

KEPERAWATAN KELUARGA DAN PUSKESMAS



Penulis:

Joko Prasetyo, Yusnita Pabeno, Deharnita Ernawati,
Verra Widhi Astuti, R.Firwandri Marza, Herlina,
Yunike, Reny Tri Febriani, Suriyani, Ani Nuraeni,

KEPERAWATAN KELUARGA DAN PUSKESMAS

**Joko Prasetyo
Yusnita Pabeno
Deharnita
Ernawati
Verra Widhi Astuti
R.Firwandri Marza
Herlina
Yunike
Reny Tri Febriani
Suriyani
Ani Nuraeni**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

KEPERAWATAN KELUARGA DAN PUSKESMAS

Penulis:

Joko Prasetyo
Yusnita Pabeno
Deharnita
Ernawati
Verra Widhi Astuti
R.Firwandri Marza
Herlina
Yunike
Reny Tri Febriani
Suriyani
Ani Nuraeni

ISBN: 978-623-198-146-2

Editor: Dr. Neila Sulung, S.Pd, Ns, M.Kes.
Ilda Melisa, A.Md.Kep.

Penyunting: Melda Yenisa, S.KM.

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

Penerbit: PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

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

website: www.globaleksekutifteknologi.co.id
email: globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan Pertama, Maret 2023

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

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur Tim penulis ucapkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas limpahan rahmat-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan “Buku Keperawatan Keluarga dan Puskesmas”. Buku ini berisi tentang konsep pelayanan kesehatan primer, konsep keperawatan kesehatan komunitas, konsep keluarga, kelompok khusus, konsep komunitas, puskesmas, konsep sistem pelayanan kesehatan di Indonesia: visi, misi dan arah pembangunan nasional, serta strategi pembangunan, konsep demograf, konsep epidemiologi dalam keperawatan komunitas, konsep kesehatan lingkungan.

Kami menyadari, Buku ini masih banyak kekurangan dalam penyusunannya. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kritik dan saran demi perbaikan dan kesempurnaan buku ini selanjutnya. Kami mengucapkan terima kasih kepada berbagai pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian Buku ini. Semoga Buku ini dapat menjadi sumber referensi dan literatur yang mudah dipahami.

Padang, Maret 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR.....	v
DAFTAR TABEL.....	vi
BAB I KONSEP PELAYANAN KESEHATAN PRIMER.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Konsep Primary Health Care.....	3
1.2.1 Pengertian Primary Health Care	3
1.2.2 Tujuan Primary Health Care.....	3
1.2.3 Fungsi Primary Health Care	4
1.2.4 Falsafah Primary Health Care	5
1.2.5 Prinsip Dasar Primay Health Care	5
1.2.6 Pelayanan kesehatan primer, pelayanan primer dan promosi kesehatan.....	6
1.3 Model sosial kesehatan.....	11
1.4 Determinan sosial kesehatan	13
DAFTAR PUSTAKA.....	18
BAB II KONSEP KEPERAWATAN KESEHATAN KOMUNITAS	21
2.1 Pengertian Keperawatan Kesehatan Komunitas	21
2.2 Sejarah Keperawatan Kesehatan Komunitas	23
2.3 Tujuan Keperawatan Kesehatan Komunitas.....	25
2.4 Sasaran dan Ruang Lingkup Keperawatan Komunitas	27
2.5 Perbedaan Praktik Keperawatan Komunitas dan Praktik Keperawatan Klinik/Rumah Sakit	29
DAFTAR PUSTAKA.....	31
BAB III KONSEP KELUARGA.....	33
3.1 Pendahuluan.....	33
3.2 Pengertian Keluarga.....	34
3.3 Ciri-Ciri Keluarga.....	35
3.4 Tipe Keluarga	36
3.5 Struktur Keluarga	38
3.5 Fungsi Pokok Keluarga.....	40
3.5 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan	46
3.6 Peranan Keluarga.....	47
3.7 Tahap Perkembangan Keluarga	48
DAFTAR PUSTAKA.....	53
BAB IV KELOMPOK KHUSUS	55

4.1 Pendahuluan.....	55
4.2 Kesehatan Anak dan Remaja	56
4.2.1 Kematian Ibu dan Bayi.....	56
4.2.2 Kesehatan Anak	57
4.2.3 Kesehatan Remaja	63
4.3 Kesehatan Orang Dewasa.....	65
4.4 Kesehatan Lanjut Usia.....	68
DAFTAR PUSTAKA.....	74
BAB V KONSEP KOMUNITAS.....	77
5.1 Definisi Komunitas.....	77
5.1.1 Komunitas Geografis	78
5.1.2 Komunitas Kepentingan Bersama.....	79
5.1.3 Komunitas Solusi	80
5.2 Determinan Kesehatan dan Penyakit	80
5.3 Indikator Kesehatan Komunitas.....	86
5.4 Pendekatan Preventif Terhadap Kesehatan Komunitas	89
5.4.1 Pencegahan Primer	90
5.4.2 Pencegahan Sekunder.....	91
5.4.3 Pencegahan Tersier.....	91
DAFTAR PUSTAKA.....	92
BAB VI PUSKESMAS.....	95
6.1 Latar Belakang.....	95
6.2 Sarana dan Prasarana puskesmas	100
6.3 Penutup.....	125
DAFTAR PUSTAKA.....	126
BAB VII KONSEP SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA: VISI, MISI DAN ARAH PEMBANGUNAN NASIONAL, SERTA STRATEGI PEMBANGUNAN	127
7.1 Visi dan Misi	127
7.2 Tujuan Strategis Kementerian Kesehatan	130
7.3 Arah Pembangunan Kesehatan	130
7.4 Arah Kebijakan dan Strategi Nasional	131
7.5 Sasaran dan Strategi	133
7.6 Strategi Pembangunan Kesehatan Nasional.....	135
DAFTAR PUSTAKA.....	142
BAB VIII KONSEP DEMOGRAFI.....	144
8.1 Pendahuluan.....	144
8.2 Definisi Demografi.....	145
8.3 Sifat dan Ruang Lingkup Demografi	146
8.4 Model Transisi Demografi.....	148

8.5 Faktor Demografi	149
8.6 Studi Kependudukan	151
8.7 Struktur Penduduk	152
8.8 Ukuran Perubahan Penduduk	152
8.9 Hubungan antara Studi Kependudukan dan Disiplin Lain	153
8.10 Rangkuman	156
DAFTAR PUSTAKA.....	157
BAB IX KONSEP EPIDEMIOLOGI DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS	160
9.1 Etimologi dan Latar Belakang Sejarah	160
9.2 Pengertian	161
9.3 Ruang Lingkup Epidemiologi	164
9.4 Cabang Epidemiologi	165
9.5 Peranan Epidemiologi Dalam Keperawatan Komunitas	166
9.6 Ada Beberapa Istilah Epidemiologi	167
DAFTAR PUSTAKA.....	168
BAB X KONSEP KESEHATAN LINGKUNGAN	170
10.1 Pendahuluan	170
10.2 Konsep Dasar Kesehatan Lingkungan	171
10.3 Ruang lingkup:.....	172
10.4 Rumah Sehat.....	173
10.5 Air Bersih.....	178
10.6 Kakus.....	181
10.7 Sampah.....	185
10.8 Limbah	194
10.9 Penyakit Akibat Kesehatan Lingkungan	199
DAFTAR PUSTAKA.....	206
BAB XI KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	207
11.1 Pendahuluan	207
11.2 Pengkajian Keperawatan	208
11.3 Diagnosa Keperawatan	214
11.4 Intervensi Keperawatan	216
11.5 Implementasi Keperawatan	223
11.6 Evaluasi Keperawatan	224
DAFTAR PUSTAKA.....	226
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 PHC patchwork.....	7
Gambar 1.2 Praktek keperawatan komunitas dan kesehatan masyarakat.....	9
Gambar 1.3 Gradien social	15
Gambar 5.1 10 (Sepuluh) Penyebab Kematian di Dunia	81
Gambar 5.2 Faktor Risiko dan Kerentanan Terkait Kesehatan Berdasarkan Daur Hidup	83
Gambar 5.3 Determinan Sosial Kesehatan.....	84
Gambar 5.4 Indikator Riskesdas 2018.....	87
Gambar 5.5 <i>Healthy People 2030 Leading Health Indicators (LHIs)</i>	88
Gambar 5.6 Tiga level pencegahan.....	90

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Perbedaan Praktik Keperawatan Komunitas dan Praktik Keperawatan Klinik/Rumah Sakit.....	29
Tabel 6.1. Tingkat pencahayaan rata-rata yang direkomendasikan.....	111
Tabel 11.1 Rumusan Diagnosa Keluarga menurut NANDA.....	215
Tabel 11.2 Skala Penentuan Prioritas Masalah.....	217

BAB I

KONSEP PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

Oleh Joko Prasetyo

1.1 Pendahuluan

Kesehatan adalah salah satu indikator kesejahteraan suatu bangsa. Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi dan memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Dalam pengukuran Indeks Pembangunan Manusia (IPM), kesehatan adalah salah satu komponen utama selain pendidikan dan pendapatan. Upaya untuk mencapai kesehatan bagi masyarakat senantiasa dilakukan agar tercapai kesehatan baik fisik, sosial dan spiritual dan tidak hanya bebas dari penyakit serta menjadi produktif secara fisik, sosial dan ekonomi. Kesehatan tidak hanya hak individu, tetapi merupakan investasi investasi yang menentukan pertumbuhan perekonomian suatu bangsa. Pentingnya kesehatan bagi semua untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal bagi suatu bangsa.

Kesehatan untuk semua (*Health for All*) merupakan tujuan yang dicapai dalam Deklarasi Alma Ata sebagai bentuk kesepakatan bersama antara 140 negara (termasuk Indonesia) pada tahun 1978. Deklarasi ini dihasilkan dari Konferensi Internasional yang disponsori oleh WHO dan UNICEF dan perawatan kesehatan primer (*Primary Health Care*) untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas (Who-Unicef 1978).

Primary Health Care (PHC) merupakan pelayanan kesehatan yang berbasis pada komunitas, yang diberikan pertama kali dalam penanganan penyakit. Pelayanan kesehatan ini termasuk pemeriksaan dan rujukan ke rumah sakit yang fasilitasnya lebih terpenuhi. Sedangkan pembangunan kesehatan masyarakat desa (PKMD) adalah salah satu bentuk operasional dari PHC.

Primary Health Care (PHC) modern muncul ketika ketidakadekuatan kesehatan yang parah menjadi kekhawatiran global. Empat puluh tahun yang lalu, Deklarasi Alma-Ata mendukung perawatan kesehatan primer sebagai sarana untuk mencapai tujuan WHO yaitu “ *Health for All*” . Dengan menurunnya kematian dini, peningkatan umur panjang, dan peningkatan gaya hidup sehat, kebugaran untuk tujuan sistem kesehatan saat ini dapat dipertanyakan. Model pendekatan yang berfokus pada penyakit saat ini telah berubah dan diperlukan pendekatan proaktif untuk kesehatan melalui perawatan primer yang kuat dan efektif (WHO, 2018). Salah satu pendekatan yang dapat dilakukan melalui *Primary Health Care* (PHC) adalah untuk mencapai kesehatan bagi semua sebagai tujuan untuk pembangunan kesehatan semesta dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal (WHO, 2018).

Pelayanan kesehatan primer adalah filosofi atau pendekatan perawatan kesehatan di mana kesehatan diakui sebagai hak fundamental, serta tanggung jawab individu dan kolektif. Pendekatan (*Primary Health Care*) PHC didasarkan pada model kesehatan sosial, yang mengakui bahwa kesehatan seseorang dibentuk oleh pengaruh biologis, kelompok sosial, dan keluarga, masyarakat, ekonomi dan lingkungan, serta kebijakan publik yang lebih luas.

Perawatan kesehatan primer bersifat holistik, mengakui bahwa kesehatan saling bergantung antara manusia dan lingkungannya. Keadilan sosial, pemerataan, pemberdayaan melalui partisipasi masyarakat dan promosi kesehatan adalah prinsip utama *Primary Health Care*. Dalam masyarakat yang adil, setiap orang

didukung untuk mencapai dan mempertahankan tingkat kesehatan dan kesejahteraan yang optimal. Dalam bab ini akan dijelaskan tentang konsep *primary health care*, model sosial kesehatan dan determinan sosial kesehatan.

1.2 Konsep Primary Health Care

1.2.1 Pengertian *Primary Health Care*

Primary Health care (PHC) atau pelayanan kesehatan primer didefinisikan sebagai berikut :

Primary Health Care adalah pendekatan komprehensif yang mencakup tiga aspek yaitu : kebijakan dan tindakan multisektoral, memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat serta memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat sepanjang hidup(WHO,2022).

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

1.2.2 Tujuan *Primary Health Care*

Primary Health Care diberikan dengan tujuan memenuhi kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan pelayanan yang berkualitas sehingga masyarakat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Tujuan tersebut dapat dijabarkan dalam pelayanan harus mencapai keseluruhan masyarakat, Pelayanan harus dapat diterima oleh masyarakat, Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dan masyarakat, dan pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumberdaya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

1.2.3 Fungsi *Primary Health Care*

Primary Health Care sesuai dengan tujuan yang di inginkan mempunyai fungsi sebagai berikut :

1. Pemeliharaan kesehatan masyarakat.

Pemerintah mengembangkan, membina dan mendorong Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat sebagai cara yang dijadikan landasan setiap penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan, yang pembiayaannya dilaksanakan secara pra upaya, ber azaskan usaha bersama dan kekeluargaan

2. Pencegahan terhadap penyakit

Dalam Pelayanan primer di Puskesmas, kegiatan promosi kesehatan berfokus pada pencegahan. Pencegahan mengacu pada intervensi promosi kesehatan yang ditujukan untuk meminimalkan risiko yang terkait dengan kesehatan yang buruk. Tindakan pencegahan dapat dikategorikan menjadi :

- a. Pencegahan primer

Kegiatan pencegahan primer berkaitan dengan pencegahan terhadap faktor risiko dan kondisi risiko yang dapat menyebabkan penyakit. Fokus pencegahan primer adalah menjaga kesehatan. Promosi sosial, penyediaan informasi kesehatan, pendidikan kesehatan dan pengembangan keterampilan, aksi masyarakat dan menciptakan lingkungan yang kondusif untuk sehat adalah kegiatan promosi kesehatan umum yang terkait dengan pencegahan primer.

- b. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder dikaitkan dengan pengobatan dini untuk meminimalkan komplikasi masalah kesehatan yang ada, pemulihan dari masalah kesehatan dan pencegahan masalah lebih lanjut. Kegiatan promosi kesehatan berfokus pada skrining dan penilaian faktor risiko individu,

pendidikan kesehatan yang dipersonalisasi, dan pengembangan keterampilan. Tindakan masyarakat dan lingkungan yang mendukung cenderung berhubungan dengan masalah penyakit spesifik, seperti pembentukan *peer group* untuk orang yang sama masalah kesehatan.

c. Pencegahan tersier

Pencegahan tersier berkaitan dengan memaksimalkan kualitas hidup individu dengan masalah kesehatannya. Rehabilitasi merupakan inti dari pencegahan tersier. Diperlukan pendidikan kesehatan pada kondisi khusus, pengembangan keterampilan dan suasana lingkungan yang mendukung.

3. Diagnosis dan pengobatan

Diagnosis dini dan pengobatan yang tepat dan cepat merupakan langkah yang penting dalam memberikan pelayanan kesehatan.

4. Pelayanan tingkat lanjut

5. Pemberian sertifikat

1.2.4 Falsafah Primary Health Care

Dalam melaksanakan *Primary Health Care* tenaga kesehatan dan pihak terkait harus berlandaskan falsafah bahwa *Primary Health Care* merupakan bagian integral dari sistem kesehatan nasional dan bagian dari perkembangan sosial ekonomi masyarakat serta berfokus pada perhatian dan masalah kesehatan utama masyarakat.

1.2.5 Prinsip Dasar Primay Health Care

Prinsip dasar primary health care adalah sebagai berikut :

1. Pemerataan upaya kesehatan
2. Melibatkan peran serta masyarakat
3. Menggunakan teknologi tepat guna
4. Menekankan pada upaya preventif

5. Melibatkan kerja sama lintas sektoral

Promosi kesehatan adalah prinsip inti dari PHC. Partisipasi sosial masyarakat-lingkungan ditingkatkan melalui partisipasi masyarakat, proses pemberdayaan, dan pengembangan masyarakat, yaitu penguatan hubungan yang saling menguntungkan dalam jaringan sosial untuk membangun individu dan lingkungan masyarakat ditingkatkan melalui inklusi dan ketahanan sosial.

Pengembangan masyarakat- pemberdayaan individu, kelompok dan komunitas dengan memperkuat jaringan mereka bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri melalui penyediaan informasi yang relevan, dan meningkatkan kapasitas mereka untuk mengidentifikasi dan menanggapi masalah.

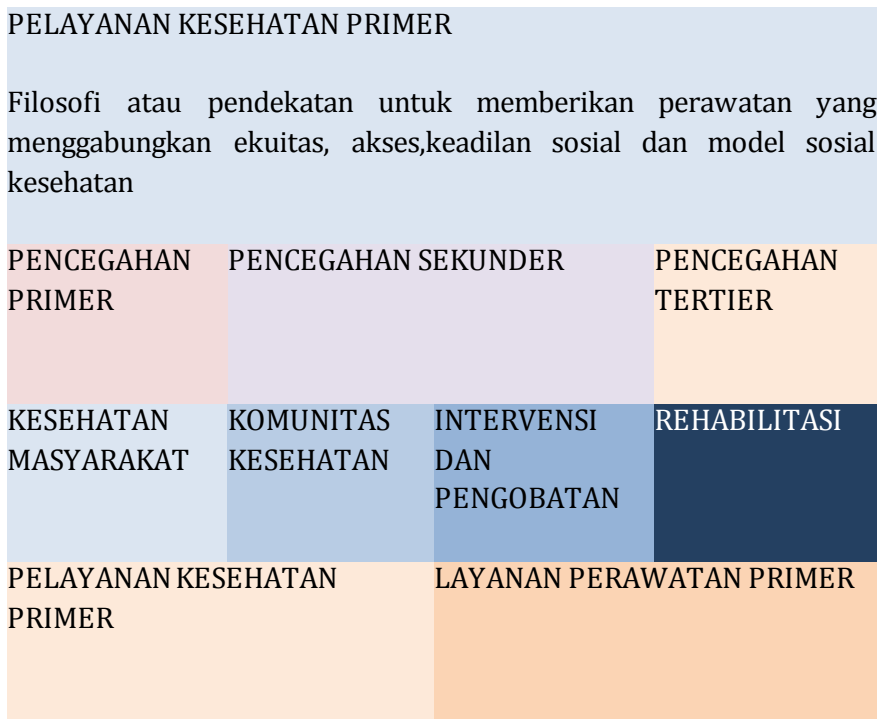
Strategi promosi kesehatan untuk mengembangkan keterampilan pribadi berfokus pada memungkinkan orang untuk pendidikan kesehatan dan pengembangan keterampilan hidup yang sesuai. Mengembangkan keterampilan pribadi diperlukan untuk mengatasi saat menghadapi penyakit atau cedera, dan membantu kapasitas mereka untuk membuat pilihan kesehatan yang bijak untuk masa depan.

Fokus utama sektor perawatan kesehatan secara tradisional adalah mengelola penyakit melalui penyediaan layanan klinis, dan bergeser menuju pelayanan kesehatan dengan penekanan lebih besar pada tindakan proaktif, preventif, dan promosi kesehatan (Talbot and Verrinder 2017).

1.2.6 Pelayanan kesehatan primer, pelayanan primer dan promosi kesehatan

Konsep pelayanan kesehatan primer dan pelayanan primer seringkali atau umumnya disalahartikan oleh penyedia layanan kesehatan dan konsumen kesehatan. Bahkan juga disalahartikan dengan perawatan primer. Pelayanan primer dapat dianggap sebagai

komponen PHC. Sebuah layanan PHC harus memenuhi prinsip-prinsip pemerataan, akses universal, keberlanjutan, dan kesesuaian budaya sosial dan ekonomi. Gambar 1.1 menunjukkan beberapa konsep dapat diintegrasikan secara koheren dengan pendekatan PHC.



Gambar 1.1 PHC patchwork

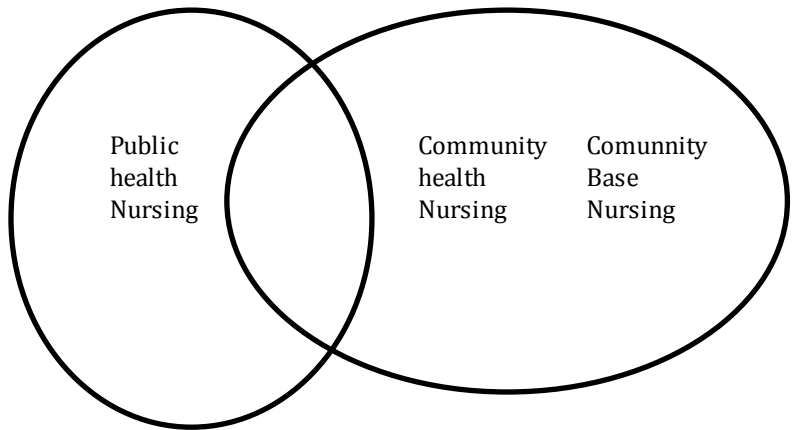
Tidak ada terminologi yang konsisten atau sama secara internasional dalam kaitannya dengan pelayanan keperawatan komunitas, karena gelar bervariasi di dalam dan antar negara (Clark et al. 2016), dari perawat kesehatan masyarakat (PHN) ke perawat kesehatan komunitas (CHN).

Pelayanan kesehatan primer/ *primary health care* (PHC), pelayanan /perawatan primer /*primary care*, kesehatan masyarakat merupakan istilah yang seringkali tumpang tindih tetapi perannya sulit dipisahkan (Solheim, McElmurry, and Kim 2007). *Primary Health Care* patchwork yang diilustrasikan oleh Gambar 1.1 mencoba membantu dalam diferensiasi.

Kegiatan yang dilakukan secara kolektif sebagai masyarakat untuk menciptakan kondisi sehat, mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatan digambarkan sebagai kesehatan masyarakat. Kegiatan yang dilakukan atas nama dan untuk masyarakat. Proses promosi kesehatan dan pencegahan penyakit yang menggabungkan intervensi multisektoral atau intersektoral, pengembangan masyarakat dan partisipasi masyarakat diidentifikasi sebagai kesehatan masyarakat (Solheim et al., 2007).

Keperawatan kesehatan komunitas menekankan intervensi pada kelompok atau populasi berisiko tinggi, mengadopsi kegiatan pencegahan daripada restoratif atau pemeliharaan kesehatan, dan dengan promosi kesehatan sebagai praktik utama. Perbedaan ini menunjukkan bahwa pelayanan dengan masyarakat merupakan bagian dari praktik kesehatan masyarakat dan tidak melakukan praktik klinis di masyarakat.

Gambar 1.2 mengilustrasikan hal ini dalam kaitannya dengan praktik keperawatan komunitas.



Gambar 1.2 Praktek keperawatan komunitas dan kesehatan masyarakat

Keperawatan kesehatan masyarakat sebagian besar berada dalam model kesehatan masyarakat, ada kegiatan yang melibatkan beberapa *Community Health Nursing* yang mungkin tidak dianggap sebagai kesehatan masyarakat, terutama ketika berfokus pada individu atau keluarga daripada populasi atau kelompok. Perlu juga dicatat, bagaimanapun, bahwa kesehatan masyarakat dan praktik keperawatan komunitas semuanya terjadi dalam kerangka kontinum *Primary Health Care*. Di Australia dan Selandia Baru, kesehatan masyarakat telah didefinisikan secara luas sebagai tanggapan terorganisir oleh masyarakat untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, cedera, dan kecacatan (Baum 2016).

Konsep pelayanan kesehatan yang terjadi dalam masyarakat adalah dengan mempertimbangkan tujuan dari pelayanan yang diberikan. Jika perawatan yang diberikan serupa dengan perawatan kesehatan yang terjadi di rumah sakit atau klinik, dan fokus perawatan adalah untuk menanggapi masalah kesehatan yang sudah ada, praktik ini adalah pelayanan di masyarakat. Masyarakat hanyalah pengaturan di mana perawatan kesehatan terjadi. Ketika

tujuannya adalah untuk mempromosikan kesejahteraan dan kesehatan dengan mengatasi efek negatif dari determinan sosial kesehatan, praktek ini dianggap memberdayakan masyarakat. Ketika masyarakat mengidentifikasi tujuannya sendiri yang mengarahkan dan memprioritaskan praktik profesional pelayanan kesehatan, maka hal ini merupakan pelayanan kesehatan masyarakat.

Pusat kesehatan masyarakat atau fasilitas kesehatan tingkat pertama merupakan bentuk pelayanan kesehatan primer. memberikan perawatan primer atau klinis berbasis komunitas terutama berkaitan dengan penyediaan pelayanan klinis di komunitas(van Weel and Howe 2018). Pelayanan kesehatan primer juga dapat dilakukan pada mereka yang keluar dari rumah sakit untuk mendapatkan perawatan penyakit kronis atau terminal melalui kunjungan dan perawatan di rumah(Stanhope and Lancaster 2019).

Keperawatan berbasis komunitas berfokus pada penyediaan perawatan kesehatan sekunder dan tersier atau memberikan perawatan primer kepada individu dan keluarga. Praktik keperawatan komunitas dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan pada individu dan keluarga di komunitas dengan pendekatan pelayanan kesehatan primer(Barratt and Thomas 2019). Pendidikan kesehatan dilakukan untuk meningkatkan perawatan diri, perawatan pencegahan dan pemeliharaan kesehatan yang ditujukan untuk pencegahan dan/atau meminimalkan perkembangan penyakit atau kondisi yang ada. Ada banyak contoh peran keperawatan berbasis komunitas, seperti keperawatan keluarga, keperawatan distrik, home care, perawatan paliatif berbasis rumah, rawat luka berbasis rumah, keperawatan kondisi kronis, dan berbagai peran keperawatan kesehatan mental. Tujuan mendasar dari praktik keperawatan ini adalah pemeliharaan kesehatan dan pencegahan komplikasi penyakit, sehingga membantu individu mencapai kesejahteraan meskipun sakit(Grant et al. 2017) .

Perawat kesehatan komunitas digambarkan memberikan asuhan dengan komunitas. Jenis praktik keperawatan ini mungkin berfokus pada seluruh komunitas atau mungkin menargetkan populasi berisiko tinggi atau rentan (Grant et al. 2017). Fokus praktik keperawatan kesehatan komunitas adalah pencegahan primer atau menjaga agar orang sehat tetap sehat. Prinsip *Primary Health Care* merupakan dasar praktik keperawatan komunitas, menggabungkan promosi kesehatan dengan melibatkan individu, pengaruh kelompok dan keluarga, faktor komunitas, pengaruh ekonomi dan lingkungan, serta kebijakan publik yang lebih luas. Keadilan sosial mendasari model sosial kesehatan.

Primary Health Care menekankan promosi kesehatan untuk mengurangi masalah kesehatan dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Promosi kesehatan adalah proses penting dan kompleks yang dilakukan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan dan kesejahteraan individu dan masyarakat. Perawatan primer diakui sebagai aspek penting dari pemberian pelayanan kesehatan. Dalam filosofi *Primary Health Care*, prinsip aksesibilitas, keterjangkauan, keberlanjutan, keadilan dan kesetaraan sosial, penentuan nasib sendiri, partisipasi masyarakat, dan kolaborasi lintas sektor mendorong penyampaian layanan kesehatan. Pengembangan sistem kesehatan berkelanjutan yang mampu memberikan layanan yang dapat diakses dan terjangkau, dan menangani masalah kesehatan yang paling tepat di masyarakat dapat dicapai melalui penerapan pendekatan *Primary Health Care*.

1.3 Model sosial kesehatan

Sebagian besar sistem pelayanan kesehatan telah dikembangkan untuk menangani penyakit, bukan untuk menciptakan dan mendukung kesehatan. Kemajuan ilmu pengetahuan telah mengakarkan model kesehatan biomedis sebagai puncak perawatan kesehatan selama lebih dari satu abad. Namun,

pandangan ini seiring dengan perkembangan teknologi informasi kesehatan dan perkembangan masyarakat serta bukti ilmiah menunjukkan bahwa kesehatan dan pelayanan kesehatan jauh lebih kompleks daripada yang dimungkinkan oleh model ini.

Prinsip utama yang mendasari model sosial kesehatan adalah keadilan sosial. Di bidang kesehatan, seperti di banyak bidang lainnya, kesetaraan dicapai dengan mengadopsi pendekatan yang adil. Sangat penting untuk tidak mencampuradukkan ekuitas dengan kesetaraan. Kesetaraan kesehatan mengacu pada semua orang yang memiliki hasil kesehatan yang sama idealnya untuk mencapai potensi kesehatan.

sedangkan kesetaraan kesehatan mengacu pada proses yang digunakan untuk mencapai kesetaraan kesehatan. Ini tidak berarti bahwa setiap orang menerima sumber daya yang sama, melainkan mereka yang membutuhkan lebih banyak menerima lebih banyak.

Untuk mencapai keadilan sosial, kita harus bertindak untuk mengurangi kesenjangan sosial. Ketidaksetaraan dapat dikurangi dengan mengatasi faktor penentu kesehatan yang lebih luas, dengan memberdayakan individu dan masyarakat, dan memfasilitasi akses ke pelayanan kesehatan yang tepat dan berkelanjutan (Talbot and Verrinder 2017).

Kesehatan dipengaruhi oleh kondisi ekonomi, sosial, politik dan lingkungan; oleh karena itu, sektor keuangan, sektor industri, sektor pendidikan, sektor transportasi, sektor pemerintah dan sebagainya semuanya memiliki peran. Pelayanan kesehatan yang berlandaskan kesetaraan dan keadilan sosial dapat dicapai melalui Kerjasama antar profesi kesehatan sesuai peran dan kewenangannya.

Model sosial kesehatan memberikan pandangan yang lebih luas dari interaksi yang kompleks, yang terjadi dalam masyarakat, yang mempengaruhi kesehatan individu dan masyarakat. Berbagai

faktor dapat secara positif atau negatif mempengaruhi pencapaian dan pemeliharaan kesehatan dan kesejahteraan. Faktor ini secara kolektif disebut sebagai determinan sosial kesehatan (Guzys et al. 2020).

1.4 Determinan sosial kesehatan

Determinan sosial kesehatan atau penentu sosial kesehatan adalah faktor nonmedis yang mempengaruhi kesehatan. Determinan sosial kesehatan merupakan proses yang membentuk perilaku di dalam masyarakat. Perilaku adalah semua kegiatan yang dilakukan manusia baik yang dapat diamati langsung maupun yang tidak dapat diamati oleh pihak luar. Perilaku seseorang terbentuk dari pengetahuan, sikap dan praktek atau tindakan yang dimiliki (Notoatmodjo 2012)

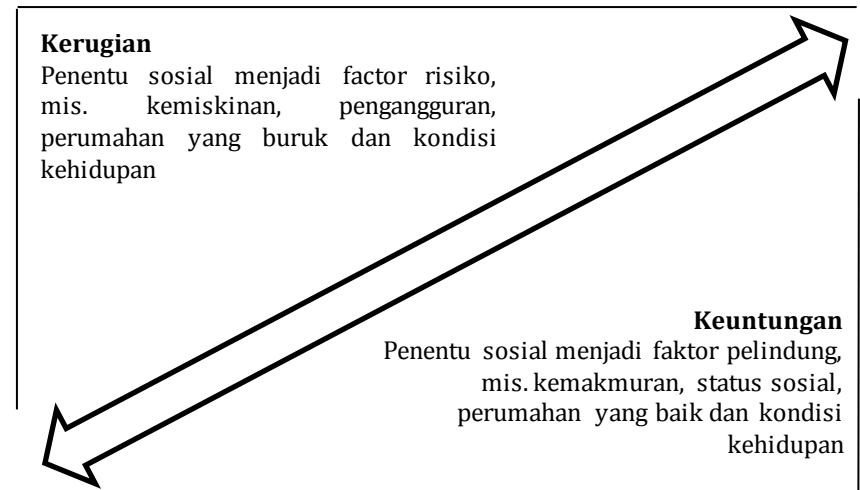
Determinan sosial kesehatan, menurut WHO, adalah kondisi sosial yang mempengaruhi kesempatan seseorang untuk memperoleh kesehatan. Faktor seperti kemiskinan, kekurangan pangan, ketimpangan sosial dan diskriminasi, kondisi masa kanak-kanak yang tidak sehat, serta rendahnya status pekerjaan merupakan penentu penting dari terjadinya penyakit, kematian, dan ketidakseimbangan kesehatan antar maupun di dalam sebuah negara.

Faktor sosial kesehatan merupakan keadaan kehidupan sehari-hari seseorang yang mempengaruhi status kesehatannya. Determinan sosial dapat bervariasi, tetapi pada dasarnya berhubungan dengan kondisi ekonomi, sosial, politik dan lingkungan, dan seringkali saling terkait. Pada tahun 1998, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) pertama kali menerbitkan dokumen yang mengidentifikasi 10 faktor penentu kesehatan yang disebut *The Social Determinants of Health, - The Solid Facts*. Dokumen ini revolusioner pada saat itu, dengan jelas mengakui faktor berikut di luar biologi dan fisiologi yang relevan dengan hasil kesehatan:

1. Kesenjangan (gradien) sosial

Status sosial umumnya saling terkait. Faktor ekonomi yang mengacu pada tingkat pendapatan seseorang serta kesempatan kerja dan bagaimana pengaruhnya terhadap kesejahteraan seseorang, seringkali lebih terlihat daripada faktor sosial lainnya. Penghasilan dapat berdampak pada berbagai masalah kehidupan, seperti pilihan makanan, kesempatan rekreasi dan sosial, akses ke pelayanan kesehatan, kesempatan pendidikan, dan pilihan tempat tinggal.

Beberapa kelompok dalam masyarakat memiliki kesempatan yang lebih kecil daripada kelompok yang lain dalam masyarakat untuk mencapai potensi kesehatannya, karena keadaan status sosial ekonominya. Kelompok yang paling dirugikan dalam suatu masyarakat memiliki kesehatan yang paling buruk dan lebih mungkin memiliki paparan yang lebih besar terhadap faktor risiko yang merusak kesehatan (Marmot et al., 2012). Seorang individu, kelompok atau komunitas dapat bergerak ke salah satu arah di sepanjang garis imajiner tentang keuntungan atau kerugian, karena keadaan hidup berubah. Ini disebut sebagai 'gradien sosial', yang dianggap sebagai sebuah kontinum daripada dua ekstrem. Konsep ini direpresentasikan pada Gambar 1.3. berikut ini.



Gambar 1.3 Gradien sosial

2. Stres

Stres yang tidak dikelola dengan baik dapat menyebabkan perilaku bermasalah seperti penyalahgunaan zat atau dapat berdampak negatif pada kesehatan mental (Champion et al., 2017). Selanjutnya, hal ini dapat berdampak pada pendapatan, pekerjaan, kesehatan.

3. Awal kehidupan

Perkembangan dan pengalaman kehidupan awal dapat memengaruhi kesehatan dalam status kesehatan. Hal ini berkaitan dengan pola dan kebutuhan nutrisi, kebersihan, gaya komunikasi, manajemen stress dan konflik, dapat mempengaruhi kehidupan seseorang. Anak-anak dengan orang tua yang secara teratur terlibat dalam penggunaan narkoba lebih cenderung memulai perilaku serupa pada usia dini (Charles et al., 2015). Pola perilaku yang dipelajari, termasuk

yang mempengaruhi perilaku kesehatan, nilai pribadi dan keterlibatan sosial, dimulai pada usia dini.

4. Isolasi sosial

Isolasi sosial dapat menyebabkan masalah rendah diri, tidak dihargai dan hal ini akan mempengaruhi kesehatan mental dan fisik seseorang.

5. Status Bekerja

Secara umum pekerjaan dipengaruhi oleh pendidikan, lokasi geografis, dan kondisi politi (Talbot and Verrinder 2017). Status pekerjaan seseorang berdampak pada pendapatan, kesejahteraan dan pemenuhan kesehatan. Stress di tempat kerja meningkatkan resiko terhadap penyakit dan kematian. Memperhatikan keselamatan dan kesehatan 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. Pengangguran tidak hanya menyebabkan masalah ekonomi tetapi berdampak pada kesehatan individu , keluarga dan masyarakat.

7. Dukungan sosial

Dukungan sosial yang diberikan oleh pemerintah kepada keluarga kurang sejahtera dalam pemenuhan kebutuhan primer, pendidikan, pelayanan kesehatan universal dan segala hal yang berkontribusi terhadap terciptanya derajat kesehatan sangat berpengaruh terciptanya derajat kesehatan yang optimal. Selain itu dukungan sosial keluarga, peergroup dan tenaga kesehatan berpengaruh dalam mekanisme koping seseorang dalam menyelesaikan masalah kesehatannya.

Masyarakat yang kohesif secara sosial dengan struktur kesejahteraan yang menyediakan pendidikan dan layanan kesehatan berkualitas tinggi menunjukkan peningkatan yang signifikan dalam kesehatan (Talbot and Verrinder 2017).

8. Kecanduan 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. Makanan

Ketersediaan makanan, kualitas makanan berpengaruh terhadap status kesehatan seseorang. Cara makan yang sehat dan ketersediaan pangan merupakan hal utama dalam kesehatan dan kesejahteraan seseorang dan masyarakat. Baik kekurangan gizi maupun kelebihan gizi dapat menimbulkan masalah kesehatan dan penyakit.

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. Akses ke hal-hal mendasar, seperti persediaan makanan dan air yang aman, perumahan dan sistem transportasi yang memadai, udara bersih, dan fasilitas rekreasi dapat dianggap sebagai faktor lingkungan yang berdampak pada kesehatan

DAFTAR PUSTAKA

- Barratt, Julian, and Nicola Thomas. 2019. "Nurse Practitioner Consultations in Primary Health Care: Patient, Carer, and Nurse Practitioner Qualitative Interpretations of Communication Processes." *Primary Health Care Research & Development* 20.
- Baum, Frances. 2016. *The New Public Health*. Oxford University Press.
- Clark, Megan, Marie Raffray, Kristin Hendricks, and Anita J Gagnon. 2016. "Global and Public Health Core Competencies for Nursing Education: A Systematic Review of Essential Competencies." *Nurse Education Today* 40: 173–80.
- Grant, Julian, Lauren Lines, Philip Darbyshire, and Yvonne Parry. 2017. "How Do Nurse Practitioners Work in Primary Health Care Settings? A Scoping Review." *International journal of nursing studies* 75: 51–57.
- Guzys, Diana, Rhonda Brown, Elizabeth Halcomb, and Dean Whitehead. 2020. *An Introduction to Community and Primary Health Care*. Cambridge University Press.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. "Promosi Kesehatan Dan Perilaku Kesehatan."
- Organization, World Health. 2018. *Primary Health Care: Closing the Gap between Public Health and Primary Care through Integration*. World Health Organization.
- Solheim, Karen, Beverly J McElmurry, and Mi Ja Kim. 2007. "Multidisciplinary Teamwork in US Primary Health Care." *Social science & medicine* 65(3): 622–34.
- Stanhope, Marcia, and Jeanette Lancaster. 2019. *Public Health Nursing E-Book: Population-Centered Health Care in the Community*. Elsevier Health Sciences.
- Talbot, Lyn, and Glenda Verrinder. 2017. *Promoting Health: The Primary Health Care Approach*. Elsevier Health Sciences.

- van Weel, Chris, and Amanda Howe. 2018. "A Snapshot of Primary Health Care around the World." In *Primary Health Care Around the World*, CRC Press, 3–6.
- Who-Unicef, Alma-Ata. 1978. "Primary Health Care,“.” *Health for all*” Series 1.

BAB II

KONSEP KEPERAWATAN KESEHATAN KOMUNITAS

Oleh Yusnita Pabeno

2.1 Pengertian Keperawatan Kesehatan Komunitas

Allender dan Spradley (2004) mendefenisikan komunitas sebagai sekumpulan orang yang berinteraksi satu sama lain yang memiliki kesamaan minat atau karakteristiknya membentuk dasar untuk rasa persatuan atau kepemilikan. Contoh yang dapat diambil adalah masyarakat yang tinggal di kota yang sama, atau kelompok masyarakat yang memiliki kepentingan yang sama seperti komunitas petani atau nelayan.

Keperawatan Kesehatan Komunitas adalah sebuah praktik professional keperawatan yang diberikan secara holistic (bio – psiko – sosio – spiritual) yang berfokus pada upaya promosi dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif yang ditujukan kepada individu, keluarga, dan kelompok atau komunitas masyarakat. (IPKKI, 2017). Kelompok atau komunitas masyarakat yang dimaksud adalah kelompok atau komunitas yang dapat digolongkan dalam kelompok masyarakat berdasarkan geografis, geopolitik, dan fenomenologi.

Maurer dan Smith (2013) dalam Junaiti Sahar, dkk (2019) menyebutkan bahwa terdapat dua tipe utama komunitas, pertama yaitu komunitas geopolitik yang ditetapkan oleh batasan – batasan alami dan buatan seperti kecamatan, kabupaten, provinsi, dan negara. Kedua yaitu komunitas fenomenologi, yaitu komunitas yang

mengacu pada hubungan beberapa kelompok yang saling berinteraksi pada tempat atau tatanan yang abstrak tetapi memiliki pandangan atau identitas yang sama seperti sekolah, universitas, gereja, kuil, organisasi, dan kelompok sosial.

Meskipun banyak masalah kesehatan merupakan masalah individu, tetapi setiap individu adalah anggota kelompok masyarakat atau komunitas yang selalu akan memberi kontribusi dalam kondisi kesehatan komunitas dimana individu tersebut berada. Sehingga perawatan kesehatan individu tidak dapat dipisahkan dari perawatan kesehatan komunitas. Begitu juga sebaliknya. Masing – masing memberi kontribusi timbal balik. Individu – individu yang sehat akan menghasilkan komunitas yang sehat, dan komunitas yang sehat dimulai dari individu – individu yang selalu mengusahakan kesehatan dirinya.

Dalam perawatan kesehatan individu, penerima perawatan kesehatan adalah individu yang mengalami masalah kesehatan, sementara dalam perawatan kesehatan komunitas, penerima perawatan adalah keluarga, populasi, dan komunitas pada umumnya dimana terdapat individu – individu yang membentuk komunitas tersebut. (Allender dan Spradley, 2004).

Praktik keperawatan komunitas dapat dikatakan sebagai gabungan dari seluruh praktik dasar keperawatan klinis. Hal ini dikarenakan dalam praktik keperawatan komunitas, seorang perawat komunitas harus memiliki seluruh kemampuan dasar praktik keperawatan klinis dimulai dari perawatan kesehatan ibu hamil, bayi baru lahir hingga perawatan lansia. Selain itu, praktik keperawatan komunitas juga harus didukung dengan hasil penelitian epidemiologi sehingga seorang perawat komunitas mampu melakukan analisis yang tepat, menegakkan diagnosa masalah keperawatan komunitas yang tepat serta membuat keputusan dan bentuk intervensi keperawatan yang tepat pada komunitas yang akan diberikan layanan.

Perawat komunitas adalah seorang professional keperawatan yang memiliki kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas kepada individu, keluarga, dan kelompok secara holistik untuk mendapatkan dan mempertahankan serta meningkatkan derajat kesehatan komunitas yang diberikan asuhan keperawatan. Perawat komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas mengedepankan upaya preventif dan upaya promotif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas, seorang perawat wajib untuk melibatkan individu, keluarga, maupun kelompok yang diberikan asuhan keperawatan untuk ikut aktif terlibat dalam asuhan keperawatan yang akan diberikan. Hal ini penting untuk meningkatkan kemandirian komunitas dalam mengenal, dan memecahkan masalah kesehatan yang mungkin akan mengancam, sedang terjadi atau sudah terjadi di dalam komunitas mereka.

