarkan situasi tersebut
- c) Membuat tindakan alternatif tentang rangkaian tindakan yang direncanakan dan mempertimbangkan hasil akhir atau konsekuensi tindakan tersebut
- d) Menentukan siapa yang terlibat dalam masalah tersebut dan siapa pengambil keputusan yang tepat

- e) Mengidentifikasi kewajiban perawat
 - f) Membuat keputusan
- 3) Model Murphy dan Murphy
- a) Mengidentifikasi masalah kesehatan
 - b) Mengidentifikasi masalah etik
 - c) Siapa yang terlibat dalam pengambilan keputusan
 - d) Mengidentifikasi peran perawat
 - e) Mempertimbangkan berbagai alternatif-alternatif yang mungkin dilaksanakan
 - f) Mempertimbangkan besar kecilnya konsekuensi untuk setiap alternatif keputusan
 - g) Memberi keputusan
 - h) Mempertimbangkan bagaimana keputusan tersebut hingga sesuai dengan falsafah umum untuk perawatan klien
 - i) Analisa situasi hingga hasil aktual dari keputusan telah tampak dan menggunakan informasi tersebut untuk membantu membuat keputusan berikutnya.
- 4) Langkah-langkah menurut Purtilo dan Cassel (1981)
- Purtilo dan cassel menyarankan 4 langkah dalam membuat keputusan etik, yaitu:
- a) Mengumpulkan data yang relevan
 - b) Mengidentifikasi dilema
 - c) Memutuskan apa yang harus dilakukan
 - d) Melengkapi tindakan
- 5) Langkah-langkah menurut Thompson & Thompson (1981)
- a) Meninjau situasi untuk menentukan masalah kesehatan, keputusan yang diperlukan, komponen etis dan petunjuk individual.
 - b) Mengumpulkan informasi tambahan untuk mengklasifikasi situasi
 - c) Mengidentifikasi Issue etik
 - d) Menentukan posisi moral pribadi dan professional
 - e) Mengidentifikasi posisi moral dari petunjuk individual yang terkait.
 - f) Mengidentifikasi konflik nilai yang ada
8. Kode Etik Keperawatan Indonesia

Sebagai profesi yang turut serta dalam mengusahakan tercapainya kesejahteraan fisik, material, spiritual untuk makhluk insani dalam wilayah Republik Indonesia, maka kehidupan profesi keperawatan di Indonesia selalu berpedoman kepada sumber asalnya yaitu kebutuhan masyarakat Indonesia akan pelayanan keperawatan.

Warga keperawatan di Indonesia menyadari bahwa kebutuhan akan keperawatan bersifat universal bagi klien (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat). Oleh karena itu, pelayanan yang diberikan oleh perawat selalu berdasarkan pada cita-cita yang luhur serta niat yang murni untuk keselamatan dan kesejahteraan umat tanpa membedakan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut, serta kedudukan sosial.

Dalam melaksanakan tugas profesional yang berdaya guna dan berhasil, para perawat mampu dan ikhlas memberikan pelayanan yang bermutu dengan memelihara dan meningkatkan integritas pribadi dan luhur dengan ilmu dan ketampilan yang memenuhi standar serta kesadaran bahwa pelayanan yang diberikan merupakan bagian dari upaya kesehatan secara menyeluruh.

Dalam bimbingan Tuhan Yang Maha Esa untuk melaksanakan tugas pengabdian demi kepentingan kemanusiaan, bangsa dan tanah air, persatuan Indonesia yang berjiwa Pancasila dan berlandaskan UUD 1945 merasa terpanggil untuk menunaikan kewajiban dalam bidang keperawatan dengan penuh tanggung jawab, berpedoman kepada dasar-dasar seperti tertera di bawah ini :

1) Perawat dan klien

- a) Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan menghargai harkat dan martaba manusia, keunikan klien, dan tidak terpengaruh oleh pertimbangan kebangsaan, kesukuan, warna kulit, umur, jenis kelamin, aliran politik dan agama yang dianut serta kedudukan sosial.
- b) Perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan senantiasa memelihara suasana lingkungan yang menghormati nilai-nilai budaya, adat-istiadat dan kelangsungan hidup beragama dari klien.
- c) Tanggung jawab utama perawat adalah kepada mereka yang membutuhkan asuhan keperawatan.
- d) Perawat wajib merahasiakan segala sesuatu yang diketahui sehubungan dengan tugas yang dipercayakan kepadanya kecuali jika diperlukan oleh yang berwenang sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku.

2) Perawat dan praktik

- a) Perawat memelihara dan meningkatkan kompetensi di bidang keperawatan melalui belajar terus-menerus.
- b) Perawat senantiasa memelihara mutu pelayanan keperawatan yang tinggi disertai kejujuran profesional yang menerapkan pengetahuan serta keterampilan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien.
- c) Perawat dalam membuat keputusan berdasarkan pada informasi yang akurat dan mempertimbangkan kemampuan serta kualifikasi seseorang bila melakukan konsultasi, menerima delegasi dan memberikan delegasi kepada orang lain.
- d) Perawat senantiasa menjunjung tinggi nama baik profesi keperawatan dengan selalu menunjukkan perilaku profesional.

3) Perawat dan masyarakat

Perawat mengemban tanggung jawab bersama masyarakat untuk memprakarsai dan mendukung berbagai kegiatan dalam memenuhi kebutuhan dan kesehatan masyarakat.

4) Perawat dan teman sejawat

- a) Perawat senantiasa memelihara hubungan baik dengan sesama perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya dalam memelihara keserasian, suasana lingkungan kerja maupun dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan secara menyeluruh.
- b) Perawat bertindak melindungi klien dari tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan secara tidak kompeten, tidak etis, dan legal.

5) Perawat dan profesi

- a) Perawat mempunyai peran utama dalam menentukan standar pendidikan dan pelayanan keperawatan serta menerapkan dalam kegiatan pelayanan dan pendidikan keperawatan.
- b) Perawat berperan aktif dalam berbagai kegiatan pengembangan profesi keperawatan.
- c) Perawat berpartisipasi aktif dalam upaya profesi untuk membangun dan memelihara kondisi kerja yang kondusif demi terwujudnya asuhan keperawatan yang bermutu tinggi.

9. Nilai-nilai (value)

1) Kriteria nilai

- a) Keyakinan seseorang akan gagasan atau perilaku yang berbentuk dan berdasarkan pengalaman serta latar belakang kultural.
- b) Gambaran mengenai apa yang diinginkan, yang pantas, yang berharga, yang memengaruhi perilaku sosial dari orang yang memiliki nilai itu.
- c) Keyakinan seseorang tentang sesuatu yang berharga kebenarannya atau keinginan mengenai ide- ide (obyek) atau perilaku khusus.
- d) Timbul dari pengalaman pribadi dan membentuk dasar untuk perilaku.
- e) Terdiri dari komponen intelektual (keyakinan) dan emosional (mempertahankan dan memegang).

2) Penyerapan/ pembentukan nilai

Sesuai dengan penjelasan teori tentang nilai, kepercayaan atau aturan dapat menjadi nilai yang berharga hanya bila kepercayaan tersebut memenuhi kriteria nilai. Kepercayaan atau pedoman adalah suatu yang diterima sebagai kebenaran yang kemungkinan dinilai dari kenyataan. Kepercayaan juga merupakan sekumpulan konsep pemikiran. Masyarakat yang meyakini penghargaan menyatakan kebenaran dapat dibuktikan. Tradisi keluarga mewariskan aturan/ kepercayaan/ adat istiadat pada keturunannya. Beberapa kepercayaan merupakan bagian dari nilai kehidupan, karena masyarakat bebas untuk memilih dan memenuhi kriteria 6 aspek dari penjelasan tentang nilai.

Peraturan merupakan sifat yang sesuai dengan perilaku. Aturan juga mengatur pada orang, obyek, kondisi maupun situasi. Contoh seorang anak akan mempelajari suatu aturan seperti cara bekerjasama dan cara memberi-menerima dari keluarga dan akan terlihat pada perilakunya. Pola tradisional, nilai, kepercayaan dan peraturan, seluruhnya dapat dipelajari melalui perbandingan(model), persuasi(keyakinan), pilihan terbatas, menentukan aturan dan pertimbangan suara hati.

MODEL penyerapan dan pembentukan nilai melalui model, individu dapat belajar dari sekumpulan contoh perilaku orang lain dan individu tersebut akan menirunya. Beberapa tahun lalu di Amerika, model peran untuk anak-anak dibatasi karena interaksi secara umum dihambat oleh keluarga dan lingkungan sekitarnya. Dewasa ini anak mempelajari sumber model dari televisi, radio, kelompok di sekolah, keluarga dan teman. Karena anak dalam mempelajari nilai dari bermacam- macam model, maka dapat menimbulkan

kesulitan dalam menentukan model yang tepat. Dari hasil penelitian, beberapa anak sering menunjukkan perilaku yang berlainan dan bertentangan.

PERSUASI penyerapan dan pembentukan nilai dengan jalan meyakinkan merupakan dasar dari pengertian/ pemikiran (kognitif). Hal ini dapat dilihat antara aspek emosi dan perilaku tidak dapat dipisahkan. Contohnya seorang perawat berusaha meyakinkan pasien untuk mandi setiap hari.

3) Nilai personal dan professional

Nilai itu erat hubungannya dengan kebudayaan dan masyarakat karena setiap masyarakat atau setiap kebudayaan mempunyai nilai- nilai tertentu. Nilai personal adalah keyakinan seseorang akan penghargaan, ide atau perilaku. Menyadari nilai personal, membantu seseorang mengerti akan dampak terhadap pengembangan dan tindakan profesi. Nilai profesional merupakan refleksi nilai personal. Nilai personal mempengaruhi pengalaman profesional dan harapan. Nilai personal juga memantapkan nilai profesional, memudahkan praktek keperawatan dengan menggunakan etika.

4) Keyakinan Nilai- nilai

Nilai dapat didefinisikan sebagai sesuatu yang berharga, dipercayai sebagai pedoman yang berharga. Dalam pelaksanaannya, nilai akan memberikan orientasi dan memberikan petunjuk serta arti dalam kehidupan seseorang. Beberapa ahli menyetujui pendapat bahwa nilai merupakan perkembangan dari pengalaman seseorang. Bentuk nilai dasar dari perilaku yaitu pola perilaku nyata sehari- hari yang ditunjukkan oleh individu. Hal pertama yang perlu kita sadari bahwa nilai itu sendiri akan mengontrol perilaku. Nilai terdiri dari komponen intelektual dan emosional. Seorang yang mempunyai intelektual akan meyakini tentang penghargaan dan pedoman yang utama serta akan berusaha untuk mempertahankan nilai- nilai tersebut. Anak mulai belajar tentang nilai dalam keluarga dan nilai tersebut akan mengalami perkembangan dalam keseluruhan hidupnya.

C. Standar Praktik Keperawatan Komunitas

1. Standart Praktek Keperawatan Komunitas

Sejak tahun 1986, standar praktik keperawatan komunitas ditulis dalam suatu kerangka kerja proses keperawatan. Keperawatam kesehatan komunitas diinterpretasikan secara luas untuk mencakup sub-bidang keahlian tentang

kesehatan masyarakat, kesehatan rumah, kesehatan kerja, sekolah keperawatan, dan praktisi perawat dalam bidang asuhan primer. Proses keperawatan digunakan untuk mengkaji, merencanakan, mendiagnosis, mengintervensi, dan mengevaluasi individu, keluarga dan komunitas. Kolaborasi dengan keluarga sangat ditekankan. Oleh karena itu, praktik keperawatan kesehatan komunitas mengarahkan pelayanannya kepada individu, keluarga dan kelompok meski tanggung jawab dominannya tetap pada populasi secara keseluruhan (Friedman dan Marilyn, 1998). Standar praktik keperawatan merupakan komitmen profesi keperawatan dalam melindungi masyarakat terhadap praktik yang dilakukan oleh anggota profesi (DPP PPNI, 1999). Steven (1983) menjelaskan tentang dua pengertian standar praktik keperawatan komunitas seperti yang tertera di bawah ini.

- 1) kriteri keberhasilan
- 2) sebagai dasar untuk mengukur peristiwa.

Sedangkan menurut ANA (1974) Standar Praktek Keperawatan Komunitas adalah :

- 1) Pengumpulan data status kesehatan klien sistemik dan terus menerus
- 2) Menegakkan diagnosa dari data
- 3) perencanaan : Menentukan tujuan
- 4) Perencanaan diprioritaskan pemberian keperawatan.
- 5) Pemberian tindakan keperawatan (Promosi, menjaga dan perbaikan)
- 6) Tindakan keperawatan dalam membantu klien meningkatkan kesehatan.
- 7) kemajuan klien thd pencapaian tujuan
- 8) tindakan keperawatan pengkajian secara kontinu

2. Tatanan Praktik Keperawatan Komunitas

Jumlah perawat yang bekerja di komunitas meningkat secara bermakna. Peningkatan biaya perawatan di rumah sakit mendorong peningkatan kebutuhan terhadap adanya pelayanan di komunitas yang ditujukan untuk peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan perawatan pada fase penyembuhan. Perawat di komunitas difokuskan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan, pendidikan, dan manajemen, serta mengkoordinasikan dan melanjutkan perawatan restoratif di dalam lingkungan komunitas klien. Perawatan komunitas mengkaji kebutuhan kesehatan individu, keluarga, dan komunitas, serta membantu klien berupaya melawan penyakit dan masalah kesehatan. Sementara perawatan kesehatan di institusi berfokus pada individu dan keluarga, perawatan komunitas

juga mengacu pada kesehatan komunitas dan interaksi antar individu dalam komunitas tersebut. Komunitas dapat berupa suatu lokasi khusus, misalnya area urban / pelosok atau sekelompok orang disuatu tempat kerja, sekolah atau kelompok lain yang memiliki minat dan karakteristik tertentu, sehingga tampak perawat komunitas memiliki tempat kerja yang bervariasi. Tempat kerja tersebut meliputi wilayah komunitas, pusat-pusat kesehatan okupasi, sekolah, lembaga pelayanan kesehatan rumah, klinik kesehatan dan tempat praktik swasta (perry dan potter, 2005)

Menurut CHS (1992), praktik keperawatan yaitu tindakan mandiri perawat professional melalui kerja sama berbentuk kolaborasi dengan klien dan tim kesehatan lain. Perawat professional dalam memberikan asuhan keperawatan harus sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya. Tindakan keperawatan harus dapat dipertanggungjawabkan dengan mengacu pada standar profesi.

3. Pusat Kesehatan Komunitas

Pusat kesehatan masyarakat menawarkan program yang komprehensif berkaitan dengan upaya meningkatkan dan mempertahankan kesehatan, pendidikan, manajemen, serta koordinasi asuhan keperawatan dalam komunitas. Pusat pelayanan komunitas menyediakan pelayanan rawat jalan (asuhan yang dicari oleh klien yang datang ke pusat perawatan kesehatan komunitas) dan asuhan keperawatan di rumah. Perawat yang bekerja di tempat ini sering kali bekerja lebih mandiri daripada perawat yang bekerja di institusi. Pusat kesehatan masyarakat juga memperjakan profesi kesehatan lainnya, tetapi perawat secara umum memberikan perawatan dalam porsi yang lebih besar bahkan mungkin menjalankan tugas dan mengoperasikan tempat tersebut secara mandiri. Contoh pusat kesehatan masyarakat adalah klinik persiapan menjadi orang tua, pusat kesehatan keluarga, dan kesehatan mental. Penyelenggaraan pelayanan di komunitas meliputi pelayanan sebagai berikut:

1) Sekolah atau Kampus

Pelayanan keperawatan yang diselenggarakan meliputi pendidikan pencegahan penyakit, peningkatan kesehatan, dan pendidikan seks. Selain itu, perawat yang bekerja di sekolah dapat memberikan perawatan pada peserta didik dengan penyakit akut/ yang bukan kasus kedaruratan. Misalnya, penyakit infeksi saluran pernafasan bagian atas dan infeksi virus. Perawat juga

memberikan rujukan kepada peserta didik dan keluarganya bila membutuhkan perawatan kesehatan yang lebih spesifik

Standar praktik keperawatan sekolah adalah sebagai berikut:

- a) Perawat sekolah menggunakan dasar pengetahuan klinik dalam melakukan praktik keperawatan kesehatan di sekolah.
 - b) Perawat sekolah menggunakan pendekatan sistemik dalam pemecahan masalah.
 - c) Perawat sekolah berkontribusi dalam pendidikan siswa dengan pendekatan proses keperawatan.
 - d) Perawat sekolah menggunakan keterampilan berkomunikasi secara efektif dalam melaksanakan tugas.
 - e) Perawat sekolah membangun dan memelihara program kesehatan sekolah secara komprehensif.
 - f) Perawat sekolah melakukan kolaborasi dengan tenaga lain untuk memenuhi kebutuhan siswa.
 - g) Perawat sekolah melakukan kolaborasi dengan masyarakat dalam menyusun system pelayanan dan berfungsi sebagai penghubung antara sekolah dan masyarakat.
 - h) Perawat sekolah membantu klien (dalam hal ini siswa, keluarga dan komunitas) untuk mencapai kesejahteraan yang optimal melalui pendidikan kesehatan.
 - i) Perawat sekolah melakukan penelitian dan praktik inovatif dalam meningkatkan pelayanan kesehatan sekolah.
 - j) Perawat sekolah meningkatkan kualitas pelayanan dan peningkatan profesional.
- 2) Lingkungan Kesehatan Kerja

Beberapa perusahaan besar memberikan pelayanan kesehatan bagi pekerjanya di pusat kesehatan okupasi yang berlokasi di gesug perusahaan tersebut. Asuhan keperawatan di tempat ini meliputi lima bidang. Perawat mengembangkan program yang bertujuan untuk:

- a) Meningkatkan kesehatan dan keselamatan di tempat kerja dengan mengurangi jumlah kejadian kecelakaan kerja.
- b) Menurunkan resiko penyakit akibat kerja.
- c) Mengurangi transmisi penyakit menular antar pekerja.

