

KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS

by Lyna M. N. Hutapea

Submission date: 23-Oct-2023 09:39AM (UTC+0700)

Submission ID: 2204070757

File name: 2022_Konsep_Dasar_Keperawatan_Komunitas.pdf (3.51M)

Word count: 11121

Character count: 80150

Lyna M. N. Hutapea, SKep, Ners, MSc (PHN), PhD

Penulis



CV. GREEN
PUBLISHER

KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS



1
UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

1. Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
2. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan Karya Ilmiah ilmu pengetahuan;
3. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
4. Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomia Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

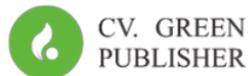
KONSEP DASAR
KEPERAWATAN KOMUNITAS

Penulis

Lyna M. N. Hutapea, SKep, Ners, MSc (PHN), PhD

Penerbit

CV. GREEN PUBLISHER INDONESIA



**KONSEP DASAR
KEPERAWATAN KOMUNITAS**

Diterbitkan oleh:

CV. Green Publisher Indonesia
PENERBIT CV. GREEN PUBLISHER INDONESIA
(Grup Publikasi CV. Green Publisher Indonesia)

Anggota IKAPI : 443/JBA/2022

Alamat Redaksi:

Jl. Pangeran Cakrabuana Greenland Sendang

Blok F02 Sumber Cirebon, 45611

Telp. 083824629864

Email: greenpublisher.id@gmail.com

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Hak Cipta Dilindungi Undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis dalam bentuk
dan dengan cara apapun, tanpa ijin tertulis dari penerbit.

**KONSEP DASAR
KEPERAWATAN KOMUNITAS**

ISBN:

978-623-8254-81-1

Penulis:

Lyna M. N. Hutapea, SKep, Ners, MSc (PHN), PhD

Editor:

Komarudin

Agiz

Penyunting:

Komarudin

Desain Cover:

Radin Surya

Tahun Terbit Buku:

2022

Penerbit:



CV. GREEN
PUBLISHER

CV. Green Publisher Indonesia

KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS

Lyna M. N. Hutapea, SKep, Ners, MSc (PHN), PhD

2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa sehingga dapat menyelesaikan buku yang berjudul “Konsep Dasar Keperawatan Komunitas ” yang berisikan tentang pengantar kesehatan komunitas, konsep dasar keperawatan komunitas, epidemiologi, komunitas sebagai klien, teori dan model konseptual keperawatan komunitas, asuhan keperawatan komunitas, serta standar praktik dalam keperawatan komunitas.

Penulis mengucapkan banyak terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dan membantu sehingga buku ini dapat disusun dengan lancar.

Terlepas dari semua itu, penulis menyadari sepenuhnya bahwa masih ada kekurangan baik dari segi susunan kalimat maupun tata bahasanya. Oleh karena itu dengan tangan terbuka penulis menerima segala saran dan kritik dari pembaca untuk perbaikan di kemudian hari.

Akhir kata penulis berharap semoga buku tentang “Konsep Dasar Keperawatan Komunitas” ini dapat memberikan manfaat maupun inspirasi terhadap pembaca.

Bandung Barat, 17 September 2022

Lyna M. N. Hutapea, SKep, Ners, MSc (PHN), PhD

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	vii
DAFTAR ISI.....	viii
BAB 1	2
Pengantar Kesehatan Komunitas	2
A. Definisi Kesehatan, Indikator Sehat, Karakteristik dan Perilaku Sehat	2
1. Definisi Kesehatan	2
2. Indikator Kesehatan	3
3. Karakteristik Sehat.....	4
4. Perilaku Sehat	4
REFERENSI BAB 1	6
BAB 2	8
Konsep Dasar Keperawatan Komunitas	8
A. Kesehatan Komunitas: Pengertian Komunitas, Tahapan Pencegahan (Tujuan dan Strategi Serta Pelayanan Kesehatan Utama).....	8
1. Definisi Komunitas	8
2. Tujuan Perawatan Komunitas	8
3. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas	9
REFERENSI BAB 2	14
BAB 3	16
Epidemiologi.....	16
A. Dasar Epidemiologi dan Kependudukan.....	16
1. Definisi Epidemiologi	16
2. Sejarah Epidemiologi.....	17
3. Ruang Lingkup Epidemiologi	17
4. Kegunaan Epidemiologi.....	19
5. Peranan Epidemiologi dalam Keperawatan Komunitas.....	20
6. Terminologi Yang Menggambarkan Besar dan Luasnya Kejadian Penyakit	20
7. Teori Kependudukan	24
REFERENSI BAB 3	25
BAB 4	27
Komunitas Sebagai Klien	27
A. Definisi Keperawatan Komunitas	27
B. Sejarah Perkembangan Keperawatan Komunitas	28
C. Prinsip Keperawatan Komunitas	29
REFERENSI BAB 4	31

BAB 5	33
Teori dan Model Konseptual	33
A. Teori dan Model Konseptual dalam Keperawatan Komunitas	33
REFERENSI BAB 5	41
BAB 6	43
Asuhan Keperawatan Komunitas	43
A. Asuhan Keperawatan Komunitas	43
1. Peran Perawat dalam Keperawatan Komunitas	43
2. Fungsi Perawat dalam Keperawatan Komunitas	44
3. Etika Perawat dalam Keperawatan Komunitas	45
4. Proses Keperawatan Komunitas	46
REFERENSI BAB 6	54
BAB 7	56
Standar Praktik Perawat dalam Keperawatan Komunitas	56
1. Standar Praktik dalam Keperawatan Komunitas	56
2. Program Evaluasi	57
REFERENSI BAB 7	59
DAFTAR PUSTAKA	60

BAB 1

Pengantar Kesehatan Komunitas

A. Definisi Kesehatan, Indikator Sehat, Karakteristik dan Perilaku Sehat

1. Definisi Kesehatan
2. Indikator Sehat
3. Karakteristik Sehat
4. Perilaku Sehat

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan pembaca mampu:

1. Mengetahui pengertian dari Kesehatan.
2. Mengetahui apa saja Indikator Sehat menurut WHO dan Departemen Kesehatan RI.
3. Memahami dan dapat menjelaskan tentang Karakteristik Sehat.
4. Memahami dan dapat menerapkan Perilaku Sehat.

BAB 1

Pengantar Kesehatan Komunitas

A. Definisi Kesehatan, Indikator Sehat, Karakteristik dan Perilaku Sehat

1. Definisi Kesehatan



Sumber: <https://lightfieldstudios.net/>

Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 mendefinisikan kesehatan mencakup kesejahteraan fisik, mental, dan sosial, yang secara kolektif memfasilitasi individu untuk menjalani kehidupan produktif yang mendukung pertumbuhan sosial dan ekonomi. Kesehatan erat terkait dengan produktivitas, jadi kesehatan harus dijaga dan ditingkatkan. (Sriwedari, 2020).

Menurut WHO, kesehatan adalah kondisi yang terus berkembang yang mencakup bukan hanya tidak mempunyai penyakit, cacat, dan kelemahan, tetapi juga kesehatan fisik, mental, dan sosial. Seseorang dianggap memiliki kekuatan fisik tanpa adanya patologi klinis yang dapat diidentifikasi. Kondisi fisik individu menunjukkan kesehatan yang baik, karena tidak ada indikasi penyakit saat ini. Istilah "kesehatan mental/psikologis" mengacu pada kondisi kesehatan mental, emosional, dan spiritual seseorang.

Menurut Notoadmodjo (2012), kesehatan mencakup dimensi fisik, spiritual, mental, dan sosial, yang secara kolektif memungkinkan individu untuk menjalani kehidupan produktif di bidang sosial maupun ekonomi.

2. Indikator Kesehatan



Sumber: <https://www.shutterstock.com/>

Menurut WHO, indikator kesehatan meliputi :

- 1) Terkait dengan kondisi kesehatan masyarakat.
 - a. Indikator komprehensif:
 - Jumlah korban kekerasan berkurang.
 - Konsep moral proporsional dianggap tidak mencukupi.
 - Ada peningkatan usia rata-rata.
 - b. Indikator spesifik:
 - Ada penurunan kematian ibu dan neonatal.
 - Angka kematian akibat penyakit menular telah menunjukkan kecenderungan turun.
 - Ada penurunan tingkat kelahiran.
- 2) Terkait dengan fasilitas kesehatan.
 - a. Mencapai alokasi layanan kesehatan yang optimal bagi populasi.
 - b. Alokasi sumber daya medis.
 - c. Detail lengkap tentang fasilitas kesehatan.

- d. Ini termasuk informasi tentang fasilitas perawatan kesehatan yang ada di rumah sakit, Puskesmas, dan fasilitas terkait lainnya.

Menurut Indikator Indonesia Sehat 2010 oleh Depkes RI (2003), ada tiga indikator kesehatan, yaitu:

- 1) Hasil antara: indikatornya adalah kondisi lingkungan, perilaku kehidupan populasi, akses, dan kualitas layanan kesehatan.
- 2) Proses dan masukan: indikatornya adalah layanan kesehatan, sumber daya kesehatan, dan manajemen kesehatan, bersama dengan indikator kontribusi sektor terkait.
- 3) Derajat kesehatan: indikatornya adalah mortalitas, morbiditas, dan status gizi, yang berfungsi sebagai hasil kesimpulan.

3. Karakteristik Sehat

Karakteristik sehat menurut WHO adalah:

- 1) Nilai untuk memperlakukan setiap orang dengan martabat dan mengakui nilai alami mereka sebagai manusia.
- 2) Hubungan antara kesehatan dan lingkungan internal dan eksternal harus dipertimbangkan.
- 3) Gaya hidup yang ditandai dengan kesehatan yang baik mempromosikan kreativitas dan produktivitas. Konsep kesehatan tidak statis, tetapi lebih dinamis dan tunduk pada penyesuaian yang terus-menerus. Kesehatan bukanlah keadaan tetap, melainkan proses yang berkelanjutan yang melibatkan kemampuan seseorang untuk beradaptasi dengan lingkungan fisik dan sosialnya.

4. Perilaku Sehat

Perilaku sehat mencakup semua tindakan, baik yang dapat diamati maupun tidak, yang dilakukan seseorang dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan. (Notoatmodjo, 2012).

Sarafino dan Smith (2011) telah memberikan definisi bahwa perilaku sehat yaitu seperangkat tindakan yang dilakukan seseorang untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatan mereka, terlepas dari status kesehatan yang mereka rasakan, dengan tujuan mencapai tujuan kesehatan.