2.2 Sejarah Keperawatan Kesehatan Komunitas

Sejarah keperawatan kesehatan komunitas dimulai pada akhir tahun 1860 – 1900 dimana saat itu banyak orang yang sakit karena masalah ekonomi dan memilih untuk tinggal di rumah. Saat itu meskipun perawat melakukan kunjungan ke rumah, tetapi perawatan yang diberikan hanya terfokus kepada individu yang sakit.

Pada awal tahun 1900an, Keperawatan komunitas masih menghadapi masalah yang sama yaitu tingginya angka kesakitan pada keluarga miskin yang tidak mampu berobat ke rumah sakit sehingga memerlukan pelayanan keperawatan di rumah, tetapi pada tahun – tahun ini perawatan komunitas di rumah sudah difokuskan kepada perawatan keluarga. Pada waktu yang sama juga, perawatan komunitas pekerja menjadi perhatian dari perawatan kesehatan komunitas yang di gagas oleh Lillian Wald. Dengan memberikan

pelayanan keperawatan komunitas pada pekerja, pekerja menjadi lebih sehat dan produktif sehingga produktifitas mereka menjadi lebih baik yang tentu akan berpengaruh pada penghasilan perusahaan dan berujung pada perbaikan perekonomian keluarga dari pekerja tersebut.

Tahun 1920 – 1946 Praktik keperawatan Komunitas memperluas pelayanannya kepada pelayanan pencegahan penyakit, promosi kesehatan, Perawatan Orang Sakit, Mengontrol Penyakit, Pendidikan kesehatan, yang berorientasi kepada keluarga. Pada masa ini Departemen Kesehatan dibentuk di kota – kota besar di semua negara bagian yang memiliki sebagian besar staf perawat adalah perawat komunitas.

Tahun 1960 – 1966 Praktik Keperawatan Komunitas dikembangkan dalam Pendidikan Keperawatan dan menjadi salah satu syarat dalam mendapatkan gelar sarjana muda keperawatan. Tahun 1970 sampai sekarang, Keperawatan Kesehatan Komunitas mengembangkan fokus perawatannya bukan hanya kepada keluarga miskin saja, tetapi kepada individu dan masyarakat secara luas. Bukan hanya kepada yang sakit tetapi juga kepada yang sehat dengan menerapkan perawatan secara holistik dan komprehensif.

Sejarah Keperawatan Komunitas di Indonesia terbagi dalam 2 periode yaitu pada masa sebelum dan sesudah kemerdekaan. Pada masa sebelum kemerdekaan, terbagi lagi menjadi dua masa yaitu masa penjajahan colonial Belanda dan Inggris. Pada masa penjajahan Kolonial Belanda, pelayanan kesehatan hanya berfokus pada kepentingan Belanda, sehingga tidak ada perkembangan yang signifikan pada profesi keperawatan saat itu, berbeda halnya pada masa penjajahan colonial Inggris, pengembangan infrastruktur dan sumber daya manusia kesehatan oleh Kolonial Inggris berkembang pesat. Pada masa colonial Inggris inilah munculnya cikal bakal Pelayanan Kesehatan Masyarakat yang saat ini dikenal sebagai Puskesmas.

Pada masa setelah kemerdekaan, pelayanan kesehatan komunitas dimulai dengan pengembangan pusat – pusat pelatihan kesehatan serta pusat percontohan pelayanan kesehatan. Seminar – seminar dan rapat kerja kesehatan dilakukan yang puncaknya pada tahun 1967 disepakati untuk membentuk Puskesmas menjadi tiga tipe yaitu Puskesmas Tipe A, Tipe B, dan Tipe C, walaupun pada tahun 1969 akhirnya hanya digunakan dua tipe yaitu tipe A dan tipe B.

Pada awal tahun 1990an, Puskesmas mengembangkan pelayanan kesehatan secara komperhensif mulai dari pelayanan ibu hamil, bayi, balita, hingga orang tua berdasarkan wilayah kerja. Memasuki tahun 2000an, Puskesmas menyesuaikan diri dengan perubahan struktur masyarakat, perubahan transisi pola kehidupan masyarakat dari tradisional ke kehidupan modern. Pemanfaatan teknologi dalam pelayanan puskesmas juga terus dilakukan. Pengembangan pelayanan tidak hanya sampai kepada usia dewasa, tapi kepada lanjut usia.

2.3 Tujuan Keperawatan Kesehatan Komunitas

Mempertahankan sistem klien dalam keadaan stabil melalui upaya preventi primer, sekunder dan tersier adalah tujuan utama dari keperawatan komunitas. IPKKI (2017).

a. Preventi Primer

Preventi Primer dilakukan kepada Individu, keluarga, dan masyarakat yang belum mengalami masalah kesehatan tetapi memiliki resiko untuk mendapatkan masalah kesehatan. Bentuk pelayanan keperawatan komunitas yang diberikan berfokus pada promosi kesehatan, Pendidikan kesehatan, dan pelayanan keperawatan komunitas lainnya yang berfokus pada membuka wawasan klien terhadap masalah kesehatan yang mungkin dapat terjadi kepada klien dan bagaimana pencegahannya.

b. **Prevensi Sekunder**

Prevensi Sekunder dilakukan kepada klien yang adalah individu, keluarga, dan masyarakat yang sedang mengalami masalah kesehatan. Bentuk asuhan keperawatan komunitas yang dapat diberikan pada prevensi ini adalah perawat bersama klien melakukan penanggulangan masalah kesehatan secara terfokus dan berkelanjutan serta mencegah terjadinya dampak buruk yang berkelanjutan akibat masalah kesehatan yang sedang dialami.

c. **Prevensi Tersier**

Pada Prevensi Tersier, tujuan asuhan keperawatan kesehatan komunitas adalah melakukan pemulihan kepada klien (individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat) setelah mengalami masalah kesehatan. Contoh Prevensi tersier pada masyarakat yang bersifat pemulihan adalah seperti pemulihan pasca trauma kepada masyarakat yang mengalami bencana alam seperti gempa bumi, banjir bandang, atau Tsunami.

Juniati Sahar, dkk (2019) mengemukakan bahwa tujuan keperawatan kesehatan komunitas menekankan pada pemeliharaan dan perlindungan terhadap kesehatan. Klien utama dalam keperawatan komunitas adalah kelompok dan komunitas yang pelayanannya dapat bersifat langsung dan tidak langsung. Tujuan keperawatan komunitas dapat tercapai apabila perawat komunitas melibatkan klien secara aktif untuk ikut terlibat dalam setiap proses keperawatan yang dilakukan, entah itu intervensi keperawatan pada prevensi primer seperti promosi kesehatan, intervensi keperawatan pada prevensi sekunder seperti pemeriksaan kesehatan berkala, atau intervensi keperawatan pada prevensi tersier seperti pemulihan pasca trauma.

Salah satu tujuan dari melibatkan klien secara aktif dalam setiap intervensi yang dilakukan tidak lain adalah guna meningkatkan kemandirian klien dalam memelihara dan memulihkan kesehatannya secara individu, maupun di dalam komunitas. Mengevaluasi setiap intervensi secara berkelanjutan dan terjadwal adalah satu kesatuan dalam asuhan keperawatan komunitas yang wajib dilakukan oleh perawat bersama klien untuk dapat melihat sejauh mana intervensi keperawatan yang dilaksanakan tersebut terlaksana sesuai tujuan yang ingin dicapai.

2.4 Sasaran dan Ruang Lingkup Keperawatan Komunitas

A. Sasaran

Prioritas sasaran pelayanan keperawatan komunitas adalah populasi yang mengalami resiko kesehatan, sedang mengalami masalah kesehatan, atau yang memerlukan pemulihan pasca mengalami masalah kesehatan.

Sasaran populasi ini antara lain :

a. Individu

Individu yang dimaksud adalah individu – individu yang rentan terhadap masalah kesehatan seperti ibu hamil dengan resiko tinggi, individu dengan penyakit menular seperti TB Paru, Kusta, Pneumonia, Malaria, Demam berdarah, atau individu yang mengalami masalah degeneratif seperti lansia.

b. Keluarga

Keluarga yang menjadi sasaran adalah keluarga beresiko tinggi (*high risk*) atau keluarga yang rentan (*vulnerable group*) dengan prioritas keluarga miskin yang tidak dapat mengakses layanan kesehatan, keluarga miskin yang sudah mengakses layanan kesehatan tetapi memiliki masalah dalam pertumbuhan dan perkembangan balita, kesehatan reproduksi, dan

penyakit menular serta keluarga yang tidak masuk dalam kategori keluarga miskin tetapi memiliki masalah kesehatan prioritas dan belum memanfaatkan layanan kesehatan.

c. Kelompok

Sasaran Keperawatan komunitas dalam kelompok terfokus pada kelompok dengan resiko tinggi. Kelompok yang dimaksud disini terbagi dalam kelompok yang tidak terikat pada sebuah lembaga organisasi seperti kelompok ibu hamil, kelompok remaja, kelompok lansia, kelompok pekerja pabrik dan kelompok yang terikat pada suatu lembaga atau institusi tertentu, seperti rumah tahanan atau panti jompo.

d. Masyarakat

Sasaran Keperawatan Komunitas pada masyarakat terfokus pada masyarakat yang memiliki resiko tinggi pada wilayah tertentu seperti masyarakat pada RT, RW, Kelurahan, atau desa yang memiliki angka kematian bayi tertinggi di banding wilayah lainnya, atau masyarakat pada wilayah tertentu dengan kasus TBC yang meningkat pada periode tertentu dibanding dengan wilayah lainnya.

B. Ruang Lingkup

Sebagai mana peran dan fungsi perawat dalam konsep keperawatan secara umum, maka ruang lingkup pelayanan keperawatan komunitas juga merupakan pengembangan dari peran dan fungsi perawat dalam konsep keperawatan yaitu sebagai advocator dan edukator yang memberikan advokasi dan edukasi kepada berbagai tingkatan dalam sistem masyarakat. Selain itu perawat komunitas juga bekerja dalam lingkup perannya sebagai kolaborator dalam mengkolaborasikan beberapa lintas profesi dan keilmuan,

salah satunya adalah mengkolaborasikan keperawatan klinis dan keperawatan komunitas. Ruang lingkup perawat komunitas juga pada area penelitian epidemiologi di dalam kelompok atau masyarakat agar didapatkan hasil penelitian yang valid untuk dapat mendukung pelaksanaan intervensi keperawatan komunitas yang akan dilaksanakan selanjutnya.

2.5 Perbedaan Praktik Keperawatan Komunitas dan Praktik Keperawatan Klinik/Rumah Sakit

Tabel 2.1 Perbedaan Praktik Keperawatan Komunitas dan Praktik Keperawatan Klinik/Rumah Sakit

NO	PRAKTIK KEPERAWATAN KOMUNITAS	PRAKTIK KEPERAWATAN KLINIK/RUMAH SAKIT
1.	Praktik dilakukan di komunitas, bisa di rumah atau di tempat lain yang bukan di klinik/Rumah sakit	Praktik dilakukan di Klinik/Rumah Sakit
2.	Melibatkan lebih banyak sumber daya profesi lainnya selain profesi keperawatan atau profesi kesehatan. Contohnya ketika akan melaksanakan promosi kesehatan tentang perilaku hidup bersih dan sehat di sekolah, profesi yang diajak terlibat adalah profesi guru pendidik.	Profesi yang dilibatkan dalam berkolaborasi adalah profesi kesehatan lainnya seperti dokter, tenaga gizi, fisioterapis, dll.

NO	PRAKTIK KEPERAWATAN KOMUNITAS	PRAKTIK KEPERAWATAN KLINIK/RUMAH SAKIT
3.	Melibatkan klien untuk terlibat aktif dalam setiap intervensi	Keterlibatan klien tergantung pada kondisi umum klien. Pasien dengan bedrest total atau dalam perawatan intensif/paliatif sulit untuk dapat diajak terlibat dalam asuhan keperawatan.
4.	Praktik pada individu tetap melibatkan keluarga dan masyarakat atau anggota kelompok individu lainnya	Praktik pada individu melibatkan keluarga pada kondisi tertentu pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Allender,J.A & Spradley,B.W. 2004. Community Health Nursing. Promoting and Protecting the Public's Health. Sixth Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Fabanyo. R. A. 2022. Ilmu Keperawatan Komunitas. PT. Nasya Expanding Management (Penerbit NEM – Anggota IKAPI). Jawa Tengah.
- Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI). 2017. Panduan Asuhan Keperawatan Individu,Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan modifikasi NANDA,ICNP,NOC dan NIC di Puskesmas dan masyarakat. Universitas Indonesia. Jakarta.
- Junaiti Sahar, Agus Setiawan,& Ni Made Riasmini. 2019. Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga, Edisi Indonesia Pertama, Elsevier Singapore.
- Kementrian Kesehatan RI. 2018. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2018 tentang penyelenggaraan Promosi Kesehatan Rumah Sakit. Jakarta
- Kementrian Kesehatan RI. 2013. Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas, Pusat Promosi Kesehatan. Jakarta.
- Kementrian Kesehatan RI. 2016. Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan Promosi Kesehatan, BPSDM. Jakarta
- Stanhope&Lancaster. 2014. Public Health Nursing : Population-Centered Health Care in the Community. 9th Edition. USA

BAB III

KONSEP KELUARGA

Oleh Deharnita

3.1 Pendahuluan

Kata keluarga sebenarnya berasal dari bahasa Nusantara yaitu bahasa Sansekerta. Definisi kata keluarga dari bahasa Sansekerta memiliki makna dua kata yaitu Kula dan Warga. Sehingga digabungkan menjadi Kulawarga. Mekan dari kata tersebut adalah anggota atau kelompok kerabat. Sehingga menurut ahli dalam bahasa tersebut menjelaskan bahwa keluarga adalah beberapa orang yang hidup di satu lingkungan dengan memiliki hubungan darah. Kamus besar bahasa Indonesia memiliki definisi yang berbeda terkait pengertian keluarga. Kamus besar bahasa Indonesia menjelaskan bahwa keluarga merupakan kumpulan ayah, ibu dan anak yang memiliki hubungan kekerabatan di masyarakat. Dari definisi tersebut dalam struktur masyarakat, keluarga merupakan unit paling kecil yang memiliki fungsi sebagai makhluk sosial dalam mewujudkan kehidupan yang aman, tentram serta sejahtera.

Dalam konteks agama Islam juga disebutkan dalam Al- Quran terkait keluarga. Definisi atau sebutan keluarga dalam Al-Quran sebagai Ahlul Bait atau lebih sering disebut sebagai rumah tangga. Dalam konteks tersebut bahwa rumah tangga yang dibangun berlandaskan kekeluargaan memiliki potensi tinggi untuk saling mencintai dan mengasihi serta menyayangi. Dalam beberapa hadits juga disebutkan bahwa Ahlul Bait atau keluarga mencakup suami, istri dan keturunan yaitu anak-anak, saudara, kakek dan nenek

hingga sepupu. Keluarga merupakan lambang sosial di masyarakat maka hal paling dasar untuk menciptakan suatu kualitas manusia diukur dari pola asuh suatu keluarga. Sehingga dalam hal ini keluarga harus mampu menciptakan atau menjadi peran yang baik sebagai lembaga sosial di masyarakat seperti masalah adab, moral, nilai-nilai dan keyakinan sampai akhlak yang baik. Hal tersebut nantinya dapat diaplikasikan di kehidupan bermasyarakat (Alfianto et al., 2022).

3.2 Pengertian Keluarga

Keluarga merupakan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan ikatan dan kedekatan emosional yang baik yang tidak memiliki hubungan darah, perkawinan, atau adopsi dan tidak memiliki batas keanggotaan dalam keluarga (Friedman & Bowden, 2010) dalam (Salamung et al., 2021).

Keluarga adalah salah satu aspek terpenting dari perawatan. Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat yang merupakan entry point dalam upaya mencapai kesehatan masyarakat secara optimal. Keluarga juga disebut sebagai sistem sosial karena terdiri dari individu-individu yang bergabung dan berinteraksi secara teratur antara satu dengan yang lain yang diwujudkan dengan adanya saling ketergantungan dan berhubungan untuk mencapai tujuan bersama. Dalam hal ini, keluarga mempunyai anggota yang terdiri dari ayah, ibu dan anak atau sesama individu yang tinggal di rumah tangga tersebut (Andarmoyo, 2012) dalam (Wahyuni et al., 2021).

Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Keluarga didefinisikan dengan istilah kekerabatan dimana individu bersatu dalam suatu ikatan perkawinan dengan menjadi orang tua. Dalam arti luas anggota keluarga merupakan mereka yang memiliki hubungan personal dan timbal balik dalam menjalankan kewajiban

dan memberi dukungan yang disebabkan oleh kelahiran, adopsi, maupun perkawinan (Stuart, 2014) dalam (Wahyuni et al., 2021).

Sehingga menjadi penting penting dalam membutuhkan pelayanan kesehatan seperti halnya individu yang yang dapat dapat melakukan tugas sesuai perkembangannya. Tingkat kesehatan individu berkaitan dengan tingkat kesehatan keluarga begitu juga sebaliknya tingkat kesehatan keluarga dapat mempengaruhi derajat kesehatannya. Untuk itu, jika terdapat disfungsi pada keluarga maka akan berdampak pada satu atau lebih anggota keluarga bahkan keseluruhan keluarga sehingga diperlukan keperawatan keluarga yang merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan pelaksanaan, dan evaluasi (Wahyuni et al., 2021).

3.3 Ciri-Ciri Keluarga

Ciri-ciri keluarga menurut (Wahyuni et al., 2021) adalah sebagai berikut :

1. Terorganisasi, yaitu saling berhubungan, saling ketergantungan anantara anggota keluarga.
2. Ada keterbatasan, dimana setiap anggota memiliki kebebasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.
3. Ada perbedaan dan kekhususan, yaitu setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing. Menurut Freadman dalam buku (Mubarak, 2012)

Adapun ciri-ciri keluarga lainnya adalah

1. Menurut Robert MacIver dan Charles Horton
 - a. Keluarga merupakan hubungan perkawinan.
 - b. Keluarga berbentuk suatu kelembagaan yang berkaitan dengan hubungan perkawinan yang sengaja dibentuk atau dipelihara.

- c. Keluarga mempunyai suatu system tata nama (nomenclature) termasuk perhitungan garis keturunan.
 - d. Keluarga memiliki fungsi ekonomi yang dibentuk oleh anggota-anggota terkait dengan kemampuan untuk menurunkan dan memperbesar anak.
 - e. Keluarga merupakan tempat tinggal bersama, rumah atau rumah tangga.
2. Ciri Keluarga Indonesia
- a. Mempunyai ikatan yang sangat erat dengan dilandasi semangat gotong royong
 - b. Dijiwai oleh nilai kebudayaan ketimuran
 - c. Umumnya dipimpin oleh suami meskipun proses pemusatan dilakukan secara musyawarah (Harnilawati, 2013).

3.4 Tipe Keluarga

Pembagian tipe ini bergantung kepada konteks keilmuan dan orang yang mengelompokkan, menurut (Husnaniyah et al., 2022), adalah sebagai berikut :

1. Secara Tradisional

Secara tradisional keluarga dikelompokkan menjadi 2, yaitu:

- a. Keluarga Inti (*Nuclear Family*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunan atau adopsi atau keduanya.
- b. Keluarga Besar (*Extended Family*) adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah (kakek-nenek, paman- bibi)

2. Secara Modern

Berkembangnya peran individu dan meningkatnya rasa individualisme maka secara modern tipe keluarga diklasifikasikan menjadi :

- a. *Tradisional Nuclear*
Keluarga inti (ayah, ibu dan anak) tinggal dalam satu rumah ditetapkan oleh sanksi-sanksi legal dalam suatu ikatan perkawinan, satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.
- b. *Reconstituted Nuclear*
Pembentukan baru dari keluarga inti melalui perkawinan kembali suami/istri, tinggal dalam pembentukan satu rumah dengan anak-anaknya, baik itu bawaan dari perkawinan lama maupun hasil dari perkawinan baru, satu/keduanya dapat bekerja di luar rumah.
- c. *Niddle Age/ Aging Couple*
Suami sebagai pencari uang, istri di rumah kedua-duanya bekerja di rumah, anak-anak meninggalkan rumah karena sekolah/perkawinan/meniti karier.
- d. *Dyadic Nuclear*
Suami istri yang sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satu bekerja di rumah.
- e. *Single Parent*
Satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dapat tinggal di rumah atau di luar rumah.
- f. *Dual Carrier*
Yaitu suami istri atau keduanya orang karier dan tanpa anak
- g. *Commuter Married*
Suami istri atau keduanya orang karier dan tinggal terpisah pada jarak tertentu. Keduanya saling mencari pada waktu-waktu tertentu.
- h. *Single adult*
Wanita atau pria dewasa yang tinggal sendiri dengan tidak adanya keinginan untuk kawin.

- i. *Three Generation*
Yaitu tiga generasi atau lebih tinggal dalam satu rumah.
- j. *Institusional*
Yaitu anak-anak atau orang-orang dewasa tinggal dalam suatu panti-panti.
- k. *Communal*
Yaitu satu rumah terdiri dari dua atau lebih pasangan yang monogami dengan anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas
- l. *Group Marriage*
Yaitu satu perumahan terdiri dari orang tua dan keturunannya di dalam satu kesatuan keluarga dan tiap individu adalah kawin dengan yang lain dan semua adalah orang tua dari anak-anak.
- m. *Unmarried Parent and Child*
Yaitu ibu dan anak di mana perkawinan tidak dikehendaki, anaknya diadopsi
- n. *Cohabiting Couple*
Dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa perkawinan.
- o. *Gay/Lesbian Family*
Keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama.

3.5 Struktur Keluarga

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana keluarga melaksanakan fungsi, keluarga di masyarakat. Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam di antaranya adalah:

1. Patrilineal
Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi, di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ayah.

2. Matrilineal

Adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi di mana hubungan itu disusun melalui jalur garis ibu.

3. Matrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah istri.

4. Patrilokal

Adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah suami

5. Keluarga Kawin

Adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga zdan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan dengan suami atau istri (Harnilawati, 2013).

Menurut Friedman (1998) dalam (Fatrida et al., 2022), struktur keluarga terdiri dari:

1. Pola dan proses komunikasi dapat dikatakan berfungsi apabila jujur, terbuka, melibatkan emosi, dapat menyelesaikan konflik keluarga serta adanya hierarki kekuatan. Pola komunikasi dalam keluarga dikatakan akan berhasil jika pengirim pesan (sender) yakin mengemukakan pesannya, isi pesan jelas dan berkualitas, dapat menerima dan memberi umpan balik, tidak bersifat asumsi, berkomunikasi sesuai. Sebaliknya, seseorang menerima pesan (receiver) dapat menerima pesan dengan baik jika dapat menjadi pendengaran yang baik, memberi umpan balik dan dapat memvalidasi pesan yang diterima.
2. Struktur peran adalah serangkaian perilaku yang diharapkan sesuai posisi sosial yang diberikan baik peran formal maupun informal.
3. Struktur kekuatan adalah kemampuan individu untuk mengontrol dan mempengaruhi atau merubah perilaku orang

lain yang terdiri dari *legitimate power* (hak), *referen power* (ditiru), *expert power* (keahlian), *reward power* (hadiah), *coercive power* (paksaan) dan *affektif power*.

4. Nilai keluarga dan norma adalah sistem ide-ide, sikap dan keyakinan yang mengikat anggota keluarga dalam budaya tertentu sedangkan norma adalah pola perilaku yang diterima pada lingkungan sosial tertentu.

3.5 Fungsi Pokok Keluarga

Dalam buku Harnilawati (2013) fungsi pokok keluarga menurut beberapa ahli adalah :

1. Friedman (1998)

Secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain.
- b. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
- c. Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan, yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

2. UU No. tahun 1992 jo PP No. 21 tahun 1994 Secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

a. Fungsi keagamaan

- Membina norma ajaran-ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga
- Menerjemahkan agama ke dalam tingkah laku hidup sehari-hari kepada seluruh anggota keluarga
- Memberikan contoh konkret dalam hidup sehari-hari dalam pengalaman dari ajaran agama
- Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang kurang diperolehnya di sekolah atau masyarakat
- Membina rasa, sikap dan praktik kehidupan keluarga beragama sebagai pondasi menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

b. Fungsi budaya

- Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma-norma dan budaya masyarakat dan bangsa yang ingin dipertahankan.
- Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai
- Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia.
- Membina tugas-tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berperilaku yang baik sesuai dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi
- Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras dan seimbang dengan budaya masyarakat atau bangsa untuk menjunjung terwujudnya norma keluarga kecil bahagia sejahtera.

c. Fungsi cinta kasih

- Menumbuhkembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga ke dalam simbol-simbol nyata secara optimal dan terus menerus.
- Membina tingkah laku saling menyayangi baik antar anggota keluarga secara kuantitatif dan kualitatif.
- Membina praktik kecintaan terhadap kehidupan duniawi dan ukhrowi dalam keluarga secara serasi, selaras dan seimbang.
- Membina rasa, sikap dan praktik hidup keluarga yang mampu memberikan dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

d. Fungsi perlindungan

- Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga.
- Membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar.
- Membina dan menjadikan stabilisasi dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

e. Fungsi reproduksi

- Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat baik anggota keluarga maupun bagi keluarga sekitarnya.
- Memberikan contoh pengalaman kaidah-kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik maupun mental.

- Mengamalkan kaidah-kaidah reproduksi sehat, baik yang berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara 2 anak dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
 - Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.
- f. Fungsi sosialisasi
- Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak pertama dan utama.
 - Menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai pusat tempat anak dapat mencari pemecahan dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpainya baik di lingkungan sekolah maupun masyarakat.
 - Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal-hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan (fisik dan mental), yang tidak kurang diberikan oleh lingkungan sekolah maupun masyarakat.
 - Membina proses pendidikan dan sosialisasi yang terjadi dalam keluarga sehingga tidak saja dapat bermanfaat positif bagi anak, tetapi juga bagi orang tua dalam rangka perkembangan dan kematangan hidup bersama menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.
- g. Fungsi ekonomi.
- Melakukan kegiatan ekonomi baik di luar maupun di dalam lingkungan keluarga dalam rangka menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.

- Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga.
- Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatiannya terhadap anggota keluarga berjalan secara serasi, selaras dan seimbang.
- Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

h. Fungsi pelestarian lingkungan

- Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan intern keluarga.
- Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan ekstern keluarga.
- Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi, selaras dan seimbang antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat sekitarnya.
- Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup keluarga menuju keluarga kecil bahagia sejahtera

3. Effendi (1998: 36)

Ada tiga fungsi pokok keluarga terhadap anggota keluarganya, adalah:

- a. Asih, adalah memberikan kasih sayang, perhatian, rasa aman, kehangatan kepada anggota keluarga sehingga memungkinkan mereka tumbuh dan berkembang sesuai usia dan kebutuhannya.
- b. Asuh, adalah menuju kebutuhan pemeliharaan dan keperawatan anak agar kesehatannya selalu terpelihara, sehingga diharapkan menjadikan anak- anak mereka sehat baik fisik, mental, sosial dan spiritual.

- c. Asah, adalah memenuhi kebutuhan pendidikan anak, sehingga siap menjadi manusia dewasa yang mandiri dalam mempersiapkan masa depannya.

Namun dengan berubahnya pola hidup agraris menjadi industrialisasi, fungsi keluarga dikembangkan menjadi:

1) Fungsi biologis

- Untuk meneruskan keturunan
- Memelihara dan membesarkan anak
- Memenuhi kebutuhan gizi keluarga
- Memelihara dan merawat anggota keluarga

2) Fungsi Psikologis

- Memberikan kasih sayang dan rasa aman
- Memberikan perhatian di antara anggota keluarga
- Membina pendewasaan kepribadian anggota keluarga.
- Memberikan identitas keluarga

3) Fungsi Sosialisasi

- Membina sosialisasi pada anak
- Membentuk norma-norma tingkah laku sesuai dengan tingkat perkembangan anak
- Meneruskan nilai-nilai budaya keluarga

4) Fungsi Ekonomi

- Mencari sumber-sumber penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- Pengaturan penggunaan penghasilan keluarga untuk memenuhi kebutuhan keluarga
- Menabung untuk memenuhi kebutuhan keluarga di masa yang akan datang misalnya pendidikan pada anak-anak, jaminan hari tua dan sebagainya.

5) Fungsi Pendidikan

- Menyekolahkan anak untuk memberikan pengetahuan, keterampilan untuk membentuk perilaku anak sesuai dengan bakat dan minat yang dimilikinya.
- Mempersiapkan anak untuk kehidupan dewasa yang akan datang dalam memenuhi peranannya sebagai orang dewasa.
- Mendidik anak sesuai dengan tingkat-tingkat perkembangannya.

3.5 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Sesuai dengan fungsi pemeliharaan kesehatan, keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan. Freeman (1981) membagi 5 tugas keluarga dalam bidang kesehatan yang harus dilakukan, yaitu:

1. Mengenal masalah kesehatan setiap anggotanya

Perubahan sekecil apapun yang dialami anggota keluarga secara tidak langsung menjadi perhatian dan tanggung jawab keluarga, maka apabila menyadari adanya perubahan perlu segera dicatat kapan terjadinya, perubahan apa yang terjadi dan seberapa besar perubahannya.

2. Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi keluarga

Tugas ini merupakan upaya keluarga yang utama untuk mencari pertolongan yang tepat sesuai dengan keadaan keluarga, dengan pertimbangan siapa di antara keluarga yang mempunyai kemampuan memutuskan menentukan tindakan keluarga maka segera melakukan tindakan yang tepat agar masalah kesehatan dapat dikurangi atau bahkan teratasi. Jika keluarga mempunyai keterbatasan seyogyanya meminta bantuan orang lain di sekitar keluarga.

3. Memberikan keperawatan anggotanya yang sakit atau yang tidak dapat membantu dirinya sendiri karena cacat atau usianya yang terlalu muda.
Perawatan ini dapat dilakukan di rumah apabila keluarga memiliki kemampuan melakukan tindakan untuk pertolongan pertama atau ke pelayanan kesehatan untuk memperoleh tindakan lanjutan agar masalah yang lebih parah tidak terjadi.
4. Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
5. Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada) (Harnilawati, 2013).

3.6 Peranan Keluarga

Peran adalah sesuatu yang diharapkan secara normatif dari seseorang dalam situasi sosial tertentu agar dapat memenuhi harapan-harapan. Peran keluarga adalah tingkah laku spesifik yang diharapkan oleh seseorang dalam konteks keluarga. Jadi peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peran individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku dari keluarga, kelompok dan masyarakat.

Dalam UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 pasal 5 menyebutkan "setiap orang berkewajiban untuk ikut serta dalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga dan lingkungan". Dari pasal di atas jelas bahwa keluarga berkewajiban menciptakan dan memelihara kesehatan dalam upaya meningkatkan tingkat derajat kesehatan yang optimal (Harnilawati, 2013). Setiap anggota keluarga mempunyai peran masing-masing antara lain adalah:

1. Peran ayah

Ayah sebagai suami dari istri dan ayah dari anak-anaknya, berperan dari pencari nafkah, pendidik, pelindung dan pemberi rasa aman sebagai kepala keluarga, anggota dari kelompok sosial serta dari anggota masyarakat dari lingkungannya.

2. Peran ibu

Ibu sebagai istri dan ibu dari anak-anaknya. Ibu mempunyai peran mengurus rumah tangga, sebagai pengasuh dan pendidik anak-anaknya, pelindung dan sebagai salah satu kelompok dari peranan sosialnya serta sebagai anggota masyarakat dari lingkungannya, disamping itu ibu juga dapat berperan sebagai pencari nafkah tambahan dalam keluarga.

3. Peran anak

Anak-anak melaksanakan peran psikososial sesuai dengan tingkat perkembangan fisik, mental, sosial dan spiritual (Fatrida et al., 2022).

3.7 Tahap Perkembangan Keluarga

Menurut (Harnilawati, 2013), tahap perkembangan keluarga menurut beberapa ahli sebagai berikut :

1. Duvall (1985)

Membagi keluarga dalam 8 tahap perkembangan, yaitu:

a. Keluarga baru (*bargaining family*)

Pasangan baru menikah yang belum mempunyai anak. Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain adalah:

- Membina hubungan intim yang memuaskan tujuan bersama
- Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.
- Mendiskusikan rencana memiliki anak atau KB
- Persiapan menjadi orang tua

- Memahami prenatal care (pengertian kehamilan, persalinan dan menjadi orang tua)
- b. Keluarga dengan anak pertama 30 bulan (*Child bearing*)
 Masa ini merupakan transisi menjadi orang tua yang akan menimbulkan krisis keluarga. Studi Klasik Le Master (1957) dari 46 orang tua dinyatakan 17 % tidak bermasalah selebihnya bermasalah dalam hal:
 - Suami merasa diabaikan
 - Peningkatan perselisihan dan argument
 - Interupsi dalam jadwal kontinyu
 - Kehidupan seksual dan sosial terganggu dan menurun
 Tugas perkembangan keluarga tahap ini antara lain adalah:
 - Adaptasi perubahan anggota keluarga (peran, interaksi, seksual dan kegiatan)
 - Mempertahankan hubungan yang memuaskan dengan pasangan
 - Membagi peran dan tanggung jawab (bagaimana peran orang tua terhadap bayi dengan memberi sentuhan dan kehangatan.
 - Bimbingan orang tua tentang pertumbuhan dan perkembangan anak
 - Konseling KB post partum 6 minggu
 - Menata ruang untuk anak
 - Biaya/dana Child Bearing. Memfasilitasi role learning anggota keluarga.
 - Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.
- c. Keluarga dan anak pra sekolah
 Tugas perkembangan adalah menyesuaikan pada kebutuhan pada anak pra sekolah (sesuai dengan tumbuh kembang, proses belajar dan kontak sosial) dan merencanakan kelahiran berikutnya.

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- Pemenuhan anggota keluarga
- Membantu anak bersosialisasi
- Beradaptasi dengan anak baru lahir, anak yang lain juga terpenuhi.
- Mempertahankan hubungan di dalam maupun di luar keluarga.
- Pembagian waktu individu, pasangan dan anak
- Pembagian tanggung jawab
- Merencanakan kegiatan dan waktu stimulasi tumbuh dan kembang anak.

d. Keluarga dengan anak usia sekolah (6-13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- Membantu sosialisasi anak terhadap lingkungan di luar rumah, sekolah dan lingkungan lebih luas.
- Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual
- Menyediakan aktivitas untuk anak
- Menyesuaikan pada aktivitas komuniti dengan mengikutsertakan anak.
- Memenuhi kebutuhan yang meningkat termasuk biaya kehidupan dan kesehatan anggota keluarga.

e. Keluarga dengan anak remaja (13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- Pengembangan terhadap remaja (memberikan kebebasan yang seimbang dan bertanggung jawab mengingat remaja adalah seorang yang dewasa muda dan mulai memiliki otonomi).
- Memelihara komunikasi terbuka (cegah gap komunikasi).
- Memelihara hubungan intim dalam keluarga. Mempersiapkan perubahan system peran dan

peraturan anggota keluarga untuk memenuhi kebutuhan tumbuh kembang anggota keluarga.

- f. Keluarga dengan anak dewasa (anak I meninggalkan rumah)

Tugas perkembangan keluarga mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya, menata kembali fasilitas dan sumber yang ada dalam keluarga, berperan sebagai suami istri, kakek dan nenek.

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar
- Mempertahankan keintiman.
- Membantu anak untuk mandiri sebagai keluarga baru di masyarakat.
- Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya.
- Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga.
- Berperan suami-istri kakek dan nenek
- Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

- g. Keluarga usia pertengahan (*Middle age family*)

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- Memiliki lebih banyak waktu dan kebebasan dalam mengolah minat sosial dan waktu santai.
- Memulihkan hubungan antara generasi muda tua.
- Keakraban dengan pasangan
- Memelihara hubungan/kontak dengan anak dan keluarga.
- Persiapan masa tua/pensiun.

h. Keluarga lanjut usia

Tugas perkembangan keluarga pada saat ini adalah:

- Penyesuaian tahap masa pensiun dengan merubah cara hidup.
- Menerima pasangan kematian, kawan dan mempersiapkan kematian.
- Mempertahankan keakraban pasangan dan saling merawat.
- Melakukan live review masa lalu.

2. Carter & McGoldrick (1989)

Membagi keluarga dalam 5 tahap perkembangan, yaitu:

- a. Keluarga antara (masa bebas/pacaran) dengan usia dewasa muda.
- b. Terbentuknya keluarga keluarga baru melalui suatu perkawinan.
- c. Keluarga dengan memiliki anak usia muda (anak usia bayi sampai usia sekolah).
- d. Keluarga yang memiliki anak dewasa
- e. Keluarga yang mulai melepas anaknya untuk keluar rumah
- f. Keluarga lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Alfianto, A. G., Dewi, E. U., Sholihat, N., Falah, M., Wahyuningrum, A. D., & Lestari, Y. A. 2022. *Konsep dan Aplikasi Keperawatan Keluarga*. Media Sains Indonesia.
- Fatrida, D., Elviani, Y., Mustakim, & Sputra, A. U. 2022. *Asuhan Keperawatan Keluarga dan Komunitas : Upaya Pencegahan Kanker Payudara Anak Usia Remaja*. CV. Adanu Abimata.
- Harnilawati. 2013. *Konsep dan Proses Keperawatan Keluarga* (I). Pustaka As Salam.
- Husnaniyah, D., Riyanto, & Kamsari. 2022. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga*. Deepublish.
- Salamung, N., Pratiwi, M. R., Ifansyah, M. N., Riskika, S., Maurida, N., & Suhariyati. 2021. *Keperawatan Keluarga (Family Nursing)*. Duta Media Publishing.
- Wahyuni, T., Parlioni, & Hayati, D. 2021. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Dilengkapi Riset dan Praktik* (R. Awahita (ed.); I). CV Jejak.

BAB IV

KELOMPOK KHUSUS

Oleh Ernawati

4.1 Pendahuluan

Kesehatan adalah bagian integral dari kehidupan yang berfokus pada latar belakang manusia yang berbeda-beda dan mengakibatkan masalah kesehatan. Dalam komunitas merupakan kelompok sosial yang ditentukan oleh batas wilayah, nilai keyakinan, memiliki minat yang sama, saling mengenal dan berinteraksi antar anggota masyarakat. Tiga atribut dalam komunitas yaitu orang, tempat dan interaksi sosial, kepentingan dan tujuan. Sasaran keperawatan komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga dan kelompok berisiko tinggi termasuk kelompok penduduk di daerah kumuh, terisolasi, daerah tidak terjangkau pelayanan kesehatan.

Masyarakat yang rawan kesehatan sangat memerlukan perhatian khusus. Istilah populasi dan agregat disini adalah istilah yang saling memiliki keterkaitan dalam keperawatan komunitas. Populasi menandakan sekumpulan orang yang memiliki persamaan karakteristik personal. Sedangkan agregat adalah sub kelompok atau sub populasi yang memiliki persamaan karakteristik (Harkness, 2012). Kegiatan yang dapat dilakukan dalam pengelolaan kelompok khusus diantaranya identifikasi faktor risiko terjadinya masalah kesehatan dalam kelompok, pendidikan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, pelayanan perawatan secara langsung.

4.2 Kesehatan Anak dan Remaja

4.2.1 Kematian Ibu dan Bayi

Perawat kesehatan masyarakat merupakan kelompok kunci dari petugas kesehatan yang terlibat baik dalam perencanaan program maupun penyampaian layanan aktual kepada ibu dan bayi. Pemahaman yang kuat tentang statistik vital dan data lain mengenai ibu dan bayi melayani perawat karena mereka menentukan kesesuaian dan keefektifan program dan layanan. Tinjauan beberapa statistik vital global dan nasional dalam dekade terakhir memberikan wawasan tentang masalah utama yang dihadapi populasi ini.

Kesehatan ibu sebelum, selama dan setelah kehamilan mempunyai dampak terhadap kesehatan dan kesejahteraan pada anaknya. Kehamilan yang sehat ditunjang dengan pola gaya hidup, perawatan medis selama kehamilan. Kesehatan yang tidak optimal selama kehamilan akan meningkatkan

Angka Kematian Ibu (AKI) adalah ukuran risiko kebidanan yang ditentukan dengan membagi jumlah kematian ibu dengan jumlah kelahiran hidup per 100.000. Sebagian besar kematian ibu disebabkan oleh penyebab langsung (komplikasi kehamilan, persalinan, dan persalinan), intervensi, kelalaian, atau pengobatan yang salah, atau rangkaian peristiwa yang diakibatkan oleh salah satu dari hal tersebut. Eklampsia, perdarahan, sepsis, dan aborsi yang tidak aman merupakan penyebab 70% kematian ibu (Graham & Hussein, 2006; WHO, 2008b). Klien ibu-anak adalah kelompok populasi yang penting bagi perawat kesehatan masyarakat, karena kesehatan fisik dan emosional mereka sangat penting untuk masa depan masyarakat.

Indikator penting dalam status kesehatan anak adalah awal tahun pertama kehidupan. Factor yang mempengaruhi adalah kesehatan ibu, kualitas perawatan medis dan akses, kondisi social ekonomi, dan praktik kesehatan masyarakat. Kematian bayi mencerminkan kesehatan dan kesejahteraan seluruh masyarakat,

serta digunakan sebagai indikator pelayanan kesehatan dan status kesehatan. Penyebab terjadinya 60% kematian bayi adalah cacat bawaan, BBLR, sindrom bayi meninggal tiba-tiba (SIDS), komplikasi ibu hamil dan kecelakaan. Perawatan prenatal penting untuk merupakan salah satu solusi terjadinya kematian bayi, dengan perawatan prenatal yang komprehensif dapat mengidentifikasi penyebab mortalitas dan morbiditas bayi seperti anemia pada ibu, diabetes, hipertensi, ISK, infeksi seksual menular, dan gizi buruk.

Penggunaan zat saat prenatal seperti rokok, alcohol, dan narkoba ini menjadi factor social yang mempengaruhi kesehatan ibu dan anak. Selama kehamilan penggunaan narkoba sangat mempengaruhi perkembangan syaraf dan fisik janin. Bagi perempuan yang mengkonsumsi hal tersebut, dibutuhkan pendekatan komprehensif dan jangka Panjang.

4.2.2 Kesehatan Anak

Anak-anak yang sehat adalah sumber daya vital untuk memastikan kesejahteraan bangsa di masa depan. Mereka adalah orang tua, pekerja, pemimpin, dan pembuat keputusan di masa depan, dan kesehatan serta keselamatan mereka bergantung pada kebijakan kesehatan saat ini. Masa depan mereka terletak di tangan orang-orang yang bertanggung jawab atas kesejahteraan mereka, termasuk perawat kesehatan masyarakat.

Kesejahteraan anak-anak telah menjadi perhatian besar secara global. Hal ini ditekankan melalui pengembangan berbagai undang-undang dan layanan, namun kebutuhan anak selalu tidak terpenuhi. Banyak anak kecil sering pergi tidur dalam keadaan lapar; beberapa bayi dan balita bahkan tidak menerima imunisasi dasar sebelum mereka mencapai usia sekolah. Kecelakaan dan cedera merupakan penyebab utama kematian.