- d) Memberikan program peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pendidikan kesehatan.
- e) Mengintervensi kasus-kasus akut nonke daruratan dan memberikan pertolongan pertama pada kecelakaan.

3) Lembaga Perawatan Kesehatan Di Rumah

Klien sering kali membutuhkan asuhan keperawatan yang khusus yang dapat diberikan secara efisien dirumah. Perawat dalam lembaga ini memberikan perawatan kesehatan di rumah, misalnya perawat yang bekerja di lembaga perawatan komunitas, *hospice*, dan lembaga perawatan rumah swasta melakukan kunjungan rumah. Perawat yang bekerja di rumah harus memiliki kemampuan untuk mendidik, fleksibel, kreatif dan percaya diri, selain kemampuan klinik yang kompeten (Perry dan Potter, 2005).

4) Lingkungan Kerja Lain

Terdapat sejumlah tempat lain dimana perawat dapat bekerja dengan peran dan tanggung jawab yang bervariasi. Seorang perawat dapat bekerja ditempat praktik dokter, membuka praktik mandiri atau bekerja sama dengan perawat lain, serta bekerja di bidang pendidikan dan penelitian. Berkaitan dengan lingkungan tempat bekerja, perawat ditantang untuk memberikan perawatan berkualitas. Penelitian keperawatan yang mengaitkan penelitian tentang kualitas hasil perawatan dengan biaya perawatan memberikan hasil bahwa perawat menjawab tantangan di atas. Perawat terlibat aktif dalam isu-isu perawatan kesehatan di seluruh tingkat pemerintahan (Holzemer, 1990).

4. Pengaruh Keperawatan Pada Kebijakan Dan Praktik Perawatan

Nursing's Agenda For Health Care Reform mendorong lahirnya system pelayanan kesehatan yang mudah diperoleh, berkualitas dan dengan biaya yang rasional. Rencana untuk pembaharuan sangat berfokus pada pelayanan perawatan kesehatan, promosi, restorasi, dan mempertahankan kesehatan (Tri Council, 1991). Aktivitas dan komitmen politik merupakan bagian dari profesionalisme. Politik merupakan aspek yang penting dalam memberikan perawatan kesehatan. Perawat dapat mempelajari teknik-teknik dalam memengaruhi klien, bernegosiasi, dan teknik dalam melakukan interaksi social dengan klien/masyarakat.

3. Rangkuman

Model konseptual keperawatan menguraikan situasi yang terjadi dalam suatu lingkungan atau stresor yang mengakibatkan seseorang individu berupa menciptakan perubahan yang adaptif dengan menggunakan -sumber yang tersedia. Model konseptual keperawatan mencerminkan upaya menolong orang tersebut mempertahankan keseimbangan melalui pengembangan mekanisme koping yang positif untuk mengatasi stresor ini. Melalui penjelasan tentang fenomena ini dan keterkaitan antara istilah umum dan abstrak maka model konseptual mencerminkan langkah pertama mengembangkan formulasi teoritis yang diperlukan untuk kegiatan ilmiah.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Tujuan Tugas: Mengidentifikasi Menjelaskan tentang Materi terkait

1. Uraian Tugas:

a. Obyek garapan: Makalah Ilmiah Judul pada TM yang dimaksud

b. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Membuat makalah tentang materi terkait pada masing-masing Materi yang disebutkan

- ✓ Membuat PPT

- ✓ Presentasi Makalah

c. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan/dikerjakan: Makalah Ilmiah pada sistem terkait

d. Metode Penulisan

Substansi

Halaman Judul

Daftar Isi

Bab 1 Pendahuluan

(1.1 Latar belakang, 1.2 Tujuan Penulisan)

Bab 2 Tinjauan Pustaka

(2.1 Dst...Berisikan Materi terkait)

Bab 3 Penutup

(3.1 Kesimpulan, 3.2 Saran)

Daftar Pustaka

E. Kegiatan Belajar 5-7

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu merencanakan asuhan keperawatan komunitas.

2. Uraian Materi

Asuhan Keperawatan Komunitas

Dosen: Ifa Nofalia, S.Kep.,Ns.,M.Kep

A. Asuhan Keperawatan Komunitas

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas pada dasarnya menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah : pengkajian data, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang dilaksanakan secara sistematis dan berkelanjutan.

1. Pengkajian

Pengkajian adalah merupakan upaya pengumpulan data secara lengkap dan sistematis terhadap masyarakat untuk dikaji dan dianalisis sehingga masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat baik individu, keluarga atau kelompok yang menyangkut permasalahan pada fisiologis, psikologis, social ekonomi, maupun spiritual dapat ditentukan. Dalam tahap pengkajian ini terdapat lima kegiatan yaitu : pengumpulan data, pengolahan data, analisis data, perumusan atau penentuan masalah kesehatan masyarakat dan prioritas masyarakat.

Jenis data secara umum dapat diperoleh dari data subyektif dan objektif. Data subyektif adalah data yang diperoleh dari keluhan atau masalah yang dirasakan oleh individu, keluarga, kelompok dan komunitas yang diungkapkan secara langsung melalui lisan sedangkan data objektif adalah data yang diperoleh melalui suatu pemeriksaan, pengamatan dan pengukuran.

Sumber data terdiri dari data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang dikumpulkan oleh pengkaji dalam hal ini mahasiswa atau perawat kesehatan masyarakat dari individu, keluarga, kelompok dan masyarakat berdasarkan hasil pemeriksaan dan komunitas. Data sekunder adalah data yang diperoleh dari sumber lain yang dapat dipercaya, misalnya : keluhan, catatan riwayat kesehatan pasien atau medical record (Wahit, 2005).

Cara pengumpulan data terdiri dari tiga cara yaitu dengan wawancara atau anamnase, pengamatan dan pemeriksaan fisik.

1) Pengumpulan data

Pengumpulan data dimaksudkan untuk memperoleh informasi mengenai masalah kesehatan pada masyarakat sehingga dapat ditentukan tindakan yang harus diambil untuk mengatasi masalah tersebut yang menyangkut aspek fisik, psikologis, social ekonomi dan spiritual serta factor lingkungan yang mempengaruhinya. Oleh karena itu data tersebut harus akurat dan dapat dilakukan analisa untuk pemecahan masalah. Kegiatan pengkajian yang dilakukan dalam pengumpulan data meliputi :

a) Data inti

1. Riwayat atau sejarah perkembangan komunitas

Data dikaji melalui wawancara kepada tokoh formal dan informal di komunitas dan studi dokumentasi sejarah komunitas tersebut. Uraikan termasuk data umum mengenai lokasi daerah binaan (yang dijadikan praktek keperawatan komunitas), luas wilayah, iklim, type komunitas (masyarakat rural atau urban), keadaan demografi, struktur politik, distribusi kekuatan komunitas dan pola perubahan komunitas.

2. Data demografi

Kajilah jumlah komunitas berdasarkan : usia, jenis kelamin, status perkawinan, ras atau suku, bahasa, tingkat pendapatan, pendidikan, pekerjaan, agam dan komposisi keluarga.

3. Vital statistic

Jabarkan atau uraikan data tentang : angka kematian kasar atau CDR, penyebab kematian, angka pertambahan anggota, angka kelahiran.

4. Status kesehatan komunitas

Status kesehatan komunitas dapat dilihat dari biostatistik dan vital statistic antara lain : dari angka mortalitas, morbiditas, IMR. MMR, cakupan imunisasi. Selanjutnya status kesehatan komunitas kelompokkan berdasarkan kelompok umur : bayi, balita, usia sekolah, remaja dan lansia. Pada kelompok khusus di masyarakat : ibu hamil, pekerja industri, kelompok penyakit kronis, penyakit

menular. Adapun pengkajian selanjutnya dijabarkan sebagaimana dibawah ini :

- a. Keluhan yang dirasakan saat ini oleh komunitas
- b. Tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, respirasi, suhu tubuh
- c. Kejadian penyakit (dalam 1 tahun terakhir)
- d. Riwayat penyakit keluarga
- e. Pola pemenuhan sehari-hari
- f. Status psikososial
- g. Status pertumbuhan dan perkembangan
- h. Pola pemanfaatan fasilitas kesehatan
- i. Pola pencegahan terhadap penyakit dan perawatan kesehatan
- j. Pola perilaku tidak sehat seperti : kebiasaan merokok, minum kopi yang berlebihan, mengkonsumsi alcohol, penggunaan obat tanpa resep, penyalahgunaan obat terlarang, pola konsumsi tinggi garam, lemak dan purin.

b) Data lingkungan fisik

1. Pemukiman

- a. Luas bangunan
- b. Bentuk bangunan
- c. Jenis bangunan
- d. Atap rumah
- e. Dinding
- f. Lantai
- g. Ventilasi
- h. Pencahayaan
- i. Penerangan
- j. Kebersihan
- k. Pengaturan ruangan dan perabot
- l. Kelengkapan alat rumah tangga

2. Sanitasi

- a. Penyediaan air bersih (MCK)
- b. Penyediaan air minum
- c. Pengelolaan jamban : bagaimana jenisnya, berapa jumlahnya dan bagaimana jarak dengan sumber air

- d. Sarana pembuangan air limbah (SPAL)
 - e. Pengelolaan sampah : apakah ada sarana pembuangan sampah, bagaimana cara pengolahannya : dibakar, ditimbun, atau cara lainnya, sebutkan.
 - f. Polusi udara, air, tanah atau suara/kebisingan
 - g. Sumber polusi : pabrik, rumah tangga, industri lainnya, sebutkan.
3. Fasilitas
- a. Peternakan, pertanian, perikanan dan lain-lain
 - b. Pekarangan
 - c. Sarana olahraga
 - d. Taman, lapangan
 - e. Ruang pertemuan
 - f. Sarana hiburan
 - g. Sarana ibadah
4. Batas-batas wilayah
- Sebelah utara, barat, timur, dan selatan
5. Sarana ibadah
- c) Pelayanan kesehatan dan social
- 1. Pelayanan kesehatan
 - a. Lokasi sarana kesehatan
 - b. Sumber daya yang dimiliki (tenaga kesehatan dan kader)
 - c. Jumlah kunjungan
 - d. System rujukan
 - 2. Fasilitas social (pasar, took ,swayalan)
 - a. Lokasi
 - b. Kepemilikan
 - c. Kecukupan
- d) Ekonomi
- 1. Jenis Pekerjaan
 - 2. Jumlah penghasilan rata-rata tiap bulan
 - 3. Jumlah pengeluaran rata-rata tiap bulan
 - 4. Jumlah pekerja dibawah umur, ibu rumah tangga dan lansia
- e) Keamanan dan transportasi
- 1. Keamanan

- a. Sistem keamanan lingkungan
 - b. Penanggulangan kebakaran
 - c. Penanggulangan bencana
 - d. Penanggulangan polusi, udara, air dan tanah
2. Transportasi
- a. Kondisi jalan
 - b. Jenis transportasi yang dimiliki
 - c. Sarana transportasi yang ada
- f) Politik dan pemerintahan
- 1. Sistem pengorganisasian
 - 2. Struktur organisasi
 - 3. Kelompok organisasi dalam komunitas
 - 4. Peran serta kelompok organisasi dalam kesehatan
- g) Sistem komunikasi
- 1. Sarana umum komunikasi
 - 2. Jenis alat komunikasi yang digunakan dalam komunitas
 - 3. Cara penyebaran informasi
- h) Pendidikan
- 1. Tingkat pendidikan komunitas
 - 2. Fasilitas pendidikan yang tersedia (formal atau non formal)
 - 3. Jenis bahasa yang digunakan
- i) Rekreasi
- 1. Kebiasaan rekreasi
 - 2. Fasilitas tempat rekreasi
- 2) Analisa data

Analisa data adalah kemampuan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui tentang kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat apakah itu masalah kesehatan atau masalah keperawatan. Tujuan analisa data adalah :

- a) Menetapkan kebutuhan komunitas
- b) Menetapkan kekuatan
- c) Mengidentifikasi pola respon komunitas
- d) Mengidentifikasi pola kecenderungan penggunaan pelayanan

kesehatan

3) Perumusan atau penentuan masalah kesehatan

Berdasarkan analisa data dapat diketahui masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi oleh masyarakat, sekaligus dapat dirumuskan yang selanjutnya dilakukan intervensi. Namun demikian masalah yang telah dirumuskan tidak mungkin dapat diatasi sekaligus. Oleh karena itu perlu diprioritaskan masalah.

4) Prioritas masalah

Dalam menentukan prioritas masalah kesehatan masyarakat dan keperawatan perlu mempertimbangkan berbagai faktor sebagai kriteria, diantaranya adalah :

- a) Perhatian masyarakat
- b) Prevalensi kejadian
- c) Berat ringannya masalah
- d) Kemungkinan masalah untuk diatasi
- e) Tersedianya sumber daya masyarakat
- f) Aspek politis

Prioritas masalah juga dapat ditentukan berdasarkan hierarki kebutuhan menurut Abraham H. Maslow yaitu :

- a) Keadaan yang mengancam kehidupan
- b) Keadaan yang mengancam kesehatan
- c) Persepsi tentang kesehatan dan keperawatan

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah respon individu pada masalah kesehatan baik yang aktual maupun potensial. Masalah actual adalah masalah yang diperoleh pada saat pengkajian sedangkan masalah potensial adalah masalah yang mungkin timbul kemudian (American Nurses of Association (ANA). Diagnosa keperawatan mengandung komponen utama yaitu :

- 1) Problem (Masalah)
- 2) Etiologi (Penyebab)
- 3) Sign or Symptom (Tanda atau Gejala)

Perumusan daignosa keperawatan dapat dilakukan dengan 2 cara yaitu :

- 1) Dengan rumus PES

DK : P (Problem/masalah) + E (Etiologi/penyebab) + S (Symptom/gejala)

2) Dengan rumus PE

DK : P (Problem/masalah) + E (Etiologi/penyebab)

Jadi menegakkan diagnosa keperawatan minimal harus mengandung 2 komponen tersebut diatas, disamping mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut :

- 1) Kemampuan masyarakat untuk menanggulangi masalah
- 2) Sumber daya yang tersedia dari masyarakat
- 3) Partisipasi dan peran serta masyarakat

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan adalah rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan pasien. Rencana keperawatan harus mencakup : Perumusan tujuan, Rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan, kriteria hasil untuk menilai pencapaian tujuan.

1) Perumusan tujuan

Dalam merumuskan tujuan harus memenuhi kriteria sebagai berikut

:

- a) Berfokus pada masyarakat
- b) Jelas dan singkat
- c) Dapat diukur dan diobservasi
- d) Realistik
- e) Ada target waktu
- f) Melibatkan peran serta masyarakat

Formulasi kriteria tujuan : T = S + P + K.1 + K.2 S: Subjek K.1 :

Kondisi P: Predikat K.2 : Kriteria Selain itu dalam perumusan tujuan :

- a) Dibuat berdasarkan goal : sasaran dibagi hasil akhir yang diharapkan
- b) Perilaku yang diharapkan berubah
- c) Specific
- d) Measurable atau dapat diukur
- e) Attainable atau dapat dicapai
- f) Relevant/realistic atau sesuai

- g) Time-Bound atau waktu tertentu
 - h) Sustainable atau berkelanjutan
- 2) Rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan

Langkah-langkah dalam perencanaan perawatan kesehatan melalui kegiatan :

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

Penentuan kriteria dalam perencanaan keperawatan komunitas adalah sebagai berikut:

- a) Menggunakan kata kerja yang tepat
- b) Dapat dimodifikasi
- c) Bersifat spesifik :
 - 1. Siapa yang melakukan ?
 - 2. Apa yang dilakukan ?
 - 3. Dimana dilakukan ?
 - 4. Kapan dilakukan ?
 - 5. Bagaimana melakukan ?
 - 6. Frekuensi melakukan ?

4. Pelaksanaan

Prinsip yang umum digunakan dalam pelaksanaan atau implementasi pada keperawatan komunitas adalah : I2 RMU.

1) Inovatif

Perawat kesehatan masyarakat harus mempunyai wawasan luas dan mampu menyesuaikan diri dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan

teknologi dan berdasar pada iman dan takwa

2) Integrated

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

3) Rasional

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

4) Mampu dan mandiri

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

5) Ugem

Perawat kesehatan masyarakat harus yakin dan percaya atas kemampuannya dan bertindak dengan sikap optimis bahwa asuhan keperawatan yang diberikan akan tercapai

5. Evaluasi

1) Fokus evaluasi

a) Relevansi

Apakah program yang diperlukan ? Yang ada atau yang terbaru

b) Perkembangan kemajuan

Apakah dilaksanakan sesuai dengan rencana ? Bagaimana staf, fasilitas dan jumlah peserta ?

c) Cost efficiency (efisiensi biaya) Bagaimana biaya ?

Apa keuntungan program ?

d) Efektifitas

Apakah tujuan tercapai ? Apakah klien puas ?