Kasl dan Cobb mendefinisikan tiga jenis perilaku sehat (dalam Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008), antara lain:

- 1) Perilaku pencegahan (*preventive health behaviour*): mengacu pada tindakan apa pun yang diambil oleh individu yang menganggap dirinya sehat, dengan tujuan mendeteksi atau mencegah terjadinya penyakit sebelum manifestasi gejala.
- 2) Perilaku sakit (*illness behavior*): mengacu pada tindakan yang diambil oleh individu yang menganggap dirinya tidak sehat untuk memastikan status kesehatan mereka dan mengidentifikasi pilihan pengobatan yang tepat.
- 3) Perilaku peran sakit (*sick-role behaviour*): mengacu pada seseorang yang menganggap diri mereka sakit dan kemudian melakukan tindakan atau kegiatan penyembuhan.



Sumber: <https://www.freepik.com/vectors/health>

Dapat diambil kesimpulan bahwa perilaku sehat adalah kegiatan atau perilaku yang dilakukan oleh seseorang untuk mencapai tujuan hidup sehat dengan memelihara kesehatan, mempertahankan kesehatan, memulihkan kesehatan, dan meningkatkan kesehatan, tanpa mempertimbangkan tingkat kesehatan saat ini.

Referensi Bab 1

- Depkes, R. I. (2003). Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat. Jakarta: Depkes RI.
- Glanz, K., Lewis, F. M. and Rimer, B. K. (2008) Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. Jossey-Bass.
- Notoatmodjo, S., Anwar, H., Ella, N. H., & Tri, K. (2012). Promosi Kesehatan di Sekolah. Jakarta: Rineka Cipta, 21, 23.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). Health psychology: Biopsychosocial interactions. John Wiley & Sons.
- Sriwedari, N. (2020). Tingkat Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Tentang Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) di Desa Onkaw I Kecamatan Sinonsayang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNIMA*, 01(02), 1–5.
- World Health Organization. Definisi Sehat WHO: WHO; 1947 (cited May 24, 2023) Available from: www.who.int.

BAB 2

Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

A. Kesehatan Komunitas: Pengertian Komunitas, Tahapan Pencegahan (Tujuan dan Strategi Serta Pelayanan Kesehatan Utama)

1. Definisi Komunitas
2. Tujuan Keperawatan Komunitas
3. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan pembaca mampu:

1. Mengetahui pengertian dari Komunitas.
2. Mengetahui tujuan dari Keperawatan Komunitas.
3. Mengetahui apa saja jenis-jenis Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas

BAB 2

Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

A. Kesehatan Komunitas: Pengertian Komunitas, Tahapan Pencegahan (Tujuan dan Strategi Serta Pelayanan Kesehatan Utama)

1. Definisi Komunitas

Sebuah komunitas didefinisikan sebagai sekelompok individu yang menempati lokasi geografis tertentu, yang memiliki nilai-nilai, keyakinan, dan minat yang sama, dan berkolaborasi menuju tujuan bersama (Mubarak dan Chayatin, 2009).

Untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan populasi tertentu, keperawatan komunitas menggabungkan praktik keperawatan dan kesehatan masyarakat. Perawatan kesehatan masyarakat memprioritaskan individu, terutama mereka yang kekurangan gizi pada masa kanak-kanak, wanita hamil berisiko tinggi, orang tua, dan individu yang menderita penyakit menular. Rumah tangga fokus ditandai dengan kerentanan terhadap masalah kesehatan dan prioritas yang bersaing. Ariani (2015) menyatakan bahwa tindakan mengarahkan intervensi kesehatan ke berbagai populasi, terlepas dari status kesehatan atau kondisi medis mereka, adalah aspek penting dari penyediaan perawatan kesehatan.

2. Tujuan Perawatan Komunitas



Sumber: <https://www.nicepng.com/>

Tujuan utama keperawatan masyarakat adalah untuk mengurangi dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat secara keseluruhan dengan menerapkan strategi berikut:

- 1) Individu, keluarga, dan kelompok yang tinggal dalam komunitas tertentu diprioritaskan untuk mendapatkan perawatan. (*direct care*).
- 2) Penekanan adalah pada kesehatan masyarakat, dengan pertimbangan masalah kesehatan masyarakat yang dapat mempengaruhi keluarga, individu, dan kelompok (*community health*).

Selain itu, diharapkan bahwa individu, keluarga, kelompok, dan komunitas memiliki kemampuan untuk:

- 1) Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi.
- 2) Mengidentifikasi dan memprioritaskan masalah kesehatan.
- 3) Mengembangkan dan menerapkan strategi pemecahan masalah dalam konteks masalah kesehatan.
- 4) Membahas masalah kesehatan yang mereka hadapi.
- 5) Mengevaluasi seberapa jauh masalah mereka akhirnya diselesaikan.

3. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas

Depkes (2006) menyatakan bahwa layanan kesehatan publik dapat diadministrasikan di semua tingkat perawatan kesehatan, meliputi:

- 1) Di unit perawatan kesehatan.

Seperti rumah sakit dan puskesmas, yang meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap.



Sumber: <https://leverageedu.com/>

2) Di dalam rumah.

Perawat yang mengkhususkan diri dalam "*home care*" menawarkan perawatan langsung kepada keluarga yang mengalami penyakit akut atau kronis. Implementasi perawatan di rumah dapat meningkatkan fungsi keluarga dalam mengelola kondisi kesehatan berisiko tinggi di antara anggota keluarga.



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

3) Di kelas atau sekolah.

Perawat sekolah memiliki kapasitas untuk menawarkan layanan perawatan harian (*day care*) dalam berbagai jenjang pendidikan, seperti TK, SD, SMP, SMA, perguruan tinggi. Tanggung jawab perawat sekolah meliputi penilaian kesehatan, promosi kesehatan, dan pendidikan kesehatan.



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

4) Di tempat kerja/industri.

Perawat mampu melakukan tugas perawatan langsung dengan terjadinya penyakit atau kecelakaan minimal di berbagai pengaturan seperti tempat kerja, kantor, industri rumah tangga, dan pabrik. Memberikan pendidikan kesehatan yang berkaitan dengan keselamatan kerja, nutrisi seimbang, mitigasi stres, olahraga fisik, berhenti merokok, dan peraturan makanan.



Sumber: <https://keselamatankerja.com/hiperkes/>

5) Di barak penampungan.

Perawat bertanggung jawab untuk memberikan perawatan langsung di barak-barak penampungan kepada individu yang mengalami penyakit akut, penyakit kronis, dan berbagai kondisi kesehatan fisik dan mental.



Sumber: <https://www.voaindonesia.com/>

6) Di kegiatan Puskesmas keliling.

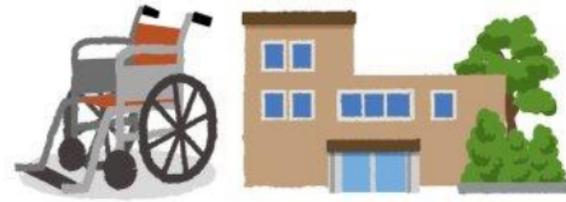
Memberikan perawatan keperawatan kepada individu, komunitas pedesaan, dan populasi pengungsi. Layanan keperawatan mencakup penyediaan perawatan yang sederhana, pemeriksaan kesehatan, manajemen penyakit akut dan kronis, serta administrasi dan rujukan kasus medis.



Sumber: <https://zonasultra.id/>

7) Di panti, lembaga atau kelompok khusus lainnya.

Contohnya panti asuhan, panti jompo, dan panti sosial lainnya seperti rutan atau lapas.



Sumber: <https://wdrfree.com/>

- 8) Di komunitas yang berisiko ¹ tinggi, seperti:
- Wanita, anak-anak, dan lansia sasaran kekerasan.
 - Di fasilitas kesehatan mental.
 - Di fasilitas kecanduan narkoba / penyalahgunaan zat terlarang.
 - Di panti jompo, gelandangan, pemulung, pengemis, pengidap HIV, dan pekerja seks komersial.



Sumber: <https://onlinemasters.ohio.edu/>

Referensi Bab 2

- Ariani, R. D., Nuraeni, A., & Supriyono, M. (2015). Efektivitas Senam Ergonomik Terhadap Penurunan Kadar Gula Darah Pada Lansia Di Kelurahan Wonosari Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, 1, 1–8.
- Asmadi, N. S. (2008). Konsep dasar keperawatan. EGC.
- Depkes, R. I. (2006). Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisan Medik. Jakarta.
- Eka Diah Kartiningrum, E. D. K., Lembunai Tat Alberta, L. T. A., Dwiharini Puspitaningsih, D. P., & Yudha Laga Hadi Kusuma, Y. L. H. K. Konsep Dasar Keperawatan Komunitas.
- Mubarak W I, Chayatin N. (2009). Ilmu Keperawatan Komunitas I Pengantar Teori. Jakarta: Salemba Medika.
- Nurhayati. (2011). Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Komunitas. Jakarta: Universitas Muhammadiyah Jakarta.

BAB 3

Epidemiologi

A. Dasar Epidemiologi dan Kependudukan

1. Definisi Epidemiologi
2. Sejarah Epidemiologi
3. Ruang Lingkup Epidemiologi
4. Kegunaan Epidemiologi
5. Peranan Epidemiologi dalam Keperawatan Komunitas
6. Istilah Yang Menggambarkan Besar dan Luasnya Kejadian Penyakit
7. Teori Kependudukan

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan pembaca mampu:

1. Mengetahui pengertian dari Epidemiologi.
2. Memahami sejarah dari Epidemiologi.
3. Mengetahui ruang lingkup Epidemiologi
4. Mengetahui kegunaan dari Epidemiologi.
5. Mengetahui istilah-istilah yang menggambarkan besar dan luasnya kejadian penyakit.
6. Memahami dan menjelaskan tentang teori kependudukan.

