



KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS



Dian Yuniar Syanti Rahayu • Martalina Limbong • Filia Sofiani Ikasari
Rosnancy Renolita Sinaga • Ani Nuraeni • Nuraini
Nova Nurwinda Sari • Jenti Sitorus • Dame Evalina Simangunsong
Angelia Tendean • Sedia Simbolon

KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

Dian Yuniar Syanti Rahayu, Martalina Limbong, Filia Sofiani Ikasari
Rosnancy Renolita Sinaga, Ani Nuraeni, Nuraini
Nova Nurwinda Sari, Jenti Sitorus, Dame Evalina Simangunsong
Angelia Tendean, Sedia Simbolon



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Dian Yuniar Syanti Rahayu, Martalina Limbong, Filia Sofiani Ikasari,
Rosnancy Renolita Sinaga, Ani Nuraeni, Nuraini,
Nova Nurwinda Sari, Jenti Sitorus, Dame Evalina Simangunsong,
Angelia Tendean, Sedia Simbolon

Editor: Matias Julyus Fika Sirait

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Dian Yuniar Syanti Rahayu., dkk.

Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

Yayasan Kita Menulis, 2022

xiv; 164 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-559-9

Cetakan 1, Agustus 2022

- I. Konsep Dasar Keperawatan Komunitas
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Alhamdulillah, puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat rahmat dan karunia-Nya buku Konsep Dasar Keperawatan Komunitas telah selesai dan dapat dipergunakan oleh semua kalangan pembaca terutama insan keperawatan. Buku ini di susun untuk memberikan pemahaman dan pengetahuan kepada mahasiswa keperawatan dan insan keperawatan

Keperawatan komunitas merupakan bagian dari Ilmu Keperawatan dan sebagai bagian integral pelayanan kepada masyarakat yang diberikan secara langsung pada tingkat primer dengan sasaran individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik dalam kondisi sehat maupun sakit serta yang mempunyai resiko tinggi terhadap penyakit dan masalah kesehatan.

Semoga dengan adanya buku ini diharapkan menjadi bahan acuan dan rujukan bagi mahasiswa maupun seluruh insan keperawatan sehingga bisa menambah bahan referensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas secara profesional sesuai dengan kompetensi sebagai seorang perawat.

Buku ini disusun dalam 11 Bab secara sistematis dan lengkap uraiannya :

Bab 1. Tujuan dan Fungsi Keperawatan Komunitas

Bab 2. Paradigma Keperawatan Komunitas

Bab 3. Peran dan Fungsi Perawat dalam Keperawatan Komunitas

Bab 4. Etika dalam Keperawatan Komunitas

Bab 5. Pengkajian Keperawatan Komunitas

Bab 6. Keperawatan Kesehatan kerja

Bab 7. Keperawatan Kesehatan Keluarga

Bab 8. Konseptual Model Praktik Keperawatan Komunitas

Bab 9. Perencanaan Asuhan Keperawatan Komunitas

Bab 10. Strategi dalam Implementasi Keperawatan Komunitas

Bab 11. Promosi Keperawatan Komunitas

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kata sempurna, sehingga saran dan perbaikan kami harapkan demi kesempurnaan buku ini. Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih kepada seluruh tim penulis buku dan semua pihak yang turut membantu menyelesaikan buku ini, semoga ini dapat bermanfaat, berguna bagi semua pembaca.

Juli, 2022

Penulis

Dian Yuniar Syanti Rahayu, dkk

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xiii

Bab 1 Tujuan dan Fungsi Keperawatan Komunitas

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Pengertian Keperawatan Komunitas.....	2
1.3 Tujuan Keperawatan Komunitas.....	2
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Fungsi Keperawatan Komunitas	4

Bab 2 Paradigma Keperawatan Komunitas

2.1 Pendahuluan.....	5
2.2 Pengertian Paradigma Keperawatan Komunitas.....	6
2.3 Komponen Paradigma Keperawatan Komunitas.....	7
2.3.1 Manusia	7
2.3.2 Sehat dan Kesehatan.....	9
2.3.3 Masyarakat dan Lingkungan.....	11
2.3.4 Keperawatan.....	14
2.4. Pandangan Tokoh Keperawatan terkait Paradigma.....	15
2.4.1 Paradigma Keperawatan menurut Betty Neuman.....	16
2.4.2 Paradigma Keperawatan menurut Dorothy E Johnson.....	17
2.4.3 Paradigma Keperawatan menurut Dorothea Orem.....	18
2.4.4 Paradigma Keperawatan menurut Sister Calista Roy	19
2.4.5 Paradigma Keperawatan menurut Imogene King	19

Bab 3 Peran dan Fungsi Perawat dalam Keperawatan Komunitas

3.1 Pendahuluan.....	23
3.2 Klinisi	24
3.2.1 Praktik Holistic.....	24
3.2.2 Fokus pada Kesehatan	25
3.2.3 Perluasan Keterampilan.....	25

3.3 Pendidik.....	26
3.4 Advokat.....	27
3.4.1 Tujuan Advokasi.....	28
3.4.2 Tindakan Advokasi.....	28
3.5 Manajer.....	29
3.5.1 Perawat sebagai Perencana.....	29
3.5.2 Perawat sebagai Penyelenggara.....	30
3.5.3 Perawat sebagai Pemimpin.....	30
3.5.4 Perawat sebagai Pengendali.....	30
3.6 Kolaborator.....	31
3.7 Pemimpin.....	31
3.8 Peneliti.....	32
3.9 Peran Perawat Komunitas dalam Situasi Bencana.....	32
3.9.1 Peran Perawat Komunitas dalam Fase Kesiapsiagaan.....	32
3.9.2 Peran Perawat Komunitas dalam Fase Tanggap Bencana.....	33
3.9.3 Peran Perawat Komunitas dalam Fase Pemulihan.....	34

Bab 4 Etika dalam Lingkup Keperawatan Komunitas

4.1 Etika dalam Keperawatan Komunitas.....	35
4.2 Tradisi dalam Etika Keperawatan Komunitas.....	35
4.3 Komitmen Perawat untuk Perawatan: Individu, Keluarga, dan Komunitas..	36
4.3.1 Beneficence.....	37
4.3.2 Otonomi.....	37
4.3.3 Advokasi.....	38
4.3.4 Keadilan Sosial.....	39
4.4 Teori ke Praktik: Isu Komunitas.....	40
4.4.1 Komunitas Membuat Keputusan.....	40
4.4.2 Perawat sebagai Advokat.....	42
4.4.3 Praktik Komunitas yang Peduli.....	43
4.5 Munculnya Pola Baru dalam Keperawatan Etika dan Pemberdayaan Komunitas.....	45
4.6 Masalah Etika di Keperawatn Komunitas.....	45

Bab 5 Pengkajian Keperawatan Komunitas

5.1 Pendahuluan.....	49
5.2 Pengertian.....	50
5.3 Sumber Data Pengkajian.....	50
5.4 Metode Pengkajian.....	51
5.5 Komponen Pengkajian.....	56

5.5.1 Data Inti Komunitas	57
5.5.2 Data Subsistem Komunitas	57
5.5.3 Data persepsi.....	60
Bab 6 Keperawatan Kesehatan Kerja	
6.1 Pendahuluan.....	61
6.2 Kesehatan Kerja.....	62
6.3 Keperawatan Kesehatan Kerja	62
6.4 Peran Perawat dalam Keperawatan Kesehatan Kerja.....	63
6.5 Pengaturan Komunitas Kesehatan Kerja	65
6.6 Hazard Kesehatan Kerja	66
6.6.1 Jenis Hazard	66
6.7 Penilaian Kesehatan	67
6.8 Pencegahan Kesehatan Kerja	69
6.8.1 Pencegahan Primer (Primary Prevention).....	69
Bab 7 Keperawatan Kesehatan Keluarga	
7.1 Pendahuluan.....	71
7.2 Definisi Keluarga.....	72
7.3 Struktur Keluarga	73
7.4 Tipe Keluarga	74
7.5 Fungsi & Tugas Keluarga.....	77
7.6 Tahapan Tumbuh Kembang Keluarga.....	81
7.7 Tugas Perkembangan Keluarga.....	82
Bab 8 Konseptual Model Praktik Keperawatan Komunitas	
8.1 Pendahuluan.....	85
8.2 Pengertian Konsep Model Praktik Keperawatan	85
8.3 Konseptual Model Praktik Keperawatan Komunitas	86
Bab 9 Perencanaan Asuhan Keperawatan Komunitas	
9.1 Pendahuluan.....	97
9.2 Tahapan dalam Perencanaan Asuhan Keperawatan Komunitas	98
9.3 Perencanaan Keperawatan	99
Bab 10 Strategi dalam Implementasi Keperawatan Komunitas	
10.1 Pendahuluan.....	109
10.2 Strategi Implementasi Keperawatan Komunitas.....	111
10.2.1 Penasehat Kesehatan Awam.....	112

10.2.2 Kelompok Fokus	113
10.2.3 Kemitraan.....	114
10.2.4 Media Masa	115
10.2.5 Advokasi	117
10.2.6 Pendidikan Kesehatan	118
10.2.7 Pemberdayaan.....	119

Bab 11 Promosi Kesehatan

11.1 Pendahuluan.....	121
11.2 Sejarah Dimulainya Promosi Kesehatan	122
11.3 Kompetensi Yang Harus Dimiliki Untuk Program Promosi Kesehatan ..	124
11.4 Tujuan Promosi Kesehatan.....	126
11.5 Hal-Hal Memengaruhi Promosi Kesehatan	128
11.6 Lokasi Promosi Kesehatan	130
11.7 Media Promosi Kesehatan.....	136
11.7.1 Definisi Media dalam Promosi Kesehatan.....	136
11.7.2 Peran Media Promosi Kesehatan.....	137
11.7.3 Jenis Media Promosi Kesehatan	137
11.7.4 Pengembangan Pesan, Uji Coba dan Produksi Media.....	139
11.7.5 Pesan yang Disampaikan Akan Efektif, Jika Memperhatikan Hal- Hal Berikut:.....	140
Daftar Pustaka	143
Biodata Penulis	159

Daftar Gambar

Gambar 5.1: Konsep Roda Pengkajian Komunitas.....	56
Gambar 6.1: Occupational Health Nursing Role.....	65
Gambar 8.1: Kerangka Konsep King.....	88
Gambar 8.2: The Neuman System Model	91

Daftar Tabel

Tabel 5.1: Pengkajian Windshield Survey.....	53
Tabel 6.1: Hazard Biologi.....	66
Tabel 6.2: Hazard Kimia.....	66
Tabel 6.3: Hazard Lingkungan	67
Tabel 6.4: Hazard Ergonomis	67
Tabel 7.1: Tugas perkembangan keluarga sesuai tahap perkembangan keluarga adalah sebagai berikut.....	82

Bab 1

Tujuan dan Fungsi Keperawatan Komunitas

1.1 Latar Belakang

Keperawatan Komunitas adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mencegah dan meningkatkan kesehatan masyarakat melalui pelayanan asuhan langsung kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, serta perhatian langsung terhadap masalah kesehatan pada semua lapisan masyarakat. Aspek sosial, ekonomi, politik, budaya, dan adat yang ada dalam komunitas peduli masyarakat, termasuk perawatan kesehatan di rumah dan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat luas, membantu orang mengidentifikasi masalah kesehatan mereka sendiri dan mengatasinya sesuai dengan kebutuhan mereka.

Seorang perawat komunitas berusaha untuk mencapai kesehatan yang optimal melalui pencegahan penyakit dan promosi kesehatan dan memastikan perawatan medis yang terjangkau untuk populasi berisiko.

Keperawatan merupakan salah satu profesi kesehatan dan seorang perawat komunitas perlu memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan keperawatan yang baik dalam memberikan asuhan yang berkualitas, mencegah penyakit dan memberikan perawatan yang komprehensif dan berkelanjutan.

Fokus utama kegiatan pelayanan kesehatan masyarakat adalah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan, serta membimbing dan mendidik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk menanamkan pemahaman, kebiasaan dan perilaku hidup sehat sehingga dapat mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan secara mandiri.

1.2 Pengertian Keperawatan Komunitas

Keperawatan komunitas adalah area spesifik dari praktik keperawatan. Dalam melaksanakan praktik keperawatan komunitas, perawat perlu memiliki kemampuan berinteraksi dengan masyarakat.

Perawat perlu menjunjung tinggi prinsip otoritas, ketidakberpihakan, kerjasama, dan pemberdayaan masyarakat, serta menyelesaikan masalah melalui proses keperawatan. Dalam penerapannya, peran perawat secara bertahap dan berkesinambungan menasar sasaran, dan mencapai tujuan untuk memecahkan masalah kesehatan secara mandiri. Perawatan komunitas terdiri dari tiga kata, keperawatan, kesehatan dan komunitas (Azrul Azwar 2000). Seperti yang didefinisikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia, keperawatan komunitas adalah area perawatan khusus yang menggabungkan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan sosial sebagai bagian dari kesehatan masyarakat dan bantuan sosial yang ditargetkan secara individu, perbaikan lingkungan fisik, rehabilitasi, penyakit. program pencegahan, Keluarga, kelompok dan masyarakat (R.Fallen & R.Budi Dwi K, 2011).

1.3 Tujuan Keperawatan Komunitas

Tujuan dari keperawatan komunitas adalah untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat dengan menggunakan proses perawatan yang melibatkan masyarakat dengan mempertimbangkan sejauh mana masalah kesehatan memengaruhi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam bentuk perawatan langsung kepada masyarakat dalam konteks kesehatan dan penyakit sebagai pola dan kerangka perawatan mitra, mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan

1.3.1 Tujuan Umum

Meningkatkan derajat Kesehatan dan kemampuan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai derajat Kesehatan yang optimal secara mandiri

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Dipahaminya pengertian sehat sakit oleh masyarakat
2. Meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk melaksanakan upaya perawatan dasar dalam rangka mengatasi masalah keperawatan
3. Tertanganinya kelompok keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan
4. Tertanganinya kelompok khusus/rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan di rumah, di panti dan dimasyarakat
5. Tertanganinya kasus kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan asuhan keperawatan di rumah
6. Terlayaninya kasus kasus tertentu yang termasuk kelompok risiko tinggi yang memerlukan penanganan dan asuhan keperawatan di rumah dan di puskesmas
7. Teratasi dan terkendalinya keadaan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat yang optimal (Maryani, 2014)
8. Promosi kesehatan sebagai upaya untuk membantuk masyarakat menjadikan gaya hidup mereka sehat optimal.
9. Proteksi kesehatan sebagai upaya perlindungan kelompok masyarakat terhadap terpaparnya suatu penyakit
10. Pencegahan penyakit dan penyembuhan

1.4 Fungsi Keperawatan Komunitas

Fungsi adalah rincian tugas yang berkaitan erat satu sama lain, untuk dilaksanakan menurut sifat atau pelaksanaannya. Fungsi keperawatan komunitas berkaitan erat dengan aspek spesifik dari tugas spesifik di komunitas (widyanto, 2014).

Perawat komunitas bertanggung jawab untuk membantu komunitas tetap stabil dan sehat dengan memperhatikan kondisi lingkungan dan sosial.

1. Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi kesehatan masyarakat dan keperawatan dalam memecahkan masalah melalui asuhan keperawatan.
2. Masyarakat mendapatkan pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhan di bidang kesehatan
3. Memberikan asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah, komunikasi yang efektif dan efisien melibatkan peran serta masyarakat
4. Masyarakat bebas mengemukakan pendapat terkait dengan permasalahan atau kebutuhannya sehingga mendapatkan penanganan dan pelayanan yang cepat dan pada akhirnya dapat mempercepat proses penyembuhan(wahit iqbal mubarak, 2009)

Bab 2

Paradigma Keperawatan Komunitas

2.1 Pendahuluan

Perubahan mendasar dalam keperawatan adalah pergeseran yang terjadi pada pelayanan atau pemberian asuhan keperawatan yang awalnya lebih menekankan pada tindakan khususnya tindakan-tindakan pendelegasian oleh tim medis bergeser pada penekanan yang berdasar pada landasan ilmu pengetahuan dan metode ilmiah. Keyakinan ini secara tidak langsung mengubah pandangan dan tatanan yang ada pada saat itu terkait tatanan pelayanan/ asuhan keperawatan, pendidikan keperawatan maupun perkembangan organisasi keprofesian.

Peran serta masyarakat diperlukan dalam hal perorangan. Komunitas sebagai subyek dan obyek diharapkan masyarakat mampu mengenal, mengambil keputusan dalam menjaga kesehatannya. Sebagian akhir tujuan pelayanan kesehatan utama diharapkan masyarakat mampu secara mandiri menjaga dan meningkatkan status kesehatan masyarakat Mubarak, 2005.

Pandangan tentang keperawatan sebagai suatu kegiatan pelayanan, manusia sebagai klien, kesehatan, lingkungan dari klien dan perawat itu sendiri yang dikenal sebagai paradigma keperawatan. paradigma ini memberikan informasi

tentang lingkup cakupan dan batasan, esensi, tujuan dan kemanfaatan dari perkembangan profesi keperawatan.

Pada bagian ini akan dibahas hal-hal yang terkait dengan paradigma keperawatan komunitas meliputi: Pengertian paradigma keperawatan komunitas, komponen paradigma keperawatan komunitas dan pandangan tokoh-tokoh atau ahli keperawatan terhadap paradigma.

2.2 Pengertian Paradigma Keperawatan Komunitas

Istilah paradigma muncul sejak abad pertengahan di Benua Eropa tepatnya di Inggris. Istilah ini paradigma adalah serapan yang berasal dari bahasa Latin yaitu paradigma yang berarti suatu model atau pola. Dalam bahasa Yunani paradigma (para dan deiknunai) yang berarti untuk "membandingkan", "bersebelahan" (para) dan memperlihatkan. Dari serapan Bahasa Yunani tersebut, dapat diartikan bahwa paradigma adalah cara pandang orang terhadap diri dan lingkungannya yang akan memengaruhinya dalam berpikir (kognitif), bersikap (afektif), dan bertingkah laku. Paradigma juga dapat berarti seperangkat asumsi, konsep, nilai, dan praktik yang di terapkan dalam memandang realitas dalam sebuah komunitas yang sama, khususnya, dalam disiplin intelektual (Kesuma, 2020).

Dilansir dari Kamus Besar Bahasa Indonesia, (KBBI) paradigma adalah model dalam teori ilmu pengetahuan. Tidak hanya itu, dalam percakapan sehari-hari istilah paradigma berpikir. Karena paradigma adalah model utama, pola atau metode (untuk meraih beberapa jenis tujuan). Sering kali paradigma merupakan sifat yang paling khas atau dasar dari sebuah teori atau cabang ilmu (kristanto, 2017).

Paradigma merupakan pola atau skema yang mencoba mengorganisasikan atau menerangkan suatu proses. Paradigma memiliki arti pengetahuan umum di mana di dalamnya terdapat proses ilmiah umum yang secara historis mencerminkan berbagai keberhasilan dalam suatu disiplin. a. Paradigma adalah hubungan teori yang membentuk susunan yang mengukur teori itu berhubungan satu dengan yang lain sehingga menimbulkan hal-hal yang perlu diselidiki (Depkes RI, 1989).

Menurut Thomas Kuhn (1979) dalam Almas (2018) Paradigma sebagai model, pola atau pandangan dunia yang dilandasi pada karakteristik penampilan dalam kelompok yang menunjukkan keberadaannya terhadap sesuatu yang diyakini dan terbuka untuk penyelesaian masalah dalam kelompoknya. Dari pengertian diatas, maka Paradigma keperawatan adalah suatu cara pandang yang mendasar atau cara kita melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap fenomena yang ada dalam keperawatan. Paradigma keperawatan merupakan suatu pedoman yang menjadi acuan dan mendasari pelaksanaan praktek keperawatan diberbagai tatanan kesehatan. Seperti halnya definisi paradigma secara umum, maka paradigma keperawatan merupakan serangkaian konsep yang bisa sama dan terdapat dalam berbagai disiplin keilmuan lain, tetapi tidak memiliki definisi umum yang dapat berlaku secara universal.

2.3 Komponen Paradigma Keperawatan Komunitas

Paradigma keperawatan komunitas terdiri dari empat komponen pokok, yaitu manusia, keperawatan, kesehatan dan lingkungan (Logan & Dawkins, 1987) dan Hidayat (2015).

2.3.1 Manusia

Keperawatan meyakini dan menekankan dalam setiap kegiatan pelayanan keperawatannya bahwa manusia merupakan individu yang layak diperlakukan secara terhormat, dihargai keunikannya berdasarkan individualitas, dalam berbagai situasi, kondisi, dan sistem yang dapat mengancam kehormatan dan sifat kemanusiaannya. Perspektif keperawatan menjelaskan bahwa manusia merupakan pribadi-pribadi dan bukan obyek.

Konseptualitas keperawatan tentang manusia dapat dibuktikan melalui model-model keperawatan tentang kemanusiaan, penghargaan terhadap manusia, dan perasaan sebagai manusia, yang telah berlaku sejak lama. Meskipun demikian, mengkonseptualisasikan manusia sebagai suatu sumber energi atau beberapa set sistem perilaku, atau memperlakukan pikiran dan perasaan manusia sebagai

lingkungan internal dapat menimbulkan keraguan keperawatan untuk menerangkan tentang manusia secara jelas (Siregar, 2022).

Manusia adalah makhluk biopsikososial dan spiritual yang utuh, dalam arti merupakan satu kesatuan utuh dari aspek jasmani dan rohani serta unik karena mempunyai berbagai macam kebutuhan sesuai tingkat perkembangannya. Manusia adalah sistem yang terbuka senantiasa berinteraksi secara tetap dengan lingkungan eksternalnya serta senantiasa berusaha selalu menyeimbangkan keadaan internalnya (homeostatis). Manusia memiliki akal fikiran, perasaan, kesatuan jiwa dan raga, mampu beradaptasi dan merupakan kesatuan sistem yang saling berinteraksi, interelasi dan interdependensi (Hastuti, 2015).

Jadi, konsep manusia menurut paradigma keperawatan adalah manusia sebagai sistem terbuka, sistem adaptif, personal dan interpersonal yang secara umum dapat dikatakan holistik atau utuh. Sebagai sistem terbuka, manusia dapat memengaruhi dan dipengaruhi oleh lingkungannya, baik lingkungan fisik, biologis, psikologis maupun sosial dan spiritual sehingga perubahan pada manusia akan selalu terjadi khususnya dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya. Sebagai sistem adaptif manusia akan merespon terhadap perubahan lingkungannya dan akan menunjukkan respon yang adaptif maupun respon maladaptif. Respon adaptif akan terjadi apabila manusia tersebut mempunyai mekanisme koping yang baik menghadapi perubahan lingkungannya, tetapi apabila kemampuannya untuk merespon perubahan lingkungan yang terjadi rendah maka manusia akan menunjukkan perilaku yang maladaptif

Manusia atau klien dapat diartikan sebagai individu, keluarga ataupun masyarakat yang menerima asuhan keperawatan. Keluarga merupakan sekelompok individu yang berhubungan erat secara terus menerus dan terjadi interaksi satu sama lain baik secara perorangan maupun bersama-sama, di dalam lingkungan sendiri atau masyarakat secara keseluruhan (Baylon Maglaya, 1974). Beberapa alasan keluarga sebagai fokus dalam pelayanan keperawatan di antaranya adalah keluarga merupakan suatu kelompok yang dapat menimbulkan, mencegah memperbaiki, mengabaikan masalah dalam kelompoknya sendiri serta merupakan perantara yang efektif dalam melakukan upaya kesehatan Ali, 2010).

Peran perawat pada individu sebagai klien adalah memenuhi kebutuhan dasarnya mencakup kebutuhan biologi, sosial, psikologi dan spiritual karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, kurang

kemauan menuju kemandirian pasien. Peran perawat dalam membantu keluarga meningkatkan kemampuan untuk menyelesaikan masalah kesehatan adalah perawat sebagai pendeteksi adanya masalah kesehatan, memberi asuhan kepada anggota keluarga yang sakit, koordinator pelayanan kesehatan keluarga, fasilitator, pendidik dan penasehat keluarga dalam masalah – masalah kesehatan.

Dalam memberikan asuhan keperawatan pada keluarga perawat perlu memperhatikan sifat-sifat keluarga yaitu keluarga mempunyai reaksi dan cara yang unik dalam menghadapi masalahnya, pola komunikasi yang dianut, cara pengambilan keputusan, sikap, nilai, cita-cita keluarga dan gaya hidup keluarga yang berbeda-beda. Individu dalam keluarga mempunyai siklus tumbuh kembang. Pelayanan kesehatan pada masyarakat ini dapat berbentuk pelayanan kepada masyarakat umum dan kelompok-kelompok masyarakat tertentu (balita dan lansia) (Simamora, 2019).

2.3.2 Sehat dan Kesehatan

Sehat adalah suatu keadaan yang dinamis di mana individu menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan lingkungan internal dan eksternal untuk mempertahankan keadaan kesehatannya. Adapun faktor lingkungan internal yang memengaruhi adalah psikologis, dimensi intelektual dan spiritual dan proses penyakit. Faktor-faktor lingkungan eksternal adalah faktor-faktor yang berada diluar individu yang mungkin memengaruhi kesehatan antara lain variabel lingkungan fisik, hubungan sosial dan ekonomi (Udayana, 2013).

Salah satu ukuran yang dipakai untuk mengukur tingkat atau status kesehatan adalah rentang sehat sakit. Rentang sehat sakit merupakan skala hipotesa yang berjenjang untuk mengukur keadaan seseorang. Tingkat sehat seseorang berada pada skala yang bersifat dinamis, individualis, dan tergantung pada faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan. Menurut model ini, keadaan sehat selalu berubah secara konstan, di mana rentang sehat sakit berada di antara dua kutub yaitu sehat optimal dan kematian. Apabila status kesehatan kita bergerak kearah kematian kita berada dalam area sakit (illness area), tetapi apabila status kesehatan kita bergerak ke arah sehat maka kita berada dalam area sehat (wellness area) atau sejahtera (Hidayat, 2017).

Sehat adalah keadaan keseimbangan yang sempurna baik fisik, mental, dan sosial, tidak hanya bebas dari penyakit dan kelemahan (WHO, 1997). Sehat adalah kemampuan optimal individu untuk menjalankan peran dan tugasnya

secara efektif, lebih lanjut bahwa Sehat adalah keadaan sejahtera tubuh, jiwa, sosial, yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Undang – Undang Kesehatan RI No.23 Tahun 1992).

Definisi sehat & kesehatan telah berubah dari kondisi seseorang yang bebas penyakit menjadi kondisi yang mampu mempertahankan individu untuk berfungsi secara konsisten, stabil dan seimbang dalam menjalani kehidupan sehari-hari melalui interaksi positif dengan lingkungan. Kesehatan dipandang juga sebagai sebuah kisaran antara sehat dan sakit di mana individu memiliki suatu nilai yang berharga tentang kesehatan dan bukan semata-mata suatu fenomena empiris tentang kondisi seseorang (Hidayat, 2017).

Sakit adalah ketidak seimbangan fungsi normal tubuh manusia, termasuk jumlah sistem biologis dan kondisi kondisi penyesuaian (parson). Sakit adalah adanya gejala, persepsi tentang keadan sakit yang dirasakan, dan kemampuan beraktivitas sehari-hari yang menurun (Bauman).

Mukhoirotin (2021), menjelaskan konsep sehat, Perilaku sehat dipengaruhi oleh faktor di antaranya Pendidikan, Adat istiadat, Kepercayaan, Kebiasaan dan Sosial ekonomi. Sementara perilaku sakit ditandai dengan tidak memegang tanggung jawab selama sakit, bebas dari tugas dan peran sosial, berupaya mencapai kondisi sehat secepat mungkin dan bersama keluarga mencari bantuan dengan segera. Saat individu sakit maka efek sakit terhadap peran individu akan dirasakan di antaranya adalah: perubahan Peran, masalah keuangan, kesepian dan perubahan kebiasaan sosial.

Para teologis berpendapat bahwa kesehatan bukan suatu elemen utama yang menjadi gambaran alami seorang individu, tetapi merupakan elemen tambahan bagi gambaran alami individu. Mereka menyatakan bahwa tingkat kesehatan individu dapat berbeda dan dapat dipersepsikan sebagai pelengkap yang bervariasi. Selain itu, makna kesehatan dikaitkan dengan dua elemen dasar proses kehidupan yaitu identitas diri dan perubahan diri (Ryadi, 2016).

Sebaliknya, keperawatan menolak bahwa kesehatan hanya merupakan kondisi bebas dari penyakit. Hal ini didukung oleh Smith yang mencarikan jalan keluar terhadap keragu-raguan keperawatan tentang kesehatan, dan memperkenalkan empat model yaitu (a) model klinik berdasarkan tidak terdapatnya tanda dan gejala penyakit, (b) model kinerja peran di mana kinerja peran yang adekuat mencerminkan kriteria sehat, (c) model adaptif di mana kesehatan merupakan kondisi interaktif yang efektif antara fisik seseorang dan lingkungannya, dan

(d) model "eudaemonistik" yang memperluas makna kesehatan menjadi kesejahteraan umum dan realisasi diri (Nicoll, 1993).

Berdasarkan model yang dikemukakan diatas serta keyakinan keperawatan akan definisi sehat dan kesehatan yang tidak terbatas pada kondisi bebas dan penyakit, maka komponen paradigma tentang sehat & kesehatan dapat berkembang menjadi suatu pemahaman tentang "terciptanya suatu kondisi fisik dan psikologis seseorang yang bebas dari tanda dan keluhan akibat terjadinya masalah kesehatan, di mana orang tersebut dapat tetap memperlihatkan kinerja aktif, dinamis, dan efektif serta kemampuan untuk menyesuaikan diri. terhadap setiap tantangan dan ancaman yang datang baik dari dalam dirinya sendiri maupun lingkungannya, dan berkemampuan untuk mempertahankan tingkat kesejahteraan fisik, psikologis, sosial dan spritualnya secara seimbang melalui upaya aktualisasi diri yang positif"

2.3.3 Masyarakat dan Lingkungan

Lingkungan menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah daerah (kawasan dsb) yang termasuk di dalamnya. Lingkungan adalah faktor eksternal yang berpengaruh terhadap perkembangan manusia dan mencakup antara lain lingkungan sosial, status ekonomi dan kesehatan.

Fokus lingkungan yaitu lingkungan fisik, psikologi, sosial, budaya dan spiritual. Hidayat (2018) membedakan Lingkungan menjadi 2 yaitu

1. Lingkungan dalam terdiri dari:

a. Lingkungan fisik (physical enviroment)

Merupakan lingkungan dasar/alami yang berhubungan dengan ventilasi dan udara. Faktor tersebut mempunyai efek terhadap lingkungan fisik yang bersih yang selalu akan memengaruhi pasien di manapun dia berada di dalam ruangan harus bebas dari debu, asap, bau-bauan. Tempat tidur pasien harus bersih, ruangan hangat, udara bersih, tidak lembab, bebas dari bau-bauan. Lingkungan dibuat sedemikian rupa sehingga memudahkan perawatan baik bagi orang lain maupun dirinya sendiri. Luas, tinggi penempatan tempat tidur harus memberikan memberikan keleluasaan pasien untuk beraktivitas. Tempat tidur harus mendapatkan penerangan yang cukup, jauh dari kebisingan dan

bau limbah. Posisi pasien ditempat tidur harus diatur sedemikian rupa supaya mendapat ventilasi.

b. Lingkungan psikologi (psychologi enviroment)

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

c. Lingkungan sosial (social environment)

Observasi dari lingkungan sosial terutama hubungan yang spesifik, kumpulan data-data yang spesifik dihubungkan dengan keadaan penyakit, sangat penting untuk pencegahan penyakit. Dengan demikian setiap perawat harus menggunakan kemampuan observasi dalam hubungan dengan kasus-kasus secara spesifik lebih dari sekedar data-data yang ditunjukkan pasien pada umumnya. Seperti juga hubungan komuniti dengan lingkungan sosial dugaannya selalu dibicarakan dalam hubungan individu pasien yaitu lingkungan pasien secara menyeluruh tidak hanya meliputi lingkungan rumah atau lingkungan rumah sakit tetapi juga keseluruhan komunitas yang berpengaruh terhadap lingkungan secara khusus.

2. Lingkungan luar (kultur, adat, struktur masyarakat, status sosial, udara, suara, pendidikan, pekerjaan dan sosial ekonomi budaya)

Lingkungan dengan kesehatan sangat berpengaruh karena dengan cara terapi lingkungan dapat membantu perawat dalam menjaga pola pertahanan tubuh terhadap penyakit untuk meningkatkan pola interaksi yang sehat dengan klien. Lingkungan dengan timbulnya penyakit yaitu apabila lingkungan kita kotor dan tidak bersih maka akan berpotensi sekali untuk terciptanya banyak penyakit-penyakit.

Lingkungan merupakan faktor yang memengaruhi kesehatan di mana apabila lingkungan itu kotor maka kesehatan manusia akan terganggu sehingga manusia perlu merawat dirinya atau membutuhkan perawatan dari orang lain. Keperawatan dengan lingkungan juga sangat berpengaruh di mana jika seseorang sedang rehabilitasi maka akan memerlukan lingkungan yang bersih.

Masyarakat dan lingkungan merupakan komponen dalam paradigma keperawatan di mana setiap individu berinteraksi. Masyarakat dan lingkungan juga dianggap sebagai sumber terjadinya keadaan sakit (tidak sehat) dan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kesehatan atau kondisi sakit seseorang. Aligood (2017) mengidentifikasi bahwa hubungan antara individu dan lingkungannya serta kemampuan individu untuk mempertahankan kesehatan dirinya dapat dipengaruhi oleh lingkungan di mana individu itu berada. Individu selalu berada pada lingkungan fisik, psikologis, dan sosial.

Fokus perhatian terhadap interaksi manusia dan lingkungannya dalam teori keperawatan dapat dikategorikan menjadi dua bagian yaitu teori keperawatan yang berfokus parsial dan teori keperawatan yang berfokus total. Pada fokus parsial, perawat berperan sebagai pengganti, di mana peran perawat diperlukan pada saat klien tidak mampu melakukan kegiatannya. Teori ini beranggapan bahwa perawat bertanggung jawab terhadap kesehatan dan kebutuhan harian klien sampai mereka dapat pulih kembali dan mampu bertanggung jawab terhadap kelangsungan hidup selanjutnya (Alligood, 2010).

Aplikasi teori ini dapat dilihat dalam teori Orem, Henderson, dan Orlando, di mana ketiga ahli teori ini sepakat bahwa peran perawat merupakan peran pengganti ketika klien tidak mampu, tidak mau atau tidak tahu merawat diri dalam menjalankan fungsi interaksinya yang seimbang dengan lingkungan, yang dapat disebabkan oleh faktor perkembangan, faktor ketidakmampuan, faktor keterbatasan lingkungan, faktor respons berlawanan terhadap interaksi lingkungan dan faktor ketidakmampuan berkomunikasi (Alligood, 2010).

Teori yang berfokus total dikemukakan melalui dukungan beberapa ahli teori keperawatan yaitu Nightingale, Levine, Rogers, Roy, Neuman, dan Johnson (Alligood, 2010) yang memandang bahwa lingkungan merupakan kondisi eksternal sebagai sumber ventilasi, kehangatan, kebisingan, dan pencahayaan di mana perawat dapat mengatur dan memanipulasinya dalam rangka membantu klien memulihkan diri. Dengan demikian, kegiatan keperawatan meliputi antara lain menciptakan lingkungan yang memungkinkan terjadinya penyembuhan dan pemulihan kesehatan seorang klien.

2.3.4 Keperawatan

Menurut Henderson, keperawatan merupakan upaya bantuan yang diberikan kepada individu baik sehat maupun sakit, yang dibutuhkan sampai pulih kembali atau menjelang ajal, di mana individu tidak mampu melaksanakan kegiatan kehidupannya akibat ketidakmampuan, ketidakmauan, dan ketidak-tahuan (Alligood, 2010) Asuhan keperawatan adalah pelayanan yang diberikan kepada klien (individu atau kelompok) yang sedang mengalami stress kesehatan – stres penyakit di mana situasi kehidupan yang seimbang menjadi terganggu dan menghasilkan tekanan (biologis, psikologis, dan sosial) serta ketidaknyamanan.

Keperawatan dapat dipandang sebagai suatu proses kegiatan dan juga sebagai suatu keluaran kegiatan, tergantung dari cara memandang dan perspektif pandangan. Sebagai proses serangkaian kegiatan, maka keperawatan perlu mengorganisasikan, mengatur, mengkoordinasikan serta mengarahkan berbagai sumber (termasuk klien di dalamnya) untuk digunakan seefektif dan efisien mungkin dalam rangka memenuhi kebutuhan klien. Selain itu, untuk mengatasi masalah-masalah aktual dan potensial klien melalui suatu bentuk

pelayanan keperawatan yang menekankan pada pengadaan fasilitasi interaksi klien dan lingkungannya.

Konseptualisasi keperawatan yang memfokuskan kepada proses interpersonal atau hubungan antar manusia telah mengarahkan keperawatan sebagai suatu pelayanan kesehatan yang menekankan pada hubungan saling menolong antar manusia.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan professional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan berbentuk pelayanan biologi, psikologi, sosial, spiritual dan kultural secara komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia. Asuhan keperawatan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurang kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Sebagai suatu profesi, keperawatan memiliki falsafah yang bertujuan mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan.

Dalam hal ini, pertama, keperawatan menganut pandangan yang holistik terhadap manusia yaitu Ketuhanan Manusia sebagai makhluk biopsikososial dan spiritual dan kultural. Kedua, kegiatan keperawatan dilakukan dengan pendekatan humanistik dalam arti menghargai dan menghormati martabat manusia memberi perhatian kepada klien serta menjunjung tinggi keadilan bagi semua manusia. Ketiga, keperawatan bersifat universal dalam arti tidak dibedakan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etnik, agama, aliran politik dan status ekonomi sosial. Keempat, keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan serta kelima, bahwa keperawatan menganggap klien sebagai partner aktif dalam arti perawat selalu bekerjasama dengan klien dalam memberikan asuhan keperawatan.