Apakah focus pada formatif dan hasil jangka pendek ?

e) Impact

Apakah dampak jangka panjang ?

Apakah perubahan perilaku dalam 6 bulan atau 1 tahun ? Apakah status kesehatan meningkat ?

2) Kegunaan evaluasi

- a) Menentukan perkembangan keperawatan kesehatan masyarakat yang diberikan.
- b) Menilai hasil guna, daya guna dan produktivitas asuhan keperawatan yang diberikan.
- c) Menilai asuhan keperawatan dan sebagai umpan balik untuk memperbaiki atau menyusun rencana dalam proses keperawatan.

3) Hasil evaluasi

Terdapat tiga kemungkinan dalam hasil evaluasi, yaitu :

a) Tujuan tercapai

Apabila individu, keluarga, kelompok dan masyarakat telah menunjukkan kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.

b) Tujuan tercapai sebagian

Apabila tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicari penyebab dan cara memperbaiki atau mengatasinya.

c) Tujuan tidak tercapai

Apabila individu, keluarga, kelompok dan masyarakat tidak menunjukkan perubahan kemajuan sama sekali bahkan timbul masalah baru. Dalam hal ini perlu dikaji secara mendalam apakah terdapat problem dalam data, analisis, diagnosis, tindakan dan faktor-faktor yang lain tidak sesuai sehingga menjadi penyebab tidak tercapainya tujuan.

B. Dokumentasi Asuhan Keperawatan Komunitas

1. Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan Komunitas

Proses keperawatan adalah serangkaian perbuatan atau tindakan untuk menetapkan, merencanakan dan melaksanakan pelayanan keperawatan dalam rangka membantu klien untuk mencapai dan memelihara kesehatannya seoptimal mungkin. Tindakan keperawatan tersebut dilaksanakan secara berurutan, terus menerus, saling berkaitan dan dinamis. Selanjutnya menetapkan langkah proses keperawatan sebagai proses pengumpulan data, pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan (Wolf, Weitzel dan Fuerst, 1979).

Jadi proses keperawatan komunitas adalah metode asuhan keperawatan yang bersifat ilmiah, sistematis, dinamis, kontinyu dan

berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan dari klien, keluarga, kelompok atau masyarakat yang langkah – langkahnya dimulai dari (1) pengkajian : pengumpulan data, analisis data dan penentuan masalah, (2) diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi tindakan keperawatan. (Wahit, 2005). Proses keperawatan pada komunitas mencakup individu, keluarga dan kelompok khusus yang memerlukan pelayanan asuhan keperawatan.

Dalam perawatan kesehatan komunitas keterlibatan kader kesehatan, tokoh – tokoh masyarakat formal dan informal sangat diperlukan dalam setiap tahap pelayanan keperawatan secara terpadu dan menyeluruh sehingga masyarakat benar – benar mampu dan mandiri dalam setiap upaya pelayanan kesehatan dan keperawatan yang diberikan.

Dalam melakukan proses keperawatan komunitas dokumentasi keperawatan menjadi hal yang sangat penting karena dokumentasi dapat dijadikan bukti dalam melakukan suatu tindakan. Dokumentasi keperawatan komunitas merupakan suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dari segala macam tuntutan, yang berisi data lengkap, nyata dan tercatat bukan hanya tentang tingkat kesakitan dari pasien, tetapi juga jenis / tipe, kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan pasien dalam ruang lingkup yang lebih luas yaitu komunitas.

2. Langkah-Langkah Proses Keperawatan

Banyak ahli yang mendefinisikan tentang langkah – langkah proses keperawatan diantaranya adalah sebagai berikut :

1) Subdit Perawatan Kesehatan Masyarakat Depkes RI

Membagi dalam empat tahap yaitu : (1) Identifikasi, (2) Pengumpulan data (3) Rencana dan kegiatan (4) serta Penilaian.

2) Freeman

Sedangkan Freeman membagi dalam enam tahap yaitu : (1) Membina hubungan saling percaya dengan klien, (2) Pengkajian, (3) Penentuan tujuan bersama keluarga dan orang terdekat klien, (4) Merencanakan tindakan bersama klien, (5) Melaksanakan kegiatan sesuai dengan rencana, dan (6) Hasil evaluasi.

3) S.G Bailon

Membagi menjadi empat tahap yaitu : (1) Pengkajian, (2)

Perencanaan, (3) Implementasi, dan (4) Evaluasi.

3. Jenis Data

Jenis data secara umum dapat diperoleh dari data subyektif dan obyektif.

1) Data subyektif

Yaitu data yang diperoleh dari keluhan atau masalah yang dirasakan oleh individu, keluarga, kelompok dan komunitas, yang diungkapkan secara langsung melalui lisan.

2) Data obyektif

Data yang diperoleh melalui suatu pemeriksaan, pengamatan dan pengukuran.

4. Sumber Data

1) Data primer

Data yang dikumpulkan oleh pengkaji dalam hal ini mahasiswa atau perawat kesehatan masyarakat dari individu, keluarga, kelompok dan komunitas berdasarkan hasil pemeriksaan atau pengkajian.

2) Data sekunder

Data yang diperoleh dari sumber lain yang dapat dipercaya, misalnya : kelurahan, catatan riwayat kesehatan pasien atau medical record (Wahit, 2005).

5. Cara Pengumpulan Data

1) Wawancara atau anamnesa

Wawancara adalah kegiatan komunikasi timbal balik yang berbentuk tanya jawab antara perawat dengan pasien atau keluarga pasien, masyarakat tentang hal yang berkaitan dengan masalah kesehatan pasien. Wawancara harus dilakukan dengan ramah, terbuka, menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami oleh pasien atau keluarga pasien, dan selanjutnya hasil wawancara atau anamnesa dicatat dalam format proses keperawatan.

2) Pengamatan

Pengamatan dalam keperawatan komunitas dilakukan meliputi aspek fisik, psikologis, perilaku dan sikap dalam rangka menegakkan diagnosis keperawatan. Pengamatan dilakukan dengan menggunakan

panca indera dan hasilnya dicatat dalam format proses keperawatan.

3) Pemeriksaan fisik

Dalam keperawatan komunitas dimana salah satunya asuhan keperawatan yang diberikan adalah asuhan keperawatan keluarga, maka pemeriksaan fisik yang dilakukan dalam upaya membantu menegakkan diagnosis keperawatan dengan cara IPAP :

I= yaitu melakukan pengamatan pada bagian tubuh pasien atau keluarga yang sakit

P = yaitu pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara meraba pada bagian tubuh yang mengalami gangguan

A= yaitu pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mendengarkan bunyi tubuh tertentu dan biasanya perawat komunitas menggunakan stetoskop sebagai alat bantu untuk mendengarkan denyut jantung, bising usus, suara paru

P= yaitu cara pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan cara mengetukkan jari telunjuk atau alat hammer pada bagian tubuh yang diperiksa.

6. Pengolahan Data

Setelah data diperoleh, kegiatan selanjutnya adalah pengolahan data dengan cara sebagai berikut:

- 1) Klasifikasi data atau kategorisasi data Cara mengkategorikan data :
 - a) Karakteristik demografi
 - b) Karakteristik geografi
 - c) Karakteristik sosial ekonomi
 - d) Sumber dan pelayanan kesehatan (Anderson & Mc Farlene 1988. Community as Client)
- 2) Perhitungan prosentase cakupan dengan menggunakan telly
- 3) Tabulasi data
- 4) Interpretasi data

3. Rangkuman

Asuhan keperawatan komunitas pada dasarnya menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah: pengkajian data, diagnosa keperawatan,

perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi hasil tindakan keperawatan yang dilaksanakan secara sistematis dan berkelanjutan.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choise

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kopetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen

F. Kegiatan Belajar 8

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan terapi tradisional di komunitas

2. Uraian Materi

Terapi Tradisional Di Komunitas

Dosen: Nurhadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

A. Definisi

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1076/MENKES/SK/VII/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional, pengobatan tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara, obat, dan pengobatnya yang mengacu kepada pengalaman, keterampilan turun temurun, dan/atau pendidikan/ pelatihan, dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat.

WHO mendefinisikan pengobatan tradisional sebagai jumlah total pengetahuan, keterampilan, dan praktek-praktek yang berdasarkan pada teori-teori, keyakinan, dan pengalaman masyarakat yang mempunyai adat budaya yang berbeda, baik dijelaskan atau tidak, digunakan dalam pemeliharaan kesehatan serta dalam pencegahan, diagnosa, perbaikan atau pengobatan penyakit secara fisik dan juga mental.

B. Tujuan Pengobatan Tradisional

Tujuan dari pelaksanaan pengobatan tradisional adalah:

1. Tujuan Umum

Meningkatnya pendayagunaan pengobatan tradisional baik secara tersendiri atau terpadu pada sistem pelayanan kesehatan paripurna, dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Dengan demikian pengobatan tradisional merupakan salah satu alternatif yang relatif lebih disenangi masyarakat. Oleh karenanya kalangan kesehatan berupaya mengenal dan jika dapat mengikut sertakan pengobatan tradisional tersebut.

2. Tujuan Khusus

- a. Meningkatnya mutu pelayanan pengobatan tradisional, sehingga masyarakat terhindar dari dampak negatif karena pengobatan tradisional.
- b. Meningkatnya kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan dengan upaya pengobatan tradisional.
- c. Terbinanya berbagai tenaga pengobatan tradisional dalam pelayanan

kesehatan.

- d. Terintegrasinya upaya pengobatan tradisional dalam program pelayanan kesehatan paripurna, mulai dari tingkat rumah tangga, puskesmas sampai pada tingkat rujukannya (Zulkifli, 2004).

C. Klasifikasi

Menteri Kesehatan (2003) membagi pengobat tradisional (Batra) menjadi beberapa jenis, yaitu:

1. Pengobat Tradisional Keterampilan.

Pengobat tradisional ketrampilan adalah seseorang yang melakukan pengobatan dan/atau perawatan tradisional berdasarkan ketrampilan fisik dengan menggunakan anggota gerak dan/atau alat bantu lain, antara lain:

- a. Battra pijat urut adalah seseorang yang melakukan pelayanan pengobatan dan/atau perawatan dengan cara mengurut/memijat bagian atau seluruh tubuh. Tujuannya untuk penyegaran relaksasi otot, hilangkan capai, juga untuk mengatasi gangguan kesehatan atau menyembuhkan suatu keluhan atau penyakit. Pemijatan ini dapat dilakukan dengan menggunakan jari tangan, telapak tangan, siku, lutut, tumit atau dibantu alat tertentu antara lain pijat yang dilakukan oleh dukun/tukang pijat, pijat tunanetra, dsb.
- b. Battra patah tulang adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dan/atau perawatan patah tulang dengan cara tradisional. Disebut dukun potong (Madura), sangkal putung (Jawa), sandro pauru (Sulawesi Selatan).
- c. Battra sunat adalah seseorang yang memberikan pelayanan sunat (sirkumsisi) secara tradisional. Battra sunat menggunakan istilah berbeda seperti bong supit (Yogya), bengkong (Jawa Barat). Asal ketrampilan umumnya diperoleh secara turun temurun.
- d. Battra dukun bayi adalah seseorang yang memberikan pertolongan persalinan ibu sekaligus memberikan perawatan kepada bayi dan ibu sesudah melahirkan selama 40 hari. Di Jawa Barat disebut paraji, dukun rembi (Madura), balian manak (Bali), sandro pammana (Sulawesi Selatan), sandro bersalin (Sulawesi Tengah), suhu batui di Aceh.
- e. Battra Pijat Refleksi adalah seseorang yang melakukan pelayanan pengobatan dengan cara pijat dengan jari tangan atau alat bantu lainnya pada zona-zona refleksi terutama pada telapak kaki dan/atau tangan.

- f. Akupresuris adalah seseorang yang melakukan pelayanan pengobatan dengan pemijatan pada titik-titik akupunktur dengan menggunakan ujung jari dan/atau alat bantu lainnya kecuali jarum.
- g. Akupunkturis adalah seseorang yang melakukan pelayanan pengobatan dengan perangsangan pada titik-titik akupunktur dengan cara menusukkan jarum dan sarana lain seperti elektro akupunktur.
- h. *Chiropractor* adalah seseorang yang melakukan pengobatan kiropraksi (*Chiropractie*) dengan cara teknik khusus untuk gangguan otot dan persendian.
- i. Battra lainnya yang metodenya sejenis.

2. Pengobat Tradisional Ramuan

Pengobat tradisional ramuan adalah seseorang yang melakukan pengobatan dan/atau perawatan tradisional dengan menggunakan obat/ramuan tradisional yang berasal dari tanaman (flora), fauna, bahan mineral, air, dan bahan alam lain, antara lain:

- a. Battra ramuan indonesia (jamu) adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dan/atau perawatan dengan menggunakan ramuan obat dari tumbuh-tumbuhan, hewan, mineral dan lainlain, baik diramu sendiri, maupun obat jadi tradisional Indonesia.
- b. Battra guruh adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dengan cara memberikan ramuan tetesan hidung, yang berasal dari larutan kulit pohon sengguguh dengan tujuan mengobati gangguan saluran pernafasan atas seperti pilek, sinusitis, dan lain-lain.
- c. *Shinshe* adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dan/atau perawatan dengan menggunakan ramuan obat-obatan tradisional Cina. Falsafah yang mendasari cara pengobatan ini adalah ajaran "*Tao (Taoisme)*" di mana dasar pemikirannya adalah adanya keseimbangan antara unsur *Yin* dan unsur *Yang*.
- d. Tabib adalah seseorang yang memberikan pelayanan pengobatan dengan ramuan obat tradisional yang berasal dari bahan alamiah yang biasanya dilakukan oleh orang-orang India atau Pakistan.
- e. *Homoeopath* adalah seseorang yang memiliki cara pengobatan dengan menggunakan obat/ramuan dengan dosis minimal (kecil) tetapi mempunyai potensi penyembuhan tinggi, dengan menggunakan pendekatan holistik

berdasarkan keseimbangan antara fisik, mental, jiwa dan emosi penderita.

f. *Aromatherapist* adalah seseorang yang memberikan perawatan dengan menggunakan rangsangan aroma yang dihasilkan oleh sari minyak murni (*essential oils*) yang didapat dari sari tumbuh-tumbuhan (ekstraksi dari bunga, buah, daun, biji, kulit, batang/ranting akar, getah) untuk menyeimbangkan fisik, pikiran dan perasaan.

g. Battra lainnya yang metodenya sejenis.

3. Pengobat Tradisional Pendekatan Agama

Pengobat tradisional pendekatan agama terdiri atas pengobat tradisional dengan pendekatan agama Islam, Kristen, Katolik, Hindu, atau Budha.

4. Pengobat Tradisional Supranatural

Pengobat tradisional supranatural terdiri atas pengobat tradisional tenaga dalam (prana), paranormal, *reiky master*, *qigong*, dukun kebatinan, dan pengobat tradisional lainnya yang metodenya sejenis.

3. Rangkuman

Terapi tradisional merupakan pengobatan dan/atau perawatan dengan cara, obat, dan pengobatannya yang mengacu kepada pengalaman, keterampilan turun temurun, dan/atau pendidikan/ pelatihan, dan diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku dalam masyarakat.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Tujuan Tugas: Mengidentifikasi Menjelaskan tentang Materi terkait

1. Uraian Tugas:

a. Obyek garapan: Makalah Ilmiah Judul pada TM yang dimaksud

b. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

✓ Membuat makalah tentang materi terkait pada masing-masing Materi yang disebutkan

✓ Membuat PPT

✓ Presentasi Makalah

c. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan/dikerjakan: Makalah Ilmiah pada sistem terkait

d. Metode Penulisan

Substansi

Halaman Judul

Daftar Isi

Bab 1 Pendahuluan

(1.1 Latar belakang, 1.2 Tujuan Penulisan)

Bab 2 Tinjauan Pustaka

(2.1 Dst...Berisikan Materi terkait)

Bab 3 Penutup

(3.1 Kesimpulan, 3.2 Saran)

Daftar Pustaka

G. Kegiatan Belajar 9

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan tentang Posyandu, Poskestren, Kader, Bidan desa, Perawat desa, dan Desa Siaga

2. Uraian Materi

Fasilitas Penunjang Puskesmas

Dosen: Nurhadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

A. KONSEP PERAWAT DESA

1. Definisi

Komunitas berarti sekelompok individu yang tinggal pada wilayah tertentu, memiliki nilai-nilai keyakinan dan minat yang relative sama, serta berinteraksi satu sama lain untuk mencapai tujuan. (Mubarak & Chayatin, 2009). Keperawatan komunitas merupakan suatu sintesis dari praktik keperawatan dan praktik kesehatan masyarakat yang diterapkan untuk meningkatkan serta memelihara kesehatan penduduk. Sasaran dari keperawatan kesehatan komunitas adalah individu yaitu balita gizi buruk, ibu hamil resiko tinggi, usia lanjut, penderita penyakit menular. Sasaran keluarga yaitu keluarga yang termasuk rentan terhadap masalah kesehatan dan prioritas. Sasaran kelompok khusus, komunitas baik yang sehat maupun sakit yang mempunyai masalah kesehatan atau perawatan (Ratih Dwi Ariani, 2015)

Berbagai definisi dari keperawatan kesehatan komunitas telah dikeluarkan oleh organisasi-organisasi profesional. Berdasarkan pernyataan dari American Nurses Association (2004) yang mendefinisikan keperawatan kesehatan komunitas sebagai tindakan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan dari populasi dengan mengintegrasikan ketrampilan dan pengetahuan yang sesuai dengan keperawatan dan kesehatan masyarakat. Praktik yang dilakukan komprehensif dan umum serta tidak terbatas pada kelompok tertentu, berkelanjutan dan tidak terbatas pada perawatan yang bersifat episodik. (Effendi & Makhfudli, 2010)

Keperawatan Komunitas adalah pelayanan keperawatan profesional yang ditujukan kepada masyarakat dengan pendekatan pada kelompok resiko tinggi dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam

perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan. Pelayanan Keperawatan Komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga dan kelompok yang beresiko tinggi seperti keluarga penduduk didaerah kumuh, daerah terisolasi dan daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita, lansia dan ibu hamil (Veronica, Nuraeni, & Supriyono, 2017).