BAB 3

Epidemiologi

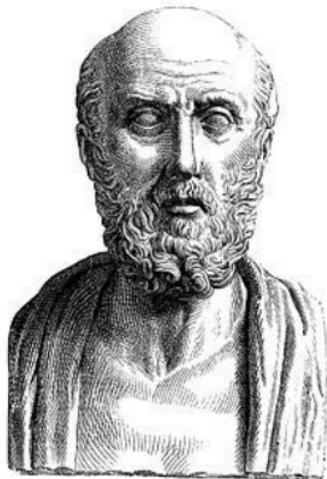
A. Dasar Epidemiologi dan Kependudukan

1. Definisi Epidemiologi

Istilah "epidemiologi" berasal dari bahasa Yunani, yaitu "*Epi*" (atas/pada), "*Demos*" (populasi) dan "*Logos*" (ilmu), dan mengacu pada disiplin ilmiah yang menyelidiki distribusi dan determinan kesehatan dan penyakit dalam populasi. Istilah "epidemiologi" diciptakan oleh seorang dokter Spanyol bernama Villalba pada tahun 1802, seperti yang didokumentasikan dalam publikasinya *Epidemiologia Española*.

Epidemiologi adalah disiplin ilmiah yang menyelidiki faktor-faktor yang menentukan peristiwa berulang pada populasi manusia, khususnya dalam kaitannya dengan penyakit dan kematian akibat wabah epidemik. Epidemiologi secara luas didefinisikan sebagai studi tentang distribusi dan determinan dari kondisi atau peristiwa kesehatan pada populasi tertentu, dan digunakan untuk mengendalikan atau mengontrol masalah kesehatan.

Sekitar 2000 tahun yang lalu di Yunani, Hippocrates, yang secara luas dianggap sebagai "Bapak Kedokteran", memperkenalkan konsep dan praktik epidemiologi dengan tujuan mencegah epidemi penyakit.



Sumber: <https://en.wikipedia.org/wiki/Hippocrates>

Para ahli telah mengembangkan beberapa konsep komplementer di bidang epidemiologi, yang meliputi:

- Epidemiologi adalah studi ilmiah tentang distribusi dan determinan kondisi atau peristiwa terkait kesehatan dalam populasi tertentu, dan aplikasi penelitian ini bertujuan untuk mengendalikan masalah kesehatan. Ini melibatkan menganalisis frekuensi dan pola masalah kesehatan dalam populasi, serta mengidentifikasi berbagai faktor yang berkontribusi pada penyebaran mereka. (Azrul Azwar, 1999).
- Bidang epidemiologi melibatkan studi frekuensi dan penyebab penyakit di berbagai populasi. (Rose G., et al., 1993).
- Epidemiologi adalah bidang studi yang berkaitan dengan menyelidiki distribusi dan determinan penyakit atau kondisi kesehatan, serta faktor risiko terkait, dalam populasi tertentu (Depkes RI, 2002).

Dari definisi yang diberikan sebelumnya, dapat disimpulkan bahwa epidemiologi adalah disiplin yang berkaitan dengan menyelidiki semua masalah kesehatan yang timbul dalam populasi tertentu, mencakup prevalensi, distribusi, penyebab yang mendasari, dan faktor yang berkontribusi.

2. Sejarah Epidemiologi

Asal-usul epidemiologi terkait erat dengan era di mana manusia memperoleh kesadaran tentang penyakit menular. Sementara kekuatan supranatural dan roh jahat umumnya dipandang sebagai akar dan katalis penyakit selama zaman kuno, upaya tertentu dapat dianggap untuk memerangi epidemi. Salah satu contohnya adalah implementasi variolasi untuk mengobati kutil di Cina selama tahun 1000-an. Pada abad 14-15, epidemi global memiliki dampak yang signifikan pada populasi, yang mengarah pada pengakuan bahwa transmisi penyakit dapat dikaitkan dengan kontak dengan individu yang terinfeksi. Sydenham, seorang tokoh penting di bidang epidemiologi, dikenal karena memperkenalkan gagasan karantina dan isolasi.

3. Ruang Lingkup Epidemiologi

Yang termasuk ruang lingkup epidemiologi adalah:

- 1) Epidemiologi penyakit menular.

Adalah penelitian tentang penyebaran dan faktor determinan penyakit menular dalam populasi tertentu dan digunakan untuk mengontrol penyakit menular di suatu populasi.

2) Epidemiologi penyakit tidak menular.

Untuk mengetahui distribusi PTM dan komponen yang mempengaruhinya atau determinannya. Ini mencakup faktor resiko dan strategi pencegahan penyakit tidak menular, penyakit jantung, atherosklerosis, hipertensi, penyakit jantung koroner, stroke, diabetes melitus, kanker, tumor prostat, dan merokok.

3) Epidemiologi klinik.

Salah satu ilmu kedokteran dasar yang belum banyak dikenal dan diciptakan untuk memberi para dokter dan para ahli kesehatan pengetahuan tentang epidemiologi untuk menangani, mengobati, mengendalikan masalah kesehatan dan etiologinya.

4) Epidemiologi kependudukan.

Merupakan cabang epidemiologi yang melihat berbagai masalah yang berkaitan dengan demografi dan faktor-faktor yang mempengaruhi berbagai perubahan demografi yang terjadi dalam masyarakat.

5) Epidemiologi gizi.

Merupakan bidang yang menyelidiki penyebaran, besarnya, dan determinan masalah gizi serta bagaimana hal itu dapat diterapkan dalam kebijakan dan program pangan dan gizi untuk meningkatkan kesehatan penduduk. Epidemiologi gizi banyak digunakan dalam menganalisis masalah gizi masyarakat, karena masalah ini erat terkait dengan berbagai faktor yang memengaruhi pola hidup masyarakat.

6) Epidemiologi kesehatan jiwa.

Adalah metode dan analisis masalah gangguan jiwa dalam masyarakat, baik mengenai kondisi gangguan jiwa dalam kelompok populasi tertentu maupun analisis berbagai faktor yang mempengaruhi timbulnya gangguan jiwa dalam masyarakat.

7) Epidemiologi pengolahan pelayanan kesehatan.

Merupakan salah satu sistem pendekatan manajemen yang digunakan untuk menganalisis masalah, menemukan faktor-faktor yang berkontribusi pada munculnya masalah, dan membuat rencana pemecahan masalah yang komprehensif dan menyeluruh.

8) Epidemiologi lingkungan dan kesehatan kerja.

Mempelajari dan menganalisis kondisi kesehatan para pekerja yang disebabkan oleh keterpaparan pada lingkungan kerja, termasuk faktor fisik, kimia, biologi, sosial budaya, dan kebiasaan hidup mereka.

9) Epidemiologi genetik.

Meneliti penyebab, penyebaran, dan pengendalian penyakit dalam kelompok keluarga dan penyebab penyakit yang diwariskan.

10) Epidemiologi perilaku.

Menyelidiki semua aspek, termasuk fenomena perilaku manusia, termasuk kebiasaan dan budaya yang melekat dalam lingkungannya.

4. Kegunaan Epidemiologi



Sumber: <https://www.shutterstock.com/>

Berikut ini adalah kegunaan dari epidemiologi:

- 1) Memberikan dukungan dalam administrasi atau manajemen kegiatan terkait kesehatan.
- 2) Mendapatkan pengetahuan tentang asal-usul dan penyebab penyakit
- 3) Mengetahui riwayat alami penyakit pada tingkat individu dan kelompok
- 4) Mengetahui status kesehatan suatu kelompok.
- 5) Untuk meneliti program pemberantasan penyakit dan memecahkan masalah kesehatan.
- 6) Mengevaluasi efektivitas intervensi kesehatan.
- 7) Mengumpulkan data untuk tujuan mengkategorikan penyakit
- 8) Mengembangkan program untuk pencegahan penyakit.

5. Peranan Epidemiologi dalam Keperawatan Komunitas



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

Di bawah ini adalah peranan epidemiologi dalam keperawatan komunitas:

- a) Dapat menentukan demografi populasi dan tingkat masalah kesehatan atau penyakit.
- b) Tujuannya adalah untuk mengenali faktor-faktor yang berkontribusi pada terjadinya masalah kesehatan dan penyakit, serta dampaknya pada segmen-segmen tertentu dari populasi, untuk menetapkan langkah-langkah alternatif untuk mengelola dan mencegah mereka.
- c) Menghasilkan data dan informasi yang akurat untuk memenuhi persyaratan strategi program kesehatan yang akan datang.
- d) Memfasilitasi pengawasan dan regulasi pelaksanaan program, serta mengevaluasi efektivitas program yang dilaksanakan.
- e) Menyusun teknik untuk memeriksa penyakit dan terapi pada dasarnya secara individual (sebagai komponen dari kolektif) dan selama terjadinya Kejadian Luar Biasa (KLB).

6. Terminologi Yang Menggambarkan Besar dan Luasnya Kejadian Penyakit

- a) Endemi

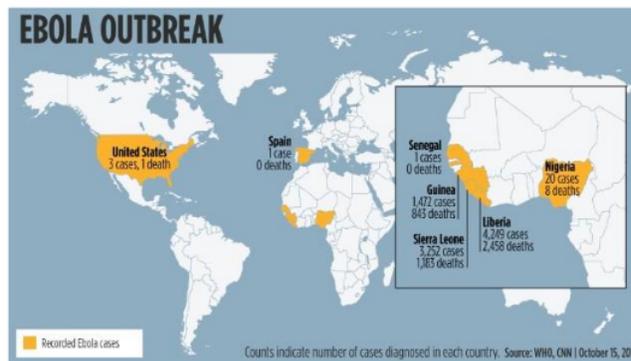
Endemi adalah suatu penyakit yang menyebar di suatu wilayah atau kelompok masyarakat. Endemi biasanya muncul secara konsisten atau sering terjadi pada suatu populasi di suatu wilayah tertentu, misalnya: endemik DBD.



Sumber: <https://www.liputan6.com/health/>

b) **Epidemi**

Epidemi merupakan penyakit menular yang menyebar dengan cepat dan membunuh banyak orang. peningkatan jumlah penyakit yang melampaui batas normal yang biasanya terjadi secara tiba-tiba pada populasi di wilayah tertentu, misalnya: virus Ebola di Republik Demokratik Kongo pada 2019, flu burung/virus flu burung (H5N1) di Indonesia pada 2012, dan penyakit paru-paru akut (SARS) pada 2003.