2.4 Pandangan Tokoh Keperawatan terkait Paradigma

Tokoh Keperawatan telah memberikan pandangan terhadap empat komponen paradigma, di mana para ahli teori keperawatan telah menuangkan pandangan tersebut dalam masing-masing teori yang telah mereka Publikasikan (Aligood,

2017). Pandangan mereka terhadap paradigma secara ringkas adalah sebagai berikut:

2.4.1 Paradigma Keperawatan menurut Betty Neuman

Neuman menjelaskan paradigma keperawatan terdiri atas, manusia, lingkungan, kesehatan dan keperawatan.

1. Manusia:

Fokus model Neuman ini didasarkan pada philosophy bahwa manusia dipandang secara total sebagai suatu sistem yang multidimensional.

5 variabel subsistem manusia adalah:

- a. Fisiologi: merupakan struktur fisik dan biokimia serta fungsi tubuh manusia
- b. Psikologis: proses mental dan emosional manusia
- c. Sosio kultural: hubungan antara manusia, culture yang mendasari dan memengaruhi aktivitas manusia
- d. Spiritual: kepercayaan
- e. Perkembangan: segala sesuatu proses yang berhubungan dengan perkembangan manusia sepanjang siklus kehidupannya

2. Lingkungan:

Neuman berpendapat bahwa lingkungan harus dipandang secara keseluruhan. Lingkungan adalah segala sesuatu yang berada disekitar manusia, baik lingkungan internal maupun eksternal, di mana di dalamnya manusia akan berinteraksi setiap saat. Interaksi manusia meliputi intrapersonal, interpersonal dan ekstrapersonal yang dapat memengaruhi stabilitasnya sebagai suatu sistem.

Neuman mengidentifikasi ada 3 jenis lingkungan:

- a. Lingkungan internal.
- b. Lingkungan internal adalah yang terdapat di dalam diri masing-masing individu
- c. Lingkungan eksternal.
- d. Lingkungan eksternal segala sesuatu yang berada di luar diri individu

- e. Created environment (lingkungan yang diciptakan) diartikan sebagai lingkungan yang terbentuk dan berkembang tanpa disadari oleh klien dan merupakan simbol sistem secara keseluruhan.
3. Kesehatan:
Neuman melihat bahwa kesehatan merupakan suatu kondisi di mana terdapat keserasian pada seluruh maupun sebagian variabel dalam diri klien. Menurutnya, sistem klien akan bergeser ke arah sakit dan kematian ketika banyak energi yang dibutuhkan tidak terpenuhi, sedangkan sistem akan bergeser ke arah kesehatan apabila energi yang dibutuhkan terpenuhi (Neuman, 1995).
 4. Keperawatan:
Neuman memandang keperawatan sebagai suatu profesi yang unik yang konsentrasi/perhatiannya adalah terhadap semua variabel dalam diri klien disertai respon individu saat menghadapi suatu stresor. Keperawatan didefinisikan sebagai suatu tindakan untuk membantu individu, keluarga dan masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal (tercapainya stabilitas sistem individu untuk menurunkan stresor melalui serangkaian tindakan keperawatan).

2.4.2 Paradigma Keperawatan menurut Dorothy E Johnson

Johnson memberikan pandangan yang berbeda terkait paradigma keperawatan yang terdiri dari manusia, lingkungan, kesehatan, keperawatan.

1. Manusia:
Johnson berpendapat bahwa manusia memiliki dua sistem mayor yaitu sistem biologis dan sistem behavior. Pengobatan merupakan fokus untuk biologis sistem, sedangkan fokus keperawatan adalah behavioral system (sistem perilaku).
2. Lingkungan:
Lingkungan berhubungan dengan di mana individu berada, di mana perilaku individu dipengaruhi oleh hal-hal yang terjadi di lingkungannya.

3. Kesehatan:

Merupakan suatu keadaan di mana tercapai suatu respon yang adaptif secara fisik, mental, emosional dan sosial dari internal dan eksternal stimulus yang mencapai stabilitas dan kenyamanan.

4. Keperawatan:

Tujuan primer keperawatan adalah mempercepat tercapainya keadaan equilibrium dan perawat harus berkonsentrasi pada semua kebutuhan klien secara terintegrasi, namun fokus utamanya adalah mempertahankan keseimbangan sistem perilaku ketika dalam keadaan sakit.

2.4.3 Paradigma Keperawatan menurut Dorothea Orem

1. Manusia:

Orem memandang manusia secara total dan bersifat universal, di mana mereka membutuhkan perkembangan dan kemampuan perawatan diri sendiri secara berkelanjutan. Manusia merupakan suatu kesatuan dari fungsi biologi, simbolik dan sosial.

2. Lingkungan:

Lingkungan meliputi elemen lingkungan, kondisi lingkungan serta perkembangan lingkungan.

3. Keperawatan:

Menurut Orem, keperawatan adalah suatu seni, pelayanan/bantuan dan teknologi. Tujuan dari keperawatan adalah membuat pasien dan keluarganya mampu melakukan perawatan sendiri, di antaranya mempertahankan kesehatan, mencapai kondisi normal ketika terjadi kecelakaan atau bahaya, serta mengontrol, menstabilisasi dan meminimalisasi efek dari penyakit/kondisi yang kronis atau kondisi ketidakmampuan.

4. Kesehatan:

Sehat adalah suatu kondisi ketika keseluruhan struktur dan fungsi saling terintegrasi dengan baik. Hal ini memungkinkan manusia mampu menghubungkan berbagai macam mekanisme secara psikologis, fisiologis serta melakukan interaksi dengan orang lain.

2.4.4 Paradigma Keperawatan menurut Sister Calista Roy

1. Manusia:

Roy mengungkapkan bahwa manusia merupakan suatu sistem adaptif. Manusia dipandang sebagai makhluk bio-psiko-spiritual yang selalu berinteraksi dengan perubahan lingkungan, serta berinteraksi dengan menggunakan inisiasi bawaan dan mekanisme di dapat. Mereka termasuk individu, grup, keluarga, organisasi, komunitas.

2. Lingkungan – Stimulus:

Roy membedakan 3 jenis lingkungan, yaitu:

- a. Fokal: mencakup lingkungan internal dan eksternal yang dihadapi manusia
- b. Kontekstual: adalah semua stimulus pada setiap situasi yang berkontribusi memberikan pengaruh terhadap lingkungan fokal.
- c. Residual: adalah faktor yang efeknya tidak jelas dalam suatu kondisi

Menurut Roy, semua kondisi lingkungan tersebut akan memengaruhi perkembangan dan perilaku manusia.

3. Kesehatan:

Manusia dikatakan berada dalam suatu rentang sehat dan sakit, yang merupakan suatu dimensi yang tidak dapat dihindari oleh manusia.

4. Keperawatan:

Tujuan keperawatan adalah untuk meningkatkan kemampuan individu dan keluarga terhadap 4 model adaptif, yang berkontribusi terhadap kesehatan, kualitas kehidupan, kematian dengan bermartabat dengan mengkaji perilaku dan faktor kemampuan adaptif.

2.4.5 Paradigma Keperawatan menurut Imogene King

1. Manusia:

Menurut King, manusia merupakan makhluk sosial yang rasional dan selalu ingin tahu. Manusia memiliki kemampuan untuk berfikir, berpersepsi, perasaan, memilih dan menetapkan tujuan, serta membuat keputusan.

Karena itu, manusia memiliki 3 kebutuhan dasar:

- a. Manusia membutuhkan informasi kesehatan yang dapat digunakannya
 - b. Manusia membutuhkan pencegahan terhadap sakit
 - c. Manusia membutuhkan perawatan saat ia mengalami sakit
2. Lingkungan:
- Lingkungan merupakan latarbelakang interaksi manusia, terdiri atas:
- a. Lingkungan Internal: di dalamnya terdapat transformasi energi yang akan memungkinkan manusia untuk mengatur perubahan lingkungan eksternal
 - b. Lingkungan Eksternal: meliputi organisasi formal dan informal. Keperawatan merupakan bagian dari lingkungan klien.
3. Kesehatan:
- Menurut King, kesehatan adalah suatu pengalaman dinamis pada kehidupan manusia, di mana hal tersebut merupakan penyesuaian terhadap adanya stresor lingkungan baik internal maupun eksternal dengan menggunakan sumber-sumber optimum sehingga dicapai potensi yang maksimum dalam menjalankan aktivitas sehari-hari.
4. Keperawatan:
- Keperawatan didefinisikan sebagai proses aksi, reaksi dan interaksi antara perawat dan klien yang saling tukar menukar informasi tentang persepsi keduanya dan kondisi keperawatan. Proses interaksi perawat-klien melibatkan komunikasi, menentukan tujuan, eksplorasi dan menyetujui makna dari tujuan.
- a. Aksi: didefinisikan sebagai perilaku mental dan fisik
 - b. Reaksi: perilaku tidak spesifik, tapi bergantung pada perilaku aksi
 - c. Tujuan keperawatan: membantu individu untuk mempertahankan kesehatan agar perannya dapat berfungsi

Perbedaan Mendasar pandangan para ahli terkait Paradigma Keperawatan

Berdasarkan pada apa yang telah dipaparkan diatas, jika dicermati maka terdapat beberapa perbedaan mendasar pandangan ahli dalam menyikapi

paradigma keperawatan yang terdiri dari 4 komponen yaitu manusia, lingkungan, sehat sakit dan keperawatan itu sendiri.

1. Menurut Neuman

Neuman memandang manusia sebagai makhluk yang multidimensi, karena itu keperawatan harus berkonsentrasi terhadap seluruh aspek dari manusia. Keperawatan harus memperhatikan lingkungan internal maupun eksternal manusia, termasuk lingkungan yang tercipta dari interaksi manusia dengan lingkungan itu sendiri. Neuman memandang bahwa kesehatan adalah suatu keseimbangan antara seluruh aspek yang terdapat dalam diri manusia.

2. Menurut Johnson

Johnson memandang manusia memiliki 2 aspek dasar yaitu aspek biologis dan aspek perilaku, dan konsentrasi/fokus utama keperawatan adalah mempertahankan keseimbangan sistem perilaku manusia.

3. Menurut Orem

Orem juga memandang manusia sebagai makhluk universal yang membutuhkan perawatan sendiri sepanjang kehidupannya, karena itu fokus utama keperawatan menurut Orem adalah membuat manusia (individu, keluarga, masyarakat) mampu melakukan perawatan sendiri.

4. Menurut Roy

Manusia dipandang sebagai makhluk yang adaptif, dan selalu berinteraksi dengan lingkungannya. Untuk itu tujuan utama keperawatan adalah meningkatkan respon adaptif manusia yang nantinya akan berkontribusi dalam kehidupannya.

5. Menurut King

Manusia dipandang sebagai makhluk yang selalu ingin tahu dan memiliki potensi untuk membuat keputusan sendiri. Fokus utama keperawatan adalah pada sharing informasi antara perawatan dan klien.

Bab 3

Peran dan Fungsi Perawat dalam Keperawatan Komunitas

3.1 Pendahuluan

Perawat komunitas memiliki kewajiban untuk menyediakan asuhan keperawatan pada kelompok masyarakat dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat dalam menghadapi berbagai masalah yang menyebabkan kerentanan terhadap masalah kesehatan dan risiko kesehatan (Huy NV, Bang KS, Xuan HTA, 2018). Namun, kebutuhan masyarakat saat ini semakin kompleks karena adanya tuntutan untuk beradaptasi dengan perubahan zaman (Akbar, M. A., Juniarti, N., Yamin, 2022). Perawat komunitas harus mampu menerapkan pendekatan holistic dalam menghadapi tantangan yang ada (González MMP, Pisano ACG, 2019).

Secara historis, perawat komunitas telah terlibat dalam banyak peran profesional. Perawat komunitas telah dikenal mampu memberikan asuhan keperawatan kepada klien yang sakit, mengajarkan perilaku sehat, memberikan advokasi pada komunitas yang dibina, mengembangkan dan mengelola program kesehatan, menerapkan kepemimpinan kepada komunitas dan berkolaborasi dengan tenaga profesional lain untuk menerapkan keilmuan yang dimiliki (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014). Saat ini peran dan

fungsi perawat komunitas telah berkembang lebih luas, menawarkan berbagai peluang profesional. Perawat komunitas di masa depan perlu mengembangkan diri untuk memerani berbagai peran profesional dalam keperawatan komunitas. Bab ini membahas tentang berbagai peran dan fungsi perawat dalam keperawatan komunitas.

3.2 Klinisi

Peran perawat komunitas yang paling dikenal adalah sebagai klinisi (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014). Peran perawat sebagai klinisi dalam keperawatan komunitas berarti perawat harus memastikan bahwa pelayanan kesehatan diberikan tidak hanya kepada individu, melainkan juga kepada keluarga, kelompok dan masyarakat. Dibutuhkan keterampilan yang berbeda untuk menilai kebutuhan individu, kebutuhan keluarga, kelompok dan masyarakat serta menyesuaikan layanan keperawatan yang sesuai. Sebagai klinisi perawat komunitas dapat berfungsi untuk melakukan pengkajian secara komprehensif, menetapkan masalah keperawatan komunitas, menyusun rencana keperawatan komunitas dengan mempertimbangkan kebutuhan dan potensi komunitas, melakukan tindakan keperawatan, baik tindakan mandiri maupun tindakan kolaborasi, mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan dan mendokumentasikan seluruh tindakan keperawatan yang telah diberikan. Dalam keperawatan komunitas, perawat melibatkan penekanan tertentu yang berbeda dari keperawatan dasar. Tiga penekanan tersebut adalah praktik *holistic*, fokus pada kesehatan dan perluasan keterampilan.

3.2.1 Praktik *Holistic*

Keperawatan komunitas menggunakan pendekatan *holistic* yang berarti mempertimbangkan berbagai kebutuhan klien yang memengaruhi kesehatannya secara kolektif sebagai sistem yang lebih besar (Dossey, B. M., 2013). Asuhan keperawatan yang *holistic* meliputi perawatan klien secara komprehensif dalam semua aspek di antaranya aspek fisik, emosional, sosial, spiritual dan ekonomi. Semua aspek dipertimbangkan dan diperhatikan karena klien adalah sistem yang lebih besar. Klien dalam keperawatan komunitas merupakan gabungan dari individu-individu yang hubungan dan interaksinya satu sama lain harus diperhatikan secara total. Sebagai contoh, jika klien adalah sekelompok remaja wanita yang hamil dan berada di dalam penjara,

maka perawat komunitas akan mengkaji interaksi remaja di dalam penjara, bagaimana hubungan remaja dengan orang tua mereka, hubungan remaja dengan ayah dari anak mereka, interaksi remaja dengan staf penjara. Perawat akan mengevaluasi usia remaja, kebutuhan perkembangan, pengetahuan remaja tentang kehamilan, persalinan dan masalah yang berkaitan dengan pilihan mempertahankan atau melepaskan bayi mereka. Bagaimana rencana masa depan remaja setelah keluar dari penjara, pekerjaan yang akan diperoleh, dan sebagainya. Perawat komunitas tidak sekedar memperhatikan kondisi fisik kehamilan remaja saja tapi lebih dari itu, perawat akan memasukkan remaja tersebut dalam populasi berisiko karena kondisi holistic mereka (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014).

3.2.2 Fokus pada Kesehatan

Peran klinisi dalam keperawatan komunitas juga ditandai dengan fokusnya perawat pada promosi kesehatan. Perawat komunitas dalam memberikan pelayanan menekankan pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Perawat komunitas memahami bahwa lebih efektif bekerja dengan cara mengidentifikasi klien yang berisiko sakit, untuk kemudian menawarkan tindakan pencegahan dan memberikan promosi kesehatan daripada menunggu klien datang untuk meminta bantuan setelah masalah kesehatan muncul (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014). Kelompok masyarakat diidentifikasi perihal kerentanan kelompok terhadap ancaman kesehatan, kemudian perawat komunitas merancang program promosi kesehatan bekerja sama dengan masyarakat. Perawat komunitas mengidentifikasi individu, program dan lembaga yang tertarik untuk bekerja sama dengan perawat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dan untuk mempertahankan perubahan perilaku yang diharapkan (Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, 2011). Contoh fokus pada kesehatan ini di antaranya adalah pemberian imunisasi pada anak sekolah dan cek kadar kolesterol pada kelompok dewasa. Mencegah penyakit dan mempromosikan kesehatan merupakan komponen penting dari peran klinisi dalam keperawatan komunitas.

3.2.3 Perluasan Keterampilan

Banyak keterampilan berbeda yang digunakan dalam peran klinisi pada keperawatan komunitas. Keterampilan perawat komunitas tidak sebatas pada keterampilan perawatan fisik saja, seiring berjalannya waktu, keterampilan

dalam observasi, keterampilan mendengarkan, komunikasi dan konseling menjadi bagian integral dari peran klinisi yang berkembang, mencakup faktor psikologis dan sosiokultural (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014). Baru-baru ini, masalah yang timbul dari lingkungan masyarakat seperti masalah yang disebabkan oleh polusi, kekerasan, kejahatan, penyalahgunaan narkoba, pengangguran, kemiskinan, tunawisma dan sebagainya telah menciptakan kebutuhan akan keterampilan yang lebih baik untuk menilai kebutuhan kelompok dan masyarakat.

3.3 Pendidik

Peran penting selanjutnya dari perawat komunitas adalah sebagai pendidik. Pendidik tentang kesehatan merupakan bagian praktik keperawatan yang diakui secara luas dan merupakan salah satu fungsi utama dari perawat komunitas (American Nurses Association, 2007). Peran pendidik sangat berguna untuk mempromosikan kesehatan pada masyarakat setidaknya karena dua alasan. Alasan pertama klien komunitas biasanya tidak mengalami sakit parah sehingga dapat menyerap dan bertindak berdasarkan informasi kesehatan yang diperoleh. Sebagai contoh sekelompok ibu hamil sebagai klien perawat komunitas, dapat memahami informasi yang diberikan perawat mengenai hubungan diet sehat dengan perkembangan janin. Klien dapat memahami pentingnya latihan pernapasan untuk persalinan, sehingga termotivasi untuk latihan pernapasan dan mungkin akan melakukan latihan tersebut secara rutin. Dengan demikian, peran pendidik memiliki potensi untuk mendapatkan penerimaan yang lebih besar dari klien dan memberikan hasil intervensi keperawatan yang lebih baik. Alasan kedua, peran pendidik dalam keperawatan komunitas sangat penting, karena dapat menjangkau khalayak luas. Upaya pendidikan kesehatan tepat digunakan untuk menjangkau masyarakat luas. Sebagai contoh dari upaya pendidikan kesehatan yang menjangkau masyarakat luas adalah kampanye anti narkoba pada kelompok remaja dan pendidikan kesehatan tentang cuci tangan yang benar pada kelompok anak usia sekolah (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014).

Adapun fungsi perawat komunitas dalam menjalankan perannya sebagai pendidik adalah sebagai berikut (Widagdo., 2016):

1. Mengidentifikasi kebutuhan belajar klien, yaitu perihal apa yang ingin diketahui oleh klien.
2. Memilih metode pengajaran yang sesuai dengan kebutuhan klien.
3. Menyusun rencana pendidikan kesehatan.
4. Melaksanakan pendidikan kesehatan.
5. Melatih klien tentang keterampilan yang harus dimiliki sesuai dengan kebutuhan
6. Mendorong klien untuk melatih keterampilan yang sudah diajarkan perawat
7. Mendokumentasikan kegiatan pendidikan kesehatan

3.4 Advokat

Hak klien merupakan hal yang penting dalam pelayanan kesehatan. Setiap klien berhak menerima pelayanan kesehatan secara adil dan setara, serta mendapatkan perlakuan yang manusiawi. Sistem pelayanan kesehatan kita saat ini sering ditandai dengan layanan yang terfragmentasi pada banyak klien. Terutama pada klien dengan status ekonomi rendah, seringkali haknya tidak diberikan. Klien menjadi bingung, frustrasi dan tidak mampu mengatasi permasalahan pada sistem layanan itu sendiri. Perawat komunitas sering bertindak sebagai advokat untuk klien, membela klien atau bertindak atas nama klien. Sebab, klien membutuhkan seseorang untuk menjelaskan layanan apa yang diharapkan, layanan apa yang seharusnya mereka terima, dan layanan rujukan sesuai kebutuhan. Klien membutuhkan seseorang untuk membimbing mereka dalam melewati sistem pelayanan yang kompleks dan menjamin kebutuhan mereka terpenuhi selama mendapatkan pelayanan kesehatan (Traeger, M., Thompson, A., Dickson, E., & Provencio, 2006; McCann, 2010).

3.4.1 Tujuan Advokasi

Advokasi klien memiliki dua tujuan dasar. Tujuan pertama adalah membantu klien mendapatkan kemandirian atau otonomi. Perawat komunitas bertindak sebagai advokat dengan cara menunjukkan kepada klien tentang layanan apa saja yang tersedia, apa saja hak klien dan bagaimana mendapatkan hak tersebut, sehingga klien dapat mencerna informasi yang dibutuhkan dan mengakses layanan kesehatan untuk diri mereka sendiri. Tujuan kedua adalah membuat sistem yang lebih responsif dan relevan dengan kebutuhan klien (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014).

3.4.2 Tindakan Advokasi

Peran advokat mencakup empat karakteristik tindakan yaitu bersikap tegas, mengambil risiko, berkomunikasi dan bernegosiasi dengan baik, serta mengidentifikasi sumber daya dan memperoleh hasil. Keempat karakteristik tindakan tersebut dapat memudahkan perawat dalam menjalankan perannya sebagai advokat bagi klien. Selain empat tindakan tersebut, terdapat tindakan lain yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas dalam perannya sebagai advokat.

Adapun tindakan perawat komunitas sebagai advokat adalah sebagai berikut (Widagdo., 2016):

1. Menyediakan informasi yang diperlukan oleh klien
2. Memfasilitasi klien dalam pengambilan keputusan
3. Membantu akses ke penyedia layanan kesehatan agar klien mendapatkan pelayanan terbaik
4. Menghormati hak klien
5. Meminta persetujuan atas tindakan yang akan dilakukan
6. Melaksanakan fungsi pendampingan klien
7. Memberikan informasi terkait sumber pelayanan yang dapat digunakan
8. Memfasilitasi klien dalam memanfaatkan sumber-sumber tersebut.

3.5 Manajer

Perawat komunitas terlibat dalam peran mengelola pelayanan kesehatan. Sebagai manajer, perawat menjalankan arahan administratif menuju pencapaian tujuan tertentu dengan menilai kebutuhan klien, merencanakan dan mengorganisasikan pelayanan untuk memenuhi kebutuhan klien. Perawat komunitas juga mengarahkan dan memimpin pelayanan untuk mencapai hasil, serta mengendalikan dan mengevaluasi kemajuan dari perawatan yang diberikan untuk memastikan bahwa tujuan perawatan tercapai sesuai dengan tujuan yang ditetapkan (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014).

Perawat terlibat dalam empat fungsi dasar yang membentuk proses manajemen. Proses manajemen seperti proses keperawatan, menggabungkan serangkaian kegiatan pemecahan masalah seperti perencanaan, pengorganisasian, memimpin, mengendalikan dan mengevaluasi. Kegiatan-kegiatan tersebut dilaksanakan berurutan namun juga terjadi secara bersamaan untuk mengelola sebuah layanan (Cherry, B., & Jacob, 2011). Saat bekerja, fungsi perawat komunitas yang paling sering dilakukan adalah sebagai manajer partisipatif, yaitu perawat komunitas bekerja dengan klien, tenaga profesional lain, atau dengan keduanya untuk merencanakan dan mengimplementasikan layanan.

3.5.1 Perawat sebagai Perencana

Fungsi pertama dalam proses manajemen adalah perencana. Seorang perencana menetapkan tujuan dan arah untuk organisasi atau proyek dan menentukan cara untuk mencapainya. Secara khusus, perencanaan mencakup penetapan tujuan, menentukan strategi untuk mencapai tujuan dan merancang serangkaian kegiatan yang terkoordinasi untuk diterapkan dan untuk dievaluasi. Perencanaan bisa bersifat operasional yang lebih berfokus pada kebutuhan perencanaan jangka pendek (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014). Contoh perencanaan adalah menetapkan tujuan untuk mengurangi angka kejadian tuberkulosis paru di suatu kecamatan. Rencana keperawatan harus dibuat untuk tujuan jangka pendek dan tujuan jangka panjang, kemudian menetapkan strategi yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan dan merancang rencana untuk mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan. Jika target pelayanan keperawatan adalah kelompok yang lebih besar seperti kelompok tuna wisma dengan gangguan mental, maka fungsi perencanaan yang digunakan adalah dengan berkolaborasi dengan tenaga

profesional lain untuk menentukan tujuan yang tepat dan untuk mengembangkan rencana tindakan serta untuk mengevaluasi program (Burke, 2005).

3.5.2 Perawat sebagai Penyelenggara

Fungsi kedua dari peran manajer adalah sebagai organisator. Perawat komunitas harus dapat merancang struktur organisasi di mana terdapat pembagian tugas personil kesehatan untuk mencapai tujuan yang diinginkan (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014). Seorang manajer harus mengorganisasikan pekerjaan agar program dapat diselesaikan. Kegiatan pengorganisasian termasuk membagi tugas yang harus dilakukan personil, siapa yang melakukan, garis koordinasi dan bagaimana keputusan akan dibuat (Cherry, B., & Jacob, 2011). Perawat komunitas sebagai manajer harus menyediakan kerangka kerja untuk berbagai kegiatan sehingga masing-masing kegiatan dapat berjalan lancar dan mencapai tujuan kegiatan tersebut.

3.5.3 Perawat sebagai Pemimpin

Peran manajer pada perawat komunitas mengharuskan perawat untuk bertindak sebagai pemimpin. Sebagai pemimpin, perawat mengarahkan, memengaruhi, atau membujuk orang lain untuk melakukan perubahan positif yang berdampak pada meningkatnya kesehatan masyarakat. Fungsi utama perawat sebagai pemimpin adalah membujuk, memotivasi, mengarahkan kegiatan, memastikan komunikasi dua arah yang efektif, penyelesaian konflik dan koordinasi rencana kegiatan. Perawat komunitas bertindak sebagai pemimpin ketika mereka mengarahkan dan mengoordinasikan suatu program agar dapat mencapai tujuan yang ditetapkan (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014).

3.5.4 Perawat sebagai Pengendali

Fungsi manajemen yang keempat adalah mengendalikan dan mengevaluasi suatu proyek atau program. Pengendali memantau program dan memastikan bahwa program berjalan tetap pada jalurnya. Dalam fungsi ini, perawat komunitas harus menyadari bahwa kegiatan mungkin berjalan tidak sesuai dengan rencana dan mungkin memerlukan penyesuaian atau koreksi untuk mencapai tujuan dan hasil yang diinginkan. Pemantauan, perbandingan dan penyesuaian menjadi bagian kegiatan dari fungsi ini (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014).

3.6 Kolaborator

Kolaborator merupakan peran yang harus dijalankan oleh perawat komunitas, sebab perawat komunitas tidak dapat bekerja sendirian, melainkan harus bekerja sama dengan multidisiplin ilmu lainnya untuk berdiskusi dan mengetahui perawatan yang akan diberikan kepada klien dan bagaimana tindak lanjutnya (Treesia Sujana, Agus Fitrianto, 2020). Perawat komunitas harus bekerja sama dengan banyak pihak, seperti pada klien, tokoh masyarakat, tokoh agama, perawat lain, dokter, guru, pekerja sosial, psikolog, dan pihak-pihak lainnya yang terkait atau dapat membantu dalam penyelesaian masalah keperawatan komunitas. Sebagai anggota tim dalam suatu program kesehatan, perawat komunitas berperan sebagai kolaborator yang berarti bekerja sama dengan orang lain sebagai mitra. Keberhasilan program tergantung dari kepemimpinan dan keberhasilan kerja sama multidisiplin ini (Clark-McMullen, 2010; Powell, D., Gilliss, C. L., Hewitt, H. H., & Flint, 2010). Setiap orang dalam tim memiliki kontribusi penting untuk melakukan upaya dalam mensukseskan program. Peran kolaborator perawat komunitas membutuhkan keterampilan dalam berkomunikasi dan dalam bertindak tegas sebagai mitra.

3.7 Pemimpin

Peran pemimpin pada perawat komunitas berfokus pada membuat perubahan, dengan demikian perawat komunitas menjadi agen perubahan. Sebagai pemimpin, perawat komunitas berusaha untuk memulai perubahan yang berdampak positif bagi kesehatan masyarakat. Perawat komunitas dalam peran ini berusaha untuk memengaruhi orang lain untuk berpikir dan berperilaku tentang kesehatan dan faktor-faktor yang memengaruhi kesehatan (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014). Pada komunitas, peran kepemimpinan melibatkan tim profesional yang berasal dari multidisiplin ilmu untuk mengarahkan dan mengkoordinasikan program-program seperti misalnya program kampanye antirokok di tempat umum. Perawat komunitas sebagai pemimpin melakukan pengambilan keputusan, mengarahkan program dan memengaruhi kebijakan kesehatan.

3.8 Peneliti

Ilmu keperawatan semakin berkembang karena adanya hasil-hasil penelitian yang dilakukan oleh perawat. Perawat komunitas melalui kegiatan penelitian dapat mengidentifikasi masalah dan memperoleh solusi dari permasalahan melalui penelitian. Perawat komunitas terlibat dalam penyelidikan, pengumpulan dan analisa data yang sistematis untuk memecahkan masalah dan meningkatkan praktik keperawatan komunitas. Penelitian adalah proses investigasi di mana semua perawat komunitas terlibat dalam merumuskan masalah dan mencari solusi permasalahan. Hal ini melibatkan model praktik kolaborasi antara akademisi dan praktisi yang menggabungkan keahlian metodologi penelitian dengan pengetahuan dan pengalaman praktisi tentang masalah untuk mewujudkan penelitian di bidang keperawatan komunitas yang valid dan relevan (Allender, J.A., Rector, C., Warner, 2014).

3.9 Peran Perawat Komunitas dalam Situasi Bencana

Keperawatan komunitas sebagai salah satu disiplin ilmu keperawatan memiliki tanggung jawab untuk membantu orang menggunakan pengetahuan dan keterampilan mereka baik untuk merawat klien sehat maupun sakit pada semua situasi, baik situasi normal, darurat dan bencana. Pada situasi bencana, perawat komunitas memegang peran utama dalam manajemen dan memberikan bantuan kesehatan serta mengalokasikan perawatan selama masa bencana untuk mengurangi dampak dari bencana di masyarakat (Cole, 2005).

Perawat komunitas bertanggung jawab membantu individu dan masyarakat secara setara tanpa memandang status ekonomi dan sosial individu (Jakeway, C. C., LaRosa, G., Cary, A., & Schoenfisch, 2008). Adapun peran perawat komunitas pada setiap fase bencana adalah sebagai berikut (Putra, Kep and Petpichetchian, 2011):

3.9.1 Peran Perawat Komunitas dalam Fase Kesiapsiagaan

Fase kesiapsiagaan mengacu pada perencanaan untuk menghadapi bencana dan kejadian darurat lainnya dalam rangka meningkatkan kesadaran

masyarakat akan sifat bencana dan mempersiapkan kejadian bencana di masa depan dan konsekuensinya (Qureshi, K., & Gebbie, 2007). Pada fase ini, perawat komunitas harus mengidentifikasi risiko dan populasi pada daerah bencana, khususnya kelompok rentan; bekerja sama dengan lembaga lain dalam mengembangkan rencana untuk menurunkan angka kesakitan dan kematian, yang mampu mengadvokasi dan membantu dalam mengembangkan kebijakan publik untuk mengurangi potensi dampak bencana (Vogt, V., & Kulbok, 2008).

Semua peran perawat komunitas dalam fase persiapan sangat menentukan keberhasilan dalam fase tanggap bencana dan pemulihan (Rowney, R., & Barton, 2005). Oleh karena itu, untuk mencapai manajemen bencana yang berkualitas, diperlukan dukungan dari staf perawat yang berkualitas dalam hal kemampuan mereka untuk memberikan perawatan dan melakukan kegiatan manajemen bencana di setiap fase (Polivka, B. J., Stanley, S. A. R., Gordon, D., Taulbee, K., Kieffer, G., & McCorkle, 2008).

3.9.2 Peran Perawat Komunitas dalam Fase Tanggap Bencana

Prioritas tindakan pertama yang diperlukan pada fase tanggap darurat adalah perhatian pada peringatan, mobilisasi, dan evakuasi, dilanjutkan dengan pengkajian dampak bencana dengan daftar kebutuhan langsung masyarakat, pengkajian dan penyampaian informasi terkait dampak kesehatan kepada instansi pemerintah terkait., kemudian perawat komunitas harus terus membantu para korban dalam situasi darurat (Vogt, V., & Kulbok, 2008).

Fokus utama perawat komunitas pasca bencana adalah memberikan pertolongan segera melalui upaya penyelamatan (Davies, 2005). Perawat komunitas memilah dan memprioritaskan korban-korban dengan menggunakan strategi triase bencana untuk mengalokasikan perawatan yang memadai (Polivka, B. J., Stanley, S. A. R., Gordon, D., Taulbee, K., Kieffer, G., & McCorkle, 2008). Kegiatan berikut terdiri dari penilaian kebutuhan cepat; pertolongan pertama dan asisten medis dalam situasi darurat; pencegahan cedera dan promosi sanitasi makanan dan air; pembentukan atau pemulihan moda komunikasi dan transportasi; pengawasan penyakit menular; masalah mental dan psikososial individu, keluarga, dan masyarakat; penilaian risiko dengan memeriksa tempat penampungan dan kasus sebelumnya; dan evakuasi anggota masyarakat dari daerah yang terkena dampak (Polivka, B. J.,

Stanley, S. A. R., Gordon, D., Taulbee, K., Kieffer, G., & McCorkle, 2008; Vogt, V., & Kulbok, 2008).

3.9.3 Peran Perawat Komunitas dalam Fase Pemulihan

Fase pemulihan bertujuan untuk mengembalikan kondisi sistem kesehatan masyarakat kembali normal, serta meningkatkan kekuatan staf dan masyarakat untuk penanggulangan bencana di masa depan (Davies, 2005). Pada fase ini, peran dan tanggung jawab perawat komunitas termasuk memberikan perawatan dan bantuan yang berkelanjutan bagi para korban yang menjadi perhatian utama pada periode tepat setelah bencana terjadi (Vogt, V., & Kulbok, 2008). Selain itu, perawat komunitas harus berpartisipasi dalam evaluasi respon bencana dan penyusunan ulang rencana respon selanjutnya dengan penyedia layanan kesehatan lain untuk manajemen bencana di masa depan. Misalnya, perawat komunitas harus berpartisipasi dalam proses wawancara, berkontribusi pada modifikasi rencana bencana, dan mengoordinasikan upaya masyarakat untuk mengatasi dampak psikososial dan kesehatan masyarakat dari peristiwa bencana (Polivka, B. J., Stanley, S. A. R., Gordon, D., Taulbee, K., Kieffer, G., & McCorkle, 2008).

Seperti disebutkan sebelumnya, ketiga fase bencana ini saling terkait atau tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Oleh karena itu, perawat komunitas perlu memahami dengan jelas peran mereka dalam setiap fase serta mengembangkan kompetensi mereka dalam penanggulangan bencana (Putra, Kep and Petpichetchian, 2011).

Bab 4

Etika dalam Lingkup Keperawatan Komunitas

4.1 Etika dalam Keperawatan Komunitas

Profesi keperawatan mencakup landasan filosofi kepedulian, etika, moral, dan nilai-nilai (Gadow, 2004). Para ahli teori telah meneliti prinsip-prinsip keperawatan, kepedulian, dan etika ke landasan filosofis yang mengakui individu secara keseluruhan dan otonom (Boykin & Schoenhofer, 2001). Tantangan bagi keperawatan adalah terlibat dalam wacana yang responsif, etis, dan filosofis ketika masyarakat dipahami utuh dan otonom.

4.2 Tradisi dalam Etika Keperawatan Komunitas

Kemampuan sistem kesehatan kita untuk memberikan perawatan kesehatan berkualitas yang konsisten terus diperdebatkan di tingkat nasional, dan kewajiban moral keperawatan tidak hanya menjadi bagian dari perdebatan tetapi juga untuk memberikan advokasi kepada masyarakat, bukan sebagai

populasi statistik, tetapi sebagai individu yang layak mendapatkan perawatan kesehatan berkualitas (Pope, B., Hough, M. C., & Chase, S, 2016). Sangat penting bagi profesi untuk secara jelas mengartikulasikan perspektif etis yang didasarkan pada hubungan responsif dengan individu dan komunitas. Hubungan-hubungan ini membutuhkan rasa hormat terhadap keragaman dan hak penentuan nasib sendiri (Austin, 2007; Bouchet, 2007). Etika eksistensialis saat ini menghargai keunikan yang melekat pada individu dan kelompok yang mengharuskan perawat untuk melakukan praktik di luar pandangan yang terputus tentang otonomi individu (Gadow, 2004). Untuk mencapai tingkat praktik ini, keperawatan harus memperluas cakupan prinsip-prinsip etika saat ini, kebajikan, otonomi, dan advokasi (Benner, Tanner, & Chesla, 1996; Kejar, 2004).

Prinsip kebajikan mengharuskan seseorang untuk "berbuat baik" dan menahan diri dari tindakan yang merusak, "tidak membahayakan" atau tidak melakukan apa-apa" atau *nonmaleficence*. Keperawatan mengakui otonomi dan penentuan nasib sendiri sebagai batu penjur dalam hubungan perawat pasien (Beauchamp & Childress, 2013; Raja, 1999). Praktik keperawatan yang didasarkan pada etika dan kepedulian dapat mengubah praktik pelayanan kesehatan (Newman, 2008).