Definisi keperawatan kesehatan komunitas menurut American Public Health Association (2004) yaitu sintesis dari ilmu kesehatan masyarakat dan teori keperawatan profesional yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan pada keseluruhan komunitas.

Menurut WHO (1974) keperawatan komunitas mencakup perawatan kesehatan keluarga (*nurse health family*) juga kesehatan dan kesejahteraan masyarakat luas, membantu masyarakat mengidentifikasi masalah kesehatannya sendiri, serta memecahkan masalah kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan yang ada pada mereka sebelum mereka meminta bantuan pada orang lain.

Perawat kesehatan komunitas merupakan praktik promotif dan proteksi kesehatan populasi menggunakan pengetahuan keperawatan, sosial dan ilmu kesehatan masyarakat (*American Public Health Association, 1996*). Praktik yang dilakukan berfokus pada populasi dengan tujuan utama promosi kesehatan dan mencegah penyakit serta kecacatan untuk semua orang melalui kondisi yang diciptakan dimana orang bisa menjadi sehat.

Perawat kesehatan komunitas bekerja untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, komunitas dan populasi melalui fungsi inti dari pengkajian, jaminan dan kebijakan pengembangan (IOM, 2003). Fungsi inti diaplikasikan dalam cara sistematis dan komprehensif. Proses pengkajian meliputi identifikasi kepedulian, kekuatan dan harapan populasi dan dipandu dengan metode epidemiologi. Jaminan diperoleh melalui regulasi, advokasi pada penyedia layanan kesehatan profesional lain untuk memenuhi kebutuhan layanan yang dikehendaki populasi, koordinasi pelayanan komunitas atau ketentuan langsung pelayanan.

2. Tujuan Keperawatan Komunitas

Tujuan keperawatan komunitas adalah untuk pencegahan dan peningkatan kesehatan masyarakat melalui upaya-upaya sebagai berikut:

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

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

1. Mengidentifikasi masalah kesehatan yang di alami
 2. Menetapkan masalah kesehatan dan memprioritaskan masalah tersebut
 3. Merumuskan serta memecahkan masalah kesehatan
 4. Menanggulangi masalah kesehatan yang mereka hadapi
 5. Mengevaluasi sejauh mana pemecahan masalah yang mereka hadapi , yang akhirnya dapat meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan secara mandiri (*self care*).
3. Sasaran Keperawatan Komunitas

Fokus utama kegiatan pelayanan keperawatan kesehatan komunitas adalah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan, membimbing dan mendidik individu, keluarga, kelompok, masyarakat untuk menanamkan pengertian, kebiasaan dan perilaku hidup sehat sehingga mampu memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya.

Sasaran Keperawatan Kesehatan Komunitas (Depkes, 2006)

1. Sasaran individu

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

2. Sasaran keluarga

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

- a. Keluarga miskin belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas dan jaringannya) dan belum mempunyai kartu sehat.
- b. Keluarga miskin sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan mempunyai masalah kesehatan terkait dengan pertumbuhan dan

perkembangan balita, kesehatan reproduksi, penyakit menular.

- c. Keluarga tidak termasuk miskin yang mempunyai masalah kesehatan prioritas serta belum memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan

3. Sasaran kelompok

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

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

4. Sasaran masyarakat Sasaran masyarakat adalah masyarakat yang rentan atau mempunyai risiko tinggi terhadap timbulnya masalah kesehatan, diprioritaskan pada a. Masyarakat di suatu wilayah (RT, RW, Kelurahan/Desa) yang mempunyai :

- a. Jumlah bayi meninggal lebih tinggi di bandingkan daerah lain
- b. Jumlah penderita penyakit tertentu lebih tinggi dibandingkan daerah lain
- c. Cakupan pelayanan kesehatan lebih rendah dari daerah lain
- d. Masyarakat di daerah endemis penyakit menular (malaria, diare, demam berdarah, dll)
- e. Masyarakat di lokasi/barak pengungsian, akibat bencana atau akibat lainnya

4. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas

Menurut Depkes (2006) Pelayanan keperawatan kesehatan komunitas dapat diberikan secara langsung pada semua tatanan pelayanan kesehatan , yaitu :

1. Di dalam unit pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dll) yang mempunyai pelayanan rawat jalan dan rawat nginap
2. Di rumah Perawat “*home care*” memberikan pelayanan secara langsung pada keluarga di rumah yang menderita penyakit akut maupun kronis. Peran home care dapat meningkatkan fungsi keluarga dalam merawat anggota keluarga

yang mempunyai resiko tinggi masalah kesehatan.

3. Di sekolah Perawat sekolah dapat melakukan perawatan sesaat (*day care*) diberbagai institusi pendidikan (TK, SD, SMP, SMA, dan Perguruan tinggi, guru dan karyawan). Perawat sekolah melaksanakan program screening kesehatan, mempertahankan kesehatan, dan pendidikan kesehatan
4. Di tempat kerja/industri Perawat dapat melakukan kegiatan perawatan langsung dengan kasus kesakitan/kecelakaan minimal di tempat kerja/kantor, home industri/ industri, pabrik dll. Melakukan pendidikan kesehatan untuk keamanan dan keselamatan kerja, nutrisi seimbang, penurunan stress, olah raga dan penanganan perokok serta pengawasan makanan.
5. Di barak-barak penampungan Perawat memberikan tindakan perawatan langsung terhadap kasus akut, penyakit kronis, dan kecacatan fisik ganda, dan mental.
6. Dalam kegiatan Puskesmas keliling Pelayanan keperawatan dalam puskesmas keliling diberikan kepada individu, kelompok masyarakat di pedesan, kelompok terlantar. Pelayanan keperawatan yang dilakukan adalah pengobatan sederhana, screening kesehatan, perawatan kasus penyakit akut dan kronis, pengelolaan dan rujukan kasus penyakit.
7. Di Panti atau kelompok khusus lain, seperti panti asuhan anak, panti wreda, dan panti sosial lainnya serta rumah tahanan (rutan) atau lembaga pemasyarakatan (Lapas).
8. Pelayanan pada kelompok kelompok resiko tinggi
 - a. Pelayanan perawatan pada kelompok wanita, anak-anak, lansia mendapat perlakuan kekerasan
 - b. Pelayanan keperawatan di pusat pelayanan kesehatan jiwa
 - c. Pelayanan keperawatan dipusat pelayanan penyalahgunaan obat
 - d. Pelayanan keperawatan ditempat penampungan kelompok lansia, gelandangan pemulung/pengemis, kelompok penderita HIV (ODHA/Orang Dengan Hiv-Aids), dan WTS

Fokus utama kegiatan pelayanan keperawatan kesehatan komunitas adalah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan, membimbing dan mendidik individu, keluarga, kelompok, masyarakat untuk menanamkan pengertian, kebiasaan dan perilaku hidup sehat sehingga mampu memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya.

B. Konsep Dasar Posyandu

1. Pengertian Posyandu

Posyandu adalah kegiatan kesehatan dasar yang diselenggarakan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibantu oleh petugas kesehatan disuatu wilayah kerja Puskesmas, dimana program ini dapat dilaksanakan di balai dusun, balai kelurahan, maupun tempat-tempat lain yang mudah didatangi oleh masyarakat. Posyandu merupakan langkah yang cukup strategis dalam rangka pengembangan kualitas sumber daya manusia bangsa Indonesia agar dapat membangun dan menolong dirinya sendiri, sehingga perlu ditingkatkan pembinaannya. Peningkatan pembinaan posyandu sebagai pelayanan KB dan kesehatan yang dikelola untuk dan oleh masyarakat dengan dukungan pelayanan teknis dari petugas perlu tumbuh kembangkan perlu serta aktif (Sulistiyorini, 2010).

Posyandu adalah suatu wadah komunikasi alih teknologi dalam pelayanan kesehatan masyarakat dari masyarakat dan untuk masyarakat dengan dukungan pelayanan serta pembinaan teknis dari petugas kesehatan yang mempunyai nilai strategis untuk pengembangan sumber daya manusia sejak dini dalam rangka pembinaan kelangsungan hidup anak (Child Survival) yang ditujukan untuk menjaga kelangsungan hidup anak sejak janin dalam kandungan ibu sampai usia balita, dan pembinaan perkembangan anak (Child Development) yang ditunjukkan untuk membina tumbuh kembang anak secara sempurna, baik fisik maupun mental sehingga siap menjadi tenaga kerja tangguh. Sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat hidup sehat (Ekasari, 2008).

2. Tujuan Pokok Posyandu

Tujuan pokok dari pelayanan terpadu adalah mempercepat penurunan angka kematian ibu (ibu hamil, melahirkan, dan ibu nifas) dan anak, meningkatkan pelayanan kesehatan ibu, mempercepat penerimaan NKKBS (Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera) atau membudayakan NKKBS, meningkatkan peran serta dan kemampuan masyarakat untuk mengembangkan kegiatan kesehatan dan KB serta kegiatan-kegiatan lain yang menunjang peningkatan kemampuan hidup sehat sejahtera serta pendekatan dan pemerataan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dalam usaha meningkatkan cakupan pelayanan kesehatan kepada penduduk berdasarkan letak geografis, berfungsi

sebagai wahana gerakan reproduksi keluarga sejahtera, gerakan ketahanan keluarga dan gerakan ekonomi keluarga sejahtera.

3. Manfaat Posyandu

Manfaat Posyandu pada umumnya yaitu bagi masyarakat dapat memperoleh kemudahan untuk mendapatkan informasi dan pelayanan kesehatan bagi anak balita dan ibu, pertumbuhan anak balita terpantau sehingga tidak menderita gizi kurang atau gizi buruk. Bayi dan anak balita mendapatkan kapsul vitamin A, bayi memperoleh imunisasi lengkap, ibu hamil juga akan terpantau berat badanya dan memperoleh tablet tambah darah serta imunisasi TT, ibu nifas memperoleh kapsul vitamin A dan tablet tambah darah serta memperoleh penyuluhan kesehatan yang berkaitan tentang kesehatan ibu dan anak. Bagi Kader yaitu mendapatkan berbagai informasi kesehatan lebih dahulu dan lebih lengkap. Ikut berperan secara nyata dalam tubuh kembang anak balita dan kesehatan ibu. Citra diri meningkat di mata masyarakat sebagai orang yang terpercaya dalam bidang kesehatan menjadi panutan karena telah menjadi demi pertumbuhan anak dan kesehatan ibu (Sulistiyorini,2010)

4. Sasaran Posyandu

Sasaran dalam pelayanan posyandu antara lain: (Menurut Ambarwati, 2009). yaitu sebagai berikut (a) Bayi berusia kurang dari 1 tahun (b) Anak balita usia 1 – 5 tahun (c) Ibu Hamil (d) Ibu Menyusui (e) Ibu Nifas (f) Wanita usia subur.

5. Pembentukan Posyandu

Menurut Mubarak (2009) Posyandu bentuk dari beberapa pos yaitu sebagai berikut : (a) Pos Penimbangan Balita (b) Pos Imunisasi (c) Pos Keluarga Berencana (d) Pos Kesehatan.

6. Kegiatan Posyandu

a. Lima kegiatan posyandu (pancakrida posyandu) yaitu : (1) Kesehatan Ibu dan Anak (2) Keluarga Berencana (3) Peningkatan Gizi (4) Penanggulangan Diare (5) Imunisasi.

b. Tujuh kegiatan posyandu (saptakrida posyandu) yaitu : (1) Kesehatan Ibu dan Anak (2) Keluarga Berencana (3) Imunisasi (4) Peningkatan Gizi (5) Penanggulangan Diare (6) Sanitasi Dasar (7) Penyediaan obat esensial (8) Pembentukan Posyandu (R.Fallen dan R.Budi Dwi K,2010)

7. Syarat Posyandu

Syarat dalam mendirikan posyandu menurut (Mubarok,2009) diantaranya adalah :

- a. Posyandu bisa didirikan di kelurahan/ Desa atau RW, Dusun atau RT jika diperlukan dan dimungkinkan
 - b. Penduduk RW setempat dengan kriteria paling sedikit terdapat 100 orang balita
 - c. Terdiri atas 120 kepala keluarga
 - d. Disesuaikan dengan kemampuan petugas (bidan desa)
 - e. Jarak antara kelompok rumah
 - f. Jumlah KK dalam satu tempat atau kelompok tidak terlalu jauh.
8. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan yang dijalankan Posyandu Menurut Mubarak (2009) yang terdapat dalam posyandu.

- a. Pemeliharaan kesehatan bayi dan balita
 - b. Penimbangan bulanan Penimbangan untuk memantau pertumbuhan anak, perhatian harus diberikan secara khusus terhadap anak yang selama 3 kali penimbangan pertumbuhan tidak meningkat sesuai umurnya (kenaikan berat badan kurang dari 200 gram/bulan) dan anak yang kurva berat badanya berada dibawah garis merah KMS (Ekasari, 2008).
 - c. Pemberian makanan tambahan bagi yang berat badannya kurang
 - d. Imunisasi bayi 3-14 bulan Imunisasi adalah suatu upaya untuk menimbulkan/meningkatkan kekebalan seseorang secara aktif terhadap suatu penyakit, sehingga bila suatu saat terpapar dengan penyakit tersebut tidak akan sakit atau hanya mengalami sakit ringan.
 - e. Pemberian oralit untuk menanggulangi diare, Pengobatan penyakit sebagai pertolongan pertama
 - f. Deteksi dini tumbuh kembang dan identifikasi penyakit Pertumbuhan (growth) berkaitan dengan masalah perubahan dalam ukuran fisik seseorang. Perkembangan (development) berkaitan dengan pematangan dan penambahan kemampuan (skill) fungsi organ atau individu.
9. Sistem Lima Meja

Kegiatan masing-masing meja sebagai berikut: (Sulistiyorini,2010).

- a. Meja I. Pendaftaran balita

Balita didaftar dalam formulir pencacatan balita dengan menyertakan KMS atau Buku KIA.

b. Meja II. Penimbangan anak dan balita

Hasil penimbangan berat anak dicatat pada kertas terselip di KMS.

c. Meja III. Buka KMS balita yang bersangkutan

Pindahkan hasil penimbangan anak dari kertas ke KMSnya

d. Meja IV. Pemberian PMT dan Penyuluhan/Konseling Penyuluhan untuk semua orang tua balita, serta pemberian PMT posyandu.

e. Meja V. Pelayanan Kesehatan

Kegiatan di meja lima adalah kegiatan pelayanan kesehatan dan pelayanan KB, imunisasi serta pojok oralit. Kegiatan ini dipimpin dan dilaksanakan oleh petugas dari puskesmas Menurut Ambarwati (2009) indikator pelayanan di posyandu atau di Pos Penimbangan Balita menggunakan indikator-indikator SKDN dimana: 1. S adalah jumlah seluruh balita yang ada dalam wilayah Posyandu. 2. K adalah jumlah balita yang mempunyai KMS (Kartu Menuju Sehat). 3. D adalah jumlah balita yang datang di posyandu dan menimbang berat badannya. 4. N adalah jumlah balita yang ditimbang berat badannya mengalami peningkatan berat badan dibanding bulan sebelumnya.

C. Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren)

1. Pengertian Poskestren

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2013) Poskestren merupakan salah satu Unit Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM) di lingkungan pondok pesantren, dengan prinsip dari, oleh dan warga pondok pesantren yang mengutamakan pelayanan promotif (peningkatan) dan preventif (pencegahan) tanpa mengabaikan aspek kuratif (pengobatan) dan rehabilitatif (pemulihan kesehatan) dengan binaan Puskesmas setempat.

2. Tujuan Poskestren

Tujuan umum: mewujudkan kemandirian warga pondok pesantren dan masyarakat sekitar dalam berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

Tujuan Khusus :

1. Meningkatkan pengetahuan warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya tentang kesehatan.
2. Meningkatkan sikap dan PHBS bagi warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya.