Sumber:

<https://www.one.org/international/blog/how-nigeria-contained-the-ebola-outbreak/>

c) **Pandemi**

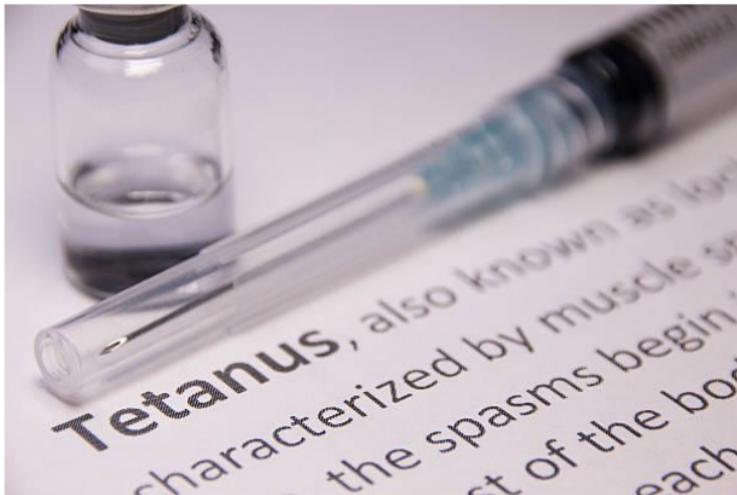
Didefinisikan sebagai kejadian umum penyakit yang mempengaruhi wilayah geografis yang luas, mencakup beberapa negara dan benua. Dengan demikian, penyakit ini telah muncul sebagai kekhawatiran global bagi semua anggota masyarakat, misalnya: HIV/AIDS dan Covid-19.



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

d) Sporadik

Suatu keadaan yang ada di wilayah tertentu dan frekuensinya berubah-ubah menurut waktu tertentu. Misalnya: tetanus, rabies, infeksi salmonella, dan infeksi bakteri yang disebabkan oleh E. coli.



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

e) KLB (Kejadian Luar Biasa)

KLB adalah sistem klasifikasi yang digunakan di Indonesia untuk mengkategorikan wabah penyakit. Sebuah wabah adalah manifestasi atau eskalasi morbiditas atau mortalitas yang memiliki signifikansi epidemiologis dalam area geografis tertentu selama jangka waktu tertentu. Misalnya: wabah flu burung di Indonesia tahun 2006.



Sumber: <https://helohehat.com/pernapasan/flu/flu-burung>

f) Wabah

Dapat didefinisikan sebagai manifestasi dari wabah penyakit menular di dalam masyarakat, di mana tingkat penderitaan melebihi kondisi standar pada waktu dan lokasi tertentu, dan memiliki potensi untuk menyebabkan gangguan, seperti yang ditetapkan dalam Undang-Undang Rhode Island No. Pada tahun 1984 terjadi wabah penyakit menular. Antara 1347 dan 1351, *The Black Death* menghancurkan sekitar dua pertiga dari populasi Eropa.



Sumber: <https://www.history.com/topics/middle-ages/black-death>

7. Teori Kependudukan

Plato dan Aristoteles, pada tahun 300 SM, mendorong gagasan untuk menentukan ukuran populasi yang tepat dan ideal untuk pusat-pusat perkotaan. Jika populasi kota melebihi kapasitas pembawaannya, tindakan untuk regulasi reproduksi menjadi diperlukan.

Berikut adalah langkah-langkah untuk memperlambat pertumbuhan populasi:

- a. *Positive checks* yaitu kontrol positif yang berada di luar kendali manusia, termasuk bencana alam, kelaparan, penyakit menular, konflik, dan pembunuhan.
- b. *Preventive checks* yaitu tindakan pencegahan yang dapat dilakukan oleh manusia, termasuk menunda pernikahan dan mematuhi perkawinan teratur.

Penyebaran populasi di Indonesia dapat dikaitkan dengan faktor-faktor seperti kondisi tanah dan lingkungan yang tidak menguntungkan yang menimbulkan tantangan bagi kelangsungan hidup populasi dan berkontribusi terhadap kesenjangan pembangunan.

Manfaat persebaran penduduk antara lain:

- a. Mengatasi masalah kepadatan penduduk
- b. Pembangunan yang merata
- c. Mengatasi tantangan ekonomi.

Faktor-faktor yang berkontribusi pada persebaran penduduk diidentifikasi oleh:

- a. Kesuburan tanah
- b. Iklim
- c. Karakteristik fisik atau konfigurasi dari area tanah tertentu, yang umumnya disebut sebagai topografi atau struktur permukaan tanah.
- d. Penyediaan air untuk berbagai tujuan, seperti rumah tangga, industri, dan pertanian, umumnya disebut sebagai penyediaan air.
- e. Istilah "transportasi" atau "peralatan transportasi" mengacu pada sarana yang digunakan untuk memindahkan orang atau barang dari satu tempat ke tempat lain.
- f. Infrastruktur selain pusat ekonomi, pemerintahan.

Langkah-langkah untuk mempromosikan distribusi penduduk secara merata, yaitu:

- a. Pembangunan yang merata di seluruh wilayah Indonesia.
- b. Membuka lapangan kerja di tiap daerah.
- c. Migrasi.

Referensi Bab 3

Azwar, A. (1999). Pengantar epidemiologi. Jakarta: Binarupa Aksara.

Depkes, R. I. (2002). Modul Epidemiologi. *Kedokteran EGC. Jakarta.*

Rose, G., Barker, D. J. P., & Coggon, D. (1993). Understanding Epidemiology: Measures of Disease Frequency. *BMJ: British Medical Journal*, 1470-1470.

BAB 4

Komunitas Sebagai Klien

- A. Definisi Keperawatan Komunitas
- B. Sejarah Perkembangan Keperawatan Komunitas
- C. Prinsip Keperawatan Komunitas

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan pembaca mampu:

1. Mengetahui apa pengertian dari Keperawatan Komunitas.
2. Mengetahui dan memahami tentang sejarah perkembangan Keperawatan Komunitas.
3. Memahami dan dapat menjelaskan prinsip-prinsip Keperawatan Komunitas.

BAB 4

Komunitas Sebagai Klien

A. Definisi Keperawatan Komunitas

Menurut Mubarak dan Chayatin (2009), sebuah komunitas didefinisikan sebagai sekelompok individu yang tinggal di lokasi geografis tertentu yang berbagi nilai-nilai, keyakinan, dan minat yang sama, dan berkolaborasi untuk mencapai tujuan bersama.

Keperawatan komunitas melibatkan integrasi praktik keperawatan dan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan populasi tertentu. Tujuan perawatan kesehatan masyarakat meliputi menangani kebutuhan bayi yang kekurangan gizi, ibu hamil dengan kehamilan berisiko tinggi, populasi tua, dan penyakit menular. Salah satu fokus dari inisiatif ini adalah untuk melayani keluarga yang rentan terhadap masalah kesehatan dan menghadapi tantangan prioritas. Menurut Ariani, Nuraeni, dan Supriyono (2015), individu yang termasuk dalam kelompok demografis tertentu, terlepas dari status kesehatan mereka, mungkin memerlukan intervensi dan layanan kesehatan yang ditargetkan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan mereka yang unik.

Keperawatan komunitas adalah layanan keperawatan khusus yang menargetkan komunitas, terutama kelompok berisiko tinggi, dengan tujuan mencapai status kesehatan optimal melalui pencegahan penyakit dan promosi kesehatan. Ini dicapai dengan memastikan aksesibilitas layanan kesehatan esensial dan melibatkan klien sebagai peserta aktif dalam perencanaan, implementasi, dan evaluasi layanan perawatan. Layanan perawatan komunitas mencakup berbagai individu dan kelompok, individu, keluarga, populasi berisiko tinggi yang tinggal di daerah miskin, terpencil, dan tidak dapat diakses, serta populasi yang rentan seperti ibu hamil, bayi, balita, dan lansia.



Sumber: <https://rnspeak.com/>

Menurut *American Nurses Association* (ANA, 2004), keperawatan kesehatan masyarakat ditandai dengan penggabungan keterampilan dan pengetahuan perawatan kesehatan masyarakat dengan tujuan meningkatkan dan mempertahankan kesehatan populasi.

B. Sejarah Perkembangan Keperawatan Komunitas

Penggalian di situs beberapa peradaban awal terkenal telah mengungkap bukti aktivitas kesehatan masyarakat di masyarakat kuno, seperti penemuan kamar mandi dan sistem drainase di dalam rumah dan selokan di lembah Indus, India Utara, antara 2700 dan 2000 SM, sistem drainase di antara reruntuhan kerajaan Mesir kuno, resep obat yang ditulis pada tablet tanah liat Sumeria sekitar 2100 SM, dll.

Selama abad ke-16, inisiatif kesehatan masyarakat diluncurkan di Indonesia dengan tujuan menghilangkan penyakit umum seperti kecacatan dan kolera. Penyakit Kolera masuk ke Indonesia pada tahun 1927, dan kemudian, epidemi kolera eltor terjadi pada tahun 1937. Pada tahun 1948, penyakit cacar masuk dan menyebar ke seluruh Indonesia melalui Singapura.

Tahun 1899 menandai pembentukan lembaga pendidikan yang dikenal sebagai STOVIA (*School tot Opleiding van Inlandsche Artsen*), yang dirancang untuk menyediakan pelatihan untuk dokter pribumi. Sekolah ini secara resmi dibuka pada bulan Maret 1902. Pada 2 Februari 1950, pemerintah Indonesia secara resmi mengubah nama STOVIA menjadi Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.



Sumber: <https://en.wikipedia.org/wiki/STOVIA>



Sumber: <https://www.karantinaui.com/>

Konsep Bandung (*Bandung Plan*) pertama kali diperkenalkan oleh dr. Y. Leimena dan dr. Broken pada tahun 1951. Layanan kesehatan masyarakat tidak dapat dipecah menjadi aspek penyembuhan dan pencegahan dan harus dipandang sebagai keseluruhan yang terintegrasi. Konsep ini kemudian dikonseptualisasikan sebagai pengembangan sistem perawatan kesehatan tingkat pertama dengan menciptakan entitas organisasi praktis dari departemen kesehatan distrik di setiap distrik. Inisiatif ini dimulai pada tahun 1969/1970 dan kemudian diakui sebagai Puskesmas, lembaga pelayanan kesehatan masyarakat secara komprehensif dan efektif. (Amin, 2019).