Perawatan kesehatan yang tepat sangat menentukan dalam status kesehatan anak. Faktor orang tua, gizi, lingkungan, keselamatan masyarakat, kualitas kehidupan mempengaruhi kesejahteraan anak. Penyebab kematian anak sangat bervariasi, tergantung usia. Peran penting orang tua dan masyarakat dalam mempromosikan gaya hidup sehat, menciptakan lingkungan yang aman, dan jaminan kemudahan dalam akses ke pelayanan medis dalam menjaga anak dari ancaman kesehatan (kecelakaan, keracunan, penyalahgunaan dan kekerasan).

1. Cedera

Anak prasekolah rentan terhadap berbagai jenis kecelakaan dan cedera yang tidak disengaja, seperti yang disebabkan oleh mainan yang tidak aman, jatuh, luka bakar atau panas, tenggelam, kecelakaan kendaraan bermotor, dan keracunan. Cedera ini dapat mengakibatkan kematian atau kecacatan yang signifikan. Hilangnya nyawa anak-anak akibat dari semua cedera yang digabungkan mewakili jumlah tahun yang mengejutkan dari kehidupan produktif yang hilang dari masyarakat. Cedera masa kecil menyebabkan sekitar 16.000 kematian setiap tahun, dan 70% di antaranya adalah akibat dari cedera yang tidak disengaja. Lebih dari 20 juta cedera nonfatal terjadi setiap tahun pada anak-anak (Schnitzer, 2006).

Mati lemas adalah penyebab utama kematian pada bayi (66%). Sebagian besar penyebab kematian akibat mati lemas terkait dengan posisi tidur tengkurap, terjepit di antara dinding dan tikar, alas tidur empuk atau permukaan tempat tidur menghalangi hidung dan mulut, kepala terjepit, dan “ditindih oleh orang lain. Bayi dan balita berisiko jatuh jika tidak diawasi secara memadai. Jatuh adalah penyebab utama cedera nonfatal dan rawat inap untuk bayi, balita, dan anak prasekolah (Schnitzer, 2006). Jatuh dari tangga, tempat tidur, atau perabot

lain dapat menyebabkan cedera permanen atau kematian. Perawat kesehatan masyarakat harus mengajari keluarga bahwa bayi tidak boleh ditinggalkan tanpa pengawasan saat tidak berada di tempat tidur bayi atau tempat bermain. Saat bayi tumbuh dan belajar berjalan, sering jatuh adalah hal yang umum dan pengawasan terus menerus serta melindungi rumah dari anak adalah kegiatan penting. Menunjukkan kepada orang tua potensi bahaya yang terkait dengan jatuh dan mengajari mereka tentang tindakan pencegahan yang efektif yang dapat mereka ambil (misalnya, pelindung jendela, bahaya pejalan kaki bayi) adalah cara yang layak untuk mencegah cedera serius.

Mencegah sumber cedera atau kematian akibat luka bakar dapat dilakukan dengan menghilangkan peluang dan sumber. Orang dewasa dapat melindungi anak-anak dari luka bakar dengan mengarahkan gagang panci ke arah tengah kompor, dengan tidak menggunakan pembakar kompor atau oven untuk menghangatkan rumah mereka, dengan mengurangi pengaturan suhu pada pemanas air, dengan selalu menguji air mandi dengan siku sebelum meletakkannya. seorang anak di bak mandi, dan dengan menutup outlet listrik dengan sisipan plastik murah. Banyak departemen pemadam kebakaran lokal dan program kesehatan masyarakat menawarkan pendidikan keselamatan di area ini. Program semacam itu menekankan penggunaan sistem pendeteksi panas dan asap; latihan kebakaran; rencana evakuasi rumah; penggunaan bahan struktural, perabotan, dan pakaian yang tidak mudah terbakar; dan tidak mengizinkan merokok di dalam rumah. Pemantik rokok tahan anak, yang telah diamanatkan oleh Komisi Keamanan Produk Konsumen AS, telah menghasilkan penurunan 58% jumlah kebakaran yang disebabkan oleh anak-anak yang bermain dengan korek api dan

penurunan kematian sebesar 31% (Safe Kids Worldwide, 2007; Smith, Greene, & Singh, 2002).

2. Keracunan

Keracunan adalah masalah keamanan yang terus-menerus bagi anak kecil, dan balita paling sering berisiko. Keracunan adalah salah satu penyebab utama rawat inap terkait cedera pada kelompok usia ini (Schnitzer, 2006). Sumber keracunan termasuk tanaman rumah tangga, obat bebas, overdosis obat yang tidak disengaja dikonsumsi, produk pembersih rumah tangga, bahan kimia lain yang disimpan dalam jangkauan anak-anak, dan timbal.

3. Penyakit menular

Tingkat kematian anak usia sekolah 5 sampai 14 tahun relatif rendah dan telah menurun secara substansial selama abad terakhir melalui pencegahan dan pengendalian yang efektif dari penyakit menular akut di masa kanak-kanak. Meskipun angka kematiannya rendah, angka kesakitan akibat penyakit menular di kalangan anak sekolah tinggi. Di seluruh dunia, penyakit menular merupakan penyebab utama kematian (WHO, 2008). Anak-anak antara usia 5 dan 14 tahun paling sering terkena penyakit pernapasan, diikuti oleh penyakit menular dan parasit, cedera, dan kondisi pencernaan. Di antara anak-anak sekolah, tingkat kejadian campak, rubella (campak Jerman), pertusis (batuk rejan), parotitis menular (gondok), dan varicella (cacar air) telah menurun drastis karena upaya imunisasi yang meluas di masyarakat.

Kampanye telah dilakukan untuk membuat anak-anak diimunisasi, semakin banyak anak usia sekolah harus menunjukkan bukti vaksinasi yang diperlukan sebelum

mereka diizinkan untuk mendaftar di sekolah, persentase anak dalam kelompok usia ini yang diimunisasi terhadap penyakit tertentu dapat terus meningkat. Namun masih ada orang tua dari anak-anak kecil yang memilih untuk tidak mengimmunisasi anak-anak mereka, memohon pengecualian agama atau kepercayaan pribadi. Praktik ini telah menyebabkan wabah penyakit yang dapat dicegah dengan vaksin (Reinberg, 2008).

4. Kutu Kepala

Pedikulosis (kutu kepala) merupakan masalah yang membuat frustrasi bagi banyak anak usia sekolah, dan kejadiannya telah meningkat selama tiga dekade terakhir (Guenther, 2007). Diperkirakan 6 hingga 12 juta anak antara usia 6 dan 12 tahun terinfeksi kutu rambut setiap tahun (Frankowski & Weiner, 2002). Sebuah studi yang dilakukan oleh seorang perawat sekolah di California menemukan insiden kutu kepala tertinggi di distrik sekolahnya terjadi di antara anak-anak sekolah dasar, dan anak perempuan tiga kali lebih mungkin memiliki kutu kepala daripada anak laki-laki. Anak perempuan dianggap berisiko lebih tinggi karena perilaku sosial (kontak lebih dekat, berbagi barang), dan kondisi keramaian yang dekat juga bisa menjadi faktor risiko (Guenther, 2007).

Serangga ini membutuhkan darah untuk bertahan hidup dan dapat menyebabkan gatal dan iritasi kulit. Mereka paling sering ditemukan di tengkuk, di mana rambut biasanya paling tebal, tetapi telur putih mutiara (*nits*) tersebar di seluruh kepala. Mereka menempel pada batang rambut dengan zat seperti lem dan dapat dideteksi dengan pemeriksaan kulit kepala yang cermat. Pengobatan kutu kepala biasanya mencakup sampo insektisida yang dijual bebas. Dalam

beberapa kasus, resistensi terhadap pedikulisida topikal mengharuskan penggunaan tindakan lain (Hansen, 2004). Perawat sekolah dan PHN juga perlu mendidik keluarga tentang mengurangi reinfestasi dengan pembersihan dan perawatan yang hati-hati dari setiap fomites (misalnya, sisir, topi, handuk, seprai, pakaian, furnitur berlapis kain) dan pembersihan telur yang cermat. Namun, sulit untuk mencegah anak-anak dari kontak dekat satu sama lain dan menjadi terinfeksi ulang.

5. Masalah Kesehatan lain

Masalah kesehatan lain yang ditemukan pada kelompok usia ini adalah masalah gizi terutama makan berlebihan dan pemilihan makan yang tidak tepat serta kesehatan gigi yang buruk. Obesitas sering ditemui pada masa kanak-kanak dan menjadi factor penyakit kardiovaskuler dan diabetes di kemudian hari (Institute of medicine, 2006). Alergi makanan juga dapat berperan dalam status gizi buruk, terutama pada anak usia sekolah dan remaja.

Obesitas pada anak dikaitkan dengan asupan lemak yang lebih tinggi, camilan manis dan asin, dan minuman berkarbonasi, serta asupan buah dan sayuran yang lebih rendah. Kebiasaan makan yang buruk yang berkembang selama masa kanak-kanak umumnya dianggap bertahan hingga dewasa, berkontribusi pada penyebab utama kematian dan kecacatan penyakit kardiovaskular, kanker, dan diabetes. Antara 75% dan 90% penyakit kardiovaskular terkait dengan hipertensi, penggunaan tembakau, diabetes, obesitas, dan aktivitas fisik yang tidak memadai. Program pendidikan gizi berbasis sekolah dapat memiliki pengaruh dalam upaya penanganan gizi pada anak sekolah.

Gizi kurang juga dapat memiliki konsekuensi serius, termasuk efek pada perkembangan kognitif dan prestasi akademik anak. Perilaku lekas marah, kurang energi, dan sulit berkonsentrasi hanyalah beberapa masalah yang timbul dari melewatkan makan atau nutrisi yang tidak memadai secara konsisten. Infeksi dan penyakit yang menyebabkan anak tidak masuk sekolah dapat mempengaruhi kemajuan akademik dan mengganggu perolehan keterampilan dasar. Sikap dan perilaku terhadap makanan dibentuk pada masa kanak-kanak sebagai respons terhadap kekurangan. Kerawanan pangan pada masa kanak-kanak telah dikaitkan dengan kekurangan gizi dan kelebihan gizi, dan paling berbahaya selama periode kritis perkembangan; hal ini juga terkait dengan perawatan medis dan obat-obatan yang tertunda, kurangnya kunjungan medis rutin untuk anak-anak yang sehat, dan tidak adanya sumber perawatan kesehatan bagi anak-anak (Cook, 2002; Ma, Gee, & Kushel, 2008). Sebuah studi pada remaja menemukan bahwa diet dan tindakan pengendalian berat badan yang tidak sehat memprediksi terjadinya gangguan makan dan obesitas 5 tahun kemudian, sehingga menekankan perlunya mendorong makan sehat dan aktivitas fisik di masa kanak-kanak (Neumark-Sztainer, Wall, Guo, Story, Haines, & Eisenberg, 2006). Perawat sekolah dan PHN dapat memberikan informasi kepada keluarga untuk mempromosikan makan sehat dan olahraga.

4.2.3 Kesehatan Remaja

Masa remaja merupakan periode Ketika praremaja dan remaja membentuk kebiasaan kesehatan seumur hidup dalam pola makan dan olahraga. Kebiasaan lain meliputi keterampilan emosional khususnya dalam pemecahan masalah dan strategi koping yang digunakan. Pelayanan kesehatan yang tersedia bagi remaja jarang dimanfaatkan kecuali dalam kondisi penyakit akut atau kronis.

Perilaku yang berisiko yang dilakukan remaja antara lain alkohol, penggunaan narkoba, penggunaan tembakau, seksual bebas, mengemudi tidak aman, kenakalan dan kekerasan remaja. Pengaruh perilaku tersebut oleh teman sebaya, keluarga dan masyarakat. Risiko di kalangan remaja dipengaruhi oleh kemampuan mengontrol impuls otak dengan fungsi eksekutif yang tidak sepenuhnya matang sampai menjelang usia 25 tahun. Meskipun remaja memahami perilaku berisiko, namun mereka kesulitan dalam mengontrol diri akibat ketidakmatangan otak dan koneksi. Pendekatan multi partner menjadi penting dalam usaha remaja menghindari risiko dan mengembangkan kompetensi sosial. Perawat kesehatan komunitas dapat membantu orang tua dan masyarakat.

Hubungan seksual juga menjadi salah satu perilaku remaja berisiko. Aktivitas seksual yang tidak terlindungi pada remaja dapat mengakibatkan HIV, penyakit menular seksual dan kehamilan yang tidak diinginkan. Konsekuensi melahirkan dini pada remaja berpengaruh terhadap tingginya angka putus sekolah, prestasi sekolah yang rendah dan risiko kesehatan serius pada bayi, yaitu risiko prematuritas, kematian, berat bayi lahir rendah. Anak yang lahir dari orang tua remaja, cenderung akan mengalami prestasi yang rendah dan putus sekolah.

Akibat lain dari perilaku seksual berisiko yaitu infeksi menular seksual (IMS). IMS mempunyai tanda dan gejala yang jelas dan dapat menyebabkan kanker serviks, infertilitas. Pencegahan yang efektif untuk mencegah terjadinya HIV, IMS yaitu dengan cara menghindari hubungan seksual bebas. Model pencegahan primer yang efektif adalah dengan promosi kesehatan, pendidikan tentang kontrasepsi, pendidikan seks, pengembangan karakter, pengembangan coping, program konseling sebaya, peningkatan keberhasilan sekolah dan pelatihan kerja. Hal ini akan jauh lebih efektif apabila ada kerjasama dengan pihak orang tua, remaja,

Lembaga kesehatan, pendidikan, agama, pelayanan social dan pemerintah.

Peran perawat kesehatan masyarakat dalam meningkatkan status kesehatan dengan menghubungkan pelayanan kesehatan dan social setempat dengan system sekolah. Perawat menjadi sumber penting dalam pelayanan kesehatan untuk memastikan kesehatan anak dan remaja meningkat. Mereka juga mempromosikan secara komprehensif dan kompeten secara budaya.

4.3 Kesehatan Orang Dewasa

Peningkatan kesehatan dan perubahan pola hidup dimasyarakat menjadi penyebab meningkatnya angka harapan hidup. Harapan hidup adalah jumlah rata-rata tahun yang diproyeksikan untuk hidup oleh seorang anggota individu dari satu tahun kelahiran. Ini adalah pengukuran standar lain yang digunakan untuk membandingkan status kesehatan berbagai populasi, biasanya dihitung dari tingkat kematian menurut usia. Perempuan memiliki usia harapan hidup yang lebih tinggi dibanding laki-laki. Perempuan lebih bisa menjaga kesehatan dibanding laki-laki (Kementrian kesehatan RI, 2013)

Penyebab kematian laki-laki dan perempuan di Indonesia menurut WHO menunjukkan bahwa angka kematian laki-laki meningkat dibanding perempuan pada kelompok usia 20-24 tahun, hingga usia 70 tahun. Factor risikonya antara lain perilaku berisiko, alkohol, penyalahgunaan zat, diet dan kurangnya sosialisasi serta rendahnya minat dalam pemeriksaan kesehatan. Penyakit terbanyak yang diderita yaitu penyakit serebrovaskuler, stroke, jantung coroner, diabetes mellitus, hipertensi, penyakit hati atau liver.

Stroke merupakan penyakit dengan jumlah peningkatan paling tinggi pada laki-laki. Dengan prevalensi 8,3% pada tahun 2007 dan terjadi peningkatan 12,1% pada tahun 2013. Penyakit jantung Koroner (PJK) sebagian besar terjadi pada kisaran usia 65-75 tahun,

dan terdiagnosis terbesar di daerah perkotaan. Prevalensi DM pada perempuan cenderung lebih tinggi dibanding laki-laki. Kejadian DM sebesar 1,1% tahun 2007 dan terjadi peningkatan 2,1% tahun 2013. Hipertensi menduduki prevalensi tertinggi di Indonesia, sekitar 25,8%. Belitung merupakan propinsi dengan prevalensi tertinggi (30,9%) di Indonesia (Kementrian Kesehatan RI, 2013).

Faktor yang menjadi hambatan dalam kesehatan pada laki-laki yaitu kurangnya pemanfaatan fasilitas kesehatan, kesenjangan dalam melakukan pencegahan. Factor pola perawatan medis, pertimbangan keuangan. Laki-laki tidak memiliki akses ke system kesehatan untuk pemeriksaan secara rutin. Sosialisasi memiliki pengaruh terhadap perubahan perilaku dalam perubahan sikap. Laki-laki menjadi pendukung program dalam pemenuhan kebutuhan mereka (Porche, 2009).

Wanita belum menjadi fokus perhatian medis selama berabad-abad. Wanita di tahun-tahun awal kedewasaan memiliki tugas yang berbeda untuk diselesaikan dan masalah yang harus ditangani daripada wanita di masa dewasa selanjutnya, dan transisi dari remaja ke dewasa bisa membuat stres. Menurut Erickson (Stevens, 1983), tugas perkembangan utama yang perlu diselesaikan oleh remaja putri adalah pembentukan identitas dan pengembangan keintiman. Masalah kesehatan yang memengaruhi semasa hidupnya adalah penyakit jantung coroner, sindrom metabolic, hipertensi, diabetes mellitus, arthritis, osteoporosis dan kanker (kanker payudara, serviks, endometrium, ovarium).

Kesehatan reproduksi sebagai salah satu layanan dibidang kesehatan mulai dari menarche sampai postmenopause. Masalah kesehatan reproduksi yang muncul adalah dismenore pada wanita antara usia 15-24 tahun (Nelson, 2004). Wanita dengan menopause membutuhkan bimbingan dalam mempromosikan gaya hidup sehat, karena memiliki risiko berkembang kondisi kronis seperti osteoporosis, penyakit jantung, hipertensi, dan DM tipe 2.

Pengalaman kebutuhan nutrisi dari bayi sampai remaja merupakan factor penting dalam kesehatan reproduksi. Obesitas menjadi masalah kesehatan yang utama. Perawat membuat wanita muda sadar gizi untuk perkembangan dan pertumbuhan janin. Penyakit menular seksual (PMS) adalah bahaya kesehatan bagi pria dan wanita. Penanganan PMS terdapat dalam *Centre Disease Control and Prevention* (CDC). Peran perawat kesehatan komunitas menindaklanjuti pasangan seksual yang memerlukan evaluasi dan penanganan. Factor risiko terjadinya HIV AIDS adalah seksual diusia muda, kurang kesadaran mengenai penyakit dan penggunaan kondom, berganti pasangan, kerentanan biologis, penyalahgunaan zat, kemiskinan, putus sekolah, pekerja seks, dan stigma tentang tes dan pengobatan. Peran penting perawat yang bekerja pada populasi tersebut harus mengikuti tren dalam konseling dan pilihan pengobatan.

Gangguan stress dan mental juga menjadi masalah kesehatan wanita. Seorang perempuan dapat merasa tertekan dalam membuat keputusan untuk memiliki anak sebelum mewujudkan karirnya. Tingkat emosional wanita dapat mempengaruhi fungsi ovarium dari awal mentruasi hingga akhir masa menstruasi. Depresi dapat diperburuk oleh hormon pramenstruasi. Wanita dengan Riwayat deptesi dapat terjadi kekambuhan selama masa postpartum dan mengalami depresi selama transisi pramenopause (Blehar, 2003). Depresi sering terjadi pada perempuan dibandingkan laki-laki. Angka kejadian depresi pada perempuan lebih cenderung akibat gabungan biologis akibat stress psikologis dan ekonomi.

Pencegahan pada kesehatan usia dewasa diawali dari pencegahan primer dengan mencegah timbulnya penyakit. Pencegahan primer antara lain tidak merokok, mengikuti diet makanan bergizi, melakukan hubungan seks dengan aman, menghindari narkoba, tidak minum alkohol dan aktif secara fisik. Pencegahan sekunder melalui deteksi dini penyakit baru yang belum

muncul secara klinis dan pemeriksaan kesehatan berkala. Perawat kesehatan masyarakat harus mengingatkan individu untuk melakukan pemeriksaan rutin disetiap kesempatan. Pencegahan tersier dilakuakn untuk menghentikan komplikasi setelah penyakit terdiagnosis secara klinis. Salah satu pencegahan primer yaitu rehabilitasi. Layanan rehabilitasi meliputi konseling gaya hidup dan perubahan peran.

4.4 Kesehatan Lanjut Usia

Populasi lanjut usia yang tumbuh akan memberikan kesempatan bagi perawat untuk memperkuat dan membangun program dan layanan yang berfokus pada dukungan tingkat fungsional tertinggi populasi lanjut usia. Seperti bidang spesialisasi keperawatan lainnya, perawat kesehatan masyarakat akan berada dalam posisi untuk mengadvokasi kebutuhan populasi yang menua dan bekerja dengan lembaga dan organisasi lain yang terlibat dalam pemberian perawatan kesehatan untuk memastikan bahwa lansia memiliki akses ke perawatan kesehatan berkualitas tinggi dan komprehensif untuk mengatasi masalah mereka yang unik dan kompleks.

Pada tahun 2050 sepersepuluh dari populasi akan berusia di atas 65 tahun (IIASA, 2007). Di sebagian besar dunia, populasi yang berusia di atas 80 tahun tumbuh lebih cepat daripada kelompok usia populasi lainnya (Perserikatan Bangsa-Bangsa [PBB], 2003a). Peningkatan terbesar dalam jumlah absolut lansia akan terjadi di negara-negara berkembang, China kemungkinan besar akan mengalami peningkatan luar biasa dalam proporsi lansia seiring dengan penurunan tingkat kelahiran mereka (IIASA, 2007). Pada tahun 2050, diperkirakan Asia akan menjadi rumah bagi 63% lansia dunia (PBB, 2003a). Karena pergeseran demografis ini seiring dengan perubahan harapan masyarakat, diperlukan perubahan sikap dan kebijakan sosial di seluruh dunia; banyak negara memiliki

sedikit atau tidak ada program sosial, pensiun, atau layanan perawatan kesehatan yang tersedia untuk penduduk lansia mereka (PBB, 2003b).

Angka harapan hidup saat lahir di seluruh dunia saat ini berkisar antara 32,2 hingga 83,5 tahun (Central Intelligence Agency [CIA], 2007). Angka harapan hidup meningkat di negara-negara berkembang sejak tahun 1950, meskipun besaran kenaikannya bervariasi. Harapan hidup yang lebih tinggi saat lahir untuk perempuan dibandingkan dengan laki-laki hampir universal, dengan perbedaan gender rata-rata diperkirakan untuk tahun 2007 sekitar 4 tahun di seluruh dunia (67,8 tahun untuk perempuan, 63,8 untuk laki-laki).

Ageism sering muncul pada masa lanjut usia. Ageism adalah istilah yang menggambarkan stereotip negatif terhadap orang dewasa yang lebih tua dan diskriminasi karena usia yang lebih tua. Sayangnya masalah kesehatan dan gejala pada lansia sering terabaikan atau diabaikan sebagai bagian dari proses penuaan normal. Dengan menjadi lebih sadar akan mitos dan realitas penuaan, perawat kesehatan masyarakat dapat meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup populasi lanjut usia (Salzman, 2006). Ageisme dapat mengganggu praktik yang efektif dan mencegah jenis layanan dan perawatan yang komprehensif dan interdisipliner yang dibutuhkan oleh orang lanjut usia (Ory, 2003).

Meningkatnya jumlah lansia meningkatkan tuntutan pada sistem kesehatan dan layanan medis. Potensi umur panjang kelompok lansia akan menimbulkan banyak masalah termasuk perencanaan pensiun yang buruk dan keuangan yang semakin menipis, biaya hidup yang meningkat, penyakit kronis dan kecacatan yang meningkat, kapasitas fungsional yang berkurang, dan kerugian yang berkelanjutan. Terlepas dari layanan preventif dan suportif, diperkirakan bahwa setidaknya 40% populasi di atas usia 75 tahun akan membutuhkan layanan perawatan kesehatan ekstensif di usia

lanjut. Penyakit kronis, yang mempengaruhi orang dewasa yang lebih tua secara tidak proporsional, berkontribusi terhadap kecacatan, mengurangi kualitas hidup, dan meningkatkan biaya perawatan kesehatan (Kapo, Morrison, & Liao, 2007).

Masalah kesehatan yang dialami lansia meliputi penyakit kronis dan penggunaan obat-obatan. Sekitar 91% lansia memiliki satu kondisi penyakit kronis, dan 73% memiliki setidaknya dua penyakit kronis meliputi diabetes, arthritis, hipertensi, penyakit paru. Penyakit kronis merupakan penyebab utama kematian dan kecacatan pada orang usia 65 tahun lebih, mengakibatkan keterbatasan dalam aktivitas harian. Adanya penyakit kronis menyebabkan lansia mengonsumsi obat-obatan. Hampir sepertiga dari semua resep obat yang diberikan dan menghabiskan dana untuk obat. Populasi lansia rentan terhadap efek obat-obatan karena perubahan normal penuaan. Salah satu peran perawat adalah mengawasi penggunaan dan keamanan obat-obatan yang ada di rumah, serta efek samping yang ditimbulkan.

Masalah kesehatan tambahan yang muncul pada lansia meliputi kerusakan sensori (katarak, degenerasi macular, glaucoma), kehilangan pendengaran, masalah gigi, inkontinensia. Kerusakan penglihatan dan pendengaran merupakan kondisi umum pada penuaan populasi lansia (NIA, 2012). Ketidakmampuan sensori meningkat seiring kondisi penuaan dan mempengaruhi kemampuan lansia untuk melakukan aktivitas. Kerusakan penglihatan yang reversible pada lansia disebabkan oleh katarak. Usia merupakan faktor risiko terbesar untuk katarak. Faktor risiko lain diantaranya diabetes, riwayat keluarga, cedera mata atau inflamasi, penggunaan kortikosteroid, paparan cahaya matahari berlebihan, dan merokok. Intervensi dengan pemeriksaan mata secara teratur, berhenti merokok, menggunakan kaca mata hitam, mempertahankan berat badan seimbang, mengonsumsi makanan sehat. Degenerasi macular dapat muncul secara tiba-tiba dan berkembang dengan cepat.

Perubahan pada pusat penglihatan dan kemampuan untuk melihat warna. Glukoma tidak dapat disembuhkan, kerusakannya tidak dapat dikembalikan. Namun pengobatan dan pemeriksaan mata secara teratur dan mencegah kehilangan penglihatan. Perawat mengajarkan lansia tentang skrining penglihatan yang direkomendasikan untuk menentukan pengaruh kerusakan penglihatan.

Kehilangan pendengaran merupakan kondisi paling umum pada lansia. Presbikusis terjadi karena adanya perubahan telinga bagian tengah akibat penuaan, suara berisik, hereditas, cedera kepala, infeksi, penyakit, gangguan sirkulasi (hipertensi). Perawat harus mengkaji kerusakan pendengaran pada lansia. Masalah gigi pada lansia sering terabaikan. Dengan perawatan yang tepat dapat mempertahankan gigi yang baik.

Masalah gigi yang muncul yaitu mulut kering, gusi surut, gigi berlubang, hipersensitivitas, dan perubahan warna gigi (Senior Health, 2011). Masalah inkonstinensia bisa disebabkan oleh peningkatan usia. Hal ini dapat terjadi karena infeksi saluran kemih, infeksi vagina, kosntipasi dan obat-obatan yang dapat menyebabkan kontrol kandung kemih jangka pendek. Dalam beberapa kasus, inkontinensia urin dapat diobati atau dikendalikan jika tidak sembuh.

Keamanan dan kebutuhan keselamatan lansia sangat dibutuhkan untuk mencegah terjadinya cedera baik didalam mau diluar rumah. Lansia menjadi target perampokan, perampasan, pencurian. Lebih dari tiga orang usia 65 tahun mengalami jatuh setiap tahun. Jatuh menjadi penyebab kecacatan, fraktur, akibat trauma. Lansia yang jatuh dan mengalami fraktur dapat menjadi takut jatuh kembali. Factor lain yang menyebabkan jatuh adalah kehilangan pijakan yang menyebabkan jatuh. Usaha yang dilakukan untuk mengurangi resiko jatuh yaitu dengan Latihan sederhana otot kaki dan Latihan keseimbangan. Trauma cedera kepala meliputi sakit kepala, pusing, kepala terasa ringan, ngantuk, penglihatan kabur,

telinga berdenging, letargi, perubahan pola tidur. Perhatian medis untuk pemantauan dan pengobatan gejala.

Kekerasan pada lansia yang sering ditemukan yaitu kekerasan fisik, kekerasan psikologis, eksploitasi keuangan, pengabaian. Kekerasan fisik seperti menampar, mendorong, mencubit, dll. Kekerasan psikologis meliputi penghinaan, intimidasi, ancaman, dan merusak barang-barang. Pelaku kekerasan seringkali pasangan, anak dewasa, saudara, teman, atau pengasuh. Factor yang menyebabkan kekerasan adalah kurangnya pengetahuan tentang penuaan normal, kelelahan pengasuh, kemarahan, frustrasi, narkoba. Lansia yang lain rentan adalah lansia yang berusia 75 tahun, mereka bergantung pada pengasuh untuk aktivitas harian. Tindakan pencegahan yang dilakukan dengan pelatihan profesional oleh tenaga kesehatan, edukasi public tentang kekerasan pada lansia.

Gangguan psikologis sering ditandai dengan adanya depresi dan menyebabkan bunuh diri. Gangguan ansietas merupakan emosi normal manusia yang dapat dialami setiap manusia. Gangguan kecemasan adalah masalah yang umum muncul pada lansia dalam waktu yang lama dan singkat. Depresi dapat menyebabkan bunuh diri. Depresi berhubungan dengan peningkatan resiko kematian akibat serangan jantung dan depresi dapat berdampak dengan penyakit lain. Penyakit alzheimer juga menjadi hal yg perlu diperhatikan pada masa lansia. Alzheimer menimbulkan banyak tantangan bagi pemberi perawatan, keluarga dan teman. Banyak individu yang tinggal sendiri, perawatan diri yang tidak adekuat, isolasi social, jatuh, keluyuran, cedera. Gejala perilaku yaitu gelisah, agresif, keluyuran dan gangguan tidur. Strategi manajemen untuk merawat alzheimer yaitu penggunaan pilihan pengobatan yang tersedia dengan tepat, perawatan profesional, partisipasi dalam program perawatan lansia.

Semakin bertambah usia, akan menghadapi tantangan hidup. Kehilangan orang yang dicintai, penurunan kesehatan fisik, sadar akan dekatnya masa hidup dan spiritualitas adalah menjadi hal yang sangat penting. Sebagian besar lansia menggambarkan diri sebagai spiritual dan religious. Spiritualitas penting bagi lansia dan memiliki manfaat kesehatan. Pemenuhan spiritual dalam asuhan keperawatan harus dilakukan secara holistic. Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan yaitu dengan kehadiran perawat, mendengarkan aktif, sentuhan, menceritakan kenangan, eksplorasi makna hidup, doa, harapan, fasilitas praktik keagamaan dan melalui ahli spiritual.

DAFTAR PUSTAKA

- Blehar M. 2003. Public health context of women's mental health research, *Psychiatric: Clinics of North America*
- Cook, J.T. 2002. Clinical implications of household food security: Definitions, monitoring, and policy. *Nutrition in Clinical Care*
- Franko, D., Thompson, D., Affenito, S., et al. 2008. What mediates the relationship between family meals and adolescent health issues. *Health Psychology*.
- Graham, W., & Hussein, J. (2006). Universal reporting of maternal mortality: An achievable goal? *International Journal of Gynecology & Obstetrics*
- Guenther, L. 2007. Pediculosis. Retrieved November 1, 2007 from <http://www.emedicine.com/med/topic1769.htm>
- Hansen, R.C. 2004. Overview: The state of head lice management and control. *The American Journal of Managed Care*
- Harkness G.A. 2012. Community and Public health nursing : present, past and future. In Harkness G.A, DeMarco R.F, editor : *Community and Public health nursing : evidence based for practice*, Philadelphia, PA, wolter
- Institute of Medicine. (2006, September). Progress in preventing childhood obesity: How do we measure up? Retrieved August 1, 2008 from http://www.iom.edu/Object.File/Master/36/984/11722_reportbrief.pdf.
- Kemenkes RI. 2013. Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Kapo, J., Morrison, L., & Liao, S. 2007. Palliative care for the older adult. *Journal of Palliative Medicine*.

- National Institute of Arthritis & Musculoskeletal & Skin Diseases. (2006a). Handout on health: Osteoarthritis. Retrieved August 18, 2008 from <http://www.niams.nih.gov/hi/topics/arthritis/oahandout.htm#1>.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Guo, J., et al. 2006. Obesity, disordered eating, and eating disorders in a longitudinal study of adolescents: How do dieters fare 5 years later? *Journal of the American Dietetic Association*.
- Nelson AL. 2004. Menstrual problem and common gynecologic concerns. In Hatcher RA, trussell J, Steward F, et al : *Contraceptive Technology*.
- Noimark, L., & Cox, H. 2008. Nutritional problems related to food allergy in childhood. *Pediatric Allergy & Immunology*.
- Ory, M., Hoffman, M., Hawkins, M., et al. 2003. Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*.
- Porche D.2009. Men health: building the science, *Am J Men's Health*
- Reinberg, S. 2008. Measles outbreak rises to 64 cases, most since 2001. *The Washington Post*. Retrieved August 1, 2008 from http://www.washingtonpost.com/wpdyn/content/article2008/05/01/AR2008050102633_pf.html.
- Salzman, B. 2006. Myths and realities of aging. *Care Management Journals*.
- Save the Children. (2008). *State of the world's mothers, 2008*. Westport, CN: Author.
- Schnitzer, P.G. 2006. Prevention of unintentional childhood injuries. *American Family Physician*.
- Smith, L.E., Greene, M.A., & Singh, H.A. 2002. Study of the effectiveness of the U.S. safety standard for child resistant cigarette lighters. *Injury Prevention*.

- Stevens, S., Colwell, B., Smith, D., et al. 2005. An exploration of self-reported negative affect by adolescents as a reason for smoking: Implications for tobacco prevention and intervention programs. *Preventive Medicine*.
- World Health Organization. 2008. New world health report spotlights mother and child health. Retrieved August 18, 2008 from http://www.euro.who.int/mediacentre/PR/2005/20050406_1?PrinterFriendly1&.

BAB V

KONSEP KOMUNITAS

Oleh Verra Widhi Astuti

5.1 Definisi Komunitas

Definisi komunitas mengalami perkembangan beberapa tahun belakangan ini. Sebelum tahun 1996, definisi komunitas lebih berfokus pada batas-batas geografis yang dikombinasikan dengan atribut sosial masyarakat (Baldwin et.al dalam (Nies and Mc Ewen, 2018). Sedangkan dalam perkembangan selanjutnya, lokasi geografis merupakan karakteristik sekunder untuk mendefinisikan sebuah komunitas.

Dalam perkembangannya, komunitas didefinisikan sebagai kumpulan orang-orang yang berinteraksi satu sama lain, memiliki minat atau karakteristik yang sama sehingga membentuk dasar untuk memiliki rasa persatuan atau kepemilikan. Misalnya orang-orang yang memegang hak istimewa bersama (misalnya: warga desa), berbagi kepentingan bersama (misalnya: komunitas buruh), atau hidup di bawah hukum dan peraturan yang sama (misalnya: komunitas penjara) (Rector, 2018). Sumber lain mendefinisikan komunitas sebagai orang-orang yang berinteraksi, memiliki pengalaman bersama-sama, yang mungkin atau tidak mungkin memiliki rasa kesamaan tujuan (*American Nurses Association (ANA)*, 2013, dalam (Stanhope and Lancaster, 2016)). Perawat harus menyadari bahwa komunitas lebih dari jumlah individu, keluarga, agregat, dan organisasi di dalamnya. Melainkan interaksi diantara kumpulan orang di dalamnya.

Savage (2019) menyebutkan bahwa komunitas mengacu pada sekelompok individu yang tinggal di dalam wilayah geografis yang sama, seperti kota atau lingkungan, atau sekelompok individu yang memiliki penyebut umum lainnya, seperti etnis atau orientasi agama dimana individu dalam komunitas mengakui keanggotaan mereka dalam komunitas berdasarkan interaksi sosial dan pembentukan ikatan dengan anggota lain dalam komunitas, dan sering bergabung dengan pengambilan keputusan kolektif. Meskipun sebagian besar orang dalam komunitas berbagi banyak aspek dalam pengalaman mereka, sebagai perawat komunitas sangat penting untuk mengidentifikasi tiga tipe komunitas yang relevan dengan praktik kesehatan komunitas, seperti: letak geografis, kepentingan bersama, dan masalah maupun solusi kesehatan (Rector, 2018).

5.1.1 Komunitas Geografis

Komunitas geografis terbentuk berdasarkan batas-batas geografisnya (Rector, 2018). Sebuah kota, desa atau lingkungan adalah komunitas geografis. Seperti misalnya Kota Padang terletak di Sumatera Barat yang memiliki daerah pantai yang membujur dari Utara ke Selatan dan juga terdapat Bukit Barisan dengan Panjang 486.209 Km (DISKOMINFO Kota Padang, 2017). Populasi Kota Padang sekitar 909.040 jiwa dengan dengan lokasi yang dijadikan ibukota provinsi Sumatera Barat sehingga disebut Komunitas Perkotaan (BPS Kota Padang, 2018). Populasi memiliki karakteristik tertentu yang dapat diidentifikasi, seperti rasio usia dan jenis kelamin, dan ukurannya berfluktuasi dengan kondisi: misalnya pada akhir tahun membawa ratusan wisatawan dan penduduk musiman. Kota padang adalah sistem sosial berdasarkan lokasi geografis. Keluarga, sekolah, rumah sakit, gereja, toko, dan lembaga pemerintah terhubung dalam jaringan yang kompleks. Komunitas ini, seperti yang lain, memiliki struktur kekuasaan informal. Selain itu juga memiliki sistem komunikasi yang mencakup surat kabar, stasiun

radio, dan stasiun televisi. Pada akhirnya, sebuah komunitas terdiri dari kumpulan orang-orang yang terletak di tempat tertentu dan terdiri dari lembaga-lembaga yang diorganisasikan ke dalam sistem sosial.

Seringkali, satu bagian kota dapat diperlakukan sebagai komunitas. Selain itu, kota-kota sering dipecah menjadi beberapa bagian atau lingkungan (Rector, 2018). Di Kota Padang misalnya, Di Wilayah anak air terbagi menjadi dua komunitas yang terdiri dari Padang Sarai yang merupakan komunitas pantai sedangkan Batipuh Panjang merupakan komunitas perbukitan. Dalam kesehatan komunitas, penting untuk mengidentifikasi wilayah geografis sebagai untuk analisis kebutuhan kesehatan (Dinas Kesehatan Kota Padang, 2019). Data yang tersedia, seperti angka morbiditas dan mortalitas, dapat menambah studi penilaian untuk membentuk dasar perencanaan program kesehatan. Kampanye media dan upaya pendidikan kesehatan lainnya dapat dengan mudah menjangkau sasaran yang dituju. Misalnya Komunitas Padang Sarai yang berada di tepi pantai, dengan kondisi geografis Kota Padang yang berbatasan langsung dengan Samudera Hindia dan merupakan zona tumbukan aktif dari dua lempeng mengakibatkan wilayah ini berisiko tinggi gempa bumi dan tsunami (Jagad ID, 2022). Hal ini tentu menjadi salah satu dasar perawat komunitas dalam menyusun perencanaan program kesehatan.

5.1.2 Komunitas Kepentingan Bersama

Sekumpulan orang meskipun mereka tersebar luas secara geografis, dapat memiliki minat atau tujuan yang mengikat anggotanya atau biasa disebut dengan komunitas kepentingan bersama (Rector, 2018). Sebagai contoh orang dengan disabilitas yang tersebar di seluruh kota besar dapat muncul sebagai komunitas melalui minat bersama dalam mempromosikan kepatuhan terhadap pedoman penggunaan kursi roda, tempat parkir, fasilitas toilet, *lift*,

atau layanan lain untuk penyandang disabilitas. Ada juga *Indonesia Cancer Care Community* (ICCC) yaitu komunitas orang dengan kanker yang berbagi pengalaman, saling memotivasi dan informasi seputar kanker (ICCC, 2022). Jenis kepentingan bersama yang mengarah pada pembentukan komunitas sangat bervariasi.

5.1.3 Komunitas Solusi

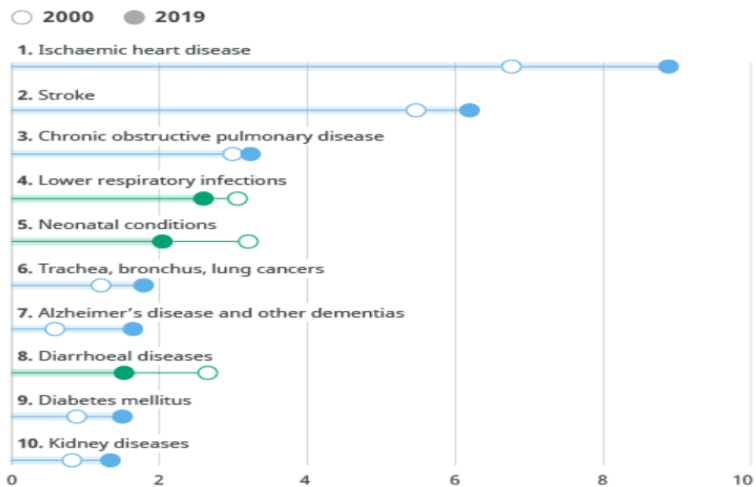
Komunitas solusi merupakan sekelompok orang yang berkumpul untuk memecahkan masalah yang mempengaruhi mereka semua (Rector, 2018). Bentuk komunitas ini bervariasi dengan sifat masalah, ukuran wilayah geografis yang terpengaruh, dan jumlah sumber daya yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah tersebut. Misalnya di Kota Padang angka penyalahgunaan zat terlarang di kalangan siswa SMA tergolong cukup tinggi maka dibentuklah komunitas untuk menangani masalah ini. Beberapa sekolah dapat berkolaborasi dengan penegak hukum dan lembaga kesehatan, serta legislator dan pembuat kebijakan, untuk mempelajari pola penyalahgunaan zat di kalangan siswa dan merancang kemungkinan pendekatan pencegahan. Batas-batas komunitas solusi ini terbentuk di sekitar sekolah, lembaga, dan tokoh politik yang terlibat.

5.2 Determinan Kesehatan dan Penyakit

Determinan kesehatan dan penyakit menentukan status kesehatan suatu komunitas. Hal ini dikaitkan dengan sejumlah faktor, seperti akses perawatan kesehatan, kondisi ekonomi, masalah sosial dan lingkungan, dan praktik budaya, dan penting bagi perawat kesehatan komunitas untuk memahami determinan kesehatan dan mengenali interaksi faktor-faktor yang menyebabkan penyakit, kematian, dan kecacatan. Kondisi biologis dan perilaku individu mempengaruhi kesehatan melalui interaksi mereka satu sama lain dan dengan lingkungan sosial dan maupun lingkungan fisik individu

itu sendiri. Dengan demikian, kebijakan dan intervensi dapat meningkatkan kesehatan dengan menargetkan faktor merugikan yang terkait dengan individu dan lingkungannya (Nies and Mc Ewen, 2018).