3. Meningkatkan peran serta aktif warga pondok pesantren dan warga masyarakat sekitarnya dalam penyelenggaraan upaya kesehatan.
 4. Memenuhi pelayanan kesehatan dasar bagi warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya (Kemenkes RI, 2013).
3. Fungsi Poskestren
1. Sebagai wadah pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan, dalam ali informasi, pengetahuan dan ketrampilan, dari petugas kepada warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya, dan antar sesama pondok pesantren dalam rangka meningkatkan perilaku hidup sehat.
 2. Sebagai wadah untuk mendekatkan pelayanan kesehatan dasar kepada warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya.
 3. Sebagai wadah pembelajaran tentang nilai dan ajaran agama islam dalam menghadapi permasalahan kesehatan (Kemenkes RI, 2013).
4. Manfaat Poskestren
- Manfaat poskestren menurut Kemenkes RI (2013) antara lain:
1. Bagi pondok pesantren
 - a. Tersedianya layanan dan akses kesehatan dasar.
 - b. Penyebaran informasi kesehatan.
 - c. Pengembangan dan perluasan kerja sama pondok pesantren dengan instansi terkait.
 - d. Terpeliharanya sarana sanitasi lingkungan.
 2. Bagi warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya .
 - a. Memperoleh kemudahan untuk mendapatkan informasi, pengetahuan dan pelayanan kesehatan dasar.
 - b. Memperoleh bantuan secara profesional dalam pemecahan masalah kesehatan.
 - c. Mendapat informasi awal tentang kesehatan.
 - d. Mewujudkan kondisi kesehatan yang lebih baik bagi warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya.
 3. Bagi kader poskestren
 - a. Mendapatkan informasi lebih awal tentang kesehatan.
 - b. Mencapai aktualisasi dirinya untuk membantu warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang ada di lingkungannya.

4. Bagi Puskesmas
 - a. Dapat mengoptimalkan fungsi puskesmas sebagai pusat penggerak pembangun berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat, pusat pelayanan kesehatan strata pertama.
 - b. Dapat memfasilitasi warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya dalam pemecahan masalah kesehatan sesuai kondisi setempat.
 - c. Meningkatkan efisiensi waktu, tenaga dan dana melalui pemberian pelayanan kesehatan secara terpadu.
 5. Bagi sektor lain.
 - a. Memfasilitasi warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya dalam pemecahan masalah sektor terkait
 - b. Meningkatkan efisiensi melalui pemberian pelayanan secara terpadu sesuai dengan tugas pokok dan fungsi masing-masing sektor.
5. Pengorganisasian
1. Kedudukan dan hubungan kerja
 - a. Terhadap pondok pesantren: secara teknis operasional, poskestren di koordinasi oleh pengelola pondok pesantren, Kementerian Agama dan instansi terkait.
 - b. Terhadap puskesmas: secara teknis medis, poskestren dibina oleh puskesmas
 2. Pengelola Poskestren

Di tetapkan melalui musyawarah warga pondok pesantren pada saat pembentukan Poskestren. Struktur organisasi minimal terdiri dari:

 - a. Ketua
 - b. Sekretaris
 - c. Bendahara
 - d. Kader poskestren yang merangkap sebagai anggota.

Pengelola poskestren dipilih dari dan oleh warga pondok pesantren dan masyarakat sekitarnya pada saat musyawarah pembentuksn Poskestren. Kriteria pengelola Poskestren antara lain sebagai berikut:

 - a. Diutamakan berasal dari warga pondok pesantren dan tokoh masyarakat setempat.
 - b. Memiliki semangat pengabdian berinisiatif tinggi dan mampu memotivasi masyarakat.

c. Bersedia bekerja secara sukarela bersama masyarakat.

D. Konsep Dasar Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

1. Pengertian Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Desa Siaga adalah desa yang memiliki kesiapan sumberdaya dan kemampuan untuk mencegah dan mengatasi masalah-masalah kesehatan, terutama bencana dan kegawatdaruratan kesehatan secara mandiri (Kemenkes RI, 2010).

Menurut Kemenkes RI, 2011, Desa Siaga Aktif merupakan pengembangan dari Desa Siaga, yaitu Desa atau Kelurahan yang :

1. Penduduk nya dapat mengakses dengan mudah pelayanan kesehatan dasar yang memberikan pelayanan setiap hari melalui Pos Kesehatan Desa atau sarana kesehatan yang ada di wilayah tersebut seperti, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) atau sarana kesehatan lainnya.
2. Memilki Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM) yang melaksanakan upaya survailans berbasis masyarakat (pemantauan penyakit, kesehatan ibu dan anak, gizi, lingkungan, dan perilaku), penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, serta penyehatan lingkungan.

2. Komponen Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Desa atau Kelurahan Siaga Aktif memiliki komponen :

- a. Pelayanan kesehatan dasar.
- b. Pemberdayaan masyarakat melalui pengembangan UKBM dan mendorong upaya
- c. Survailans berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan.
- d. Perilaku Hidup Sehat dan Bersih.

3. Tujuan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Tujuan Umum: Percepatan terwujudnya masyarakat desa dan kelurahan yang peduli, tanggap, dan mampu mengenali, mencegah serta mengatasi permasalahan kesehatan yang dihadapi secara mandiri, sehingga derajat kesehatannya meningkat.

Tujuan Khusus :

1. Mengembangkan kebijakan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif di setiap tingkat Pemerintahan Desa atau Kelurahan.
2. Meningkatkan komitmen dan kerjasama semua pemangku kepentingan di

Desa dan Kelurahan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

3. Meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dasar di desa dan kelurahan.
 4. Mengembangkan UKBM dan melaksanakan penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, surveilans berbasis masyarakat (meliputi pemantauan penyakit, kesehatan ibu, pertumbuhan anak, lingkungan, dan perilaku), serta penyehatan lingkungan.
 5. Meningkatkan ketersediaan sumber daya manusia, dana, maupun sumber daya lain, yang berasal dari pemerintah, masyarakat dan swasta/dunia usaha, untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 6. Meningkatkan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga.
4. Manfaat Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Bagi Masyarakat :

1. Mudah mendapat pelayanan kesehatan dasar.
2. Peduli, tanggap dan mampu mengenali, mencegah dan mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.
3. Tinggal di lingkungan yang sehat.
4. Mampu mempraktikkan PHBS.

Bagi Tokoh Masyarakat/Organisasi Kemasyarakatan :

1. Membantu secara langsung terhadap upaya pemberdayaan dan penggerakan masyarakat di bidang kesehatan.
2. Meningkatkan kepercayaan masyarakat dan citra terhadap figur tokoh masyarakat/ organisasi kemasyarakatan.
3. Membantu meningkatkan status kesehatan masyarakat.

Bagi Kepala Desa/Kelurahan :

1. Optimalisasi kinerja Kepala Desa/Lurah.
 2. Meningkatkan status kesehatan masyarakat.
 3. Optimalisasi fungsi fasilitas kesehatan yang ada di wilayah kerjanya sebagai tempat pemberdayaan masyarakat dan pelayanan kesehatan dasar.
 4. Efisiensi dalam menggerakkan dan menumbuhkan kesadaran masyarakat untuk berperilaku hidup bersih dan sehat.
 5. Meningkatkan citra diri sebagai kepala pemerintahan Desa/Kelurahan yang aktif mendukung dan mewujudkan kesehatan masyarakat.
5. Kriteria Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Kriteria Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, yaitu :

1. Kepedulian Pemerintahan Desa atau Kelurahan dan pemuka masyarakat terhadap Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang tercermin dari keberadaan dan keaktifan Forum Desa dan Kelurahan.
2. Keberadaan Kader Pemberdayaan Masyarakat/Kader Kesehatan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
3. Keberadaan UKBM dan melaksanakan (a) penanggulangan bencana dan kedaruratan kesehatan, (b) survailans berbasis masyarakat, (c) penyehatan lingkungan.
4. Tercakupnya pendanaan untuk pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif dalam Anggaran Pembangunan Desa atau Kelurahan serta dari masyarakat dan dunia usaha.
5. Peran serta aktif masyarakat dan organisasi kemasyarakatan dalam kegiatan kesehatan di Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
6. Peraturan di tingkat desa atau kelurahan yang melandasi dan mengatur tentang pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
7. Pembinaan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Rumah Tangga.

6. Pentahapan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Atas dasar kriteria Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang telah ditetapkan, maka pentahapan dalam pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, yaitu :

1. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif Pratama
 2. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif Madya
 3. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif Purnama
 4. Desa atau Kelurahan Siaga Aktif Mandiri
7. Penyelenggaraan Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Kepala Desa/Lurah dan Perangkat Desa Kelurahan bersama Badan Permusyawaratan Desa (BPD), serta lembaga kemasyarakatan yang ada harus mendukung penyelenggaraan pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif, melalui langkah-langkah sebagai berikut :

1. Pengenalan Kondisi Desa atau Kelurahan

Pengenalan kondisi desa atau kelurahan oleh Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM), lembaga kemasyarakatan, dan Perangkat Desa atau Kelurahan dilakukan dengan mengkaji data Profil Desa atau Profil Kelurahan dan hasil analisis situasi perkembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

yang menggambarkan kriteria Desa dan Kelurahan Siaga Aktif yang sudah dapat dan belum dapat dipenuhi oleh desa atau kelurahan yang bersangkutan.

2. Identifikasi Masalah Kesehatan dan PHBS

Dengan mengkaji Profil/Monografi Desa atau Kelurahan dan hasil analisis situasi kesehatan melalui Survei Mawas Diri (SMD). SMD merupakan pengumpulan data oleh kader, tokoh masyarakat, anggota Forum Desa yang terlatih dengan menggunakan daftar pertanyaan yang sudah disepakati kader dan Forum Desa. Melalui SMD dapat diidentifikasi :

- a. Masalah kesehatan dan urutan prioritasnya.
- b. Hal-hal yang menyebabkan terjadinya masalah kesehatan.
- c. Potensi yang dimiliki desa/kelurahan.
- d. UKBM yang ada, yang harus diaktifkan kembali dan yang dibentuk baru.
- e. Bantuan/dukungan yang diharapkan.

3. Musyawarah Desa dan Kelurahan

- a. Musyawarah Desa/Kelurahan dapat dilakukan secara berjenjang dengan terlebih dulu menyelenggarakan Musyawarah Dusun atau Rukun Warga.
- b. Musyawarah Desa/Kelurahan bertujuan :
 - 1) Menyosialisasikan tentang adanya masalah kesehatan dan program pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.
 - 2) Kesepakatan tentang urutan prioritas masalah.
 - 3) Kesepakatan tentang UKBM yang hendak dibentuk baru atau diaktifkan kembali.
 - 4) Memantapkan data potensi desa atau potensi kelurahan.
 - 5) Menggalang semangat dan partisipasi warga desa atau kelurahan untuk mendukung pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif.

4. Perencanaan Partisipatif

- a. KPM dan lembaga kemasyarakatan mengadakan pertemuan guna menyusun rencana pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif untuk dimasukkan ke dalam Rencana Pembangunan Desa/Kelurahan.
- b. Rencana pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif mencakup :
 1. UKBM yang akan dibentuk baru atau diaktifkan kembali.
 - 2) Sarana yang akan dibangun baru atau direhabilitasi (misalnya Poskesdes, Polindes, Sarana Air Bersih, Jamban Keluarga, dan lain-lain).

3) Kegiatan-kegiatan yang akan dilaksanakan dan biaya operasionalnya.

Hal-hal yang dapat dilaksanakan dengan swadaya masyarakat dan atau bantuan, disatukan dalam dokumen tersendiri. Sedangkan hal-hal yang memerlukan dukungan Pemerintah dimasukkan ke dalam dokumen Musrenbang Desa atau Kelurahan untuk diteruskan ke Musrenbang Kecamatan dan Kabupaten/Kota.

5. Pelaksanaan Kegiatan

- a. Kader Pemberdayaan Masyarakat (KPM), Kader Kesehatan dan lembaga kemasyarakatan memulai kegiatan dengan membentuk UKBM- UKBM yang diperlukan, menetapkan kader-kader pelaksananya, melaksanakan kegiatan-kegiatan swadaya atau yang sudah diperoleh dananya dari donatur.
- b. Kegiatan tersebut dilaksanakan secara teratur swakelola oleh masyarakat dengan didampingi Perangkat Pemerintahan serta dibantu oleh para KPM dan Fasilitator. Jika dibutuhkan dapat difasilitasi oleh Puskesmas dan Dinas Kesehatan setempat.
- c. Pencatatan dan pelaporan kegiatan.

6. Pembinaan Kelestarian

Pembinaan kelestarian Desa/Kelurahan Siaga Aktif pada dasarnya merupakan tugas dari KPM/kader kesehatan, Kepala Desa/Lurah, Perangkat Desa/Kelurahan dengan dukungan dari berbagai pihak, utamanya pemerintah daerah dan Pemerintah.

8. Kegiatan dalam Pengembangan Desa dan Kelurahan Siaga Aktif

Sesuai dengan komponen Desa dan Kelurahan Siaga Aktif maka kegiatan yang perlu dilakukan adalah: pelayanan kesehatan dasar, pemberdayaan masyarakat melalui UKBM, dan PHBS.

1. Pelayanan Kesehatan Dasar

Pelayanan kesehatan dasar adalah pelayanan primer, sesuai dengan kewenangan tenaga kesehatan yang bertugas.

Pelayanan kesehatan dasar berupa:

- a. Pelayanan Kesehatan untuk Ibu Hamil, meliputi:

Pemeriksaan kehamilan dengan menggunakan Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil yang kurang gizi, pemberian Tablet Tambah Darah, promosi gizi dan kesehatan

reproduksi, penyediaan rumah tunggu (transit), kendaraan yang dapat digunakan untuk membawa pasien dari desa ke Puskesmas dan atau rumah sakit, calon yang bersedia menjadi donor darah, bantuan dana untuk persalinan, dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan.

b. Pelayanan Kesehatan untuk Ibu Menyusui, meliputi:

Pemberian Kapsul Vitamin A, makanan tambahan, Tablet Tambah Darah, pelayanan dan perawatan ibu nifas, promosi makanan bergizi selama menyusui, pemberian ASI Eksklusif, perawatan bayi baru lahir, dan pelayanan Keluarga Berencana (KB).

c. Pelayanan Kesehatan untuk Anak, meliputi:

Penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi anak di Bawah Usia Lima Tahun (Balita), Pemberian Makanan Pendamping Air Susu Ibu (MP-ASI), Kapsul Vitamin A, pemberian makanan tambahan anak dengan berat Bawah Garis Merah (BGM) pada Kartu Menuju Sehat (KMS), pemantauan tanda-tanda lumpuh layuh, kejadian diare dan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA), Pneumonia, serta pelayanan rujukan bila diperlukan, pemberian imunisasi, pelayanan kesehatan anak usia sekolah tingkat dasar, pelayanan penemuan dan penanganan penderita penyakit, yang meliputi: penemuan secara dini, penyediaan obat, pengobatan penyakit, rujukan penderita ke sarana kesehatan yang lebih kompeten.

d. Pelayanan Surveilans (Pengamatan Penyakit), berupa:

Pengamatan dan pemantauan penyakit melalui gejala dan tanda serta keadaan yang dapat menimbulkan masalah kesehatan masyarakat, pelaporan secara cepat (kurang dari 24 jam) hasil pemantauan dan pengamatan penyakit kepada petugas dan penanggulangan sederhana penyakit dan masalah kesehatan, pelaporan kematian.

2. Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat (UKBM)

Pemberdayaan masyarakat terus diupayakan melalui UKBM, yang ada di desa dan kelurahan. UKBM adalah upaya kesehatan yang direncanakan, dibentuk, dikelola dari, oleh dan untuk masyarakat dalam upaya mengatasi permasalahan kesehatan daerahnya. Kegiatan difokuskan kepada upaya surveilans berbasis masyarakat, kedaruratan kesehatan, dan penanggulangan bencana, serta penyehatan lingkungan.

3. Rangkuman

Fasilitas penunjang puskesmas terdiri dari perawat desa, bidan desa, posyandu, poskestren, kader, dan juga beberapa hal yang menjadi indikator dari desa siaga.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Tujuan Tugas: Mengidentifikasi Menjelaskan tentang Materi terkait

1. Uraian Tugas:

- a. Obyek garapan: Makalah Ilmiah Judul pada TM yang dimaksud
- b. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:
 - ✓ Membuat makalah tentang materi terkait pada masing-masing Materi yang disebutkan
 - ✓ Membuat PPT
 - ✓ Presentasi Makalah
- c. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan/dikerjakan: Makalah Ilmiah pada sistem terkait
- d. Metode Penulisan
 - Substansi
 - Halaman Judul
 - Daftar Isi
 - Bab 1 Pendahuluan
 - (1.1 Latar belakang, 1.2 Tujuan Penulisan)
 - Bab 2 Tinjauan Pustaka
 - (2.1 Dst...Berisikan Materi terkait)
 - Bab 3 Penutup
 - (3.1 Kesimpulan, 3.2 Saran)
 - Daftar Pustaka

H. Kegiatan Belajar 10-13

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan program-program kesehatan/ kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia.

2. Uraian Materi

PROGRAM-PROGRAM KESEHATAN/ KEBIJAKAN DALAM MENANGGULANGI MASALAH KESEHATAN UTAMA DI INDONESIA

Dosen: Nurhadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

A. Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia

1. Pengertian Sistem Pelayanan Kesehatan

Menurut Marciariello ada dua bentuk sistem yang berlaku yakni sistem formal dan sistem informal. Sistem Formal adalah sistem yang memungkinkan pendelegasian otoritas dimana sistem formal memprjelas struktur, kebijakan dan prosedur yang harus diikuti oleh anggota organisasi. Sistem Infomal adalah sistem yang lebih berdimensi hubungan antar pribadi yang tidak ditunjukkan dalam struktur formal. Biasanya dalam organisasi ada dimensi informal seperti itu.

2. Sejarah Perkembangan Sistem Pelayanan Kesehatan

Perkembangan pelayanan kesehatan masyarakat di Indonesia tidak terlepas dari sejarah kehidupan bangsa. Setelah Indonesia merdeka pelayanan kesehatan masyarakat dikembangkan sejalan dengan tanggung jawab Pemerintah “ Melindungi masyarakat Indonesia dari gangguan kesehatan. Kesehatan adalah hak asasi manusia yang tercantum dalam UUD 1945, beberapa catatan penting dibawah ini baik sebelum maupun sesudah Indonesia merdeka dapat dijadikan tonggak sejarah perkembangan program kesehatan masyarakat Indonesia.