C. Prinsip Keperawatan Komunitas

Dermawan (2012) menyatakan bahwa prinsip-prinsip dasar praktek kesehatan masyarakat meliputi:

- 1) Keluarga dianggap sebagai unit utama dalam pelayanan kesehatan publik.
- 2) Sasarannya meliputi individu, keluarga, organisasi, dan komunitas.
- 3) Perawat kesehatan bekerja dengan masyarakat, bukan untuk masyarakat.
- 4) Layanan perawatan yang ditawarkan memprioritaskan tindakan pencegahan dan promosi, sementara juga mengakui pentingnya upaya penyembuhan dan rehabilitasi.
- 5) Proses keperawatan berfungsi sebagai kerangka dasar untuk menangani masalah dalam layanan kesehatan masyarakat.
- 6) Penyediaan perawatan kesehatan masyarakat tidak hanya di rumah sakit, melainkan sebagian besar di masyarakat.
- 7) Pasien mencakup baik individu yang mengalami penyakit maupun mereka yang sehat.

- 8) Fokus utama perawatan kesehatan masyarakat berpusat pada promosi perilaku sehat di antara masyarakat.
- 9) Tujuan utama layanan kesehatan masyarakat adalah untuk meningkatkan kualitas hidup dengan mengoptimalkan derajat kesehatan.
- 10) Perawat kesehatan masyarakat berfungsi sebagai unit kolektif, bukan sebagai entitas independen.
- 11) Mayoritas beban kerja perawat kesehatan masyarakat didedikasikan untuk kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan hasil kesehatan, mengurangi terjadinya penyakit, memenuhi kebutuhan individu baik sehat maupun tidak sehat, memberikan bantuan kepada warga yang sakit yang tidak memanfaatkan diri mereka sendiri dari layanan pusat kesehatan masyarakat, dan cenderung untuk pasien yang baru keluar dari fasilitas medis.
- 12) Pentingnya kunjungan ke rumah.
- 13) Penekanan utama adalah pada pendidikan kesehatan.
- 14) Layanan kesehatan publik harus disesuaikan dengan infrastruktur perawatan kesehatan yang sudah ada.
- 15) Asuhan keperawatan terstruktur dalam pengaturan institusi yang mengkoordinasikan layanan kesehatan, termasuk Puskesmas, sekolah, rumah perawatan, dan fasilitas lainnya, dengan keluarga berfungsi sebagai unit dasar layanan.

Referensi Bab 4

- American Nurses Association. (2004). *Scope and Standards for Nurse Administrators*. Edisi 2. Washington: Nursesbooks.org.
- Amin, L. M. (2019). Sistem Pelayanan Asuhan Keperawatan Kesehatan Komunitas: Studi Kasus di Dusun Mensaleng. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, 7(2), 59-70.
- Andini, N. A. (2018). Gambaran Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di Puskesmas Kota Makassar. *Jurnal FIK*, 10-28.
- Ariani, R. D., Nuraeni, A., & Supriyono, M. (2015). Efektivitas Senam Ergonomik Terhadap Penurunan Kadar Gula Darah Pada Lansia Di Kelurahan Wonosari Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, 1, 1-8.
- Dermawan, D. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Mubarak W I, Chayatin N. (2009). *Ilmu Keperawatan Komunitas I Pengantar Teori*. Jakarta: Salemba Medika.

BAB 5

Teori dan Model Konseptual

- A. Teori dan Model Konseptual dalam Keperawatan Komunitas
 - 1. Model Konseptual Imogene King
 - 2. Model Lingkungan (Environment) Florence Nightingale
 - 3. Teori Betty Neuman
 - 4. Teori Dorothea Orem

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan pembaca mampu:

- 1. Memahami tentang definisi teori dan teori keperawatan.
- 2. Memahami dan dapat menjelaskan tentang model konseptual Imogene King.
- 3. Memahami dan dapat menjelaskan tentang model konseptual Florence Nightingale.
- 4. Memahami dan dapat menjelaskan tentang model konseptual Betty Neuman.
- 5. Memahami dan dapat menjelaskan tentang model konseptual Dorothea Orem.

BAB 5

Teori dan Model Konseptual

A. Teori dan Model Konseptual dalam Keperawatan Komunitas.

Teori adalah kerangka struktur yang membangun hubungan antara konsep, definisi, atau kerangka konseptual. Ini menawarkan perspektif metodis dari gejala atau fenomena dengan mengidentifikasi hubungan tertentu antara konsep-konsep ini, dan bertujuan untuk menggambarkan, menjelaskan, memprediksi, atau mengendalikan fenomena tertentu. Teori dalam penelitian dapat diuji, dimodifikasi, atau berfungsi sebagai prinsip panduan.

Steven (1984) berpendapat bahwa teori keperawatan berusaha untuk mengklarifikasi dan memperjelas berbagai kejadian medis. Barnum (1990) menyatakan bahwa teori keperawatan berusaha untuk mengklarifikasi dan mendefinisikan konsep pengasuhan.

Penggunaan teori keperawatan dalam penciptaan model konseptual di bidang Keperawatan membutuhkan pengintegrasian struktur perawat, yang memungkinkan perawat untuk menerapkan metodologi kerja mereka dalam batas yurisdiksi mereka.

Beberapa model konseptual yang digunakan di bidang perawatan komunitas, yaitu:

1. Model Konseptual Imogene King



Gambar: Imogene King

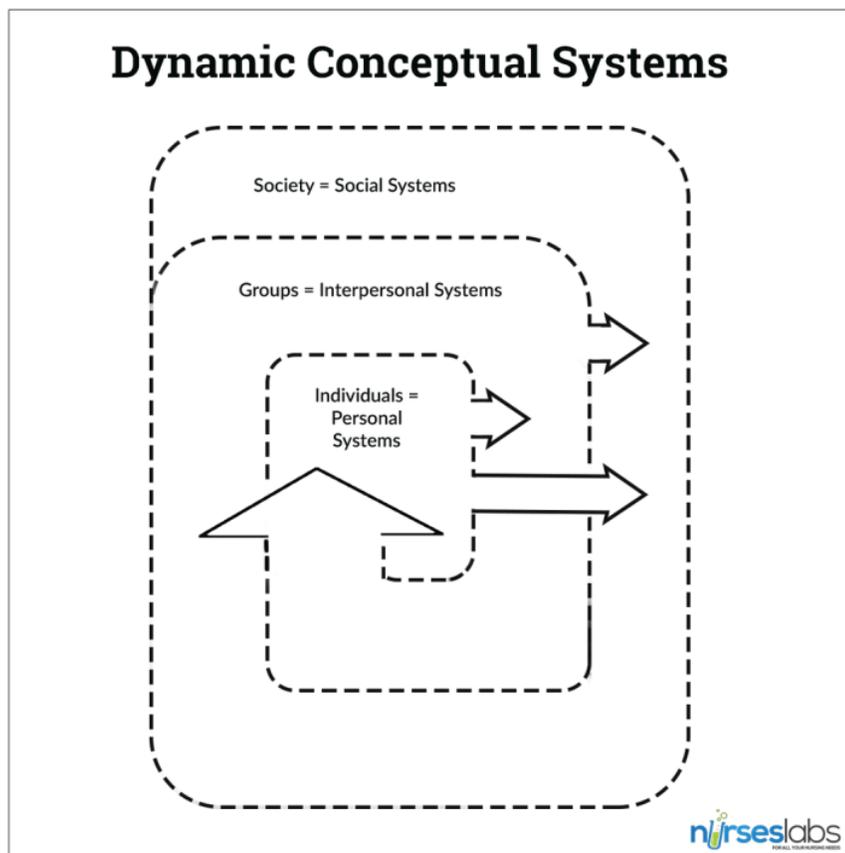
Sumber: <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Imogene-King.php>

Pada pertengahan 1960-an, King menciptakan model konseptual keperawatan berdasarkan premis bahwa manusia adalah sistem yang terbuka dan responsif terhadap

lingkungan. Manusia adalah titik fokus kerangka King, karena mereka dinamis dan memiliki persepsi tentang objek, orang, dan peristiwa yang memengaruhi perilaku, interaksi sosial, dan kesehatan mereka.

Adapun sistem interaksi dalam kerangka kerja konseptual King, yaitu:

- a) Sistem personal, mencakup konsep-konsep yang berkaitan dengan persepsi diri, pertumbuhan dan perkembangan pribadi, citra tubuh, jarak ruang dan waktu.
- b) Sistem interpersonal, yang mencakup studi interaksi manusia, masyarakat, transaksi, peran, dan stres
- c) Sistem sosial, mencakup berbagai elemen seperti struktur organisasi, tokoh otoriter, dinamika kekuasaan, hierarki status, dan proses pengambilan keputusan.



Kerangka Kerja Konseptual Imogene King

2. Model Konseptual Lingkungan (*Environment*) Florence Nightingale



Gambar: Florence Nightingale

Sumber: https://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale

Lingkungan adalah titik fokus dari paradigma Nightingale asuhan keperawatan. Fokus asuhan keperawatan adalah penyediaan udara, cahaya, Menyediakan kenyamanan lingkungan, sanitasi, ketenangan, dan nutrisi yang memadai (dengan jumlah vitamin dan mineral yang tepat) adalah faktor penting untuk mempromosikan kesejahteraan.

Konsep sentral Florence Nightingale adalah bahwa pasien harus dilihat dalam konteks seluruh lingkungan, yang meliputi:

a) Lingkungan fisik (*physical environment*)

Ini berkaitan dengan pengaturan ekologi dasar mengenai kondisi atmosfer dan sirkulasi udara. Beberapa faktor berkontribusi untuk mempertahankan lingkungan fisik yang higienis yang dapat secara signifikan mempengaruhi kesejahteraan pasien, terlepas dari lokasi mereka di dalam ruangan. Faktor-faktor tersebut termasuk tidak adanya kotoran, asap, dan bau yang tidak menyenangkan. Sangat penting bahwa tempat tidur pasien dipertahankan dalam kondisi higienis dan suhu lingkungan di ruangan diperkuat pada tingkat yang tepat, dan udaranya harus kering dan tidak berbau. Lingkungan dirancang untuk memfasilitasi kepedulian terhadap dirinya sendiri dan orang lain. Posisi tempat tidur yang lebar dan tinggi harus memfasilitasi mobilitas pasien. Tempat tidur harus cukup terang, jauh dari keributan dan bau

kotoran. Posisi tempat tidur pasien harus disesuaikan untuk memungkinkan ventilasi yang memadai.