4.3 Komitmen Perawat untuk Perawatan: Individu, Keluarga, dan Komunitas

Keperawatan dan teori keperawatan umum terutama difokuskan pada hubungan antara perawat-pasien dalam pengaturan perawatan akut atau perawatan rawat jalan. Namun, kebijakan perawatan kesehatan, yang secara langsung dan tidak langsung berdampak pada hubungan perawat pasien, dibuat di arena publik. Di ranah arena publik dan lingkungan komunitas itulah perawat mengenali potensi untuk memberikan pengaruh pada perawatan akut atau pengaturan rawat jalan. Untuk beralih dari fokus pasien secara individu ke fokus komunitas memberikan tantangan pada konsep etika dan moral tradisional tentang *beneficence*, otonomi, advokasi, dan keadilan sosial.

4.3.1 Beneficence

Prinsip dasar beneficence (kebajikan) dalam tatanan perawatan kesehatan tradisional adalah untuk "memaksimalkan dan meminimalkan bahaya bagi pasien" (Gadow, 1990 b). Ini menyiratkan bahwa para profesional kesehatan yang paling mampu mengidentifikasi potensi bahaya dan manfaat. Namun, dari sudut pandang caring dan etika, perawat memahami perbedaan antara tindakan beneficence paternalistik dan pengetahuan penting bahwa pasien adalah bagian dari keputusan apa pun. Dalam etika keperawatan beneficence adalah kewajiban moral yang dipandang layak dan mulia. Dan, perawat perlu melangkah lebih jauh dan mengatakan bahwa tindakan kebajikan mungkin tidak selalu menjadi kepentingan terbaik pasien (Tarlier, 2004).

Di sepanjang situasi pengambilan keputusan klinis, perawat pemula dan yang lama memiliki kewajiban untuk tetap memperhatikan hak pasien atas otonomi, bahkan jika perawat menganggap asuhan keperawatan mereka memberikan manfaat tujuan perawatan pasien (Benner, et al., 1996; Kejar, 2004). Namun, ketika perawat diharuskan untuk membuat keputusan yang karena kebutuhan meniadakan pilihan pasien, keragu-raguan ini harus dianggap sebagai kebajikan (beneficence) (Chase, 2004). Perawat tidak hanya harus menjaga otonomi pasien dan menahan diri untuk tidak menyebabkan bahaya, tetapi mereka juga harus menyadari kesejahteraan individu dan komunitas secara keseluruhan. Program kesehatan masyarakat yang terkait dengan imunisasi dan vaksinasi anak-anak menunjukkan beneficence di tingkat masyarakat. Program-program ini menimbang bahaya dan manfaat dari imunisasi dan vaksinasi dan menyadari bahwa bahaya dapat terjadi pada segelintir orang tetapi mayoritas orang akan mendapat manfaat (Beauchamp & Childress, 2013). Dengan kerangka kerja individu dan komunitas, kewajiban keperawatan yang didasarkan pada etika dan kepedulian (caring) menyadari efek dari situasi saat ini untuk memandu memberikan informasi tindakan kebajikan (beneficence) di masa depan.

4.3.2 Otonomi

Secara tradisional, otonomi dalam budaya Barat adalah prinsip moral dan pondasi sistem sosial dan politik. Otonomi mengakui hak individu, dan ke tingkat yang lebih luas, bagi masyarakat, memilih tanpa tekanan eksternal yang tidak semestinya. Otonomi juga mengakui adanya tanggung jawab individu secara otonomi untuk tidak membahayakan orang lain (Chase, 2004).

Etika dan moral keperawatan memaksa keperawatan untuk memperlakukan pasien dengan cara yang akan berkontribusi pada kesejahteraan individu secara otonomi. Kompleksitas muncul ketika konsep menjadi benar-benar autonomous adalah cita-cita yang tidak realistis. Individu dan komunitas berada dalam hubungan dan oleh karena itu dipengaruhi oleh orang dan peristiwa. Dalam tatanan perawatan kesehatan, keputusan perlu dibuat dalam hubungannya dengan pasien dan keluarga mereka (Shirley, 2007) dan kadang-kadang, dengan komunitas mereka.

Otonomi, menurut Gadow (1990b), tidak memerlukan partisipasi. Hak dalam otonomi memberikan pilihan partisipasi. Dengan nilai tersebut, pasien menjadi mitra atau direktur perawatan. Paley mendefinisikan otonomi sebagai penentuan nasib sendiri (self-determination) bagi mereka yang terlibat dalam situasi. Rasa hormat yang otentik terhadap perbedaan bawaan antara orang-orang dan kelompok-kelompok, dapat ditunjukkan dengan mendengarkan secara aktif, mengenali perbedaan, dan kepedulian yang bijaksana (judicious caring) (Paley, 2002).

Praktik keperawatan yang peduli (caring nursing) bekerja untuk melindungi hak otonomi masyarakat. Partisipasi secara sadar oleh keperawatan dengan para pembuat kebijakan dalam hal pertanyaan-pertanyaan terkait etika yang berhubungan dengan pembuatan keputusan dalam hal pelayanan kesehatan membentangkan layanan praktik keperawatan yang peduli (caring) dan memberikan keuntungan bagi masyarakat juga individu. Wacana komunitas yang membahas masalah yang terkait langsung dengan otonomi pasien, akses ke perawatan kesehatan serta alokasi sumber daya berada dalam ruang lingkup praktik ini.

4.3.3 Advokasi

Ketika perawat kesehatan komunitas menghadapi masalah etika, seringkali pilihannya berasal dari sudut pandang yang tidak memihak atau adil. Berdasarkan pada pendekatan kognitif Piaget dan Vygotsky terhadap perkembangan moral, Lawrence Kohlberg mengembangkan model moralitas hierarkis berdasarkan keadilan. Model keadilan Kohlberg terdiri dari tiga tahap utama: pra-konvensional, konvensional dan pasca-konvensional. Ketika agen moral berkembang melalui model ini dan mencapai tahap pasca-konvensional, penalaran moral didasarkan pada penalaran abstrak menggunakan prinsip etika yang universal (Kohlberg & Hersh, 1977). Keperawatan mendukung individu untuk bertindak tak terbantahkan atas hak penentuan nasib sendiri mereka.

Melalui advokasi, keperawatan berpartisipasi dalam pengalaman dengan individu (Gadow, 1990a).

Dapat dikatakan bahwa tugas etis perawat kepada pasien adalah untuk memastikan keterlibatan mereka yang terinformasi dalam keputusan perawatan mereka. Dan, perawat harus peka terhadap tindakan apa pun yang dapat mengancam keseimbangan kekuatan yang dialami pasien dalam situasi perawatan kesehatan (Trailer, 2004). Dalam asumsi peran perawat komunitas sebagai advokat, keperawatan dapat bekerja untuk memastikan proses pengambilan keputusan yang mencerminkan nilai-nilai individu dan komunitas. Seringkali pembuat kebijakan kehilangan wawasan berharga ketika populasi yang terkena dampak tidak terwakilkan (Jonsen, 1998).

4.3.4 Keadilan Sosial

Keadilan sosial adalah konsep yang sering digambarkan sebagai landasan dasar pengembangan komunitas, kesehatan masyarakat dan pengembangan kebijakan kesehatan masyarakat. Menurut Beauchamp (1999) keadilan sosial terkait dengan distribusi manfaat

dan beban yang adil di antara anggota masyarakat. Definisi lain yang dikembangkan oleh Komisi Keadilan Sosial Toowoomba: Keadilan sosial didefinisikan sebagai "mempromosikan masyarakat yang adil dengan menentang ketidakadilan dan menghargai keragaman." Itu ada ketika "semua orang berbagi kemanusiaan yang sama dan oleh karena itu memiliki hak untuk perlakuan yang adil, dukungan untuk hak asasi manusia mereka, dan alokasi yang adil dalam sumber daya masyarakat".

Dalam kondisi keadilan sosial, orang tidak didiskriminasi, atau kesejahteraan mereka dibatasi atau berprasangka buruk atas dasar jenis kelamin, seksualitas, agama, afiliasi politik, usia, ras, kepercayaan, kecacatan, lokasi, kelas sosial, keadaan sosial ekonomi, atau karakteristik lain dari latar belakang atau keanggotaan kelompok" (Toowoomba Catholic Education, 2006).

Menurut Deklarasi Hak Asasi Manusia Perserikatan Bangsa-Bangsa (1948) "Setiap orang memiliki hak atas standar hidup yang layak untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya, termasuk makanan, pakaian, perumahan, perawatan medis, dan layanan sosial yang diperlukan"(Pasal 25, 1, 1948).

4.4 Teori ke Praktik: Isu Komunitas

Teori peduli (*Caring theory*) menghormati keutuhan unik baik individu atau kelompok dalam hubungannya dengan perawat. Namun teori kepedulian belum membahas hubungan dalam lingkungan komunitas yang kompleks (Bent, 1999; Falk-Rafael, 2000). Agar keperawatan dapat mempertahankan kewajiban moralnya dalam keputusan kebijakan, memahami bahwa masyarakat itu otonom dan utuh harus dipahami lebih lanjut (Watson, 1990). Dalam lingkungan masyarakat, nilai-nilai profesional dan etika keperawatan dapat menerapkan kebijakan perawatan kesehatan yang meningkatkan otonomi masyarakat (Spitzer, 2004). Komunitas adalah enkapsulasi yang dinamis dari individu, masalah, pencapaian dan kebutuhan. Nilai, makna, cita-cita dan kebutuhan mencerminkan individu yang menciptakan setiap komunitas (Chinn, 2004; Spitzer, 2004). Kompleksitas yang ditemukan dalam pengaturan komunitas membahas masalah kesehatan yang juga berdampak pada perawat di samping tempat tidur. Meninggalkan perspektif komunitas mungkin telah menumbuhkan kerangka konseptual keperawatan yang terbatas (Bent, 1999). Ketika keperawatan secara aktif terlibat dalam masalah utilitarian seperti kebijakan kesehatan, pola masalah kesehatan yang lebih luas akan muncul. Ini mengharuskan perawat untuk mewujudkan prinsip-prinsip moral dan etika yang sama yang digunakan dalam pengaturan perawatan akut. Namun, untuk memahami otonomi masyarakat mengharuskan perawat untuk terlibat secara otentik dengan anggota masyarakat. Prinsip-prinsip kebijakan yang biasanya dipraktikkan dalam pengaturan perawatan akut satu lawan satu harus dimurnikan kembali ketika asuhan keperawatan disediakan dalam lingkungan komunitas. Komunitas adalah otoritas dari pengalaman dan kehidupan mereka.

4.4.1 Komunitas Membuat Keputusan

Dalam Teori Keadilan John Rawls (1971) membahas bagaimana suatu masyarakat dapat mengatasi masalah distribusi barang sosial dengan adil (keadilan distributif). Rawls menganjurkan dua prinsip keadilan dalam teorinya: yang pertama adalah bahwa semua individu diberikan hak kesetaraan terlepas dari kedudukan mereka dalam masyarakat. Dengan prinsip kebebasan semua anggota masyarakat harus memiliki kebebasan dasar seperti kebebasan berbicara, kebebasan dan mengejar kebahagiaan. Yang kedua adalah prinsip perbedaan yang mengemukakan bahwa ketidaksetaraan dalam masyarakat

diperbolehkan selama seseorang memastikan bahwa yang paling tidak diuntungkan diberikan harapan atau kesempatan yang masuk akal untuk perbaikan (Rich, 2013). Ada banyak perdebatan tentang bagaimana ini bisa atau harus dilakukan. Posisi aslinya adalah situasi hipotetis yang dikembangkan oleh Rawls di mana masyarakat yang adil memperoleh prinsip-prinsip di balik apa yang disebutnya sebagai "tabir ketidaktahuan." Dengan berpegang pada hal ini, individu atau masyarakat buta terhadap keinginan atau keinginan mereka sendiri dan pada akhirnya masyarakat tidak dapat menyesuaikan prinsip-prinsip yang akan menjadi keuntungan bagi mereka sebagai individu tetapi akan menjadi inklusif untuk memenuhi kebutuhan individu lain yang paling kurang beruntung (Rawls, 1971).

Perawat berkembang dalam pemahaman mereka tentang prinsip-prinsip etika - kebajikan, otonomi, dan advokasi. Pengalaman praktik memantapkan perawat dari tahap perawat pemula hingga ahli, dan juga memberikan kesempatan untuk pemahaman dan pengembangan prinsip-prinsip etika yang lebih dalam. Perawat yang pedulilah yang mencari makna hubungan dengan orang lain, individu, keluarga atau komunitas. Perawat, dengan keinginan untuk membantu dan merawat pasien mereka, mungkin tidak menyadari tanggung jawab dari tindakan kebajikan (caring) yang peduli. Kedermawanan (beneficence) dapat menjadi patriarki dan oleh karena itu tidak memiliki nilai dan makna dari komunitas-komunitas yang tidak mencerminkan norma patriarki. Dalam perawatan akut dan pada tatanan komunitas, individu atau bahkan keluarga dapat dinegasikan dari pembuatan keputusan. Ini melanggar prinsip otonomi yang menciptakan situasi di mana beneficence (kebajikan) becomes paternalisme. Namun, mengingat masalah sosial yang kompleks, khususnya keamanan, argumen etis yang kuat dapat dibuat bahwa paternalisme yang kuat dan lunak akan dapat diterima. Dengan teknologi canggih ada anggapan yang terus-menerus bahwa perawatan medis yang disarankan oleh penyedia/praktisi ditawarkan dengan maksud kebajikan dan oleh karena itu harus diikuti (Cody, 2003). Tindakan peduli terkadang dapat melanggar otonomi individu (Paley, 2002).

Perawat harus memperhatikan tidak hanya pasien tetapi juga untuk pemahaman yang lebih luas tentang tanggung jawab komunitas. Ini membutuhkan perhatian terhadap sistem perawatan kesehatan yang kompleks dan sumber daya fiskal yang terbatas (Shirley, 2007). Keperawatan menyeimbangkan mandat profesional dengan advokasi yang berorientasi pada pasien dan mempertahankan kesetaraan dalam hubungan perawat-pasien

(Tarlier, 2004). Pentingnya situasi individu dan masyarakat diakui oleh etika perawatan (Paley, 2002).

Prinsip-prinsip etika yang dibahas di atas mengakui bahwa nilai-nilai masyarakat dikembangkan dan diadopsi seiring dengan perkembangan masyarakat. Daya tarik *beneficence* (kebajikan) - melakukan "kebaikan" - dapat ditingkatkan dalam tatanan pelayanan kesehatan oleh penyedia/ praktisi. Keputusan kritis mungkin dibuat atas nama *beneficence* ketika keputusan otonom dapat mengakibatkan cedera atau hasil yang merugikan (Chase, 2004). Namun, kebajikan telah mengarah pada penegakan paternalistik terhadap berkurangnya otonomi individu dan komunitas yang memiliki kedudukan ekonomi atau sosial yang lebih rendah (Beauchamp & Childress, 2013). Hubungan berbasis kekuasaan antara penyedia/praktisi dan individu yang mencari pelayanan kesehatan ini, memaksa perawat untuk mengingatkan bahwa pasien, atau komunitas, yang memiliki otoritas dalam kehidupan mereka (Cody, 2003; Gadow, 1990a, 1990b;).

4.4.2 Perawat sebagai Advokat

Penghormatan untuk otonomi, hak individu, tidak boleh memaksa tetapi memberi tahu individu dan komunitas (Beauchamp & Childress, 2013). Ketika otonomi tidak dihormati, tindakan peduli apakah intervensi kesehatan atau pengembangan kebijakan dapat menciptakan lebih banyak masalah (Glaser, et al., 1996). Ini memengaruhi hak penentuan nasib sendiri untuk semua yang terlibat dalam situasi tertentu (Gadow, 1990a; Paley, 2002). Namun, permintaan otonomi telah digunakan untuk keuntungan di semua ujung spektrum masyarakat (Cody, 2003). Pertanyaan tentang otonomi sejati adalah bahwa individu terkait dalam keluarga, komunitas, dan penyebab di mana keputusan memiliki dampak nyata (Beauchamp & Childress, 2013; Shirley, 2007). Perawat harus berhati-hati dengan peran advokasi mereka dan memeriksa implikasi dari tindakan dan keputusan mereka terkait dengan otonomi profesional yang diperlukan (Gadow, 1990a; Paley, 2002). Advokasi sejati adalah seni peduli di mana individu menemukan pentingnya situasi mereka dan dapat dikenal sebagai keseluruhan dan otonom. Ini menciptakan advokasi yang didirikan atas rasa hormat dan dukungan antara perawat dan orang lain (Boykin & Schoenhofer, 2001).

4.4.3 Praktik Komunitas yang Peduli

Beberapa berpendapat bahwa kebebasan dasar keadilan lainnya adalah akses yang sama ke pelayanan kesehatan. Dalam menjadikan kesehatan dasar sebagai hak setiap manusia, realitas bagaimana mendanainya menjadi masalah. Secara historis di Amerika Serikat pelayanan kesehatan telah dianggap sebagai kebebasan, yang berarti bahwa jika seseorang memiliki sumber daya untuk memperoleh asuransi kesehatan maka mereka dapat berharap untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan mereka (Rich, 2013; Beauchamp & Childress, 20). Sebaliknya mereka yang tidak memiliki sarana keuangan untuk membeli asuransi kesehatan menghadapi harapan tidak ada akses kecuali mereka memiliki kondisi yang mengancam jiwa yang akan ditanggung di bawah *Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA)* yang disahkan oleh Kongres Amerika Serikat pada tahun 1986 sebagai bagian dari *Consolidated Omnibus Budget Act (COBRA)*. Ini mengharuskan rumah sakit untuk menyediakan perawatan kesehatan darurat kepada siapa pun yang membutuhkannya terlepas dari status hukum, kewarganegaraan, atau kemampuan mereka untuk membayar. Pengecualian untuk hal di atas ditemukan dalam dua program asuransi yang didanai federal: yang pertama adalah *Medicare* yang mencakup populasi lansia, mereka yang berusia di atas 65 tahun atau penyandang cacat permanen, yang kedua adalah *Medicaid* yang umumnya mencakup orang miskin. Pada tahun 2009 Biro Sensus AS melaporkan bahwa lebih dari 50 juta warga di AS tidak memiliki akses ke asuransi kesehatan yang terjangkau. Pada tahun 2014 dengan penerapan Undang-Undang Perawatan Kesehatan Terjangkau, perubahan mendasar terjadi yang sekarang akan mengubah akses ke pelayanan kesehatan menjadi kesejahteraan atau hak positif.

Jadi pembahasannya sekarang bukanlah jika akses ke pelayanan kesehatan adalah hak dasar melainkan bagaimana cara implementor mengikuti teori keadilan sosial dalam keperawatan masyarakat. Salah satu solusi dapat ditemukan dalam *the theory of Social Justice* yang dikembangkan oleh Powers & Faden (2006). Para penulis ini berpendapat bahwa keadilan sosial adalah fondasi moral kesehatan masyarakat. Model mereka mengemukakan teori enam dimensi tentang keberadaan yang membahas masalah etika dalam kesehatan masyarakat dan pengembangan kebijakan kesehatan. Dimensi six core adalah kesehatan, keamanan pribadi, penalaran, rasa hormat, keterikatan, dan penentuan nasib sendiri" (hlm. 16). Kriteria di atas mengidentifikasi persyaratan keadilan dalam kesehatan masyarakat, pengembangan kebijakan

kesehatan, dan juga dalam keperawatan masyarakat (Powers & Faden, 2006). Kesehatan, dalam model ini, menginkubasi mortalitas prematur dan morbiditas yang dapat dicegah, malnutrisi, rasa sakit, kehilangan daya gerak, kesehatan mental, dasar biologis perilaku, reproduksi (dan kontrolnya) dan fungsi aseksual (hlm. 17). Penggunaan teori keadilan sosial ini menjanjikan bagi perawat kesehatan masyarakat saat mereka bekerja untuk memenuhi kebutuhan kesehatan komunitas mereka. Sebuah praktik komunitas yang mencerminkan keperawatan sebagai kepedulian mengkonseptualisasikan komunitas sebagai apartner, oleh Gadow dan Schroeder, menciptakan fondasi keperawatan otentik untuk hubungan dan memperluas kemampuan penentuan nasib sendiri komunitas (Falk-Rafael, 2000). Untuk memahami penentuan nasib sendiri komunitas, kerangka teoritis Margaret Newman, "Health as Expanding Consciousness" menggambarkan penentuan nasib sendiri sebagai manifestasi pola (Pharris, 2002). Dalam pengaturan seperti itu, kebajikan, otonomi, dan advokasi dapat ditetapkan. Konstruksi sosial kebajikan dan otonomi saat ini dalam situasi kehidupan nyata dapat membuat orang tidak siap untuk praktik etis yang peduli. Makna yang dikonstruksi secara sosial dan penerapan kebajikan dan otonomi dapat memenuhi banyak tujuan masyarakat. Namun kebijakan yang menantang keperawatan dalam pengaturan masyarakat - terutama dengan populasi yang dianggap rentan, yang terkendala secara ekonomi, tunawisma, mereka yang bergantung pada publisitas dalam beberapa bentuk, populasi imigran, baik legal atau ilegal, dan terakhir perempuan (Cody, 2003).

Otonomi dapat mendukung kebijakan yang dirancang oleh yang memiliki hak istimewa sambil membatasi inpopulasi otonomi sejati yang dirugikan secara sosial. Keperawatan telah berfokus pada individu dan telah memberikan sedikit panduan dalam mengatasi situasi etika dan moral dalam lingkungan komunitas. Hak untuk otonomi telah digunakan oleh semua segmen masyarakat untuk meningkatkan agenda khusus mereka (Shirley, 2007). Kita diingatkan bahwa otonomi sejati tidak ada karena keterkaitan individu memungkirki definisi individualisme. Memahami konsep yang lebih luas tentang prinsip-prinsip otonomi yang diimbangi dengan tanggung jawab akan membekali keperawatan untuk terlibat dalam praktik masyarakat. Munculnya Pola Baru Keperawatan Etis dan Pemberdayaan Masyarakat sebagai kepedulian dan etika menjadi lebih jauh tertanam dalam situasi praktik keperawatan masyarakat, kita harus diingatkan bahwa perlakuan yang adil dan merata untuk semua dikombinasikan dengan lingkungan perawatan holistik dan kontekstual adalah dasar untuk praktik kepedulian dan etika yang etis

(Botes, 2000, hlm. 1074). Praktik kepedulian merayakan keunikan masing-masing secara keseluruhan, peduli dan otonom dan berusaha untuk melanjutkan evolusi praktik keperawatan komunitas peduli yang etis (Boykin & Schoenhofer, 2001).

4.5 Munculnya Pola Baru dalam Keperawatan Etika dan Pemberdayaan Komunitas

Ketika kepedulian dan etika menjadi lebih tertanam dalam situasi praktik keperawatan masyarakat, kita harus diingatkan bahwa perlakuan yang adil dan merata untuk semua dikombinasikan dengan perlakuan holistik, lingkungan perawatan kontekstual sebagai dasar untuk praktik perawatan etis (Botes, 2000, hlm. 1074). Praktik keperawatan yang peduli merayakan keunikan masing-masing individu secara keseluruhan, peduli dan otonom dan berusaha untuk melanjutkan evolusi praktik keperawatan komunitas kepedulian yang etis (Boykin & Schoenhofer, 2001; Newman, 2008).

4.6 Masalah Etika di Keperawatan Komunitas

Masalah etika dan dilema yang dihadapi oleh perawat di masyarakat mungkin tampak kurang eksotis daripada yang ada di lingkungan rumah sakit di mana sebagian besar teknologi canggih dapat dimanfaatkan dan digunakan. Namun perawat kesehatan masyarakat menghadapi sejumlah dilema etika apakah mereka bekerja di lembaga keperawatan komunitas yang lebih tradisional, memberikan perawatan primer, misalnya, pemeriksaan dan deteksi kelainan yang menyimpang dari norma, di mana perawat di komunitas tampaknya kurang eksotis dibandingkan dengan perawat yang berada di rumah sakit di mana tatanan rumah sakit di mana sebagian besar teknologi canggih dapat dimanfaatkan dan digunakan (Porr, C., Gaudine, A., Woo, Kevin., Smith-Young, J., Green, C, 2019).

Di negara-negara maju, ketika rumah sakit membuka unit perawatan intensif dan kompleksitas perawatan klien meningkat, komite etika rumah sakit muncul. Pada 1970-an, banyak rumah sakit di Kanada dan di tempat lain telah membentuk komite etika dan, atau, menyewa seorang ahli etika untuk mengatasi konflik etis yang terkait dengan masalah tanggung jawab, dan secara bertahap, ini menjadi norma bagi rumah sakit.

Sebaliknya, lembaga berbasis masyarakat belum memasukkan komite etik yang dibentuk pada tingkat yang sama meskipun faktanya lebih dari satu dekade yang lalu para peneliti Kanada menemukan bahwa para profesional yang bekerja di pusat kesehatan masyarakat menginginkan dukungan etika (Racine & Hayes, 2005). Sebagian karena ada beberapa penelitian yang meneliti konflik etis yang timbul selama perawatan berbasis masyarakat, komite etik atau dukungan untuk mengelola konflik etis lebih lambat untuk dikembangkan. Dalam beberapa kasus di mana layanan masyarakat telah menjadi bagian dari organisasi pelayanan kesehatan yang lebih besar yang mencakup pengaturan rumah sakit, komite etik rumah sakit menyediakan fungsi konsultasi etika; namun, komite mungkin tidak memahami masalah unik yang terkait dengan perawatan di rumah, misalnya, Fry-Revere (1992).

Mengingat bahwa perawat komunitas mungkin memiliki sedikit atau tidak ada akses ke komite etik atau ahli etika karena fakta bahwa, umumnya, sebagian besar sumber daya berbasis di rumah sakit, sangat penting untuk memahami bagaimana perawat komunitas mengelola konflik etis untuk membuat rekomendasi tentang dukungan yang diperlukan. Penting juga untuk memahami bagaimana perawat komunitas mengelola konflik etis karena konflik yang belum terselesaikan dapat mengakibatkan konsekuensi negatif bagi perawat, organisasi, dan klien.

Kesimpulan

Profesi keperawatan mencakup landasan filosofi kepedulian, etika, moral, dan nilai-nilai. Sangat penting bagi profesi untuk secara jelas mengartikulasikan perspektif etis yang didasarkan pada hubungan responsif dengan individu dan komunitas. Untuk beralih dari fokus pasien secara individu ke fokus komunitas memberikan tantangan pada konsep etika dan moral tradisional tentang beneficence, otonomi, advokasi, dan keadilan sosial. Praktik keperawatan yang didasarkan pada etika dan kepedulian dapat mengubah praktik pelayanan kesehatan.

Perawat profesional harus mengembangkan strategi untuk memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan individu dan komunitas dan terus mengidentifikasi pertimbangan etis yang sedang berlangsung untuk memastikan praktik keperawatan komunitas yang didasarkan pada kepedulian.

Bab 5

Pengkajian Keperawatan Komunitas

5.1 Pendahuluan

Asuhan keperawatan komunitas adalah bentuk pelayanan keperawatan profesional yang merupakan bagian integral dari proses keperawatan berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, yang ditujukan secara langsung kepada masyarakat khususnya kelompok risiko tinggi untuk mencapai derajat kesehatan melalui upaya promotif, preventif, serta kuratif dan rehabilitatif. Proses asuhan keperawatan komunitas adalah metode pemberian asuhan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontinyu, dan berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan dari klien individu, keluarga, serta kelompok melalui tahapan pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Riasmini et al., 2017).

Langkah awal dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas adalah pengkajian. Pengkajian komunitas ini merupakan suatu proses atau upaya untuk mengenal masyarakat yang merupakan mitra dan berkontribusi terhadap keseluruhan proses. Tujuan keperawatan dalam mengkaji komunitas adalah mengidentifikasi faktor-faktor baik positif maupun negatif yang memengaruhi

kesehatan masyarakat agar dapat mengembangkan strategi promosi kesehatan (Anderson and McFarlan, 2011)

5.2 Pengertian

Pengkajian komunitas merupakan langkah awal dalam melaksanakan proses keperawatan komunitas yang bertujuan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi status kesehatan masyarakat (Anderson and McFarlan, 2011). Perawat komunitas melakukan pengumpulan data dengan menggunakan berbagai sumber data baik yang diperoleh dari masyarakat baik secara langsung atau tidak langsung. Beberapa teori dan konsep model keperawatan diaplikasikan dalam melaksanakan pengkajian komunitas. Teori dan model keperawatan yang relevan diterapkan dalam melaksanakan pengkajian komunitas yaitu *community as partner* dengan konsep utama pengkajian berupa roda pengkajian yang terdiri dari pengkajian inti (*core*) dan subsistem.

5.3 Sumber Data Pengkajian

Perawat kesehatan komunitas harus melakukan pengkajian awal dengan data yang lebih konkret sebelum merumuskan diagnosa dan perencanaan keperawatan. Menurut Riasmini et al., (2017) sumber data pengkajian komunitas terdiri dari sumber data primer dan sekunder. Sumber data primer diperoleh dari masyarakat langsung berdasarkan hasil pemeriksaan, pengkajian dan pengamatan seperti *surveillance epidemiologi*, pengamatan epidemiologi dan skrining kesehatan. Sedangkan data sekunder merupakan data yang diperoleh dari sumber lain.

Adapun sumber data sekunder dapat diperoleh melalui:

1. Sarana pelayanan kesehatan, misalnya rumah sakit, puskesmas, atau balai pengobatan.

Data yang dapat diperoleh dari sumber ini di antaranya adalah statistik vital yang dapat mengidentifikasi fakta-fakta kesehatan vital pada suatu masyarakat seperti angka kelahiran, morbiditas,

mortalitas, dan lain-lain (Anderson and McFarlan, 2011). Data statistik vital mencakup data populasi yang dipadukan dengan informasi yang berkaitan dengan status kesehatan, penyakit, cedera dan peristiwa kematian. Data statistik vital ini dapat digunakan dalam menyusun perencanaan pelayanan kesehatan (Nies and McEwen, 2019).

2. Instansi yang berhubungan dengan kesehatan, misalnya Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, atau Biro Pusat Statistik.

Data yang dapat diperoleh dari sumber ini di antaranya adalah statistik vital dan demografik. Perawat komunitas dapat menggunakan variabel demografis seperti distribusi usia, jenis kelamin, etnis, dan lain-lain yang dapat diakses dari Biro Pusat Statistik. Melalui sumber data ini pun perawat komunitas dapat dengan mudah memperoleh profil masyarakat dan membandingkannya dengan masyarakat wilayah lain (Nies and McEwen, 2019).

3. Absensi sekolah, industri, dan perusahaan
4. Secara internasional, data dapat diperoleh dari data WHO seperti: laporan populasi dan statistik vital, population bulletin, dll.

5.4 Metode Pengkajian

Dalam melaksanakan pengkajian komunitas dibutuhkan beberapa metode pengumpulan data. Metode pengumpulan data komunitas menurut (Stanhope and Lancaster, 2010) dapat dilakukan dengan 5 (lima) cara yaitu: wawancara informan, observasi partisipan (masyarakat), windshield survey, angket dan analisis data sekunder. Wawancara informan, observasi partisipan, dan windshield survei adalah tiga metode pengumpulan data secara langsung. Ketiga metode tersebut memerlukan kepekaan, keterbukaan, rasa ingin tahu, kemampuan untuk mendengarkan dan merasakan serta kemampuan untuk melihat kehidupan seperti yang dijalani dalam komunitas.

1. Wawancara informan

Metode ini merupakan proses interaksi atau komunikasi langsung antara pewawamcara yaitu perawat komunitas dengan masyarakat. Data yang dikumpulkan dalam metode ini bersifat: (a) fakta-fakta, seperti usia, pendidikan, pekerjaan, penyakit yang pernah diderita, (b) sikap, misalnya sikap masyarakat tentang keluarga berencana, vaksinasi covid-19, dan lain-lain, (c) pendapat, seperti bagaimana pendapat masyarakat tentang pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh perawat di Puskesmas, bagaimana pendapat masyarakat tentang program pemberlakuan pembatasan kegiatan masyarakat selama pandemi Covid-19, (d) keinginan, misalnya harapan atau keinginan terhadap pelayanan kesehatan, (e) pengalaman, misalnya pengalaman saat terjadi pandemi Covid-19.

Wawancara informan merupakan pengumpulan data yang efektif berupa pembicaraan terarah dengan anggota masyarakat terpilih. Berbicara dengan informan adalah bagian penting dari penilaian masyarakat. Informan yang diwawancarai tidak selalu orang yang memiliki jabatan atau jabatan formal namun bisa juga orang yang memiliki peran informal dalam masyarakat.

2. Observasi partisipan (masyarakat)

Observasi merupakan teknik pengumpulan data yang menggunakan indera penglihatan. Teknik ini digunakan untuk mengurangi jumlah pertanyaan dalam wawancara atau angket dan memperoleh data yang tidak diperoleh dengan wawancara atau angket. Observasi dapat dilakukan dengan cara: (a) observasi partisipasi lengkap, yaitu melakukan observasi dengan cara mengikuti seluruh kehidupan responden, (b) observasi partisipasi sebagian, yaitu melakukan observasi dengan cara mengikuti sebagian kehidupan responden sesuai dengan data yang diinginkan, dan (c) observasi tanpa partisipasi, yaitu mengadakan observasi tanpa ikut dalam kehidupan responden (Kholifah dan Widagdo, 2016). Wawancara informan dan observasi partisipan adalah cara yang baik untuk mengumpulkan informasi tentang kepercayaan masyarakat, norma, nilai, struktur

kekuasaan dan pengaruh, serta proses pemecahan masalah (Stanhope and Lancaster, 2010).

3. Windshield survey

Metode ini digunakan perawat komunitas untuk mengidentifikasi berbagai dimensi dari masyarakat, lingkungan, serta gaya hidup masyarakat (Efendi dan Makhfudi, 2009). Saat melakukan windshield survey, perawat dapat mengamati banyak dimensi kehidupan dan lingkungan masyarakat seperti karakteristik orang-orang di jalan, tempat berkumpul lingkungan, ritme kehidupan masyarakat, kualitas perumahan, batas geografis, dan lain-lain. Windshield survey depan dapat berupa pengkajian singkat dan sederhana. Contoh pengumpulan data melalui windshield survey dapat dilihat pada Tabel 5.1.

Tabel 5.1: Pengkajian Windshield Survey (Anderson and McFarlan, 2011)

No	Komponen	Hal yang Dikaji	Observasi	Data
Inti Komunitas				
1	Sejarah	Data apa yang dapat Anda kumpulkan? Tanyakan mengenai sejarah wilayah tersebut kepada tokoh masyarakat atau masyarakat yang paling lama tinggal di wilayah tersebut		
2	Demografi	Identifikasi data masyarakat mengenai usia, jenis kelamin dan piramida penduduk.		
3	Kelompok Etnis	Identifikasi berbagai suku atau etnis yang ada di masyarakat		
4	Nilai dan Keyakinan	Apakah terdapat rumah ibadah? Apakah tempat tersebut tampak homogen? Identifikasi nilai dan keyakinan dalam masyarakat		
II. Subsystem				
1	Lingkungan Fisik	Keadaan lingkungan atau geografis, batas wilayah, peta wilayah, iklim dan kondisi		

No	Komponen	Hal yang Dikaji	Observasi	Data
		perumahan		
2	Pelayanan Kesehatan dan Sosial	Apakah terdapat unit pelayanan kesehatan yang tersedia baik modern maupun tradisional, tenaga kesehatan, homecare, tempat pelayanan sosial, serta kesehatan jiwa komunitas		
3	Ekonomi	Bagaimana status ekonomi masyarakat, apakah tersedia industri, kegiatan yang menunjang roda perekonomian serta jumlah pengangguran		
4	Keamanan dan Transportasi	Bagaimana masyarakat bepergian? Apa jenis transportasi umum dan pribadi yang digunakan? Apa jenis pelayanan perlindungan yang tersedia seperti pemadam kebakaran, polisi, sanitasi? Apakah terdapat pencemaran udara? Apakah terdapat kejahatan di lingkungan? Apakah masyarakat merasa aman?		
5	Pemerintahan dan Politik	Apakah ada tanda aktivitas politik seperti poster, pertemuan? Apa partai yang mendominasi? Apa hak masyarakat dalam pemerintahan? Apakah masyarakat dilibatkan dalam pembuatan keputusan di pemerintahan setempat?		
6	Komunikasi	Identifikasi berbagai jenis komunikasi yang digunakan oleh masyarakat termasuk media cetak dan elektronik.		
7	Pendidikan	Identifikasi institusi pendidikan yang ada di lingkungann, dan apakah tersedia program UKS		
8	Rekreasi	Identifikasi tempat bermain anak		

No	Komponen	Hal yang Dikaji	Observasi	Data
		dan fasilitas rekreasi yang ada di lingkungan. Apakah jenis rekreasi yang sering dilakukan, siapa saja yang berperan serta.		
III. Persepsi				
1	Persepsi Penduduk	Bagaimana persepsi masyarakat tentang komunitasnya? Apa yang masyarakat anggap sebagai kekuatan? Apakah yang masyarakat anggap sebagai masalah? Ajukan pertanyaan tersebut pada warga berbagai kelompok yang berbeda seperti kelompok remaja, kelompok lansia, pemuka agama, pekerja profesional, ibu rumah tangga, dll		
2	Persepsi Perawat	Pernyataan umum mengenai kesehatan komunitas. Apa kekuatannya? Apa masalah aktual atau potensial yang bisa diidentifikasi		

4. Angket

Data pengkajian komunitas dapat diperoleh melalui pemberian angket atau kuesioner kepada warga masyarakat. Angket/kuesioner ini berisi daftar pertanyaan mengenai identitas responden, data demografi, masalah kesehatan yang dialami masyarakat, dan lain-lain. Angket/kuesioner ini diisi langsung oleh warga masyarakat sesuai dengan daftar pertanyaan yang diberikan, berbeda dengan wawancara yang jawabannya diisi oleh pewawancara (perawat). Setelah masyarakat mengisi angket/kuesioner maka daftar isian tersebut dikembalikan kepada perawat. Proses pengembalian ini terdapat dua cara yaitu canvasser, apabila angket yang telah diisi, ditunggu oleh petugas yang menyerahkan dan householder, apabila angket yang telah diisi dikirimkan pada alamat yang telah ditentukan. Pengumpulan data melalui angket, memiliki beberapa keuntungan di

antaranya relatif murah dan terjangkau, tidak membutuhkan banyak tenaga, dan dapat diulang (Kholifah dan Widagdo, 2016).