1. Tahun 1924 pengembangan program pendidikan kesehatan masyarakat mulai dirintis untuk peningkatan sanitasi lingkungan di wilayah pedesaan.
2. Tahun 1952 pengembangan balai ibu dan anak mulai dirintis didirikannya Direktorat KIA dilingkungan kementerian RI
3. Tahun 1956 proyek UKS mulai diperkenalkan di wilayah Jakarta
4. Tahun 1959 program pemberantasan penyakit malaria dimulai dengan adanya bantuan WHO
5. Tahun 1960 UU pokok kesehatan dirumuskan

6. Tahun 1969 – 1971 rencana pembangunan lima tahunan (Repelita) Indonesia mulai dibahas Depkes dengan menata kembali strategi pembangunan kesehatan jangka panjang melalui :
 - a. Rakernas 1 Dilaksanakan untuk merumuskan rencana pembangunan kesehatan jangka panjang sebagai repelita awal 1
 - b. Konsep Pusat kesehatan masyarakat (Puskesmas) mulai diperkenalkan

3. Komponen Sistem Pelayanan Kesehatan

1. Primer, pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan keluarga, kelompok, dan masyarakat. Merupakan tanggung-jawab Dinkes Kabupaten/ Kota yg pelaksanaan operasionalnya dpt didele-gasikan kpd Puskesmas. Masyarakat termasuk swasta dpt menyeleng-garakan pelayanan kesehatan sesuai peraturan yg berlaku dan berkerjasama dgn pemerintah. Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat primer ditanggung oleh pemerintah bersama masyarakat, termasuk swasta.
2. Sekunder, menerima rujukan kesehatan dari pe-layanan kesehatan masyarakat primer & mem-berikan fasilitasi dlm bentuk sarana, teknologi, & sumber daya manusia kesehatan serta didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

Merupakan tanggung-jawab Dinkes Kabupaten/ Kota dan atau Provinsi sbg fungsi teknisnya, yakni melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat yg tidak sanggup/tidak memadai dilakukan pada pelayanan kesehatan masyarakat primer.

Fasilitas pelayanan kesehatan milik swasta hrs mempunyai izin sesuai peraturan yang berlaku serta bekerjasama dgn unit kerja Pemda, seperti laboratorium kesehatan, Balai Teknik Kesehatan Lingkungan, Balai Pengamanan Fasilitas Kesehatan, dll.

3. Tersier, menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sumber daya manusia kesehatan, dan rujukan operasional.

Merupakan tanggung-jawab Dinkes Provinsi dan Kemkes yg didukung dgn kerja sama lintas sektor. Institut pelayanan kesehatan masyarakat tertentu scr nasional dapat dikembangkan untuk menampung kebutuhan.

Pelaksananya adalah Dinkes Provinsi, Unit kerja terkait di tingkat Provinsi, Kemkes, & Unit kerja terkait di tingkat nasional.

4. Faktor- Faktor Yang Mempengaruhi Sistem Pelayanan Kesehatan

1. Pergeseran Masyarakat dan konsumen

Hal ini sebagai akibat dari peningkatan pengetahuan dan kesadaran konsumen terhadap peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan upaya pengobatan. Sebagai masyarakat yang memiliki pengetahuan tentang masalah kesehatan yang meningkat, maka mereka mempunyai kesadaran yang lebih besar yang berdampak pada gaya hidup terhadap kesehatan. Akibat nya kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan meningkat.

2. Ilmu Pengetahuan dan Teknologi baru

Pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi i sisi lain dapat meningkatkan pelayanan kesehatan karena adanya peralatan kedokteran yang lebih canggih dan memadai walau disisi yang lain juga berdampak pada beberapa hal seperti, meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, melambungnya biaya kesehatan dan dibutuhkannya tenaga profesional akibat pengetahuan dan peralatan yang lebih modern

3. Issu Legal dan Etik

Sebagai masyarakat yang sadar terhadap hak nya untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan pengobatan, isu etik dan hukum semakin meningkat ketika mereka menerima pelayanan kesehatan. Pemberian pelayanan kesehatan yang kurang memadai dan kurang manusiawi maka persoalan hukum kerap akan membayangi nya.

4. Ekonomi

Pelayanan kesehatan yang sesuai dengan harapan barangkali hanya dapat dirasakan oleh orang-orang tertentu yang mempunyai kemampuan untuk memperoleh fasilitas pelayanan kesehatan yang dibutuhkan, namun bagi klien dengan status ekonomi rendah tidak akan imampu mendapatkan pelayanan kesehatan yang paripurna karena tidak dapat menjangkau biaya pelayanan kesehatan.

5. Politik

Kebijakan Pemerintah dalam sistem pelayanan kesehatan akan berpengaruh kepada kebijakan tentang bagaimana pelayanan kesehatan yang diberikan dan siapa yang menanggung biaya pelayanan kesehatan.

5. Pelayanan Kesehatan

Tingkat pelayanan kesehatan merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat. Melalui tingkat pelayanan kesehatan akan dapat diketahui kebutuhan dasar manusia tentang kesehatan. Diantara pelayanan kesehatan dalam sistem pelayanan kesehatan adalah sebagai berikut:

1. Health promotion

Tingkat pelayanan kesehatan ini merupakan tingkat pertama dalam memberikan pelayanan melalui peningkatan kesehatan. Pelaksanaan ini bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan agar masyarakat atau sasarnya tidak terjadi gangguan kesehatan.

2. Specific protection (Perlindungan khusus)

Perlindungan khusus ini dilakukan dalam melindungi masyarakat dari bahaya yang akan menyebabkan penurunan status kesehatan, atau bentuk perlindungan terhadap penyakit-penyakit tertentu, ancaman kesehatan, yang termasuk dalam tingkat pelayanan kesehatan ini adalah pemberian imunisasi yang digunakan untuk perlindungan pada penyakit tertentu seperti imunisasi BCG, DPT, Hepatirtis, campak, dan lain-lain.

3. Early diagnosis and prompt treatment (diagnosis dini dan pengobatan segera)

Tingkat pelayanan kesehatan ini sudah masuk kedalam tingkat dimulainya atau timbulnya gejala dari suatu penyakit. Tingkat pelayanan ini dilaksanakan dalam mencegah meluasnya penyakit yang lebih lanjut serta dampak dari timbulnya penyakit sehingga tidak terjadi penyebaran. Bentuk tingkat pelayanan kesehatan ini dapat berupa kegiatan dalam rangka survey pencarian kasus baik secara individu maupun masyarakat, survey penyaringan kasus serta pencegahan terhadap meluasnya kasus.

4. Disability limitation (pembatasan cacat)

Pembatasan kecacatan ini dilakukan untuk mencegah agar pasien atau masyarakat tidak mengalami dampak kecacatan akibat penyakit yang ditimbulkan. Tingkat ini dilaksanakan pada kasus atau penyakit yang memiliki potensi kecacatan. Bentuk kegiatan yang dapat dilakukan dapat berupa perawatan untuk menghentikan penyakit, mencegah komplikasi lebih lanjut, pemberian segala fasilitas untuk mengatasi kecacatan dan mencegah kematian.

5. Rehabilitation (rehabilitasi)

Tingkat pelayanan ini di laksanakan setelah pasien didiagnosis sembuh. Sering pada tahap ini dijumpai pada fase pemulihan terhadap kecacatan sebagaimana program latihan-latihan yang diberikan pada pasien., kemudian memberikan fasilitas agar pasien memiliki keyakinan kembali atau gairah hidup kembali ke masyarakat dan masyarakat mau menerima dengan senang hati karina kesadaran yang dimilikinya.

6. Hubungan Sistem Pelayanan Kesehatan Dan Sistem Kesehatan Nasional

Menurut Dubois dan Milley sistem pelayanan kesehatan merupakan jaringan pelayanan interdisipliner, komprehensif dan kompleks terdiri dari aktifitas diagnosis, treatment, rehabilitasi, pemeliharaan kesehatan dan pencegahan untuk masyarakat pada seluruh kelompok umur dalam berbagai keadaan. Sedangkan sistem Kesehatan nasional adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam pembukaan UUD 1945.

Sistem pelayanan kesehatan akan terlaksana dengan baik bila didukung dengan sistem kesehatan nasional antara lain dengan peningkatan APBN bidang kesehatan. Karena tujuan dari sistem kesehatan nasional itu sendiri yaitu menyetatkan bangsa dalam hal ini bebas sakit, bebas disabiliti, sosial ekonomi yang sehat, hal itu semua bisa tercapai dengan peningkatan mutu sumber daya manusia dan sistem pendanaannya.

7. Peraturan Dan Kebijakan Sistem Pelayanan Kesehatan Di Indonesia

Berhubungan dengan dasar hukum tentang pelayanan kesehatan masyarakat, yaitu:

1. Undang-undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945.
2. UU RI Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
3. UU RI Nomor 25 Tahun 2009 tentang Pelayanan Publik.
4. Undang-undang Kesehatan RI Nomor 23 Tahun 1992
5. PP No. 8 tahun 2003 tentang Pedoman Organisasi Perangkat Daerah.
6. Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara No: Kep/26/M.PAN/2/2004 tentang Petunjuk Tehnis Transparansi dan Akuntabilitas dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik.
7. Ketentuan SPM dalam Surat Edaran Menteri Dalam Negeri Nomor:

100/757/2002, dan diatur lebih lanjut dalam PP no: 65 tahun 2005

8. SK Menkes No: 826/MENKES/SK/IX/2008 tentang SPM (Standar Pelayanan Minimal).

B. Program Puskesmas dan Pemberantasan Penyakit Menular

Puskesmas sebagai pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu. Kegiatan Upaya Kesehatan Dasar di Puskesmas, antara lain:

1. Program Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)
 - a. Pemeriksaan Kehamilan (ANC)
 - b. Pertolongan persalinan
 - c. Pelayanan kesehatan ibu nifas dan ibu menyusui
 - d. Pelayanan KB
 - e. Perawatan neonatal, bayi, balita, pra sekolah, dan pemantauan tumbuh kembang anak
 - f. Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS)
 - g. Imunisasi dasar bayi
2. Program Perbaikan gizi
 - a. Pemantauan status gizi balita
 - b. Pemberian Vit A, Fe, kapsul Yodium
 - c. Pemberian Makanan Tambahan (PMT)
 - d. Konseling gizi
3. Program Kesehatan Lingkungan
 - a. Penyehatan pemukiman
 - b. Penyehatan Tempat-Tempat Umum (TTU)
4. Upaya Pencegahan Dan Pemberantasan Penyakit Menular
 - a. Pencegahan penyakit DBD, Malaria, Tbc, ISPA, Diare, PD3I (Penyakit yang Dapat Dicegah Imunisasi)
 - b. Kewaspadaan dini penyakit menular, dan penemuan kasus penyakit menular
 - c. Pemberantasan penyakit menular
5. Upaya Promosi Kesehatan
 - a. Promosi Perilaku Hidup Berih dan Sehat (PHBS)
 - b. Promosi gizi seimbangan, dll
6. Upaya Pengobatan Dasar

- a. Pelayanan pengobatan sederhana atau medic dasar
- b. Upaya gawat daryrat pada kecelakaan, bencana, kasus kegawatan penyakit tertentu
- c. Laboratorium sederhana
- d. Pelayanan kefarmasian

C. Program Pembinaan Kesehatan Komunitas

1. Pengertian Ilmu Kesehatan Masyarakat

Definisi ilmu kesehatan masyarakat menurut profesor Winslow dari Universitas Yale (Leavel and Clark, 1958) adalah ilmu dan seni mencegah penyakit, memperpanjang hidup, meningkatkan kesehatan fisik dan mental, dan efisien.

Menurut Ikatan Dokter Amerika (1948) Kesehatan Masyarakat adalah ilmu dan seni memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui usaha-usaha pengorganisasian masyarakat.

Ilmu kesehatan masyarakat merupakan ilmu yang multidisiplin , karena memang pada dasarnya Masalah Kesehatan Masyarakat bersifat multikausal, maka pemecahanya harus secara multidisiplin.

Secara garis besar, upaya-upaya yang dapat dikategorikan sebagai seni atau penerapan ilmu kesehatan masyarakat antara lain sebagai berikut :

1. Pemberantasan penyakit, baik menular maupun tidak menular.
2. Perbaikan sanitasi lingkungan
3. Perbaikan lingkungan pemukiman
4. Pemberantasan Vektor
5. Pendidikan (penyuluhan) kesehatan masyarakat
6. Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak
7. Pembinaan gizi masyarakat
8. Pengawasan Sanitasi Tempat-Tempat Umum
9. Pengawasan Obat dan Minuman
10. Pembinaan Peran Serta Masyarakat

2. Pengertian Kesehatan Lingkungan

Lingkungan merupakan salah satu faktor yang pengaruhnya paling besar terhadap status kesehatan masyarakat di samping faktor pelayanan kesehatan, faktor genetik dan faktor perilaku. Bahaya potensial terhadap kesehatan yang diakibatkan oleh lingkungan dapat bersifat fisik, kimia maupun biologi. Sejalan

dengan kebijaksanaan 'Paradigma Sehat' yang mengutamakan upaya-upaya yang bersifat promotif, preventif dan protektif. Maka upaya kesehatan lingkungan sangat penting. Semua kegiatan kesehatan lingkungan yang dilakukan oleh para staf Puskesmas akan berhasil baik apabila masyarakat berperan serta dalam pelaksanaannya harus mengikut sertakan masyarakat sejak perencanaan sampai pemeliharaan.

Kegiatan peningkatan kesehatan lingkungan bertujuan terwujudnya kualitas lingkungan yang lebih sehat agar dapat melindungi masyarakat dari segala kemungkinan resiko kejadian yang dapat menimbulkan gangguan dan bahaya kesehatan menuju derajat kesehatan keluarga dan masyarakat yang lebih baik.

D. Pengembangan Puskesmas dan Quality Assurance

1. Pengertian Quality Assurance

Beberapa definisi Quality Assurance (Wijono D, 1999), disampaikan sebagai berikut:

1. Dr. Avedis Donabedian sebagai seorang ahli Quality Assurance (QA) dalam pelayanan kesehatan, memberikan beberapa definisi QA dari aspek proses pelayanan kesehatan, yaitu:
 - a. Menjaga mutu termasuk kegiatan-kegiatan yang secara periodik atau kontinue menggambarkan keadaan dimana pelayanan disediakan. Pelayanannya sendiri dimonitor dan hasil pelayanannya diikuti (jejaknya). Dengan demikian kekurangan-kekurangan dapat dicatat, sebab-sebab dari kekurangan-kekurangan itu ditemukan, dan dibuatkan koreksi yang diperlukan. Menghasilkan perbaikan kesehatan dan kesejahteraan. QA dalam hal ini adalah proses siklus.
 - b. QA diartikan sebagai semua penataan-penataan dan kegiatan-kegiatan yang dimaksudkan untuk menjaga keselamatan, memelihara, dan meningkatkan mutu pelayanan”.
2. Dr. Heatehet Palmer (1983) dari Universitas Harvard mendefinisikan QA sebagai “suatu proses pengukuran mutu, menganalisa kekurangan yang ditemukan dan membuat kegiatan untuk meningkatkan penampilan yang diikuti dengan pengukuran mutu kembali untuk menentukan apakah peningkatan telah dicapai. Ia adalah suatu kegiatan yang sistematis, suatu siklus kegiatan yang menggunakan standar pengukuran”.

3. Drs. Rueles dan Frenk dari Mexico, memberikan definisi Q sebagai “ suatu proses sistematic untuk menutup gap antara kinerja yang ada dan outcome yang diharapkan”.
4. Lori Di Prete Brown, menyampaikan bahwa “ intinya QA merupakan suatu susunan kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan untuk menyusun standar-standar dan untuk memonitor dan meningkatkan kinerja sehingga pelayanan yang diselenggarakan sedapat mungkin efektif dan selamat”.
5. Dr. Donal Berwick, ahli CQI dari US, menjelaskan tentang pendekatan QA yaitu “ suatu pendekatan pengorganisasian secara terintegrasi untuk mempertemukan kebutuhan pasien dan harapan pasien dengan manajemen serta staf pada waktu proses peningkatan dan pelayanan dengan menggunakan teknik kuantitatif dan piranti analitis”.
6. Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH) badan yang menyelenggarakan akreditasi di Amerika, “QA merupakan suatu program berlanjut yang disusun secara obyektif dan sistematis, memantai dan menilai mutu dan kewajaran pelayanan terhadap pasien, menggunakan kesempatan untuk meningkatkan pelayanan pasien dan memecahkan masalah yang terungkap”;
7. QA menurut ISO 8402 adalah “semua kegiatan sistematis dan direncanakan yang diperlukan untuk menyediakan kepercayaan yang memadai sehingga produk dan pelayanannya memuaskan sesuai dengan syarat-syarat mutu” (Quality Assurance is “All those planned and systematic actions necessary to provide adequate confidence that a product and service will satisfy given requirement for quality).
8. ANSI/ASQC (A.3-1978) mendefinisikan bahwa:” semua kegiatan yang direncanakan yang diperlukan untuk menyediakan kepercayaan yang memadai sehingga produk atau pelayanannya memuaskan sesuai dengan kebutuhan: (All those planned or systematic actions necessary to provide adequate confidence that a product service will satisfy given needs).
9. JIS Z8101 mendefinisikan QA sebagai “ kegiatan-kegiatan sistematis yang dilakukan oleh perusahaan/pabrik untuk menjamin sepenuhnya mutu yang diharapkan oleh konsumen/pemakai” (Systematic actions performed by manufactures, to fully assure for the quality requirements by consumers).
10. Dr.K. Ishikawa menyampaikan bahwa “ QA dimaksudkan untuk

menjamin mutu di mana konsumen dapat membeli dan menggunakan dengan kepercayaan dan kepuasan dan masih dapat digunakan untuk jangka panjang” (To assure quality which consumers be able to buy and to use with confidence and satisfaction, and still to be able to use last long).