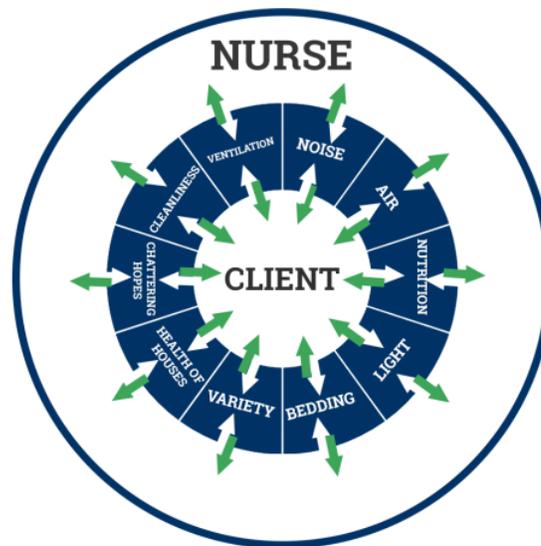
b) Lingkungan psikologis (*psychology environment*)

Menurut Nightingale, kondisi lingkungan yang merugikan dapat memicu stres fisik dan memiliki dampak negatif pada kesejahteraan emosional pasien. Oleh karena itu, pasien disarankan untuk melakukan aktivitas fisik secara teratur untuk mempromosikan rangsangan. Paparan sinar matahari yang cukup, nutrisi yang tepat, dan olahraga fisik adalah stimulan yang dapat menjaga emosi mereka. Komunikasi dengan pasien tidak boleh tergesa-gesa atau terputus-putus, karena dilihat dalam konteks seluruh lingkungan.

c) Lingkungan sosial (*social environment*)

Tindakan mengamati lingkungan sosial, dengan fokus khusus pada hubungan unik, dan mengumpulkan data yang berkaitan dengan keadaan penyakit tertentu, sangat penting untuk tujuan pencegahan penyakit. Akibatnya, sangat penting bagi setiap perawat untuk menggunakan teknik pengamatan sehubungan dengan kasus pasien tertentu daripada data pasien secara umum.

Conceptual Framework of Florence Nightingale's Environmental Theory



Nurseslabs

Kerangka Kerja Konseptual Florence Nightingale

3. Model Konseptual Betty Neuman



Gambar: Betty Neuman

Sumber: <https://nursekey.com/systems-model/>

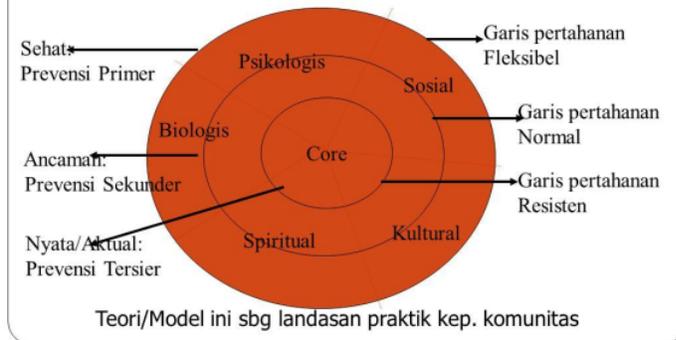
Konsep "*Health Care System*" adalah gagasan yang diciptakan oleh Betty Neuman. Ini adalah model gagasan yang menggambarkan tindakan keperawatan yang ditujukan untuk menurunkan stres dengan membangun garis pertahanan diri yang fleksibel atau normal dan tahan terhadap sasaran pelayanan komunitas.

Model Neuman menekankan reaksi sistem terhadap stresor aktual atau prospektif. Ia memberikan perspektif baru tentang manusia sebagai makhluk holistik. Subjek yang dipelajari berkaitan dengan aspek yang saling terkait dan dinamis dari fisiologi, psikologi, faktor sosiokultural, perkembangan, dan spiritualitas, selain respon sistem terhadap stres internal dan eksternal.

Model Sistem Perawatan Kesehatan yang dikembangkan oleh Betty Neuman adalah kerangka konseptual yang menggambarkan intervensi keperawatan yang dirancang untuk memprioritaskan pengurangan stres dengan memperkuat mekanisme pertahanan diri individu dan masyarakat dengan cara yang fleksibel dan adaptif. Tujuan akhir dari model ini adalah untuk menyediakan layanan yang ditargetkan untuk komunitas.

TEORI/MODEL KEP.KOMUNITAS

Betty Neuman's Model:



Kerangka Kerja Konseptual Betty Neuman

4. Model Konseptual Dorothea Orem



Gambar: Dorothea Orem

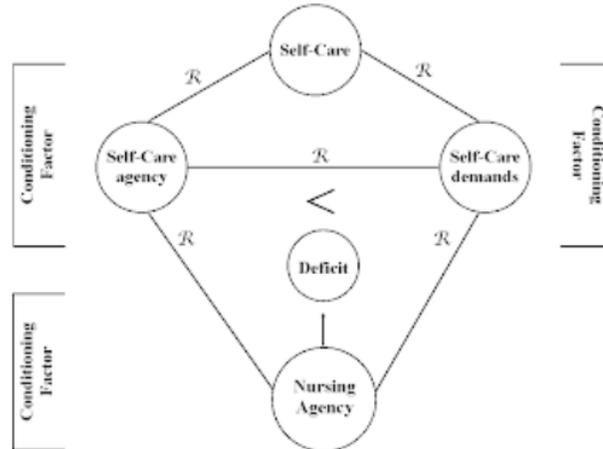
Sumber: <https://nursing-theory.org/nursing-theorists/Dorothea-E-Orem.php>

Menurut Dari sudut pandang Dorothea E. Orem, perawatan diri mengacu pada pelaksanaan kegiatan yang dimulai sendiri dan dilakukan sendiri yang bertujuan untuk mempertahankan kehidupan, mempromosikan kesehatan, dan memastikan kesejahteraan di hadapan keadaan yang baik dan buruk. Menurut perspektif Orem, perawatan dirawat di bawah asumsi bahwa individu memiliki kemampuan untuk mengelola diri, dengan tujuan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar mereka, serta pemeliharaan kesejahteraan fisik dan mental mereka. Asmadi (2008) menjelaskan kerangka konsep Orem, yang menggambarkan cara-cara di mana perawat, klien, atau keduanya dapat memenuhi

kebutuhan perawatan diri klien. Menurut Orem *self-care* adalah perilaku yang dapat dipelajari, bukan proses intuitif. Kemampuan seseorang untuk merawat dirinya sendiri sehingga mereka dapat mempertahankan kesehatan dan kesejahteraannya sendiri adalah fokus utama dari model konseptual ini.

Karena tujuan akhir dari keperawatan keluarga adalah kemandirian keluarga, maka model ini tepat digunakan untuk keluarga, antara lain:

- a) Mengidentifikasi masalah.
- b) Membuat keputusan untuk mengatasi masalah tersebut.
- c) Memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.
- d) Mengubah lingkungan yang mendukung kesehatan.
- e) Menggunakan fasilitas pelayanan dengan benar.



Kerangka Kerja Konseptual Dorothea Orem - Theory of Self-Care Deficit
Sumber : Julia B. George (1995).

Tiga (3) teori *Self Care Deficit* yang berkaitan menurut Orem, yaitu:

- 1). *Self-care*,
- 2). *Self-care deficit* dan
- 3) *Nursing system*.

Ada enam konsep sentral yang menghubungkan ketiga teori tersebut: *self-care*, *self-care agency*, *self-care therapy requirement*, *self-care deficit*, *nursing agency*, dan *nursing system*. Ada juga satu konsep perifer, yaitu *basic conditioning factor* (faktor

kondisi dasar). Teori perawatan diri menyatakan bahwa perawatan diri bergantung pada upaya individu untuk melindungi kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraannya sendiri melalui inisiatif dan pembentukan sendiri.

Teori ini membentuk dasar teori Orem, yang menentukan kapan perawatan diperlukan. Perawatan diperlukan jika seseorang tidak mampu atau mengalami keterbatasan untuk memenuhi syarat perawatan diri yang efektif. Keperawatan diberikan dalam kasus di mana "tingkat kemampuan perawatan diri lebih rendah dibandingkan dengan kebutuhan perawatan diri atau kemampuan perawatan diri seimbang dengan kebutuhan, namun hubungan defisit dapat terjadi karena penurunan kemampuan, peningkatan kualitas, atau keduanya".

- a) *Self-care*, adalah kegiatan individu yang dengan inisiatif sendiri membentuk perilaku mereka dalam memelihara kehidupan, kesehatan, dan kesejahteraan. *Self-care* yang efektif akan membantu membentuk integritas struktur dan fungsi manusia dan erat kaitannya dengan perkembangan manusia.
- b) *Self-care deficit*, merupakan komponen utama dari teori umum keperawatan menurut Orem. Menurut teori ini, keperawatan diberikan jika seorang yang sudah dewasa (atau jika ada kasus ketergantungan) tidak mampu atau terbatas dalam melakukan *self-care* secara efektif.
- c) *Nursing system*, dibuat oleh perawat berdasarkan kebutuhan dan kemampuan pasien untuk melakukannya *self-care*. Keperawatan akan diberikan apabila ada *self-care deficit*, *self-care agency* dan kebutuhan *self-care terapeutik*. Dengan pelatihan dan pengembangan lembaga perawatan pribadi, perawat dapat melakukan, memahami, dan membantu orang lain menemukan kebutuhan *self-care* terapeutik mereka.

Referensi Bab 5

- Asmadi, N. S. (2008). Konsep dasar keperawatan. EGC.
- Barnum, B.J. (1990). Nursing theory: Analysis, application, evaluation. Glenview, IL: Scott, Foresman, Little, Brown.
- George, J. B. (1985). Nursing theories: The base for professional nursing practice. *Nursing research*, 34(6), 356.
- Muhlisin, A., & Irdawati, I. (2017). Teori *Self Care* dari Orem dan Pendekatan Dalam Praktek Keperawatan. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 2(2).
- Stevens, P. E. (1984). A critical social reconseptualization of environment in nursing: Implications for methodology. In P. Chinn (Ed.), *Exemplars in criticism: Challenge and controversy*, Advances in Nursing Science Series (pp. 127 – 139). Gaithersburg, MD: Aspen.

BAB 6

Asuhan Keperawatan Komunitas

A. Asuhan Keperawatan Komunitas

1. Peran Perawat dalam Keperawatan Komunitas.
2. Fungsi Perawat dalam Keperawatan Komunitas.
3. Etika Perawat dalam Keperawatan Komunitas.
4. Proses Keperawatan Komunitas.