5. Analisis data sekunder

(Stanhope and Lancaster, 2010) menjelaskan dalam analisis sekunder, perawat menggunakan data yang dikumpulkan sebelumnya, seperti notulen rapat komunitas. Jenis analisis ini sangat berharga karena menghemat waktu dan tenaga. Banyak sumber data yang tersedia dan berguna untuk analisis sekunder yaitu dokumen publik seperti laporan tahunan kelurahan, puskesmas, kecamatan, atau dinas kesehatan, profil kesehatan, survei kesehatan, laporan riset kesehatan dasar, dan lain-lain.

5.5 Komponen Pengkajian

Pengkajian keperawatan komunitas dilakukan dengan menggunakan teori komunitas sebagai mitra (*community as partner*). Teori ini merupakan teori praktik yang diturunkan dari model teori konseptual sistem (*teori System Model*) yang dikembangkan dan dikenalkan oleh Betty Neuman. Teori *community as partner* ini dirumuskan oleh Anderson dan Mc Farlan meyakini bahwa masyarakat adalah subjek asuhan yang memiliki potensi dan otonomi untuk menentukan status kesehatannya sendiri. Istilah *partner* ini mengacu kepada partisipasi aktif masyarakat untuk mencapai tujuan bersama.



Gambar 5.1: Konsep Roda Pengkajian Komunitas (Nies and McEwen, 2019)

Roda pengkajian komunitas dan proses keperawatan merupakan konsep utama dari teori *community as partner*. Bagian utama dari konsep roda pengkajian komunitas meliputi inti komunitas (*core*) dan delapan subsistem. Gambar 5.1 menguraikan konsep roda pengkajian komunitas

5.5.1 Data Inti Komunitas

Data inti komunitas diartikan sebagai sesuatu yang penting, dasar dan menguatkan. Data inti ini meliputi sejarah, karakteristik, nilai dan keyakinan setiap warga sehingga pengkajian ini merupakan langkah awal perawat komunitas untuk mempelajari warga atau masyarakat suatu wilayah.

Data inti komunitas yang perlu dikaji meliputi: (1) sejarah/ riwayat (riwayat wilayah, perubahan wilayah), sumber informasi data ini bisa diperoleh melalui perpustakaan, sejarah masyarakat dan melakukan wawancara dengan pimpinan daerah, tokoh masyarakat atau warga yang paling lama tinggal di wilayah tersebut. (2) data demografik meliputi karakteristik dan distribusi penduduk berdasarkan usia, jenis kelamin, ras dan etnis, sumber informasi bisa diperoleh melalui sensus penduduk dari Biro Pusat Statistik, arsip/laporan tahunan kelurahan, kecamatan, puskesmas serta dapat melakukan observasi masyarakat. (3) jenis keluarga (keluarga/bukan keluarga, kelompok), data ini dapat diperoleh melalui sensus penduduk. (4) status perkawinan (kawin, janda/duda, single), data ini diperoleh melalui sensus penduduk. (5) statistik vital (kelahiran, kematian kelompok usia dan penyebab kematian), sumber informasi data ini dapat diperoleh melalui dinas kesehatan yang disebarluaskan melalui dinas kesehatan kabupaten dan kecamatan. (6) nilai-nilai dan keyakinan, dan agama, data ini diperoleh melalui observasi windshield survey (Anderson and McFarlan, 2011).

5.5.2 Data Subsistem Komunitas

Data subsistem yang perlu dikumpulkan dalam pengkajian komunitas menurut (Anderson and McFarlan, 2011) meliputi:

1. Lingkungan Fisik

Pemeriksaan lingkungan fisik pada tingkat komunitas merupakan komponen kritis dalam pengkajian komunitas dengan menggunakan panca indera, sama halnya dengan pemeriksaan fisik pada individu. Hal yang perlu dikaji dalam subsistem lingkungan fisik meliputi:

observasi kualitas air, pembuangan limbah, kualitas udara, flora, ruang terbuka, perumahan, tempat ibadah, industri, tempat yang sering dikunjungi, daerah hijau, musim, binatang, kualitas makanan, serta mengkaji aktivitas masyarakat seperti adanya pertemuan warga dan berapa banyak warga yang hadir.

2. Pelayanan Kesehatan dan Sosial

Data pelayanan kesehatan dan sosial yang perlu dikumpulkan yaitu ketersediaan pelayanan kesehatan yang meliputi: puskesmas, klinik, rumah sakit, balai pengobatan tradisional, agen pelayanan kesehatan di rumah, pusat emergensi, rumah perawatan, fasilitas pelayanan sosial, pelayanan kesehatan mental. Untuk setiap fasilitas kesehatan, data yang perlu dikumpulkan meliputi: jenis pelayanan, tarif, waktu pelayanan, sumber (tenaga, tempat, biaya dan sistem pencatatan), karakteristik konsumen (distribusi geografik, profil demografik, dan transportasi), statistik (jumlah pengguna yang dilayani setiap hari, setiap minggu, dan setiap bulan), kesesuaian, keterjangkauan, dan penerimaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan.

3. Ekonomi

Data yang perlu dikaji dari subsistem ekonomi meliputi karakteristik keuangan keluarga dan individu, rata-rata penghasilan penduduk, status pekerjaan, jenis pekerjaan dan jumlah penduduk yang tidak bekerja, keberadaan industri, toko/pusat perbelanjaan dan tempat komunitas bekerja, pasar dan pusat bisnis.

4. Transportasi dan Keamanan

Pengkajian subsistem transportasi dan keamanan meliputi penggunaan alat transportasi penduduk yang datang dan keluar wilayah, transportasi umum (bus, taksi, angkot, dll) dan transportasi privat (sumber transportasi, transportasi untuk penyandang cacat) serta kondisi jalan. Data pengkajian keamanan wilayah meliputi layanan perlindungan kebakaran, polisi, sanitasi dan kualitas udara serta bagaimana sistem keamanan lingkungan.

5. Politik dan Pemerintahan

Pengkajian politik dan pemerintahan meliputi: situasi politik dan pemerintahan di komunitas (kegiatan politik yang ada di wilayah tersebut, dan peran peserta partai politik dalam pelayanan kesehatan), peraturan dan kebijakan pemerintah daerah setempat terkait kesehatan komunitas, program kesehatan yang ditujukan pada peningkatan kesehatan komunitas, struktur organisasi di masyarakat, kelompok organisasi dalam komunitas, kelompok pelayanan kesehatan dan sosial di masyarakat (posyandu, PKK, karang taruna posbindu, poskesdes, panti, dll) dan peran serta kelompok organisasi dalam kesehatan.

6. Komunikasi

Hal yang perlu dikaji dalam subsistem komunikasi meliputi: media informasi yang dimanfaatkan masyarakat, komunikasi yang sering dimanfaatkan masyarakat, keikutsertaan masyarakat dalam pendidikan kesehatan, bagaimana masyarakat memperoleh informasi tentang kesehatan, adakah perkumpulan komunitas sebagai sarana mendapatkan informasi, dari siapa masyarakat memperoleh informasi tentang kesehatan, ketersediaan sarana komunikasi formal seperti koran, radio dan televisi, pelayanan pos, status telepon (jumlah pelanggan), serta sarana komunikasi informal meliputi sumber (papan pengumuman, poster, brosur, pengeras suara dari mesjid, dan lain-lain).

7. Pendidikan

Hal yang perlu dikaji terkait dengan pendidikan meliputi rata-rata tingkat pendidikan masyarakat, ketersediaan dan keterjangkauan sekolah yang ada di komunitas, tipe/jenis pendidikan, perpustakaan pendidikan khusus, pelayanan kesehatan di sekolah, dan adakah masyarakat yang buta huruf.

8. Rekreasi

Pengkajian subsistem rekreasi yang perlu dikumpulkan meliputi: kebiasaan masyarakat berekreasi, kegiatan di luar rumah termasuk mengisi waktu luang, jenis rekreasi yang dapat dimanfaatkan oleh

masyarakat, dan ketersediaan sarana rekreasi untuk masyarakat seperti taman, area bermain, perpustakaan, rekreasi umum dan privat, fasilitas khusus.

5.5.3 Data persepsi

Selain pengkajian inti dan subsistem, diperlukan pula pengkajian data persepsi yang meliputi: (1) persepsi masyarakat dengan mengkaji bagaimana perasaan masyarakat tentang kehidupan bermasyarakat yang dirasakan di lingkungan tempat tinggal mereka, apa yang menjadi kekuatan mereka, dan apa permasalahan yang dirasakan. Untuk mengumpulkan data persepsi ini perawat perlu menanyakan pada masyarakat dalam kelompok yang berbeda misalnya: lansia, remaja, pekerja, profesional, ibu rumah tangga, dan lain-lain. (2) Persepsi perawat berupa pernyataan umum perawat tentang kondisi kesehatan dari masyarakat, kekuatan yang dimiliki oleh masyarakat, dan masalah atau potensial masalah yang dapat diidentifikasi.

Bab 6

Keperawatan Kesehatan Kerja

6.1 Pendahuluan

Sejauh ini peningkatan jumlah tenaga kerja terjadi sebagai akibat meningkatnya jumlah penduduk didunia dan kebutuhan pekerjaan yang layak bagi masyarakat. Indonesia sebagai salah satu negara yang sedang berkembang juga mengalami peningkatan jumlah tenaga kerja yang signifikan. Seiring dengan cepat, transformasi berkelanjutan dalam industri, kemajuan teknologi, dan perubahan dalam proses manufaktur, pekerja menghadapi kondisi dan lingkungan kerja yang lebih rumit daripada sebelumnya. Akibatnya, pola bahaya dan penyakit akibat kerja menjadi lebih beragam. Meningkatnya angka kematian, baik karena kecelakaan ataupun kesakitan ditempat kerja.

Memperhatikan hal tersebut diatas, perawat, sebagai bagian integral profesi kesehatan, memiliki peranan yang vital dalam upaya K3 (Keselamatan Kesehatan Kerja). Perawat adalah tenaga professional bidang kesehatan yang memiliki peranan yang amat besar dalam upaya peningkatan kesehatan kerja serta pencegahan kecelakaan atau penyakit yang ditimbulkan oleh pekerjaan. Mengingat perusahaan adalah bagian dari komunitas masyarakat dalam ruang lingkup industri, maka dalam pelayanan kesehatan yang menyeluruh, perawat perlu diikutsertakan program - program K3 dalam pelayanan kesehatan komunitas.

Perawat Kesehatan Kerja merupakan gambaran spesialisasi perawat praktik menyediakan dan memberikan program dan layanan kesehatan dan keselamatan kepada pekerja, populasi pekerja, dan kelompok masyarakat. Praktek ini berfokus pada promosi dan pemulihan kesehatan, pencegahan penyakit dan cedera, dan perlindungan dari bahaya yang berhubungan dengan pekerjaan dan lingkungan. Tujuan utama dari spesialisasi perawat kesehatan kerja adalah untuk menggabungkan pengetahuan tentang kesehatan dan bisnis untuk menyeimbangkan lingkungan kerja yang aman dan sehat.

6.2 Kesehatan Kerja

Kesehatan kerja merupakan suatu organisasi kesehatan kerja dunia yang menangani semua aspek kesehatan dan keselamatan ditempat kerja dan memiliki fokus yang kuat pada pencegahan primer. Kesehatan pekerja memiliki beberapa faktor penentu, termasuk faktor risiko ditempat kerja yang mengarah pada kanker, kecelakaan, penyakit muskuloskeletal, penyakit pernapasan, gangguan pendengaran, penyakit peredaran darah, gangguan terkait stres dan penyakit menular dan lain-lain.

6.3 Keperawatan Kesehatan Kerja

American Association of Occupational Health Nursing (AAOHN, 2015) Menyimpulkan bahwa Keperawatan Kesehatan Kerja adalah cabang khusus dari keperawatan komunitas yang merupakan aplikasi dari konsep dan frame work dari berbagai disiplin ilmu (keperawatan, kedokteran, kesehatan masyarakat, ilmu sosial dan perilaku, prinsip-prinsip manajemen) yang bertujuan meningkatkan dan memelihara status kesehatan pekerja serta melindungi pekerja dari kecelakaan kerja dan faktor risiko bahaya ditempat kerja (health hazards) dalam konteks lingkungan kerja yang sehat dan aman.

Perawatan kesehatan Kerja juga merupakan profesional yang memenuhi syarat untuk merancang, mengelola, mengawasi, dan memberikan perawatan kesehatan dalam pengaturan kerja mencakup berbagai praktisi. Ruang lingkup praktik mengacu pada kredensial, tanggung jawab, dan praktik resmi profesional perawatan kesehatan. Selain itu Perawat kesehatan kerja juga di

artikan merupakan suatu spesialis yang berpraktik di lingkungan industri dan komunitas untuk membantu meningkatkan kesehatan dan keselamatan pekerja dan kelompok masyarakat lainnya. Peran Perawat Kesehatan Kerja bisa sangat beragam dan tanggung jawab spesifik akan tergantung di mana Perawat Kesehatan Kerja tersebut bertugas.

6.4 Peran Perawat dalam Keperawatan Kesehatan Kerja

Peran perawat kesehatan kerja yang di kutip dari WHO (2000) adalah untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan orang ditempat kerja. Perawatan yang diberikan terkadang bersifat preventif, terkadang bersifat kuratif, dan terkadang bersifat rehabilitatif. Perawat Kesehatan Kerja tidak hanya memberikan asuhan keperawatan ahli kepada orang sakit dan terluka, tetapi juga berperan dalam mencegah cedera pada pekerja dari debu, asap, bahan kimia, dan agen berbahaya di industri.

Peran perawat kesehatan kerja spesialis terutama berorientasi pada:

1. Pencegahan cedera dan penyakit akibat kerja melalui strategi kesehatan dan keselamatan kerja proaktif yang komprehensif
2. Promosi kesehatan dan kemampuan kerja, dengan berfokus pada non-pekerjaan, kondisi tempat kerja yang dapat dicegah, meskipun tidak disebabkan secara langsung oleh pekerjaan, dapat memengaruhi kemampuan karyawan untuk mempertahankan kehadiran atau kinerja di tempat kerja, melalui strategi promosi kesehatan tempat kerja yang komprehensif.
3. Meningkatkan manajemen kesehatan lingkungan, dengan mengurangi risiko terhadap populasi pekerja dan masyarakat luas, yang berkontribusi pada agenda kesehatan masyarakat yang lebih luas.

Sementara Peran Perawat dalam Keperawatan Kerja yang di kutip dari *Departement of Health*, Meskipun tanggung jawab pekerjaan perawat kesehatan kerja bervariasi dari satu perusahaan ke perusahaan lainnya, pekerjaannya umumnya mencakup sebagian besar kegiatan berikut:

1. Memberikan perawatan dengan dengan profesional untuk pekerja yang terluka dan menderita sakit serta menjaga dirinya dan unit kesehatan siap untuk segala jenis keadaan darurat.
2. Memberikan perawatan rehabilitatif yang diarahkan secara medis kepada pekerja yang terluka, atau sakit kronis.
3. Membantu melakukan program imunisasi dan skrining penyakit di seluruh perusahaan,
4. Membantu dengan pemeriksaan fisik dan program evaluasi kesehatan.
5. Menasihati pekerja yang terganggu secara emosional.
6. Mengajar dan memotivasi para pekerja untuk menjaga keamanan dan sadar akan kesehatan.
7. Membantu pekerja dalam penggunaan sumber daya kesehatan dan kesejahteraan masyarakat untuk diri sendiri dan keluarga
8. Menjalin hubungan dengan pihan asuransi dan menafsirkan perawatan medis serta rencana asuransi, serta memahami undang-undang yang mencakup Kompensasi Pekerja, cacat, tenaga kerja, kesehatan. dan kode keselamatan.
9. Mengetahui bahaya kesehatan yang terkait dengan industrinya dan waspada terhadap gejala akut atau penyakit akibat kerja kronis.

Terkait hal tersediadas perawat perlu mengejar pendidikan berkelanjutan untuk memperluas kompetensi inti dan mengembangkan keterampilan untuk bertahan hidup di arena perawatan kesehatan primer di masa depan reformasi perawatan kesehatan. Perluasan peran untuk perawat akan terus mencakup kegiatan manajemen kasus, kesehatan lingkungan, tanggung jawab manajemen, perawatan primer, dan konsultasi. Peluang yang semakin meningkat bagi perawat kesehatan kerja dalam praktik, pengajaran, dan penelitian global dan internasional. Perluasan lanjutan dari peran ini menciptakan lebih banyak peluang bagi perawat untuk memengaruhi kesehatan dan keselamatan pekerja (Chamberlin-McCarthy, 1997 dalam Nelson , 2001).



Gambar 6.1: Occupational Health Nursing Role (ABOHN, 2015)

6.5 Pengaturan Komunitas Kesehatan Kerja

Selain kesehatan kerja dan promosi kesehatan tempat kerja, ada juga aspek penting lainnya. Hal ini terkait dengan dampak yang mungkin dimiliki setiap perusahaan terhadap lingkungan sekitar, dan melalui polutan atau produk atau layanan yang diberikan kepada orang lain, dampaknya terhadap lingkungan. Meskipun dampak kesehatan lingkungan dari perusahaan dikendalikan oleh undang-undang yang berbeda dengan yang berlaku untuk kesehatan dan keselamatan ditempat kerja, ada hubungan yang kuat antara menjaga lingkungan kerja, meningkatkan organisasi kerja dan budaya kerja di dalam perusahaan, dan pendekatannya. hingga pengelolaan kesehatan lingkungan. Banyak perusahaan terkemuka telah menggabungkan kesehatan dan keselamatan kerja dengan manajemen kesehatan lingkungan untuk secara optimal menggunakan sumber daya manusia yang tersedia di dalam perusahaan dan untuk menghindari duplikasi usaha. Perawat kesehatan kerja dapat memberikan kontribusi terhadap manajemen kesehatan lingkungan, terutama di perusahaan yang tidak mempekerjakan spesialis kesehatan lingkungan. (ABOHN, 2015)

6.6 Hazard Kesehatan Kerja

Menurut AOHP (2019), Tenaga kesehatan mempunyai peluang tinggi terpapar berbagai macam bahaya dalam memberikan asuhan keperawatan. Baha ini dapat berupa biologi, kimia, lingkungan, ergonomis, dan/atau fisik. kekerasan di tempat kerja, hal ini harus tetap menjadi perhatian bagi perawat yang bekerja di tempat pelayanan kesehatan. Terutama untuk perawat pemula harus mengidentifikasi bahaya dan memprioritaskan rencana untuk mengatasinya. Kesiapsiagaan darurat juga merupakan bagian dari tanggung jawab kesehatan dan keselamatan Keperawatan Kesehatan Kerja. Dalam kebanyakan kasus, Keperawatan Kesehatan Kerja tidak bertanggung jawab atas seluruh rencana kesiapsiagaan darurat, maka dari itu perawat memerlukan kewaspadaan dalam melaksanakan tugas.

Beberapa jenis hazad yang dapat memberikan gambaran umum tentang beberapa aspek utama dalam melaksanakan tugas keperawatan sehingga para pekerja dapat selalu waspada dalam menjaga kesehatan dan keselamatannya di manapun keperawatan kesehatan kerja bertugas.

6.6.1 Jenis Hazard

Tabel 6.1: Hazard Biologi (AOHP, 2019)

<i>Emerging Infectious Disease</i> (e.g., Ebola, Zika)	<i>Mites; scabies, pediculosis</i>	Rubeola
Hepatitis B	Mumps	Smallpox
Hepatitis C	Pertussis	Tuberculosis
HIV	Rubella	Varibella
Influenza		

Tabel 6.2: Hazard Kimia (AOHP, 2019)

Asbestos	Formaldehhyde	Lead
Benzena	Glutaraldehyde	Mercury
Cadmium	Hazardous drugs	Methyl methacrylate
Chemotherapeutic/ antineoplastic drugs	Latex	Xylene
Ethylene oxide	Nitric oxide	

Tabel 6.3: Hazard Lingkungan (AOHP, 2019)

Electrosurgical smoke	Noise	Stress
Indoor air quality	Radiation	Workplace violence
Lasers	Shift/ long work hours	

Tabel 6.4: Hazard Ergonomis (AOHP, 2019)

Computer Work Stations	Material Handling	Patient Handling and Mobility
------------------------	-------------------	-------------------------------

6.7 Penilaian Kesehatan

Ada banyak penilaian kesehatan yang dikutip oleh AOHP (2019), dalam praktek keperawatan kesehatan. Terlepas dari jenis penilaian, hasil dari penilaian tersebut adalah untuk menentukan apakah individu mampu melakukan tuntutan fisik pekerjaan dengan atau tanpa akomodasi. Khususnya kesehatan kerja menentukan kesegaran jasmani individu untuk melaksanakan tugas. Kesegaran jamani dibutuhkan dalam melaksanakan tugas dengan arti yang luas, yang digunakan untuk menggambarkan berbagai penilaian kesehatan. Penilaian ini berbeda dengan jenis penilaian kesehatan tertentu, pemeriksaan penentuan kelayakan untuk bertugas, yang biasanya dilakukan ketika seorang perawat terganggu oleh efek obat-obatan, alkohol, atau kondisi kesehatan fisik atau mental.

Penilaian dapat mencakup tes atau pemeriksaan yang dilakukan untuk menentukan kapasitas kerja, risiko yang terkait dengan paparan ditempat kerja, dan akomodasi khusus yang memungkinkan karyawan memenuhi standar produktivitas dan kualitas pekerjaan dengan aman.

Berikut penilaian kesehatan secara umum:

1. Kebijakan dan prosedur harus dikembangkan untuk setiap jenis penilaian kesehatan, termasuk kebijakan pembatasan dan akomodasi kerja. Penting bagi Keperatan kesehatan kerja untuk mengetahui secara spesifik setiap jenis penilaian.
2. Dokumentasi menyeluruh dari setiap penilaian, kunjungan, atau kontak, seperti panggilan telepon, sangat penting untuk

- mempertahankan riwayat yang akurat dan pemahaman tentang status kesehatan individu saat ini.
3. Dapatkan deskripsi pekerjaan saat ini untuk menyediakan dokter pengevaluasi dengan tuntutan fisik pekerjaan dan tugas pekerjaan penting.
 4. Dalam hal diperlukan untuk menghubungi dokter yang merawat individu tersebut untuk mengklarifikasi kemampuan individu tersebut untuk melakukan pekerjaan:
 - a. Dapatkan yang ditandatangani untuk pelepasan informasi medis ke keperawatan kesehatan profesional. Identifikasi informasi spesifik yang diminta, termasuk masalah kesehatan mental.
 - b. Berikan instruksi kepada dokter yang merawat untuk melengkapi formulir dokumentasi kebugaran untuk tugas.
 - c. Dalam surat rujukan ke spesialis, berikan pengamatan khusus atau informasi relevan lainnya. Berikan salinannya kepada karyawan, jika perlu, dan simpan salinannya di catatan kesehatan karyawan.
 - d. Berikan pertanyaan spesifik untuk dijawab. Biasanya tidak perlu mengetahui diagnosis spesifik. Namun, informasi yang berkaitan dengan pembatasan kerja, akomodasi, baik sementara atau permanen, dan waktu untuk evaluasi ulang sangat penting. Minta klarifikasi jika rekomendasi tidak jelas, tidak lengkap, atau tidak menjawab semua pertanyaan.
 5. Tinjauan kesehatan kerja profesional dan komunikasi hasil penilaian: Tinjau hasil penilaian untuk menentukan kemampuan individu (karyawan baru atau karyawan saat ini) untuk bekerja. Satu-satunya informasi yang akan dirilis adalah apakah individu tersebut dapat bekerja dengan atau tanpa batasan, serta batasan yang dinyatakan. Izin untuk bekerja tidak boleh memuat diagnosis medis dari kesehatan kerja profesional kepada sumber daya manusia (SDM) atau manajer. Jika izin untuk bekerja adalah untuk karyawan baru:
 - a. Tetapkan prosedur untuk SDM pemberitahuan izin untuk bekerja

- b. Ikuti prosedur untuk mengatasi temuan abnormal (baik sebelum tanggal mulai atau dalam waktu yang ditentukan setelah tanggal mulai)

6.8 Pencegahan Kesehatan Kerja

Intervensi keperawatan komunitas dan keperawatan kesehatan berpedoman pada konsep pencegahan. Dalam hal ini yang dapat dilakukan adalah melakukan promosi kesehatan, proteksi, pemeliharaan dan rehabilitasi kesehatan pekerja. Dalam melaksanakan praktek keperawatan kesehatan kerja, perawat melakukan pencegahan sebagai berikut (Stanhope dan Lancaster, 2004).

6.8.1 Pencegahan Primer (Primary Prevention)

Pada tahap ini perawat melakukan health promotion dan pencegahan penyakit. Di mana perawat mengupayakan peningkatan kesadaran, sikap positif, perilaku yang baik sehingga mencapai derajat kesehatan yang optimal baik dari segi fisik, mental dan sosial. Pencegahan timbulnya penyakit di tempat kerja diawali dengan meningkatkan pengetahuan pekerja mengenali risiko penyakit akibat health hazards. Saat melaksanakan praktek keperawatan kesehatan kerja, perawat menggunakan tiga level strategi pencegahan, yaitu primer, sekunder dan tersier.

Strategi ini dilakukan karena perawat kesehatan kerja setiap hari berinteraksi dengan pekerja karena berbagai alasan, misalnya saat melakukan pengkajian, pelayanan terhadap pekerja yang sakit, mengalami kecelakaan, serta melakukan surveillance.

Berpedoman dari upaya pencegahan yang dilakukan oleh keperawatan kesehatan kerja, maka pencegahan primer diberikan melalui beberapa strategi, yaitu:

1. Melakukan pelayanan keperawatan langsung (direct care) untuk kasus penyakit akut dan kecelakaan serta upaya untuk menemukan penyakit sejak awal, dan melakukan intervensi lebih awal untuk mengantisipasi terjadinya kecacatan bagi pekerja.

2. Melakukan Skreening Kesehatan yang mana pemeriksaan ini lakukan secara berkala dengan cara yang relatif mudah dan biaya yang minimal. Skrining kesehatan berupa pemeriksaan kesehatan mata, deteksi dini penyakit kangker, tekanan darah tinggi serta pemeriksaan gula darah untuk mendeteksi timbulnya penyakit diabetes millitus.

Pada level pencegahan tersier, OHN berperan dalam upaya rehabilitasi status kesehatan pekerja setelah mengalami sakit yang berat atau masalah kesehatan serius lainnya. Upaya rehabilitasi ditujukan agar pekerja dapat kembali menjalankan tugasnya dengan kemampuan optimal yang dimiliki setelah melewati masa sakitnya.

Bentuk intervensinya mengevaluasi status kesehatan pekerja yang baru saja dirawat di rumah sakit karena menderita penyakit tertentu atau mengalami kecelakaan kerja. Perawat memonitor status kesehatan pekerja (paska di rawat di RS) saat pekerja tersebut kembali bekerja. Termasuk mengidentifikasi kebutuhan khusus pekerja tersebut. Sebagai contoh pekerja yang baru saja dirawat di RS karena *myocardial infarction* membutuhkan observasi tekanan darah secara teratur serta menghindari aktivitas kerja berat seperti mengangkat beban dan mendorong.

Bab 7

Keperawatan Kesehatan Keluarga

7.1 Pendahuluan

Perawatan kesehatan keluarga menjadi salah satu fokus asuhan keperawatan mengingat keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang dapat memengaruhi derajat kesehatan masyarakat. Keperawatan keluarga mencakup bagaimana perawat berinteraksi dengan klien, bagaimana perawat mengumpulkan informasi tentang klien dengan tetap menggunakan pendekatan perawatan keluarga.

Keluarga menjadi fokus asuhan keperawatan karena status kesehatan seseorang akan memengaruhi seluruh anggota keluarganya. Perawatan kesehatan yang optimal dapat dipengaruhi oleh keluarga itu sendiri, sehingga dalam melakukan praktik perawatan kesehatan diperlukan sikap, keyakinan, perilaku serta keputusan yang ditentukan dalam konteks sistem keluarga.

Setiap keluarga memiliki perbedaan yang unik. Keluarga memiliki perbedaan dari segi budaya, struktur keluarga, fungsi dan proses keluarga. Adanya perbedaan tersebut akan berdampak terhadap perawatan kesehatan yang akan diberikan oleh perawat. Dalam memberikan perawatan kesehatan pada keluarga, perawat harus memahami berbagai konsep tentang keluarga, struktur

dan fungsi keluarga, tipe keluarga, tahapan keluarga dan tugas perkembangan keluarga sesuai tumbuh kembang.

7.2 Definisi Keluarga

Seperti yang telah dijelaskan sebelumnya bahwa kelompok masyarakat yang paling dasar adalah keluarga, yang tinggal bersama dalam satu rumah dan saling berinteraksi untuk memenuhi kebutuhan satu sama lain. Dengan memberikan pelayanan keperawatan kepada keluarga, perawat juga sekaligus memberikan pelayanan kepada individu dan masyarakat. Pengertian keluarga yang saat ini berkembang akan berbeda – beda tergantung pada cara pandang dari berbagai ahli dalam mendefinisikan keluarga itu sendiri.

Beberapa ahli mendefinisikan keluarga sebagai berikut:

1. Menurut Depkes (2010)
Keluarga adalah sistem sosial yang terdiri dari dua orang atau lebih yang dihubungkan karena hubungan darah, hubungan perkawinan, hubungan adopsi dan tinggal bersama untuk menciptakan suatu budaya tertentu.
2. Bailon & Maglaya (1978) dalam Friedman, Bowden & Jones (2010)
Keluarga adalah dua orang atau lebih yang hidup bersama dalam satu rumah tangga karena adanya pertalian darah, ikatan perkawinan maupun adopsi.
3. Menurut Undang-undang no. 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga
Keluarga adalah unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, atau suami, istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya.
4. Duvall dan Logan (1986) dalam (Qolbi, 2020)
Keluarga adalah sekumpulan orang yang memiliki hubungan dalam perkawinan, adopsi maupun kelahiran dan memiliki tujuan dalam menciptakan, memelihara serta meningkatkan perkembangan fisik, psikologis, sosial emosional setiap anggota keluarga.

7.3 Struktur Keluarga

Struktur keluarga digunakan sebagai suatu pendekatan bagaimana keluarga dapat menjalankan fungsi keluarga di masyarakat. Menurut (Harlinawati, 2013) bahwa struktur keluarga mencakup:

1. **Patrilineal**
Merupakan keluarga yang terdiri atas sanak saudara dan memiliki hubungan darah dari garis keturunan ayah yang terdiri dari beberapa generasi.
2. **Matrilineal**
Merupakan keluarga yang terdiri atas sanak saudara dan memiliki hubungan darah dari garis keturunan ibu yang terdiri dari beberapa generasi.
3. **Matrilokal**
Merupakan keluarga yang terdiri atas suami dan istri yang tinggal dalam satu rumah dengan keluarga yang sedarah dengan istri.
4. **Patrilokal**
Merupakan keluarga yang terdiri atas suami dan istri yang tinggal dalam satu rumah dengan keluarga yang sedarah dengan suami.
5. **Keluarga kawin**
Merupakan hubungan antara suami dan istri sebagai pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian dari keluarga karena adanya hubungan antara suami atau istri.

Menurut Robert Maclever dan Charles Horton dalam (Harlinawati, 2013), bahwa struktur keluarga memiliki ciri-ciri sebagai berikut:

1. Keluarga terbentuk akibat adanya hubungan perkawinan.
2. Keluarga adalah suatu bentuk kelembagaan yang sengaja dibentuk dan dipelihara, yang berkaitan dengan hubungan perkawinan.
3. Keluarga memiliki garis keturunan atau sistem tata nama (nomenclature).
4. Di dalam sebuah keluarga terdapat fungsi ekonomi yang akan dijalankan oleh setiap anggota keluarga. Fungsi ekonomi ini

berkaitan dengan kemampuan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan termasuk memiliki keturunan dan membesarkan anak.

5. Keluarga dapat didefinisikan sebagai sebuah rumah tangga atau tempat tinggal bersama.

Sedangkan ciri-ciri struktur keluarga menurut Friedman & Bowden (2010) dalam (Salamung et al., 2021) adalah:

1. Terorganisasi, artinya bahwa setiap anggota keluarga memiliki sifat yang saling ketergantungan dan saling berhubungan.
2. Memiliki keterbatasan, artinya bahwa dalam menjalankan tugas dan fungsinya masing-masing, anggota keluarga memiliki kebebasan tetapi tetap memiliki keterbatasan.
3. Memiliki perbedaan dan kekhususan, maknanya bahwa masing - masing anggota keluarga mempunyai fungsi dan peranan yang berbeda.

7.4 Tipe Keluarga

Dalam memberikan perawatan kesehatan terhadap keluarga, perawat harus mampu menempatkan dan melibatkan anggota keluarga sebagai fokus pelayanan kesehatan karena keluarga akan bertanggung jawab terhadap pemenuhan kebutuhan dan tuntutan anggota keluarganya seperti misalnya adalah kebutuhan kesehatan keluarga. Oleh karena itu, penting memahami tipe-tipe keluarga.

Menurut (Qolbi, 2020) tipe keluarga dapat dipahami pada penjelasan dibawah ini:

1. Keluarga tradisional
 - a. *The nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terbentuk atau terdiri dari suami, istri dan anak yang tinggal dalam satu rumah.
 - b. *The dyad family*, yaitu keluarga yang terdiri dari suami dan istri yang hidup dalam satu rumah tetapi tidak memiliki anak.

- c. Keluarga usila, yaitu keluarga yang terdiri dari suami istri yang sudah usia lanjut dengan anak yang sudah memisahkan diri.
- d. *The childless family*, yaitu keluarga tanpa anak karena kondisi suami dan atau istri yang terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak waktunya sudah terlambat. Kondisi ini dapat disebabkan karena mengejar karir atau pendidikan yang terjadi pada wanita.
- e. *The extended family* (keluarga besar), yakni keluarga seperti keluarga inti tetapi disertai paman, bibi, orang tua (kakek dan nenek), keponakan, dan lain sebagainya yang hidup bersama dalam satu rumah atau keluarga yang terdiri dari tiga generasi sebagainya yang hidup bersama dalam satu rumah.
- f. *The single parent family* (keluarga duda atau janda), yakni keluarga yang terdiri dari satu orang tua bisa ayah atau ibu. Penyebabnya dapat terjadi karena proses perceraian, kematian atau bahkan ditinggalkan.
- g. *Commuter family*, yaitu keluarga dengan kedua orang tua yang terpisah karena pekerjaan. Misalnya ayah / ibu yang bekerja di kota yang berbeda, tetapi setiap akhir pekan semua anggota keluarga dapat berkumpul bersama di salah satu kota yang menjadi tempat tinggal.
- h. *Multigenerational family*, yaitu keluarga yang terdiri dari generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.
- i. *Kin-network family*, yaitu keluarga yang terdiri dari beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan menggunakan barang – barang serta pelayanan bersama. Seperti misalnya menggunakan dapur, kamar mandi, televisi atau telepon bersama.
- j. *Blended family*, yaitu keluarga yang dibentuk oleh duda atau janda yang menikah kembali dan membesarkan anaknya dari perkawinan sebelumnya.

- k. *The single adult living alone / single adult family*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya akibat dari adanya perpisahan seperti perceraian atau ditinggal mati oleh pasangan.
2. Keluarga non tradisional
 - a. *The Unmarried Teenage Mother*, yaitu keluarga yang terdiri dari orang tua terutama ibu dengan anak dari hubungan tanpa nikah.
 - b. *The Stepparent Family*, yaitu keluarga dengan orang tua tiri.
 - c. *Commune family*, yaitu keluarga dengan beberapa pasangan keluarga dengan anaknya yang tidak memiliki hubungan saudara, hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok atau membesarkan anak bersama.
 - d. *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, yaitu keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
 - e. *Gay and lesbian families*, yaitu keluarga dengan seseorang yang memiliki persamaan jenis kelamin yang hidup bersama sebagaimana pasangan suami-istri (marital partners).
 - f. *Cohabiting couple*, yaitu keluarga dengan orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
 - g. *Group-marriage family*, yaitu keluarga dengan beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang merasa telah saling menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu, termasuk seksual dan membesarkan anaknya.
 - h. *Group network family*, yaitu keluarga inti yang dibatasi oleh adanya aturan tertentu, yang hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga secara bersamaan, dan bertanggung jawab dalam membesarkan anaknya.

- i. *Foster family*, yaitu keluarga yang menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga atau saudara untuk waktu tertentu yang sifatnya sementara.
- j. *Homeless family*, yaitu keluarga yang terbentuk tanpa adanya perlindungan yang menetap, biasanya terjadi karena adanya krisis personal dan dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau masalah kesehatan mental.
- k. Gang, yaitu sebuah bentuk keluarga yang terdiri dari anak - anak muda yang mencari ikatan emosional dan perhatian, bersifat destruksi, tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupannya.

7.5 Fungsi & Tugas Keluarga

Dalam suatu keluarga terdapat fungsi dan tugas keluarga yang dapat dijalankan oleh masing-masing anggota keluarga. Menurut Friedman & Bowden (2010) dalam (Salamung et al., 2021) fungsi keluarga mencakup:

1. Fungsi Afektif

Berkaitan dengan fungsi dalam keluarga dan merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berkaitan dengan kasih sayang antar sesama anggota keluarga, saling mendukung, menghargai, saling cinta dan mengasihi satu sama lain. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Fungsi afektif merupakan sumber energi yang menentukan kebahagiaan keluarga. Adanya perceraian, kenakalan anak atau masalah lain yang sering timbul dalam keluarga menandakan bahwa fungsi afektif pada keluarga tidak terpenuhi.