2. Proses Quality Assurance

Proses dapat diartikan sebagai pengawasan pengendalian ((Wijono D, 1999). Pengawasan pengendalian (control) diartikan sebagai suatu proses pendelegasian tanggung jawab dan wewenang untuk suatu kegiatan manajemen di mana dalam jangka waktu lama memelihara hasil rata-rata dari penjagaan hasil yang memuaskan”. Control bisa dilakukan terhadap product dan cost. Biasanya ada 4 (empat) langkah yang dilakukan, yaitu:

Penyusunan standard cost. Biasanya ada 4 (empat) langkah yang dilakukan, yaitu:

1. Penyusunan standar: penetapan standar-standar biaya yang diperlukan (cost quality), performance quality, safety quality dan rehabilitasi quality dari pada produk.
2. Penilaian kesesuaian: membandingkan kesesuaian dari produk yang dihasilkan atau pelayanan yang ditawarkan terhadap standar-standar tersebut.
3. Koreksi bila perlu: koreksi penyebab dan faktor-faktor maintenance yang mempengaruhi kepuasan.
4. Perencanaan peningkatan mutu: membangun usaha yang berkelanjutan untuk memperbaiki standard-standard cost, performance, safety dan realibility.

“Control yang efektif saat ini adalah suatu kebutuhan pokok dalam manajemen agar sukses”. “Dengan perencanaan dan kontrol yang baik, separuh kepuasan telah didapat” (Widjono D, 1999).

Beberapa definisi yang diuraikan tersebut hanyalah bagian-bagian kegiatan atau metode dari Quality Control Programme secara keseluruhan. Terminologi “quality control (kendali mutu)” dan “quality assurance (menjaga mutu)” mempunyai arti yang dibedakan dalam beberapa organisasi. Masing-masing terminologi mengacu mengacu paa aspek yang berbeda dari kegiatan mutu untuk memuaskan pelanggan. Program Total Quality Control dalam operasionalnya memasukkan dan mengintergrasikan kedua terminologi tersebut.

Quality Assurance menggunakan teknik-teknik seperti internal audit dan surveilan untuk menjaga bahwa organisasi mutu mencakup dua tujuan:

1. Organisasi mengikuti prosedur sebagai pegangan kualitas;
2. Prosedur-prosedur itu efektif untuk menghasilkan yang diinginkan.

Bagian Quality control terlibat dalam monitor dan evaluasi sehari-hari dan memberikan keputusan terhadap proses yang terlibat dalam produksi. Bagian Quality Assurance biasanya terlibat pada kegiatan-kegiatan yang diambil oleh organisasi untuk memberikan keyakinan bahwa produk akan berhasil sebagaimana sasaran yang diinginkan. Dalam banyak organisasi atau perusahaan, dibedakan tugas antara “Bagian Jaga Mutu (Quality Assurance) mengelola mutu”, sedang “ bagian Kendali Mutu (Quality Control) melaksanakan evaluasi mutu”.

Quality control dan quality assurance, dua pengertian tersebut sering disamakan. Cara membedakannya, kita mulai dari arti kata : Control (pengendalian)”, yang menurut The American Heritage Dictionary adalah “ wewenang atau kemampuan untuk mengatur, mengarahkan atau mendominasi”. Sedang “Assurance” didefinisikan seperti telah dikemukakan adalah “ suatu kegiatan menjaga kepastian atau menjamin keadaan dari apa yang dijamin atau suatu pernyataan atau indikasi yang menimbulkan rasa kepercayaan : garansi (jaminan).

Kata kontrol lebih mengarah pada suatu peran aktif, sedang kata assurance lebih kepada perilaku yang dipercayai atau diyakini.

Quality Control menggunakan strategi-strategi seperti inspeksi-inspeksi dan pengendalian melalui proses-proses/teknik-teknik statistik untuk memelihara mutu produk yang ditetapkan sebelumnya. Bagian Quality Control menggunakan audit penjaja dan surveilans penjaja untuk menjamin bahwa produk yang baru masuk termasuk dalam tingkat mutu yang dapat diterima. Quality Assurance menggunakan teknik seperti audit internal dan surveilans untuk menjamin bahwa organisasi mutu memenuhi dua hal:

1. Organisasi mengikuti prosedur-prosedur sebagaimana diuraikan dalam manual (buku pedoman) mutu.
2. Prosedur-prosedur kalau merupakan langkah efektif dan memberikan hasil seperti yang diharapkan.

Apabila organisasi memisahkan upaya-upaya mutu antara Quality Control dan Quality Assurance, kita lihat tanggung jawab masing-masing bagian tersebut, karena akan berbeda. Pada umumnya, akan didapati bahwa bagian

Quality Control terlibat dalam monitoring dan evaluasi sehari-hari. Quality Assurance biasanya terlibat dalam kegiatan-kegiatan dalam memberikan kepercayaan bahwa produk-produk diharapkan mencapai tingkat mutu yang ditargetkan.

3. Pengorganisasian Quality Assurance

Manajemen didasarkan dari mutu dari Rumah Sakit atau Puskesmas merupakan suatu penunjang yang penting dalam efektifitas pelayanan kepada masyarakat. Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH) mengakui bahwa hal ini penting terhadap penilaian dirinya, juga Chief Executive Officer (CEO) menyatakan hal yang sama. Demikian pula The American College of Hospital Administrator (ACHA).

Pembahasan ini penting sejalan dengan pernyataan ACHA, bahwa penilaian terhadap pengorganisasian Quality Assurance mencakup 4 (empat) hal yang perlu diperhatikan, yaitu: 1). Mencakup area status pelayanan asuhan kesehatan, dimana perbaikan status kesehatan adalah outcome yang dapat dilihat dari suatu Rumah Sakit. Oleh karena itu CEO mempunyai beberapa tanggung jawab untuk outcome ini; 2). Suksesnya institusi; 3). Peran dari CEO; 4). Keterampilan manajemen.

1. Posisi CEO Rumah Sakit

Pelaksanaan pengorganisasian Quality Assurance, tidak lepas dari peran Chief Executive Officer (CEO) atau Hospital Chief Executive, ACHA (1976). Peran ini diuraikan dalam tujuh kegiatan, yaitu:

- a. Perencanaan dan pengorganisasian;
- b. Pencapaian tujuan dan sasaran Rumah Sakit;
- c. Kualitas pelayanan Rumah Sakit;
- d. Alokasi pelayanan Rumah Sakit;
- e. Menyelesaikan masalah atau krisis;
- f. Kepatuhan pada peraturan;
- g. Promosi Rumah Sakit.

Apa yang disebut di atas, selain dipergunakan untuk mengevaluasi penampilan CEO, digunakan pula dalam manajemen lain disemua tingkat. Pelaksanaannya, dalam peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui program QA, peran dan tanggung jawab para manajer kesehatan terdiri dari monitoring, supporting dan intervening.

2. Monitoring (pemantauan)

Ada berbagai sumber informasi untuk program QA yang dapat dipakai, antara lain data dari sistem pencatatan dan pelaporan yang ada di sarana pelayanan kesehatan dan yang berasal dari Circuit Rider yang mengunjungi Puskesmas/RS. Akan diperoleh informasi tahunan tentang penampilan Puskesmas/RS dalam empat bidang yang terkait mutu, yaitu:

- a. Kepatuhan terhadap standar (compliance with standard);
- b. Pengetahuan pasien (patient knowledge);
- c. Kepuasan pasien (patient satisfaction);
- d. Kelangsungan berobat (continuation rates, keteraturan berobat).

Didasarkan pada keempat indikator ini, akan dapat diperoleh gambaran tentang mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas/RS dibandingkan sebelumnya. Circuit Rider yang mengunjungi Puskesmas/RS setiap bulan melakukan implicit review (telaah implicit), tentang kemajuan Puskesmas/RS dalam melaksanakan QA. Karena Circuit Rider memberikan bantuan teknis kepada staf Puskesmas untuk menjaga kredibilitas dalam berperan, maka ia tidak dapat melaporkan hal-hal yang dapat mendatangkan tindakan disiplin dari atasan atau kritik. Dengan keterbatasan tersebut ia akan dapat memberikan laporan yang bersifat kualitatif tentang pelaksanaan program QA di tingkat Puskesmas/RS.

3. Supporting (dukungan)

Para ahli QA sering mengingatkan bahwa tanpa dukungan yang nyata dari top management, program peningkatan mutu tidak akan berhasil. Oleh karena itu, diharapkan para atasan di unit pelayanan kesehatan dapat memberikan perhatian dalam program QA ini antar lain dengan memberikan penghargaan atau pujian yang tulus kepada mereka agar peningkatan kualitas pelayanan kesehatan melalui program QA dapat lestari.

4. Intervening (intervensi)

Manajer senior memerlukan beberapa alat baru untuk intervensi. Antara lain dapat berupa tambahan anggaran, peralatan, biaya yang khusus untuk QA dan juga tenaga terlatih untuk membantu pelaksanaan QA.

5. Tanggung Jawab Quality Assurance

Penataan tradisional dalam pelaksanaannya tidak lepas dari organisasi QA, yang mempunyai tanggung jawab spesifik meliputi seluruh tugas-tugas

untuk menata tujuan umum, menyediakan pedoman dan mengatur pengarahan-pengarahan, termasuk hal dibawah ini, yaitu:

- a. Review prosedur latihan dan kualifikasi personil;
- b. Review catatan-catatan yang berhubungan dengan mutu;
- c. Mengembangkan, dokumen dan implementasi prosedur-prosedur mutu;
- d. Skedul, hubungan dan follow-up audit mutu internal (dalam organisasi) atau eksternal di luar organisasi).
- e. Terlibat dalam review desain;
- f. Surveilans pelaksanaan: proses atau program, penjaja (dalam hal kontrak apakah sesuai dengan kontrak yang disepakati), pencatatan (yang diperlukan untuk pemerintah).

6. Tanggung Jawab Quality Control

Proses penataan tradisional, organisasi Quality Control mempunyai tanggung jawab spesifik yang terpusatkan sekitar mutu mengikuti pengarahan atau petunjuk yang diberikan oleh bagian QA.

Kegiatan-kegiatan Quality Control diarahkan pada evaluasi dari produk dan pengendalian proses yang dipergunakan untuk menghasilkan produk, seperti:

- a. Menetapkan kualifikasi dan latihan personil;
- b. Meninjau catatan-catatan dan laporan-laporan;
- c. Menganalisis data yang cacat;
- d. Melakukan test-test khusus;
- e. Melakukan inspeksi: penerimaan, proses, inspeksi akhir, inspeksi penjaja;
- f. Mengadakan surveilans: waktu proses, peralatan dan kaliberasi alat ukur, catatan- catatan mutu.

7. Tanggung Jawab Manajer QA/QC

- a. Pengorganisasian terhadap mutu

Sejak Total Quality Circle (TQC) menjadi pedoman dan koordinasi kegiatan orang, mesin dan informasi melintas seluruh kegiatan-kegiatan kunci organisasi, adalah penting menjadika mutu diorganisasikan secara ekonomi dalam perusahaan.

- b. Struktur organisasi

Banyak model struktur organisasi yang dikemukakan, masing-masing tergantung pada tujuan organisasi, sasar dan sumber daya yang

tersedia, area operasi dan lain-lain. Komponen marketing, bertanggung jawab untuk evaluasi pilihan mutu pelanggan dan menetapkan harga yang dikehendaki pelanggan agar mau membayar dalam berbagai tingkat pelayanan. Komponen engineering, bertanggungjawab menjabarkan permintaan pasar ke dalam gambar dan spesifikasi. Komponen manufaktur, bertanggung jawab terhadap membuat produksi sesuai dengan gambar rencana dan spesifikasi dan untuk mengetahui yang dikerjakan. Komponen Quality Control, bertanggung jawab terhadap epemimpinan baik dari rencana strategi maupun teknologi Quality Control. Karena pentingnya kontribusi pada rencana bisnis dan pengambilan keputusan fungsi Quality Control dalam perusahaan langsung kepada general manajer.

8. Manajer Quality Assurance / Quality Control

a. Fungsi

Secara luas Manajer Quality Assurance/Quality Control berfungsi dalam tiga area besar tanggung jawab, meliputi:

1) Tanggung jawab bisnis

Manajer Quality Assurance/Quality Control menyelenggarakan jaminan mutu (quality assurance) untuk produk dan pelayanan, dan membantu pencapaian pembiayaan yang optimum perusahaan. Manajer QA/QC berpartisipasi dalam rencana strategi formulasi di kunci-kunci yang berkaitan dengan mutu dan pengorganisasian.

2) Tanggung jawab sistem.

Tanggung jawab ini sebagai pendelegasian manajer umum da hubungan yang berkaitan kerja sama dengan bagian-bagian lain, manajer QA/QC menyelenggarakan kepemimpinan dalam menegakkan dan memelihara mutu. Manajer juga menjamin dan mengukur secara teratur analisis pembiayaan dan efektifitas secara ekonomis mutu program untuk mencapai keseimbangan dalam pencegahan (preventive), penghargaan (apprease) dan pembiayaan yang gagal.

3) Tanggung jawab teknik

Manager QA/QC menyediakan organisasi atau perusahaan aplikasi dari teknologi engineering dan teknologi statistik quality control. Hal ini dapat melalui tiga area sub fungsional yaitu quality

engineering, proses control engineering dan quality information equipmen engineering. Hal ini termasuk pemeliharaan dari kegiatan-kegiatan aktivitas audit efektifitas mutu, audit rencana program, audit prosedur- prosedur, audit sistem mutu dan audit program.

b. Tanggung jawab prinsip

Implementasi tanggung jawab terhadap bisnis dasar, sistem dan ketika manajer QA/QC mempunyai tanggung jawab manajerial dan fungsional dalam perusahaan untuk mengoperasikan kemampuan Quality Control. Manajer bertanggung jawab menjamin bahwa permintaan mutu pelanggan sama dengan yang ditetapkan atau mendekati rencana mutu.

Tanggung jawab manager mutu termasuk kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam kaitan sifat-sifat mutu pelanggan yang berkaitan, seperti kehandalan produk, keamanan produk dan sebagainya. Dalam batas-batas kebijaksanaan, program, anggaran dan prosedur, manajer QA/QC bertanggung jawab dan mempunyai wewenang untuk memenuhi tugas-tugas seperti berikut ini:

1) Tanggung jawab manajerial

Manajer QA/QC bertanggung jawab untuk menyelenggarakan kepemimpinan kepada pekerja tentang komponen QA/QC dengan menaikkan pemanpilan kerja dari manajer di mana manajer melaksanakan fungsi: Perencanaan, pengorganisasian, integrasi dan pengukuran.

a) Perencanaan:

- (1). Memperoleh informasi dan menjaga supervisor mendapatkan informasi tentang: tujuan, kebijaksanaan, rencana, anggaran dan kegiatan-kegiatan pokok (bisnis).
- (2). Mengembangkan program mutu perusahaan termasuk kebijaksanaan, rencana, organisasi, prosedur, dan penghargaan dan menjamin dokumentasi program dan distribusinya kepada personil perusahaan untuk meningkatkan program mutu.

b) Pengorganisasian:

- (1). Mengembangkan struktur organisasi untuk menampilkan semua fase kegiatan komponen audit control.

(2). Menegakkan penghargaan komponen sub fungsional dalam komponen audit control, tata staf dengan personil yang bermutu pendelegasian tanggung jawab dan wewenang untuk menyelenggarakan program quality control.

(3). Memberikan instruksi, advis, konseling dan review penampilan unit dan supervisor sub unit dari komponen-komponen QC.

c) Integrasi

(1). Menyediakan untuk memanfaatkan sistem semua komponen sumber daya untuk mencapai secara efektif dan ekonomis tujuan yang diinginkan;

(2). Memperkenalkan setiap orang dalam komponen tentang tanggung jawab, wewenang dan tanggung gugat dan perkembangan formasi dan upaya yang diperlukan.

d) Pengukuran:

(1). Menegakkan standar-standar untuk mengukur penampilan dari kepala unit dan sub unit dan personil yang lain dari komponen QC, dan memberitahu kemajuan mereka.

(2). Analisis dan menilai kemajuan komponen seperti mengukur dengan tujuan yang ditetapkan atau mendesak kegiatan yang diperlukan untuk perbaikan.

2) Tanggung jawab fungsional

Manajer QA/QC, menyebarkan pengetahuan personil sama dengan yang dilaporkan mengerjakan melalui laporan langsung kepada manager.

a) Formulasi kebijakan dasar, rencana-rencana, program-program, standar-standar dan teknik-teknik yang diperlukan untuk menyediakan tujuan bagi komponen QC dan menyediakan kebijakan, rencana dari program.

b) Menyediakan fasilitas dan peralatan yang diperlukan mutu inspeksi, testing dan pengukuran mutu produk perusahaan, pemeliharaan dan fasilitas-fasilitas.

c) Menyediakan dan mendistribusikan kepada semua personil program bisnis untuk meningkatkan spirit (semangat) berpikir mutu melalui

komponen dan partisipasi personil QC dengan kursus-kursus untuk mengetahui prosedur-prosedur dan perkembangan yang baru.