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan pembaca mampu:

1. Memahami peran perawat dalam keperawatan komunitas.
2. Memahami fungsi perawat dalam keperawatan komunitas.
3. Memahami etika perawat dalam keperawatan komunitas.
4. Menjelaskan dan mengidentifikasi tentang proses keperawatan komunitas.

BAB 6

Asuhan Keperawatan Komunitas

A. Asuhan Keperawatan Komunitas

1. Peran Perawat dalam Keperawatan Komunitas



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

Istilah "perawat" atau "*nurse*" berasal dari kata Latin "*nutrix*", yang menggambarkan tindakan memberikan perawatan dan pemeliharaan. Seorang perawat adalah praktisi terampil yang memiliki kompetensi, tanggung jawab, dan yurisdiksi untuk memberikan intervensi keperawatan di berbagai pengaturan perawatan kesehatan (Kusnanto, 2003).

Akbar (2019) membahas tanggung jawab dan kewajiban perawat komunitas:

- a. Pemberi asuhan keperawatan (*care giver*): penyedia layanan perawatan kesehatan. Hal ini bagi seorang perawat merupakan peran yang paling utama. Melakukan pengkajian keperawatan, membuat diagnosis keperawatan melaksanakan implementasi keperawatan dan melakukan proses evaluasi keperawatan adalah fungsi dari peran ini.
- b. Advokat (*client advocate*): memberikan informasi semaksimal mungkin tentang keadaan pasien dan bagaimana proses kesembuhan pasien, berfungsi sebagai penghubung antara pasien dan profesional kesehatan lainnya, membela hak-hak pasien, dan melindungi mereka dari tindakan yang merugikan pasien.

- c. *Konselor (counsellor)*: membantu klien dalam membuat keputusan tentang masalah atau penyakit yang mereka alami.
- d. *Pendidik (educator)*: membantu pasien meningkatkan kesehatannya dengan memberikan pengetahuan sehingga pasien dan keluarga mereka mengetahui tentang perawatan dan tindakan medis yang dapat diambil.
- e. *Kolaborator (collaborator)*: perawat bekerja sama dengan tim kesehatan lain seperti dokter, fisioterapis, ahli gizi, radiologi, dan laboratorium untuk menemukan mengidentifikasi jenis perawatan yang diperlukan dalam rangka mempercepat pemulihan pasien.
- f. *Koordinator (coordinator)*: mengkoordinir, merencanakan, dan mengarahkan tim kesehatan sesuai dengan tuntutan klien. Tujuannya adalah agar lebih terkoordinasi dan terarah antara perawat dan dokter.
- g. *Panutan (role model)*: berperan sebagai panutan dan memberikan contoh yang positif di bidang kesehatan, baik dalam perilaku hidup atau menerapkan gaya hidup sehat.
- h. *Agen perubahan (change agent)*: orang yang mengambil inisiatif untuk membantu orang lain dalam memodifikasi diri mereka sendiri atau suatu sistem. *Change agent* dapat merencanakan, mengubah, beradaptasi, bertanggung jawab dan berpikir kritis saat memberikan layanan keperawatan.

2. Fungsi Perawat dalam Keperawatan Komunitas



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

Fungsi seorang perawat dalam keperawatan komunitas adalah:

- a. Fungsi independen, ditandai dengan otonomi dan kurangnya ketergantungan pada faktor eksternal. Perawat mempraktikkan otonomi dan menggunakan keterampilan berpikir kritis untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia sambil melakukan kewajiban profesional mereka.
- b. Fungsi dependen, melibatkan pelaksanaan tugas dalam menanggapi pesan atau instruksi yang diterima dari perawat lain.
- c. Fungsi interpenden, mengacu pada tugas-tugas yang dilakukan oleh tim di mana ada ketergantungan bersama antara satu tim dan tim lainnya.

3. Etika Perawat dalam Keperawatan Komunitas



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

Ada delapan (8) prinsip dasar dalam etika keperawatan, antara lain:

- a. Otonomi (*autonomy*): perawat menghormati hak klien untuk membuat keputusan mengenai perawatannya sendiri.
- b. Kemurahan hati (*beneficence*): seorang perawat harus bertindak dengan mempertimbangkan kepentingan terbaik pasien
- c. Keadilan (*justice*): perawat memastikan terapi yang sesuai dengan hukum, standar praktik, dan keyakinan yang benar untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik.
- d. Tidak merusak (*non-maleficence*): tidak menimbulkan kerugian bagi klien, baik secara fisik maupun psikis.
- e. Kejujuran (*veracity*): untuk memberitahu setiap klien kebenaran.

- f. Menepati janji (*fidelity*): perawat menghormati komitmennya dan merahasiakan rahasia klien.
- g. Kerahasiaan (*confidentiality*): informasi klien harus dirahasiakan untuk perlindungan klien. Semua yang ada dalam dokumen rekam kesehatan klien hanya boleh dibaca dalam konteks pengobatan klien.
- h. Akuntabilitas (*accountability*): suatu standar pasti dimana tindakan seorang profesional dalam keadaan tidak jelas atau tidak memenuhi syarat dapat dievaluasi adalah kriteria yang jelas dan obyektif yang dapat digunakan untuk menilai tindakan seorang profesional dalam situasi yang ambigu atau tidak memenuhi kualifikasi.

4. Proses Keperawatan Komunitas



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

Proses keperawatan merupakan kerangka pelaksanaan asuhan keperawatan berupa rangkaian kegiatan yang sistematis agar individu dapat secara mandiri mengelola masalah kesehatannya.

Aspek penting dari asuhan keperawatan komunitas termasuk otentik, sesuai, bersiklus, berpusat pada klien, interaktif, dan berfokus pada komunitas.

Keperawatan komunitas adalah pendekatan metodis dan berkelanjutan untuk keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi kekhawatiran kesehatan klien, keluarga, kelompok, dan komunitas.

Proses ini melibatkan serangkaian tahap, termasuk pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi, yang dilakukan dengan cara yang alami dan dinamis (Wahyudi, 2010).

Tahap-tahap proses keperawatan komunitas, yaitu:

1) Pengkajian (*assessment*)



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

Tujuan penilaian komunitas adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor terkait kesehatan (positif dan negatif) untuk mengembangkan strategi promosi kesehatan. Data inti komunitas, data subsistem komunitas, dan data persepsi dimasukkan dalam evaluasi (Riasmini et al., 2017).

Effendi (1995) menyatakan bahwa pengkajian adalah proses penting dalam proses keperawatan. Tujuannya adalah untuk mengetahui masalah yang dialami klien, mengumpulkan data dengan benar, dan mengetahui status kesehatan dan kesejahteraan klien melalui kondisi fisik, mental, sosial, dan lingkungannya.

Melakukan pengkajian memerlukan keterampilan seperti wawancara, pemeriksaan fisik, dan observasi, serta ketelitian dan kecermatan agar proses keperawatan pada tahap pengkajian dapat berhasil. Oleh karena itu, prosedur penelitian seperti pengumpulan data, klasifikasi data, validasi data, dan perumusan masalah diperlukan untuk menentukan tingkat keberhasilan asuhan keperawatan.

Adapun lima tahap dalam melakukan pengkajian keperawatan, yaitu:

a. Pengumpulan data

Mengumpulkan informasi tentang klien secara berkala untuk mengidentifikasi masalah dan kebutuhan keperawatan dan kesehatan klien. Untuk mengetahui

kondisi, situasi, dan kebutuhan klien, perawat harus mengumpulkan data secara akurat, lengkap, relevan, singkat, dan deskriptif.

i. Karakteristik data:

- Lengkap
- Akurat dan nyata

ii. Sumber data:

- Data Primer: data yang langsung diperoleh dari klien.
- Data Sekunder: informasi data yang diperoleh dari orang terdekat klien seperti keluarga, orang tua, saudara atau pihak lain yang dekat dengan klien.
- Lainnya: rekam medis klien

iii. Jenis data:

- Data Objektif: data yang diperoleh melalui pengukuran dan evaluasi menggunakan standar yang diakui (berlaku), seperti : tanda vital, tingkat kesadaran, warna kulit, dll.
- Data Subjektif: data yang diperoleh dari keluhan-keluhan klien, seperti: rasa pusing, ketakutan, nyeri, mual, kecemasan, ketakutan, ketidaktahuan, dll.

iv. Cara pengumpulan data:

- Wawancara: tanya jawab yang berkaitan dengan keluhan atau masalah klien, atau juga disebut anamnesa. Tujuannya adalah untuk membangun hubungan antara perawat dan klien serta mengumpulkan informasi tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien.
- Pengamatan/observasi: mengumpulkan informasi tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien melalui mengamati perilaku dan kondisi mereka. Observasi dilakukan melalui alat indra seperti pendengaran, rabaan, sentuhan, dan penglihatan. Tujuan observasi adalah untuk mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi klien melalui kepekaan alat indra.
- Pemeriksaan fisik: melakukan pemeriksaan fisik pada klien untuk mengidentifikasi masalah kesehatannya, antara lain dengan melakukan inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi.

b. Analisis data

Analisis data adalah kemampuan kognitif yang dipengaruhi oleh konteks ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pemahaman keperawatan. Cara menganalisis data yaitu:

- Data divalidasi dan diteliti kembali.
- Mengelompokkan data dengan mempertimbangkan persyaratan bio-psiko-sosial dan spiritual.
- Membandingkan dengan standar.
- Membuat kesimpulan tentang masalah kesenjangan keperawatan yang ditemukan.

c. Mengelompokkan data (sistematika data)

Data-data klien dikelompokkan terlebih dahulu dilihat dari kriteria permasalahan kesehatannya. Setelah semua data sudah dikelompokkan, maka selanjutnya masalah klien dapat diidentifikasi dan dirumuskan.

d. Identifikasi masalah

Masalah klien adalah keadaan atau situasi di mana perawat dapat melakukan apa yang diperlukan oleh klien untuk mempertahankan atau meningkatkan kesehatannya atau untuk meninggal dengan damai, sesuai dengan kemampuan dan wewenang mereka. Pasien dapat dibagi menjadi kategori berikut: pasien yang tidak mempunyai masalah, pasien yang kemungkinan memiliki masalah, pasien yang memiliki masalah potensial yang kemungkinan besar memiliki masalah, dan pasien yang sebenarnya memiliki masalah. Setelah dilakukan identifikasi masalah, barulah bisa diambil keputusan apa yang harus dilakukan perawat untuk menangani klien tersebut.

e. Dokumentasi data

Bentuk dokumentasi dapat berupa data dasar, lembar alur (*flow sheet*) dan catatan perkembangan, yang semuanya termasuk tipe pengkajian informasi secara lengkap. Semua data yang dicatat atau didokumentasi haruslah lengkap dan akurat. Alasan harus dilakukan dokumentasi data adalah selain hal ini merupakan tanggung jawab profesional yang diatur dalam undang-undang praktik keperawatan, informasi data tersebut mungkin saja akan relevan dan berfungsi sebagai nilai dasar untuk perubahan status.