2. Fungsi Sosialisasi

Sosialisasi merupakan proses yang berlangsung seumur hidup, yang dimulai pada saat lahir dan akan diakhiri ketika seseorang meninggal. Sosialisasi merupakan syarat fungsional silang budaya bagi kelangsungan masyarakat. Fungsi sosialisasi tidak hanya dikaitkan

dengan kondisi saat bayi tetapi seumur hidup, termasuk proses internalisasi norma dan nilai yang sesuai terhadap tahap perkembangan manusia. Sosialisasi seringkali berkaitan pada berbagai pengalaman yang ada dalam keluarga, bertujuan mengajarkan anak dalam menerima pesan.

3. Fungsi reproduksi

Salah satu fungsi keluarga adalah untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia dengan memelihara dan membesarkan anak. Fungsi reproduksi dibatasi oleh adanya program keluarga berencana, di mana setiap rumah tangga dianjurkan hanya memiliki 2 anak.

4. Fungsi Ekonomi

Fungsi ekonomi berkaitan dengan kemampuan keluarga dalam memenuhi kebutuhan sandang pangan bagi seluruh anggota keluarga. Fungsi ini juga mencakup pengaturan penggunaan penghasilan keluarga serta kemampuan keluarga dalam menabung untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan keluarga dimasa yang akan datang.

5. Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga memiliki tugas untuk memelihara kesehatan seluruh anggota keluarganya agar tetap memiliki produktivitas dalam menjalankan perannya masing – masing. Fungsi perawatan kesehatan ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan.

Adapun tugas kesehatan keluarga menurut Friedman & Bowden (2010) dalam (Salamung et al., 2021) yaitu:

1. Mengenal masalah atau gangguan kesehatan keluarga

Seluruh anggota keluarga terutama orangtua perlu mengetahui kondisi kesehatan serta setiap perubahan yang dialami oleh anggota keluarganya. Kemampuan keluarga mengenal masalah diartikan bahwa keluarga harus mampu memahami tentang pengertian, penyebab, tanda gejala, faktor pencetus masalah serta persepsi keluarga terhadap masalah. Apabila keluarga menyadari adanya perubahan yang terjadi pada masing – masing anggota keluarganya,

maka keluarga perlu mencatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perlu

2. Mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat
Merupakan upaya yang dilakukan oleh keluarga dalam mencari bantuan yang tepat sesuai masalah kesehatan yang sedang dialami oleh keluarga. Tugas ini meliputi:
 - a. Sejauhmana keluarga mengetahui sifat dan luasnya masalah
 - b. Apakah masalah kesehatan yang sedang terjadi dirasakan oleh keluarga
 - c. Apakah keluarga merasa takut terhadap akibat dari tindakan penyakit
 - d. Apakah keluarga memiliki sifat negatif terhadap masalah kesehatan yang sedang dialami
 - e. Apakah keluarga dapat menjangkau fasilitas kesehatan yang tersedia
 - f. Apakah keluarga kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - g. Apakah keluarga mendapat informasi yang salah terhadap tindakan dalam mengatasi masalah
3. Merawat anggota keluarga yang sakit
Tugas ini meliputi:
 - a. Apakah keluarga mengetahui keadaan penyakit yang meliputi sifat, penyebaran, komplikasi, prognosa dan cara perawatannya dan sejauhmana keluarga mengetahui keadaan penyakit tersebut
 - b. Sejauhmana pemahaman keluarga mengenai sifat dan perkembangan perawatan kesehatan yang dibutuhkan
 - c. Sejauhmana pemahaman keluarga mengenai keberadaan fasilitas kesehatan yang diperlukan untuk perawatan
 - d. Sejauhmana pemahaman keluarga mengenai sumber – sumber yang ada dalam keluarga (anggota keluarga yang bertanggung jawab, bagaimana sumber keuangan / finansial, adakah fasilitas fisik, psikososial)
 - e. Bagaimana sikap keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit

4. Memodifikasi lingkungan keluarga

Tugas ini meliputi:

- a. Sejauhmana pemahaman keluarga mengenai sumber – sumber yang dimiliki
- b. Sejauhmana pemahaman keluarga melihat keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan
- c. Sejauhmana pemahaman keluarga tentang pentingnya *hygiene* sanitasi
- d. Sejauhmana pemahaman keluarga mengenai upaya pencegahan penyakit
- e. Sejauhmana sikap atau pandangan keluarga terhadap *hygiene* sanitasi
- f. Sejauhmana kekompakan antar anggota keluarga

5. Menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan di masyarakat

Tugas ini meliputi:

- a. Sejauhmana pemahaman keluarga tentang keberadaan fasilitas kesehatan
- b. Sejauhmana pemahaman keluarga tentang keuntungan – keuntungan yang dapat diperoleh dari pemanfaatan fasilitas kesehatan
- c. Sejauhmana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas dan fasilitas kesehatan
- d. Apakah keluarga memiliki pengalaman yang kurang baik terhadap petugas kesehatan
- e. Apakah fasilitas kesehatan yang ada terjangkau oleh keluarga

7.6 Tahapan Tumbuh Kembang Keluarga

Menurut Duvall & Miller (1985) dalam (Harlinawati, 2013) terdapat delapan tahapan tumbuh kembang kehidupan keluarga, yaitu:

1. Keluarga tahap I: Keluarga Pasangan Baru (Keluarga Pemula)
Keluarga tahapan ini dimulai ketika masing-masing individu baik laki-laki maupun perempuan membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarganya masing-masing.
2. Keluarga tahap II: Keluarga *Child Bearing* (keluarga dengan bayi)
Keluarga tahapan ini disebut juga dengan keluarga yang sedang mengasuh anak. Tahap keluarga ini dimulai sejak kehamilan ibu sampai dengan kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan.
3. Keluarga tahap III: Keluarga dengan Anak Usia Pra Sekolah
Tahapan ini dimulai ketika anak pertama berusia 2,5 tahun dan berakhir ketika anak berusia 5 tahun. Pada tahapan ini keluarga sudah mulai melibatkan anak dalam bersosialisasi.
4. Keluarga tahap IV: Keluarga dengan Anak Usia Sekolah
Tahapan ini dimulai ketika anak pertama sudah masuk sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada saat anak berusia 12 tahun.
5. Keluarga tahap V: Keluarga dengan Anak usia Remaja
Tahapan ini dimulai ketika anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya sampai 6 atau 7 tahun kemudian yaitu pada saat anak meninggalkan rumah orang tuanya. Masa remaja dapat dibagi menjadi 3 sub fase yaitu:
 - a. Remaja awal (elderly adolescent) dimulai sejak anak berusia 11 tahun 14 tahun
 - b. Remaja menengah (middle adolescent) dimulai sejak anak berusia 15 tahun sampai 17 tahun
 - c. Remaja akhir (Late edolescent) dimulai sejak anak berusia 18 tahun sampai 20 tahun

6. Keluarga tahap VI: Keluarga dengan Anak Dewasa (pelepasan)
Tahapan ini dimulai ketika anak pertama meninggalkan rumah dan berakhir sampai anak terakhir meninggalkan rumah.
7. Keluarga tahap VII: Keluarga Usia Pertengahan
Tahapan ini dimulai ketika anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat orang tua mulai pensiun.
8. Keluarga tahap VIII: Keluarga Usia Lanjut
Tahapan ini dimulai ketika salah satu pasangan pensiun, dan berlanjut sampai dengan salah satu pasangan meninggal atau keduanya meninggal.

7.7 Tugas Perkembangan Keluarga

Tugas perkembangan keluarga merupakan sebuah tanggung jawab yang harus dicapai oleh seluruh anggota keluarga dalam setiap tahap perkembangan keluarganya sehingga dapat memenuhi:

1. Kebutuhan biologis keluarga
2. Aspirasi dan nilai-nilai keluarga
3. Budaya keluarga

Tabel 7.1: Tugas perkembangan keluarga sesuai tahap perkembangan keluarga adalah sebagai berikut:

No	Tahap Perkembangan	Tugas Perkembangan
1	Keluarga tahap I: Keluarga Pasangan Baru	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan serta meningkatkan hubungan intim yang memuaskan antar pasangan 2. Meningkatkan serta memperluas hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial 3. Mendiskusikan kepada pasangan tentang rencana memiliki anak
2	Keluarga tahap II: Keluarga <i>Child Bearing</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan persiapan diri untuk menjadi orang tua 2. Beradaptasi terhadap adanya perubahan karena penambahan

No	Tahap Perkembangan	Tugas Perkembangan
		<p>anggota keluarga, interaksi keluarga, hubungan seksual dan kegiatan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mempertahankan dan meningkatkan hubungan dalam rangka memuaskan pasangannya
3	<p>Keluarga tahap III: Keluarga dengan Anak Usia Pra Sekolah</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memenuhi kebutuhan seluruh anggota keluarga yang mencakup kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman 2. Membantu anak untuk bersosialisasi 3. Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, tetapi tetap memperhatikan pemenuhan kebutuhan anak lain (anak pertama) 4. Mempertahankan hubungan yang sehat, baik di dalam maupun diluar keluarga seperti keluarga lain dan lingkungan sekitar 5. Kemampuan dalam membagi waktu antara individu, pasangan dan anak 6. Pembagian tanggung jawab antara anggota keluarga 7. Merencanakan kegiatan serta waktu dalam menstimulasi pertumbuhan dan perkembangan anak
4	<p>Keluarga tahap IV: Keluarga dengan Anak Usia Sekolah</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu anak dalam bersosialisasi dengan lingkungan luar rumah seperti sekolah, dan lingkungan lebih luas atau masyarakat 2. Menjaga dan mempertahankan keintiman pasangan 3. Memenuhi kebutuhan yang semakin meningkat seperti biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga
5	<p>Keluarga tahap V: Keluarga dengan Anak usia Remaja</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab mengingat anak remaja adalah seorang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi 2. Mempertahankan hubungan intim dalam keluarga

No	Tahap Perkembangan	Tugas Perkembangan
		<ol style="list-style-type: none"> 3. Mempertahankan komunikasi terbuka antar anak dan orang tua. Hindarkan terjadinya perdebatan, kecurigaan, dan permusuhan. 4. Mempersiapkan perubahan sistem peran dan peraturan (anggota) keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga
6	Keluarga tahap VI: Keluarga dengan Anak Dewasa (pelepasan)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperbesar jaringan keluarga dari keluarga inti menjadi keluarga besar 2. Menjaga dan mempertahankan keintiman pasangan 3. Membantu anak untuk dapat hidup mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat 4. Melakukan penataan ulang peran orang tua dan kegiatan di rumah
7	Keluarga tahap VII: Keluarga Usia Pertengahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga dan mempertahankan kesehatan individu serta pasangan pada usia pertengahan 2. Mempertahankan hubungan yang serasi dan memuaskan dengan anak – anaknya dan dengan kelompok sebaya 3. Mempertahankan dan meningkatkan keakraban pasangan
8	Keluarga tahap VIII: Keluarga Usia Lanjut	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjaga dan mempertahankan suasana kehidupan rumah tangga yang saling menyenangkan bagi pasangannya 2. Beradaptasi dengan berbagai perubahan yang akan terjadi seperti misalnya kehilangan pasangan, adanya perubahan kekuatan fisik, dan penghasilan keluarga yang mulai berkurang 3. Mempertahankan keakraban pasangan dan kebutuhan saling merawat 4. Melakukan <i>life review</i> masa lalu.

Bab 8

Konseptual Model Praktik Keperawatan Komunitas

8.1 Pendahuluan

Keperawatan Komunitas merupakan pelayanan kesehatan profesional, yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal dengan menekankan pada upaya pelayanan promotif, preventif yang berkesinambungan serta memelihara kesehatannya terhadap individu, keluarga dan kelompok dalam konteks komunitas. di mana suatu Komunitas yang sehat harus dapat mempertahankan kualitas hidupnya. Oleh karena itu, perawat perlu memahami konsep model praktik keperawatan komunitas.

8.2 Pengertian Konsep Model Praktik Keperawatan

Tomey dan Alligood (2006) Konsep adalah sebuah teori terdiri atas konsep-konsep yang saling berhubungan. Bahwa Konsep tersebut bias sederhana atau kompleks yang berhubungan dengan objek atau kejadian yang berasal dari

pengalaman nyata individu dapat berupa ide atau gambaran mental. Konsep membantu untuk menjelaskan atau memberi nama fenomena.

Menurut Riehl dan Roy dalam Mubarak dan Chayatin (2013), menjelaskan, model adalah sebuah gambaran deskriptif dari sebuah praktik keperawatan yang mewakili sesuatu yang nyata. Model Keperawatan adalah aplikasi dari struktur keperawatan itu sendiri yang memungkinkan seorang perawat untuk menerapkan cara bekerja. (kerangka pikir) sebagai suatu cara melihat keperawatan, atau satu gambaran tentang lingkup keperawatan.

Dengan demikian, model praktik keperawatan dapat dipahami sebagai suatu konstruksi yang sistematis, berdasarkan Ilmu pengetahuan dan logika, berkaitan dengan konsep yang diidentifikasi pada komponen nyata pada praktik keperawatan.

Konsep model praktik keperawatan adalah isi dari sebuah teori dan konsep praktik, sedangkan teori dan konsep merefleksikan nilai, filosofi, dan keyakinan, tentang manusia.

Maka dari itu, berikut ini ada tiga komponen dasar dari praktik yaitu:

1. Keyakinan dan nilai yang mendasari sebuah model, artinya, keyakinan dan nilai sebuah model praktik merupakan dasar dari seluruh model-model yang akan dibangun, dan akan memengaruhi praktik
2. Tujuan praktik, yaitu tujuan praktisi yang ingin dicapai untuk memberikan pelayanan berdasarkan kebutuhan klien
3. Pengetahuan dan keterampilan, merupakan hal yang ingin dibutuhkan

8.3 Konseptual Model Praktik Keperawatan Komunitas

Praktik keperawatan komunitas bertujuan memandirikan individu, keluarga, kelompok dan komunitas dalam memenuhi kebutuhan dasar utama akan kesehatan dengan mengoptimalkan kemampuan Sumber Daya yang dimilikinya dan meminimalkan ketidakmampuan, ketidaktahuan dan ketidakmauan di komunitas. Pada bab ini menjelaskan model Keperawatan

dapat dilaksanakan di masyarakat, sebagai acuan untuk praktik keperawatan komunitas, agar model-model tersebut dapat dipahami dan diaplikasikan secara tepat dalam tatanan praktik keperawatan di komunitas.

Beberapa konseptual model praktik keperawatan di komunitas tersebut antara lain:

1. Enviromental Model Florence Nightingale

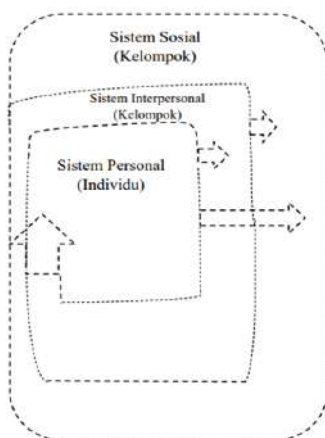
Florence Nightingale menitikberatkan pada faktor lingkungan yang menghubungkan dengan kesehatan, yakni: udara bersih dan segar, air murni, drainase yang efisien, kebersihan, cahaya terutama sinar matahari langsung, Bila terjadi gangguan pada salah satu faktor dapat menyebabkan masalah kesehatan atau penyakit. Penekanan pada model ini ditinjau dari paradigma keperawatan: kesehatan, bahwa lingkungan yang tidak sehat atau tercemar, seperti pemukiman yang dekat dengan kandang peternakan yang tidak memiliki standar kebersihan yang diterapkan maka limbah dari kotoran ternak dapat mencemari tanah , aroma yang tidak sedap dan mengganggu ketenteraman penduduk. sampah yang menumpuk di sungai menyebabkan banjir, menjadi sarang lalat, nyamuk, tikus, dan hewan lain yang berpotensi membawa masalah kesehatan. Oleh sebab itu, sebagai perawat komunitas dapat memberikan asuhan keperawatan dengan memanipulasi lingkungan agar klien mendapat kenyamanan, ketenangan, nutrisi, hygiene, cahaya, sosialisasi dan harapan yang sesuai untuk mempertahankan kesehatan di masyarakat.

2. Model Sistem Imogene King

Konsep Model Keperawatan I. King dengan cara pendekatan system terbuka dalam hubungan interaksi dengan lingkungan. Konsep Model ini yang meliputi: adanya sistem personal, interpersonal dan social yang saling berhubungan satu dengan yang lain.

Komunitas merupakan suatu sistem dari sub sistem keluarga yang terdapat di komunitas saling berinteraksi, saling memengaruhi, interdependensi satu sama lain. Apabila ada gangguan atau stressor pada salah satu sistem akan memengaruhi komunitas, sehingga menyebabkan masalah kesehatan atau ketidaktahuan. memodifikasi

lingkungan sehingga memerlukan intervensi keperawatan. Keluarga sebagai sub sistem komunitas, merupakan sistem terbuka sehingga terjadi hubungan timbal balik antara keluarga dan komunitas . Sejalan dengan model sistem, untuk mengetahui masalah di komunitas, maka dilakukan pengkajian kepada keluarga yang mejadi sub sistem dari komunitas, intervensi keperawatan yang dilaksanakan yang terkait keluarga dan komunitas. Oleh sebab itu, keluarga merupakan unit pelayanan dasar di masyarakat atau komunitas. Lihat gambar 8.1



Gambar 8.1: Kerangka Konsep King (Sumber: A Theory for Nursing: Systems, Concepts)

3. Self-care deficit Theory of Nursing Dorothea Orem

Teori D. Orem (1971), di fokuskan pada tiga konsep yaitu perawatan diri, deficit perawatan diri dan sistem keperawatan. Tujuan dari model D. Orem membantu klien merawat dirinya sendiri dan meningkatkan klien untuk memenuhi kebutuhan dasar: biologis/fisiologis, psikologis, perkembangan atau sosial, maka perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan harus mengkaji mengapa klien tidak dapat memnuhi kebutuhannya, perawatan diri apa saja yang boleh dilakukan oleh klien, dan merumuskan masalah keperawatan.

Sistem keperawatan adalah Perawat membantu klien meningkatkan kemampuan klien untuk keperawatan mandiri, dengan 3 (tiga) katagori bantuan, yakni:

- a. Wholly Compensatory Nursing system
Membantu klien secara keseluruhan dengan ketergantungan tinggi, contoh: klien dengan penurunan kesadaran
- b. Partial Convensatory Nursing System
Bantuan sebagai yang dibutuhkan oleh klien yang mengalami keterbatasan gerakan atau yang memerlukan minimal bantuan
- c. Supportive Educative Nursing System
Dukungan dengan pendidikan kesehatan. Contoh: Pendidikan kesehatan DM

Model Keperawatan mandiri Orem ini, tepat diaplikasikan di keperawatan komunitas dengan alasan tujuan akhirnya adalah kemandirian dalam melakukan upaya kesehatan, yang terkait dengan lima tugas kesehatan, yaitu:

- a. Menegal masalah kesehatan
 - b. Mengambil Keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan
 - c. Merawat anggota keluarga yang mengalami gangguan kesehatan
 - d. Memodifikasi lingkungan yang dapat menunjang kesehatan
 - e. Menggunakan fasilitas kesehatan secara tepat.
4. Health Care System Model Betty Newman

Betty Newman seorang pioneer perawat kesehatan komunitas dan psikologi klinis, Konsep ini mengembangkan aktivitas keperawatan yag ditujukan pada klien yang megalami *stress* serta *factor* rekonsititusi melalui adaptasi dengan memperkuat garis pertahanan diri komunitas yang meliputi:

- a. Garis pertahanan fleksibel/*buffer zone*, adalah tingkat kesehatan yang dinamis yang merupakan hasil respon sementara dari stressor (respon komunitas terhadap lingkungan, misalnya: banjir, gunung meletus, tanah longsor, stresor sosial, ketersediaan dana dalam pelayanan kesehatan, pekerjaan, iklim, dll)

- b. Garis pertahanan normal, pola coping dalam pemecahan masalah dalam jangka panjang yang diperlihatkan sebagai kesehatan komunitas, di mana garis pertahanan normal mencakup: ketersediaan pelayanan, perlindungan terhadap status nutrisi yang menyeluruh, tingkat pendapatan (cost level), sikap atau perilaku masyarakat terhadap kesehatan dan kondisi rumah yang memenuhi syarat kesehatan.
- c. Garis pertahanan resisten adalah mekanisme internal untuk menghadapi stressor (stressor yang menyebabkan ketidakseimbangan sistem) yang mencakup: Tingkat pendidikan masyarakat, adanya ketersediaan pelayanan kesehatan, transportasi, tempat rekreasi dan cakupan imunisasi.

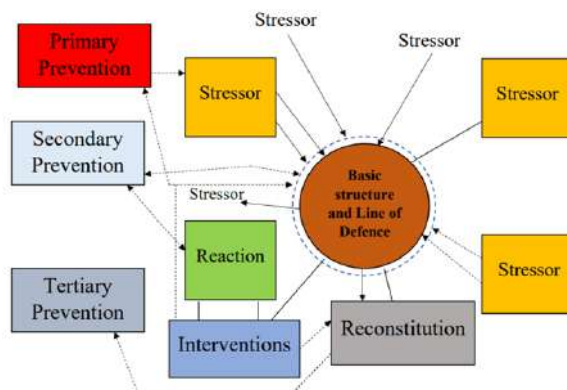
Dari ketiga garis pertahanan tersebut Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mempertahankan keseimbangan adalah dibawah ini:

- a. Intervensi bersifat promosi, dilakukan bila ada gangguan terjadi pada garis pertahanan fleksibel, meliputi pendidikan kesehatan, mendemonstrasikan ketrampilan dasar yang dapat dilakukan klien di rumah atau di komunitas untuk meningkatkan kesehatan dan keseimbangan garis pertahanan normal
- b. Intervensi bersifat preventif, dilakukan bila garis pertahanan normal terganggu: deteksi dini tumbuh kembang balita, keluarga,
- c. Intervensi bersifat kuratif dan rehabilitatif, dilakukan bila garis pertahanan resistensi terganggu, Perawat harus mahir melakukan prosedur keperawatan seperti: melatih klien duduk atau berjalan, membrikan konseling untuk penyelesaian masalah, melakukan kerja sama lintas program dan lintas sektor dalam menyelesaikan masalah serta melaksanakan rujukan keperawatan atau non keperawatan
- d. Keperawatan, ilmu dan kiat berorientasi kepada pelayanan di mana kebutuhan dasar klien (individu, keluarga, kelompok, dan komunitas) tidak terpenuhinya sehingga terjadi ketidakseimbangan pada ketiga garis pertahanan tersebut yakni

fleksibel, normal dan resistan serta berupaya mempertahankan keseimbangan agar sehat. Untuk menurunkan tekanan: Stressor diperlukan intervensi keperawatan dengan cara:

- 1) Pencegahan primer, yakni melakukan pengkajian keperawatan dengan mengidentifikasi adanya stressor, mencegah reaksi tubuh karena ada stressor, dengan membangun koping klien.
- 2) Pencegahan sekunder, mencakup berbagai macam tindakan keperawatan untuk mengatasi menghilangkan gejala penyakit yang terjadi serta reaksi sistem tubuh yang lain karena stressor.
- 3) Pencegahan tersier, mencakup pengobatan dengan rutin dan teratur serta pencegahan kerusakan lebih lanjut dari komplikasi suatu penyakit. Atau mengembalikan klien ke kondisi sehat setelah dilakukan terapi pengobatan

Berdasarkan uraian diatas, aplikasi model konseptual keperawatan komunitas Betty Newman adalah penurunan stress dengan memperkuat garis pertahanan diri terkait dengan tiga tingkatan prevensi. (lihat gambar 8.2) dan model ini dapat diterapkan di tatanan praktik pelayanan keperawatan yang melibatkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.



Gambar 8.2: The Neuman System Model (3rd edition, 1995)

5. Adaption Model of Nursing Sr.Callista Roy

Model konseptual adaptasi Calista Roy (Roy, 1980, 1989, Roy dan Obloy, 1979) adalah memandang klien sebagai suatu sistem adaptasi, bagaimana individu mampu meningkatkan kesehatan dengan cara mempertahankan perilaku adaptif dan dapat mengubah perilaku maladaptif. Individu sebagai makhluk holistik yang harus beradaptasi secara keseluruhan. Penerapan model Konseptual keperawatan komunitas adaptasi Roy ini bertujuan mempertahankan perilaku adaptif dan mengubah perilaku mal adaptif pada komunitas. Dengan mengupayakan meningkatkan kesehatan, maka seorang perawat kesehatan dapat memberikan intervensi keperawatan untuk menekan stresor dan meningkatkan mekanisme adaptasi Hal terpenting yang harus diperhatikan dari model adaptasi Roy adalah:

- a. Manusia sebagai makhluk biopsikososial yang selalu berinteraksi dengan lingkungan
- b. Manusia sebagai individu dapat meningkatkan kesehatannya dengan mempertahankan perilaku adaptif dan mengubah perilaku mal adaptif.
- c. Agar terjadi keadaan homeostasis atau integrasi antara individu dengan lingkungannya, maka individu harus mampu beradaptasi dengan perubahan yang terjadi
- d. Terdapat tiga tingkatan adaptasi pada individu, antara lain:
 - 1) Focal stimulation, adalah stimulus yang langsung beradaptasi dengan individu dan mempunyai pengaruh yang kuat terhadap individu
 - 2) Contextual stimulation, stimulus yang dialami seseorang, baik stimulus internal maupun stimulus eksternal, yang memengaruhi, kemudian dapat di observasi , diukur secara subjektif.
 - 3) Residual stimulation, adalah stimulus lain yang merupakan ciri tambahan yang ada atau sesuai dengan situasi dalam proses penyesuaian dengan lingkungan yang sulit untuk diobservasi.

- e. Sistem Adaptasi memiliki empat model adaptif , yakni:
- 1) Fungsi biologis/fisiologis, komponen sistem adaptasi biologis/fisiologis adalah oksigenasi, nutrisi, eliminasi, aktivitas dan istirahat, integritas kulit, pengindraan, cairan elektrolit, fungsi neurologis, serta fungsi endokrin.
 - 2) Konsep diri, yang artinya bagaimana individu mengenal pola-pola interaksi sosial pada saat berhubungan dengan orang lain
 - 3) Fungsi peran, merupakan proses penyesuaian yang berhubungan dengan bagaimana peran seseorang mengenal pola-pola interaksi sosial pada saat berhubungan dengan orang lain
 - 4) Interdependen, merupakan kemampuan seseorang mengenal pola-pola kasih sayang, cinta yang terjadi melalui hubungan secara interpersonal baik pada tingkat individu atau kelompok.
- f. Individu dalam proses adaptasi harus mampu meningkatkan energi agar dapat melaksanakan tujuan untuk kelangsungan kehidupan, perkembangan, reproduksi dan keunggulan sehingga proses ini bertujuan untuk meningkatkan respon adaptif.

Dari Model adaptasi Roy ini dapat disimpulkan, bahwa individu sebagai makhluk Biopsikososial dan spiritual sebagai satu kesatuan yang komprehensif memiliki koping untuk beradaptasi terhadap perubahan lingkungan. Agar dapat beradaptasi setiap individu akan berespon terhadap kebutuhan fisiologis, kebutuhan konsep diri yang positif, kemampuan untuk hidup mandiri, serta kemampuan berperan dan berfungsi dengan optimal untuk memelihara integritas diri. Individu selalu berada dalam rentang sehat-sakit yang berhubungan dengan koping yang efektif dalam memelihara proses adaptif.

6. Model Konseptual Keperawatan Martha E.Rogers

Model keperawatan Martha E Roger dikenal dengan konsep manusia sebagai unit. di mana manusia merupakan satu kesatuan yang utuh yang memiliki sifat dan karakter yang berbeda. Manusia selalu

berinteraksi dengan lingkungan baik fisik, yang memengaruhi satu dengan yang lainnya. Dalam proses kehidupannya manusia diciptakan mempunyai karakteristik dan keunikan masing-masing. Dengan demikian, model ini dapat dipergunakan untuk mengidentifikasi perilaku di masyarakat, bilamana perilaku masyarakat baik akan menunjang kesehatannya, tetapi bila perilaku masyarakat tidak baik maka dapat menurunkan derajat kesehatan dalam komunitas.

7. Model Konseptual Keperawatan Need base Virginia Henderson

Model konseptual keperawatan yang di gagasi Virginia Henderson adalah model konsep *need based model* atau aktivitas hidup sehari-hari (activity daily living model) dengan memberikan gambaran dari fungsi perawat. Fungsi perawat menurut model konseptual Henderson ialah Perawat sebagai penolong, yang peduli pada individu, saat sakit dan sehat dalam melaksanakan aktivitas nya untuk mendukung kesehatannya, proses pemulihan bahkan meninggal dengan damai. Dan individu dapat melakukannya sendiri jika mereka memiliki kekuatan, kemauan, dan pengetahuan.

Pinsip dasar model konseptual keperawatan menurut Henderson adalah

- a. Manusia mengalami pertumbuhan dan perkembangan dalam rentang keidupan;
- b. Individu dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari akan mengalami ketergantungan sejak lahir sampai dewasa menjadi mandiri yang dipengaruhi oleh pola asuh, lingkungan dan kesehatan;
- c. Dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari, individu diklasifikasikan dengan tiga kondisi yaitu belum dapat melakukan aktivitas, terhambat melakukan aktivitas, dan tidak dapat melaksanakan aktivitas

Henderson (1966) menggagasi peran perawat dalam melakukan aktivitas hidup sehari-hari, agar dapat membantu individu sehat

maupun sakit untuk mencapai kemandirian dalam memenuhi kebutuhan dasar, yakni

- a. Bernapas dengan normal
- b. Makan dan minum sesuai kebutuhan
- c. Eliminasi Urin dan Alvi normal
- d. Bergerak dan mempertahankan posisi postur tubuh
- e. Tidur dan istirahat
- f. Memilih pakaian yang pantas
- g. Mempertahankan suhu tubuh normal dengan berpakaian dan memodifikasi lingkungan.
- h. Memelihara kebersihan tubuh dan berpakaian rapi untuk melindungi kulit
- i. Mencegah kecelakaan dan bahaya
- j. Berkomunikasi
- k. Beribadah
- l. Bermain dan rekreasi
- m. Bekerja sesuai dengan keinginan untuk memenuhi aktualisasi diri
- n. Belajar, menemukan, memuaskan keingintahuan yang akan membimbing ke arah perkembangan normal dan kesehatan dan memanfaatkan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Berdasarkan uraian diatas, bahwa penerapan model konseptual keperawatan komunitas dari Virginia Henderson mengindikasikan kesehatan masyarakat dapat dilihat dari kemampuan individu melaksanakan aktivitas kehidupan sehari-hari.

Bab 9

Perencanaan Asuhan Keperawatan Komunitas

9.1 Pendahuluan

Keperawatan komunitas merupakan pelaksanaan keperawatan yang dilakukan melalui beberapa tahapan dalam pemecahan masalah yang ada dalam komunitas. Tahapan pada proses keperawatan komunitas secara langsung melibatkan komunitas sebagai klien yang dimulai dengan tahapan pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Tahapan ketiga dalam proses tersebut adalah Perencanaan. Perencanaan asuhan keperawatan komunitas merupakan suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya yang bertujuan untuk menetapkan kebutuhan populasi komunitas secara efektif dengan menggunakan proses pengambilan keputusan secara logika yang dituangkan dalam perencanaan secara terinci yang meliputi perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan. Hal ini dilakukan untuk membantu klien atau komunitas dalam mencapai kondisi kesehatan yang optimal.

Tahap perencanaan dalam asuhan keperawatan membutuhkan kemampuan dari seorang perawat terkait pada pengetahuannya tentang praktek keperawatan, pemecahan masalah, pengambilan keputusan, pemahaman terhadap pasien/klien, kerjasama dengan tenaga kesehatan lainnya serta kemampuan dalam menyusun strategi keperawatan yang tepat dalam mencapai tujuan yang diharapkan.

Berpikir kritis merupakan kemampuan yang harus dimiliki oleh setiap perawat dalam upaya memecahkan suatu masalah dan memutuskan tindakan yang terbaik untuk melakukan intervensi keperawatan kepada klien. Kemampuan berpikir kritis dapat berkembang sesuai dengan banyaknya klien yang telah dirawat dengan belajar dari berbagai pengalaman yang dilalui selama merawat pasien baik itu suatu keberhasilan atau kegagalan. Perawat dapat memperbaiki asuhan keperawatannya dengan menerapkan ilmu pengetahuan maupun pengalaman yang sesuai untuk diterapkan dalam asuhan keperawatan. Berpikir kritis melibatkan proses pikir dalam menilai masalah dan memilih alternatif pemecahan masalah yang tepat untuk menyelesaikan masalah klien atau komunitas.

Setiap perawat harus memiliki kemampuan untuk mengetahui setiap perubahan yang terjadi pada kondisi klien dengan mengamati kondisi klien, melakukan pembicaraan dengan klien dan keluarga klien, serta mempertimbangkannya dengan pengalaman. Untuk memutuskan tindakan yang tepat, seorang perawat lebih mengembangkan penjelasan dan mengevaluasi kembali suatu tindakan yang benar dan relevan.

9.2 Tahapan dalam Perencanaan Asuhan Keperawatan Komunitas

Perencanaan keperawatan merupakan tahapan ketiga dalam proses keperawatan di mana tahapan ini sangat diperlukan sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan. Hal ini menjadi penting karena setiap tindakan yang akan dilakukan perawat sudah harus tersusun lebih dulu guna menghindari kesalahan atau kekeliruan dalam memberikan tindakan keperawatan atau implementasi. Menyusun rencana asuhan keperawatan membutuhkan pengetahuan dan ketrampilan yang memadai dari seorang perawat, di dalam menyusun perencanaan keperawatan ini perawat perlu

menentukan prioritas, menulis tujuan, dan merencanakan tindakan keperawatan yang akan dilakukan terhadap klien atau komunitas.

Dalam melakukan proses penilaian dan membuat keputusan, perawat harus memilih intervensi keperawatan yang tepat dan sesuai (PPNI 2018) (Bulechek and McCloskey 1995).

1. Intervensi perawat

Intervensi perawat meliputi aspek praktik keperawatan profesional yang tercakup lisensi dan hukum. Intervensi perawat tidak membutuhkan instruksi dari dokter atau profesi yang lain.

2. Intervensi dokter

Intervensi dokter berdasarkan respon dokter terhadap diagnosa medis, dan perawat menyelesaikan instruksi tertulis dari dokter.

3. Intervensi kolaboratif

Intervensi kolaboratif membutuhkan pengetahuan dan keahlian dari berbagai profesional dalam perawatan Kesehatan secara menyeluruh.

Memilih intervensi keperawatan yang sesuai adalah proses pembuatan keputusan (Bulechek and McCloskey 1995). Perawat secara kritis mengevaluasi data pengkajian, prioritas, pengetahuan, dan pengalaman untuk memilih tindakan yang akan secara berhasil memenuhi tujuan dan hasil yang diperkirakan yang telah ditetapkan (PPNI 2018).

9.3 Perencanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan suatu perawatan yang dilakukan perawat berdasarkan penilaian klinis dengan pertimbangan berdasarkan pengetahuan perawat dan mencakup pembuatan keputusan dan penyelesaian masalah secara sistematis (PPNI 2018).

Dalam menyusun perencanaan, perawat merujuk pada data pengkajian klien dan pernyataan diagnosis sebagai petunjuk dalam merumuskan tujuan klien dan merancang intervensi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan masalah kesehatan klien sehingga pasien mencapai hasil yang diharapkan (McCloskey & Bulechek, 1995). Perencanaan

asuhan keperawatan bersifat individualistik dan responsif terhadap kebutuhan unik pasien.

Tujuan Perencanaan Asuhan Keperawatan

Tujuannya adalah menyusun strategi untuk mengatasi hambatan atau masalah pasien. Perawat secara teratur meninjau kemajuan pasien dan merevisi rencana perawatan yang sesuai kebutuhan pasien (Raudatun Hasanah 2020).

Tujuan rencana Tindakan keperawatan dapat dibedakan atas (E-Prints 2013); (Jannah 2020):

1. Tujuan administratif
 - a. Untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada pasien atau kelompok.
 - b. Untuk membedakan tanggungjawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya.
 - c. Untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi keperawatan.
 - d. Untuk menyediakan kriteria klasifikasi pasien.
2. Tujuan klinik
 - a. Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan.
 - b. Mengkomunikasikan dengan staf perawat; apa yang diajarkan, diobservasi dan dilaksanakan.
 - c. Rencana tindakan yang spesifik secara langsung bagi individu, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya untuk melaksanakan tindakan.

Tujuan akhir dari dilakukannya perencanaan keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Tersusunnya rencana asuhan keperawatan,
2. Perencanaan mencerminkan penyelesaian terhadap diagnosis keperawatan.
3. Perencanaan tertulis dalam format yang singkat dan mudah didapat,
4. Perencanaan menunjukkan bukti adanya revisi pencapaian tujuan. Perencanaan menggambarkan tindakan yang akan dilakukan dengan

merujuk pada NIC (Nursing Intervention Clasification) (Swanson et al. 2021) (PPNI 2018).

Perencanaan Keperawatan Komunitas

Proses keperawatan komunitas merupakan metode asuhan keperawatan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontinyu, dan berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan klien, keluarga, kelompok serta masyarakat melalui langkah-langkah seperti pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan (IPKKI 2017); (Saing 2016)

Keperawatan kesehatan komunitas berorientasi pada proses pemecahan masalah yang dikenal dengan proses keperawatan (nursing proses), yaitu suatu metode ilmiah dalam keperawatan yang dapat dipertanggung jawabkan sebagai cara terbaik dalam memberikan tindakan pelayanan keperawatan yang sesuai respons manusia dalam menghadapi masalah Kesehatan. Langkah-langkah dalam proses keperawatan kesehatan komunitas adalah pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Dalam penerapan proses keperawatan, terjadi proses pengalih peran dari tenaga keperawatan kepada klien secara bertahap dan berkelanjutan untuk mencapai kemandirian sasaran dalam menyelesaikan masalah kesehatannya (PPNI 2018); (IPKKI, 2017); (Iannicelli et al. 2019)

Fungsi dari keperawatan komunitas adalah memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi kesehatan masyarakat dan keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan. Agar masyarakat mendapatkan pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya di bidang kesehatan. Memberikan asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah, komunikasi yang efektif dan efisien serta melibatkan peran serta masyarakat. Agar masyarakat bebas mengemukakan pendapat berkaitan dengan permasalahan atau kebutuhannya sehingga mendapatkan penanganan dan pelayanan.