World Health Organization (WHO, 2020) melaporkan terdapat 10 (sepuluh) penyebab kematian tertinggi di dunia yang dapat dilihat pada gambar 5.1 di bawah ini:



Gambar 5.1 10 (Sepuluh) Penyebab Kematian di Dunia
(Sumber : WHO, 2020)

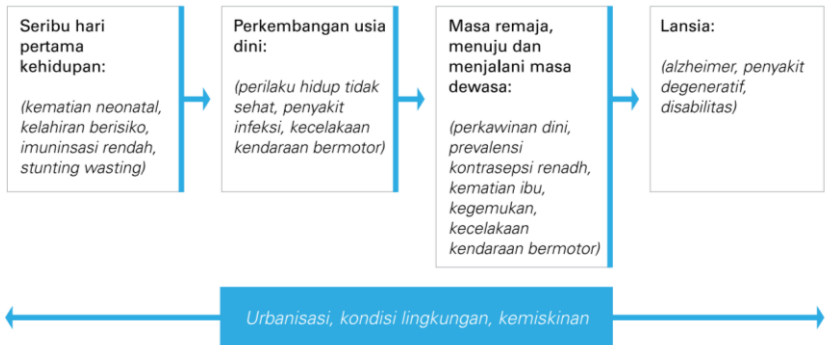
Pada tahun 2019, 10 penyebab kematian teratas menyumbang 55% dari 55,4 juta kematian di seluruh dunia. Hal ini dikaitkan dengan tiga topik besar: kardiovaskular (penyakit jantung iskemik, stroke), pernapasan (penyakit paru obstruktif kronis, infeksi pernapasan bawah) dan kondisi neonatal – yang meliputi asfiksia kelahiran dan trauma kelahiran, sepsis dan infeksi neonatal, dan komplikasi kelahiran prematur. Penyebab kematian dapat dikelompokkan menjadi tiga kategori: menular (penyakit menular

dan parasit dan kondisi ibu, perinatal dan nutrisi), tidak menular (kronis) dan cedera (WHO, 2020).

Para ahli kesehatan masyarakat telah mengamati bahwa kesehatan telah meningkat selama 100 tahun terakhir sebagian besar karena orang menjadi lebih jarang sakit (Russo, 2015 dalam Nies & Mc Ewen, 2018). 10 (sepuluh) penyebab kematian tertinggi dapat dikaitkan dengan perilaku hidup yang baik, nutrisi yang baik, lingkungan yang lebih sehat, dan memiliki lebih sedikit anak. Selanjutnya, upaya kesehatan masyarakat, seperti imunisasi dan udara dan air bersih, dan perawatan medis, termasuk manajemen penyakit episodik akut (misalnya, pneumonia, TBC) dan penyakit kronis (misalnya, kanker, penyakit jantung), juga berkontribusi secara signifikan terhadap penurunan angka kematian dan peningkatan harapan hidup.

Perawat komunitas dan masyarakat harus memahami bahwa kesehatan dan penyakit dipengaruhi oleh kumpulan faktor, beberapa yang dapat diubah (misalnya, perilaku individu seperti penggunaan tembakau, diet, aktivitas fisik) dan faktor yang tidak dapat diubah (misalnya, genetika, usia, jenis kelamin) dan faktor-faktor lain. Hal inilah yang nantinya akan menjadi bahan pertimbangan perawat komunitas untuk menyusun asuhan keperawatan komunitas untuk mengatasi masalah yang terjadi.

Faktor risiko dan kerentanan juga dapat digambarkan berdasarkan daur hidup seseorang, seperti pada gambar 5.2 berikut ini:



Gambar 5.2 Faktor Risiko dan Kerentanan Terkait Kesehatan Berdasarkan Daur Hidup

(Sumber : Adioetomo, 2018 dalam Setyonaluri, D. & Aninditya, 2019)

Kondisi kesehatan dapat digambarkan secara bervariasi menurut kelompok umur yang dapat merefleksikan variasi keterpaparan risiko dan kerentanan pada setiap tahap daur kehidupan (Gambar 5.2). Artinya, pada setiap tahap daur kehidupan, terdapat kondisi berisiko dan kerentanan yang dapat memengaruhi kesehatan dan produktivitas seseorang. Namun, terdapat juga faktor risiko dan kerentanan yang melampaui batas usia dan tahapan kehidupan yang juga turut memengaruhi kesehatan, seperti kondisi lingkungan, urbanisasi, dan kemiskinan. Peran perawat komunitas sangat penting dalam mengatasi berbagai risiko dan kerentanan di sepanjang daur kehidupan ini.

Sumber lain menyebutkan terdapat faktor sosial yang dapat mempengaruhi kesehatan. Berikut Gambar 5.1 yang menunjukkan model *Healthy People 2030*, yang menggambarkan faktor-faktor sosial yang dapat mempengaruhi kesehatan.

Akses dan
Kualitas
Pendidikan

Akses dan
Kualitas
Pelayanan
Perawatan

Lingkungan dan
Lingkungan
Binaan

Stabilitas
Ekonomi



Konteks Sosial dan
Kemasyarakatan

Gambar 5.3 Determinan Sosial Kesehatan

(Sumber : *Office of Disease Prevention and Health Promotion*, 2021)

Stabilitas ekonomi. Ekonomi dan kesehatan mempunyai hubungan timbal balik. Orang dengan stabilitas ekonomi yang baik cenderung tidak hidup dalam kemiskinan dan lebih cenderung sehat karena dapat membeli barang-barang yang mereka butuhkan untuk tetap sehat. Sedangkan orang-orang dengan kondisi ekonomi kurang baik cenderung sulit untuk memenuhi kebutuhan terkait makanan, tempat tinggal, akses ke pelayanan kesehatan. Selain itu kondisi kesehatan juga mempengaruhi terhadap ketercukupan ekonomi. Dengan kondisi cacat, cedera, atau kondisi seperti radang sendi mungkin sangat terbatas dalam kemampuan mereka untuk bekerja dan mendapatkan penghasilan. Program ketenagakerjaan, konseling karir, dan peluang pengasuhan anak berkualitas tinggi dapat membantu lebih banyak orang menemukan dan mempertahankan pekerjaan (*Office of Disease Prevention and Health Promotion*, 2021).

Akses dan Kualitas Pendidikan. Orang dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung lebih sehat dan hidup lebih lama.

Anak-anak dari keluarga berpenghasilan rendah, anak-anak penyandang cacat, dan anak-anak yang secara rutin mengalami bentuk diskriminasi sosial seperti perundungan dan cenderung tidak lulus dari sekolah menengah atau kuliah. Ini berarti mereka cenderung tidak mendapatkan pekerjaan yang aman, bergaji tinggi, dan lebih mungkin memiliki masalah kesehatan seperti penyakit jantung, diabetes, dan depresi. Intervensi untuk membantu anak-anak dan remaja berprestasi di sekolah dan membantu keluarga membayar kuliah dapat memiliki manfaat kesehatan jangka panjang (*Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2021*).

Akses dan Kualitas Pelayanan Perawatan. Banyak orang di Indonesia tidak mendapatkan layanan perawatan kesehatan yang mereka butuhkan. Orang tanpa asuransi cenderung tidak memiliki penyedia perawatan primer, dan mereka mungkin tidak mampu membeli layanan perawatan kesehatan dan obat-obatan yang mereka butuhkan. Strategi untuk meningkatkan tingkat pertanggungan asuransi sangat penting untuk memastikan lebih banyak orang mendapatkan layanan perawatan kesehatan yang penting, seperti perawatan pencegahan dan perawatan untuk penyakit kronis (*Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2021*).

Lingkungan dan Lingkungan Binaan. Lingkungan tempat orang tinggal memiliki dampak besar pada kesehatan. Lingkungan juga termasuk tempat-tempat di mana orang tinggal, bekerja, belajar, dan bermain. Ras/etnis minoritas dan orang-orang dengan pendapatan rendah lebih cenderung tinggal di lingkungan dengan tingkat kekerasan yang tinggi, udara atau air yang tidak aman, dan risiko kesehatan dan keselamatan lainnya. Selain itu, beberapa orang terpapar hal-hal di tempat kerja yang dapat membahayakan kesehatan mereka, seperti asap bekas atau suara keras (*Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2021*).

Konteks Sosial dan Kemasyarakatan. Hubungan dan interaksi orang-orang dengan keluarga, teman, rekan kerja, dan anggota komunitas dapat berdampak besar pada kesehatan dan kesejahteraan. Banyak orang

menghadapi tantangan dan bahaya yang tidak dapat mereka kendalikan seperti lingkungan yang tidak aman, diskriminasi, atau kesulitan membeli barang-barang yang mereka butuhkan. Ini dapat berdampak negatif pada kesehatan dan keselamatan sepanjang hidup. Hubungan positif di rumah, di tempat kerja, dan di masyarakat dapat membantu mengurangi dampak negatif ini. Tetapi beberapa orang seperti anak-anak yang orang tuanya berada di penjara dan remaja yang diintimidasi sering tidak mendapatkan dukungan dari orang yang dicintai atau orang lain. Intervensi untuk membantu orang mendapatkan dukungan sosial dan masyarakat yang mereka butuhkan sangat penting untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan (*Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2021*).

Dari penjabaran di atas, perawat komunitas selain memperharikan faktor biologis dan perilaku juga harus memperhatikan faktor (misalnya, lingkungan fisik dan sosial) yang mungkin memerlukan perubahan yang perlu dicapai dari perspektif kebijakan. Perawat kesehatan masyarakat/komunitas harus bekerja dengan pembuat kebijakan dan tokoh masyarakat untuk mengidentifikasi pola penyakit dan kematian dan untuk mengadvokasi kegiatan dan kebijakan yang mempromosikan kesehatan pada tingkat individu, keluarga, agregat, dan populasi dengan memperhatikan faktor-faktor determinan yang sudah dijelaskan tersebut.

5.3 Indikator Kesehatan Komunitas

Berbagai indikator kesehatan digunakan oleh penyedia layanan kesehatan, pembuat kebijakan, dan perawat kesehatan masyarakat untuk mengukur kesehatan masyarakat. Indikator kematian secara khusus menggambarkan status kesehatan suatu komunitas dan/atau populasi karena perubahan angka kematian mencerminkan sejumlah tren sosial, ekonomi, kesehatan, dan terkait (Shi & Singh, 2016 dalam Nies & Mc Ewen, 2018). Data ini mungkin

berguna dalam menganalisis pola kesehatan dari waktu ke waktu, membandingkan komunitas dari wilayah geografis yang berbeda, atau membandingkan agregat yang berbeda dalam masyarakat. Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2018) menetapkan 12 indikator berdasarkan: (1) SDGs; (2) RPJMN; (3) Renstra; (4) SPM; (5) IPKM; (6) PIS-PK; (7) Germas (Gambar 5.2)

Indikator Riskesdas 2018

Akses pelayanan kesehatan
Pelayanan Kesehatan Tradisional
Kesehatan dan Gangguan Jiwa
Kesehatan Lingkungan
Penyakit Menular
Penyakit Tidak Menular
Kesehatan Gigi Mulut
Disabilitas dan Cedera
Perilaku
Kesehatan Ibu dan Reproduksi
Gizi

Gambar 5.4 Indikator Riskesdas 2018

(Sumber : Kemenkes RI, 2020)

Healthy People 2030 juga mengidentifikasi beberapa indikator kesehatan utama yang mencerminkan masalah kesehatan masyarakat utama di Amerika Serikat (Gambar 5.2 *Healthy People 2030*). Indikator tersebut mencakup perilaku individu (misalnya, penggunaan tembakau, nutrisi, aktivitas fisik, dan obesitas), faktor lingkungan fisik dan sosial (misalnya, kualitas lingkungan, cedera, dan kekerasan), dan masalah sistem kesehatan (misalnya, akses ke kesehatan layanan).

Semua usia*

- Anak-anak, remaja, dan orang dewasa yang menggunakan sistem perawatan kesehatan mulut (2+ tahun)
- Konsumsi kalori dari gula tambahan oleh orang berusia 2 tahun ke atas (2+ tahun)
- Kematian overdosis obat
- Paparan udara tidak sehat
- Pembunuhan
- Kerawanan pangan dan kelaparan rumah tangga
- Orang yang divaksinasi setiap tahun terhadap influenza musiman
- Orang yang mengetahui status HIV mereka (13+ tahun)
- Orang dengan asuransi kesehatan (<65 tahun)

Bayi	Anak-anak dan Remaja	Dewasa dan Lansia
Kematian bayi	Siswa kelas 4 yang keterampilannya membacanya berada pada atau di atas tingkat prestasi mahir untuk kelasnya Remaja dengan episode depresi mayor yang menerima perawatan Anak-anak dan remaja dengan obesitas Penggunaan produk tembakau saat ini di kalangan remaja	Orang dewasa yang terlibat dalam pesta minuman beralkohol selama 30 hari terakhir Orang dewasa yang memenuhi pedoman minimum saat ini untuk aktivitas fisik aerobik dan aktivitas penguatan otot Orang dewasa yang menerima skrining kanker kolorektal berdasarkan pedoman terbaru Orang dewasa dengan hipertensi yang tekanan darahnya terkontrol Merokok pada orang dewasa Pekerjaan di antara populasi usia kerja Kematian ibu Kasus baru diabetes yang didiagnosis pada populasi

Gambar 5.5 Healthy People 2030 Leading Health Indicators (LHIs)
(Sumber : Healty People 2030, U.S. Department of Health and Human Services, n.d.)

Masing-masing indikator ini dapat mempengaruhi kesehatan individu dan komunitas dan dapat berkorelasi dengan penyebab utama morbiditas dan mortalitas. Misalnya, penggunaan tembakau dikaitkan dengan penyakit jantung, stroke, dan kanker; penyalahgunaan zat terkait dengan kecelakaan, cedera, dan kekerasan; perilaku seksual yang tidak bertanggung jawab dapat menyebabkan kehamilan yang tidak diinginkan serta mengakibatkan penyakit menular seksual, termasuk human *immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome* (HIV/AIDS); dan kurangnya akses ke perawatan kesehatan dapat berkontribusi pada hasil kehamilan yang buruk, tidak diobati penyakit, dan kecacatan (Nies and Mc Ewen, 2018).

5.4 Pendekatan Preventif Terhadap Kesehatan Komunitas

Kontras dengan "perawatan medis" yang berfokus pada manajemen penyakit dan "penyembuhan", kesehatan masyarakat/komunitas berfokus pada upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Kegiatan promosi kesehatan menggunakan sumber daya untuk meningkatkan kesejahteraan, sedangkan kegiatan pencegahan penyakit melindungi orang dari penyakit dan efek penyakit (Nies and Mc Ewen, 2018). Leavell dan Clark (1958 dalam Nies & Mc Ewen, 2018) mengidentifikasi tiga tingkat pencegahan yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier.



Gambar 5.6 Tiga level pencegahan
(Sumber: Nies & Mc Ewen, 2018)

5.4.1 Pencegahan Primer

Pencegahan primer berkaitan dengan kegiatan yang diarahkan untuk mencegah suatu masalah sebelum terjadi dengan mengubah kerentanan atau mengurangi paparan untuk individu yang rentan. Pencegahan primer terdiri dari dua elemen yaitu promosi kesehatan umum dan perlindungan khusus. Upaya promosi kesehatan dilakukan dengan meningkatkan ketahanan dan faktor pelindung yang menargetkan populasi yang pada dasarnya baik. Contohnya yaitu promosi nutrisi yang baik, penyediaan tempat tinggal yang memadai, dan mendorong olahraga teratur. Sedangkan upaya perlindungan khusus bertujuan mengurangi atau menghilangkan faktor risiko seperti misalnya imunisasi, penggunaan

sabuk pengaman, dan pemurnian air (Stanhope and Lancaster, 2016; Nies and Mc Ewen, 2018)

5.4.2 Pencegahan Sekunder

Pencegahan sekunder mengacu pada deteksi dini dan intervensi cepat selama periode awal fase patogenesis penyakit. Pencegahan sekunder dilaksanakan setelah masalah dimulai, tetapi sebelum tanda dan gejala muncul, dan menargetkan populasi yang memiliki faktor risiko. Contohnya adalah mamografi, skrining tekanan darah, dan skrining skoliosis (Nies and Mc Ewen, 2018)

5.4.3 Pencegahan Tersier

Pencegahan tersier menargetkan populasi yang pernah mengalami penyakit atau cedera dan berfokus pada pencegahan kecacatan dan rehabilitasi. Tujuan pencegahan tersier adalah untuk menjaga masalah kesehatan agar tidak semakin parah, untuk mengurangi efek penyakit dan cedera, dan untuk mengembalikan individu ke tingkat fungsi optimal mereka. Contohnya termasuk mengajarkan cara melakukan suntikan insulin dan manajemen penyakit untuk pasien dengan diabetes, rujukan pasien dengan cedera tulang belakang untuk terapi okupasi dan fisik, dan memimpin kelompok pendukung untuk orang tua yang berduka (Stanhope and Lancaster, 2016; Nies and Mc Ewen, 2018).

DAFTAR PUSTAKA

- BPS Kota Padang 2018. Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin (Jiwa), 2018-2020. *Kecamatan Padang Timur Dalam Rangka Padang Timur Subdistrict In Figure*, p. 95.
- Dinas Kesehatan Kota Padang. 2019. *Puskesmas Anak Air, Dinas Kesehatan Kota Padang*. Available at: <https://dinkes.padang.go.id/profile/puskesmas-anak-air>.
- DISKOMINFO Kota Padang. 2017. *Gambaran Umum Kota Padang*. Available at: <http://padang.go.id/konten/gambaran-umum-kota-padang>.
- Healty People. 2030. U.S. Department of Health and Human Services, O. of D. P. and H. P. (no date) *Healthy People 2030 Leading Health Indicators (LHIs)*. Available at: <https://health.gov/sites/default/files/2021-01/HP2030LeadingHealthIndicators508.pdf>.
- ICCC. 2022. *Komunitas*. Available at: <https://iccc.id/community/>.
- Jagad ID. 2022. *Peta Bali_ Sejarah dan Letak Lokasi Geografis - Jagad, Jagad ID*. Available at: <https://jagad.id/peta-kota-padang-sejarah-dan-letak-lokasi-geografis/>.
- Kemendes RI. 2020. *Laporan Riskesdas 2018 Nasional*. Available at: <http://repository.bkpk.kemdes.go.id/3514/1/LaporanRiskesdas2018Nasional.pdf>.
- Nies, M. and Mc Ewen, M. 2018. *Community/Public Health Nursing: Promoting The Health of Population*. 7 th. Canada: Elsevier Inc.
- Office of Disease Prevention and Health Promotion (2021) *Social Determinants of Health - Healthy People 2030, U.S Department of Health and Human Services*. Available at: <https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health%0Ahttps://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health%0Ahttps://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health%0Ahttps://health.gov/healthy>.

- Rector, C. 2018. *Community and public health nursing: Promoting the public's health*. 9th edn. Philadelphia: Wother Kluwer.
- Savage, C. 2019. *Public/Community Health and Nursing Practice: Caring for Populations, Public/Community Health and Nursing Practice*.
- Setyonaluri, D. & Aninditya, F. 2019. *Transisi Demografi Dan Epidemiologi : Permintaan Pelayanan Kesehatan Di Indonesia, Kementrian PPN/Bappenas*.
doi: 10.13140/RG.2.2.23355.44325.
- Stanhope, M. and Lancaster, J. 2016. *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*. 9 th. St. Louis, Missouri: Elsevier Inc.
- WHO. 2020. The top 10 causes of death'. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

BAB VI

PUSKESMAS

Oleh R.Firwandri Marza

6.1 Latar Belakang

Peraturan menteri kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa pusat kesehatan masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Selain melaksanakan tugas tersebut, Puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama serta sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan.

Upaya kesehatan masyarakat adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan dengan sasaran keluarga, kelompok dan masyarakat. Upaya kesehatan perseorangan adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk peningkatan, pencegahan, penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, dan memulihkan kesehatan perseorangan. Dalam menjalankan fungsinya sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat

(UKM), Puskesmas harus menyelenggarakan UKM Esensial dalam rangka mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten/kota bidang kesehatan. UKM Esensial meliputi pelayanan promosi kesehatan, pelayanan kesehatan lingkungan, pelayanan kesehatan ibu, anak, keluarga berencana, pelayanan gizi, dan pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit. Selain melaksanakan UKM esensial, Puskesmas juga melaksanakan UKM Pengembangan yang disesuaikan dengan prioritas masalah kesehatan, kekhususan wilayah kerja dan potensi sumber daya yang tersedia di masing-masing puskesmas. Sebagai contoh UKM Pengembangan yaitu pelayanan kesehatan kerja, pelayanan kesehatan olahraga, dan pelayanan kesehatan tradisional. Prinsip penyelenggaraan Puskesmas, meliputi: Paradigma sehat, artinya Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Pertanggungjawaban wilayah, artinya Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Kemandirian masyarakat, artinya Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pemerataan, artinya Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan. Teknologi tepat guna, artinya Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan. Keterpaduan dan kesinambungan, artinya Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan UKM dan UKP lintas program dan lintas sektor serta melaksanakan Sistem

Rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas. Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang: memiliki perilaku sehat yang meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan untuk hidup sehat. mampu menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Sistem Untuk menjamin akuntabilitas pelayanan, Puskesmas wajib melaksanakan Sistem Pencatatan dan Pelaporan Terpadu Puskesmas (SP2TP). Melalui SP2TP, Puskesmas diwajibkan mengumpulkan data transaksi pelayanan baik pelayanan UKP maupun UKM secara rutin. Melalui berbagai program yang terselenggara, mereka diwajibkan membuat laporan bulanan ke dinas kesehatan melalui format LB1 (laporan bulanan 1) yang berisi morbiditas penyakit, LB2 yang berisi laporan pencatatan dan penggunaan obat, LB3 dan LB4 yang lebih banyak memuat tentang program puskesmas.

Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat, yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Dengan kata lain Puskesmas mempunyai wewenang dan tanggung jawab atas pemeliharaan kesehatan masyarakat dalam wilayah kerjanya (Satrianegara, 2014). Mutu dalam layanan kesehatan di puskesmas adalah sebuah konsep manajemen berfokus konsumen yang inovatif dan partisipatif yang mempengaruhi setiap individu dalam organisasi. Tujuannya adalah terwujudnya pelaksanaan proses perbaikan yang akan berdampak positif outcome layanan kesehatan (Assaf, 2009).

2.1.2 Wilayah Kerja dan Ruang Lingkup Pelayanan Puskesmas

Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografik, dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan

bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas. Puskesmas merupakan perangkat Pemerintah Daerah Tingkat II, sehingga pembagian wilayah kerja Puskesmas ditetapkan oleh Bupati atau Walikota, dengan saran teknis 8 dari dari kepala DINKES (Dinas Kesehatan) Kabupaten/Kota. Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk setiap Puskesmas. Untuk perluasan jangkauan pelayanan kesehatan maka Puskesmas perlu ditunjang dengan unit pelayanan kesehatan yang lebih sederhana yang disebut Puskesmas Pembantu dan Puskesmas Keliling. Khusus untuk kota besar dengan jumlah penduduk satu juta atau lebih, wilayah kerja Puskesmas bisa meliputi satu kelurahan. Puskesmas di ibukota kecamatan dengan jumlah penduduk 150.000 jiwa atau lebih, merupakan “Puskesmas Pembina” yang berfungsi sebagai pusat rujukan bagi Puskesmas kelurahan dan juga mempunyai fungsi koordinasi. Dalam perkembangannya, batasan-batasan di atas makin kabur seiring dengan diberlakukannya Undang-Undang Otonomi Daerah yang lebih mengedepankan desentralisasi. Dengan otonomi, setiap daerah tingkat II punya kesempatan mengembangkan puskesmas sesuai rencana strategis (Restra) Kesehatan Daerah dan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Bidang Kesehatan sesuai situasi dan kondisi daerah Tingkat II (Satrianegara, 2014).

2.1.3 Fungsi Dan Peran Puskesmas

Keberhasilan pembangunan kesehatan berperan penting dalam meningkatkan mutu dan daya saing sumber daya manusia Indonesia. Untuk mencapai keberhasilan dalam pembangunan bidang kesehatan tersebut diselenggarakan berbagai upaya kesehatan secara menyeluruh, berjenjang dan terpadu. Dalam hal ini Puskesmas sebagai unit pelaksana 9 teknis Dinas Kesehatan merupakan penanggung jawab penyelenggara upaya kesehatan untuk jenjang pertama di wilayah kerjanya masing-masing. Puskesmas sesuai dengan fungsinya (sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, pusat pemberdayaan masyarakat dan

keluarga, serta pusat pelayanan kesehatan dasar) berkewajiban mengupayakan, menyediakan, dan menyelenggarakan pelayanan yang bermutu dalam memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang berkualitas dalam rangka mencapai tujuan pembangunan kesehatan nasional yaitu terwujudnya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya bagi masyarakat (Suparyanto, 2011). Fungsi Puskesmas: 1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan. Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha di wilayah kerjanya, sehingga berwawasan serta mendukung pembangunan kesehatan. Di samping itu Puskesmas aktif memantau dan melaporkan dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya. Khusus untuk pembangunan kesehatan, upaya yang dilakukan puskesmas adalah mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. 10 2. Pusat pemberdayaan masyarakat. Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan, dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat, berperan aktif dalam memperjuangkan kepentingan kesehatan termasuk pembiayaannya, serta ikut menetapkan, menyelenggarakan dan memantau pelaksanaan program kesehatan. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini diselenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat. Pusat pelayanan kesehatan strata pertama. Puskesmas bertanggungjawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggungjawab puskesmas meliputi: Pelayanan kesehatan masyarakat Pelayanan kesehatan masyarakat

adalah pelayanan yang bersifat publik (*public goods*) dengan tujuan utama memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Pelayanan kesehatan masyarakat tersebut antara lain promosi kesehatan, pemberantasan penyakit, penyehatan lingkungan, perbaikan gizi, peningkatan kesehatan keluarga, keluarga berencana, kesehatan jiwa serta berbagai program kesehatan masyarakat lainnya.

b. Pelayanan kesehatan perorangan

Pelayanan kesehatan perorangan adalah pelayanan yang bersifat pribadi (*private goods*) dengan tujuan utama menyembuhkan penyakit dan pemulihan kesehatan perorangan, tanpa mengabaikan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit. Pelayanan perorangan tersebut adalah rawat jalan dan untuk Puskesmas tertentu ditambah dengan rawat inap (Suparyanto, 2011). Data dasar puskesmas 2019 melalui aplikasi komdat sampai dengan 15 Oktober 2020, Jumlah Puskesmas seluruh Indonesia adalah 10.134 unit. Sebagai contoh Dari data kementrian kesehatan RI tahun 2019 jumlah data Puskesmas di Sumatera Barat berjumlah 279 unit dengan rincian Puskesmas non rawat inap = 162 unit rawat inap 113 jumlah, yang terbanyak berada di Kabupaten Padang Pariaman berjumlah 25 dengan rincian non rawat inap = 15 Unit rawat inap 10 Unit. Di ikuti oleh kab Tanah datar 23 unit, seterusnya Agam 23 Unit dan Kota Padang 23 Unit. Karakteristik wilayah kerja meliputi sangat terpencil, terpencil, desa dan perkotaan

6.2 Sarana dan Prasarana puskesmas

I. PERSYARATAN LOKASI PUSKESMAS

A. Geografis

Puskesmas tidak didirikan di lokasi berbahaya, antara lain:

1. tidak di tepi lereng;
 2. tidak dekat kaki gunung yang rawan terhadap tanah longsor;
 3. tidak dekat anak sungai, sungai atau badan air yang dapat mengikis pondasi; dan
 4. tidak di daerah rawan banjir.
- B. Aksesibilitas untuk jalur transportasi
- Puskesmas didirikan di lokasi yang mudah dijangkau oleh masyarakat dan dapat diakses dengan mudah menggunakan transportasi umum.
- C. Kontur tanah
- Kontur tanah mempunyai pengaruh penting pada perencanaan struktur, dan harus dipilih sebelum perencanaan awal dapat dimulai. Selain itu, kontur tanah berpengaruh terhadap perencanaan sistem drainase, kondisi jalan terhadap tapak bangunan dan lain-lain.
- D. Fasilitas parkir
- Kapasitas parkir harus memadai, menyesuaikan dengan kondisi lokasi, sosial dan ekonomi daerah setempat.
- E. Fasilitas Keamanan
- Minimal menggunakan pagar.
- F. Ketersediaan utilitas publik
- Puskesmas sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan membutuhkan air bersih, pembuangan air kotor/limbah, listrik, dan jalur telepon. Pemerintah daerah harus mengupayakan utilitas tersebut selalu tersedia untuk kebutuhan pelayanan dengan mempertimbangkan berbagai

- sumber daya yang ada pada daerahnya.
- G. Pengelolaan Kesehatan Lingkungan
Puskesmas harus melakukan pengelolaan kesehatan lingkungan antara lain air bersih, dan pengelolaan limbah medis dan non medis baik padat maupun cair sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - H. Puskesmas tidak didirikan di area sekitar Saluran Udara Tegangan Tinggi (SUTT) dan Saluran Udara Tegangan Ekstra Tinggi (SUTET) sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

II. Persyaratan Bangunan Puskesmas

- A. Arsitektur Bangunan
 - 1. Tata Ruang Bangunan
 - a. Rancangan tata ruang/bangunan agar memperhatikan fungsi sebagai fasilitas pelayanan kesehatan.
 - b. Bangunan harus diselenggarakan sesuai dengan peruntukan lokasi yang diatur dalam Rencana Tata Ruang Wilayah (RTRW) Kabupaten/Kota dan Rencana Tata Bangunan dan Lingkungan (RTBL) yang bersangkutan.
 - c. Tata ruang Puskesmas mengikuti Peraturan Tata Ruang Daerah.
 - 2. Desain
 - a. Desain bangunan mengikuti pedoman pembangunan dan pengembangan bangunan Puskesmas yang ditetapkan oleh Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan.

- b. Tata letak ruang pelayanan pada bangunan Puskesmas harus diatur dengan memperhatikan zona Puskesmas sebagai bangunan fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Tata letak ruang diatur dan dikelompokkan dengan memperhatikan zona infeksius dan non infeksius.
- d. Zona berdasarkan privasi kegiatan:
 - 1) area publik, yaitu area yang mempunyai akses langsung dengan lingkungan luar Puskesmas, misalnya ruang pendaftaran.
 - 2) area semi publik, yaitu area yang tidak berhubungan langsung dengan lingkungan luar Puskesmas, umumnya merupakan area yang menerima beban kerja dari area publik, misalnya laboratorium, ruang rapat/diskusi.
 - 3) area privat, yaitu area yang dibatasi bagi pengunjung Puskesmas, misalnya ruang sterilisasi, ruang rawat inap, ruang persalinan dan pasca persalinan.
- e. Zona berdasarkan pelayanan:

Tata letak ruang diatur dengan memperhatikan kemudahan pencapaian antar ruang yang saling memiliki hubungan fungsi, misalnya:

 - 1) yang rawat inap pasien letaknya mudah terjangkau dari ruang jaga petugas.
 - 2) Perawatan pasca persalinan antara ibu dengan bayi dilakukan dengan sistem rawat gabung
- f. Zona untuk kejadian emergensi

- 1) Puskesmas harus menyediakan jalur evakuasi dan titik kumpul yang merupakan suatu denah evakuasi yang menunjukkan kemana harus berkumpul bila terjadi kondisi darurat.
 - 2) Puskesmas harus menyediakan tanda/arah/petunjuk evakuasi yang jelas ke arah titik kumpul jika terjadi keadaan emergensi.
 - 3) Zona/area/jalur evakuasi harus bebas dari barang-barang, koridor, tangga licin, bebas hambatan. Rute evakuasi diberi penerangan yang cukup dan tidak tergantung dari sumber utama. Arah pintu keluar (EXIT) harus dipasang petunjuk yang jelas. Pintu keluar emergensi harus diberi tanda.
 - 4) Tanda/arah/petunjuk evakuasi harus terpasang dengan jelas dan mudah dilihat dan dibaca jika terjadi keadaan emergensi.
- g. Pencehayaan dan penghawaan yang nyaman dan aman untuk semua bagian bangunan.
- h. arus disediakan fasilitas pendingin untuk penyimpanan obat-obatan khusus dan vaksin dengan suplai listrik yang tidak boleh terputus.
- i. Lebar koridor disarankan 2,40 m dengan tinggi langit-langit minimal 2,80 m. Koridor sebaiknya lurus. Apabila terdapat perbedaan ketinggian permukaan pijakan, maka dapat menggunakan ram dengan kemiringan tidak

melebihi 7°.

3. Lambang

Bangunan Puskesmas harus memasang lambing sebagai berikut agar mudah dikenal oleh masyarakat:



Gambar 6.1. Lambang Puskesmas

Lambang Puskesmas harus diletakkan di depan bangunan yang mudah terlihat dari jarak jauh oleh masyarakat. Arti dari lambang Puskesmas tersebut yaitu:

- a. Bentuk segi enam (hexagonal), melambangkan
 - 1) keterpaduan dan kesinambungan yang terintegrasi dari 6 prinsip yang melandasi penyelenggaraan Puskesmas.
 - 2) makna pemerataan pelayanan kesehatan yang mudah di akses masyarakat.
 - 3) pergerakan dan pertanggung jawaban Puskesmas diwilayah kerjanya.

- b. Irisan dua buah bentuk lingkaran melambangkan dua unsur upaya kesehatan, yaitu
 - 1) Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan masyarakat.
 - 2) Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi timbulnya masalah kesehatan perorangan.
- c. Stilasi bentuk sebuah bangunan, melambangkan Puskesmas sebagai tempat/wadah diberlakukannya semua prinsip dan upaya dalam proses penyelenggaraan kesehatan.
- d. Bidang segitiga mewakili tiga faktor di luar pelayanan kesehatan yang mempengaruhi status derajat kesehatan masyarakat yaitu genetik, lingkungan, dan perilaku.
- e. Bentuk palang hijau didalam bentuk segi enam melambangkan pelayanan kesehatan yang mengutamakan promotif preventif
- d. Warna hijau melambangkan tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas, dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi- tingginya
- e. Warna putih melambangkan pengabdian luhur Puskesmas.

4. Ruang

Jumlah dan jenis ruang di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu ditentukan melalui analisis kebutuhan ruang berdasarkan pelayanan yang diselenggarakan dan ketersediaan sumber daya. Tabel dibawah ini menunjukkan fungsi Ruang minimal di Puskesmas dan Puskesmas Pembantu, sebagai berikut berikut (terlampir).

Persyaratan Komponen Bangunan dan Material

a) Atap

- 1) Atap harus kuat terhadap kemungkinan bencana (angin puting beliung, gempa, dan lain-lain), tidak bocor, tahan lama dan tidak menjadi tempat perindukan vektor
- 2) Material atap tidak korosif, tidak mudah terbakar

b) Langit-langit

- 1) Langit-langit harus kuat, berwarna terang, dan mudah dibersihkan, tanpa profil dan terlihat tanpa sambungan (seamless)
- 2) Ketinggian langit-langit dari lantai minimal 2,8 m.

c) Dinding

- 1) Material dinding harus keras, rata, tidak berpori, tidak menyebabkan silau, kedap air, mudah dibersihkan, dan tidak ada sambungan agar mudah dibersihkan. Material dapat disesuaikan dengan kondisi di daerah setempat
- 2) Dinding KM/WC harus kedap air, dilapisi keramik setinggi 150 cm
- 3) Dinding laboratorium harus tahan bahan kimia, mudah dibersihkan, tidak berpori

d) Lantai

Material lantai harus kuat, kedap air, permukaan rata, tidak licin, warna terang, mudah dibersihkan, dan dengan sambungan seminimal mungkin.

e) Pintu dan Jendela

- 1) Lebar bukaan pintu utama dan ruang gawat darurat minimal 120 cm atau dapat dilalui brankar dan pintu- pintu yang bukan akses brankar memiliki lebar bukaan minimal 90 cm. Pintu harus terbuka ke luar.
- 2) Pintu untuk KM/WC, harus terbuka ke luar dan lebar daun pintu minimal 90 cm.
- 3) Material pintu untuk KM/WC harus kedap air.

f) Kamar Mandi/WC

- 1) Setiap Puskesmas harus memiliki kamar mandi dan WC yang memenuhi syarat kesehatan.
- 2) Kamar mandi dan WC harus terpisah antara laki-laki dan perempuan.
- 3) Tersedia cukup air bersih dan sabun.
- 4) Selalu terpelihara dan dalam keadaan bersih.
- 5) Ada himbauan, slogan, atau peringatan untuk memelihara kebersihan.
- 6) Kamar mandi dan WC tidak menjadi tempat perindukan vector.
- 7) Memiliki ruang gerak yang cukup untuk masuk dan keluar oleh pengguna.
- 8) Lantai terbuat dari bahan yang tidak licin dan air buangan tidak boleh tergenang.
- 9) Pintu harus mudah dibuka dan ditutup.
- 10) Kunci-kunci dipilih sedemikian sehingga bisa dibuka dari luar jika terjadi kondisi darurat.

- 11) Pemilihan tipe kloset disesuaikan dengan kebutuhan dan kebiasaan pengguna pada daerah setempat. Kloset bagi penyandang disabilitas dan lansia berupa kloset duduk atau modifikasinya.
- 12) Dilengkapi dengan tampilan rambu/symbol penyandang disabilitas pada bagian luarnya dan dilengkapi dengan pegangan rambat (handrail) yang memiliki posisi dan ketinggian disesuaikan dengan pengguna kursi roda dan penyandang disabilitas lainnya. Pegangan disarankan memiliki bentuk siku-siku mengarah ke atas untuk membantu pergerakan pengguna kursi roda (contoh gambar 5).
- 13) Aksesibilitas Penyandang Disabilitas dan Lansia

g) Umum

Setiap bangunan Puskesmas harus menyediakan fasilitas dan aksesibilitas untuk menjamin terwujudnya kemudahan, keamanan, dan kenyamanan.

Persyaratan Teknis

- 1) Fasilitas dan aksesibilitas meliputi Kamar Mandi/WC, tempat parkir, telepon umum, jalur pemandu, rambu dan marka, tangga, pintu, ram.
- 2) Penyediaan fasilitas dan aksesibilitas disesuaikan dengan fungsi, luas, dan ketinggian bangunan Puskesmas.

B. Struktur Bangunan

1. Struktur bangunan Puskesmas harus direncanakan kuat/kokoh, dan stabil dalam menahan beban/kombinasi beban, baik beban muatan tetap maupun beban muatan sementara yang timbul, antara lain beban gempa dan beban angin, dan memenuhi aspek pelayanan (*service ability*) selama umur layanan yang direncanakan dengan mempertimbangkan fungsi bangunan.
2. Ketentuan lebih lanjut mengenai pembebanan, ketahanan terhadap gempa dan/atau angin, dan perhitungan strukturnya mengikuti pedoman dan standar teknis yang berlaku.

III. PERSYARATAN PRASARANA PUSKESMAS

A. Sistem Penghawaan (Ventilasi)

1. Ventilasi Ruang pada bangunan Puskesmas, dapat berupa ventilasi alami dan/atau ventilasi mekanis. Jumlah bukaan ventilasi alami tidak kurang dari 15% terhadap luas lantai ruang yang membutuhkan ventilasi. Sedangkan sistem ventilasi mekanis diberikan jika ventilasi alami yang memenuhi syarat tidak memadai.
2. Besarnya pertukaran udara yang disarankan untuk berbagai fungsi ruang di bangunan Puskesmas minimal 12x pertukaran udara per jam dan untuk KM/WC 10x pertukaran udara per jam.
3. Penghawaan/ventilasi dalam ruang perlu memperhatikan 3 (tiga) elemen dasar, yaitu: (1). jumlah udara luar berkualitas baik yang masuk dalam ruang pada waktu tertentu; (2). arah umum aliran udara dalam gedung yang seharusnya dari area bersih

ke area terkontaminasi serta distribusi udara luar ke setiap bagian dari ruang dengan cara yang efisien dan kontaminan airborne yang ada dalam ruang dialirkan ke luar dengan cara yang efisien; (3). setiap ruang diupayakan proses udara di dalam ruang bergerak dan terjadi pertukaran antara udara didalam ruang dengan udara dari luar.

4. Pemilihan sistem ventilasi yang alami, mekanik atau campuran, perlu memperhatikan kondisi lokal, seperti struktur bangunan, cuaca, biaya dan kualitas udara luar.

B. Sistem Pencahayaan

1. Bangunan Puskesmas harus mempunyai pencahayaan alami dan/atau pencahayaan buatan.
2. Pencahayaan harus terdistribusikan rata dalam Ruang.
3. Lampu-lampu yang digunakan diusahakan dari jenis hemat energyi.

Tabel 6.1. Tingkat pencahayaan rata-rata yang direkomendasikan

FUNGSI RUANG	TINGKAT PENCAHAYAAN (LUX)
Ruang kantor, Ruang Kepala Puskesmas, Ruang pendaftaran dan rekam medik, Ruang pemeriksaan umum, Ruang Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), KB dan imunisasi, Ruang pemeriksaan khusus, Ruang kesehatan gigi dan mulut, Ruang KIE, Ruang ASI, Ruang farmasi, Ruang rawat inap, Ruang rawat pasca persalinan	200

FUNGSI RUANG	TINGKAT PENCAHAYAAN (LUX)
Ruang laboratorium, Ruang tindakan dan gawat darurat, Ruang persalinan	300 (penerangan umum), jika untuk tindakan khusus maka ditambah penerangan lokal
Dapur, Ruang tunggu, Gudang umum, KM/WC, Ruang sterilisasi, Ruang cuci linen	100
Ruang rapat	200
Koridor	100

C. Sistem Air Bersih, Sanitasi, dan Higiene

Sistem air bersih, sanitasi, dan higiene Puskesmas terdiri dari sistem air bersih, sistem pengelolaan limbah cair baik medis atau non medis, sistem pengelolaan limbah padat baik medis atau non medis, sistem penyaluran air hujan, dan higiene Puskesmas.

1. Sistem air bersih

- a. Sistem air bersih harus direncanakan dan dipasang dengan mempertimbangkan sumber air bersih dan sistem pengalirannya.
- b. Sumber air bersih dapat diperoleh langsung dari sumber air berlangganan dan/atau sumber air lainnya dengan baku mutu yang memenuhi dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- c. Persyaratan kesehatan air
 - 1) Air bersih untuk keperluan Puskesmas dapat diperoleh dari Perusahaan Air

Minum, sumber air tanah atau sumber lain yang telah diolah sehingga memenuhi persyaratan kesehatan.

- 2) Memenuhi persyaratan kualitas air bersih, memenuhi syarat fisik, kimia, bakteriologis yang sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
 - 3) Distribusi air ke ruang-ruang menggunakan pipa dengan tekanan positif.
 - 4) Sumber air bersih dan sarana distribusinya harus bebas dari pencemaran fisik, kimia dan bakteriologis.
 - 5) Tersedia air dalam jumlah yang cukup.
2. Sistem pengelolaan limbah cair baik medis dan non medis
- a. Tersedia sistem pengolahan air limbah yang memenuhi persyaratan kesehatan.
 - b. Saluran air limbah harus kedap air, bersih dari sampah dan dilengkapi penutup dengan bak kontrol untuk menjaga kemiringan saluran minimal 1%.
 - c. Di dalam sistem penyaluran air kotor dan/atau air limbah dari ruang penyelenggaraan makanan disediakan penangkap lemak untuk memisahkan dan/atau menyaring kotoran/lemak.
 - d. Sistem penyaluran air kotor dan/atau air limbah dari pengelolaan sterilisasi termasuk linen harus memenuhi persyaratan sesuai dengan ketentuan

- peraturan perundang-undangan.
- e. Ketentuan mengenai pengelolaan limbah cair mengacu pada peraturan perundang-undangan mengenai pengelolaan limbah.
3. Sistem pengelolaan limbah padat baik medis dan non medis
- a. Sistem pengelolaan limbah padat baik medis dan non medis harus direncanakan dan dipasang dengan mempertimbangkan fasilitas pewadahan, Tempat Penampungan Sementara (TPS), dan pengolahannya. Pengolahan limbah bekerja sama dengan pihak ketiga atau dapat diolah sendiri oleh Puskesmas sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
 - b. Pertimbangan jenis pewadahan dan pengolahan limbah padat baik medis dan non medis diwujudkan dalam bentuk penempatan pewadahan dan/atau pengolahannya yang tidak mengganggu kesehatan penghuni, masyarakat dan lingkungannya serta tidak mengundang datangnya vektor/binatang penyebar penyakit.
 - c. Pertimbangan fasilitas Tempat Penampungan Sementara (TPS) diwujudkan dalam bentuk penyediaan Tempat Penampungan Sementara (TPS) limbah padat baik medis dan non medis yang terpisah, dan diperhitungkan berdasarkan fungsi bangunan, jumlah

penghuni, dan volume limbah. Pada saat limbah medis disimpan dengan jangka waktu melebihi 2 x 24 jam, Puskesmas harus menempatkan limbah medis tersebut dalam alat pendingin (*freezer*) dengan suhu $\leq 0^{\circ}\text{C}$.

d. Ketentuan lebih lanjut mengenai tatacara perencanaan, pembangunan, perizinan, dan pengolahan fasilitas pembuangan limbah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

4. Sistem penyaluran air hujan

Saluran air hujan pada bangunan harus tersambung dengan sistem drainase luar gedung yang terhubung dengan drainase wilayah.