- d) Memelihara hubungan dengan unit pemasaran untuk memahami produk yang diperlukan pelanggan dan pelayanan permintaan produk terus menerus.
- e) Memelihara hubungan dengan unit engineering untuk mendiskusikan mempertimbangkan segera desain produk.
- f) Menjaga hubungan dengan unit manufacturing untuk menjamin proses kemampuan yang adekuat dan feedback informasi mutu.
- g) Menjaga hubungan erat dengan penjaja untuk menjamin bahwa produk mereka bertemu dengan standar mutu perusahaan.
- h) Bekerja dengan unit keuangan untuk menetapkan biaya mutu sehingga mudah dianalisa dan diawasi.

3) Wewenang

Manajer QC mempunyai wewenang penuh untuk membuat keputusan-keputusan dan membuat kegiatan-kegiatan yang diperlukan dalam melaksanakan tanggung jawab sepanjang kegiatan-kegiatan tersebut tidak menyimpang dan bisnis organisasi, kebijakan, praktek-praktek, pedoman posisi dan konsisten dengan keputusan bisnis, kecuali untuk batasan spesifik sebagai berikut yang bukan wewenangnya, yaitu:

- a) Penambahan tertentu dalam daftar gaji dan penyesuaian gaji bagi pekerja tersebut;
- b) Mengubah struktur organisasi pada level atau di atasnya.
- c) Perubahan utama yang mempengaruhi komponen lain.
- d) Persetujuan tentang rekening tertentu yang mahal.

4) Tanggung gugat

Manajer QA/QC secara penuh bertanggung jawab untuk memenuhi tanggung jawab dan interpretasinya. Manajer tidak boleh mendelegasikan seluruh atau sebagian dari tanggungjawabnya. Penampilan yang diukur atas tanggung jawab dari manajer QA/QC adalah:

- a) Jaminan mutu produk untuk pelanggan;
- b) Pembiayaan mutu yang ekonomis;

- c) Efektifitas sistem mutu dan beroperasi;
- d) Kerja sama dan hubungan kepemimpinan mutu dan fungsi-fungsi kunci dalam perusahaan termasuk pemasaran, engineering, produksi, pelayanan, hubungan industri dll;
- e) Mutu dari kepemimpinan manajer di semua bidang dari komponen QC;
- f) Mutu dan batas waktu keputusan manajer dan kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya;
- g) Mutu kepemimpinan manajer dalam kegiatan personil dan kegiatan lainnya dalam kegiatan QC yang dilaporkan langsung ke manajer;
- h) Tercapainya sasaran dan memenuhi tanggung jawab berhubungan dengan posisi manajer seperti diindikasikan oleh tingkat dan kecenderungan dalam area yang jelas, seperti:
 - [1] Kontrol material yang datang dan kelengkapan bagian dibandingkan;
 - [2] Kegiatan yang diambil untuk koreksi penyebab keluhan atau material yang kurang atau mutu kerja;
 - [3] Adequacy dari perlengkapan dan fasilitas dengan mana untuk menampilkan fungsi kontrol;
 - [4] Adequacy proses pengukuran untuk menyediakan informasi yang diperlukan untuk operasi produksi untuk proses kontrol;
 - [5] Adequacy dan batas waktu dari feed back informasi kontrol kepada unit organisasi dalam mengambil tindakan koreksi;
 - [6] Kecermatan diagnosa kesukaran mutu dalam analisis kasus;
 - [7] Kecermatan pengukuran indeks mutu produk dan menggambarkan mutu sesungguhnya produk yang sampai ke pelanggan;
 - [8] Realisasi penggunaan pembiayaan, sasaran dan biaya manufaktur;
 - [9] Keamanan personil, indikasinya keselamatan dan kesehatan kerja serta sedikitnya frekuensi kecelakaan kerja;

[10] Moral pekerja, sebagai indikasi adalah jumlah absenteisme, keluhan-keluhan, pergantian pekerja dan jam kerja yang hilang karena pekerjaan dihentikan;

[11] Efektifitas renovasi yang direncanakan dan rencana keuntungan pekerja, diukur dari partisipasi pekerja kompetitif dalam rencana-rencana yang menguntungkan;

[12] Pemanfaatan yang efektif dari angkatan kerja, fasilitas dan perlengkapan yang diindikasikan hasil produksi sebelumnya dengan standar-standar;

[13] Memikirkan mutu standar dan motivasi mutu melalui kegiatan-kegiatan pekerja.

9. Aktifitas Kerja Komponen Quality Control

Komponen utama QC mempunyai fungsi: Quality engineering; Quality Information Equipment Engineering; Process Control Engineering, termasuk menyeleksi dan testing.

a. Quality engineering

Komponen dari fungsi QC ini mempunyai tanggung jawab kegiatan yang diperlukan untuk:

- 1) Menetapkan bahwa sasaran mutu dan tujuan telah ditentukan dengan baik antara rencana mutu dengan keinginan pelanggan;
- 2) Review produk yang diajukan dan memproses untuk menolak atau mengurangi kesulitan-kesulitan mutu yang tak perlu;
- 3) Merencanakan ukuran mutu dan kontrol material, proses dan produk untuk mendapatkan mutu yang adekuat dengan biaya minimum;
- 4) Menentukan proses manufakturing dalam kemampuannya yang cukup untuk memenuhi permintaan mutu.
- 5) Analisa informasi mutu dan analisis feedback dan rekomendasi untuk menilai desain produk manufaktur dan perlengkapan dan sistem mutu;
- 6) Mewakili manajer QC, melaksanakan langkah-langkah kunci dalam menegakkan dan memelihara sistem mutu di perusahaan.

Aktifitas kerja (yang secara normal tidak bisa didelegasikan ke lain komponen), adalah:

a) Tujuan dan sasaran mutu;
Dikaitkan dengan fungsi pemasaran dalam membuat produk yang bermutu berdasarkan kebutuhan pelanggan, fungsi produk dan mutu, reliability dan nilai- nilai;

b) Kemampuan produksi awal mutu
Review dan desain baru, menjadi reliability, keamanan produk, rekomendasi untuk memperbaiki dan meningkatkan produk, menaikkan penjualan, mengurangi keluhan dan cacat, memperbaiki proses, mengurangi pembiayaan dan evaluasi mutu;

- 1) Standar mutu;
- 2) Perencanaan mutu proses dan produk;
- 3) Kontrol pembiayaan material;
- 4) Kontrol penyimpangan produksi yang secara langsung berpengaruh pada mutu;
- 5) Kebutuhan-kebutuhan kemampuan mutu yang diperlukan alat-alat statistik;
- 6) Masalah mutu manufaktur;
- 7) Analisis biaya mutu;
- 8) Analisis keluhan pelanggan dan laporannya;
- 9) Pelatihan QA;
- 10) Komunikasi Quality Control;
- 11) Memantapkan dan memelihara sistem mutu.

b. Quality Information Equipment Engineering;

Fungsi komponen ini bertanggung jawab pada kegiatan yang diminta untuk pengembangan, desain dan menyediakan permulaan pekerjaan mutu, evaluasi, mengukur dan mengontrol produk dan mutu proses, termasuk reliability, safety dan sebagainya. Kegiatan kerja:

- 1) Test dan inspeksi desain peralatan;
- 2) Mengukur penyimpangan yang terjadi waktu proses berlangsung;
- 3) Mekanisasi dan aktualisasi;
- 4) Mengukur teknik dan perlengkapan mutu.

c. Process Control Engineering, termasuk menyeleksi dan testing.

Komponen ini bertanggung jawab atas:

- 1) Membantu asisten teknik untuk memahami standar mutu dan seleksi masalah mutu dalam pelaksanaan;
 - 2) Evaluasi mutu dalam proses dan melaksanakan pemeliharaan mutu dan pelaksanaan;
 - 3) 3) Interpretasi rencana mutu dengan menjamin pengertiannya dan pelaksanaan yang efektif;
 - 4) Menjamin pemeliharaan dan kalibrasi peralatan informasi, alat ukur dan penggunaannya dalam praktek, termasuk metrologi dan prosedur yang tidak merusak;
 - 5) Menjamin bahwa tingkat mutu pada produk akhir material yang dibeli, dan komponen-komponen adalah sepadan dengan spesifikasi dan rencana mutu;
 - 6) Menampilkan operasi fisik nyata yang diminta untuk membantu penyelenggaraan jaminan mutu (QA), seperti inspeksi, testing dan audit mutu;
 - 7) Menilai rencana mutu dan kontribusi efektifitas kelanjutannya.
- d. Kegiatan-kegiatan pekerjaan teknis
- 1) Menilai rencana mutu, kesesuaiannya dari interpretasi rencana mutu;
 - 2) Review dan memelihara standar-standar mutu, inspeksi semua standar, baik tertulis maupun fisik;
 - 3) Mencari dan memecahkan masalah mutu, menyediakan advis, sarana, konseling, ukuran dan sebagainya;
 - 4) Berperan dalam pengurangan biaya mutu dalam proses pembuatannya;
 - 5) Test laboratorium, ukuran-ukuran dan analisis;
 - 6) Analisis produk yang ditolak atau dikembalikan;
 - 7) Berhubungan dengan bengkel, service dan perbaikan;
 - 8) Perlengkapan yang dibuat bermutu;
 - 9) Kontak penjaja dengan pelanggan;
 - 10) Menetapkan kemampuan mutu perlengkapan dan proses;
 - 11) Menyediakan data-data mutu;
 - 12) Pemeliharaan perlengkapan kontrol mutu;
 - 13) Keselamatan dan kesehatan kerja

- e. Kegiatan-kegiatan inspeksi dan test kerja.
 - 1) Rencana Operasional dan scheduling;
 - 2) Inspeksi dan test penerimaan;
 - 3) Inspeksi dan test waktu proses;
 - 4) Inspeksi final test;
 - 5) Audit mutu;
 - 6) Pemeliharaan catatan-catatan mutu;
 - 7) Pelatihan personil.

3. Rangkuman

Program-program kesehatan/ kebijakan dalam menanggulangi masalah kesehatan utama di Indonesia: Sistem Pelayanan Kesehatan, Kebijakan Era Otonomi Daerah, dan Pembangunan Kesehatan di Indonesia, Program puskesmas dalam pemberantasan penyakit menular dan penyehatan lingkungan pemukiman, Program pembinaan kesehatan komunitas dan lain-lain.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Tujuan Tugas: Mengidentifikasi Menjelaskan tentang Materi terkait

1. Uraian Tugas:

- a. Obyek garapan: Makalah Ilmiah Judul pada TM yang dimaksud
- b. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:
 - ✓ Membuat makalah tentang materi terkait pada masing-masing Materi yang disebutkan
 - ✓ Membuat PPT
 - ✓ Presentasi Makalah
- c. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan/dikerjakan: Makalah Ilmiah pada sistem terkait
- d. Metode Penulisan
 - Substansi
 - Halaman Judul
 - Daftar Isi
 - Bab 1 Pendahuluan
 - (1.1 Latar belakang, 1.2 Tujuan Penulisan)
 - Bab 2 Tinjauan Pustaka
 - (2.1 Dst...Berisikan Materi terkait)

Bab 3 Penutup

(3.1 Kesimpulan, 3.2 Saran)

Daftar Pustaka

I. Kegiatan Belajar 14

1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Mahasiswa mampu menjelaskan isu dan kecenderungan dalam keperawatan komunitas

2. Uraian Materi

Dosen: Nurhadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep

A. Trend Issue Keperawatan Komunitas

Keperawatan merupakan profesi yang dinamis dan berkembang secara terus menerus dan terlibat dalam masyarakat yang berubah, sehingga pemenuhan dan metode keprawatan kesehatan berubah, karena gaya hidup masyarakat berubah dan perawat sendiri juga dapat menyesuaikan dengan perubahan tersebut. Definisi dan filosofi terkini dari keperawatan memperlihatkan trend holistic dalam keperawatan yang ditunjukkan secara keseluruhan dalam berbagai dimensi, baik dimensi sehat maupun sakit serta dalam interaksinya dengan keluarga dan komunitas. Tren praktik keperawatan meliputi perkembangan di berbagai tempat praktik dimana perawat memiliki kemandirian yang lebih besar. Perkembangan Keperawatan di Indonesia saat ini sangat pesat, hal ini disebabkan oleh :

1. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sangat cepat sehingga informasi dengan cepat dapat diakses oleh semua orang sehingga informasi dengan cepat diketahui oleh masyarakat,
2. Perkembangan era globalisasi yang menyebabkan keperawatan di Indonesia harus menyesuaikan dengan perkembangan keperawatan di negara yang telah berkembang ,
3. Sosial ekonomi masyarakat semakin meningkat sehingga masyarakat menuntut pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi, tapi di lain pihak bagi masyarakat ekonomi lemah mereka ingin pelayanan kesehatan yang murah dan terjangkau.

Tren dan Isu Keperawatan Komunitas Keperawatan merupakan profesi yang dinamis dan berkembang secara terus-menerus dan terlibat dalam masyarakat yang yang berubah, sehingga pemenuhan dan metode keperawatan kesehatan berubah, karena gaya hidup masyarakat berubah dan perawat sendiri juga dapat menyesuaikan perubahan tersebut. Keperawatan menetapkan diri dari ilmu social bidang lain karena focus asuhan keperawatan bidang lain meluas. Tren dalam pendidikan keperawatan adalah berkembangnya jumlah peserta

keperawatan yang menerima pendidikan keperawatan, baik peserta didik dari D3 keperawatan, S1 keperawatan atau kesehatan masyarakat sampai ke tingkat yang lebih tinggi, yaitu S2 atau kesehatan. Tren praktik keperawatan meliputi berbagai praktik di berbagai tempat praktik dimana perawat memiliki kemandirian yang lebih besar. Perawat secara terus menerus meningkatkan otonomi dan penghargaan sebagai anggota tim asuhan keperawatan. Peran perawat meningkat dengan meluasnya focus asuhan keperawatan. Tren dalam keperawatan sebagai profesi meliputi perkembangan aspek-aspek dari keperawatan yang mengkarakteristikan keperawatan sebagai profesi meliputi: pendidikan, teori, pelayanan, otonomi, dan kode etik. Aktivitas dari organisasi keperawatan professional menggambarkan trend an praktik keperawatan. Tren yang sedang dibicarakan adalah:

1. Pengaruh politik terhadap keperawatan professional
2. Pengaruh perawat dalam aturan dan praktik keperawatan
3. Puskesmas Idaman

3. Rangkuman

Tren dan Isu Keperawatan Komunitas Keperawatan merupakan profesi yang dinamis dan berkembang secara terus-menerus dan terlibat dalam masyarakat yang yang berubah, sehingga pemenuhan dan metode keperawatan kesehatan berubah, karena gaya hidup masyarakat berubah dan perawat sendiri juga dapat menyesuaikan perubahan tersebut.

4. Penugasan dan Umpan Balik

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- Hasil anaalisis di presentasikan di depan kelas

DAFTAR PUSTAKA

1. Ajzen, I. 2011. Behavioral interventions: Design and evaluation guided by the theory of planned behavior. In M. M. Mark, S. I. Donaldson, & B. C. Campbell (Eds.), *Social psychology for program and policy evaluation* (pp. 74-100). New York: Guilford.
2. Allender, et al. 2011. *Community health nursing: promoting and protecting the public's health, 7th edition*. USA: Lippincott Williams & Wilkins. (Ruang Baca Henderson)
3. Anderson & Mc Farlane. 2011. *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing*, 6th edition. USA: Lippincott Williams & Wilkins. (Ruang Baca Henderson)
4. Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development. Vol. 6. Six theories of child development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
5. Departemen Kesehatan RI. 2009. Promosi kesehatan, komitmen global dari Ottawa-Jakarta-Nairobi menuju rakyat sehat. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan, Depkes RI bekerja sama dengan Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku-FKM UI.
6. Ferry & Makhfudli. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.
7. Kotler dan Lee. 2007. *Social marketing: influencing behavior for good*. London: SAGE Publication
8. Leddy, S.K. 2006. *Health promotion mobilizing*. Philadelphia: Davis Company.
9. Lucas dan Lloyd. 2005. *Health promotion evidence and experience*. London: SAGE Publications.
10. Notoatmojo, S. 2010. *Promosi kesehatan: teori dan aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
11. Pender, N. 2011. *The health promotion model, manual*. Retrieved February 4, 2012, from nursing.umich.edu: <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.
12. Ridwan, M. 2009. Promosi kesehatan dalam rangka perubahan perilaku. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, Volume 2 Nomor 2, hal 71-80.
13. Rogers. 2003. *Diffusion of Innovations*. Fifth Edition. Free Press, New York, p221
14. Siagian, S. 2004. *Teori motivasi dan aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
15. Stanhope & Lancaster. 2010. *Foundation of nursing in the community, community-oriented practice*, 3rd edition. USA: Mosby Elsevier. (Ruang Baca Henderson)
16. Yun, et al. 2010. The role of social support and social networks in smoking behavior among middle and older aged people in rural areas of South Korea: A cross-sectional study. *BMC Public Health*: 10:78.