Sasaran dari perawatan kesehatan komunitas adalah individu, keluarga, dan kelompok khusus. Individu yaitu anggota keluarga yang memiliki suatu kesatuan utuh melalui aspek biologi, psikologi, social dan spiritual yang terdapat di dalam diri suatu individu serta dapat mencapai target dari sasaran komunitas. Keluarga yaitu sekelompok individu yang berhubungan erat dan menjalin interaksi yang erat antara satu sama lain di dalam lingkungannya sendiri maupun di dalam masyarakat. Kelompok khusus yaitu kumpulan

individu yang memiliki kesamaan jenis kelamin, umur maupun permasalahan yang sedang dialami dan dapat mendapatkan perawatan kesehatan secara komunitas yang dapat dilakukan dengan baik.

Keperawatan komunitas salah satunya menekankan pada aspek lingkungan/komunitas sebagai faktor yang memengaruhi masalah Kesehatan. Dengan menganalisa karakteristik lingkungan/komunitas yang menjadi area binaan yang berpotensi ataupun berisiko meningkatkan kesehatan pasien yang dapat dilakukan dalam penerapan perencanaan dalam asuhan keperawatan di dalam suatu komunitas yang dilakukan.

Tahapan dalam Perencanaan asuhan Keperawatan Komunitas

Rencana dalam tindakan keperawatan ditulis dalam suatu bentuk yang bervariasi untuk mempromosikan Perawatan yang meliputi perawatan individu, keluarga, dan komunitas. Perencanaan asuhan keperawatan pada klien (komunitas) seyogyanya menyertakan tiga prinsip, yaitu: pemberdayaan (empowerment), negosiasi (negotiation), dan kerja sama lintas sektor (networking) (IPKKI 2017); (E-Prints 2013); (Iannicelli et al. 2019)

Langkah Perencanaan:

1. Perumusan tujuan

Perumusan tujuan dalam perencanaan keperawatan komunitas berfokus pada klien. 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

Selain rumusan pernyataan tujuan di atas, perumusan tujuan dalam perencanaan keperawatan komunitas dapat juga berisikan unsur-unsur di bawah ini: dibuat berdasarkan goal (sasaran dibagi hasil akhir yang diharapkan); Perilaku yang diharapkan berubah; *Specific*; *Measurable* atau dapat diukur; *Attainable* atau dapat dicapai; *Relevant/realistic* atau sesuai; *Time-Bound* atau waktu tertentu; *Sustainable* atau berkelanjutan (Agustin 2013); (E-Prints, 2013).

Penentuan kriteria hasil harus ditujukan untuk komunitas. Kriteria hasil harus menunjukkan tindakan apa yang akan dilakukan komunitas serta kapan dan sejauh mana tindakan akan bisa dilaksanakan untuk mendapatkan hasil yang spesifik serta pencapaian dalam penentuan hasil yang akan di dapat.

Rumusan tujuan terdiri dari:

a. Tujuan jangka Panjang

Tujuan jangka Panjang berorientasi pada penyelesaian satu diagnosis Keperawatan dengan menilai perubahan perilaku (keterampilan, sikap dan pengetahuan). Tujuan ini terdiri dari indicator performance yang luas dan abstrak.

Tujuan jangka Panjang mengidentifikasi arah keseluruhan perawatan yang diberikan kepada klien atau komunitas. Tujuan jangka Panjang memerlukan perhatian yang terus menerus yang diharapkan dapat dicapai dalam jangka waktu yang lama.

b. Tujuan jangka pendek

Tujuan jangka pendek disesuaikan dengan penjabaran tujuan jangka panjang. Hasil pencapaian tujuan di ukur dari setiap akhir kegiatan yang dilakukan pada waktu tertentu. Terdiri dari indicator performance yang spesifik.

Tujuan jangka pendek, merupakan tujuan yang yang harus dicapai dalam waktu singkat, biasanya kurang dari satu minggu.

Tujuan keperawatan merupakan pernyataan yang menjelaskan suatu Tindakan yang dapat diukur berdasarkan kemampuan dan kewenangan perawat.

Contoh:

Tujuan jangka panjang:

Pada akhir semester pertama ketrampilan perawat dalam memberikan makan melalui NGT (Nasogastric Tube) meningkat dari 30% menjadi 75%.

Tujuan jangka pendek:

Setelah memperoleh pelatihan tentang pengukuran makanan seimbang, peserta pelatihan dapat menunjukkan komposisi bahan

makanan dengan kriteria: banyaknya takaran bahan makanan yang dibutuhkan dalam satu hari.

2. Menetapkan Rencana Tindakan

Menetapkan Rencana Intervensi keperawatan kesehatan komunitas perlu memperhatikan hal yang akan dilaksanakan seperti;

- a. Apa yang akan dilakukan (what)
- b. Kapan akan dilakukan (when)
- c. Bagaimana akan dilakukan (how)
- d. Siapa yang melakukan (who)
- e. Berapa banyak akan dilakukan (how much)

Saat melakukan penetapan rencana intervensi keperawatan maka perlu diperhatikan tentang program pemerintah terkait dengan masalah kesehatan yang ada, kondisi atau situasi, sumber daya yang ada baik di dalam maupun diluar komunitas yang dapat dimanfaatkan, program yang sudah dijalankan, menekankan pada pemberdayaan masyarakat, penggunaan teknologi tepat guna dan mengedepankan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.

Langkah-langkah dalam perencanaan perawatan kesehatan dapat melalui kegiatan sebagai berikut:

- a. Identifikasi alternatif tindakan keperawatan
- b. Tetapkan teknik dan prosedur yang akan digunakan
- c. Melibatkan peran serta masyarakat dalam menyusun perencanaan melalui kegiatan: musyawarah masyarakat desa atau lokakarya mini
- d. Pertimbangkan sumber daya masyarakat dan fasilitas yang tersedia
- e. Tindakan yang akan dilaksanakan harus dapat memenuhi kebutuhan yang sangat dirasakan masyarakat
- f. Mengarah 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 (meliputi siapa yang melakukan; Apa yang dilakukan; Di mana dilakukan; Kapan dilakukan; Bagaimana melakukan dan Frekuensi melakukan).

Perencanaan asuhan keperawatan komunitas dapat ditingkatkan melalui;

1. Melakukan pendidikan kesehatan tentang penyakit
Sosialisasi informasi tentang masalah kesehatan yang lazim terjadi pada komunitas sangat perlu diberikan pada masyarakat, agar dapat mengenali secara dini gejala yang timbul melalui keluhan yang dialami. Pendidikan kesehatan yang diberikan diharapkan dapat mengubah persepsi masyarakat, mengubah health beliefnya untuk segera mencari pelayanan kesehatan guna menanggulangi masalah kesehatan yang di alami (D.E. et al. 2017).
2. Melakukan demonstrasi keterampilan cara menangani penyakit
Melatih komunitas atau masyarakat dalam menangani penyakit yang dialami bertujuan memandirikan masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dialami setelah mendapatkan pelatihan dari petugas kesehatan. Keterampilan yang dimiliki masyarakat dalam menangani penyakit akan mampu mencapai derajat Kesehatan yang lebih baik bagi masyarakat.
3. Melakukan deteksi dini tanda-tanda gangguan penyakit
Pemeriksaan Kesehatan secara berkala akan dapat mendeteksi penyakit yang akan terjadi. Penemuan tanda-tanda gangguan penyakit secara dini akan mampu menanggulangi keadaan yang dialami untuk tidak sampai pada keadaan penyakit yang lebih parah. Upaya ini termasuk pada upaya pencegahan pada tahap Early diagnosis and prompt treatment.

4. Melakukan kerja sama dengan ahli gizi dalam menentukan diet yang tepat
Kolaborasi antara perawat dengan petugas kesehatan lain seperti ahli gizi, akan membantu keberhasilan dari perencanaan yang telah dirumuskan seorang perawat dalam membantu klien atau komunitas dalam mengatasi masalah Kesehatan yang dialami. Pemenuhan gizi yang seimbang akan memampukan individu, keluarga dan masyarakat dalam menjaga daya tahan tubuhnya terhadap serangan penyakit. Pendidikan Kesehatan tentang pola makan yang seimbang dan teratur akan mengubah persepsi keyakinan masyarakat dalam meningkatkan imunitas tubuh sehingga terhindar dari penularan penyakit (Simangunsong, D. E. Rika Subarniati Triyoga, Muhammad Fidel Ganis Siregar 2017).; (Simangunsong 2019)
5. Melakukan olahraga secara rutin
Pola hidup sehat perlu di sosialisasikan pada masyarakat, selain pemenuhan gizi yang seimbang, masyarakat juga perlu melakukan aktivitas fisik atau olahraga secara teratur. Hal ini penting untuk tetap menjaga keseimbangan berat badan dan kebugaran tubuh sehingga dapat terhindar dari kelebihan berat badan hingga obesitas yang dapat berpotensi untuk terserang penyakit degenerative (D.E. et al. 2017);
6. Melakukan kerja sama dengan pemerintah atau aparat setempat untuk memperbaiki lingkungan komunitas
Lingkungan yang sehat akan mendukung kelanjutan hidup masyarakat yang sehat. Lingkungan yang buruk akan memengaruhi status kesehatan masyarakat setempat.
7. Melakukan rujukan ke rumah sakit bila diperlukan.
Sistim rujukan dari pelayanan kesehatan dasar atau pusat kesehatan masyarakat ke rumah sakit perlu ditingkatkan guna menjamin keselamatan pasien. Rujukan yang yang tepat dan segera akan memungkinkan masyarakat mendapatkan penanganan yang segera (Rinaldo, Pujiastuti, and Sukimin 2020).

Dalam hal ini keperawatan kesehatan komunitas merupakan praktik promotif dan proteksi kesehatan populasi yang menggunakan pengetahuan atau ilmu

keperawatan, sosial, dan ilmu kesehatan masyarakat. Menurut *American Public Health Association* (2004) Keperawatan kesehatan komunitas merupakan sintesis dari ilmu kesehatan masyarakat dan teori keperawatan profesional yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan pada keseluruhan komunitas (IPKKI 2017).

Bab 10

Strategi dalam Implementasi Keperawatan Komunitas

10.1 Pendahuluan

Implementasi adalah langkah yang melibatkan tindakan dan pelaksanaan nyata dari intervensi keperawatan yang digariskan dalam rencana asuhan keperawatan (Toney-Butler and Thayer, 2022). Ketika memberikan implementasi, perawat membutuhkan keterampilan kognitif, interpersonal, dan teknis untuk melakukan rencana perawatan yang sukses (Potter et al., 2018).

1. Keterampilan Kognitif

Keterampilan ini juga dikenal sebagai keterampilan Intelektual adalah keterampilan yang melibatkan pembelajaran dan pemahaman pengetahuan dasar termasuk ilmu dasar, prosedur keperawatan, dan alasan yang mendasarinya sebelum merawat klien. Keterampilan kognitif juga mencakup pemecahan masalah, pengambilan keputusan, pemikiran kritis, penalaran klinis, dan kreativitas.

2. Keterampilan interpersonal

Keterampilan yang melibatkan percaya, berperilaku, dan berhubungan dengan orang lain. Efektivitas tindakan keperawatan

biasanya bersandar terutama pada kemampuan perawat untuk berkomunikasi dengan pasien dan anggota tim perawatan kesehatan.

3. Keterampilan Teknis

Keterampilan langsung yang bertujuan seperti mengganti pembalut steril, memberikan suntikan, memanipulasi peralatan, membalut, memindahkan, mengangkat, dan memposisikan kembali klien. Semua kegiatan ini membutuhkan kinerja yang aman dan kompeten.

Pada saat perawat melakukan proses implementasi dalam keperawatan komunitas perlu adanya rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat komunitas untuk memastikan implementasi berjalan dengan lancar dan sesuai rencana (Allender et al., 2013).

Berikut tindakan yang dapat dilakukan perawat komunitas (Nies and McEwen, 2018).

1. Perawat menerapkan teori yang sesuai, seperti teori sistem atau teori perubahan, pada tindakan yang sedang dilakukan.
2. Perawat membantu memfasilitasi lingkungan yang kondusif untuk melaksanakan rencana (misalnya, ketenangan) ruangan untuk mengadakan sesi pengajaran kelompok atau meminta dukungan dari pejabat setempat untuk proyek pembersihan lingkungan).
3. Perawat dan anggota tim kesehatan lainnya mempersiapkan klien untuk menerima layanan dengan menilai pengetahuan, pemahaman, dan sikap mereka dan dengan hati-hati menginterpretasikan rencana kepada klien. Interaksi ini memelihara komunikasi terbuka dan kepercayaan antara perawat dan klien atau profesional dan klien (atau perwakilan jika agregatnya besar) membentuk kontrak kesepakatan tentang isi rencana dan bagaimana akan dilaksanakan.
4. Rencana tersebut dilaksanakan, atau dimodifikasi dan kemudian dilaksanakan, oleh para profesional dan klien. Modifikasi membutuhkan pengamatan dan pertukaran konstan selama implementasi, karena tindakan ini menentukan keberhasilan Rencana dan sifat yang dibutuhkan perubahan.

5. Perawat dan tim memantau dan mendokumentasikan kemajuan implementasi fase demi proses evaluasi, yang mengukur pencapaian yang sedang berlangsung dari tindakan yang direncanakan.

10.2 Strategi Implementasi Keperawatan Komunitas

Secara umum, strategi implementasi yang dapat digunakan dalam program keperawatan komunitas yaitu melalui tindakan mandiri, bertahap, kolaborasi dan membangun jaringan, dan koalisi (Maurer and Smith, 2014).

1. Tindakan mandiri

Dalam pendekatan aksi mandiri, program diimplementasikan satu waktu untuk tujuan tertentu. Dalam beberapa kasus, pendekatan ini adalah semua yang diperlukan atau semua sumber daya yang memungkinkan.

2. Bertahap

Pentahapan dalam program selama periode kadang-kadang diperlukan. Pentahapan sering digunakan dalam program besar dan dalam program yang membutuhkan banyak sumber daya. Itu masalah terkadang sangat beragam sehingga beberapa diperlukan tahapan intervensi untuk mengatasinya. Contohnya: Pentahapan telah digunakan untuk menerapkan program pencegahan cedera nasional untuk mengurangi cedera dan kematian yang terkait dengan motor kecelakaan kendaraan, intervensi telah ditambahkan dari waktu ke waktu:

- a. Undang-undang sabuk pengaman wajib yang disahkan oleh negara bagian
- b. Helm wajib untuk pengendara sepeda motor oleh negara
- c. Peningkatan standar keamanan untuk kursi mobil anak-anak
- d. Pendanaan federal dihilangkan atau dikurangi jika negara bagian tidak lulus undang-undang sabuk pengaman wajib

- e. Hukum diperketat untuk mengizinkan polisi menghentikan kendaraan semata-mata untuk tidak menggunakan sabuk pengaman
 - f. Peningkatan standar manufaktur untuk struktur mobil.
3. Kolaborasi dan jaringan
- Upaya kolaboratif antara disiplin dan lembaga dapat efektif dan efisien ketika merencanakan perawatan di tingkat komunitas. Kemitraan antara lembaga dan hasil personel dalam penggunaan sumber daya yang seringkali lebih baik dan program yang jauh lebih kuat. Lebih banyak lagi yang bisa dicapai ketika sumber daya dikumpulkan.
4. Koalisi
- Koalisi adalah persatuan sementara untuk tujuan bersama. Koalisi adalah strategi yang efektif di tingkat lokal, negara bagian, dan tingkat politik nasional dan sering berorientasi pada populasi. Sebagai contoh: koalisi untuk masalah kesehatan perempuan telah dibentuk. Pada akhirnya, keberhasilan suatu program tergantung pada banyak faktor termasuk sumber daya manusia, pendanaan, kemauan politik, dan dukungan masyarakat.

10.2.1 Penasehat Kesehatan Awam

Anggota komunitas yang memiliki status dan martabat lebih dalam komunitas dan dipandang oleh anggota komunitas sebagai penggerak dapat dijadikan sebagai penasehat awam. Dengan demikian penasehat awam tersebut dapat menyediakan koneksi ke komunitas dengan menampilkan kepemimpinan alaminya untuk bisa memengaruhi anggota masyarakat untuk hidup sehat. (Lundy and Janes, 2009).

Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa penasehat awam dapat meningkatkan pengetahuan dan perilaku kesehatan masyarakat di antaranya meningkatkan perilaku kebersihan mulut dan mencari dokter gigi untuk perawatan gigi (Hsu et al., 2015). Penasihat kesehatan awam berbasis masyarakat dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang kanker yang efektif dan relevan secara budaya, berkualitas, dapat melakukan tindakan pencegahan/penyaringan, dan layanan deteksi dini untuk populasi yang kurang

terlayani (Gwede et al., 2013). Penasehat awam juga terbukti efektif dapat mengontrol kadar gula darah dan Indeks Masa Tubuh (IMT) masyarakat (Patil et al., 2019).

10.2.2 Kelompok Fokus

Proses kelompok dapat membantu orang mengeksplorasi dan memperjelas pandangan mereka, memeriksa tidak hanya apa yang orang pikirkan, tetapi bagaimana mereka berpikir dan mengapa mereka berpikir seperti itu. Keuntungan utama dari kelompok fokus adalah kesempatan untuk mengamati dan mengumpulkan jumlah data dalam waktu yang terbatas (Spencer et al., 2001). Sebuah kelompok fokus biasanya terdiri dari tujuh sampai 10 orang yang relatif homogen (Edelstein, 2022). Proses kelompok terdiri dari sejumlah orang-orang yang dapat memengaruhi perilaku kesehatan masyarakat (Ratnawati, 2018). Kelompok-kelompok kecil dalam masyarakat seringkali menjadi pilihan mekanisme di mana perubahan diperkenalkan dan dipertahankan. Kelompok masyarakat yang ada atau kelompok-kelompok baru yang dibentuk khusus di sekitar tujuan komunitas Seringkali berhasil dalam menerapkan perubahan yang sehat. Kelompok-kelompok ini menghubungkan individu kepada masyarakat. Melalui kelompok formal seperti organisasi gereja atau kelompok minat khusus, seperti: Organisasi Guru, perawat dapat memberikan kepemimpinan baik dalam memulai perubahan yang sehat dan mempromosikan upaya kelompok menuju otonomi dan perawatan diri (Lundy and Janes, 2009).

Intervensi proses kelompok memiliki manfaat yang meliputi: 1) membangun harapan ketika di saat anggota kelompok mulai sadar ada yang memiliki kesamaan dengan anggota kelompok lainnya, 2) saat dikelompok masing-masing anggota kelompok memiliki tujuan yang sama untuk menghadapi masalah yang dihadapi, 3) saling berbagi informasi yang diketahui, 4) memiliki sifat altruisme dan saling tolong menolong, 5) saling memberikan saran kepada masing-masing anggota termasuk anggota keluarga, 6) membangun sosialisasi yang baik antar sesama anggota, 7) anggota kelompok meniru pemimpin kelompok, 8) turut merasakan emosi masing-masing anggota (Riasminini et al., 2017).

Proses grup sudah lama dikenal di Indonesia dengan istilah kader atau kelompok kesehatan peduli dengan kesehatan. Tahapan dalam proses kelompok antara lain: 1) menilai ada atau tidaknya pembentukan kelompok, 2) merekrut anggota, 3) penjelasan tentang tujuan pembentukan kelompok, 4)

menjaga kekompakan kelompok, 5) mengantisipasi sumber daya yang dibutuhkan, 6) Identifikasi pengorganisasian kelompok, 7) menjaga kekuatan kelompok, dan 8) mengevaluasi dan memperbaiki fungsi kelompok (Nies and McEwen, 2018).

10.2.3 Kemitraan

Kemitraan masyarakat adalah kerja kolaboratif hubungan antara organisasi lokal, pemerintah entitas, dan terkadang perusahaan swasta untuk mencapai tujuan bersama. Kemitraan penting dilakukan antar lembaga kolaboratif untuk meningkatkan akses program klien, rujukan antar lembaga, koordinasi sumber daya yang terbatas, hubungan kerja, dan pemahaman tentang tujuan masing-masing agen mitra dan bagaimana bekerja sama (Savage, 2019). Model kemitraan mempromosikan hubungan perawat-klien yang berbagi kekuasaan yang ditandai dengan komunikasi yang terbuka dan jujur, kepercayaan bersama, rasa hormat timbal balik, pendekatan yang fleksibel, sikap tidak menghakimi dan semangat negosiasi (John, 2020).

Intervensi kemitraan dicirikan oleh koneksi jaringan multi-sektoral penyedia layanan kesehatan dan manusia dengan komunitas. Manfaat ini mengintervensi beragam hasil dan perilaku kesehatan individu, serta sistem pemberian perawatan kesehatan dan sosial. Bukti menunjukkan bahwa intervensi yang dipimpin oleh kemitraan komunitas dapat menghubungkan penyedia layanan kesehatan dan manusia dengan komunitas etnis dan ras minoritas dengan cara yang menguntungkan hasil dan perilaku kesehatan individu, serta sistem pemberian perawatan (Lm et al., 2015).

Prinsip kemitraan (Stanhope and Lancaster, 2021) adalah sebagai berikut:

1. Bentuk Kemitraan untuk melayani tujuan tertentu dan dapat mengambil yang baru tujuan dari waktu ke waktu.
2. Kemitraan menyepakati misi, nilai, tujuan, hasil yang terukur, dan proses akuntabilitas.
3. Hubungan antar mitra dalam Kemitraan ditandai dengan saling percaya, menghormati, ketulusan, dan komitmen.
4. Kemitraan dibangun di atas kekuatan dan aset yang teridentifikasi tetapi juga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan dan meningkatkan kapasitas semua mitra.

5. Kemitraan menyeimbangkan kekuatan di antara mitra dan memungkinkan sumber daya antara mitra untuk dibagikan.
6. Mitra menjadikan komunikasi yang jelas dan terbuka sebagai prioritas berkelanjutan dalam
7. Kemitraan dengan berusaha untuk memahami kebutuhan dan kepentingan diri masing-masing dan mengembangkan bahasa umum.
8. Prinsip dan proses Kemitraan ditetapkan dengan masukan dan kesepakatan semua mitra, terutama untuk pengambilan keputusan dan konflik resolusi
9. Ada umpan balik di antara semua pemangku kepentingan dalam Kemitraan. dengan tujuan untuk terus meningkatkan Kemitraan dan hasil-hasilnya.
10. Mitra berbagi manfaat dari pencapaian Kemitraan. Kemitraan dapat bubar dan, jika terjadi perlu merencanakan proses untuk penutupan.
11. Kemitraan mempertimbangkan sifat lingkungan di mana mereka ada sebagai prinsip desain mereka, evaluasi. dan keberlanjutan.
12. Kemitraan menghargai berbagai jenis pengetahuan dan pengalaman hidup.

10.2.4 Media Masa

Media massa memiliki peran penting di dunia saat ini dan dapat menyediakan platform terpadu untuk semua komunikasi kesehatan masyarakat, pedoman pendidikan kesehatan yang komprehensif, dan strategi jarak sosial yang kuat sambil tetap mempertahankan hubungan sosial. Ini dapat memungkinkan akses yang sama ke perawatan kesehatan, mengakhiri diskriminasi, dan stigmatisasi sosial (Anwar et al., 2020).

Jenis-jenis media masa antara lain:

1. Media masa elektronik

Media masa elektronik mencakup radio, televisi, internet, dan film (Harahap, 2019).

- a. Televisi

Penelitian menunjukkan media masa seperti saluran penyiaran kesehatan memiliki efek positif pada peningkatan tingkat literasi

kesehatan, kesehatan fisik dan psikologis. Oleh karena itu, saluran-saluran tersebut memiliki peran yang besar dalam pelaksanaan kebijakan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan (Saei et al., 2021).

b. Radio

Radio kemanusiaan dapat digunakan untuk mempromosikan kesejahteraan fisik dan psikososial dengan memberikan informasi terkait kesehatan, saran dan dukungan psikososial dalam bencana alam. Ketahanan masyarakat dapat ditingkatkan dengan mendorong keterlibatan masyarakat dan dapat memperkuat efikasi diri dan kemandirian masyarakat. Radio juga memiliki potensi untuk menjangkau sejumlah besar orang yang terkena dampak secara hemat di daerah dengan infrastruktur yang rusak parah. Oleh karena itu, radio dapat berkontribusi pada pemulihan kesehatan dan kesejahteraan baik dari perspektif individu maupun komunitas (Hugelius et al., 2019).

c. Internet

Teknologi internet dan sosial media merupakan pendekatan yang memiliki potensi untuk memecahkan masalah kesehatan masyarakat yang kompleks (Conrad et al., 2020). Sebagian besar intervensi yang diberikan menggabungkan beberapa metode promosi atau pencegahan kesehatan, termasuk perubahan lingkungan; memberikan informasi, dukungan sosial, pelatihan, atau insentif; dan pemantauan (Stark et al., 2021).

d. Film

Penelitian menunjukkan film efektif dalam meningkatkan beberapa praktik pengasuhan penting dan self-efficacy orangtua, waktu dan diet sehat pada anak-anak (De Lepeleere et al., 2017). Film juga kreatif untuk meningkatkan kesadaran kesehatan mental dan pencarian pengobatan (Teo et al., 2015).

2. Media Cetak

Media cetak berfokus pada visualisasi seperti menampilkan gambar, foto yang dapat memberikan edukasi kesehatan pada masyarakat

(Badi'ah et al., 2022). Media cetak mencakup buku, majalah, buletin dan koran (Nadie, 2019).

3. Media luar ruang

Media yang berasal dari luar ruangan yang membuat pesan kesehatan baik itu secara visualisasi maupun audiovisual seperti billboard, spanduk, banner, dan mural (Siregar et al., 2020). Media masa Iklan di luar ruang menawarkan peluang bagi penyedia layanan kesehatan meningkatkan literasi kesehatan masyarakat (Elrod and Fortenberry, 2020).

10.2.5 Advokasi

Menjadi advokat pasien yang kuat adalah dasar untuk keperawatan. Advokasi termasuk melakukan apa saja demi kepentingan terbaik pasien dan dapat mengambil bentuk dalam berbagai bentuk. Contoh dari advokasi termasuk merujuk pasien ke jalan lain yang tersedia berdasarkan kebutuhan dan sosial status ekonomi; berbicara dengan penyedia atas nama pasien; membantu pasien mengajukan pertanyaan tentang penyedia; dan membantu mereka untuk menegosiasikan sistem perawatan kesehatan sehingga kebutuhan mereka terpenuhi (Mager and Conelius, 2019).

Advokasi perawat komunitas juga mencakup tentang kebijakan dan perundang-undangan yang ada. Kebijakan kesehatan adalah tindakan yang diambil oleh lembaga publik dan swasta untuk mempromosikan kesehatan. Itu adalah cerminan dari nilai-nilai yang dianut dalam masyarakat dan dapat sangat memengaruhi kesehatan warga secara keseluruhan. Perundang-undangan terdiri dari undang-undang yang mengatur perawatan kesehatan dan mempromosikan kesehatan. Praktik keperawatan dan perawatan yang diberikan dipengaruhi oleh kebijakan dan perundang-undangan. Untuk terlibat penuh dalam meningkatkan perawatan kesehatan ke tingkat masyarakat, perawat harus memahami bagaimana kebijakan dan undang-undang, bersama dengan faktor sistem seperti kekuatan sosial, budaya, dan ekonomi, dapat dimasukkan ke dalam perencanaan perawatan untuk klien (Stanhope and Lancaster, 2014).

10.2.6 Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah upaya perubahan perilaku hidup sehat atas kesadaran diri sendiri baik itu untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka (Sinaga et al., 2021). Pendidikan kesehatan dapat meningkatkan perbaikan dalam setidaknya satu perilaku kesehatan, akses layanan kesehatan, literasi kesehatan, dan/atau berbagai hasil status kesehatan (Nickel and von dem Knesebeck, 2020).

Bentuk pengajaran yang dapat dilakukan dalam memberikan pendidikan kesehatan menurut (Nies and McEwen, 2018) adalah sebagai berikut:

1. Brainstorming

Metode ini memberikan kesempatan peserta untuk bebas berpikir tentang ide-ide mereka sendiri yang dapat didiskusikan pada anggota kelompok.

2. Demonstrasi

Dapat mengaktifkan kemampuan motorik perseptual atau kemampuan menginterpretasi stimulus yang diterima oleh organ indera peserta.

3. Kuliah/ceramah

Metode yang dapat mengabungkan media pembelajaran untuk proses pembelajaran, keahlian menekankan poin utama harus kreatif dan menarik sehingga bisa dipahami dengan baik oleh peserta.

4. Diskusi individu

Metode ini memberikan kesempatan bagi individu untuk menganalisis masalah yang terjadi tanpa bergantung pada orang lain, namun terkadang membutuhkan jumlah waktu yang lebih banyak untuk menjangkau orang-orang.

5. Bermain peran

Metode ini dapat meningkatkan partisipasi peserta dan efektif memengaruhi perilaku dan pendapat peserta.

6. Komite gugus tugas

Menggabungkan beberapa individu dengan latar belakang kemampuan dan pengetahuan yang berbeda-beda.

7. Diskusi melingkar

Mudah dilakukan di mana saja dengan membentuk kelompok kecil.

10.2.7 Pemberdayaan

Pemberdayaan merupakan salah satu bagian dari promosi kesehatan masyarakat agar supaya masyarakat dapat mampu untuk mengatasi masalah kesehatannya sendiri (Ummah et al., 2021). Tujuan pemberdayaan masyarakat meliputi: 1) untuk perbaikan kelembagaan, 2) untuk perbaikan usaha masyarakat, 3) untuk perbaikan pendapatan masyarakat, 4) untuk perbaikan lingkungan, 5) untuk perbaikan kehidupan masyarakat, dan 6) untuk perbaikan masyarakat lebih baik lagi (Maryani and Nainggolan, 2019).

Pada pelaksanaan pemberdayaan masyarakat petugas kesehatan perlu menerapkan prinsip pemberdayaan masyarakat antara lain kesetaraan, partisipasi, keswadayaan, dan berkelanjutan (Patilaiya et al., 2022).

1. Kesetaraan

Petugas kesehatan yang memberikan pemberdayaan kepada masyarakat perlu mengedepankan kesetaraan status masyarakat baik laki-laki perempuan, status ekonomi rendah ataupun tinggi, anak-anak, orang dewasa, lansia, semuanya perlu mendapatkan perlakuan yang sama tanpa membeda-bedakan.

2. Partisipasi

Petugas kesehatan memastikan dalam setiap kegiatan yang dilakukan perlu melibatkan partisipasi masyarakat mulai dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, maupun pada proses evaluasi.

3. Keswadayaan dan kemandirian

Petugas kesehatan mengedepankan prinsip keswadayaan yang artinya menghargai dan mengedepankan kemampuan masyarakat daripada meminta bantuan dari orang lain. Potensi masyarakat dapat digali sehingga masyarakat bisa mandiri tanpa bergantung pada pihak lain.

4. Berkelanjutan

Program pemberdayaan perlu tetap dilaksanakan untuk masyarakat dimulai dari pendampingan sampai masyarakat itu sendiri menjadi mandiri atau bisa melakukannya secara sendiri.

Bab 11

Promosi Kesehatan

11.1 Pendahuluan

Secara ideal pemerintah seharusnya membuat kebijakan yang menguntungkan masyarakat dan menjadikan masyarakat tetap sehat, karena tidak ada seorangpun yang mau sakit atau ingin di rawat dan membutuhkan pengobatan medis, Namun tidak ada sesuatu yang ideal sehingga harus mempersiapkan segala sesuatu untuk mencegah terjadinya penyakit. Tenaga Kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan harus bekerja sama untuk menghindari masyarakat menderita infeksi, penyakit, lingkungan berbahaya, dan perlu bantuan sehingga tidak terjadinya penyakit. Promosi Kesehatan diperlukan secara global, karena penyakit atau orang sakit bukan hanya berada di daerah atau negara tertentu, tetapi diseluruh dunia. Promosi kesehatan dan kesehatan masyarakat yang merupakan bidang pengetahuan dan keterampilan baru dan luas yang mungkin juga sulit untuk dipraktekkan, namun jika dilaksanakan dengan baik maka akan mempunyai dampak yang baik bagi masyarakat. Promosi kesehatan akan terlaksana dengan baik jika tenaga kesehatan masyarakat dapat menggunakan ketrampilan komunikasi dan hubungan interpersonal untuk mendorong masyarakat mengadopsi perilaku hidup sehat dan terus mempertahankannya.

Promosi kesehatan adalah proses memampukan manusia mengotrol kondisi dan meningkatkan kondisi kesehatan mereka, dan untuk mencapai keadaan

sehat fisik, mental, kesejahteraan sosial, dan individu atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan aspirasi, untuk memenuhi kebutuhan dan untuk mengubah atau mengatasi masalah lingkungan. Diharapkan kesehatan harus dibuat sebagai sumber daya kehidupan sehari-hari dan merupakan tujuan hidup.

Mengubah perilaku merupakan tantangan bagi masyarakat dan mungkin juga bagi tenaga kesehatan, dan ini membutuhkan pemahaman tentang dimensi sosial dan psikologis dari perubahan gaya hidup. Mengembangkan keterampilan seperti itu menuntut berbagai pengetahuan, mengambil dari ilmu pengetahuan epidemiologi untuk keterampilan komunikasi. Pengetahuan tersebut kemudian harus diterapkan untuk kebutuhan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat atau penduduk, karena Pelayanan Kesehatan bukan satu-satunya sektor yang memengaruhi dan peduli dengan kesehatan. Tenaga kesehatan harus bekerja dalam kemitraan dengan profesi dan kelompok lain, yaitu swasta dan tenaga sukarela di sektor yang berdampak pada kesehatan dan kesejahteraan masyarakat.

11.2 Sejarah Dimulainya Promosi Kesehatan

Isu pentingnya promosi kesehatan mulai menjadi perhatian di Eropa pada akhir tahun 1980-an, yang secara aktualnya pada saat diselenggarakannya Konferensi Internasional pertama tentang Promosi Kesehatan (Health Promotion) di Ottawa, Canada pada tanggal 21 Nopember tahun 1986. Pada waktu itu dicanangkan "the Ottawa Charter", yang di dalamnya memuat definisi serta prinsip-prinsip dasar Promosi kesehatan, kemudian menyebar ke negara-negara berkembang dan negara maju di tahun 90-an, dan telah menjadi perhatian secara global pada awal abad ke-21. Piagam Ottawa telah membawa perubahan dalam pengertian dan praktek "health promotion" atau promosi kesehatan.

Piagam ini mendefinisikan Promosi Kesehatan sebagai "Proses yang memungkinkan individu mengendalikan dan memperbaiki kesehatannya. Untuk mencapai kesehatan jasmani, rohani dan sosial yang sempurna, seseorang atau kelompok harus mampu mengidentifikasi dan mewujudkan

aspirasi, mampu memenuhi kebutuhan, mampu mengubah atau beradaptasi dengan lingkungan”.

Rumusan Piagam Ottawa merupakan upaya promosi kesehatan yang terdiri dari: 1) Kebijakan berwawasan kesehatan (Health Public Policy), yang ditujukan kepada pembuat kebijakan (Policy Maker), supaya membuat kebijakan-kebijakan publik yang mendukung peningkatan kesehatan; 2) Lingkungan yang Mendukung (Supportive Environment), yang ditujukan kepada para pengelola tempat umum termasuk pemerintah kota, agar menyediakan prasarana dan sarana yang mendukung terciptanya perilaku sehat bagi masyarakat; 3) Reorientasi Pelayanan Kesehatan (Reorient Health Service). Hal yang memberikan kesempatan kepada masyarakat sebagai penyedia (Provider) pelayanan kesehatan, karena sebelumnya bahwa masyarakat hanya penerima layanan (Customers), dan penyedia pelayanan kesehatan adalah pemerintah dan swasta. Perlu masyarakat diberdayakan untuk meningkatkan kesehatannya sendiri; 4) Keterampilan Individu (Personnel Skill), dengan tujuan jika individu, keluarga, dan kelompok masyarakat sehat, maka terwujudlah masyarakat yang sehat; 5) Gerakan Masyarakat (Community Action), dengan adanya gerakan-gerakan atau kegiatan-kegiatan di masyarakat untuk mendukung kesehatan maka terwujudlah perilaku yang kondusif dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan di lingkungan mereka.

Piagam Ottawa (2016), mencanangkan kesehatan untuk semua di tahun 2000 dan seterusnya. Konferensi ini merupakan respons terhadap harapan yang berkembang untuk gerakan kesehatan masyarakat baru di seluruh dunia. Diskusi terfokus pada kebutuhan di negara-negara industri, dengan mempertimbangkan keprihatinan serupa di semua wilayah lain. Ini dibangun di atas kemajuan yang dicapai melalui Deklarasi tentang Pelayanan Kesehatan Primer di Alma-Ata, dengan Target Kesehatan untuk Semua Organisasi Kesehatan Dunia, dan diskusi terbaru Majelis Kesehatan Dunia adalah tentang tindakan lintas sektor untuk kesehatan.

Ketertarikan pada efektivitas intervensi promosi kesehatan ini tidak hanya hal biasa saja melainkan, sangat penting untuk masa depan promosi kesehatan dan kemungkinan akan berlanjut dan tumbuh dalam beberapa dekade ke depan. Hal ini disebabkan oleh kenyataan bahwa pemerintah di seluruh dunia semakin menuntut bukti bahwa investasi mereka bermanfaat dan bahwa mereka membayar dividen finansial dan sosial. Sebagai tambahan, orang yang bekerja di bidang promosi kesehatan semakin tertarik mengetahui apakah upaya

mereka efektif dan efisien dan bagaimana hal itu dapat dilakukan lebih baik. Tuntutan ini tidak akan hilang di masa mendatang dan oleh karena itu organisasi dan individu yang bekerja dalam promosi kesehatan akan perlu mengatasinya dengan upaya, ketelitian, sumber daya, dan imajinasi yang meningkat.