5. Sistem Higiene Puskesmas

Tersedianya fasilitas *Hand Hygiene* pada setiap ruangan pelayanan. Fasilitas tersebut dapat berupa wastafel dan/atau *handrubs*.

D. Sistem Kelistrikan

1. Umum

a. Sistem kelistrikan dan penempatannya harus mudah dioperasikan, diamati, dipelihara, tidak membahayakan, tidak mengganggu lingkungan, bagian bangunan dan instalasi lain.

b. Perancangan dan pelaksanaannya harus memenuhi SNI 0225-2011, tentang Persyaratan Umum Instalasi Listrik (PUIL

2011) atau edisi yang terbaru.

2. Sumber Daya Listrik

a. Sumber daya listrik yang dibutuhkan, terdiri dari :

1) Sumber daya listrik normal dengan daya paling rendah 10.000 VA; dan

2) Sumber daya listrik darurat 75% dari sumber daya listrik normal

b. Sumber daya listrik normal, diperoleh dari :

1) Sumber daya listrik berlangganan seperti PLN

2) Sumber daya listrik dari pembangkit listrik sendiri, diperoleh dari :

- Generator listrik dengan bahan bakar cair atau gaselpiji
- Sumber listrik tenaga surya
- Sumber listrik tenaga angin
- Sumber listrik tenaga mikro hidro
- Sumber listrik tenaga air

c. Sumber daya listrik cadangan, diperoleh dari :

1) Generator listrik

2) *Uninterruptible Power Supply* (UPS)

3. Sistem Distribusi

Sistem distribusi terdiri dari:

a. Panel-panel listrik

b. Instalasi pengkabelan

c. Instalasi kotak kontak dan sakelar.

4. Sistem Penumaian

Setiap instalasi listrik pada bangunan atau gedung harus mempunyai sistem penumaian (*grounding*) yang sesuai dengan ketentuan berlaku.

E. Sistem Komunikasi

Alat komunikasi diperlukan untuk hubungan/komunikasi di lingkup dan keluar Puskesmas, dalam upaya mendukung pelayanan di Puskesmas. Alat komunikasi dapat berupa telepon kabel, seluler, radio komunikasi, ataupun alat komunikasi lainnya.

F. Sistem Gas Medik

Gas medik yang digunakan di Puskesmas adalah Oksigen (O₂). Sistem gas medik harus direncanakan dan diletakkan dengan mempertimbangkan tingkat keselamatan bagi penggunaanya.

Persyaratan Teknis

1. Pengolahan, penggunaan, penyimpanan dan pemeliharaan gas medik harus sesuai ketentuan berlaku
2. Tabung/silinder yang digunakan harus yang telah dibuat, diuji, dan dipelihara sesuai spesifikasi dan ketentuan dari pihak yang berwenang
3. Tabung/silinder O₂ harus di cat warna putih untuk membedakan dengan tabung/silinder gas medik lainnya sesuai ketentuan yang berlaku.

4. Tabung/silinder O₂ pada saat digunakan, diletakkan di samping tempat tidur pasien, dan harus menggunakan alat pengaman seperti troli tabung atau dirantai.
5. Tutup pelindung katup harus dipasang erat pada tempatnya bila tabung/silinder sedang tidak digunakan.
6. Apabila diperlukan, disediakan ruang khusus penyimpanan silinder gas medik. Tabung/silinder dipasang/diikat erat dengan pengaman/rantai.
7. Hanya tabung/silinder gas medik dan perlengkapannya yang boleh disimpan dalam Ruang penyimpanan gas medik.
8. Tidak boleh menyimpan bahan mudah terbakar berdekatan dengan ruang penyimpanan gas medik.
9. Dilarang melakukan pengisian ulang tabung/silinder O₂ dari tabung/silinder gas medik besar ke tabung/silinder gas medik kecil.

G. Sistem Proteksi Petir

Sistem proteksi petir harus dapat melindungi semua bagian dari bangunan Puskesmas, termasuk manusia yang ada di dalamnya, dan instalasi serta peralatan lainnya terhadap kemungkinan bahaya sambaran petir.

H. Sistem Proteksi Kebakaran

- a. Bangunan Puskesmas harus menyiapkan alat pemadam kebakaran untuk memproteksi

kemungkinan terjadinya kebakaran.

- b. Alat Pemadam Api Ringan (APAR) berukuran minimal 2 kg sesuai klasifikasi isi ruang. Penempatan APAR antara satu dengan lainnya atau kelompok satu dengan lainnya tidak boleh melebihi 15 meter, kecuali ditetapkan lain oleh pegawai pengawas atau ahlikeselamatan kerja.
- c. APAR dipasang sedemikian rupa sehingga bagian paling atas berada pada ketinggian maksimum 120 cm dari permukaan lantai, kecuali untuk jenis CO₂ dan bubuk kimia kering (*dry powder*), penempatannya minimum 15 cm dari permukaan lantai.
- d. Apabila bangunan Puskesmas menggunakan generator sebagai sumber daya listrik utama, maka pada ruang generator harus dipasangkan Alat Pemadam Kebakaran jenis CO₂.
- e. Bangunan Puskesmas dengan luas tingkat bangunan gedung seluas 600 m² atau lebih, yang bagian atas tingkat tersebut tingginya 7,5 m di atas level akses, harus dilengkapi dengan saf untuk tangga pemadam kebakaran yang tidak perlu dilengkapi dengan lif pemadam kebakaran.
- f. Bangunan Puskesmas harus dapat menjamin bahwa jumlah eksit cukup, dan eksit memiliki konfigurasi untuk memberikan perlindungan terhadap bahaya kebakaran.
- g. Bukaannya (dalam hal ini pintu dan jendela)

pada dinding tahan api 2 jam harus dari material dengan Tingkat Ketahanan Api (TKA) 1,5 jam

- h. Akses eksit dari pintu eksit harus dirancang dan ditata untuk mudah dikenali dengan jelas, dilengkapi tanda arah dan signage yang sesuai dengan ketentuan.
- i. Akses eksit, baik vertikal dan horizontal harus bebas
- j. Ketentuan lebih lanjut tentang sistem proteksi kebakaran sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

I. Sarana Evakuasi

Puskesmas harus menyediakan sarana evakuasi sebagai jalan keluar untuk penyelamatan jiwa manusia dan aset dari dalam bangunan. Sarana evakuasi merupakan salah satu usaha yang dilakukan untuk memberikan jaminan keamanan dan keselamatan terhadap bahaya atau menurunkan tingkat-tingkat kerugian materi dan korban jiwa. Sarana evakuasi baik horizontal maupun vertikal dapat berupa pintu darurat, tangga darurat, ruang penyelamatan sementara, dan jalan/jalur penyelamatan darurat atau kombinasi dari sarana tersebut. Kelayakan sarana evakuasi terdiri atas:

- 1) Kemudahan dan kejelasan sarana evakuasi di saat terjadinya peristiwa darurat seperti: daya tarik visual dan sisi/letak sarana evakuasi.
- 2) Kemudahan akses/pencapaian ke arah

sarana evakuasi seperti: tidak terdapatnya barang/benda yang dapat menghalangi kumpulan orang ke arah sarana evakuasi, dan penyebaran sarana evakuasi yang merata pada setiap sisi dalam bangunan.

- 3) Sarana evakuasi harus dapat digunakan oleh setiap orang.
- 4) Sarana evakuasi harus dari bahan tahan panas dan api serta harus dapat menjamin keamanan dari bahaya asap.
- 5) Sarana evakuasi harus dalam keadaan nyaman seperti: keleluasaan bergerak (tidak sempit dan tidak rendah), permukaan lantai tidak licin dan bersih.
- 6) Jumlah dan kapasitas sarana evakuasi harus disesuaikan dengan kapasitas pengguna bangunan dan fungsinya untuk dapat mengevakuasi setiap orang ke tempat yang aman secara cepat.

J. Sistem Pengendalian Kebisingan

1. Intensitas kebisingan di dalam bangunan Puskesmas 55 – 65 dBA, di luar bangunan Puskesmas 65 – 75 dBA.
2. Pengendalian sumber kebisingan disesuaikan dengan sifat sumber.
3. Sumber suara genset dikendalikan dengan meredam dan membuat sekat yang memadai dan sumber suara dari lalu lintas dikurangi dengan cara penanaman pohon ataupun cara lainnya.

K. Kendaraan Puskesmas keliling di Puskesmas terdiri atas:

1. Kendaraan roda 2;
2. Kendaraan roda 4; dan/atau
 - a. *Single gardan*; dan/atau
 - b. *Double gardan*.
3. Kendaraan air.

Selain kendaran Puskesmas keliling, Puskesmas dapat memiliki:

1. Ambulans
Ambulans difungsikan untuk pelayanan transport rujukan dan gawat darurat.
2. Kendaraan lain untuk operasional pelayanan Puskesmas.

Selain persyaratan prasarana tersebut di atas, Puskesmas juga dapat memenuhi prasarana untuk sistem transportasi vertikal dalam Puskesmas, khususnya untuk setiap bangunan. Puskesmas yang bertingkat harus menyediakan sarana hubungan vertikal antar lantai yang memadai berupa tersedianya tangga atau lainnya. Untuk pelayanan kesehatan pada Puskesmas tersebut dilaksanakan di lantai yang tidak memerlukan akses tangga.

1. Tangga
 - a. Umum
Tangga merupakan fasilitas bagi pergerakan vertikal yang dirancang dengan mempertimbangkan ukuran dan

kemiringan pijakan dan tanjakan dengan lebar yang memadai.

b. Persyaratan tangga

- 1) Harus memiliki dimensi pijakan dan tanjakan yang berukuran seragam, dengan tinggi masing-masing pijakan/tanjakan adalah 15 – 17 cm.
- 2) Harus memiliki kemiringan tangga kurang dari 60⁰.
- 3) Lebar tangga minimal 120 cm untuk mempermudah evakuasi dalam kondisi gawat darurat.
- 4) Tidak terdapat tanjakan yang berlubang yang dapat membahayakan pengguna tangga.
- 5) Harus dilengkapi dengan rel pegangan tangan (*handrail*), rel pegangan tangan harus mudah dipegang dengan ketinggian 65 cm - 80 cm dari lantai, bebas dari elemen konstruksi yang mengganggu, dan bagian ujungnya harus bulat atau dibelokkan dengan baik ke arah lantai, dinding atau tiang.
- 6) Rel pegangan tangan harus ditambah panjangnya pada bagian ujung-ujungnya (puncak dan bagian bawah) sepanjang 30 cm.
- 7) Untuk tangga yang terletak di luar bangunan, harus dirancang sehingga tidak ada air hujan yang menggenang pada lantainya

- 8) Batas anak tangga diberi warna kontras dengan warna lantai sebagai penanda beda ketinggian.

2. Ram

a. Umum

Ram adalah jalur sirkulasi yang menghubungkan bidang yang memiliki ketinggian berbeda pada lantai yang sama.

b. Persyaratan ram

1. kemiringan suatu ram di dalam bangunan tidak boleh melebihi 7^0 , perhitungan kemiringan tersebut tidak termasuk awalan dan akhiran ram (*curbramps/landing*).
2. Panjang mendatar dari satu ram (dengan kemiringan 7^0) tidak boleh lebih dari 9 m.
3. Lebar minimum dari ram adalah 120 cm dengan tepi pengaman.
4. Muka datar (*bordes*) pada awalan atau akhiran dari suatu ram harus bebas dan datar sehingga memungkinkan sekurang-kurangnya untuk memutar kursi roda dan *stretcher*, dengan ukuran minimum 180 cm.
5. Tidak licin.

6.3 Penutup

Peraturan menteri kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas menyebutkan bahwa pusat kesehatan masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perorangan tingkat pertama dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Puskesmas memiliki fungsi sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) tingkat pertama dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) tingkat pertama serta sebagai wahana pendidikan tenaga kesehatan. Dalam menjalankan fungsinya sebagai penyelenggara Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM), Puskesmas harus menyelenggarakan UKM Esensial dalam rangka mendukung pencapaian Standar Pelayanan Minimal (SPM) Kabupaten/kota bidang kesehatan. Untuk puskesmas harus memiliki ketantuan dan persyaratan mulai Persyaratan Lokasi Puskesmas, Persyaratan Bangunan Puskesmas, Persyaratan Prasarana Puskesmas, serta peralatan medis dan non medis, SDM yang dipersyaratkan unuk itu. Chapter ini lebih membahas masalah Persyaratan Lokasi Puskesmas, Persyaratan Bangunan Puskesmas, Persyaratan Prasarana Puskesmas, semoga buku ini bisa menambah khasanah tentang puskesmas.

DAFTAR PUSTAKA

- Dwiyanto, Agus. 2010. Manajemen Pelayanan Publik; Peduli, Inklusif, dan Kolaboratif. Yogyakarta: Gadjah Mada University Press
- Hardiansyah. 2011. Kualitas Pelayanan Publik. Yogyakarta: Gava Media
- Ibrahim, Amin. 2008. Teori dan Konsep Pelayanan Publik serta Implementasinya. Bandung: Mandar Maju
- Pasolong, Harbani. 2014. Teori Administrasi Publik. Bandung: Alfabeta.
- Peraturan menteri kesehatan Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas
- Ratminto dan Winarsih, Atik septi. 2010. Manajemen Pelayanan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Saefullah, 1999. Konsep dan Metode Pelayanan Umum yang Baik, dalam Jurnal Ilmu Sosial dan Ilmu Politik. Sumedang: Fisip UNPAD.
- Sugiyono, 2010. Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta, cv.
- Tjiptono, Fandy. 2004. Manajemen Jasa. Yogyakarta: Andi
- Wisnamalwati. 2005. Pengaruh Persepsi Dimensi Kualitas Pelayanan terhadap Niat Pembelian Ulang. Yogyakarta: Jurnal Ekonomi dan Bisnis.

BAB VII

KONSEP SISTEM PELAYANAN KESEHATAN DI INDONESIA: VISI, MISI DAN ARAH PEMBANGUNAN NASIONAL, SERTA STRATEGI PEMBANGUNAN

Oleh Herlina

7.1 Visi dan Misi

Sasaran jangka panjang rencana pembangunan nasional yang dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 21 Tahun 2020 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024 adalah pembangunan kesehatan, masyarakat yang cerdas, dan produktif serta individu yang berakhlak mulia. Dalam pembangunan berkelanjutan, ekonomi mendorong kemakmuran masyarakat. Perekonomian yang lebih maju, mandiri, dan berkeadilan muncul sebagai akibat infrastruktur yang merata dan memadai di seluruh wilayah.

“Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian Berlandaskan Gotong Royong” merupakan visi Presiden pada tahun 2020 sampai dengan 2024. Sementara itu, visi presiden akan diwujudkan oleh bidang kesehatan melalui kementerian kesehatan. Tujuan KemenKes adalah terwujudnya masyarakat yang adil, sehat, berguna, dan mandiri.

Untuk dapat memahami visi presiden diberikan 9 (sembilan) *official mission* periode 2020-2024 yang dipaparkan sebagai berikut:

Sembilan Misi Presiden	Meningkatkan standar sumber daya manusia (SDM) Indonesia
	Meningkatkan kerangka ekonomi: mandiri, produktif, dan kompetitif
	Pembangunan yang adil dan metarata
	Tercapainya suasana lingkungan hidup berkelanjutan
	Budaya maju yang tercermin dalam karakter suatu negara.
	Menegakkan sistem hukum yang amanah, bermartabat, dan bebas korupsi.
	Semua warga negara di negara ini merasa aman karena pemerintahnya sendiri melindungi mereka.
	Tata kelola: andal, efisien, dan bersih
	Dalam kerangka negara kesatuan, pemerintah daerah dapat bekerja sama.

Selain itu, Kementerian Kesehatan melakukan perbaikan-perbaikan untuk mendukung peningkatan kualitas sumber daya manusia (SDM) Indonesia, antara lain: penguatan ekonomi yang mandiri, produktif, dan berdaya saing. Oleh karena itu, misi presiden tersebut dijabarkan oleh Kemenkes sebagai berikut:

- a. Menurunkan Angka Kematian Ibu dan Bayi
Proyek terbesar atau disebut dengan *major project* yaitu diturunkannya angka kematian ibu dan bayi yang ditetapkan pemerintah dan harus dilakukan secara bertahap, strategis, efektif, dan efisien. Selain menilai pencapaian indeks modal

manusia, indikator sensitif seperti angka kematian (ibu dan bayi) digunakan untuk menilai pencapaian pembangunan kesehatan.

b. Menurunkan Angka *Stunting* Pada Balita

Proporsi balita yang pendek dapat dijadikan tolak ukur aspek yang sangat penting dalam pembangunan sumber daya manusia ini. Berdasarkan parameter tersebut, pemerintah juga memutuskan bahwa percepatan penurunan *stunting* harus dilakukan secara bertahap, khususnya secara strategis, efektif, dan efisien.

c. Memperbaiki Pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), akses pelayanan kesehatan seperti fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) dapat meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan antar kelompok (JKN). Kementerian Kesehatan juga berperan dalam kendali mutu dan biaya untuk meningkatkan efektivitas JKN.

d. Meningkatkan Penggunaan dan Kemandirian Obat dan Alat Kesehatan dalam Negeri

Meningkatnya produksi alat kesehatan dan bahan baku farmasi dalam negeri merupakan gambaran kemajuan industri menuju kemandirian. Pemerintah harus secara strategis mendorong penggunaan obat dan alat kesehatan yang diproduksi dalam negeri agar hasil produksi dalam negeri dapat diserap pasar.

7.2 Tujuan Strategis Kementerian Kesehatan

Berikut 5 (lima) sasaran strategis Kementerian Kesehatan yang dituangkan dalam Renstra 2020-2024:

5 (lima) tujuan strategis yaitu:	Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan vital dan rujukan.
	Peningkatan rujukan dan pelayanan kesehatan dasar.
	Meningkatkan penanggulangan dan pencegahan serta pengendalian kedaruratan penyakit
	Meningkatkan sumber daya untuk kesehatan
	Meningkatkan pemerintahan yang inovatif dan bersih

7.3 Arah Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan dapat dilaksanakan berdasarkan tiga pilar pembangunan. Ketiga pilar pembangunan tersebut dapat digunakan untuk melaksanakan pembangunan kesehatan. Produktivitas, pengembangan karakter, serta pelayanan dasar dan jaminan sosial adalah tiga pilarnya. Untuk menghasilkan sumber daya manusia yang sehat, cerdas, adaptif, inovatif, terampil dan berkarakter, pemerintah berkomitmen untuk meningkatkan kualitas dan daya saing sumber daya manusia.

Uraian dari
pilar-pilar
tersebut
sebagai
berikut:

.Pilar 1: Pelayanan kesehatan dasar dan perlindungan sosial meliputi manajemen kependudukan, perlindungan sosial, kesehatan, pendidikan, pengentasan kemiskinan, dan peningkatan kualitas hidup anak, perempuan, dan remaja.

.Pilar 2: Produktivitas dapat ditingkatkan dengan berbagai cara, antara lain dengan peningkatan prestasi olahraga, penguatan inovasi iptek, pendidikan dan pelatihan vokasi, serta pendidikan tinggi.

.Pilar 3: Mempromosikan ideologi Pancasila dan revolusi mental, melestarikan budaya, memperkuat moderasi beragama, meningkatkan literasi, serta mendorong inovasi dan kreativitas merupakan komponen pembangunan karakter.

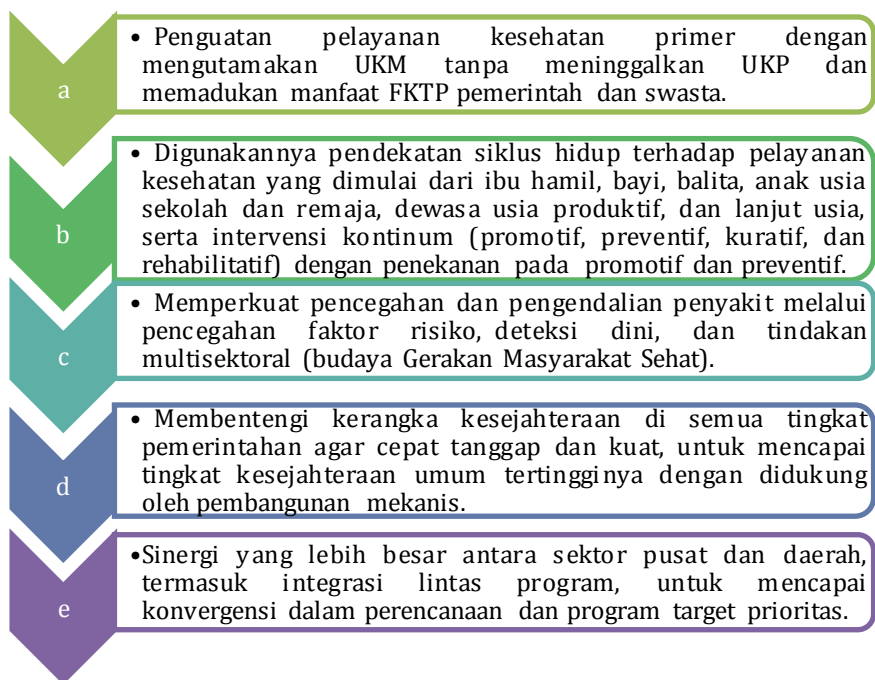
Untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan, kemauan, dan kesadaran hidup sehat setiap orang. Pengembangan SDM merupakan investasi yang menguntungkan secara sosial dan ekonomi. Pembangunan kesehatan memiliki peran pendukung yang sangat penting dalam peningkatan kualitas sumber daya manusia karena erat kaitannya dengan pembangunan sumber daya manusia.

7.4 Arah Kebijakan dan Strategi Nasional

Strategi pembangunan kesehatan nasional tahun 2020-2024 dituangkan dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) tahun 2005-2025. Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan setiap orang untuk hidup sehat guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Ini adalah investasi dalam pengembangan sumber daya manusia yang produktif secara sosial dan ekonomi. Jika penduduk memiliki perilaku kesehatan yang

berkualitas, berkeadilan, dan didukung oleh sistem kesehatan yang kuat dan adaptif, maka kondisi ini akan tercapai.

Peningkatan usia harapan hidup, penurunan kematian ibu dan bayi, serta penurunan angka gizi kurang pada anak di bawah usia lima tahun merupakan indikator peningkatan kesehatan masyarakat yang harus dicapai pada tahun 2025. Sasaran RPJMN tahun 2020 sampai dengan 2024 adalah meningkatkan gizi dan kesehatan masyarakat dengan mendukung upaya pemberdayaan dan kesehatan masyarakat melalui perlindungan pembiayaan dan pemerataan pelayanan kesehatan. Untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya, kebijakan pembangunan kesehatan nasional perlu didukung, khususnya dengan meningkatkan pelayanan kesehatan dasar, peningkatan upaya pencegahan dan penanggulangan penyakit, serta pemanfaatan teknologi dan inovasi untuk mendukung upaya tersebut. Arah kebijakan tersebut memuat lima (lima) pedoman Sasaran dan Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. Berikut adalah lima judul strategi tersebut:



7.5 Sasaran dan Strategis

Dalam Renstra, sasaran pencapaian Kesehatan Tahun 2020-2024 ditetapkan dalam kaitannya dengan pencapaian sasaran strategis Kemenkes Tahun 2020-2024. Berikut adalah target dan tujuan yang dapat dicapai:

No	Tujuan Strategis	Sasaran Strategis	
1	Peningkatann status kesehatann masyarakat sebagai hasil dari siklus hidup pendekatan tersebut	1.1	Meningkatkan gizi masyarakat dan kesehatan ibu dan anak.

No	Tujuan Strategis	Sasaran Strategis	
2	Meningkatkan landasan dan rujukan pelayanan kesehatan	1.2	Kualitas dan kuantitas fasilitas kesehatan dasar dan rujukan perlu ditingkatkan.
	Peningkatan manajemen kedaruratan kesehatan masyarakat dan pencegahan dan pengendalian penyakit	1.3	Meningkatkan pencegahan dan mengatasi <i>urgensi</i> kesehatan masyarakat
4	Sumber daya kesehatan ditingkatkan	1.4	Mengembangkan lebih lanjut akses, otonomi dan sifat obat-obatan dan peralatan klinis.
		1.5	Meningkatkan pemenuhan kebutuhan sumber daya manusia (SDM) kesehatan berbasis standar.
		1.6	Pendanaan kesejahteraan yang andal.
5	Mengerjakan administrasi yang hebat, bersih dan kreatif.	1.7	Meningkatkan tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih, serta tata kelola pemerintahan dan bersinergi antara pusat dan daerah.

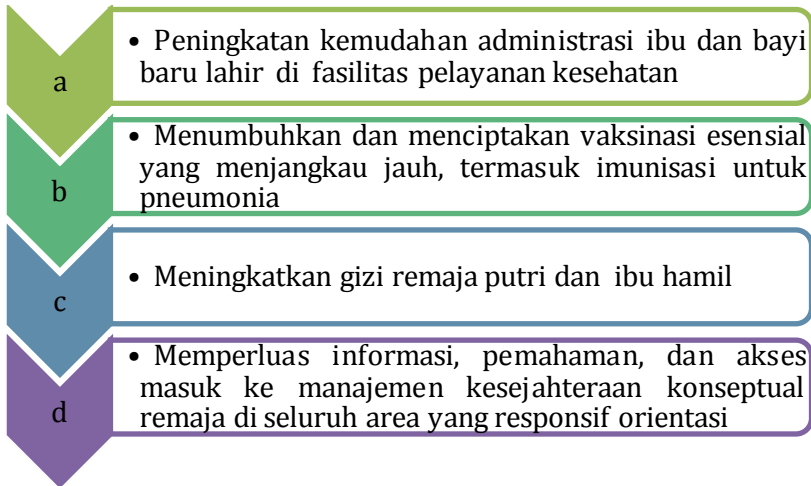
No	Tujuan Strategis	Sasaran Strategis	
		1.8	Meningkatkan efisiensi pengambilan keputusan manajemen R&D dan sistem informasi kesehatan

7.6 Strategi Pembangunan Kesehatan Nasional

Kebijakan pembangunan kesehatan nasional menetapkan arah strategi pembangunan kesehatan nasional tahun 2020-2024. Untuk mencapai konvergensi *universal health*, layanan perawatan kesehatan primer harus diperkuat, dan inovasi teknologi harus digunakan untuk mendukung peningkatan upaya promosi dan pencegahan.

Lima strategi dapat digunakan untuk mencapai arah kebijakan nasional, antara lain:

1. Meningkatkan kesehatan ibu, anak, dan organ reproduksi. Peningkatan kesehatan tersebut dapat diperbaiki dengan cara-cara sebagai berikut:



2. Percepatan Perbaikan Gizi Masyarakat untuk Mencegah dan Mengatasi masalahn Gizi Ganda

Percepatan perbaikan gizii masyarakat untuk mencegah dan mengatasi berbagai masalah gizi seperti:

- a. Meningkatkan komitmen, mengkampanyekan, dan mengevaluasi upaya untuk lebih mengembangkan perbaikan gizi masyarakat setempat
- b. Membangun sistem ketahanan gizi, tumbuh dan kembang anak dengan cara:



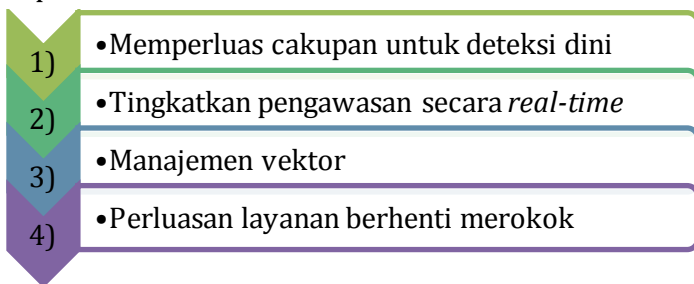
3. Peningkatan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

Dimungkinkan untuk meningkatkan pengendalian penyakit dengan memberikan perhatian khusus beberapa penyakit seperti:

a.Cedera b.Diabetes c.Kanker d.Malaria e.Hiv/aids	a. Tuberkulosis b. Gangguan jiwa c. Emerging diseases d.Gangguan penglihatan e. Penyakit gigi dan mulut	Hipertensi, penyakit jantung Kondisi lain yang berpotensi menimbulkan kejadian luar biasa Penyakit tropis yang terabaikan seperti filariasis dan kusta
---	---	--

Pencegahan dan penanggulangan penyakit tersebut diatas dapat ditingkatkan dengan cara:

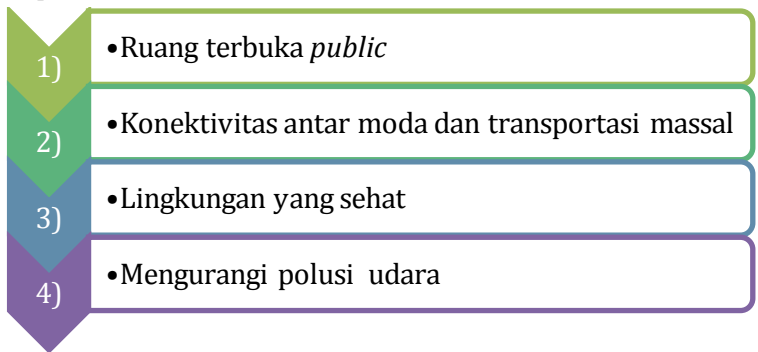
- a. Pengendalian dan pencegahan faktor risiko penyakit seperti:



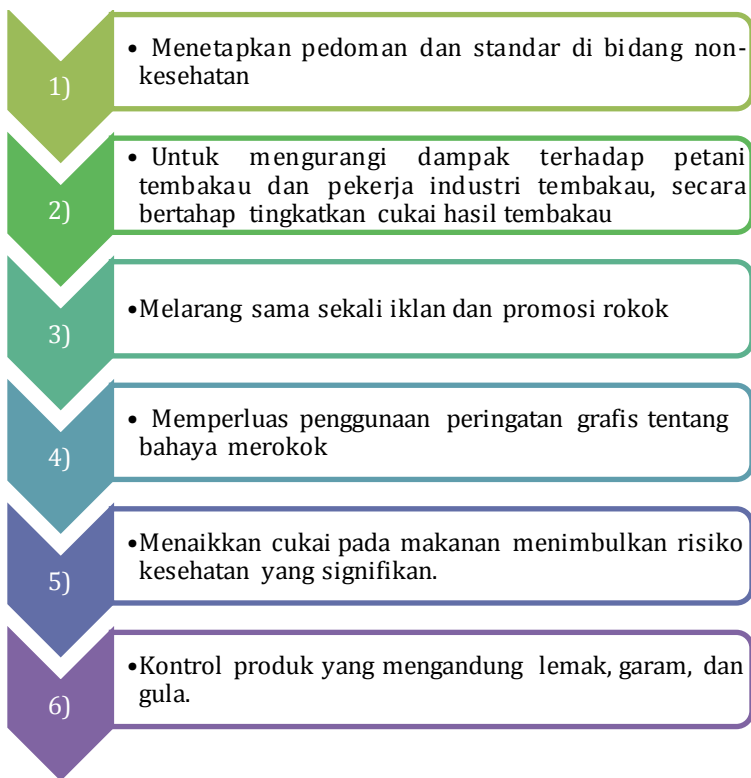
- b. Memperkuat jaminan kesehatan atau *health security* seperti:

- 1) Peningkatan kapasitas untuk pencegahan
- 2) Mendeteksi
- 3) Respons cepat terhadap ancaman penyakit

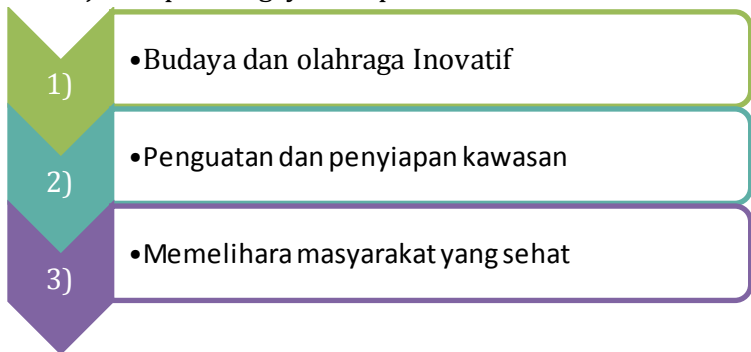
- 4) Memperkuat system peringatan untuk kejadian yang tidak biasa
- 5) Karantina kesehatan
- c. Mengatasi masalah penyakit dan pengobatan, serta masalah tata laksana penyakit dan cedera.
- d. Mengatasi masalah resistensi antimikroba.
- e. Mengatasi masalah sanitasiberbasis masyarakat.
- 4. Menumbuhkan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS).
GERMAS dapat ditumbuhkan dengan beberapa cara, antara lain:
 - a. Pertumbuhan daerah sehat, seperti kabupaten dan kota sehat, pasar sehat, tempat kerja sehat, dan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)
 - b. Lingkungan disetting yang mendorong aktivitas fisik seperti:



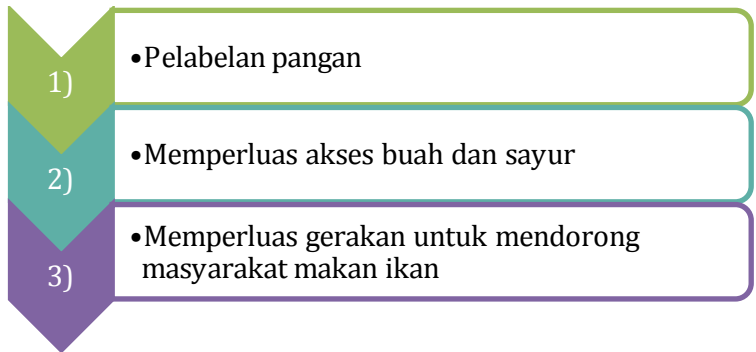
- c. Peraturan seperti dibawah ini mendorong swasta serta pemerintah pusat dan daerah untuk melaksanakan pembangunan berwawasan kesehatan dan mempromosikan hidup sehat:



d. Memajukan pilihan gaya hidup sehat:



- e. Peraturan yang mendorong pembangunan berwawasan kesehatan dan hidup sehat oleh swasta maupun pemerintah pusat dan daerah, seperti:



5. Penguatan Sistem Kesehatan.

Sistem kesehatan dapat diperkuat dengan cara:



DAFTAR PUSTAKA

- Permenkes RI. 2020. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.
- Permenkes RI. 2015. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.64 tahun 2015, tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (Badan Litbang Kesehatan).
- Puslitbang Ukesmas. 2021. Rencana Aksi kegiatan 2020-2024. Revisi 1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

BAB VIII

KONSEP DEMOGRAFI

Oleh Yunike

8.1 Pendahuluan

Pertumbuhan dan penurunan populasi, serta perubahan komposisi dan distribusi populasi global, berdampak besar pada banyak aspek kehidupan kita. Pemahaman yang kuat tentang populasi Bumi yang terus berubah sangat penting dalam mengatasi banyak tantangan terbesar kita, di antaranya kelaparan dan kekurangan gizi, kemiskinan, penyakit, konflik dan perang, perubahan iklim, dan kekurangan sumber daya alam. Pada tingkat yang paling mendasar, perubahan populasi bermuara pada tiga proses demografis: fertilitas, mortalitas, dan migrasi (Mather, Jacobsen, dan Scommegna, 2021).

Perubahan rezim yang paling penting selama abad terakhir disebut transisi demografis pertama, yang melihat tingkat kematian dan kesuburan penduduk turun secara dramatis. Transisi demografis kedua telah melihat persistensi kesuburan di bawah pengganti di Eropa, Asia Timur, dan masyarakat maju lainnya. Transisi demografi ketiga ditandai dengan rendahnya fertilitas yang berkepanjangan, yang berujung pada penuaan populasi. Kesenjangan pasokan tenaga kerja muncul dan diisi oleh imigrasi. Transisi ini berlaku untuk negara maju yang menarik bagi migran internasional. Negara-negara dengan fertilitas di bawah penggantian yang persisten dan emigrasi yang lebih tinggi daripada imigrasi mengalami penurunan populasi. Sebagian besar negara di dunia telah melewati atau sedang melewati transisi demografis pertama. Beberapa negara yang menyelesaikan

transisi pertama beralih ke transisi kedua. Beberapa pindah ke yang ketiga (Rees & Kingdom, 2020).

Para ahli demografi mengumpulkan data terutama melalui sensus pemerintah dan catatan kelahiran dan kematian pemerintah. Namun, sumber-sumber ini bisa tidak akurat tergantung pada ketepatan catatan pemerintah. Demografi juga mengumpulkan data secara tidak langsung melalui survei kelompok yang lebih kecil dalam suatu populasi. Sampel ini kemudian diperiksa menggunakan model statistik untuk menarik kesimpulan tentang seluruh populasi (National Geographic Society, 2022).

Demografi adalah studi ilmiah tentang populasi manusia seperti ukurannya, komposisinya, dan bagaimana mereka berubah melalui kelahiran, kematian, dan perpindahan orang dari satu tempat ke tempat lain. Demografi mempelajari komposisi atau karakteristik populasi untuk membandingkan perbedaan sosial, ekonomi, dan demografis antara kelompok orang yang berbeda. Memahami pola dan tren demografis ini dapat membantu pembuat kebijakan dan lainnya membuat keputusan tentang masalah sosial, politik, ekonomi, dan lingkungan yang penting. (Mather, Jacobsen, dan Scommegna, 2021).

8.2 Definisi Demografi

Demografi didefinisikan sebagai studi tentang populasi manusia dan perubahan kuantitasnya yang terkait dengan migrasi, kesuburan, dan kematian. Demografi istilah berasal dari kata Yunani dan berarti "menggambarkan orang." Dengan demikian, demografi ini berkaitan dengan sifat-sifat populasi, dengan mempertimbangkan karakteristik seperti rasio jenis kelamin, struktur umur, komposisi, distribusi spasial, dan kepadatan populasi (Klimczuk, 2021).

Demografi adalah ilmu yang meneliti dan menggambarkan populasi. Secara lebih konkrit, demografi mempelajari ukuran, komposisi dan struktur (usia), serta distribusi geografis populasi

manusia. Selain itu, ahli demografi melihat bagaimana suatu populasi berkembang, berubah, dan bereproduksi selama periode waktu tertentu. Tiga aspek mendasar diamati: Tingkat kelahiran (fertilitas), tingkat kematian (mortalitas), dan emigrasi dan imigrasi (migrasi) (Population Europe, 2021).

Demografi menggunakan basis data statistik publik, termasuk data administrasi nasional tentang kelahiran, kematian, perkawinan terdaftar, perceraian, penyakit, pekerjaan, serta data dari sensus (Klimczuk, 2021). Perlu diingat bahwa statistik pergerakan alamiah penduduk biasanya perlu dilengkapi dengan pengetahuan yang berasal dari sosiologi, ekonomi, dan ilmu politik antara lain tentang motivasi, sistem nilai, tujuan, dan preferensi berbagai kelompok masyarakat. Populasi (Burch, 2017). Misalnya, tanpa menghubungkan variabel demografis dan non-demografis, mungkin sulit untuk memahami perilaku fertilitas dan migrasi (Klimczuk, 2021).

8.3 Sifat dan Ruang Lingkup Demografi

Demografi memiliki beberapa pandangan tentang sifatnya (Egyankosh, 2018) :

1) Pandangan yang lebih luas

Ruang lingkup demografi luas dan mempelajari penyebab lambat atau cepatnya perubahan angka kelahiran, angka kematian, pertumbuhan penduduk, rasio jenis kelamin, kondisi kesehatan, dan lain lain. Demografi memiliki masalah ekonomi seperti yang berkaitan dengan pekerjaan dan kondisi pendapatan masyarakat; kondisi tenaga kerja dan standar hidup mereka, informasi tentang produksi dan konsumsi, kebiasaan menabung penduduk dari semua lapisan masyarakat, tingkat pertumbuhan penduduk, efisiensi kerja massa, hubungan pembangunan ekonomi, perubahan penduduk dan kualitas

keseluruhan dari hidup, dapat dipahami dan dianalisis. Studi demografis dapat ditempatkan dalam kategori yang luas, yaitu :

- a) Demografi Deskriptif yaitu mempelajari tentang sensus dan pendaftaran statistik.
- b) Demografi Analitik yaitu berkaitan dengan analisis data yang dikumpulkan, dan tingkat dan rasio perubahan populasi.
- c) Demografi komparatif, yang mencakup studi tentang berbagai aspek kependudukan dan faktor-faktor penentunya di dua tempat yang berbeda dan pada dua titik waktu yang berbeda.
- d) Demografi Historis yaitu mempelajari tentang laju dan rasio perubahan populasi.

2) Pandangan Yang Lebih Sempit

Berbeda dengan pandangan yang lebih luas, ada juga pandangan yang lebih sempit tentang sifat dan ruang lingkup demografi. Pandangan ini antara lain dikemukakan oleh Phillip dan Otis (1959, p.2) dalam (Egyankosh, 2018). Menurut mereka ruang lingkup demografi tidak seluas yang diyakini oleh sebagian pemikir. Mereka berpendapat bahwa demografi berkaitan dengan semua mata pelajaran. Urbanisasi, misalnya, adalah salah satu subjek studi di bawah demografi. Ini termasuk transportasi, komunikasi, rehabilitasi, perbankan, sistem administrasi, elektrifikasi, hiburan, dan lain - lain. Namun, semua mata pelajaran ini tidak dapat dimasukkan dalam demografi dan jelas tidak dapat dipelajari dengan bantuan mata pelajaran ini. Oleh karena itu, ruang lingkup demografi harus didefinisikan dan dibatasi. Jika mempelajari urbanisasi di bawah demografi dapat mencakup efek kelahiran, kematian, migrasi, dan lain - lain.; dan jika terus meliputi semuanya di bawah demografi, maka seluruh studi akan menjadi tidak terkendali.

Mereka percaya bahwa "Demografi harus dibatasi pada satu disiplin ilmu".

3) Pandangan Yang Seimbang

Ada aliran pemikiran ketiga yang mengklaim telah menyajikan pandangan yang seimbang tentang sifat dan ruang lingkup demografi. Menurut Warren, S. dan Thompson (1953) dalam (Egyankosh, 2018), di bawah demografi dapat mempelajari kematian, kelahiran dan tingkat aktual pertumbuhan penduduk, informasi tentang penduduk wanita, pendidikan, kondisi kesehatan, status perkawinan, distribusi penduduk dan klasifikasi berdasarkan pekerjaan, kondisi sosial ekonomi individu dan lain – lain.

8.4 Model Transisi Demografi

Model mendasar yang dikembangkan untuk menggambarkan dinamika populasi adalah model Transisi Demografi. Model ini menempatkan empat tahap dalam evolusi populasi dalam suatu masyarakat.

- 1) Kesuburan tinggi, kematian tinggi.
- 2) Fertilitas tinggi, mortalitas menurun
- 3) Menurunnya fertilitas, mortalitas rendah
- 4) Kesuburan rendah, kematian rendah (populasi stabil)

Tahap pertama berlaku di seluruh dunia sebelum beberapa abad terakhir. Pertumbuhan penduduk yang cepat terjadi pada Tahap 2 dan 3, karena tingkat kelahiran yang tinggi, yang diperlukan untuk kelangsungan hidup penduduk pada Tahap 1, tertanam dalam tatanan budaya, agama, ekonomi, dan politik masyarakat pramodern. Seiring kemajuan ekonomi dan kesehatan masyarakat menurunkan angka kematian, pertumbuhan populasi yang cepat terjadi sampai masyarakat menyesuaikan diri dengan realitas baru dan penurunan kesuburan.

8.5 Faktor Demografi

Faktor – faktor demografi yang mempengaruhi perubahan penduduk (Mather, Jacobsen, dan Scommegna, 2021) :

1) Fertilitas

Jumlah kelahiran yang terjadi pada individu atau populasi. Pada tahun 2019, 140.108.052 orang lahir, yang berarti sekitar 267 bayi per menit (United Nations, 2019). Secara global, masing-masing wanita memiliki rata-rata 2,3 anak, tetapi jumlah ini sangat bervariasi di setiap Negara. Banyak faktor yang berkontribusi terhadap kemungkinan seorang wanita usia reproduksi (kira-kira berusia 15 sampai 49 tahun) akan memiliki anak (Mather, Jacobsen, dan Scommegna, 2021) :

a) Empat penentu dalam kesuburan

Para ahli demografi sangat memperhatikan empat faktor yang mempengaruhi fertilitas. secara statistik faktor tersebut bertanggung jawab atas hampir semua perbedaan tingkat fertilitas di antara populasi. Empat penentu tersebut ialah :

- Proporsi wanita yang tidak dapat hamil secara permanen atau sementara (infeksi).
- Proporsi perempuan, baik yang menikah atau dalam hubungan seksual.
- Persentase wanita yang menggunakan kontrasepsi.
- Tingkat aborsi yang diinduksi.

b) Fekunditas, atau Batas Fisiologis untuk Melahirkan

Orang sering mengacaukan fertilitas dengan istilah terkait fekunditas, yang merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi fertilitas. Sementara fertilitas mengacu pada jumlah kelahiran yang terjadi, fekunditas mengacu pada kemampuan fisiologis untuk memiliki anak. Ketika seorang wanita tidak subur, itu berarti dia tidak dapat memiliki anak karena masalah fisiologis. Ibu baru mungkin

tidak subur sementara karena hormon alami yang dikeluarkan oleh tubuh mereka saat menyusui. Fekunditas maksimum suatu populasi, yang terdiri dari individu-individu dengan berbagai tingkat fekunditas, diperkirakan sekitar 15 anak per wanita. kemudian, 15 adalah jumlah rata-rata maksimum teoretis dari populasi wanita yang dapat dihasilkan jika mereka melakukan hubungan seksual secara teratur sejak menstruasi, sekitar usia 12 tahun, hingga mereka mencapai menopause, sekitar usia 50 tahun, dan tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi apa pun.

2) Mortalitas

Kematian adalah komponen kedua dari perubahan populasi. Ukuran mortalitas yang paling sederhana adalah jumlah kematian dalam suatu populasi, tetapi jumlah ini sangat bergantung pada ukuran total populasi. Sama seperti angka kelahiran kasar, angka kematian kasar biasanya dinyatakan sebagai jumlah kematian per 1.000 orang pada tahun tertentu dan ditentukan dengan membagi jumlah kematian dengan jumlah penduduk pertengahan tahun. Pada tahun 2019, 58 juta orang dari populasi dunia 7,7 miliar meninggal, menghasilkan angka kematian kasar sebesar 7 per 1.000.

Beberapa tren demografi dan kesehatan yang saling terkait telah berkontribusi pada pergeseran dari penyakit menular ke penyakit tidak menular sebagai penyebab utama kematian di seluruh dunia:

- Perbaikan gizi kesehatan masyarakat, dan obat-obatan yang telah mengurangi kematian akibat penyakit menular.
- Harapan hidup yang lebih lama karena lebih banyak anak yang bertahan hidup hingga dewasa.

- Penuaan populasi, karena wanita memiliki lebih sedikit anak dan orang tua mewakili proporsi yang lebih besar dari total populasi.
- Urbanisasi, dengan gaya hidup yang lebih banyak duduk dan makanan segar yang terbatas berkontribusi terhadap peningkatan obesitas, diabetes, dan kondisi kesehatan lainnya (Scommegna, 2012).

3) Migrasi

Komponen ketiga dari perubahan populasi adalah migrasi — pergerakan orang masuk atau keluar dari wilayah geografis tertentu. Migrasi adalah salah satu variabel demografis yang paling kompleks dan mudah berubah dan jauh lebih sulit diukur dan dilacak daripada fertilitas dan mortalitas. Sebagian besar negara tidak memiliki cara yang mudah dan akurat untuk melacak pergerakan populasi.

Migrasi biasanya memiliki dampak terbesar pada perubahan populasi di wilayah geografis kecil dan lokasi yang memiliki sedikit atau tidak ada peningkatan alami dari kelahiran yang berlebihan daripada kematian. Tren migrasi juga dapat menggeser distribusi populasi dalam suatu Negara (Mather, Jacobsen, dan Scommegna, 2021).

8.6 Studi Kependudukan

Studi kependudukan tidak hanya berkaitan dengan variabel populasi tetapi juga dengan hubungan antara perubahan populasi dan variabel lainnya-sosial, ekonomi, politik, biologi, genetik, geografis dan sejenisnya (Academic, 2020).

Studi populasi secara luas didefinisikan sebagai studi ilmiah tentang populasi manusia. Bidang utama yang dipelajari meliputi dinamika populasi yang luas; fertilitas dan dinamika keluarga; kesehatan, penuaan, dan kematian; dan modal manusia dan pasar tenaga kerja (Marshall, 2022).

8.7 Struktur Penduduk

Struktur penduduk adalah suatu kelompok penduduk menurut sifat-sifat tertentu seperti karakteristik, ekonomi, social, dan budaya. Struktur penduduk sangat penting untuk (Harmadi, 2008) :

- 1) Memandang representasi jumlah penduduk dari tahun ke tahun pada situasi social, ekonomi, lingkungan, pertahanan keamanan, dan politik.
- 2) Sebagai intervensi pada bidang pendidikan, militer, kesehatan, pernikahan, dan lain – lain. Untuk menganalisis populasi berdasarkan usia jenis kelamin yang penting untuk perencanaan aktivitas pemerintahan.
- 3) Kelompok pelaku usaha perlu menganalisis usia dan jenis kelamin terhadap jenis pelayanan yang diberikan.
- 4) Usia merupakan bagian penting untuk mengestimasi seperti total rumah tangga, siswa yang terdaftar di sekolah, kebutuhan rumah.
- 5) Perubahan – perubahan penduduk berdasarkan suatu wilayah merupakan dinamika kependudukan.
- 6) Mengelompok suatu populasi berdasarkan ciri atau sifat termasuk social, ekonomi, ataupun demografis.
- 7) pertumbuhan suatu penduduk di suatu wilayah merupakan persebaran populasi.

8.8 Ukuran Perubahan Penduduk

Ukuran populasi di suatu daerah meningkat melalui kelahiran dan imigrasi dan menurun terutama melalui kematian dan migrasi keluar. Studi tentang perubahan populasi dari waktu ke waktu dan ruang merupakan aspek penting dari demografi. Perubahan populasi menyiratkan perubahan tidak hanya dalam ukurannya tetapi juga dalam komposisi dan struktur internalnya sehubungan dengan berbagai karakteristik dan distribusi spasialnya.

Penggunaan sederhana laju pertumbuhan penduduk secara eksponensial memberikan gambaran tentang laju kelahiran dan kematian di masa lampau. Mengukur perubahan penduduk dapat dilakukan dengan menggunakan rasio, tingkat, proporsi, dan persen (Egyankosh, 2018).

8.9 Hubungan antara Studi Kependudukan dan Disiplin Lain

Kependudukan adalah masalah multi-disiplin dan merupakan subjek umum untuk sejumlah ilmu sosial. Oleh karena itu, studi populasi bukanlah domain eksklusif dari ilmu sosial mana pun. Selain Demografi; Geografi Penduduk, Studi Kependudukan, Antropologi, Ekonomi, Ilmu Politik dan Sejarah mempelajari populasi manusia dalam perspektif yang berbeda. Semua bidang ini memberikan kontribusi positif dalam memahami berbagai aspek kependudukan, tetapi masing-masing bidang studi ini memiliki tujuan tertentu dan menggunakan pendekatan studi populasi yang berbeda (Academic, 2020).

1) Studi Kependudukan dengan Geografi Penduduk

Ahli geografi populasi adalah orang yang memperhatikan aspek inheren (genetik) atau dinamis dari variasi spasial dari waktu ke waktu, atau bagaimana hubungan spasial atau interaksi antar fenomena terjadi. Penekanannya terutama pada ruang, dan dengan cara ini geografi kependudukan membedakan dirinya dari demografi, yang merupakan ilmu kependudukan yang dipandang sebagai topik tunggal. Sementara ahli demografi lebih memperhatikan jumlah dan proses demografi yang terjadi di unit politik (administratif), ahli geografi kependudukan lebih memperhatikan variasi spasial dalam populasi dan hubungannya dengan fenomena fisik, budaya dan ekonomi.

2) Studi Kependudukan dengan Studi Demografi

Studi populasi mempelajari peristiwa demografis dalam perspektif norma sosial, misalnya mempelajari kelahiran dengan mengacu pada ikatan perkawinan. Masyarakat adalah populasi. Demikian pula, demografi juga menerima manusia sebagai satu kesatuan masyarakat dan kelompok tempat manusia lahir dan mati. Hubungan antara kedua subjek tersebut pasti erat karena keduanya berhubungan dengan masyarakat dan manusia. Tanpa masyarakat, tidak akan ada demografi, demikian pula halnya dengan demografi yang harus ada masyarakat yang terdiri dari manusia untuk dipelajari. Demografi juga berkaitan dengan angka kelahiran dan kematian yang terkait erat dengan pernikahan dan sosiolog selalu mempelajari institusi pernikahan dengan penuh minat.

3) Studi Kependudukan dengan Antropologi

Seperti studi populasi, demografi juga terkait erat dengan Antropologi. Hubungannya begitu erat sehingga demografi adalah bagian dari Antropologi yang merupakan ancaman statistik kelahiran, kematian, penyakit dan lain – lain. Demografi berkaitan dengan angka populasi seluruh dunia, sedangkan antropologi berkaitan dengan studi tentang beberapa bagian masyarakat.

4) Studi Kependudukan dengan Ekonomi

Ekonomi mempelajari masalah ekonomi rakyat dan dalam studi demografi dan populasi ini memainkan peran yang sangat penting. Masalah kependudukan terkait langsung dan terkait dengan pekerjaan, pendapatan per kapita, masalah rehabilitasi, pendidikan, transportasi, dll. Demografi mempengaruhi ekonomi dalam dua cara penting dan berbeda. Di satu sisi sebagai alat tenaga kerja menjadi sumber produksi sedangkan di sisi lain perubahan penduduk mempengaruhi tenaga kerja dan sumber produksi.

5) Studi Kependudukan dengan Statistik

Tidak ada disiplin ilmu sosial yang dapat melakukannya tanpa statistik. Politisi, Sejarawan, Filsuf, Psikolog dan lain-lain membutuhkan statistik untuk membuktikan dan menyangkal sudut pandang dan filsafat serta ideologi mereka.

6) Studi Kependudukan dengan Ilmu Biologi dan medis

Studi populasi dan biologi juga terkait erat. Fenomena populasi terjadi dalam kerangka fisiologi dan bahwa ada batasan biologis tertentu di mana variabel perubahan populasi beroperasi. Studi tentang fertilitas memberikan gambaran yang baik tentang hubungan antara populasi dan biologis serta medis. Kesehatan merupakan gambaran atau memprediksi perilaku berdasarkan dua aspek penting, yaitu kegiatan untuk menghindari ancaman atau pencegahan kesehatan dan pandangan tentang efektivitas perilaku yang dilakukan untuk melawan ancaman tersebut (Yunike et al., 2021). Demikian pula, dalam studi kematian, diketahui bahwa perbedaan usia dan jenis kelamin sebagian besar ditentukan secara biologis. Demikian pula, rasio jenis kelamin di antara bayi baru lahir, terlalu besar ditentukan secara biologis.

8.10 Rangkuman

Demografi ialah suatu gambaran kependudukan dengan karakteristik yang berbeda-beda seperti usia, jenis kelamin, komposisi, pekerjaan dan lain-lain. Demografi di padang sebagai secara luas, sempit, dan seimbang. Dalam pandangan luas yaitu mempelajari tentang laju pertumbuhan penduduk, angka kelahiran, kematian, usia, kesehatan, efesiensi waktu kerja. Dalam pendangan sempit yaitu tefokus tentang komunikasi, rehabilitas system administrasi, hiburan. Sedangkan demograsi secara seimbang yaitu dimana semuanya mempelajari satu sama lain dan saling terikat mulai dari usia, kelangsungan hidup, pendidikan, pekerjaan, dan lain – lain. Geografi mencakup perubahan suatu penduduk melalui fertilitas, mortiltas, dan migrasi.

Studi kependudukan merupakan ilmu yang mempelajari tentang populasi manusia yang dimana saling berkaitan tentang ekonomi, politik, penididikan dari suatu penduduk dll. Suatu penduduk dapat diukur dalam rasio, tingkat, proporsi, dan persen. Suatu penduduk memiliki hubungan dengan disiplin lainnya. Kependudukan dengan demografi yaitu mempelajari suatu penduduk yang memiliki hubungan erat, karena berkaitan dengan masyarakat dan manusia. Kemudian ada penduduk dengan ekonomi, antropologi, geografi, stastik, dan ilmu biologis dan medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Academic, N. 2020. *Introduction to Population Studies*. 1-146.
<http://196.189.45.87/handle/123456789/87327>
- Burch, T. K. 2017. Fundamentals of Demographic Analysis: Concepts, Measures, and Methods. In *Canadian Studies in Population* (Vol. 44, Issues 1-2).
<https://doi.org/10.25336/p6tw25>
- Egyankosh. 2018. *Unit 2 demographic concepts*. IGNOU.
<http://egyankosh.ac.in/handle/123456789/43756>
- Harmadi, S. 2008. Pengantar Demografi. In *Analisis data Demografi*.
- Klimczuk, A. 2021. Introductory Chapter: Demographic Analysis. *Demographic Analysis - Selected Concepts, Tools, and Applications*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.100503>
- Marshall, G. 2022. *Population Studies*. A Dictionary of Sociology. Encyclopedia.com.
- Mather, M., Jacobsen, L. A., & Scommegna, P. 2021. *Population : An Introduction To Demography* (5th ed., Vol. 75, Issue 1). Population Bulletins.
- National Geographic Society. 2022. *Demography*. National Geographic Society.
- Population Europe. 2021. *Lesson 1 : Introduction To Demography*. The Network Of Europe's Leading Demographic Research Center. Lesson 1 : Introduction To Demography
- Rees, P., & Kingdom, U. 2020. *Philip Rees, School of Geography, University of Leeds, Leeds, United Kingdom* © 2020. 3, 239-256.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-08-102295-5.10252-5>
- Scommegna, P. 2012. Noncommunicable Diseases Among Older Adults in Low- and Middle-Income Countries. *Today's Research on Aging*, 1-7.
<http://www.prb.org/pdf12/TodaysResearchAging26.pdf>

- United Nations (UN), D. of E. and S. A. (DESA). 2019. *World Population Prospects 2019: Highlights*. United Nations. <https://www.un.org/development/desa/publications/world-population-prospects-2019-highlights>
- Yunike, Kusumawaty, I., Agustin, I., Azwaldi, & Ramadhanti, N. 2021. *Health Belief Model as Students, Perspective Framework Regarding Covid-19 Prevention*. 1(4), 403–414.

BAB IX

KONSEP EPIDEMIOLOGI DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS

Oleh Reny Tri Febriani

9.1 Etimologi dan Latar Belakang Sejarah

Epidemiologi berasal dari bahasa Yunani yaitu : Epi = atas/pada, *Demos* = penduduk dan *Logos* = ilmu, Kata, Makna, Bicara, Diskursus (Wacana). Sehingga dapat diartikan epidemiologi merupakan ilmu yang mempelajari kejadian yang terjadi di masyarakat. Kejadian yang menjadi perhatian utama epidemiologi meliputi penyakit, disabilitas, dan kematian. Penyakit disabilitas, dan kematian, penting untuk dipelajari dan dikaji, karena merupakan beban penyakit (*disease burden*) yang membebani masyarakat dan negara. Epidemiologi mempelajari kausa kejadian-kejadian tersebut. Dalam literatur, kata “epidemiologi” pertama kali digunakan pada abad ke 16 oleh seorang dokter spanyol bernama Angelerio. Angelerio mempublikasikan hasil penelitiannya tentang kejadian wabah berjudul “Epidemiologia”, tahun 1802 dokter spanyol bernama Villalba menggunakan kata “Epidemiologi” dalam tulisannya yang berisi kompilasi tentang berbagai kejadian wabah di abad ke 13 di Spanyol. Meskipun kata epidemiologi digunakan mulai abad ke 16, namun ide tentang penyebab penyakit dan cara untuk mencegah penyakit pada populasi sudah di kemukakan oleh Hippocrates di Yunani sekitar 2000 tahun sebelumnya (Murti, 2018).

Upaya mencegah dan mengendalikan penyakit sudah di mulai sejak era Hippocrates, dimana dizaman Hippocrates telah dimulai era epidemiologi sanitasi, dimana menekankan pentingnya memelihara ekologi untuk mencegah penyakit. Sebelum awal abad ke 20 penyakit infeksi banyak terjadi di masyarakat sehingga epidemiologi hanya mempelajari tentang penyakit infeksi saja. Namun pada awal abad ke 20 terjadi peningkatan kemakmuran dan perubahan gaya hidup di masyarakat di negara-negara Barat. Perubahan gaya hidup saat ini disusul dengan peningkatan insidensi penyakit kronis degeneratif, menyebabkan ilmu epidemiologi semakin berkembang dengan trend prevalensi penyakit non infeksi yang juga meningkat, oleh karena itu penyakit degeneratif, penyakit kronis dan penyakit non infeksi saat ini juga di pelajari dalam ilmu epidemiologi selain penyakit infeksi (Murti, 2018).

9.2 Pengertian

Ilmu epidemiologi memiliki peran yang penting dalam ilmu kesehatan masyarakat karena epidemiologi adalah inti dari ilmu kesehatan masyarakat, dalam mempelajari ilmu kesehatan masyarakat yang memiliki tujuan utama meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan memelihara kesehatan masyarakat, mencegah penyakit, dan memperpanjang usia harapan hidup masyarakat. Epidemiologi berperan sentral dalam kesehatan masyarakat, karena memberikan metode untuk menggambarkan distribusi penyakit pada masyarakat atau kelompok tertentu, dan metode untuk menganalisis kemungkinan faktor-faktor yang mempengaruhi atau menyebabkan terjadinya suatu penyakit memiliki perbedaan distribus, karena berhubungan dengan masyarakat dan mempelajari semua masalah kesehatan yang ada di masyarakat maka dapat disebut juga epidemiologi adalah suatu cabang ilmu yang mempelajari masalah yang ada di masyarakat atau ilmu tentang penduduk. Ilmu yang mempelajari tentang kejadian,

faktor-faktor yang mempengaruhi penyakit, dan penyebaran penyakit tertentu pada kelompok manusia (Dep.Kes RI, 2002); Ilmu yang mempelajari distribusi dari determinan status kesehatan dan kejadiannya dalam suatu populasi dalam suatu populasi (MacMahon,1970, Omran,1974). Pengertian lain dari beberapa ahli yaitu epidemiologi merupakan cabang ilmu yang mempelajari tentang pemecahan masalah kesehatan yang ada di masyarakat dengan menggambarkan distribusi dan determinan masalah kesehatan yang sedang terjadi. Ahli epidemiologi lain menyebutkan epidemiologi yaitu suatu ilmu yang mempelajari bagaimana suatu masalah kesehatan itu dapat terjadi didalam populasi masyarakat baik dalam segi bagaimana penyebarannya, distribusi dan determinan masalah kesehatan serta mencari pemecahan masalah dari penelitian yang dilakukan (Mac Mahon,1970 ; Omran, 1974 ; Last, 1988 ; Noor, 1997 dalam Kartiningrum dkk, 2017). Kesimpulan dari beberapa pengertian epidemiologi menurut pakar epidemiologi yaitu disiplin ilmu menggambarkan tentang bagaimana masalah kesehatan dapat yang terjadi di masyarakat terkait dengan gambaran frekuensi, distribusi, determinan dan faktor yang mempengaruhi (Kartiningrum, 2017).

Lingkup epidemiologi berdasarkan beberapa definisi tersebut diatas adalah :

1. Studi untuk menganalisis dalam bentuk riset, meneliti, menganalisis sesuatu (Dictionary, 2011 dalam Murti 2018) metode ilmiah berguna agar kesimpulan yang diperoleh benar (valid) dan dapat diandalkan dalam jangka panjang (*reliable, consistent, reproducible*)
2. Peristiwa dan keadaan terkait masalah kesehatan, tidak hanya penyakit tetapi juga keadaan kesehatan yang terdiri dari kesehatan itu sendiri, maupun aneka keadaan dan peristiwa akibat penyakit, meliputi cedera (*injuries*), kematian,

- kesembuhan, penyakit kronis, disabilitas (kecacatan), disfungsi sisa, komplikasi, dan rekurensi
3. Distribusi, epidemiologi mendeskripsikan distribusi penyakit pada populasi berdasarkan person, tempat (*place*), dan waktu (*time*). Artinya epidemiologi mempelajari frekuensi (jumlah kejadian penyakit, baik secara *absolut* maupun *relatif*) dan pola (*pattern*) penyebaran penyakit pada populasi. Studi epidemiologi yang bertujuan untuk mendeskripsikan distribusi penyakit pada populasi menurut orang, tempat, dan waktu disebut epidemiologi deskriptif.
 4. Determinan, mencakup faktor risiko, kausa, faktor etiologi penyakit. Faktor risiko adalah semua faktor yang berhubungan dengan meningkatnya probabilitas terjadinya penyakit.
 5. Populasi, epidemiologi merupakan ilmu populasi dan mempelajari populasi manusia, dapat diartikan pula epidemiologi mempelajari distribusi dan determinan penyakit pada populasi dan kelompok-kelompok individu (Songer, 2016).
 6. Penerapan informasi dari hasil penelitian epidemiologi guna menentukan strategi intervensi yang tepat untuk mencegah atau mengendalikan penyakit pada populasi, contoh epidemi (*outbreak*) adalah keadaan dimana terjadi peningkatan jumlah kasus melebihi ekspektasi normal pada suatu populasi di suatu waktu.

Beberapa konsep penting dalam epidemiologi terapan :

- a) Pencegahan merupakan kegiatan yang bertujuan mencegah, menghambat atau membalikkan arah perkembangan peristiwa atau proses yang memberikan akibat tidak diinginkan (Davidson, 2015). Pencegahan mencakup 4 level :
 - 1) Pencegahan premordial adalah upaya mencegah terjadinya faktor risiko atau kausa penyakit, contoh

kebijakan sosial (level hulu) yang bertujuan mengurangi angka buta huruf, meningkatkan pendidikan, memberantas kemiskinan, dll

- 2) Pencegahan primer merupakan langkah-langkah untuk mencegah dimulainya penyakit, contoh melakukan hipnoterapi untuk membantu klien berhenti merokok.
 - 3) Pencegahan sekunder, mencegah dimulainya proses patogenesis/patologis, contoh pemeriksaan pap smear.
 - 4) Pencegahan tersier, mencegah atau meminimalkan akibat-akibat penyakit seperti kematian, disabilitas dll.
- b) Pengendalian, pencegahan adalah penurunan insidensi, prevalensi, morbiditas atau mortalitas suatu penyakit pada tingkat yang menurut ukuran setempat bisa diterima.
 - c) Eliminasi, penurunan insidensi kasus klinis sampai tingkat nol kasus di suatu daerah yang terjangkau sebagai hasil dari upaya yang di sengaja.
 - d) Eradikasi, adalah penurunan angka kejadian (prevalensi dan insiden) suatu penyakit infeksi sampai pada tingkat nol secara permanen di seluruh dunia, sebagai hasil dari upaya yang disengaja.
 - e) Kepunahan, adalah ketiadaan agen infeksi baik di alam maupun di laboratorium.

9.3 Ruang Lingkup Epidemiologi

Kegiatan epidemiologi lebih mengarah masalah kesehatan pada populasi yang beresiko baik pada kelompok sehat/sakit semuanya akan dianalisis sebagai data kasus.

1. Epidemiologi Deskriptif

Pelaksanaan kegiatan epidemiologi untuk mendeskripsikan secara menyeluruh pada masalah kelompok tertentu terkait dengan Penyebaran penyakit berdasarkan orang, tempat, waktu.

2. Epidemiologi Analitik

Hipotesis menjadi penciri untuk epidemiologi analitik, dimana dengan hipotesis digunakan untuk mencari jawaban penyebab suatu penyakit atau masalah kesehatan dan menemukan perbedaan angka kesakitan pada populasi tertentu. Pengelompokan epidemiologi analitik menjadi 2 kategori yaitu:

- a. Epidemiologi analitik observasional
Pengujian hipotesis sebab akibat (faktor resiko) terjadinya suatu masalah kesehatan yang dilakukan melalui pengamatan langsung dapat dilakukan pada epidemiologi jenis ini.
- b. Epidemiologi analitik eksperimental
Pengujian hipotesis yang dilakukan di laboratorium dengan memberikan percobaan secara langsung untuk menguji hipotesis.

9.4 Cabang Epidemiologi

Abad 20 faktor lingkungan sangat mempengaruhi adanya masalah kesehatan atau penyakit yang dikemukakan oleh Hippocrates dalam tulisannya "*On Airs, Waters, and Places* ", dalam perkembangannya lahir berbagai cabang epidemiologi, beberapa diantaranya sebagai berikut :

1. Epidemiologi Penyakit Infeksi, mempelajari insidensi, prevalensi, dan determinan infeksi pada populasi.
2. Epidemiologi Faktor Risiko adalah suatu variabel yang berhubungan dengan peningkatan risiko penyakit atau infeksi.
3. Epidemiologi Nutrisi adalah studi yang mempelajari faktor risiko nutrisi yang mempengaruhi status kesehatan dan penyakit pada populasi manusia.
4. Epidemiologi Kanker mempelajari distribusi dan kausa kanker pada populasi, mengembangkan terapi kanker yang lebih efektif untuk mengendalikan masalah kanker pada populasi.

5. Epidemiologi Perilaku mempelajari hubungan antara perilaku dan penyakit pada populasi, dan faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku tersebut.
6. Epidemiologi Molekuler, mempelajari kontribusi faktor risiko genetik dan lingkungan yang diidentifikasi pada level molekul dan biokimia terhadap etiologi, distribusi, dan pengendalian penyakit pada keluarga dan populasi.
7. Epidemiologi Genetik, mempelajari peran faktor-faktor genetik dan interaksinya dengan faktor lingkungan dalam mempengaruhi terjadinya penyakit dan pewarisan penyakit pada kelompok-kelompok dan populasi, serta menerapkan pengetahuan itu untuk mengendalikan penyakit pada populasi.
8. Epidemiologi sosial, mempelajari pengaruh distribusi sosial dan determinan – determinan sosial terhadap terjadinya penyakit pada populasi.
9. Epidemiologi lingkungan, mendefinisikan epidemiologi lingkungan adalah ilmu yang mempelajari efek faktor-faktor fisik, biologi, dan kimia, yang terdapat pada lingkungan eksternal, terhadap kesehatan manusia (Environmental Epidemiology, 2018).

9.5 Peranan Epidemiologi Dalam Keperawatan Komunitas

Epidemiologi adalah ilmu yang mempelajari bagaimana suatu penyakit itu terjadi, namun selain untuk menganalisis masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat juga dapat berperan dalam keperawatan komunitas.

Peranan epidemiologi untuk kesehatan populasi masyarakat yang terkait dengan keperawatan komunitas meliputi :

1. Mendeskripsikan bagaimana penyebaran suatu penyakit yang muncul dalam masyarakat.
2. Mendeskripsikan masalah kesehatan pada populasi tertentu di masyarakat berkaitan dengan faktor-faktor yang menjadi

penyebab masalah kesehatan itu muncul dan mempelajari proses penyakit hingga menemukan cara pengendalian, penanggulangan dan pencegahannya.

3. Perencanaan program yang lebih matang memerlukan data yang akurat, data tersebut dapat diperoleh dari epidemiologi.
4. Mengevaluasi keberhasilan suatu program kesehatan maupun pelayanan kesehatan yang telah dilaksanakan.
5. Media untuk menganalisis suatu masalah kesehatan dan mengembangkan metodologi penelitian serta cara penanggulangan masalah kesehatan baik secara perorangan maupun kelompok terutama pada kasus KLB.

9.6 Ada Beberapa Istilah Epidemiologi

Istilah penting dalam epidemiologi yang perlu dipahami :

1. **Wabah** dimana kondisi ketika suatu penyakit mulai menyebar atau menular di kalangan penduduk suatu area atau komunitas. Ini juga bisa disebut wabah jika terjadi saat musim-musim tertentu.
2. **Endemi** adalah suatu klasifikasi penyakit yang muncul atau menjadi karakteristik di daerah tertentu.
3. **Epidemi** adalah istilah epidemiologi yang terjadi ketika suatu penyakit telah menyebar ke wilayah atau negara lain dengan cepat.
4. **Pandemi** adalah kondisi di tingkat yang lebih lanjut, dimana ketika suatu masalah kesehatan atau wabah penyakit terjadi secara luas di seluruh dunia.
5. **Sporadik** adalah kondisi dimana masalah kesehatan frekuensi penyakitnya berubah-ubah berdasarkan perubahan waktu.

DAFTAR PUSTAKA

- Davidson, W. 2015. Principles of Prevention : The Four Stages Theory of Prevention http://www.academia.edu/894962/Principles_of_Prevention_The_Four_Stages_Theory_of_Prevention. Diakses 17 November 2022
- Enviromental Epidemiology. 2018. Enviromental Epidemiology <https://journals.lww.com/environepidem/pages/default.aspx> Diakses 17 November 2022.
- Ismah, Zata. 2018. Bahan Ajar Dasar Epidemiologi. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Islam Negeri Medan Sumatera Utara.
- Kartiningrum, E, D. Alberta, L, T. Dwiharini, P. & Kusuma, Y, L, H. 2017. Konsep Dasar Keperawatan Komunitas. STIKes Majapahit Mojokerto : Mojokerto.
- Murit, Bhisma. 2018. Prinsip dan Metode Riset Epidemiologi. Bintang Fajar Offset : Jawa Tengah.
- Songer, T. 2016. Introduction to epidemiology. <http://www.pitt.edu/super1/CentralAsia/workshop.htm>. Diakses November 2022

BAB X

KONSEP KESEHATAN LINGKUNGAN

Oleh Suriyani

10.1 Pendahuluan

Lingkungan yang sehat dapat memberikan efek terhadap kualitas kesehatan. Kesehatan seseorang akan menjadi baik jika lingkungan yang ada di sekitarnya juga baik. Begitu juga sebaliknya, kesehatan seseorang akan menjadi buruk jika lingkungan yang ada di sekitarnya kurang baik. Dalam penerapan hidup bersih dan sehat dapat dimulai dengan mewujudkan lingkungan yang sehat. Lingkungan yang sehat memiliki ciri-ciri tempat tinggal (rumah) dan lingkungan sekitar rumah yang sehat.

Hidup bersih dan sehat dapat diartikan sebagai hidup di lingkungan yang memiliki standar kebersihan dan kesehatan serta menjalankan pola/perilaku hidup bersih dan sehat. Lingkungan yang sehat dapat memberikan efek terhadap kualitas kesehatan. Kesehatan seseorang akan menjadi baik jika lingkungan yang ada di sekitarnya juga baik. Begitu juga sebaliknya, kesehatan seseorang akan menjadi buruk jika lingkungan yang ada di sekitarnya kurang baik. Dalam penerapan hidup bersih dan sehat dapat dimulai dengan mewujudkan lingkungan yang sehat. Lingkungan yang sehat memiliki ciri-ciri tempat tinggal (rumah) dan lingkungan sekitar rumah yang sehat.

Salah satu kebutuhan penting akan kesehatan lingkungan adalah masalah air bersih, persampahan dan sanitasi, yaitu kebutuhan akan air bersih, pengelolaan sampah yang setiap hari diproduksi oleh masyarakat serta pembuangan air limbah yang

langsung dialirkan pada saluran/sungai. Hal tersebut menyebabkan pandangkalan saluran/sungai, tersumbatnya saluran/sungai karena sampah. Pada saat musim penghujan selalu terjadi banjir dan menimbulkan penyakit.

10.2 Konsep Dasar Kesehatan Lingkungan

Kesehatan mencakup semua segi kehidupan dengan jangkauan yang sangat luas. Kesehatan lingkungan adalah upaya untuk melindungi kesehatan manusia melalui pengelolaan, pengawasan dan pencegahan factor-faktor lingkungan yang dapat mengganggu kesehatan manusia. (Sumengen Sutomo, 1991) Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. (Pasal 1 butir 1 UU No. 36 Tahun 2009)

Kesehatan lingkungan adalah ilmu & seni dalam mencapai keseimbangan, keselarasan dan keserasian lingkungan hidup melalui upaya pengembangan budaya perilaku sehat dan pengelolaan lingkungan sehingga dicapai kondisi yang bersih, aman, nyaman, sehat dan sejahtera terhindar dari gangguan penyakit, pencemaran dan kecelakaan, sesuai dengan harkat dan martabat manusia. (Sudjono Soenhadji, 1994)

Kesehatan lingkungan adalah suatu kondisi lingkungan yang mampu menopang keseimbangan ekologis yang dinamis antara manusia dan lingkungan untuk mendukung tercapainya realitas hidup manusia yang sehat, sejahtera dan bahagia. (Himpunan Ahli Kesehatan Lingkungan)

Kesehatan lingkungan adalah Ilmu dan seni untuk mencegah pengganggu, menanggulangi kerusakan dan meningkatkan/memulihkan fungsi lingkungan melalui pengelolaan unsur-unsur/faktor-faktor lingkungan yang berisiko terhadap kesehatan manusia dengan cara identifikasi, analisis, intervensi/rekayasa

lingkungan, sehingga tersedianya lingkungan yang menjamin bagi derajat kesehatan manusia secara optimal (Tri Cahyono, 2000)

Kesehatan lingkungan adalah suatu keseimbangan ekologis yang harus ada antara manusia dengan lingkungannya agar dapat menjamin keadaan sehat dari manusia.

10.3 Ruang lingkup:

1. Penyediaan air minum
2. Pengolahan air buangan dan pengendalian pencemaran
3. Pengelolaan sampah padat
4. Pengendalian vector
5. Pencegahan dan pengendalian pencemaran tanah dan ekskreta manusia
6. Hygiene makanan
7. Pengendalian pencemaran udara
8. Pengendalian radiasi
9. Kesehatan kerja
10. Pengendalian kebisingan
11. Perumahan dan permukiman
12. Perencanaan daerah perkotaan
13. Kesehatan lingkungan transportasi udara, laut dan darat
14. Pencegahan kecelakaan
15. Rekreasi umum dan pariwisata
16. Tindakan sanitasi yang berhubungan dengan epidemic, bencana, kedaruratan
17. Tindakan pencegahan agar lingkungan bebas dari risiko gangguan kesehatan (WHO, 1979).

10.4 Rumah Sehat

Pengertian rumah sehat adalah rumah yang dapat memenuhi kebutuhan rohani dan jasmani secara layak sebagai suatu tempat tinggal atau perlindungan dari pengaruh alam luar. Kebutuhan jasmani misalnya terpenuhi kebutuhan jasmani seperti membaca, menulis, istirahat dan lain-lain. Kebutuhan rohani misalnya, perlindungan terhadap penyakit, cuaca, angin dan sebagainya.

1. Lingkungan Rumah.

Hal – hal yang perlu diperhatikan dalam lingkungan rumah apabila menghendaki suatu lingkungan yang baik dan sehat adalah:

- a. Sampah – sampah di tempat tinggal dapat ditanggulangi dengan cara dibuang dilokasi pembuangan sampah (yang jauh dari lingkungan tempat tinggal), atau dengan pembuatan lubang sampah, dengan menimbun atau dikelola untuk dibuat pupuk kandang.
- b. Genangan air, air tidak boleh tergenang lebih dari seminggu, karena dapat dijadikan tempat berkembang biaknya nyamuk, masalah ini dapat diatasi dengan pembuatan parit – parit atau selokan agar air dapat mengalir.
- c. Sumber Air (sumur), konstruksinya baik dan memenuhi syarat, perlu diperhatikan saat membuat sumur, jarak minimal dari sumber air kotor (septic tank, sumur resapan, saluran air kotor yg tidak kedap air) adalah 7 meter, agar sumur tidak tercemar.
- d. Tanaman disekitar rumah, pepohonan yang rindang akan mengakibatkan lingkungan yang gelap dan lembab, diusahakan agar sinar matahari pagi dapat menyinari rumah, tanpa terhalang oleh pepohonan
- e. Kadang hewan (biasanya untuk rumah di pedesaan), letaknya diusahakan agar tidak terlalu dekat dengan rumah terutama pembuangan kotoran, dapat dibuatkan tempat – tempat tertentu dan dapat dimanfaatkan sebagai

2. Konstruksi Rumah

a. Konstruksi Bambu.

Apabila usuk menggunakan bambu, harus diperhatikan dalam pemotongan bambu, diusahakan pemotongannya tepat pada ruas, bila tidak ujung bambu, agar tidak lembab dan menjadi sarang tikus.

b. Lantai rumah.

Harus selalu kering, maka tinggi lantai harus disesuaikan dengan kondisi setempat, lantai harus lebih tinggi dari muka tanah.

c. Penempatan langit-langit.

Dibuat sedemikian rupa, sehingga masih ada ruang antara, adanya ruang tersebut antara atap dan langit-langit, agar orang dapat masuk kedalamnya untuk membersihkan ruang dan perbaikan.

d. Dinding Rumah.

Apabila dibuat dinding rangkap tidak boleh ada ruang antara, karna akan menjadi sarang tikus, dan bila terbuat dari bata atau sejenisnya diusahakan menggunakan komposisi campuran yg benar dapat dilihat disini.

e. Sudut Kemiringan atap.

Kemiringan atap disesuaikan dengan bahan yang akan dipakai, agar air hujan dapat mengalir dengan baik.

- Atap dari bahan alam = 30 derajat

- Atap genteng = 25 derajat

- Atap asbes,seng = 15 derajat.

3. Kebutuhan Udara

a. Pada daerah tropis, setiap orang membutuhkan hawa udara 500 lt/jam sampai dengan 1500 lt/jam.

b. Kecepatan angin atau udara yang melaluli ventelasi pada ketinggian 2 meter dari muka tanah rata-rata sekitar 0,01 –

0,5 m/lt. Pada rumah sehat kebutuhan udara tersebut dapat dipenuhi dengan memperhatikan lubang ventilasi pada rumah tersebut, dengan cara perhitungan sebagai berikut :

$$Q = K.A$$

Q = Volume udara dalam ruangan

A = Luas lubang ventilasi

Koefesien K = (0,6 – 0,8 untuk arah angin ventilasi), (0,3 – 0,4 untuk arah angin datang bersudut 45).

4. Kebutuhan Cahaya

Kebutuhan cahaya (Er).

- a. Ruang gambar = 300 lux
- b. Ruang Sekolah= 150 lux
- c. Ruang kediaman= 125 lux

Perbandingan luas jendela dengan luas lantai.

- a. Ruang kerja , luas jendela $\frac{1}{5}$ a $\frac{1}{3}$ luas lantai
- b. Ruang sekolah, luas jendela $\frac{1}{6}$ a $\frac{1}{3}$ luas lantai
- c. Ruang kediaman, luas jendela $\frac{1}{8}$ a $\frac{1}{6}$ luas lantai
- d. Ruang orang sakit, luas jendela $\frac{1}{5}$ a $\frac{1}{4}$ luas lantai
- e. Sudut datang lebih besar atau sama denga 27 derajat.
- f. Sudut lihat lebih besar 5 derajat.

Persyaratan Kesehatan Rumah Tinggal menurut Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 829/Menkes/SK/VII/1999 adalah sebagai berikut:

1. Bahan Bangunan
 - a. Tidak terbuat dari bahan yang dapat melepaskan zat-zat yang dapat membahayakan kesehatan, antara lain sebagai berikut :
 - b. Debu Total tidak lebih dari $150 \mu\text{g m}^3$
 - c. Asbes bebas tidak melebihi $0,5 \text{ fiber/m}^3/4\text{jam}$
 - d. Timah hitam tidak melebihi 300 mg/kg

- e. Tidak terbuat dari bahan yang dapat menjadi tumbuh dan berkembangnya mikroorganisme patogen.
- 2. Komponen dan penataan ruang rumah
Komponen rumah harus memenuhi persyaratan fisik dan biologis sebagai berikut:
 - a. Lantai kedap air dan mudah dibersihkan
 - b. Dinding
 - c. Di ruang tidur, ruang keluarga dilengkapi dengan sarana ventilasi untuk pengaturan sirkulasi udara
 - d. Di kamar mandi dan tempat cuci harus kedap air dan mudah dibersihkan
 - e. Langit-langit harus mudah dibersihkan dan tidak rawan kecelakaan
 - f. Bubungan rumah yang memiliki tinggi 10 meter atau lebih harus dilengkapi dengan penangkal petir
 - g. Ruang di dalam rumah harus ditata agar berfungsi sebagai ruang tamu, ruang keluarga, ruang makan, ruang tidur, ruang dapur, ruang mandi dan ruang bermain anak.
 - h. Ruang dapur harus dilengkapi dengan sarana pembuangan asap.
- 3. Pencahayaan
Pencahayaan alam atau buatan langsung atau tidak langsung dapat menerangi seluruh bagian ruangan minimal intensitasnya 60 lux dan tidak menyilaukan.
- 4. Kualitas Udara
Kualitas udara di dalam rumah tidak melebihi ketentuan sebagai berikut :
 - a. Suhu udara nyaman berkisar antara 18°C sampai 30°C
 - b. Kelembaban udara berkisar antara 40% sampai 70%
 - c. Konsentrasi gas SO₂ tidak melebihi 0,10 ppm/24 jam
 - d. Pertukaran udara

- e. Konsentrasi gas CO tidak melebihi 100 ppm/8jam
- f. Konsentrasi gas formaldehyde tidak melebihi 120 mg/m³
- 5. Ventilasi
- 6. Luas penghawaan atau ventilasi alamiah yang permanen minimal 10% dari luas lantai.
- 7. Binatang penular penyakit
- 8. Tidak ada tikus bersarang di rumah.
- 9. Air
 - a. Tersedia air bersih dengan kapasitas minimal 60 lt/hari/orang
 - b. Kualitas air harus memenuhi persyaratan kesehatan air bersih dan air minum sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- 10. Tersediannya sarana penyimpanan makanan yang aman dan hygiene.
- 11. Limbah
 - a. Limbah cair berasal dari rumah, tidak mencemari sumber air, tidak menimbulkan bau dan tidak mencemari permukaan tanah.
 - b. Limbah padat harus dikelola agar tidak menimbulkan bau, tidak menyebabkan pencemaran terhadap permukaan tanah dan air tanah.
- 12. Kepadatan hunian ruang tidur

Luas ruang tidur minimal 8m² dan tidak dianjurkan digunakan lebih dari dua orang tidur dalam satu ruang tidur, kecuali anak dibawah umur 5 tahun.