Sebagian alasan mengapa promosi kesehatan dan kesehatan masyarakat semakin dianggap penting dalam pelayanan kesehatan adalah merupakan konsekuensi dari perubahan pemahaman tentang pengobatan dan perawatan kesehatan dan pentingnya mengurangi penyakit dan kematian yang dapat dicegah. Langkah-langkah pengendalian infeksi, modifikasi gaya hidup tidak sehat dan penggunaan layanan kesehatan yang tepat dapat menawarkan solusi yang lebih murah untuk tuntutan pelayanan kesehatan dan ancaman terhadap kesehatan individu. Tenaga Kesehatan perlu menggunakan berbagai informasi dan data untuk menilai kebutuhan, mempromosikan akses ke layanan dan mengidentifikasi cara efektif untuk meningkatkan kesehatan. Diharapkan juga bahwa semua tenaga kesehatan akan menggunakan keterampilan komunikasi dan interpersonal mereka untuk mendorong setiap orang untuk mengadopsi perilaku yang lebih sehat. Mengubah perilaku merupakan tantangan bagi masyarakat dan mungkin juga bagi tenaga kesehatan dan ini memerlukan pemahaman tentang dimensi sosial dan psikologis dari perubahan gaya hidup.

11.3 Kompetensi Yang Harus Dimiliki Untuk Program Promosi Kesehatan

Tenaga kesehatan yang kompeten akan menghasilkan kinerja yang baik, dan melaksanakan promosi kesehatan memerlukan tenaga promosi yang berkualitas, kompetensi yang harus dimiliki adalah:

1. Desain program, manajemen, implementasi dan evaluasi, yaitu kemampuan untuk merencanakan program promosi kesehatan yang efektif, termasuk manajemen sumber daya dan personel. Ini melibatkan pemahaman tentang siklus program, penganggaran, dan perencanaan, serta evaluasi pendekatan *bottom-up* dan perencanaan program *top-down*.

2. Perencanaan dan penyampaian strategi komunikasi yang efektif, yaitu strategi komunikasi menjadi bagian integral dari banyak program promosi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan meningkatkan kesadaran masyarakat. Tingkat tinggi dari kompetensi diperlukan untuk pengembangan program yang menargetkan individu, kelompok dan komunitas, termasuk komunikasi antar pribadi, desain, cetak bahan dan penggunaan media massa.
3. Memfasilitasi keterampilan, yaitu pelatihan (misalnya untuk pengembangan keterampilan, biasanya dalam suasana lokakarya) adalah bagian penting dari banyak program promosi kesehatan. Keterampilan fasilitator yang baik sangat penting untuk promosi kesehatan dan merupakan bagian penting dari desain program.
4. Keterampilan penelitian, yaitu desain dan evaluasi program promosi kesehatan didasarkan pada penelitian yang baik termasuk penggunaan teknik partisipatif, metode kualitatif dan kuantitatif serta tinjauan sistematis.
5. Keterampilan pengembangan komunitas, yaitu pemberdayaan masyarakat merupakan inti dari promosi kesehatan. Ini adalah proses dari peningkatan kapasitas dan promotor kesehatan harus kompeten dalam berbagai strategi yang dapat mereka gunakan untuk membantu individu, kelompok, dan komunitas untuk mendapatkan lebih banyak kekuasaan.
6. Kemampuan untuk memengaruhi kebijakan dan praktik, yaitu Promotor kesehatan memiliki kesempatan untuk memengaruhi kebijakan dan praktik dalam pekerjaan sehari-hari, misalnya, melalui kelompok penasihat teknis dan melalui membantu masyarakat untuk memobilisasi dan mengatur diri mereka sendiri untuk mendapatkan kekuasaan.

Promotor kesehatan harus mengembangkan kompetensi dalam penggunaan strategi untuk memengaruhi kebijakan, mengembangkan kemitraan dan hubungan kerja yang sehat.

11.4 Tujuan Promosi Kesehatan

Merupakan tujuan dan penerapan promosi kesehatan pada dasarnya adalah visi dan misi promosi kesehatan itu sendiri, yaitu menciptakan dan membuat masyarakat:

1. Mau (willingness) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
2. Mampu (ability) memelihara dan meningkatkan kesehatannya.
3. Memelihara kesehatan, berarti mau dan mampu mencegah penyakit, melindungi diri dari gangguan-gangguan kesehatan.
4. Meningkatkan kesehatan, berarti mau dan mampu meningkatkan kesehatannya. Kesehatan perlu ditingkatkan karena derajat kesehatan baik individu, kelompok atau masyarakat itu bersifat dinamis tidak statis.

WHO menjelaskan bahwa tujuan Promosi Kesehatan adalah:

1. Mengubah perilaku individu dan/atau masyarakat di bidang Kesehatan
2. Menjadikan kesehatan sebagai sesuatu yang bernilai bagi masyarakat.
3. Menolong individu agar mampu secara mandiri dan berkelompok mengadakan kegiatan untuk mencapai tujuan hidup sehat.
4. Mendorong pengembangan dan penggunaan secara tepat sarana pelayanan kesehatan yang ada.
5. Agar orang memiliki pengertian yang lebih baik tentang eksistensi dan perubahan-perubahan sistem dalam pelayanan kesehatan serta cara memanfaatkannya secara efisien dan efektif.
6. Agar individu dan masyarakat memiliki tanggung jawab yang lebih besar terhadap kesehatan (dirinya), keselamatan lingkungan dan masyarakat.
7. Agar orang melakukan langkah-langkah positif untuk mencegah terjadinya sakit, mencegah berkembangnya sakit menjadi lebih parah dan mencegah keadaan ketergantungan melalui rehabilitasi cacat karena penyakit.

8. Agar orang mempelajari apa yang dapat dia lakukan sendiri dan bagaimana caranya, tanpa selalu meminta pertolongan kepada tempat pelayanan kesehatan yang normal.

Promosi Kesehatan merupakan proses perubahan perilaku dan proses belajar secara terencana pada diri sendiri, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan (pengetahuan, sikap, dan ketrampilan) untuk mencapai derajat hidup sehat yang optimal.

Upaya untuk mewujudkan promosi kesehatan dapat dilakukan melalui strategi yang baik. Strategi adalah cara yang digunakan untuk mencapai tujuan yang diinginkan dalam promosi kesehatan sebagai penunjang dari program-program kesehatan yang lainnya, seperti kesehatan lingkungan, peningkatan status gizi masyarakat, pemberantasan penyakit menular, pencegahan penyakit tidak menular, peningkatan kesehatan ibu dan anak, serta pelayanan kesehatan.

Berdasarkan Piagam Ottawa tahun 1986), misi promosi kesehatan dapat dilakukan dengan menggunakan 3 (tiga) strategi sebagai berikut.

1. Advokasi (advocate)

Kondisi politik, ekonomi, sosial, budaya, lingkungan, perilaku dan faktor biologis dapat memengaruhi kesehatan seseorang. Promosi kesehatan berupaya untuk mengubah keadaan ini supaya lebih baik untuk menjadikan masyarakat lebih peduli dengan kesehatan. Advokasi boleh juga dilakukan oleh masyarakat terhadap pembuat kebijakan dari elemen yang terendah sampai yang tertinggi, agar kebijakan tersebut mendukung kegiatan peduli sehat bagi masyarakat atau kebijakan yang dibuat memihak kepada kepentingan masyarakat. Jadi tidak semata hanya oleh tenaga atau pelayan kesehatan.

2. Kemitraan (Partnership)

Promosi kesehatan juga mempunyai misi sebagai mediator atau menjembatani antara sektor kesehatan dengan sektor yang lain sebagai mitra. Mitra yang dimaksud disini bisa dari pemerintah, sektor kesehatan, sektor ekonomi, lembaga nonprofit, industri, dan media. Kemitraan sangat penting karena secara mandiri promosi kesehatan tidak akan dapat berhasil secara maksimum. Mediasi

antara Tenaga kesehatan dengan mitra yang dimaksud diatas sangat dibutuhkan sehingga dapat saling memahami rencana atau tidakan yang akan dilakukan dalam program promosi kesehata. Mediasi terhadap mitra ini perlu juga untuk kebutuhan dana dan kebijakan, karena dana sangat diperlukan untuk melaksanakan promosi kesehatan, dan selain dana adalah kebijakan. Kebijakan akan mendukung rencana kerja dalam program promosi kesehatan.

3. Memampukan (enable)

Promosi kesehatan harus memampukan individu dan masyarakat agar mampu mandiri di bidang kesehatan baik secara individu maupun melalui tokoh-tokoh masyarakat. Hal ini akan memampukan masyarakat untuk mengatasi masalah-masalah yang timbul. Masalah-masalah bisa timbul dimasyarakat adalah masalah sosial, pendidikan, ekonomi, dan sebagainya.

11.5 Hal-Hal Memengaruhi Promosi Kesehatan.

Program promosi kesehatan dipengaruhi beberapa faktor, sehingga faktor-faktor ini perlu menjadi perhatian khusus dari tenaga kesehatan. Ada 10 faktor yang harus dicermati jika melakukan program promosi kesehatan bagi masyarakat, antara lain:

1. Kesenjangan sosial

Pada masyarakat kelas sosial-ekonomi rendah, biasanya lebih berisiko dan rentan terhadap penyakit dan umur harapan hidup juga lebih rendah.

2. Stress

Kegagalan dalam menanggulangi stress baik dalam pekerjaan maupun dalam kehidupan sehari-hari sangat memengaruhi kesehatan seseorang.

3. Kehidupan dini

Kesehatan di masa dewasa sangat ditentukan oleh kondisi kesehatan di usia dini atau awal kehidupan. Pertumbuhan fisik yang lambat dan dukungan emosional yang kurang baik di awal kehidupan, akan memberikan dampak kesehatan fisik, emosi dan kemampuan intelektual di masa dewasa.

4. Pengucilan sosial

Pengucilan menghasilkan perasaan kehilangan dan tak berharga, mengungsi ke tempat lain yang asing, merasa dikucilkan, kehilangan harga diri, sangat memengaruhi kesehatan fisik dan mental seseorang.

5. Pekerjaan

Stress di tempat kerja meningkatkan risiko terhadap penyakit dan kematian. Memperhatikan syarat-syarat kesehatan dan keselamatan kerja sangat membantu dalam meningkatkan derajat kesehatan pekerja.

6. Pengangguran

Jaminan adanya pekerjaan meningkatkan derajat kesehatan dan rasa sejahtera, bukan hanya untuk pekerja tapi juga seluruh keluarganya. Keadaan yang sebaliknya terjadi pada penganggur.

7. Dukungan sosial

Persahabatan, hubungan sosial dan kekerabatan yang baik memberikan dampak kesehatan yang baik dalam keluarga, di tempat kerja dan di masyarakat.

8. Ketergantungan pada narkoba

Pemakaian narkoba sangat memperburuk kondisi kesehatan dan kesejahteraan. Alkohol, narkoba dan merokok sangat erat hubungannya dalam memberikan dampak buruk pada kehidupan sosial dan ekonomi.

9. Pangan

Cara makan yang sehat dan ketersediaan pangan merupakan hal utama dalam kesehatan dan kesejahteraan seseorang dan masyarakat. Baik kekurangan gizi maupun kelebihan gizi sama-sama menimbulkan masalah kesehatan dan penyakit; dan

10. Transportasi

Transportasi yang sehat berarti mengurangi waktu mengendarai dan meningkatkan gerak fisik yang sangat baik bagi kebugaran dan kesehatan. Selain itu, mengurangi kendaraan berarti membantu mengurangi polusi.

11.6 Lokasi Promosi Kesehatan

Pemilihan lokasi dilakukan promosi kesehatan adalah bagian penting dalam pelaksanaan promosi kesehatan, sehingga sarannya tepat guna. Lokasi yang umum dapat dilakukan promosi kesehatan adalah:

1. Komunitas

Komunitas adalah tempat atau lingkungan masyarakat berdomisili, dan merupakan tempat yang baik dan sesuai untuk mempromosikan hidup sehat. Teknik atau cara yang dapat dilakukan melalui pameran dan seminar kesehatan masyarakat, olah raga bersama atau individu dengan jalan sehat secara individu, keluarga dan kelompok, naik sepeda, dan membuat lingkungan bersih dan sehat, serta banyak kegiatan yang bisa dilakukan di komunitas masyarakat. Kemudian bisa dipromosikan bagaimana cara menggunakan lahan sempit atau yang kosong untuk bercocok tanam sayuran yang bisa digunakan oleh masyarakat, dan bahkan bisa jadi menghasilkan pendapatan dengan menjual ke pasar,

2. Pusat Pendidikan Anak-Anak

Anak-anak sangat mudah menerima informasi dan meniru apa yang di dengar dan lihat, oleh karena itu Pusat Pendidikan Anak adalah tempat yang sangat baik mempromosikan pendidikan kesehatan. Promosi yang bisa dilakukan di sekolah anak-anak adalah dengan memperagakan makanan sehat untuk membantu pertumbuhan yang baik, manfaat imunisasi bagi tubuh, menjaga kebersihan tubuh, rumah, dan lingkungan yang dapat mendukung kesehatan tubuh. Juga

kegiatan olah raga yang dapat mempertahankan dan mempercepat pertumbuhan fisik.

3. Sekolah

Program Anak Sehat usia 5–19 tahun adalah suatu hal penting yang efektif dalam penyampaian masalah kesehatan masyarakat terutama untuk anak-anak tentang: adanya intimidasi, kesehatan emosi dan kesejahteraan, kerusakan gigi, kegemukan dan pengelolaan berat badan; kehamilan remaja; penyakit menular seksual; merokok; penyalahgunaan obat dan alkohol. Tenaga kesehatan dan guru-guru serta pimpinan sekolah bertanggung jawab dalam menyampaikan atau promosikan kesehatan. Ini termasuk menilai kebutuhan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat usia sekolah dan memperjuangkan kesehatan kegiatan promosi baik di dalam maupun di luar lingkungan sekolah.

Promosi kesehatan sekolah bertujuan untuk menghubungkan kehidupan sehari-hari anak di sekolah dengan rumah, dan menjadikan pendidikan sebagai jalan menuju nilai-nilai dan keyakinan yang sehat menjadi mapan. Promosi kesehatan sekolah dapat mendukung kesehatan dengan: memasukkan masalah kesehatan ke dalam pengajaran di kelas, mis. kesehatan seksual dan merokok; menawarkan layanan kesehatan sekolah, mis. program vaksinasi dan skrining; menyediakan ruang dan bangunan fisik, mis. area yang cukup untuk rekreasi; mengidentifikasi murid yang rentan, mis. mereka yang berisiko kekurangan gizi; membangun jaringan kemitraan di dalam sekolah, mis. dengan staf catering dan dengan masyarakat setempat dan dengan petugas kesehatan lingkungan; memastikan bahwa kebijakan yang berdampak pada staf, murid dan orang tua memiliki kerangka kesehatan; melibatkan orang tua dan wali dalam perumusan kebijakan, seperti penyediaan makanan bergizi juga dapat berdampak pada perilaku mempromosikan kesehatan mereka sendiri. Inisiatif sekolah sehat adalah inisiatif global dan didukung secara luas di beberapa negara, sekolah diharapkan memenuhi Standar Nasional Sekolah Sehat dan untuk

mendemonstrasikan pendekatan seluruh sekolah yang menunjukkan bagaimana sekolah menangani: pendidikan pribadi, sosial dan kesehatan, termasuk pendidikan seks dan hubungan dan narkoba pendidikan (termasuk penyalahgunaan alkohol, tembakau, dan zat yang mudah menguap); promosi makan sehat; promosi aktivitas fisik; kesehatan dan kesejahteraan emosional

4. Perguruan Tinggi

Mahasiswa yang masuk perguruan tinggi atau universitas menghadapi banyak peluang baru termasuk keputusan tentang kesehatan pribadi mereka, dan pihak perguruan tinggi menyadari tanggung jawab mereka dan kesempatan untuk membimbing mahasiswa menuju pilihan gaya hidup yang positif. Karakteristik promosi kesehatan komprehensif berbasis kualitas di lingkungan perguruan tinggi meliputi

- a. Komitmen dari pihak perguruan tinggi untuk mengembangkan, mendanai, melaksanakan dan mengevaluasi program dan layanan promosi kesehatan;
- b. Adanya kerja sama dari semua aspek kehidupan kampus termasuk pusat kesehatan siswa, ruang makan, klub dan kegiatan, dan olahraga serta rekreasi dalam mengembangkan pendekatan kolaboratif untuk memperbaiki dan mendukung kebiasaan sehat di lingkungan perguruan tinggi; dan
- c. Pengembangan kampus untuk mendorong aktivitas fisik melalui fasilitas rekreasi, olahraga, trotoar yang aman, jalur sepeda, dan sebagainya.

5. Perkantoran

Karakteristik promosi kesehatan di tempat kerja meliputi

- a. Dukungan terus menerus dari pimpinan organisasi, termasuk identifikasi kesehatan karyawan sebagai prioritas dan adanya alokasi dana, ruang, dan sumber daya lainnya untuk menjalankan program promosi kesehatan yang efektif;
- b. Penciptaan budaya kesehatan yang mempromosikan kesehatan yang dapat meminimalkan risiko kesehatan di tempat kerja

(pencegahan kecelakaan industrial, perlindungan terhadap paparan lingkungan kerja dan materi yang tidak sehat, peluang untuk istirahat, dan sebagainya);

- c. Kesempatan untuk berpartisipasi dalam program dan kegiatan yang efektif seperti olahraga, konseling gizi, penghentian merokok, manajemen stres, dan pencegahan cedera punggung bawah;
 - d. Sistem penilaian kesehatan termasuk panduan kesehatan oleh pelatih kesehatan untuk memastikan program yang ditargetkan hasilnya dapat diukur untuk mengecek status kesehatan;
6. Rumah sakit

Secara tradisional rumah sakit telah dipahami banyak orang bahwa rumah sakit dianggap sebagai tempat pengobatan dan perawatan pasien yang sakit. Hal ini menyatakan bahwa rumah sakit kurang menekankan bagaimana mempertahankan dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan bagi karyawan, pasien, dan masyarakat luas, pada hal rumah sakitlah salah satu tempat yang baik untuk melaksanakan program promosi kesehatan. Jaringan promosi kesehatan di Rumah Sakit telah diluncurkan oleh WHO sebagai penghargaan terhadap dampak yang dapat ditimbulkan rumah sakit terhadap kesehatan dan kesejahteraan staf, pasien, dan populasi yang lebih luas. Hal ini terus berkembang sehingga negara-negara Eropah di tahun 1990 mengembangkan atau membentuk perwakilan untuk promosi kesehatan di rumah sakit. Selain meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan, rumah sakit juga dapat berkontribusi terhadap kesehatan dengan melakukan tindakan membangun aliansi dan kemitraan dengan komunitas mereka untuk mempromosikan konsep Pencegahan, Pengobatan, dan perawatan.

Promosi Kesehatan Rumah Sakit harus dilakukan dalam hal seperti berikut:

Pertama: secara aktif mencari perwakilan pengguna dari kelompok minoritas dan kurang beruntung seperti mental terganggu, dan memberikan keterlibatan yang berarti dari masyarakat ketika baru

layanan direncanakan; memberikan pelatihan pertolongan pertama gratis untuk pengasuh anak atau memberikan pelatihan pencegahan jatuh gratis untuk kelompok lanjut usia; menciptakan lingkungan yang tenang dan menyenangkan dengan menggunakan alam dan seni. Kedua, sebagai sumber pekerjaan utama bagi penduduk lokal, tenaga kesehatan ditempatkan secara ideal untuk meningkatkan kesehatan mereka melalui langkah-langkah kesehatan dan keselamatan di tempat kerja dan melalui persyaratan dan kondisi ketenagakerjaan. Misalnya, promosi kesehatan harus: menerapkan inisiatif kerja yang sehat seperti mempromosikan tempat kerja yang lebih sehat dengan menyediakan fasilitas olahraga atau menawarkan keanggotaan bersubsidi untuk fasilitas olahraga lokal; menerapkan kebijakan kesehatan dan keselamatan seperti pengendalian zat berbahaya bagi kesehatan; menyediakan layanan kesehatan kerja yang komprehensif; staf pendukung dalam pengembangan karir; menyediakan penitipan anak di tempat.

Ketiga, Promosi Kesehatan di Rumah Sakit memiliki potensi untuk bekerja sama dengan masyarakat setempat untuk melobi dan memengaruhi masyarakat setempat dan kebijakan daerah tentang isu-isu seperti: perencanaan transportasi; lingkungan bebas asap rokok; penyediaan katering sehat di rumah perawatan swasta dan publik; akses ke buah dan sayuran berkualitas tinggi yang terjangkau. Realitas pengaturan rumah sakit adalah salah satu di mana ada banyak hambatan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan staf, pasien, pengunjung, dan penduduk setempat. Ini termasuk keuangan, fisik, hambatan organisasi dan motivasi. Staf: kurangnya peralatan pengangkat yang tersedia, standar program induksi yang buruk untuk karyawan baru, komunikasi dan prosedur konsultasi yang buruk, pengawasan yang buruk peserta didik, shift kerja. Pasien: tingginya tingkat infeksi yang didapat di rumah sakit yang menunda pemulihan, jangka waktu yang lama tidak diperlukan imobilitas, informasi yang tidak memadai tentang kondisi mereka, prognosis dan

kemajuan, tidak cukup hidrasi, penghilang rasa sakit yang tidak memadai.

7. Apotek

Tenaga farmasi mempunyai aturan bahwa pelayanan harus dilakukan dengan baik bagi setiap pasien yang datang untuk mengambil obat. Banyak kunjungan pasien setiap hari ke Farmasi atau Apotik, sehingga hal ini merupakan peluang untuk mempromosikan kesehatan, kesejahteraan dan perawatan diri. Apoteker mempunyai kesempatan untuk membina hubungan dengan mereka yang membutuhkan obat, sehingga peluang ini bisa digunakan dalam mempromosikan pencegahan penyakit, hidup sehat dan mempertahankan kesehatan bagi individu, keluarga, dan masyarakat.

8. Penjara

Penjara tidak diperhitungkan sebagai salah satu tempat untuk mempromosikan kesehatan, tetapi tempat ini merupakan tempat yang baik untuk promosi kesehatan, karena dalam penjara banyak masalah kesehatan sejak mereka masuk ke penjara. Mayoritas narapidana telah mengalami masalah besar sebelum penahanan dan jauh lebih besar daripada populasi umum: 20-30% dari semua pelaku memiliki ketidakmampuan pemahaman atau kesulitan yang mengganggu karena ketidakmampuan untuk menghadapi perlakuan di penjara. Wanita dan tahanan pria menderita kecemasan dan depresi. Ada yang sampai melukai diri sendiri dan bahkan bunuh diri. Masalah lain yang bisa terjadi di penjara adalah tindakan kekerasan, pelecehan seksual, pengangguran, tunawisma, atau kerusakan hubungan dengan keluarga dan lingkungannya. Masalah-masalah ini tidak menyelesaikan selama penjara dan psikologis mereka efek dapat menjadi diperburuk selama penahanan atau pada saat pembebasan. Tugas dan tanggung jawab tenaga kesehatan dalam memberikan promosi kesehatan di penjara adalah meningkatkan kesehatan fisik, mental, dan sosial narapidana, dan mengadvokasi mereka dalam pemahaman persoalan yang sedang dihadapi.

11.7 Media Promosi Kesehatan

Media merupakan instrumen yang berperan penting dalam melaksanakan program promosi kesehatan, tanpa media maka program ini tidak akan terlaksanak dengan baik. Oleh karena melalui media inilah masyarakat dapat memahami apa yang mereka lihat, dengar, dan baca. Media sangat efektif terhadap pemahaman sasaran promosi kesehatan, dan pemahaman sasaran secara Verbal satu kali, secara Visual tiga setengah kali, dan jika dikombinasikan antara Verbal dan Visual akan menghasilkan pemahaman 6 (enam) kali. Dan untuk daya ingat sesudah 3 (tiga) hari secara Verbal 70%, Visual 72%, dan Kombinasi Verbal dan Visual 85%, dan sesudah tiga hari sevara Verbal 1%, Visual 20%, dan kombinasi Verbal dan Visual 65%. Dari hasil ini bisa dipastikan bahwa peran media yang digunakan dalam melaksanakan program promosi kesehatan.

Kemampuan seseorang dalam mendapatkan informasi dan dapat diingat melalui membaca 10%, mendengar, 20%, melihat gambar, diagram, lihat video atau filim, dan menyaksikan peragaan 30%, dalam diskusi yang aktif, 50%, melaksanakan atau menyajikan, 70%, dan bermain peran, stimulasi, dan melakukan sesuatu, 90% Promosi kesehatan, seperti penyuluhan kesehatan tak dapat lepas dari media karena melalui media, pesan yang disampaikan dapat lebih menarik dan dipahami, sehingga sasaran dapat mempelajari pesan tersebut sampai memahaminya sehingga mampu memutuskan untuk mengadopsinya ke perilaku yang positif.

11.7.1 Definisi Media dalam Promosi Kesehatan

Media promosi kesehatan adalah semua sarana atau upaya untuk menyampaikan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkatkan pengetahuannya yang diharapkan dapat mengubah perilaku hidup sehat ke arah yang positif

Penyuluhan adalah proses penyebarluasan informasi tentang ilmu pengetahuan, teknologi maupun seni. Sehingga media penyuluhan memiliki beberapa pengertian, sebagai berikut:

1. Media penyuluhan adalah semua sarana dan alat yang digunakan dalam proses penyampaian pesan.

2. Media penyuluhan adalah wahana untuk menyalurkan pesan dari pengirim ke penerima yang dapat merangsang pikiran, perasaan dan perhatian/minat.
3. Media penyuluhan adalah semua sarana atau upaya untuk menampilkan pesan atau informasi yang ingin disampaikan oleh komunikator sehingga sasaran dapat meningkat pengetahuannya yang akhirnya diharapkan dapat berubah perilakuhidup sehat kearah yang positif.

11.7.2 Peran Media Promosi Kesehatan

Peran media dalam promosi kesehatan sangat besar karena melalui media, informasi dapat sampai kepada pendengar informasi yang disampaikan. Berdasarkan definisi diatas maka dapat dipahami bahwa media sangat penting peranannya dalam pelaksanaan penyuluhan kesehatan, dengan alasan:

1. Media dapat mempermudah penyampaian informasi.
2. Media dapat menghindari kesalahan persepsi.
3. Media dapat memperjelas informasi.
4. Media dapat mempermudah pengertian
5. Media dapat mengurangi komunikasi verbalistik.
6. Media dapat menampilkan objek yang tidak dapat ditangkap dengan mata.
7. Media dapat memperlancar komunikasi.

11.7.3 Jenis Media Promosi Kesehatan

Sesuai dengan peran dan fungsi media sebagai penyaluran pesan atau informasi kesehatan, media promosi kesehatan dibagi menjadi 3 yakni:

1. Media cetak

Media ini mengutamakan pesan-pesan visual, biasanya terdiri dari gabungan sejumlah kata, gambar atau foto dalam tata warna. Yang termasuk dalam media ini adalah *booklet*, *leaflet*, *flyer* (selebaran), flip chart (lembar balik), rubrik atau tulisan pada surat kabar atau majalah, poster, foto yang mengungkapkan informasi kesehatan. Ada beberapa kelebihan media cetak antara lain tahan lama, mencakup banyak orang, biaya rendah, dapat dibawa

kemana-mana, tidak perlu listrik, mempermudah pemahaman dan dapat meningkatkan gairah belajar. Media cetak memiliki kelemahan yaitu tidak dapat menstimulir efek gerak dan efek suara dan mudah terlipat.

2. Media elektronik

Media ini merupakan media yang bergerak dan dinamis, dapat dilihat dan didengar dan penyampaiannya melalui alat bantu elektronika. Yang termasuk dalam media ini adalah televisi, radio, video film, cassette, CD, VCD, internet (computer dan modem), SMS (telepon seluler). Seperti halnya media cetak, media elektronik ini memiliki kelebihan antara lain lebih mudah dipahami, lebih menarik, sudah dikenal masyarakat, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajiannya dapat dikendalikan dan diulang-ulang serta jangkauannya lebih besar. Kelemahan dari media ini adalah biayanya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu listrik dan alat canggih untuk produksinya, perlu persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, perlu keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

3. Media Luar Ruang

Media menyampaikan pesannya di luar ruang, bisa melalui media cetak maupun elektronik misalnya papan reklame, spanduk, pameran, banner dan televisi layar lebar, umbul-umbul, yang berisi pesan, slogan atau logo. Kelebihan dari media ini adalah lebih mudah dipahami, lebih menarik, sebagai informasi umum dan hiburan, bertatap muka, mengikut sertakan seluruh panca indera, penyajian dapat dikendalikan dan jangkauannya relatif besar. Kelemahan dari media ini adalah biaya lebih tinggi, sedikit rumit, perlu alat canggih untuk produksinya, persiapan matang, peralatan selalu berkembang dan berubah, memerlukan keterampilan penyimpanan dan keterampilan untuk mengoperasikannya.

4. Media Lain

Media lain yang dapat digunakan untuk menyampaikan pesan promosi kesehatan adalah:

1. Iklan di bus. Iklan ini bisa dibaca dan dilihat semua orang di mana bus melintas.

2. Mengadakan event, merupakan suatu bentuk kegiatan yang diadakan di pusat perbelanjaan atau hiburan yang menarik perhatian pengunjung
3. Road Show, suatu kegiatan yang diadakan di beberapa tempat / kota.
4. Sampling, contoh produk yang diberikan kepada sasaran secara gratis.
5. Pameran, suatu kegiatan untuk menunjukkan informasi program dan pesan-pesan promosi

11.7.4 Pengembangan Pesan, Uji Coba dan Produksi Media

Media promosi kesehatan yang baik adalah media yang mampu memberikan informasi atau pesan-pesan kesehatan yang sesuai dengan tingkat penerimaan sasaran, sehingga sasaran mau dan mampu memahami yang berguna untuk mengubah perilaku sesuai dengan pesan yang disampaikan. Untuk itu saat membuat pengembangan pesan, maka diperlukan penggunaan prinsip dan tahapan berikut:

1. Pesan adalah terjemahan dari tujuan komunikasi ke dalam ungkapan kata yang sesuai untuk sasaran.
2. Pengembangan pesan memerlukan kemampuan ilmu komunikasi dan seni.
3. Menentukan posisi pesan (positioning), yaitu strategi komunikasi untuk memasuki jendela otak konsumen agar produk/perilaku yang diperkenalkan mempunyai arti tertentu. Contoh Posisi Pesan:
 - a. Posyandu Menjaga Anak Sehat Tetap Sehat
 - b. Pokoknya Pake Garam Beryodium agar anak Pintar
 - c. Gaya Hidup Sehat Bikin Kamu Tampil Beda
 - d. Dengan PIN Anak Indonesia Bebas Polio
 - e. Buatlah konsep pesan yang jelas, spesifik, positif, menarik perhatian, berorientasi pada tindakan dan cocok dengan sasaran.

11.7.5 Pesan yang Disampaikan Akan Efektif, Jika Memperhatikan Hal-Hal Berikut:

1. *Command attention*, kembangkan satu ide atau pesan yang menarik perhatian sehingga mudah untuk diingat.
2. *Clarify the message*, buat pesan mudah, sederhana dan jelas.
3. *Create trust*, memberikan informasi atau pesan yang dapat dipercaya.
4. *Communicate a benefit*, dalam promosi kesehatan, perlu disampaikan keuntungan dan kerugian jika tidak melakukan perbaikan untuk hidup tetap sehat.
5. *Consistency*, pesan harus konsisten yang artinya sampaikan satu pesan utama di media apa saja secara berulang kali baik TV, radio, poster, stiker
6. *Cater to the heart and head*, pesan yang disampaikan masuk akal pendengar atau sasaran, dan menunjukkan sesuatu yang nyata dalam kehidupan.
7. *Call to action*, promosi yang disampaikan harus mendorong dan membangkitkan semangat untuk melakukan.

Dalam menyampaikan pesan, perlu juga menggunakan gaya yang membuat perhatian sasaran tertarik. Gaya pesan yang disampaikan dapat menggunakan:

1. Potongan Kehidupan (*Slice of Life*), menunjukkan bahan-bahan pangan yang dapat digunakan setiap hari, dan didapat disekeliling pekarangan atau bisa di tnama sendiri, dan hal ini akan membuat tubuh sehat. Makanan yang dihasilkan dari pekerjaan sendiri akan lebih sehat. Kemudian manfaat udara segar, air bersih, dan berolah raga dengan teratur.
2. Fantasi (*Fantasy*), menciptakan fantasi disekitar lingkungan sendiri, seperti menanam tanaman produktif disekitar rumah dapat menghasilkan sesuatu untuk keluarga, dan membuat lingkungan indah dan bersih.
3. Gaya Hidup (*Lifestyle*), menekankan bagaimana suatu hasil yang dilakukan akan berdampak bagi kehidupan dan kesehatan pribadi dan keluarga, dan bahkan masyarakat disekeliling. Misalnya berolah

raga teratur akan membuat organ-organ tubuh lebih sehat, otot lebih baik, dan aliran darah keseluruhan tubuh akan baik sehingga oksigen dapat dibawa keseluruhan tubuh.

4. Suasana atau Citra (Image), membangkitkan suasana dengan apa yang dilakukan. Misalnya, kebersihan lingkungan akan menghindari terjadinya penyakit, dan akan membuat lingkungan bersih dan sehat. Membuka jendela setiap hari akan membuat sirkulasi udara dalam rumah lebih baik.
5. Bukti Ilmiah (Scientific Evidence), menyajikan bukti penelitian yang dilakukan oleh ahli dibidang kesehatan. Misalnya berolah raga 3 (tiga) kali seminggu dengan kecepatan 6 (enam) Kilometer perjam selama 20 menit akan membuat otot tubuh lebih sehat, Minum air putih 6 (enam) gelas satu hari akan mencukupi kebutuhan cairan dalam tubuh. Makan banyak sayur yang berserat akan melancarkan pencernaan
6. Bukti Kesaksian (Testimonial), menampilkan seorang sumber yang sangat dipercaya, disukai atau ahli mendukung program yang dipromosikan.

Pendekatan Pesan, dilakukan agar sasaran mau mengikuti apa yang diharapkan, dan hal yang perlu disampaikan adalah:

1. Pendekatan Rasa Takut.
Bisa berbentuk celaan sosial atau bahaya fisik. Kadang-kadang kita harus menakuti-nakuti orang untuk menyelamatkan hidup mereka. Misalnya obat kumur, deodorant, pasta gigi, seks yang tidak aman, PIN untuk Polio. Penelitian membuktikan pendekatan rasa takut yang sangat kuat cenderung diabaikan sedangkan yang lemah tidak akan menarik perhatian. Jadi gunakan rasa takut yang sedang-sedang saja.
2. Pendekatan Rasa Bersalah
Rasa bersalah juga menjadi pemikat bagi emosi. Orang merasa bersalah bila mereka melanggar peraturan, norma dan kepercayaan mereka sendiri. klan posyandu di tahun 80- an yang menunjukkan kehilangan anak, iklan sabuk pengaman

3. Pendekatan Rasional

Meyakinkan orang dengan perkataan logis. Pengalaman atau riset membuktikan bahwa pendekatan rasional kurang berhasil. Misalnya Datanglah ke Posyandu untuk mendapat Kapsul Vitamin A. Apakah ibuibu beramai-ramai datang ke Posyandu?

4. Pendekatan Emosional.

Menggunakan pernyataan atau bahasa yang mampu menyentuh sasaran, dan tunjukkan bahasa non verbal seperti air muka yang penuh kasih, cinta. Dan ini lebih berhasil.

5. Pendekatan Humor

Metode yang efektif untuk menarik perhatian, menambah kesenangan dan tidak merusak pemahaman, tidak menawarkan suatu keuntungan yang lebih dari sekedar bujukan, tidak menambah kredibilitas sumber, lebih berhasil digunakan jika tingkat kesadaran akan produk/perilaku sudah mapan bukan yang baru diperkenalkan

6. Pendekatan Moral

Diarahkan pada perasaan sasaran tentang apa yang benar dan tepat. Sering digunakan untuk mendukung masalah-masalah sosial seperti lingkungan hidup yang lebih bersih, gender, bantuan bagi orang-orang yang membutuhkan.

Daftar Pustaka

- AAOHN, (2008), Occupational Health Nurses Career Guide. 302 The East Mall, Suite 605, Toronto, Ontario M9B 6C7 | www.oohna.on.ca | 416.293.6462 (1.888.664.6276
- Agustin, Fery. (2013). Asuhan Keperawatan Komunitas Suatu Pengantar. Vol. 53.
- Akbar, M. A., Juniarti, N., Yamin, A. (2022) 'Covid-19 Management in Indonesia: A Qualitative Study', International Journal of Community Based Nursing, 10(2), pp. 96–109.
- Ali, H. Z., & SKM, M. (2010). "Pengantar keperawatan keluarga". Jakarta: EGC.
- Allender, J., Rector, C., Rn-C, C.R., PhD, Warner, K., RN, K.W., PhD MS MPH, (2013). Community & Public Health Nursing: Promoting the Public's Health. Lippincott Williams & Wilkins.
- Allender, J.A., Rector, C., Warner, K. D. (2014) Community and public health nursing: Promoting the public's health. 8th Ed. United States: Lippincott William & Wilkins.
- Alligood, M. R. (2017). Nursing theorists and their work-e-book. Elsevier Health Sciences.
- Almas, A. F. (2018). Sumbangan Paradigma Thomas S. Kuhn dalam Ilmu Dan Pendidikan (Penerapan Metode Problem Based Learning dan Discovery Learning). At-Tarbawi: Jurnal Kajian Kependidikan Islam, 3(1), 89-106.
- American Board for Occupational Health Nurses/ ABOHN, (2015), 201 E. Ogden Ave., Suite 114. Occupational Health Nursing Profession

- American Nurses Association (2007) *Public health nursing: Scope and standards of practice*. Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.
- Anderson, E. T. and McFarlan, J. (2011) *Community as Partner: Teory and Practice in Nursing*. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Anne Marie Ludovici-Connolly (2010) *Winning Health Promotion Strategies-Human Kinetics*. USA: Ludovici-Connolly.
- Anwar, Ayesha, Malik, M., Raees, V., Anwar, Anjum, (2020). Role of Mass Media and Public Health Communications in the COVID-19 Pandemic. *Cureus* 12, e10453. <https://doi.org/10.7759/cureus.10453>
- Association of Occupational Helat Professionals in Helatcare/AOHP, (2019). *Getting Started Occupational Health in the Healthcare Setting*, 16th Edition.
- Austin, W. (2007). The ethics of everyday practice: Healthcare environments as moral communities. *Advances in Nursing Science*, 30(1), 81-88.
- Badi'ah, A., Ramadhani, F., Fitriana, Y., Handi, N.H., Pipitcahyani, T.I., Rohmah, N., Wulandari, I., Setyowati, D.L., Christiana, I., Widiyastuti, N.E., (2022). *Pengantar Promosi Kesehatan*. Media Sains Indonesia.
- Beauchamp, D. (1999). Public health as social justice. In D. E. Beauchamp & B. Steinbock (Eds.). *New ethics for the public's health* (101–109). New York: Oxford University Press
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2013). *Principles of biomedical ethics* (7th Ed.). New York, N Y: Oxford University Press.
- Benjamin Ewert, Kathrin Loer (2019) *Behavioural Policies for Health Promotion and Disease Prevention*. Switzerland:Springer International Publishing
- Benner, P., Tanner, C. A. & Chesla, C. A. (1996). *Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment, and ethics*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Bent, K. N. (1999). The ecologies of community caring: Nursing theory for the 21st century. *Advances in Nursing Science*, 21(4), 29-36.
- Botes, A. (2000). A comparison between the ethics of justice and the ethics of care. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1071-1075.

- Bouchet, D. (2007). The ambiguity of the modern conception of autonomy and the paradox of culture. *Thesis Eleven*, 88, 31-54.
- Boykin, A. & Schoenhofer, S. (2001). *Nursing as caring: A model for transforming practice*. Burlington, ME: Jones and Bartlett Publishers.
- Bulechek, G. M., and J. C. McCloskey. (1995). "Nursing Interventions Classification (NIC)." *Medinfo. MEDINFO 8 Pt 2*. doi: 10.1097/00006216-199317030-00016.
- Burke, J. (2005) 'Educating the staff at a homeless shelter about mental illness and anger management', *Journal of Community Health Nursing*, 22, pp. 65–76.
- Carole Edelman, Elizabeth Kudzma (2018) *Health Promotion Throughout The Lifespan*. Missouri: Elsevier
- Chase, S. K. (2004). *Clinical judgment and communication in nurse practitioner practice*. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Cherry, B., & Jacob, S. R. (2011) *Contemporary nursing: Issues, trends, and management*. 5th edn. St. Louis, MO: Mosby.
- Chinn, P. L. (2004). *Peace and power: Creative leadership for building community*. (6th Ed.) Boston, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Clark-McMullen, D. M. (2010) 'Evaluation of a successful fetal alcohol spectrum disorder coalition in Ontario, Canada', *Public Health Nursing*, 27, pp. 240–247. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00849.x.
- Cody, W. K. (2003). Paternalism in nursing and healthcare: Central issues and their relation to theory. *Nursing Science Quarterly*, 16, 288-296.
- Cole, F. L. (2005) 'The role of the nurse practitioner in in disaster planning and response', *Nursing Clinic of North America*, 40, pp. 511–521.
- Conrad, E.J., Becker, M., Powell, B., Hall, K.C., (2020). Improving Health Promotion Through the Integration of Technology, Crowdsourcing, and Social Media. *Health Promot. Pract.* 21, 228–237. <https://doi.org/10.1177/1524839918811152>
- D.E., Simangunsong, Siregar M.F.G., Triyoga R.S., and Lubis R. (2017). "The Impact of Premenopausal Empowerment Model Based Health Belief Model to Changes in Physical Activity Levels in Controlling Complaints of Perimenopausal Women in Pematangsiantar City, Indonesia, 2017."

- Giornale Italiano Di Ostetricia e Ginecologia. doi: 10.11138/giog/2017.39.4.181
- David McQueen, Catherine Jones (2007) *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness*. USA : Springer Science Business Media.
- Davies, K. (2005) 'Disaster preparedness and response: More than major incident initiation', *British Journal of Nursing*, 14, pp. 868–871.
- Dawkins, M. P., & Williams, M. M. (1997). *Substance abuse in rural African-American populations. Rural Substance Abuse: State of Knowledge and Issues*, 168, 484-496
- De Lepeleere, S., De Bourdeaudhuij, I., Cardon, G., Verloigne, M., (2017). The effect of an online video intervention "Movie Models" on specific parenting practices and parental self-efficacy related to children's physical activity, screen-time and healthy diet: a quasi experimental study. *BMC Public Health* 17, 366. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4264-1>
- Dossey, B. M., & K. L. (2013) *Holistic nursing: A handbook for practice*. 6th edn. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- E-Prints, UMM. (2013.) "Konsep Asuhan Keperawatan Komunitas." *Jurnal Universitas Muhammadiyah Malang* 53(9).
- Edelstein, S., (2022). *Community and Public Health Nutrition*. Jones & Bartlett Learning.
- Efendi, F. and Makhfudi (2009) 'Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori Dan Praktik Keperawatan', *Jurnal Keperawatan*, p. 106. Available at: <http://repo.stikesperintis.ac.id/id/eprint/1103>.
- Elrod, J.K., Fortenberry, J.L., (2020.) Advertising in health and medicine: using mass media to communicate with patients. *BMC Health Serv. Res.* 20, 818. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05599-3>
- Ethics*, 12(2). <http://dx.doi.org/10.18785/ojhe.1202.03>
- Falk-Rafael, A. R. (2000). Watson's philosophy, science, and theory of human caring as a conceptual framework for guiding community health nursing practice. *Advances in Nursing Science*, 23(2) 34-49.
- Fertman C. I, and Allenswort D. D (2010) *Health Promotion Programs_ From Theory to Practice*. CA:Jossey-Bass A Wiley

- Fry-Revere, S. (1992). The accountability of bioethics committees and consultants. University Publishing Group.
- Fry, J. (1959) Family health, Public Health. doi: 10.1016/S0033-3506(59)80093-7.
- Gadow, S. (1990a). Existential advocacy: Philosophical foundations of nursing. In: T. Pence, & J. Cantrall (Eds.), *Ethics in nursing: An anthology* (41-51). New York, NY: National League for Nursing.
- Gadow, S. (1990b). A model for ethical decision making. In: T. Pence, & J. Cantrall (Eds.), *Ethics in nursing: An anthology* (52-55). New York, NY: National League for Nursing.
- Gadow, S. (2004) Relational narrative: The postmodern turn in nursing ethics, In: P. G. Reed, N. C. Shearer, & L. H. Nicoll (Eds.), *Perspectives on nursing theory* (375-385) (2nd Ed.). New York, NY: Lippincott Williams & Wilkins.
- Glaser, M. A., Soskin, M. D. & Smith, M. (1996). Local government-supported community development: Community priorities and issues of autonomy. *Urban Affairs Review*, 31, 778-798.
- Glen Laverack (2007) *Health Promotion Practice - Building Empowered Communities*. USA : McGraw-Hill
- Glenn Laverack (2018) *Health Promotion in Disease Outbreaks and Health Emergencies*. USA:Taylor and Francis Group
- Glenn Laverack, Ronald Labonte (2008) *Health Promotion in Action - From Local to Global Empowerment*. USA : Palgrave Macmillan
- González MMP, Pisano ACG, B. A. (2019) 'Community and family nurse: Present keys, future challenges', *Enfermería Clínica*, 29, pp. 365–9.
- Gwede, C.K., Ashley, A.A., McGinnis, K., Montiel-Ishino, F.A., Standifer, M., Baldwin, J., Williams, C., Sneed, K.B., Wathington, D., Dash-Pitts, L., Green, B.L., (2013). Designing a Community-Based Lay Health Advisor Training Curriculum to Address Cancer Health Disparities. *Health Promot. Pract.* 14, 415–424. <https://doi.org/10.1177/1524839912458675>
- Harahap, R.A., (2019). *Buku Ajar Komunikasi Kesehatan*. Prenada Media.
- Hardy Syaifoel at. All. (2021), *Theoretical Perspectives Of Occupational Health Nurses (OHN) Career In Indonesia: A Critical Review And Future*

- Exploration. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan* Vol. 14 (2), Tahun, 2021 p-ISSN: 1979-2697 e-ISSN: 2721-1797
- Hardy Syaifoel Hardy MN, (). *New Paradigm of Occupational Health Nursing In Community Nursing. Jurnal Keperawatan*, ISSN 2086-3071
- Harlinawati (2013) 'Konsep dan Proses Keperawatan dalam Keluarga', pp. 1–104.
- Hastuti, N. A. P. *POLITEKNIK KESEHATAN RS Dr SOEPRAOEN MALANG* 2015.
- Hidayat, A. A. (2007). "Konsep Dasar Keperawatan". Jakarta: Salemba.
- Hidayat, A. A. (2015). *Metode penelitian kesehatan paradigma kuantitatif*. Health Books
- Hsu, Y.-J., Peng, W.-D., Chen, J.-H., Lin, Y.-C., Chang, C.-S., Chen, T., Hu, C.-Y., Ho, P.-S., Chen, F.-L., Lee, C.-H., Huang, H.-L., 2015. Evaluating the effect of a community-based lay health advisor training curriculum to address immigrant children's caries disparities. *Caries Res.* 49, 147–156. <https://doi.org/10.1159/000363067>
- Huda, Maftuchul, Murwarni. A dan susanty Ade. (2008). *Keperawatan Komunitas*. Fitramaya
- Hugelius, K., Adams, M., Romo-Murphy, E., (2019). The Power of Radio to Promote Health and Resilience in Natural Disasters: A Review. *Int. J. Environ. Res. Public. Health* 16, E2526. <https://doi.org/10.3390/ijerph16142526>
- Huy NV, Bang KS, Xuan HTA, et al. (2018) 'The roles of, activities of, and competencies for, community nursing services in rural Vietnam: Implications for policy decisions', *International Journal of Health Planning and Management*, 33.
- Iannicelli, Anna Maria, Pasquale de Matteo, Daniele Vito, Elisa Pellecchia, Concetta Dodaro, Francesco Giallauria, and Carlo Vigorito. (2019). "Use of the North American Nursing Diagnosis Association Taxonomies, Nursing Intervention Classification, Nursing Outcomes Classification and NANDA-NIC-NOC Linkage in Cardiac Rehabilitation." *Monaldi Archives for Chest Disease* 89(2). doi: 10.4081/monaldi.2019.1060.

- IPKKI. (2017). "Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, Dan Komunitas Dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, Dan NIC Di Puskesmas Dan Masyarakat." Panduan.
- Jakeway, C. C., LaRosa, G., Cary, A., & Schoenfisch, S. (2008) 'The role of public health nurses in emergency preparedness and response: A position paper of the association of state and territorial directors of nursing', *Public Health Nursing*, 25, pp. 353–361.
- Jane Wills (2014) *Fundamentals of Health Promotion for Nurses*. USA:Wiley-Blackwell
- Jannah, Sri Raudatul. (2020). "Perencanaan Asuhan Keperawatan Di Dalam Komunitas." OSF Preprints.
- John, W.S., (2020). *Community Nursing Practice: Theory, skills and issues*. Routledge.
- Jonsen, A. R. (1998). *The birth of bioethics*. New York, NY: Oxford University Press.
- Kesuma, U., & Hidayat, A. W. (2020). Pemikiran Thomas S. Kuhn Teori Revolusi Paradigma. *Islamadina: Jurnal Pemikiran Islam*, 166-187
- Kholifah, S. N. and Widagdo, W. (2016) *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- King, I. M. (1999). A theory of goal attainment: Philosophical and ethical implications. *Nursing Science Quarterly*, 12, 292-296.
- Kohlberg, L., & Hersh, R.H. (1977) *Moral development: A review of the theory. Theory into Practice*, 16(2), 53.
- Kozier.Erb, Berman, Synder,(2010). , *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*, Ed7. Vol 1. Jakarta:EGC
- Kristanto, A. (2017). Memahami paradigma pendidikan seni. *Jurnal Abdiel: Khazanah Pemikiran Teologi, Pendidikan Agama Kristen dan Musik Gereja*, 1(01), 119-126.
- Leddy (2006) *Health Promotion - Mobilizing Strengths to Enhance Health, Wellness, and Well-Being*. Philadelphia : F.A. Davis Company
- Lin Yun-Ping at all. (2014). *Occupational Health Nursing Practice, Education, and Research in Taiwan*.

- Lm, A., Kl, A., C, S., S, S., J, B.-B., Lk, K., (2015). Community coalition-driven interventions to reduce health disparities among racial and ethnic minority populations. *Cochrane Database Syst. Rev.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009905.pub2>
- Lundy, K.S., Janes, S., (2009). *Community Health Nursing: Caring for the Public's Health.* Jones & Bartlett Learning.
- Mager, D.R., Conelius, J., (2019). *Population Health for Nurses: Improving Community Outcomes.* Springer Publishing Company.
- Maggie Davies, Wendy Macdowall (2006) *Health Promotion Theory (Understanding Public Health).* England : Open University Press
- maryani, D. sri (2014) *ilmu keperawatan Komunitas.* 1st edn. Bandung: CV Yrama Widya.
- Maryani, D., Nainggolan, R.R.E., (2019). *Pemberdayaan Masyarakat.* Deepublish.
- Maurer, F.A., Smith, C.M., (2014). *Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations.* Elsevier Health Sciences.
- Maya Rom Korin (2016) *Health Promotion for Children and Adolescents.* US:Springer
- McCann, E. (2010) 'Building a community-academic partnership to improve health outcomes in an underserved community', *Public Health Nursing*, 27, pp. 32–40. doi: 10.1111/j.1525-1446.2009.00824.x.
- Meleis A.I. (2006), *Theoretical Nursing, Development and Progres.* Ed 4. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins
- Mubarak, Wahit Iqbal dan Nurul Chayatin. (2009), *Ilmu Keperawatan Komunitas: Pengantar dan Teori.* Buku 1. Jakarta: Salemba medika
- Mubarak, Wahit Iqbal dan Nurul Chayatin. (2013), *Ilmu Keperawatan Komunitas: Pengantar dan Teori.* Buku 1. Jakarta: Salemba Medika
- Mukhoirotin, M., Efendi, S., Limbong, M., Hidayat, W., Rumerung, C. L., Sihombing, R. M., ... & Lubbna, S. (2021). *Pengantar Keperawatan.* Yayasan Kita Menulis.
- Nadie, L., (2019). *MEDIA MASSA DAN PASAR MODAL: Strategi Komunikasi bagi Perusahaan Go Public.* Pustaka Kaji.

- Nelson Yvonne. (2001). Roles and Value Added Contributions of the Occupational Health Nurse. VOL. 49, NO.3
- Newman, M. A. (2008). Transforming presence: The difference that nursing makes. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.
- Nickel, S., von dem Knesebeck, O., (2020). Effectiveness of Community-Based Health Promotion Interventions in Urban Areas: A Systematic Review. *J. Community Health* 45, 419–434. <https://doi.org/10.1007/s10900-019-00733-7>
- Nies, M. A. and McEwen, M. (2019) *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Edited by J. Sahar, A. Setiawan, and N. M. Riasmini. Singapore: Elsevier.
- Nies, M.A., McEwen, M., (2018). *Community and Family Health Nursing - 1st Indonesian Edition*. Elsevier Health Sciences.
- Nurmala I, Rahman F, Nugroho A, Erlyani N, Laily N, Anhar V.Y (2018) *Promosi Kesehatan*. Surabaya: Airlangga University Press.
- Paley, J. (2002). Virtues of autonomy: The Kantian ethics of care. *Nursing Philosophy*, 3, 133-143.
- Patil, S.J., Lewis, M., Tallon, E.M., Wareg, N.K., Murray, K.S., Elliott, S.G., Stevermer, J.J., Kruse, R.L., Mehr, D.R., (2019). Lay Advisor Interventions in Rural Populations: A Systematic Review and Meta-analysis. *Am. J. Prev. Med.* 57, 117–126. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.02.007>
- Patilaiya, H.L., Sinurat, J., Sarasati, B., Jumiyati, S., Supriatna, A., Harto, B., Siburian, U.D., Mahaza, Maesarini, I.W., Hapsari, T.D., (2022). *Pemberdayaan Masyarakat*. Get Press.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011) *Health promotion in nursing practice*. 6th edn. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Permatasari Henny, (2010). Tinjauan Teori Keperawatan Kesehatan Kerja. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 13, No. 2
- Pharris, M. D. (2002). Coming to know ourselves as community through a nursing partnership with adolescents convicted of murder. *Advances in Nursing Science*, 24(3), 21-42.

- R.Fallen & R.Budi Dwi K (2011) Catatan Kuliah Keperawatan Komunitas. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Racine, E., Hayes, K. (2005). The need for a clinical ethics service and its goals in a community healthcare service centre: A survey. *Journal of Medical Ethics*, 32(10), 564–566.
- Ratnawati Emmelia. Keperawatan Komunitas .cet I, Yogyakarta. Pustaka Baru Press
- Ratnawati, E., (2018). Keperawatan Komunitas. PT. Pustaka Baru, Yogyakarta.
- Raudatun Hasanah. (2020.) “Komunikasi (Hubungan Komunikasi Dalam Perencanaan Keperawatan).” *Komunikasi (Hubungan Komunikasi Dalam Perencanaan Keperawatan)*.
- Rawls, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge: Belknap Press Harvard University.
- Redjeki Sri, (2016). Kesehatan dan Keselamatan Kerja. Pusdik SDM Kesehatan. Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
- Riasmmini, N. M. et al. (2017) Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta: UI-Press.
- Riasminini, N.M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N.P., Ria, R.T.T.M., Handayani, T.W., (2017). Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA , ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Universitas Indonesia IUI Press, Jakarta.
- Rich K., (2013). Introduction to ethics. In: Butts, J. B. & Rich, K. L. (Eds). *Nursing ethics across the curriculum and into practice*. 2nd ed. Burlington: Jones and Bartlett.
- Rinaldo, Ridho, Endah Pujiastuti, and Sukimin. (2020). “Implikasi Pengaturan Sistem Rujukan Berjenjang Terhadap Pelayanan Kesehatan Perorangan.” *Semarang Law Review (SLR)* 1(1).
- Roar Amdam 2011) *Planning in Health Promotion Work - An Empowerment Model*. USA:Routledge

- Rowney, R., & Barton, G. (2005) 'The role of public health nursing in emergency preparedness and response', *Nursing Clinics of North America*, 40, pp. 499–509.
- Ryadi, A. L. S. (2016). Ilmu kesehatan masyarakat. Penerbit Andi
- Saei, M.H., Valadi, S., Karimi, K., Khammarnia, M., (2021). The role of mass media communication in public health: The impact of Islamic Republic of Iran broadcasting health channel on health literacy and health behaviors. *Med. J. Islam. Repub. Iran* 35, 54. <https://doi.org/10.47176/mjiri.35.54>
- Saing, Johannes H. (2016). "Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan NANDA NIC-NOC." *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan* 6(4).
- Salamung, N. et al. (2021) (Family Nursing).
- Savage, C.L., (2019). *Public/Community Health and Nursing Practice: Caring for Populations*. F.A. Davis.
- Shirley, J. (2007). Limits of autonomy in nursing's moral discourse. *Advances in Nursing Science*, 30(1), 14-25.
- Simamora, R. H., Purba, J. M., Bukit, E. K., & Nurbaiti, N. (2019). Penguatan Peran Perawat Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Melalui Pelatihan Layanan Prima. *JPPM (Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 3(1), 25-31.
- Simangunsong, D. E. (2019). "Pemberdayaan Berbasis Health Belief Dalam Mengelola Pola Makan Seimbang Sebagai Upaya Pengendalian Keluhan Klimakterium." *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes* 10(Volume 10 Nomor 2, April 2019):119–24. doi: <http://dx.doi.org/10.33846/sf.v10i2.422>.
- Simangunsong, D. E. Rika Subarniati Triyoga, Muhammad Fidel Ganis Siregar, Rahayu Lubis. (2017). "The Effect of the Intervention 'Primenopause Empowerment Model (PEM)' Based on Health Belief Against the Balanced Dietary Changes in the Control of Perimenopause Complaints in Pematangsiantar 2017." *International Journal of Science and Research (IJSR)*. doi: 10.21275/art20174534.
- Sinaga, L.R.V., Sianturi, E., Maisyarah, M., Amir, N., Simamora, J.P., Ashriady, A., Hardiyati, H., (2021). *Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku*. Yayasan Kita Menulis.

- Siregar, N. H. K., & Kep, M. (2022). KONSEP DASAR KEPERAWATAN, SEJARAH, FALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN. Ilmu Keperawatan Dasar, 1.
- Siregar, P.A., Harahap, R.A., Aidha, Z., (2020). Promosi Kesehatan Lanjutan Dalam Teori dan Aplikasi. Prenada Media.
- Spencer, S., Unsworth, J., Burke, W., (2001). Developing Community Nursing Practice. McGraw-Hill Education (UK).
- Spitzer, R. (2004). Caring for the community. *Nursing Administration Quarterly*, 28(4), 255-257.
- Stanhop & Lancaster, J. (2004). Community and public health nursing. St Louis: The Mosby Year Book
- Stanhope, M. and Lancaster, J. (2010) Foundation of Nursing in the Community. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Stanhope, M., Lancaster, J., (2014). Public Health Nursing - E-Book: Population-Centered Health Care in the Community. Elsevier Health Sciences.
- Stanhope, M., Lancaster, J., (2021). Foundations for Population Health in Community/Public Health Nursing - E-Bo... - Google Books [WWW Document]. URL https://www.google.co.id/books/edition/Foundations_for_Population_Health_in_Community/Public_Health_Nursing_-_E-Book_Population-Centered_Health_Care_in_the_Community/PA506&printsec=frontcover (accessed 7.12.22).
- Stark, H., Omer, A., Wereme N'Diaye, A., Sapp, A.C., Moore, E.V., McKune, S.L., (2021). The Un Oeuf study: Design, methods and baseline data from a cluster randomised controlled trial to increase child egg consumption in Burkina Faso. *Matern. Child. Nutr.* 17, e13069. <https://doi.org/10.1111/mcn.13069>
- Stewart Piper (2009) Health Promotion for Nurses - Theory and Practice. USA: Taylor and Francis Group.
- Susilowati Dwi (2016) Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Promosi Kesehatan, Jakarta:PPSDM Kemenkes RI

- Swanson, Elizabeth, Vanessa Monteiro Mantovani, Cheryl Wagner, Sue Moorhead, Karen Dunn Lopez, Tamara Gonçalves Rezende Macieira, and Noriko Abe. (2021). "NANDA-I, NOC, and NIC Linkages to SARS-CoV-2 (COVID-19): Part 2. Individual Response." *International Journal of Nursing Knowledge* 32(1). doi: 10.1111/2047-3095.12307.
- Swarjana, I.K. (2016). *Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Yogyakarta : Andi Offset
- Teo, A.R., Stufflebam, K.W., Lu, F., Fetters, M.D., (2015). Use of a public film event to promote understanding and help seeking for social withdrawal. *Asia-Pac. Psychiatry Off. J. Pac. Rim Coll. Psychiatr.* 7, 157–163. <https://doi.org/10.1111/appy.12166>
- The United Nations (1949). The universal declaration of human rights, UDHR, Declaration of human rights, Human Rights Declaration, Human Rights Charter, The UN and Human Rights. <http://www.un.org/en/documents/udhr/>
- Tomey A.A.M., Alligood M.R. (2006), *Nursing Theories and Their Work*. Ed 6, St. Louis: Mosby
- Toney-Butler, T.J., Thayer, J.M., (2022). *Nursing Process, StatPearls* [Internet]. StatPearls Publishing.
- Toowoomba Catholic Education (2006). Social justice statement. http://www.tsjc.org/uploads/media/Social_Justice_Statement_2011-2012.pdf
- Torre G. La, (2020). The Occupational Health Nurse and his/here role in the prevention of work-related diseases: results of an observational study. *Ann Ig* 2020; 32(1): 3-15 doi:10.7416/ai.2020.2325
- Traeger, M., Thompson, A., Dickson, E., & Provencio, A. (2006) 'Bridging disparity: A multidisciplinary approach for influenza vaccination in an American Indian community', *American Journal of Public Health*, 96, pp. 921–925.
- Trailer, D. S. (2004). Beyond caring: The moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5, 230-241.
- Treesia Sujana, Agus Fitrianto, D. F. H. (2020) 'Gambaran Keterampilan Keperawatan Komunitas di Puskesmas Getasan', *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 5(1), pp. 31–38.

- U.S. Departement of Helath, (2001). *The Rule of The Nurse In Occupational Health Nursing. Education. And Welfare. Public Helath Service. Environmental Healt Sevice*
- U.S. Department of Labor. (1999). *Occupational Safety and Health Administratio. The Occupational Health Professional's Services and Qualifications: Questions and Answers. U.S. Department of Labor. OSHA 3160 1999 (Revisi)*
- Udayana, J. P. (2013). *Dinamika Kontrol Diri pada Ibu Bekerja yang Menjalani Latihan Yoga. Jurnal Psikologi Udayana, 1(1), 84-93.*
- Ummah, F., Surlanti, Deisi, F.B., Firsty, L., Fuady, I., SP, Kadarsah, A., Noor, R.I.A., Sekarpuri, A.D., Kadek, I., Gustini, (2021). *Pendidikan Kesehatan Dan Promosi Kesehatan. Media Sains Indonesia.*
- Vogt, V., & Kulbok, P. A. (2008) *Care of Client in Disaster Settings Community Health Nursing: Advocacy for Population Health. 5th edn. New Jersey: Pearson Prentice Hall.*
- wahit iqbal mubarak (2009) *pengantar keperawatan komunitas 1. 2nd edn. Jakarta: CV.Sagung Seto.*
- Watson, J. (1990). *The moral failure of the patriarchy. Nursing Outlook, 38(2), 62-66*
- Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science. Philadelphia, PA: F. A. Davis Company.*
- WHO (2001), *The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*
- Widagdo., S. N. K. & W. (2016) *Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan: Keperawatan Keluarga dan Komunitas. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan.*
- widyanto, faisalado C. (2014) *keperawatan Komunitas dengan pendekatan praktis. Yogyakarta: Nuha Medika.*
- Widyanto, F.C. (2014). *Keperawatan Komunitas Dengan Pendekatan Praktis. Yogyakarta : Nuha Medika*

Biodata Penulis



Dian Yuniar Syanti Rahayu lahir di Bandung. Merupakan dosen pengajar pada Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kendari untuk mata kuliah keperawatan Komunitas, Keperawatan Gerontik dan Keperawatan Keluarga. Jenjang akademik penulis mulai ditempuh dari AKPER Manggala Husada, Jakarta, kemudian Program Studi SI Kesehatan Masyarakat Urindo Jakarta, penulis melanjutkan studi Program Magister Keperawatan di Universitas Padjadjaran Bandung. Jenjang karir penulis mulai menjadi perawat di RSUD Palabuhan Ratu (2001-2002), perawat di Puskesmas Ciambar Sukabumi (2002-2004), mengajar di ITK Avicenna Kendari (2005 – 2009), dan di Poltekkes Kemenkes Kendari sampai sekarang. Penulis aktif mengikuti berbagai seminar, pelatihan, conference dan lokakarya untuk meningkatkan kompetensi dalam bidang keperawatan.



Martalina Limbong, S.Kp., M.Kep., CH merupakan Dosen pengajar pada Program Diploma III (D III) Akademi Keperawatan Surya Nusantara. Penulis lahir di Sei lebah, pada 3 Maret 1980. Jenjang akademik penulis, pertama dimulai dengan menempuh Program Sarjana Keperawatan di Universitas Advent Indonesia (UNAI) Bandung dan lulus tahun 2003. Penulis melanjutkan studinya tahun 2012 Program Magister di Universitas Sumatera Utara (USU) Pendidikan Program Doktoral Theologia di Sekolah Tinggi Theologia Sumatera Utara (STTSU) 2019 dengan konsentrasi keilmuwan Pastoral dan lulus 2022.

Penulis mulai dengan bekerja sebagai Perawat di Rumah Sakit Advent Medan (RSAM) sejak Tahun 2004-2005. Sejak 2005 hingga sekarang menjadi dosen tetap di Akademi Keperawatan Surya Nusantara, Pematangsiantar. Pada Tahun 2007 penulis telah memiliki Jabatan Fungsional sebagai Asisten Ahli (2007) dan tahun 2012 dengan Jabfung Lektor. Pada tahun 2017 akhirnya penulis dinyatakan lulus sertifikasi dosen dan dinyatakan sebagai Dosen Profesional pada ilmu keperawatan. Hasil karya baik berupa prosiding, jurnal dan buku yang tercatat di Googlescholar dan Sinta. Silahkan kunjungi

<https://scholar.google.com/citations?user=rgZwVaEAAAAJ&hl=en>.



Ns. Filia Sofiani Ikasari, M.Kep, lahir di Kandungan 17 Maret 1993 dan berdomisili di Kota Banjarbaru Provinsi Kalimantan Selatan. Lulus dari Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia pada Bulan Februari Tahun 2020. Menjadi dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Intan Martapura sejak tahun 2016 hingga sekarang.



Rosnancy Renolita Sinaga lahir di Sumatera Utara pada 10 Desember 1976. Saat ini beliau mengajar di Akademi Keperawatan Surya Nusantara, Pematangsiantar, Sumatera Utara, dengan area pengajaran di medikal bedah. Beliau menamatkan pendidikan sarjana keperawatan dari Universitas Advent Indonesia, Bandung, menamatkan pendidikan magister keperawatan medikal bedah dari Adventist University of the Philippines, Filipina. Pada saat ini beliau sedang menyelesaikan program doktor keperawatan dari St. Paul University Manila, Filipina.



Ns. Ani Nuraeni, M.Kep., Sp.Kep.Kom adalah dosen tetap STIKes Fatmawati, menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Ilmu Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2000), Pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2013), dan Pendidikan Program Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2014). Saat ini menjabat sebagai Wakil Ketua Bidang Akademik STIKes Fatmawati. Selain

mengajar, aktif pula dalam melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan menghasilkan beberapa karya yang memperoleh HAKI.



Nuraini lahir pada tanggal 19 Juni 1983 di Nipah Panjang, Tanjab Timur, Provinsi Jambi. Ia tercatat sebagai lulusan DIII Akper Baiturrahin Jambi, Serta S1 dan S2 di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Wanita yang kerap disapa Ani ini adalah anak dari pasangan H. Muhammad Amin/ H. Dg Passolong (ayah) dan Hj. Rosmini/ Hj. Dg Macenning (ibu). Ani adalah seorang perawat di salah satu Rumah Sakit di Tangerang, Banten, selain itu beliau juga merupakan dosen yang telah medidikasikan dirinya sejak tahun

2009. Karirnya Sebagai dosen dimulai di Akper Prima Jambi hingga pada tahun 2017 memutuskan untuk bergabung di Universitas Muhammadiyah Tangerang. Disela kesibukannya beliau juga aktif dalam kegiatan organisasi Masyarakat disamping itu beliau juga memutuskan menjadi seorang penulis buku keperawatan.



Jenti Sitorus, S.Kep., Ns., M.K.M., merupakan Dosen pengajar Program Diploma D-III Keperawatan Akademi Keperawatan HKBP Balige. Penulis lahir di Deli Serdang Sei Birung, pada 24 Februari 1970. Jenjang Akademik penulis mulai ditempuh dari AKPER DARMO Medan lulus tahun 1994, penulis melanjutkan D-IV Perawat Pendidik tahun 2003 di Universitas Sumatera Utara (USU), penulis melanjutkan studi Program Magister Kesehatan Masyarakat di Universitas Sumatera Utara (USU) lulus tahun 2018, tahun 2021 lulus

Profesi Ners di STIKes Flora Medan.

Penulis mulai dengan bekerja sebagai Staf Pengajar di SPK HKBP Balige sejak tahun 1995-2003, sejak 2003 hingga sekarang menjadi Dosen tetap di Akademi Keperawatan HKBP Balige. Pada tahun 2018 telah memiliki Jabatan Fungsional sebagai Asisten Ahli, dan Tahun 2022 dengan jabatan fungsional Lektor.



Nova Nurwinda Sari, S.Kep., Ns., M.Kep saat ini aktif bekerja sebagai dosen dengan NIDN : 0211118902 dengan jabatan fungsional Lektor (Penata) IIIc di Program Studi Keperawatan, Fakultas Kesehatan Universitas Mitra Indonesia. Penulis lahir di Tritunggal pada tanggal 11 November 1989. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di STIKES Mitra Lampung pada tahun 2010, kemudian melanjutkan Pendidikan Profesi (Ners) di kampus yang sama, lulus tahun 2011. Pada tahun 2012, penulis melanjutkan pendidikan Magister

Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, lulus tahun 2014.

Selain sebagai dosen, penulis juga aktif dalam menulis artikel ilmiah penelitian dan pengabdian masyarakat serta menulis beberapa buku. Penulis juga beberapa kali mendapatkan hibah penelitian bersaing dari Kemenristekdikti diantaranya pada tahun 2019 dan 2020. Penulis juga turut aktif dalam berbagai kegiatan dan berorganisasi, diataranya sebagai anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI); sebagai pengurus Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) Provinsi Lampung; sebagai anggota Himpunan Perawat

Manajer Indonesia (HPMI) Provinsi Lampung serta sebagai pengurus PPNI Komisariat Pendidikan Provinsi Lampung.

Sejak tahun 2012 hingga sekarang, penulis masih aktif bekerja sebagai Dosen. Alamat email penulis adalah nova_sari@umitra.ac.id.



Dame Evalina Simangunsong, lahir di Pematangsiantar pada tanggal 2 September 1970. Lulusan dari Universitas Sumatera Utara, Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat. Anak ke-2 dari 6 bersaudara. Bekerja sebagai dosen di Poltekkes Kemenkes Medan sejak tahun 1993. Tahun 1993-2018 sebagai dosen di Program Studi Kebidanan Pematangsiantar dan tahun 2019 sampai sekarang di Program Studi Sains Terapan (D IV) Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan.



Angelia Friska Tendean lahir di Manado, pada 28 Maret 1991. Ia tercatat sebagai lulusan terbaik prodi magister keperawatan peminatan komunitas dari Universitas Muhamamdiyah Yogyakarta. Wanita yang kerap disapa Angel ini adalah anak dari pasangan Djonni Tendean (ayah) dan Ansyé Montolalu (ibu). Saat ini Angel aktif sebagai dosen di salah satu Universitas Swasta di Manado yaitu Universitas Klabat prodi Fakultas Keperawatan. Angel saat ini juga aktif dalam organisasi PPNI sebagai bendahara di DPK PPNI UNKLAB.



Dr. Sedia Simbolon, MAN. Lahir di Samosir pada tanggal 6 April 1961. menyelesaikan pendidikan BSc tahun 1985 dari Universitas Advent Indonesia. Pendidikan Master of Art in Nursing Administration dari Adventist International Institute of Advanced Studies (AIAS) Philippine tahun 1999, dan menyelesaikan Pendidikan S3 Manajemen Keperawatan dari Universitas Indonesia (UI) pada tahun 2018. Tahun 1986 – 2004 bekerja di Rumah Sakit PT. Caltex Pacific Indonesia Pekanbaru. Posisi terakhir sebagai HES Spesialis, dan kemudian tahun 2004 – 2006 mengajar di Akademi Keperawatan dan Kebidanan Dharma Husada Pekanbaru, Tahun 2007 mengajar di STIKES Achmad Yani Cimahi dengan posisi sebagai Kaprodi Profesi Ners, tahun 2008-2010 mengajar di Akademi Keperawatan Pematangsiantar dengan posisi sebagai Direktur, tahun 2011 – 2015 sebagai dosen di Fakultas Ilmu Keperawatan di Universitas Pelita Harapan (UPH), dan tahun 2019-sekarang sebagai Pimpinan Perguruan Tinggi Advent Surya Nusantara, dan merangkap sebagai Direktur Akademi Keperawatan Surya Nusantara. Penulis aktif di organisasi Profesi (PPNI) sejak tahun 1986 sampai sekarang, dan telah mempunyai publikasi di jurnal terindeks scopus dan Sinta 1, juga beberapa artikel di jurnal nasional ber ISSN. Juga aktif dalam mengikuti International Nursing Conference.

KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS

Keperawatan komunitas merupakan bagian dari Ilmu Keperawatan dan sebagai bagian integral pelayanan kepada masyarakat yang diberikan secara langsung pada tingkat primer dengan sasaran individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik dalam kondisi sehat maupun sakit serta yang mempunyai risiko tinggi terhadap penyakit dan masalah kesehatan.

Dalam buku ini akan dibahas tentang: Buku ini disusun dalam 11 Bab secara sistematis dan lengkap uraiannya :

Bab 1. Tujuan dan Fungsi Keperawatan Komunitas

Bab 2. Paradigma Keperawatan Komunitas

Bab 3. Peran dan Fungsi Perawat dalam Keperawatan Komunitas

Bab 4. Etika dalam Keperawatan Komunitas

Bab 5. Pengkajian Keperawatan Komunitas

Bab 6. Keperawatan Kesehatan kerja

Bab 7. Keperawatan Kesehatan Keluarga

Bab 8. Konseptual Model Praktik Keperawatan Komunitas

Bab 9. Perencanaan Asuhan Keperawatan Komunitas

Bab 10. Strategi dalam Implementasi Keperawatan Komunitas

Bab 11. Promosi Keperawatan Komunitas



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-559-9