Masalah perumahan telah diatur dalam Undang-Undang pemerintahan tentang perumahan dan pemukiman No.4/1992 bab III pasal 5 ayat 1 yang berbunyi “Setiap warga negara mempunyai hak untuk menempati dan atau menikmati dan atau

memiliki rumah yang layak dan lingkungan yang sehat, aman , serasi, dan teratur”

Bila dikaji lebih lanjut maka sudah sewajarnya seluruh lapisan masyarakat menempati rumah yang sehat dan layak huni. Rumah tidak cukup hanya sebagai tempat tinggal dan berlindung dari panas cuaca dan hujan, Rumah harus mempunyai fungsi sebagai :

1. Mencegah terjadinya penyakit
2. Mencegah terjadinya kecelakaan
3. Aman dan nyaman bagi penghuninya
4. Penurunan ketegangan jiwa dan sosial

10.5 Air Bersih

Air merupakan kebutuhan essensial bagi mahluk hidup. Tanpa air tidak akan ada kehidupan di bumi ini. Sekitar 71% komposisi bumi terdiri dari air. Rumus kimia air adalah H_2O (tersusun atas dua atom hidrogen dan satu atom oksigen). Air bersifat tidak berwarna, tidak berasa dan tidak berbau.

Air merupakan zat yang memiliki peranan sangat penting bagi kelangsungan hidup manusia dan makhluk hidup lainnya. Manusia akan lebih cepat meninggal karena kekurangan air daripada kekurangan makanan. Di dalam tubuh manusia itu sendiri sebagian besar terdiri dari air. Tubuh orang dewasa, sekitar 55-60 % berat badan terdiri dari air, untuk anak-anak sekitar 65 % dan untuk bayi sekitar 80%. Air dibutuhkan oleh manusia untuk memenuhi berbagai kepentingan antara lain: diminum, masak, mandi, mencuci dan pertanian.

Menurut perhitungan WHO, di negara-negara maju tiap orang memerlukan air antara 60-120 liter per hari. Sedangkan di negara-negara berkembang termasuk Indonesia, tiap orang memerlukan air 30-60 liter per hari. Diantara kegunaan-kegunaan air tersebut yang sangat penting adalah kebutuhan untuk minum. Oleh karena itu,

untuk keperluan minum air harus mempunyai persyaratan khusus agar air tersebut tidak menimbulkan penyakit bagi manusia.

1. Air Bersih dan Sehat

Air minum harus steril (steril = tidak mengandung hama penyakit apapun). Sumber-sumber air minum pada umumnya dan di daerah pedesaan khususnya tidak terlindung sehingga air tersebut tidak atau kurang memenuhi persyaratan kesehatan. Untuk itu perlu pengolahan terlebih dahulu.

Pengolahan air untuk diminum dapat dikerjakan dengan 2 cara, berikut:

- a. **Menggodok atau mendidihkan air**, sehingga semua kuman-kuman mati. Cara ini membutuhkan waktu yang lama dan tidak dapat dilakukan secara besar-besaran.
- b. **Dengan menggunakan zat-zat kimia** seperti gas klorin, kaporit, dan lain-lain. Cara ini dapat dilakukan secara besar-besaran, cepat dan murah.

Agar air minum tidak menyebabkan penyakit, maka air tersebut hendaknya diusahakan memenuhi persyaratan-persyaratan kesehatan, setidaknya diusahakan mendekati persyaratan tersebut. Air yang sehat harus mempunyai persyaratan sebagai berikut:

a. Syarat fisik

Persyaratan fisik untuk air minum yang sehat adalah bening (tak berwarna), tidak berasa, suhu dibawah suhu udara diluarnya sehingga dalam kehidupan sehari-hari. Cara mengenal air yang memenuhi persyaratan fisik ini tidak sukar.

b. Syarat bakteriologis

Air untuk keperluan minum yang sehat harus bebas dari segala bakteri, terutama bakteri patogen. Cara untuk mengetahui apakah air minum terkontaminasi oleh bakteri

patogen adalah dengan memeriksa sampel (contoh) air tersebut. Dan bila dari pemeriksaan 100 cc air terdapat kurang dari 4 bakteri *E. coli* maka air tersebut sudah memenuhi syarat kesehatan.

c. Syarat kimia

Air minum yang sehat harus mengandung zat-zat tertentu didalam jumlah yang tertentu pula. Kekurangan atau kelebihan salah satu zat kimia didalam air akan menyebabkan gangguan fisiologis pada manusia. Sesuai dengan prinsip teknologi tepat guna di pedesaan maka air minum yang berasal dari mata air dan sumur dalam adalah dapat diterima sebagai air yang sehat dan memenuhi ketiga persyaratan tersebut diatas asalkan tidak tercemar oleh kotoran-kotoran terutama kotoran manusia dan binatang. Oleh karena itu mata air atau sumur yang ada di pedesaan harus mendapatkan pengawasan dan perlindungan agar tidak dicemari oleh penduduk yang menggunakan air tersebut.

2. *Cara Mendapatkan Air Minum Sehat*

- a. **Merebus:** Air bersih direbus sampai matang (mendidih) dan biarkan mendidih (tetap jerang air di atas kompor yang menyala, jangan matikan kompor) selama 3-5 menit untuk memastikan kuman-kuman yang ada di air tersebut telah mati;
- b. **Sodis** (*Solar Disinfection*) atau pemanasan air dengan menggunakan tenaga matahari. Air bersih dimasukkan ke dalam botol bening kemudian diletakkan di atas genteng rumah selama 4-6 jam saat cuaca panas atau 6-8 jam saat cuaca berawan. Panas matahari dan sinar ultra violet akan membunuh kuman-kuman yang ada di air sehingga air menjadi layak minum;

- c. **Klorinasi**, atau proses pemberian cairan yang mengandung klorin untuk membunuh bakteri dan kuman yang ada di dalam air bersih. Salah satunya yang tersedia adalah “Air Rahmat” yang siap untuk dipakai pada tingkat rumah tangga.

10.6 Kakus

Jamban atau kakus merupakan salah satu kebutuhan pokok manusia. Pembuatan jamban merupakan usaha manusia untuk memelihara kesehatan dengan membuat lingkungan tempat hidup yang sehat. Dalam pembuatan jamban sedapat mungkin harus diusahakan agar jamban tidak menimbulkan bau yang tidak sedap. Selain itu, konstruksi yang kokoh dan biaya yang terjangkau perlu dipikirkan dalam membuat jamban.

Jenis dan Macam Bentuk dan Model WC Kakus / Toilet Tempat Buang Air Besar / Pup - Kakus Empang, Cubluk, Kimia dan Leher Angsa :

1. Kakus Empang / Kali / Sungai

Kakus empang adalah kakus yang didirikan atau dibangun di atas aliran atau kubangan air seperti sungai, kali, danau, waduk, parit dan lain sebagainya. Model kakus jenis ini sangat tidak direkomendasikan karena akan mencemari air lingkungan sekitar yang akan menimbulkan bibit penyakit.

2. Kakus Cubluk

Kakus cubluk adalah kakus yang tempat penampungan tinja berada di bawah orang yang buang air besar. WC kakus cubluk ada cubluk kering dan cubluk basah yang keduanya masih banyak ditemukan di daerah pedesaan yang air tanah berada pada kedalaman yang dalam.

3. Kakus Leher Angsa

Model kakus leher angsa adalah wc kakus yang bentuknya melengkung mirip leher angsa yang banyak digunakan di seluruh

dunia. Toilet jenis ini bisa berbentuk wc jongkok dan wc duduk tergantung selera. WC ini dapat mencegah bau dan keluar masuk binatang sehingga menjadi kakus yang paling baik dan sehat karena disertai septic tank / sepiteng / penampung tinja yang aman dari kontaminasi ke lingkungan sekitar dan jaraknya bisa disesuaikan dengan situasi dan kondisi lokasi yang ada.

4. Kakus Kimia

Kakus kimia adalah tempat buang air besar yang menggunakan zat kimia untuk membunuh virus, bakteri dan kuman. Biasanya wc ini berada pada wc portable / mobile pada bis, kereta api / krl, pesawat terbang, dan lain-lain.

Dalam mengelola tempat pembuangan kotoran manusia yang baik perlu diperhatikan berbagai hal yang dapat mencemari lingkungan sekitar kita sehingga dapat menimbulkan masalah kesehatan, estetika, lingkungan, dan sebagainya.

1. Memiliki Pijakan / Lantai yang Kuat

Lantai sebaiknya tertutup ubin, semen, beton atau bahan lain yang kuat bila diinjak. Jangan sampai alas wc kakus jebol saat digunakan sehingga akan membuat masalah baru.

2. Lengkap Dengan Peralatan dan Perlengkapan WC

Sediakan berbagai barang keperluan wc pada umumnya seperti sabun, ember atau tempat penampungan air, kertas tisu, dan air bersih.

3. Tertutup dan Terlindung dengan Baik

Buat WC sebisa mungkin tertutup dengan lubang ventilasi yang memadai tetapi sulit untuk diintip orang dari luar. Selain itu perlu disediakan kunci pintu tempat buang air besar agar aman daring tangan jahil. Lindungi pemakai tempat buang hajat agar terlindung dari panas terik matahari dan rintik hujan.

4. Berada di Lokasi / Tempat yang Baik

Bangun atau letakkan wc kakus / toilet pada tempat yang tidak mengganggu pemandangan orang yang melintas di tempat tersebut. Pastikan tidak akan menimbulkan bau tidak sedap dan tempatnya tidak mudah menjadi sarang kuman penyakit yang merugikan kesehatan manusia.

Kementerian Kesehatan telah menetapkan syarat dalam membuat jamban sehat. Ada tujuh kriteria yang harus diperhatikan. Berikut syarat-syarat tersebut:

1. Tidak mencemari air
 - a. Saat menggali tanah untuk lubang kotoran, usahakan agar dasar lubang kotoran tidak mencapai permukaan air tanah maksimum. Jika keadaan terpaksa, dinding dan dasar lubang kotoran harus dipadatkan dengan tanah liat atau diplester.
 - b. Jarak lubang kotoran ke sumur sekurang-kurangnya 10 meter
 - c. Letak lubang kotoran lebih rendah daripada letak sumur agar air kotor dari lubang kotoran tidak merembes dan mencemari sumur.
 - d. Tidak membuang air kotor dan buangan air besar ke dalam selokan, empang, danau, sungai, dan laut
2. Tidak mencemari tanah permukaan
 - a. Tidak buang besar di sembarang tempat, seperti kebun, pekarangan, dekat sungai, dekat mata air, atau pinggir jalan.
 - b. Jamban yang sudah penuh agar segera disedot untuk dikuras kotorannya, atau dikuras, kemudian kotoran ditimbun di lubang galian.
3. Bebas dari serangga
 - a. Jika menggunakan bak air atau penampungan air, sebaiknya dikuras setiap minggu. Hal ini penting untuk mencegah bersarangnya nyamuk demam berdarah

- b. Ruangan dalam jamban harus terang. Bangunan yang gelap dapat menjadi sarang nyamuk.
 - c. Lantai jamban dipleset rapat agar tidak terdapat celah-celah yang bisa menjadi sarang kecoa atau serangga lainnya
 - d. Lantai jamban harus selalu bersih dan kering
 - e. Lubang jamban, khususnya jamban cemplung, harus tertutup
4. Tidak menimbulkan bau dan nyaman digunakan
- a. Jika menggunakan jamban cemplung, lubang jamban harus ditutup setiap selesai digunakan
 - b. Jika menggunakan jamban leher angsa, permukaan leher angsa harus tertutup rapat oleh air
 - c. Lubang buangan kotoran sebaiknya dilengkapi dengan pipa ventilasi untuk membuang bau dari dalam lubang kotoran
 - d. Lantai jamban harus kedap air dan permukaan bowl licin. Pembersihan harus dilakukan secara periodik
5. Aman digunakan oleh pemakainya
- Pada tanah yang mudah longsor, perlu ada penguat pada dinding lubang kotoran dengan pasangan batau atau selongsong anyaman bambu atau bahan penguat lain yang terdapat di daerah setempat
6. Mudah dibersihkan dan tak menimbulkan gangguan bagi pemakainya
- a. Lantai jamban rata dan miring ke arah saluran lubang kotoran
 - b. Jangan membuang plastik, puntung rokok, atau benda lain ke saluran kotoran karena dapat menyumbat saluran
 - c. Jangan mengalirkan air cucian ke saluran atau lubang kotoran karena jamban akan cepat penuh
 - d. Hindarkan cara penyambungan aliran dengan sudut mati. Gunakan pipa berdiameter minimal 4 inci. Letakkan pipa dengan kemiringan minimal 2:100.

7. Tidak menimbulkan pandangan yang kurang sopan
 - a. Jamban harus ber dinding dan berpintu
 - b. Dianjurkan agar bangunan jamban beratap sehingga pemakainya terhindar dari kehujanan dan kepanasan.

10.7 Sampah

1. Pengertian Sampah

Sampah adalah suatu materi sisa yang tidak diinginkan setelah proses berakhir. Sampah adalah bahan padat atau cairan yang tidak dipergunakan lagi dan dibuang. Berdasarkan Undang-Undang No. 18 Tahun 2008, sampah adalah sisa kegiatan sehari-hari manusia dan/atau proses alam yang berbentuk padat. Menurut Kamus Istilah Lingkungan, "Sampah adalah bahan yang tidak mempunyai nilai atau tidak berharga untuk maksud biasa atau utama dalam pembikinan atau pemakaian barang rusak atau bercacat dalam pembikinan manufaktur atau materi berkelebihan atau ditolak atau buangan". Sedangkan kata Bapak Dr. Tandjung, M.Sc. , "Sampah adalah sesuatu yang tidak berguna lagi, dibuang oleh pemiliknya atau pemakai semula".

2. Sumber Sampah Berdasarkan Sumbernya

a. Sampah Manusia

Sampah manusia adalah hasil-hasil pencernaan manusia, seperti feses dan urin.

b. Sampah Nuklir

Sampah nuklir merupakan hasil dari fusi nuklir dan fisi nuklir yang menghasilkan uranium dan thorium yang sangat berbahaya bagi lingkungan hidup dan juga manusia.

c. Sampah dari Pemukiman

Umumnya sampah rumah tangga berupa sisa pengolahan makanan, perlengkapan rumah tangga bekas, kertas, kardus, gelas, kain, sampah kebun/halaman, dan lain-lain.

d. Sampah dari Pertanian dan Perkebunan

Sampah dari kegiatan pertanian tergolong bahan organik, seperti jerami dan sejenisnya. Sebagian besar sampah yang dihasilkan selama musim panen dibakar atau dimanfaatkan untuk pupuk. Untuk sampah bahan kimia seperti pestisida dan pupuk buatan perlu perlakuan khusus agar tidak mencemari lingkungan. Sampah pertanian lainnya adalah lembaran plastik penutup tempat tumbuh-tumbuhan yang berfungsi untuk mengurangi penguapan dan penghambat pertumbuhan gulma, namun plastik ini bisa didaur ulang.

e. Sampah Alam

Sampah yang diproduksi di kehidupan liar diintegrasikan melalui proses daur ulang alami, seperti halnya daun-daun kering di hutan yang terurai menjadi tanah.

f. Sampah Konsumsi

Sampah konsumsi merupakan sampah yang dihasilkan oleh pengguna barang, dengan kata lain adalah sampah-sampah yang dibuang ke tempat sampah.

g. Sampah dari Sisa Bangunan dan Konstruksi Gedung

Sampah yang berasal dari kegiatan pembangunan dan pemugaran gedung ini bisa berupa bahan organik maupun anorganik. Sampah Organik, misalnya: kayu, bambu, triplek. Sampah Anorganik, misalnya: semen, pasir, spesi, batu bata, ubin, besi dan baja, kaca, dan kaleng.

h. Sampah dari Perdagangan dan Perkantoran

Sampah yang berasal dari daerah perdagangan seperti: toko, pasar tradisional, warung, pasar swalayan ini terdiri dari kardus, pembungkus, kertas, dan bahan organik termasuk sampah makanan dan restoran. Sampah yang berasal dari lembaga pendidikan, kantor pemerintah dan swasta biasanya terdiri dari kertas, alat tulis-menulis (bolpoint, pensil, spidol, dll), toner foto copy, pita printer, kotak tinta printer, baterai,

bahan kimia dari laboratorium, pita mesin ketik, klise film, komputer rusak, dan lain-lain. Baterai bekas dan limbah bahan kimia harus dikumpulkan secara terpisah dan harus memperoleh perlakuan khusus karena berbahaya dan beracun.

i. Sampah dari Industri

Sampah ini berasal dari seluruh rangkaian proses produksi (bahan-bahan kimia serpihan/potongan bahan), perlakuan dan pengemasan produk (kertas, kayu, plastik, kain/lap yang jenuh dengan pelarut untuk pembersihan). Sampah industri berupa bahan kimia yang seringkali beracun memerlukan perlakuan khusus sebelum dibuang.

3. Berdasarkan dapat tidaknya di bakar

- a. Sampah yang mudah terbakar, misalnya: kertas, karet, kayu, plastic, kain bekas, dan sebagainya.
- b. Sampah yang tidak dapat terbakar, misalnya: kaleng-kaleng bekas, besi/logam bekas, pecahan gelas, kaca dan sebagainya.

4. Berdasarkan karakteristik sampah

- a. Garbage, yaitu sampah hasil pengolahan atau pembuatan makanan, yang umumnya mudah membusuk, dan berasal dari rumah tangga, restoran, hotel, dan sebagainya.
- b. Rabish, yaitu sampah yang berasal dari perkantoran, perdagangan baik yang mudah terbakar, seperti kertas, karton, plastic dan sebagainya, maupun yang tidak mudah terbakar, seperti kaleng bekas, klip, pecahan kaca, gelas dan sebagainya.
- c. Ashes (abu), yaitu sisa-sisa pembakaran dari bahan-bahan yang mudah terbakar, termasuk abu rokok.
- d. Sampah jalanan (street sweeping), yaitu sampah yang berasal dari pembersihan jalan, yang terdiri dari campuran

bermacam-macam sampah, daun-daunan, kertas, plastic, pecahan kaca, besi, debu dan sebagainya.

- e. Bangkai binatang (dead animal), yaitu bangkai binatang yang mati karena alam, di tabrak kendaraan, atau di buang oleh orang.
- f. Bangkai kendaraan (abandoned vehicle), adalah bangkai mobil, sepeda, sepeda motor, dan sebagainya.

5. Komposisi Sampah

a. Sampah Organik

Sampah yang mudah membusuk seperti sisa makanan, sayuran, daun-daun kering, dan sebagainya. Sampah ini dapat diolah lebih lanjut menjadi kompos. Sampah Organik terdiri dari bahan-bahan penyusun tumbuhan dan hewan yang diambil dari alam atau dihasilkan dari kegiatan pertanian, perikanan atau yang lain.

✓ Sampah organik basah.

Sampah organik basah merupakan sampah yang mempunyai kandungan air cukup tinggi. Contohnya kulit buah dan sisa sayuran.

✓ Sampah organik kering.

Yang termasuk sampah organik kering adalah bahan organik lain yang kandungan airnya kecil. Contoh sampah organik kering di antaranya kertas, kayu atau ranting pohon, dan dedaunan kering.

b. Sampah Anorganik

Sampah yang tidak mudah membusuk, seperti plastik wadah pembungkus makanan, kertas, plastik mainan, botol dan gelas minuman, kaleng, kayu, dan sebagainya. Sampah ini dapat dijadikan sampah komersil atau sampah yang laku dijual untuk dijadikan produk lainnya. Sampah Anorganik berasal dari

sumber daya alam tak terbarui seperti mineral dan minyak bumi, atau dari proses industri.

6. Pengelolaan Sampah

Pengelolaan sampah adalah pengumpulan, pengangkutan, pemrosesan, pendaur-ulangan, atau pembuangan dari material sampah. Pengelolaan sampah juga dilakukan untuk memulihkan sumber daya alam. Pengelolaan sampah bisa melibatkan zat padat, cair, gas, atau radioaktif dengan metoda dan keahlian khusus untuk masing masing jenis zat.

Praktek pengelolaan sampah berbeda beda antara Negara maju dan negara berkembang, berbeda juga antara daerah perkotaan dengan daerah pedesaan, berbeda juga antara daerah perumahan dengan daerah industri. Pengelolaan sampah yg tidak berbahaya dari pemukiman dan institusi di area metropolitan biasanya menjadi tanggung jawab pemerintah daerah, sedangkan untuk sampah dari area komersial dan industri biasanya ditangani oleh perusahaan pengolah sampah.

Metode pengelolaan sampah berbeda beda tergantung banyak hal, diantaranya tipe zat sampah, tanah yg digunakan untuk mengolah dan ketersediaan area.

Metoda Pembuangan

1) Penimbunan

Pembuangan sampah pada penimbunan darat termasuk menguburnya untuk membuang sampah, metode ini adalah metode paling populer di dunia. Penimbunan ini biasanya dilakukan di tanah yg ditinggalkan, lubang bekas pertambangan, atau lubang lubang dalam. Efek samping dari sampah adalah gas methan dan karbon dioksida yang juga sangat berbahaya. (di bandung kandungan gas methan ini meledak dan melongsorkan gunung sampah)

Karakter desain dari penimbunan darat yang modern diantaranya adalah metode pengumpulan air sampah menggunakan bahan tanah liat atau pelapis plastik. Sampah biasanya dipadatkan untuk menambah kepadatan dan kestabilannya, dan ditutup untuk tidak menarik hama (biasanya tikus). Banyak penimbunan sampah mempunyai sistem pengekstraksi gas yang terpasang untuk mengambil gas yang terjadi. Gas yang terkumpul akan dialirkan keluar dari tempat penimbunan dan dibakar di menara pembakar atau dibakar di mesin berbahan bakar gas untuk membangkitkan listrik.

2) Pembakaran/pengkremasian

Pembakaran adalah metode yang melibatkan pembakaran zat sampah. Pengkremasian dan pengelolaan sampah lain yg melibatkan temperatur tinggi biasa disebut "Perlakuan panas". kremasi merubah sampah menjadi panas, gas, uap dan abu.

Pengkremasian dilakukan oleh perorangan atau oleh industri dalam skala besar. Hal ini bisa dilakukan untuk sampah padat, cair maupun gas. Pengkremasian dikenal sebagai cara yang praktis untuk membuang beberapa jenis sampah berbahaya, contohnya sampah medis (sampah biologis). Pengkremasian adalah metode yang kontroversial karena menghasilkan polusi udara.

3) Metode Daur-ulang

Proses pengambilan barang yang masih memiliki nilai dari sampah untuk digunakan kembali disebut sebagai daur ulang. Ada beberapa cara daur ulang, pertama adalah mengambil bahan sampahnya untuk diproses lagi atau mengambil kalori dari bahan yang bisa dibakar untuk membangkitkan listrik. Metode baru dari daur ulang terus ditemukan dan akan dijelaskan dibawah.

4) Pengolahan kembali secara fisik

Metode ini adalah aktivitas paling populer dari daur ulang, yaitu mengumpulkan dan menggunakan kembali sampah yang dibuang, contohnya botol bekas pakai yang dikumpulkan kembali untuk digunakan kembali. Pengumpulan bisa dilakukan dari sampah yang sudah dipisahkan dari awal (kotak sampah/kendaraan sampah khusus), atau dari sampah yang sudah tercampur.

Sampah yang biasa dikumpulkan adalah kaleng minum aluminum, kaleng baja makanan/minuman, Botol HDPE dan PET, botol kaca, kertas karton, koran, majalah, dan kardus. Jenis plastik lain seperti (PVC, LDPE, PP, dan PS) juga bisa di daur ulang. Daur ulang dari produk yang kompleks seperti komputer atau mobil lebih susah, karena harus bagian bagiannya harus diurai dan dikelompokkan menurut jenis bahannya.

5) Pengolahan biologis

Material sampah organik, seperti zat tanaman, sisa makanan atau kertas, bisa diolah dengan menggunakan proses biologis untuk kompos, atau dikenal dengan istilah pengkomposan. Hasilnya adalah kompos yang bisa digunakan sebagai pupuk dan gas methana yang bisa digunakan untuk membangkitkan listrik.

Contoh dari pengelolaan sampah menggunakan teknik pengkomposan adalah Green Bin Program (program tong hijau) di Toronto, Kanada, dimana sampah organik rumah tangga, seperti sampah dapur dan potongan tanaman dikumpulkan di kantong khusus untuk di komposkan.

6) Pemulihan energi

Kandungan energi yang terkandung dalam sampah bisa diambil langsung dengan cara menjadikannya bahan bakar, atau secara tidak langsung dengan cara mengolahnya

menjadi bahan bakar tipe lain. Daur-ulang melalui cara "perlakuan panas" bervariasi mulai dari menggunakannya sebagai bahan bakar memasak atau memanaskan sampai menggunakannya untuk memanaskan boiler untuk menghasilkan uap dan listrik dari turbin-generator. Pirolisa dan gasifikasi adalah dua bentuk perlakuan panas yang berhubungan, dimana sampah dipanaskan pada suhu tinggi dengan keadaan miskin oksigen. Proses ini biasanya dilakukan di wadah tertutup pada Tekanan tinggi. Pirolisa dari sampah padat mengubah sampah menjadi produk berzat padat, gas, dan cair. Produk cair dan gas bisa dibakar untuk menghasilkan energi atau dimurnikan menjadi produk lain. Padatan sisa selanjutnya bisa dimurnikan menjadi produk seperti karbon aktif. Gasifikasi dan Gasifikasi busur plasma yang canggih digunakan untuk mengkonversi material organik langsung menjadi Gas sintetis (campuran antara karbon monoksida dan hidrogen). Gas ini kemudian dibakar untuk menghasilkan listrik dan uap.

7) Metode penghindaran dan pengurangan

Sebuah metode yang penting dari pengelolaan sampah adalah pencegahan zat sampah terbentuk, atau dikenal juga dengan "pengurangan sampah". Metode pencegahan termasuk penggunaan kembali barang bekas pakai, memperbaiki barang yang rusak, mendesain produk supaya bisa diisi ulang atau bisa digunakan kembali (seperti tas belanja katun menggantikan tas plastik), mengajak konsumen untuk menghindari penggunaan barang sekali pakai (contohnya kertas tissue), dan mendesain produk yang menggunakan bahan yang lebih sedikit untuk fungsi yang sama.

7. Dampak Negatif Sampah

a. Dampak terhadap Kesehatan

Lokasi dan pengelolaan sampah yang kurang memadai (pembuangan sampah yang tidak terkontrol) merupakan tempat yang cocok bagi beberapa organisme dan menarik bagi berbagai binatang seperti lalat dan anjing yang dapat menjangkitkan penyakit. Potensi bahaya kesehatan yang dapat ditimbulkan adalah terjangkitnya penyakit diare, kolera, tifus menyebar dengan cepat karena virus yang berasal dari sampah dengan pengelolaan tidak tepat dapat bercampur air minum, penyakit demam berdarah dapat juga meningkat dengan cepat di daerah yang pengelolaan sampahnya kurang memadai.

b. Dampak terhadap Keadaan Sosial dan Ekonomi

Dampaknya akan membentuk lingkungan yang kurang menyenangkan bagi masyarakat, bau yang tidak sedap dan pemandangan yang buruk karena sampah bertebaran dimana-mana. Pembuangan sampah padat ke badan air dapat menyebabkan banjir dan akan memberikan dampak bagi fasilitas pelayanan umum seperti jalan, jembatan, drainase, dan lain-lain.

c. Infrastruktur lain dapat juga dipengaruhi oleh pengelolaan sampah yang tidak memadai, seperti tingginya biaya yang diperlukan untuk pengolahan air. Jika sarana penampungan sampah kurang atau tidak efisien, orang akan cenderung membuang sampahnya di jalan. Hal ini mengakibatkan jalan perlu lebih sering dibersihkan dan diperbaiki.

10.8 Limbah

Definisi dari limbah B3 berdasarkan BAPEDAL (1995) ialah setiap bahan sisa (limbah) suatu kegiatan proses produksi yang mengandung bahan berbahaya dan beracun (B3) karena sifat (*toxicity, flammability, reactivity, dan corrosivity*) serta konsentrasi atau jumlahnya yang baik secara langsung maupun tidak langsung dapat merusak, mencemarkan lingkungan, atau membahayakan kesehatan manusia.

Berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 18/1999 Jo.PP 85/1999, limbah didefinisikan sebagai sisa atau buangan dari suatu usaha dan/atau kegiatan manusia. Limbah adalah bahan buangan tidak terpakai yang berdampak negatif terhadap masyarakat jika tidak dikelola dengan baik. Air limbah industri maupun rumah tangga (domestik) apabila tidak dikelola dengan baik akan menimbulkan dampak negatif bagi kesehatan.

Pencegahan dan penanggulangan dampak air limbah terhadap kesehatan dapat dilakukan dengan mengidentifikasi jenis limbah, mengetahui dampaknya terhadap kesehatan, dan cara pengolahannya. Pada saat ini, industri berkembang dengan pesat. Hal itu dapat menyebabkan penurunan kualitas lingkungan. Penurunan kualitas lingkungan tersebut diakibatkan tidak terkendalinya pembuangan limbah dan emisi gas dari kegiatan industri. Limbah dari kegiatan industri dapat berupa limbah cair, gas, dan padat.

1. Limbah Beracun Terdiri Dari:

- a. Limbah mudah meledak adalah limbah yang melalui reaksi kimia dapat menghasilkan Gas dengan suhu dan tekanan tinggi yang dengan cepat dapat merusak lingkungan.
- b. Limbah mudah terbakar adalah limbah yang bila berdekatan dengan api, percikan api, gesekan atau sumber nyala lain akan mudah menyala atau terbakar dan bila telah menyala akan terus terbakar hebat dalam waktu lama.

- c. Limbah reaktif adalah limbah yang menyebabkan kebakaran karena melepaskan atau menerima oksigen atau limbah organik peroksida yang tidak stabil dalam suhu tinggi.
- d. Limbah beracun adalah limbah yang mengandung racun yang berbahaya bagi manusia dan lingkungan. Limbah B3 dapat menimbulkan kematian atau sakit bila masuk ke dalam tubuh melalui pernapasan, kulit atau mulut.
- e. Limbah yang menyebabkan infeksi adalah limbah laboratorium yang terinfeksi penyakit atau limbah yang mengandung kuman penyakit, seperti bagian tubuh manusia yang diamputasi dan cairan tubuh manusia yang terkena infeksi.

2. Komposisi Limbah

a. Limbah Organik

Limbah organik memiliki definisi berbeda yang penggunaannya dapat disesuaikan dengan tujuan penggolongannya. Berdasarkan pengertian secara kimiawi limbah organik merupakan segala limbah yang mengandung unsure karbon (C), sehingga meliputi limbah dari makhluk hidup (misalnya kotoran hewan dan manusia, sisa makanan, dan sisa-sisa tumbuhan mati), kertas, plastik, dan karet.

Limbah organik yang berasal dari makhluk hidup mudah membusuk karena pada makhluk hidup terdapat unsure karbon (C) dalam bentuk gula (karbohidrat) yang rantai kimianya relative sederhana sehingga dapat dijadikan sumber nutrisi bagi mikroorganisme, seperti bakteri dan jamur. Hasil pembusukan limbah organik oleh mikroorganisme sebagian besar adalah berupa gas metan (CH_4) yang juga dapat menimbulkan permasalahan lingkungan.

b. Limbah Anorganik

Berdasarkan pengertian secara kimiawi, limbah organik meliputi limbah-limbah yang tidak mengandung unsur karbon, seperti logam (misalnya besi dari mobil bekas atau perkakas,

dan aluminium dari kaleng bekas atau peralatan rumah tangga), kaca, dan pupuk anorganik (misalnya yang mengandung unsur nitrogen dan fosfor). Limbah-limbah ini tidak memiliki unsur karbon sehingga tidak dapat diurai oleh mikroorganisme. Seperti halnya limbah organik, pengertian limbah organik yang sering diterapkan di lapangan umumnya limbah anorganik dalam bentuk padat (sampah). Agak sedikit berbeda dengan pengertian di atas secara teknis, limbah anorganik didefinisikan sebagai segala limbah yang tidak dapat atau sulit terurai/busuk secara alami oleh mikroorganisme pengurai. Dalam hal ini, bahan organik seperti plastic, kertas, dan karet juga dikelompokkan sebagai limbah anorganik. Bahan-bahan tersebut sulit diurai oleh mikroorganisme sebab unsure karbonnya membentuk rantai kimia yang kompleks dan panjang (polimer).

3. Berdasarkan Wujud

a. Limbah Cair

Limbah cair adalah segala jenis limbah yang berwujud cairan, berupa air beserta bahan-bahan buangan lain yang tercampur (tersuspensi) maupun terlarut dalam air

- Limbah cair domestic (*domestic wastewater*) yaitu limbah cair hasil buangan dari rumahtangga, bangunan perdagangan, perkantoran, dan sarana sejenis. Misalnya air deterjen sisa cucian, air sabun, tinja
- Limbah cair industry (*industrial wastewater*), yaitu limbah cair hasil buangan industry. Misalnya air sisa cucian daging, buah, sayur dari industry pengolahan makanan dan sisa dari pewarnaan kain/bahan dari industry tekstil
- Rembesan dan luapan (*infiltration and inflow*), yaitu limbah cair yang berasal dari berbagai sumber yang memasuki saluran pembuangan limbah cair melalui rembesan ke dalam tanah atau melalui luapan dari permukaan.

- Air Hujan (*storm water*), yaitu limbah cair yang berasal dari aliran air hujan di atas permukaan tanah.

-

b. Limbah Padat

Merupakan limbah yang terbanyak dilingkungan. Biasanya limbah padat disebut sebagai sampah. Klasifikasi limbah padat (sampah) menurut istilah teknis ada 6 kelompok, yaitu :

- Sampah organik mudah busuk (*garbage*), yaitu limbah padat semi basah, berupa bahan-bahan organik yang mudah busuk
- Sampah anorganik dan organik tak membusuk (*rubbish*), yaitu limbah padat anorganik atau organik cukup kering yang sulit terurai oleh mikroorganisme, sehingga sulit membusuk, misalnya kertas, plastic, kaca dan logam.
- Sampah abu (*ashes*), yaitu limbah padat yang berupa abu, biasanya hasil pembakaran.
- Sampah bangkai binatang (*dead animal*), yaitu semua limbah yang berupa bangkai binatang.
- Sampah sapuan (*street sweeping*), yaitu limbah padat hasil sapuan jalanan yang berisi berbagai sampah yang tersebar di jalanan
- Sampah industri (*industrial waste*), semua limbah padat buangan industri

c. Limbah Gas

Jenis limbah gas yang berada di udara terdiri dari bermacam-macam senyawa kimia. Misalnya, karbon monoksida (CO), karbon dioksida (CO₂), Nitrogen oksida (NO_x), Sulfur dioksida (SO_x), asam klorida (HCl), Amonia (NH₃), Metan (CH₄), Klorin (Cl₂). Limbah gas yang dibuang ke udara biasanya mengandung partikel-partikel bahan padatan, disebut materi partikulat.

4. Pengelompokan Berdasarkan Sumber

- a. Limbah domestic, adalah limbah yang berasal dari kegiatan pemukiman penduduk
- b. Limbah industry, merupakan buangan hasil proses industri
- c. Limbah pertanian, berasal dari daerah pertanian atau perkebunan
- d. Limbah pertambangan, berasal dari kegiatan pertambangan.

5. Efek Limbah Terhadap Manusia dan Lingkungan

Lokasi dan pengolahan limbah yang kurang memadai (pembuangan limbah yang tidak kontrol) merupakan tempat yang cocok bagi beberapa organisme yang menarik bagi berbagai binatang seperti lalat dan anjing yang dapat menjangkit penyakit, misalnya bahaya kesehatan pada manusia seperti :

- a. Penyakit diare, tifus, bahkan demam berdarah karena virus yang berasal dari sampah dengan pengolahan tidak tepat dapat bercampur air minum.
- b. Tetapi kadang juga limbah ini dapat diminum penyakit jamur.

Limbah rumah tangga selain membahayakan kesehatan manusia, limbah ini juga sangat berpengaruh terhadap kelestarian dan lingkungan yang ada di sekitar kita yaitu penggunaan sabun detergen untuk mencuci. Air cucian itu kemudian dibuang ke selokan dan merembes ke air tanah, air selokan mengalir ke sungai dan seterusnya ke laut. Karena adanya limbah-limbah rumah tangga ini itu akan sangat membahayakan kelestarian lingkungan disekitar yang ada.

Penguraian limbah yang dibuang kedalam air akan menghasilkan asam organik dan gas cair. Selain itu gas ini sangat berbahaya karena gas ini dapat meledak dan mengancam kelestarian lingkungan.

6. Usaha Penanggulangan Limbah

- a. Melarang pembuangan sampah-sampah rumah tangga keselkan (parit), sungai, danau dilaut, dan sampah itu harus dibuang pada tempat-tempat yang telah ditentukan.
- b. Setiap perusahaan minyak diwajibkan memiliki peralatan yang dapat membendung tumpukan minyak dan kemudian menyedot kembali, dengan demikian tumpukan minyak tidak akan melebar luas dan mengurangi adanya limbah rumah tangga. Menetapkan Baku mutu lingkungan adalah batas kadar yang diperkenankan bagi zat atau bahan pencemar terdapat di lingkungan dengan tidak menimbulkan gangguan terhadap makhluk hidup,tumbuhan atau benda lainnya

10.9 Penyakit Akibat Kesehatan Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yg ada disekitarnya (benda hidup, mati, nyata, abstrak) serta suasana yg terbentuk karena terjadi interaksi antara elemen-elemen di alam tersebut. (Sumirat, 1996)

Penyakit adalah suatu kondisi patologis berupa kelainan fungsi dan /atau morfologi suatu organ dan/atau jar tubuh. (Achmadi, 2005)

1. Situasi di Indonesia

Penyakit berbasis lingkungan masih menjadi permasalahan hingga saat ini. ISPA dan diare yang merupakan penyakit berbasis lingkungan selalu masuk dalam 10 besar penyakit hampir seluruh Puskesmas di Indonesia. Menurut Profil Ditjen PP&PL thn 2006, 22,30% kematian bayi di Indonesia akibat pneumonia. sedangkan morbiditas penyakit diare dari tahun ketahun kian meningkat dimana pada tahun 1996 sebesar 280 per 1000 penduduk, lalu meningkat menjadi 301 per 1000 penduduk pada tahun 2000 dan 347 per 1000 penduduk pada tahun 2003. Pada tahun 2006 angka

tersebut kembali meningkat menjadi 423 per 1000 penduduk. Dalam upaya pengendalian penyakit berbasis lingkungan, maka perlu diketahui perjalanan penyakit atau patogenesis penyakit tersebut, sehingga kita dapat melakukan intervensi secara cepat dan tepat.

2. Sumber Penyakit
 - a. Agent Biologis: Bakteri, Virus, Jamur, Protozoa, Amoeba, dll
 - b. Agent Kimia : Logam berat (*Pb, Hg*), *air pollutants (Irritant: O₃, N₂O, SO₂, Asphyxiant: CH₄, CO)*, Debu dan serat (*Asbestos, silicon*), *Pestisida*, dll
 - c. Agent Fisika : Radiasi, Suhu, Kebisingan, Pencahayaannya, dll
3. Komponen Lingkungan Sebagai Media Transmisi,
 - a. Udara
 - b. Air
 - c. Makanan
 - d. Binatang
 - e. Manusia / secara langsung
4. Penduduk
 - a. Perilaku
 - b. Status gizi
 - c. Pengetahuan

Penyakit Berbasis Lingkungan adalah suatu kondisi patologis berupa kelainan fungsi atau morfologi suatu organ tubuh yang disebabkan oleh interaksi manusia dengan segala sesuatu disekitarnya yang memiliki potensi penyakit.

1. Penyakit yang berkaitan dengan rumah

Rumah yang tidak sehat dan juga perilaku tidak sehat dapat menyebabkan dan menularkan penyakit bagi penghuninya, seperti sakit batuk-batuk, pilek, sakit mata, demam, sakit kulit, maupun kecelakaan.

Kebiasaan tidur beramai-ramai dalam satu kamar tidur atau terlalu padat penghuni adalah kebiasaan tidak baik dalam rumah, karena dapat menularkan penyakit dengan cepat. Biasanya bila salah seorang menderita batuk dan pilek maka semua yang tidur bersama-sama dengan orang tersebut akan tertular sakit batuk dan pilek. Penyakit-penyakit lain yang dapat menular akibat tidur ramai-ramai yaitu sakit mata, kulit, batuk darah (TB).

Merokok adalah kebiasaan yang sangat tidak sehat bagi perokok tersebut, apalagi dilakukan di dalam rumah maka akibatnya dapat mengenai penghuni rumah lainnya. Asap yang dikeluarkan dari rokok mengandung zat yang sifatnya racun bagi tubuh dan dapat menyebabkan sakit kanker, jantung dan gangguan janin pada ibu hamil.

Dapur merupakan tempat kegiatan untuk mengolah, menyiapkan dan menyimpan makanan, kegiatan memasak sering dilakukan oleh ibu-ibu sambil menggendong anaknya yang masih kecil. Tanpa disadari bahwa menggendong anak sambil memasak merupakan perilaku tidak sehat terutama untuk sang anak karena dapat terkena asap dapur yang berasal dari pembakaran bahan bakar (minyak, kayu, arang, daun, batu bara). Dari kegiatan memasak sambil menggendong anak dapat terkena sakit saluran pernafasan seperti batuk-batuk.

Menjamah makanan tanpa cuci tangan pakai sabun terlebih dahulu adalah sangat berbahaya karena di tangan terdapat banyak kotoran setelah tangan melakukan banyak kegiatan. Kegiatan manusia sebagian besar menggunakan tangan, sehingga tangan dapat menjadi sumber penularan penyakit. Penyakit yang dapat ditularkan melalui tangan antara lain diare, kecacingan, keracunan, sakit kulit dan lain-lain.

2. Penyakit yang berhubungan dengan air (Air limbah)

Jenis penyakit yang berhubungan dengan air antara lain sakit perut, diare, sakit kulit, sakit mata, kecacingan, demam berdarah, malaria, kaki gajah (filariasis), dan lain-lain :

a. Sakit perut dan Diare

Sakit perut dan diare disebabkan karena mengkonsumsi air yang telah tercemar kotoran, baik yang berasal dari sampah, tinja, atau kotoran hewan.

b. Sakit kulit

Sakit kulit disebabkan karena menggunakan air yang telah tercemar kotoran, baik yang berasal dari sampah, tinja, atau kotoran hewan untuk mandi atau mencuci baju, sehingga kotoran menempel di badan.

c. Sakit mata

Sakit mata disebabkan oleh masuknya kuman penyakit ke mata yang salah satunya melalui air yang kotor, yang digunakan untuk mandi atau mencuci muka.

d. Kecacingan

Kecacingan dapat terjadi karena mengkonsumsi air yang telah tercemar kotoran manusia atau binatang karena didalam kotoran tersebut terdapat telur cacing.

e. Malaria

Nyamuk malaria berkembang biak di air yang tergenang, oleh karena itu bila ada air yang menggenang harus dialirkan agar tidak ada nyamuk yang bertelur di tempat tersebut. Tempat bertelur nyamuk malaria antara lain di sawah, kolam, danau, terutama di daerah pantai.

f. Demam Berdarah Dengue (DBD)

Tempat berkembang biak nyamuk demam berdarah yaitu di air yang tergenang dan jernih. Untuk mencegahnya, air yang menggenang harus dialirkan agar tidak ada nyamuk yang bertelur di tempat tersebut. Menutup tempat penyimpanan air

dan mengurasnya minimal seminggu sekali agar telur yang berada di tempat air tersebut tidak sempat menetas menjadi nyamuk. Mengubur barang bekas yang dapat menampung air. Upaya pencegahan tersebut di atas dikenal dengan istilah 3M yaitu menutup, menguras, mengubur.

g. Kaki Gajah (Flariasis)

Penyakit kaki gajah (Elephantiasis) disebabkan oleh cacing filaria yang menyumbat pembuluh darah sehingga mengakibatkan pembengkakan. Cacing filaria terdapat didalam tubuh nyamuk culex yang biasa berkembang biak di air kotor yang tergenang seperti got, comberan, dan rawa. Untuk mencegahnya yaitu mengalirkan air agar tidak ada nyamuk yang bertelur di tempat tersebut.

3. Penyakit yang berhubungan dengan sampah

a. Sakit perut dan diare

Sakit perut dan diare disebabkan karena mengkonsumsi makanan atau minum air yang telah tercemar kotoran dari sampah, baik yang berasal dari sampah.

b. Sakit kulit

Sakit kulit disebabkan karena menggunakan air yang telah tercemar kotoran, baik yang berasal dari sampah, tinja, atau kotoran hewan untuk mandi atau mencuci baju, sehingga kotoran menempel di badan.

c. Sakit mata

Sakit mata disebabkan oleh masuknya kuman penyakit ke mata yang salah satunya melalui air yang kotor, kena sampah dan digunakan untuk mandi atau mencuci muka.

d. Kecacingan

Kecacingan dapat terjadi karena mengkonsumsi air yang telah tercemar kotoran manusia atau binatang karena didalam kotoran tersebut terdapat telur cacing.

e. Demam berdarah

Tempat berkembang biak nyamuk demam berdarah yaitu di air yang tergenang dan jernih. Untuk mencegahnya bila ada air yang menggenang harus dialirkan agar tidak ada nyamuk yang bertelur di tempat tersebut.

Menutup tempat penyimpanan air dan mengurasnya minimal seminggu sekali agar telur yang berada di tempat air tersebut tidak sempat menetas menjadi nyamuk. Mengubur barang bekas yang dapat menampung air. Upaya pencegahan tersebut di atas dikenal dengan istilah 3M+, yaitu menutup, menguras, mengubur dan menggunakan racun serangga bila diperlukan.

f. Kecelakaan

Kecelakaan bisa terjadi akibat pembuangan sampah yang tidak benar, seperti membuang kulit pisang dapat menyebabkan orang yang menginjak terpeleset. Membuang benda tajam (pecahan gelas/kaca, paku, duri, dll) sembarangan dapat menyebabkan orang yang menginjak terluka. Membuang sampah di tempat sampah dengan benar dapat menghindari kecelakaan.

4. Penyakit yang berhubungan dengan kakus dan tinja/kotoran manusia

a. Diare/sakit perut

Sakit diare atau dikenal masyarakat dengan sebutan mencret sering diderita oleh masyarakat baik anak-anak maupun orang dewasa. Kotoran manusia merupakan sumber kuman penyakit yang apabila mengotori makanan atau minuman maka orang yang memakan atau meminumnya dapat menjadi sakit.

b. Kecacingan

Tinja manusia dan kotoran hewan banyak mengandung telur cacing yang dapat tertelan masuk ke dalam tubuh

manusia sehingga menjadi kecacingan. Satu ekor cacing dapat bertelur lebih dari 100.000 telur. Cacing dalam tubuh perlu makan yang diambil dari sari makanan yang ada di usus manusia.

Penyakit kecacingan selain disebabkan masuknya telur cacing kedalam mulut dapat pula disebabkan karena masuknya larva cacing (cacing yang baru menetas) ke dalam tubuh melalui kulit. Biasanya larva cacing menembus kulit kaki yang tidak memakai alas kaki atau sepatu.

DAFTAR PUSTAKA

- Dr Sosro Husodo. 2001. *Kesehatan Lingkungan dan Kesehatan* cetakan ke 3. Bandung. CV. Geger sunten.
- Soekidjo Notoatmodjo. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta
- <http://opegello.blogspot.com/2010/04/jenis-dan-macam-bentuk-dan-model-wc.html>
- <http://opegello.blogspot.com/2010/04/syarat-membuat-wc-kakus-atau-tempat.html>
- <http://www.iptek.net.id/ind/warintek/?mnu=6&ttg=5&doc=5d1>
- http://sanitasi.or.id/index.php?option=com_content&view=article&id=255:tujuh-syarat-membuat-jamban-sehat&catid=55:artikel&Itemid=125
- <http://putraprabu.wordpress.com/2008/10/10/penyakit-berbasis-lingkungan/>

BAB XI

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA

Oleh Ani Nuraeni

11.1 Pendahuluan

Keluarga merupakan sekumpulan individu yang tinggal bersama yang terikat melalui sebuah perkawinan, kelahiran, maupun adopsi yang bertujuan untuk meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial serta mempertahankan budaya. Dalam rangka mencapai tujuan tersebut keluarga memiliki beberapa fungsi dan tugas yang harus dilaksanakan salah satunya adalah fungsi perawatan kesehatan. Melalui fungsi ini diharapkan keluarga mampu menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan serta menjalankan praktik perilaku sehat bagi setiap anggota keluarganya karena jika salah satu anggota keluarga menderita masalah kesehatan maka akan berpengaruh terhadap anggota keluarga lainnya. Berdasarkan hal tersebut maka keluarga menjadi salah satu unit pelayanan kesehatan.

Pelayanan keperawatan keluarga merupakan area keperawatan spesialisik dimana perawat dan keluarga bekerja sama agar keluarga dan anggota keluarganya dapat beradaptasi terhadap respons sehat dan sakit (Stanhope & Lancaster, 2010). Pelayanan keperawatan dilakukan dengan memberikan asuhan keperawatan kepada keluarga dan anggota keluarganya yang terdiri dari tahapan pengkajian, diagnosa, intervensi, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

11.2 Pengkajian Keperawatan

Langkah awal interaksi perawat dengan keluarga adalah pengkajian keperawatan. Langkah ini merupakan tahapan penting dalam proses perawatan, karena perawat perlu mengidentifikasi data kesehatan seluruh anggota keluarga, sebagai dasar untuk melangkah pada tahap proses keperawatan selanjutnya (Kholifah & Widagdo, 2016). Tujuan pengkajian keluarga adalah menentukan tingkat fungsi keluarga, memperjelas pola interaksi keluarga, mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan keluarga, dan menguraikan kondisi kesehatan setiap anggota keluarga. Pengkajian keluarga memberikan gambaran proses keluarga dan membantu perawat mengidentifikasi area yang membutuhkan pengkajian lanjut.

Pengumpulan data keluarga dapat diperoleh dengan menggunakan berbagai sumber diantaranya adalah:

1. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan tatap muka dengan satu atau beberapa anggota keluarga. Apabila memungkinkan pengkajian pada seluruh anggota keluarga dilakukan dalam satu kali kunjungan dan tidak menunda sampai akhir pengkajian. Wawancara ini memberikan kesempatan kepada setiap anggota keluarga untuk mengungkapkan persepsi, perasaan dan harapan serta membantu perawat untuk mengamati bagaimana interaksi di antara anggota keluarga (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Pengumpulan data melalui wawancara dilakukan untuk melengkapi riwayat kesehatan setiap anggota keluarga. Hal yang dikaji melalui wawancara diantaranya adalah riwayat kesehatan saat ini, riwayat kesehatan masa lalu yang signifikan (misalnya pencapaian perkembangan, penyakit yang diketahui, alergi, perawatan restoratif, tinggal di daerah endemik untuk penyakit tertentu atau paparan penyakit menular), riwayat penyakit keluarga (misalnya riwayat genetik dalam kaitannya dengan

kesehatan dan penyakit) dan riwayat sosial, seperti faktor intrapersonal dan interpersonal yang memengaruhi penyesuaian atau kerentanan sosial anggota keluarga terhadap stres dan krisis (Maglaya, 2009).

2. Observasi

Metode ini dilakukan dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran, penciuman dan sentuhan. Melalui observasi langsung, perawat mengumpulkan informasi tentang kondisi keluarga, respons perilaku setiap anggota keluarga, pola komunikasi dan pola interaksi di antara anggota keluarga, pola pengambilan keputusan dan kondisi rumah serta lingkungan tempat tinggal keluarga (Maglaya, 2009).

3. Genogram

Genogram adalah gambaran silsilah keluarga yang dibuat dalam bentuk bagan/symbol yang membantu perawat untuk membuat garis besar struktur keluarga. Genogram ini dibuat dalam tiga generasi anggota keluarga. Melalui genogram perawat akan memperoleh data mengenai pohon silsilah kesehatan keluarga. Oleh karena itu saat melakukan wawancara pada pertemuan awal perawat perlu mencatat beberapa informasi dalam genogram seperti penyebab kematian anggota keluarga yang telah meninggal, penyakit keturunan, penyakit yang disebabkan lingkungan dan pekerjaan, masalah psikososial, penyakit infeksi, faktor risiko keluarga dari masalah kesehatan dan faktor risiko yang berkaitan dengan gaya hidup (Nies & McEwen, 2019).

4. Ecomap

Ecomap merupakan gambaran hubungan keluarga dengan suprasistem. Ecomap dibuat perawat saat pertemuan awal wawancara untuk mengkaji keluarga, orang-orang terkait dan institusi, yang berkaitan dengan keluarga yang sedang dikaji. Perawat membuat ecomap dengan menggunakan symbol pada

diagram untuk mengetahui hal-hal yang terkait dengan informasi keluarga (Nies & McEwen, 2019).

5. Pemeriksaan fisik

Data penting tentang status kesehatan anggota keluarga individu diperoleh melalui pemeriksaan langsung. Ini dilakukan melalui inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, pengukuran bagian tubuh tertentu dan meninjau sistem tubuh. Penting bagi perawat untuk memiliki keterampilan dalam melakukan pengkajian/penilaian fisik untuk membantu keluarga mengetahui status kesehatan anggotanya (Maglaya, 2009).

6. Studi dokumentasi

Sumber data keluarga dapat diperoleh berdasarkan dokumen atau informasi tertulis yang dimiliki oleh keluarga seperti surat rujukan, laporan dari pihak yang bekerja dengan keluarga, laporan dari tim kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan kepada keluarga (Friedman, Bowden & Jones, 2010). Dokumentasi lainnya yang dapat digunakan sebagai sumber data pengkajian keluarga adalah kartu keluarga, kartu menuju sehat (KMS), buku kesehatan lansia, dan lain-lain (Ali, 2010)

Variabel data yang dikaji saat melakukan pengkajian keperawatan meliputi:

1. Data dasar keluarga

Variabel pengkajian data identitas keluarga mencakup: nama kepala keluarga, usia kepala keluarga, pendidikan, pekerjaan, alamat dan nomor telepon, komposisi keluarga, genogram, tipe keluarga, latar belakang budaya, agama, status sosial ekonomi keluarga, dan aktivitas rekreasi keluarga.

2. Data perkembangan dan sejarah keluarga

Data ini didapatkan dengan mengkaji keluarga berada pada tahap perkembangan yang mana. Tahap keluarga dapat diidentifikasi berdasarkan usia anak pertama. Selain tahap

perkembangan keluarga, perawat perlu mengkaji tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi, riwayat keluarga inti (data riwayat kesehatan seluruh anggota keluarga inti yaitu ayah, ibu dan anak), serta riwayat keluarga sebelumnya (data riwayat kesehatan kedua orang tua).

3. Data lingkungan

Pengkajian lingkungan keluarga meliputi: karakteristik rumah mencakup kepemilikan rumah, kondisi rumah, kebersihan lingkungan rumah, ventilasi, penerangan, kondisi lantai, pengelolaan sampah, sumber air yang digunakan untuk minum dan kebutuhan sehari-hari, dll, karakteristik tetangga dan komunitas, mobilitas geografis keluarga, perkembangan keluarga dan interaksi dengan masyarakat.

4. Data struktur keluarga

Data ini didapatkan dengan melakukan pengkajian terkait bagaimana pola komunikasi keluarga, struktur kekuatan keluarga, struktur peran keluarga dan nilai atau norma budaya keluarga. Pola komunikasi keluarga didapatkan dengan melakukan wawancara mengenai bagaimana cara komunikasi dan interaksi antar anggota keluarga, serta melakukan observasi pola interaksi antara anggota keluarga. Struktur kekuatan keluarga dikaji dengan menanyakan bagaimana cara keluarga menyelesaikan masalah dan siapa yang mengambil keputusan. Hal yang dikaji dari struktur peran adalah bagaimana peran dan posisi anggota keluarga, adakah permasalahan dalam menjalankan peran, bagaimana perasaan setiap anggota keluarga dalam menjalankan perannya dan apakah peran tersebut dapat dijalankan secara fleksibel. Selanjutnya nilai norma dikaji nilai-nilai kebudayaan yang dominan dianut oleh keluarga, apakah ada kesesuaian antara nilai-nilai keluarga dan masyarakat, bagaimana pentingnya nilai-nilai terhadap keluarga, apakah terdapat pertentangan nilai yang

menonjol dalam keluarga, dan apakah nilai-nilai yang dianut keluarga berpengaruh terhadap kesehatan.

5. Fungsi keluarga

Variabel fungsi keluarga meliputi afektif, sosialisasi, reproduksi, ekonomi, dan perawatan kesehatan. Data yang dikaji dalam fungsi afektif adalah bagaimana pola dan respons kebutuhan keluarga, apakah keluarga saling memberikan perhatian, kasih sayang dan dukungan satu sama lain. Fungsi sosialisasi dikaji dengan menanyakan bagaimana keluarga melatih kedisiplinan, menerapkan penghargaan, dan hukuman. Fungsi reproduksi dikaji dengan menanyakan berapa jumlah anak, apakah mengikuti program KB dan apakah memiliki masalah pada fungsi reproduksi. Fungsi ekonomi dikaji dengan menanyakan jumlah penghasilan dan pengeluaran keluarga, apakah kebutuhan sehari-hari tercukupi dan bagaimana pengaturan keuangan keluarga.

Fungsi terakhir yang dikaji adalah fungsi perawatan kesehatan. Data pengkajian fungsi ini difokuskan pada 5 tugas kesehatan keluarga, di mana pengkajian fungsi ini dikenal sebagai pengkajian atau peninjauan tahap 2 yang meliputi:

a. Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan

Perawat perlu mengkaji apakah keluarga sudah mengenal masalah kesehatan yang meliputi: apakah keluarga sudah menyadari dan mengetahui penyakit yang dialami, bagaimana persepsi dan pemahaman keluarga terhadap penyakit, yang mencakup pengertian, faktor penyebab, tanda dan gejala penyakit.

b. Kemampuan keluarga mengambil keputusan

Kemampuan ini dikaji dengan menanyakan bagaimana kemampuan keluarga dalam memutuskan tindakan perawatan bila ada anggota keluarga yang sakit, apakah keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami, apakah melakukan

perawatan sendiri, atau dibawa ke pelayanan kesehatan, apakah keluarga sudah mengetahui akibat lanjut jika masalah kesehatan tidak diatasi, apakah terdapat sikap negatif terhadap masalah kesehatan, kurang percaya terhadap tenaga kesehatan, dan adakah informasi yang salah terkait tindakan untuk mengatasi masalah kesehatan.

- c. Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit

Data yang perlu dikaji untuk mengetahui kemampuan keluarga merawat meliputi: bagaimana pengetahuan keluarga tentang perawatan penyakit, bagaimana penerapan perilaku perawatan keluarga seperti diet, aktivitas/olahraga, pola tidur, obat-obatan, dan lain-lain

- d. Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan

Data yang perlu dikaji yaitu apakah keluarga sudah melakukan modifikasi atau mengatur lingkungan fisik dan psikologis bagi anggota keluarganya seperti mengatur perabotan, ventilasi, pencahayaan rumah, menjaga kebersihan rumah, menjaga keharmonisan dan privasi keluarga. Selain itu apakah keluarga telah memanfaatkan sumber daya alam yang dapat dimanfaatkan seperti tanaman obat keluarga.

- e. Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan

Kemampuan keluarga ini dikaji dengan menanyakan apakah keluarga mengetahui keberadaan tempat pelayanan kesehatan terdekat dan apakah sudah memanfaatkan fasilitas tersebut, transportasi apa yang digunakan untuk menjangkau pelayanan kesehatan, sumber pembiayaan yang digunakan oleh keluarga, apakah keluarga memiliki asuransi kesehatan, bagaimana tingkat kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan, dan adakah pengalaman keluarga yang kurang baik terhadap petugas kesehatan.

6. Stres dan koping keluarga

Pengkajian ini meliputi stressor jangka pendek dan jangka panjang yang dirasakan keluarga, bagaimana kemampuan keluarga berespons terhadap situasi, apa strategi koping yang digunakan keluarga, dan adakah strategi adaptasi disfungsional yang dilakukan oleh keluarga.

11.3 Diagnosa Keperawatan

Langkah kedua dalam proses keperawatan keluarga adalah merumuskan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap respons individu dan keluarga terhadap masalah kesehatan baik aktual, risiko dan potensial yang telah ditetapkan berdasarkan analisis dan interpretasi data yang diperoleh dari hasil pengkajian keperawatan. Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan ringkasan tentang status kesehatan klien/keluarga yang didapatkan melalui proses pengkajian dan membutuhkan intervensi dan keilmuan keperawatan (Nies & McEwen, 2019).

Kategori diagnosa keperawatan menurut Kholifah dan Widagdo (2016) adalah sebagai berikut:

1. Diagnosa keperawatan aktual

Diagnosa keperawatan ini ditegakkan apabila masalah keperawatan sudah terjadi dan didukung dengan adanya tanda dan gejala pada anggota keluarga berdasarkan hasil pengkajian perawat. Contoh dari diagnosa aktual adalah ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan, gangguan proses keluarga, dan lain-lain.

2. Diagnosa keperawatan risiko

Diagnosa keperawatan risiko menerangkan respons manusia terhadap kondisi kesehatan yang mungkin berkembang dalam kerentanan karena terdapat faktor risiko yang berkontribusi. Kondisi anggota keluarga pada diagnosa ini

menunjukkan kondisi sehat namun memiliki faktor risiko yang dapat menyebabkan masalah kesehatan. Contoh diagnosa ini adalah risiko ketegangan peran pemberi asuhan, risiko keterlambatan perkembangan dan lain-lain

3. Diagnosa keperawatan sejahtera

Diagnosa ini menjelaskan respons anggota keluarga terhadap tingkat kesejahteraan keluarga dan memiliki kesiapan untuk meningkatkan status kesehatan mereka. Contoh diagnosa ini adalah kesiapan meningkatkan pengetahuan, kesiapan untuk meningkatkan ASI.

Berikut ini merupakan contoh diagnosa keperawatan keluarga di Indonesia dengan menggunakan NANDA

Tabel 11.1 Rumusan Diagnosa Keluarga menurut NANDA

Domain	Kelas	Kode	Rumusan Diagnosa
Domain 1: Promosi Kesehatan	Kelas 2: Manajemen kesehatan	00080	Ketidakefektifan manajemen regimen terapeutik keluarga
		00099	Ketidakefektifan pemeliharaan kesehatan
		00188	Perilaku kesehatan cenderung berisiko
Domain 2: Nutrisi	Kelas 1: Ingestion	00106	Kesiapan untuk meningkatkan ASI
Domain 4: Aktivitas/ istirahat	Kelas 5: Perawatan diri	00098	Gangguan pemeliharaan rumah
Domain 7: Hubungan peran	Kelas 1: Peran caregiver	00061	Ketegangan peran pemberi asuhan
		00062	Risiko ketegangan peran pemberi asuhan
		00056	Kesiapan meningkatkan peran menjadi orang tua

Domain	Kelas	Kode	Rumusan Diagnosa
		00164	Ketidakmampuan menjadi orang tua
	Kelas 2: Hubungan keluarga	00058	Risiko gangguan perlekatan
		00063	Disfungsi proses keluarga
		00060	Gangguan proses keluarga
		00159	Kesiapan meningkatkan proses keluarga

11.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan disusun oleh perawat dan keluarga agar terfokus dan konsisten dengan diagnosa keperawatan yang telah diidentifikasi sebelumnya. Aspek penting yang harus ditekankan seorang perawat adalah melibatkan keluarga dalam pengambilan keputusan rencana keperawatan. Penentuan perencanaan harus jelas, konsisten, dan komprehensif dalam rangka menyelesaikan permasalahan kesehatan (Nies & McEwen, 2019).

Sebelum menyusun intervensi keperawatan, perawat keluarga perlu menetapkan prioritas masalah dengan menggunakan skala penyusunan prioritas berdasarkan teori dari Maglaya (2009) yang diuraikan pada tabel berikut ini:

Tabel 11.2 Skala Penentuan Prioritas Masalah

No	Kriteria	Skor	Bobot
1	Sifat Masalah:		
	Sejahtera	3	
	Aktual	3	1
	Risiko	2	
	Krisis	1	
2	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Mudah	2	
	Sebagian	1	2
	Tidak dapat	0	
3	Potensial masalah untuk dicegah		
	Tinggi	3	
	Cukup	2	1
	Rendah	1	
4	Menonjolnya Masalah		
	Masalah dirasakan dan segera diatasi	2	
	Masalah dirasakan namun tidak perlu segera diatasi	1	1
	Masalah tidak dirasakan	0	

Cara penghitungan prioritas masalah adalah sebagai berikut:

1. Tentukan skor dari setiap kriteria untuk setiap diagnosa keperawatan yang diangkat, lalu skor tersebut dibagi dengan nilai tertinggi dari setiap kriteria dan dikalikan dengan bobot. Agar memudahkan dapat menggunakan rumus berikut: **skor/angka tertinggi x bobot**.
2. Hasil perhitungan dari setiap kriteria dijumlahkan untuk mengidentifikasi skor dari setiap diagnosa keperawatan yang diangkat.

3. Jumlah skor tertinggi yang diperoleh menjadi diagnosa keperawatan prioritas.

Dalam menentukan skor nilai dari masing-masing kriteria perlu memperhatikan pembenaran sebagai justifikasi dari skor yang telah ditentukan oleh perawat. Adapun panduan dalam menyusun pembenaran sebagai justifikasi perawat adalah sebagai berikut:

1. Sifat masalah

Pembenaran mengacu rumusan diagnosa keperawatan apakah pada masalah sedang terjadi, baru menunjukkan tanda dan gejala atau kondisi sehat.

2. Kemungkinan masalah dapat diubah

Pembenaran dalam kriteria ini meliputi pengetahuan keluarga terkait teknologi, dan tindakan untuk menangani masalah, sumber daya keluarga yang meliputi keuangan, tenaga, sarana, keterampilan dan waktu, sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu serta sumber daya masyarakat yang dapat mendukung dalam bentuk, fasilitas kesehatan, organisasi seperti posyandu, posbindu dan sebagainya.

3. Potensial masalah untuk dicegah

Hal-hal yang perlu diperhatikan perawat dalam membuat justifikasi dalam kriteria ini adalah kepelikan/kesulitan masalah atau berat ringannya masalah, jangka waktu terjadinya masalah, tindakan yang sudah dan akan dilakukan dan adanya kelompok risiko tinggi dalam keluarga atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah

4. Menonjolnya masalah

Perawat menilai persepsi keluarga dalam melihat atau menanggapi masalah kesehatan yang dialami.

Setelah menentukan prioritas diagnosa keperawatan Langkah selanjutnya adalah menyusun intervensi keperawatan. Intervensi keperawatan disusun berdasarkan pada kemampuan keluarga khususnya anggota keluarga yang akan berpartisipasi aktif dalam melaksanakan intervensi yang telah disusun. Gambaran kemampuan keluarga diperoleh dari hasil pengkajian tahap 2 mengenai kemampuan keluarga dalam melaksanakan tugas kesehatan keluarga atau fungsi perawatan kesehatan keluarga. Berikut perencanaan keperawatan berdasarkan tugas kesehatan keluarga, yaitu:

1. Rencana tindakan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan dengan cara memberi informasi atau edukasi proses penyakit, mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan, dan mendorong sikap emosi sehat terhadap masalah.
2. Rencana tindakan untuk membantu keluarga untuk memutuskan merawat anggota keluarga dengan cara mendiskusikan konsekuensi jika tidak melakukan tindakan, mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga, dan mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan.
3. Rencana tindakan untuk meningkatkan kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit dengan memberikan edukasi perawatan dan memperagakan tindakan perawatan, memanfaatkan alat dan fasilitas yang ada di rumah, dan memonitor anggota keluarga yang sakit dalam melakukan perawatan. Tindakan ini bertujuan meningkatkan kepercayaan diri keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit.
4. Rencana tindakan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan dengan cara mengajarkan keluarga menciptakan lingkungan yang sehat baik secara fisik maupun psikologis, membantu keluarga memanfaatkan sumber-

sumber yang dapat digunakan keluarga, dan melakukan perubahan lingkungan keluarga.

5. Rencana tindakan untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan dengan cara mengenalkan fasilitas kesehatan yang dapat dijangkau keluarga, memberikan informasi mengenai manfaat fasilitas kesehatan, dan memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada.

Menurut Friedman, Bowden, dan Jones (2010), berbagai intervensi keperawatan keluarga yang dapat digunakan saat merawat keluarga diantaranya adalah:

1. Pendidikan kesehatan

Intervensi ini merupakan salah satu pendekatan utama. Pendidikan kesehatan adalah suatu proses pembelajaran dengan tujuan mendukung perilaku yang sehat atau mengubah perilaku tidak sehat menjadi lebih sehat. Tujuan lainnya adalah memberikan informasi sehingga klien dan keluarga dapat mengambil keputusan terkait kesehatan dan penyakitnya, membantu klien dan keluarga berperan serta dalam perawatan, membantu klien dan keluarga beradaptasi dengan penyakit yang dialami, beradaptasi terhadap pengobatan dan prognosis penyakitnya serta membantu klien dan keluarga mencapai kepuasan atas upaya mereka sendiri dalam meningkatkan kesehatan.

2. Model peran

Model peran merupakan suatu strategi intervensi yang tepat untuk mendidik anggota keluarga dengan cara memodifikasi perilaku. Model peran merupakan pembelajaran yang dilakukan dengan mengamati perilaku dan mencontoh pola perilaku tersebut. Contoh penerapan intervensi model peran ini yaitu

perawat menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat agar keluarga dapat mencontoh perilaku yang dilakukan oleh perawat.

3. Bimbingan antisipatif

Bimbingan antisipatif merupakan intervensi perawat dengan memberikan keluarga informasi tentang apa yang diharapkan akan terjadi. Tindakan ini dapat mengurangi perasaan cemas, dan meningkatkan kemampuan klien dalam beradaptasi terhadap perubahan yang terjadi. Antisipasi, persiapan menghadapi kejadian penting, atau kemungkinan prognosis penyakit menyebabkan keluarga dapat mengatasi situasi dengan cara yang lebih baik. Sebagai contoh bimbingan antisipatif yang diterapkan pada keluarga baru untuk menghadapi persiapan persalinan. Keluarga yang telah mendapatkan bimbingan antisipatif akan merasa sangat siap dan dapat melalui proses persalinan dengan perasaan bahagia.

4. Konseling

Konseling merupakan suatu proses untuk membantu keluarga dalam mengatasi permasalahan yang dialami anggota keluarga secara efektif. Selama proses konseling perawat membantu keluarga agar dapat menyatakan masalah yang dihadapi, berbagi persepsi, dan perasaan dengan anggota keluarga lain dan membantu keluarga secara positif membangun kembali pikiran dan persepsi mereka tentang peristiwa untuk mengubah perilaku menjadi lebih sehat.

5. Membuat kontrak

Kontrak adalah perjanjian kerja sama yang dibuat antara dua pihak atau lebih yang dibuat secara tertulis, singkat, sederhana, dan tanpa paksaan yang berisi harapan dari kedua belah pihak yang terlibat. Ini merupakan suatu cara yang efektif bagi perawat agar dapat membantu individu dan keluarga membuat perubahan perilaku secara realistis. Pembuatan kontrak dapat dilakukan pada klien dengan diagnosis ketidakpatuhan, defisit pengetahuan,

ketidakefektifan koping keluarga, ketidakmampuan menjadi orang tua, dan defisit perawatan diri.

6. Advokasi klien

Perawat melakukan intervensi advokasi keluarga dengan cara memfasilitasi klien dan keluarga memperoleh layanan perawatan yang dibutuhkan dan menjadi hak mereka, menciptakan system pelayanan kesehatan yang dapat memfasilitasi kebutuhan klien dan keluarga, serta memberikan advokasi untuk mengidentifikasi pelayanan yang lebih sesuai dengan sosial budaya.

7. Kolaborasi

Pelayanan kesehatan dapat dilaksanakan secara komprehensif melalui tindakan kolaborasi dari berbagai tim kesehatan. Sebagai anggota tim kesehatan, perawat keluarga perlu melakukan kerja sama dengan tim kesehatan lain untuk merencanakan tindakan perawatan komprehensif yang berorientasi pada keluarga dan anggota tim lain. Kolaborasi merupakan suatu proses berbagi perencanaan dan tindakan secara berkelanjutan disertai tanggung jawab bersama terhadap hasil dan kemampuan bekerja sama untuk tujuan menyelesaikan masalah. Tim kesehatan yang dapat bekerja sama dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga terdiri dari perawat keluarga, perawat kesehatan komunitas, perawat yang membuka praktik mandiri, petugas sosial, ahli fisioterapi. Ahli terapi okupasi dan ahli gizi dapat berperan sebagai anggota tim atau bertindak sebagai konsultan tim.

8. Konsultasi

Konsultasi sebagai salah satu intervensi keperawatan keluarga. Kegiatan konsultasi dalam keperawatan keluarga dapat berupa pertimbangan bersama mengenai suatu kasus klien, memberikan saran/ informasi tentang klien dengan masalah kesehatan khusus, atau berupa kegiatan wawancara suatu

keluarga dan melakukan pengkajian lain terhadap keluarga dan kebutuhannya.

9. Pemberdayaan keluarga

Pemberdayaan adalah proses yang memungkinkan keluarga untuk memilih, mengendalikan dan memutuskan tindakan bagi kehidupan mereka. Intervensi pemberdayaan dirancang untuk meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan kemampuan keluarga sehingga dapat melakukan tindakan perawatan secara mandiri. Kunci dari intervensi pemberdayaan keluarga adalah mengoptimalkan peran serta aktif keluarga dan anggota keluarga, menemukan kekuatan dan sumber daya keluarga, serta membantu keluarga mengembangkan dukungan sosial yang lebih besar melalui pengembangan keterampilan hubungan keluarga.

11.5 Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan tindakan keperawatan di mana perawat memberikan asuhan keperawatan langsung, membantu keluarga mengatasi masalah dalam pemenuhan kebutuhan kesehatan, serta meningkatkan kemampuan dan peran serta dalam mengatasi masalah kesehatan. Perawat membantu keluarga dalam mengimplementasikan rencana keperawatan yang telah dibuat. Perawat dapat menjalankan perannya sebagai pendidik, konselor, advokat, role model dan koordinator dalam melaksanakan setiap rencana tindakan (Nies & McEwen, 2019).

Prinsip yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan tindakan keperawatan keluarga antara lain:

1. Mengacu pada rencana tindakan keperawatan yang telah disusun.
2. Memperhatikan prioritas masalah yang telah ditetapkan.
3. Mengoptimalkan kekuatan pendukung keluarga seperti motivasi, finansial, dan sumber lainnya.

4. Melakukan pendokumentasian implementasi keperawatan dengan tepat sebagai bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab profesi.

11.6 Evaluasi Keperawatan

Menurut Riasmini *et al.* (2017), tahapan evaluasi dapat dilakukan selama proses asuhan keperawatan atau pada akhir pemberian asuhan. Evaluasi keperawatan dilakukan dengan tujuan untuk menilai status klien dan keluarga dengan membandingkan hasil capaian tindakan dengan kriteria evaluasi yang telah ditetapkan. Evaluasi juga dapat dilakukan untuk melihat apakah tujuan keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya tercapai atau tidak dengan cara menilai kemajuan kesehatan status anggota keluarga lalu membandingkan respons individu dan keluarga dengan hasil.

Evaluasi keperawatan keluarga dapat diukur dengan menilai pencapaian tujuan kognitif, psikomotor dan afektif. Cara mengevaluasi pencapaian tujuan kognitif dapat dilakukan dengan memberikan pertanyaan lisan terkait materi pendidikan kesehatan yang telah diberikan, selain secara lisan dapat diberikan pertanyaan tertulis dalam bentuk soal pretest dan posttest. Evaluasi psikomotor dapat dilakukan dengan meminta keluarga memperagakan kembali keterampilan perawatan yang telah diajarkan. Sedangkan evaluasi afektif dilakukan dengan cara mengamati respons verbal dan non verbal dari setiap anggota keluarga serta menanyakan bagaimana perasaan keluarga setelah mendapatkan perawatan (Kholifah & Widagdo, 2016).

Metode evaluasi yang dapat digunakan dalam keperawatan keluarga yaitu: (1) Observasi langsung, dengan cara mengamati perubahan perilaku dari keluarga. (2) Memeriksa laporan atau dokumentasi yang ditulis oleh tim keperawatan, laporan pemeriksaan diagnostik, dan kartu pemeriksaan. (3) Wawancara

atau angket dengan membuat daftar pertanyaan untuk mengetahui kemajuan kondisi kesehatan dan perubahan sikap serta tingkah laku yang tidak dapat di evaluasi melalui metode lain, (4) Simulasi/redemonstrasi untuk menilai kemampuan keluarga dalam melaksanakan tindakan perawatan dengan meminta keluarga memperagakan kembali tindakan perawatan yang telah diajarkan (Ali, 2010).

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. 2010. *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R. and Jones, E. G. 2010. *Keperawatan Keluarga: Riset, Teori dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Kholifah, S. N. and Widagdo, W. 2016. *Keperawatan Keluarga dan Komunitas*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan RI.
- Maglaya, A. S. 2009. *Nursing Practice in the Community*. Marikina City: Argonauta Corporation.
- Nies, M. A. and McEwen, M. 2019. *Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga*. Edited by J. Sahar, A. Setiawan, and N. M. Riasmini. Singapore: Elsevier.
- Riasmini, 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.
- Stanhope, M. and Lancaster, J. 2010. *Foundation of Nursing in the Community*. St. Louis: Mosby Elsevier.

BIODATA PENULIS



Ns. Yusnita Pabeno.S.Kep.M.Kep.

Dosen Pengajar pada Program Studi Pendidikan Ners
Fakultas Kedokteran Universitas Cenderawasih

Penulis lahir di Langda, Tana Toraja pada 18 Februari 1984 dari pasangan Drs. Pabeno Badu Lambaran dan Yospina Ganti Parinding. Merupakan anak pertama dari lima bersaudara. Penulis menyelesaikan Pendidikan D3 Keperawatan pada Politeknik Kesehatan Jayapura Tahun 2006, Profesi Ners pada Universitas Cenderawasih Tahun 2011 dan Magister Keperawatan pada Universitas Indonesia Tahun 2019. Memulai karir sebagai ASN Perawat di Puskesmas Arso Kota Tahun 2007–2009, Pengelola Program HIV dan AIDS Dinas Kesehatan Kabupaten Keerom Tahun 2009–2016, Kepala Puskesmas Arso Kota, Kabupaten Keerom Tahun 2018–2021. Penulis juga pernah menjabat sebagai Sekertaris Komisi Penanggulangan AIDS Kabupaten Keerom Tahun 2016–2021. Tahun 2021 hingga saat ini penulis aktif sebagai Kepala Seksi Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular Dinas Kesehatan Kota Jayapura. Penulis saat ini juga aktif sebagai Dosen Pengajar pada Program Studi Pendidikan Ners, Fakultas Kedokteran Universitas Cenderawasih dan Program Studi Pendidikan Profesi Ners, Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura.

BIODATA PENULIS



Ernawati, S.Kep, Ns., M.Kep

Dosen Program Studi Keperawatan Diploma Tiga
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Gombong

Penulis lahir di Kebumen tanggal 14 Februari 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Diploma Tiga Fakultas Ilmu kesehatan, Universitas muhammdiyah Gombong. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Keperawatan di STIKES Muhammadiyah Gombong dan melanjutkan S2 pada Jurusan Ilmu Keperawatan Konsentrasi keperawatan Komunitas di Universitas Padjadjaran Bandung. Fokus penelitian, pengabdian masyarakat dan topik menulis pada ilmu keperawatan komunitas, keluarga dan gerontic.

BIODATA PENULIS



Ns. Deharnita, S.ST,M.Kes.

Dosen Program Studi D III Keperawatan Solok Poltekkes
Kemenkes Padang

BIODATA PENULIS : Deharnita Dosen Program Studi D III Keperawatan Solok Poltekkes Kemenkes Padang Deharnita, Anak kedua dari 4 bersaudara, Lahir di Kota Solok Sumbar, tanggal 5 Desember 1969, pendidikan keperawatan dimulai dari Sekolah Perawat Kesehatan (SPK) tamat tahun 1988, kemudian melajut pendidikan ke PAM (Pendidikan Ahli Madya Keperawatan) Pajajaran Bandung tamat tahun 1995, Pada Tahun 1999 menamatkan pendidikan Diploma IV di Universitas Sumatera Utara, dan tahun 2022 menamatkan pendidikan S2 di FKM UI, setelah itu menambah pendidikan S1 Keperawatan di STIKES Indonesia tamat tahun 2012. Penulis saat ini mengampu mata kuliah Keperawatan Keluarga, Komunitas dan Gerontik. Penulis juga aktif menulis artikel ilmiah yang telah diterbitkan di jurnal nasional maupun internasional. Tahun 2018 – 2022 di percaya sebagai ketua Program Studi DIII Keperawatan Solok Poltekkes Kemenkes Padang.

BIODATA PENULIS



Ns. Verra Widhi Astuti, S.Kep., M.Kep.

Dosen Program Studi D III Keperawatan Padang
Poltekkes Kemenkes Padang

Penulis lahir di Purworejo tanggal 25 Februari 1991. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang. Menyelesaikan pendidikan S1 dan Ners di FIK UI dan melanjutkan S2 di FIK UI Peminatan Keperawatan Komunitas. Penulis saat ini mengampu mata kuliah Keperawatan Keluarga, Komunitas dan Gerontik. Penulis juga aktif menulis artikel ilmiah yang telah diterbitkan di jurnal nasional maupun internasional.

BIODATA PENULIS



R.Firwandri Marza

Dosen POLTEKKES KEMENKES RI Padang

R.Firwandri Marza, Anak ke empat dari 7 bersaudara, Lahir di Batang kapas Pesisir Selatan Sumbar, tanggal 4 Juni 1965, dosen Poltekkes Kemenkes Padang. Karirnya, setelah menamatkan pendidikan di Akademi Penilik Kesesehatan teknologi Sanitasi Padang pada tahun 1988, ditempatkan di Dinas Kesehatan Kota Solok. Di Dinas Kesehatan Kota Solok Beliau dipercaya sebagai kepala bidang Pengendalian Penyakit dan Penyehatan lingkungan, pernah menjabat kepala bidang kesehatan ibu dan anak dan penyuluhan kesehatan, sebelumnya pernah jadi kasi Imunisasi, kasi penyehatan lingkungan, dan kasi penyuluhan kesehatan. Selain itu beliau juga pernah menjadi kasi sosial dan pemberdayaan masyarakat di Bappeda Kota Solok dan Kasi pemberdayaan di Kantor Pemberdayaan Masyarakat Kota Solok. Tahun 1993 beliau di tugas kelajarkan ke USU medan, dan tahun 1999 beliau kembali tugas belajar ke Universitas Indonesia. Tahun 2014 beliau pindah tugas jadi Dosen di Politeknik Kesehatan Kemenkes, yang juga almamaternya. Tahun 2017 – 2022 dipercaya sebagai Ketua Himpunan Kesehatan Lingkungan Propinsi Sumatera Barat.

BIODATA PENULIS



Herlina, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Dosen Program Studi Diploma III Keperawatan
Akademi Keperawatan Bethesda Serukam

Pada tanggal 5 Juni 1986, penulis lahir di Melayang. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan Bethesda Serukam. Penulis menempuh Pendidikan Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan Bethesda Serukam dan lulus tahun 2008 kemudian melanjutkan Pendidikan ke S1 Keperawatan + Ners di STIK Muhammadiyah Pontianak dan selesai Tahun 2011, penulis juga melanjutkan Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro dan lulus Tahun 2019.

BIODATA PENULIS



Ns. Herlina, M.Kep.

**Dosen Program Studi Diploma III Keperawatan
Akademi Keperawatan Bethesda Serukam**

Pada tanggal 5 Juni 1986, penulis lahir di Melayang. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Diploma III Keperawatan Akademi Keperawatan Bethesda Serukam. Penulis menempuh Pendidikan Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan Bethesda Serukam dan lulus tahun 2008 kemudian melanjutkan Pendidikan ke S1 Keperawatan + Ners di STIK Muhammdiyah Pontianak dan selesai Tahun 2011, penulis juga melanjutkan ke Magister Keperawatan di Universitas Diponegoro dan lulus Tahun 2019.

BIODATA PENULIS



Ns. Yuniike, S.Kep., M.Kes.

Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang

Lahir di Palembang 19 Juni 1980. Ibu dari empat putri cantik yang super aktif dan suami yang penuh cinta. Mengenal dan akhirnya mencintai dunia keperawatan pertama kami di Poltekkes Kemenkes Palembang, kemudian melanjutkan kembali pendidikan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini menekuni profesi sebagai Dosen Poltekkes Kemenkes Palembang sejak tahun 2009 hingga sekarang. Beberapa hasil penelitian dan pengabdian masyarakat di publish di Jurnal Nasional dan International bertema tentang Keperawatan Anak. “Setiap hari selalu ada yang ingin di buat untuk kemajuan keperawatan dan masyarakat, beruntungnya dikelilingi oleh guru dan teman-teman yang selalu bersemangan untuk belajar bersama, bermetamorfosis bersama dari ulat menjadi kepompong dan kelak menjadi kupu-kupu”. Motto hidup “Hidup Sekali, Hidup Berarti”.

BIODATA PENULIS



Reny Tri Febriani, SST, M.Kes.

Dosen Program Studi S1 Ilmu Keperawatan
STIKes Maharani Malang

Penulis lahir di Jember tanggal 9 Februari 1990 Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Ilmu Keperawatan, STIKes Maharani Malang. Menyelesaikan pendidikan DIV Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dan melanjutkan S2 pada Jurusan Kesehatan Masyarakat Peminatan Epidemiologi di Universitas Jember.

BIODATA PENULIS



Suriyani, S.Kep., Ns., M.Kes.

Staf Dosen Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Abepura tanggal 3 September 1981. Penulis adalah Dosen tetap pada Program Studi D III Keperawatan Jayapura, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S2 Promosi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Hasanuddin, Tahun 2014. Sampai sekarang penulis aktif dan mengajar di Prodi D III Keperawatan Jayapura, juga menjabat sebagai Sekretaris Jurusan Keperawatan. Aktif juga diberbagai Organisasi, yaitu Ketua Sub Regional Papua AIPViKI Regional XI Papua dan aktif di Organisasi DPW PPNI Provinsi Papua, DPD PPNI Kota Jayapura dan DPK Pendidikan Keperawatan. Penulis juga aktif dalam Komite Nasional, kelompok kerja pelaksanaan Uji Kompetensi Mahasiswa Bidang Kesehatan, Divisi Penjaminan Mutu Regional AIPViKI.

BIODATA PENULIS



Ns. Ani Nuraeni, M.Kep., Sp.Kep.Kom

Dosen STIKes Fatmawati

Penulis telah 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.