2) Diagnosis

Langkah kedua dari proses keperawatan adalah diagnosa keperawatan, yang menunjukkan penilaian klinis tentang bagaimana seseorang, keluarga, kelompok, dan masyarakat bertindak terhadap masalah kesehatan baik secara potensial maupun aktual.

Diagnosis dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

- a) Diagnosis keperawatan aktual, yaitu diagnosis yang muncul saat ini dan perlu ditangani dengan segera.
- b) Diagnosis keperawatan risiko, yaitu diagnosis yang mungkin saja terjadi.
- c) Diagnosis keperawatan potensial, yaitu diagnosis yang dibuat karena status kondisi kesehatan klien yang telah bagus. Diagnosis ini umumnya dipakai di keperawatan keluarga dan keperawatan komunitas.

Proses berpikir secara kompleks mengenai data yang diterima dari klien, keluarga, rekam medik klien melibatkan diagnosis keperawatan yang mempunyai beberapa tahapan, yaitu:

- a) Analisis dan interpretasi data.
- b) Identifikasi masalah klien
- c) Perumusan diagnosa keperawatan
- d) Dokumentasi diagnosa keperawatan

3) Perencanaan (*planning*)



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

Setelah analisis data selesai, langkah berikutnya di proses keperawatan adalah intervensi atau perencanaan. Analisis data berikutnya menghasilkan diagnosis keperawatan yang mendukung perencanaan untuk setiap masalah keperawatan.

Perencanaan keperawatan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan dan berfungsi sebagai pedoman untuk tindakan keperawatan yang akan membantu pasien, meringankan, menyelesaikan masalah, atau memenuhi kebutuhan mereka.

Pada tahapan ini, perawat merencanakan tindakan keperawatan agar mereka dapat merawat pasien dengan baik dan efisien.

Perencanaan keperawatan kesehatan komunitas berfokus Ini berkaitan dengan bidang promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemeliharaan kesehatan, dan manajemen krisis. Menurut Riasmini dkk. (2017), perencanaan keperawatan kesehatan komunitas melibatkan empat langkah, yaitu:

- a) Menetapkan prioritas (*priority*)
- b) Menetapkan sasaran (*goal*)
- c) Menetapkan tujuan (*objective*)
- d) Menetapkan rencana intervensi

4) Implementasi (*Implementation*)



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

Setelah melakukan tahap perencanaan, tahap berikutnya adalah tahap implementasi yang berarti mengelola dan menerapkannya. Pada tahap ini, perawat mencari inisiatif melalui rencana **tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya**. Rencana tindakan dibuat dan ditunjukkan pada permintaan layanan kesehatan sebelum tahap pelaksanaan dimulai. Rencana ini dimaksudkan untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, seperti meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, pemulihan kesehatan, dan membantu coping.

Salah satu bagian dari proses keperawatan, yaitu tahap implementasi adalah kumpulan perilaku keperawatan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diharapkan dari asuhan keperawatan yang diberikan.

Selama tahap implementasi, tujuan utama adalah untuk mencapai tujuan dan tujuan yang ditentukan sebelumnya. Implementasi berbagai tindakan yang berkaitan dengan promosi kesehatan, pemeliharaan kesehatan / koreksi kondisi yang tidak sehat, pencegahan penyakit, dan pemulihan adalah elemen penting dalam pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat. Selama tahap implementasi keperawatan komunitas, berbagai strategi seperti proses kelompok, promosi kesehatan, dan kemitraan digunakan. (Riasmini, dkk., 2017).

Implementasi keperawatan mempunyai beberapa tahapan, yaitu:

- a) Peninjauan kembali klien.
- b) Rencana perawatan yang sudah ada ditelaah dan dimodifikasi.
- c) Melakukan tindakan keperawatan

5) Evaluasi (*Evaluation*)



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

Akhirnya, tahap terakhir yaitu tahap evaluasi dilakukan setelah tahap implementasi selesai dilakukan.

Kegiatan terus-menerus yang disebut evaluasi keperawatan dilakukan untuk mengetahui apakah rencana keperawatan berfungsi dengan baik dan bagaimana rencana tersebut dapat dilanjutkan, diubah, atau dihentikan. Yang menentukan apakah tujuan tercapai atau tidak adalah penilaian. Evaluasi selalu terkait dengan tujuan, jadi jika hasil penilaian menunjukkan bahwa tujuan tidak tercapai, maka penyebabnya harus dicari.

Dengan mencapai tahapan ini, perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan. Tindakan intelektual ini menunjukkan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya telah berhasil dicapai.

Evaluasi terdiri dari SOAP yaitu *Subjective Data*, *Objective Data*, *Analysis*, dan *Planning*, yaitu:

- S (*Subjective Data*): berisi informasi tentang keluhan pasien saat evaluasi dilakukan.
- O (*Objective Data*): berisi data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan selama proses evaluasi.
- A (*Analysis*): berisi keputusan tentang apakah masalah telah diselesaikan, sebagian terselesaikan, atau masih belum diselesaikan.
- P (*Planning*): merupakan perencanaan atau persiapan setelah melihat hasil analisis data. Perencanaan dapat mencakup melanjutkan, menghentikan, atau memodifikasi intervensi.

Tipe-tipe evaluasi dalam proses keperawatan antara lain:

- a) Evaluasi Tujuan: berfokus pada apakah tujuan keperawatan tercapai atau apakah klien puas dengan perawatan yang diberikan.
- b) Evaluasi Proses: berfokus pada proses asuhan keperawatan yang diberikan, apakah pengkajian dilakukan dengan benar, apakah intervensi dilakukan secara teratur, dan apakah tujuan telah dicapai.
- c) Evaluasi Struktur: berfokus pada peralatan, lingkungan, pola staf, komunikasi, dan bagaimana asuhan keperawatan diberikan.

Langkah evaluasi dalam proses keperawatan menilai respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien menuju tujuan.

Tahapan-tahapannya adalah:

- a) Membandingkan kriteria dengan respon klien.
- b) Mengkaji alasan dibalik hasil dan kesimpulan.
- c) Memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
- d) Syarat dokumentasi keperawatan.

Hanya apabila tujuan dapat diukur, evaluasi dapat dilakukan. Dalam beberapa situasi, kondisi klien menghalangi pencapaian tujuan. Oleh karena itu, perawat dan klien kembali menetapkan tujuan yang dapat diukur. Meskipun elemen-elemen ini ditemukan pada tahap penelitian, mereka harus dievaluasi lagi pada tahap evaluasi, terutama saat klien mempersiapkan dan merencanakan kembali. (Deswani, 2009).

Referensi Bab 6

- Akbar, M. (2019). Buku Ajar Konsep – Konsep Dasar Dalam Perawatan Komunitas. . Yogyakarta: Deepublish.
- Deswani. (2009). Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis. Jakarta : Salemba Medika.
- Effendy N. (1995). Pengantar Proses Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Kusnanto. (2003). Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta. EGC.
- Panglipurningsih, N. A. P., & Juwita, L. (2021). Penerapan Peran dan Fungsi Perawat Dalam Asuhan Keperawatan Lansia Hipertensi di Komunitas (Studi Fenomenologi). *Jurnal Keperawatan Malang*, 6(2), 1-10.
- Riasmaji, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T., & Handayani, T. W. (2017). Panduan asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di puskesmas dan masyarakat. Jakarta: UI-Press.
- Wahyudi, I. (2010). Hubungan Persepsi Perawat Tentang Profesi Keperawatan, Kemampuan, dan Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana Di RSUD dr. Slamet Garut. *Jurnal Keperawatan FIKUI*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Retrieved from <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282580T%20Iwan%20Wahyudi.pdf>
- Yuniarti, S. (2014). Peran Perawat Sebagai Care Giver. *Jurnal Keperawatan*, 7(1), 13-17.

BAB 7

Standar Praktik Perawat dalam Keperawatan Komunitas

- A. Standar Praktik dalam Keperawatan Komunitas
- B. Program Evaluasi dalam Keperawatan Komunitas
 - 1. Definisi Evaluasi
 - 2. Tujuan program evaluasi
 - 3. Manfaat program evaluasi
 - 4. Tahapan program evaluasi
 - 5. Metode/alat program evaluasi

Tujuan Pembelajaran

Setelah mengikuti pembelajaran ini, diharapkan pembaca mampu:

- 1. Mengetahui standar perawat dalam keperawatan komunitas.
- 2. Memahami definisi program evaluasi dalam keperawatan komunitas.
- 3. Mengetahui tujuan program evaluasi dalam keperawatan komunitas.
- 4. Memahami manfaat program evaluasi dalam keperawatan komunitas.
- 5. Menjelaskan tentang tahapan program evaluasi dalam keperawatan komunitas.
- 6. Mengetahui metode atau alat yang dipakai dalam program evaluasi dalam keperawatan komunitas.

BAB 7

Standar Praktik Perawat dalam Keperawatan Komunitas

1. Standar Praktik dalam Keperawatan Komunitas



Sumber: <https://www.istockphoto.com/>

Standar praktik keperawatan diciptakan untuk membantu perawat melakukan validasi mutu dan mengembangkan keperawatan mereka sendiri. Ini berisi standar untuk praktik keperawatan yang harus dilakukan oleh seorang perawat (Efendi, 2015).

Standar praktik keperawatan komunitas merupakan salah satu atribut yang diperlukan oleh perawat komunitas untuk menjamin kualitas praktik keperawatan komunitas agar asuhan keperawatan yang diberikan kepada masyarakat dapat dipertahankan pada tingkat terbaik (Efendi, 2015).

Dalam kerangka proses keperawatan, standar praktik keperawatan komunitas telah disusun sejak tahun 1986.

Tujuan dari standar praktik keperawatan komunitas, antara lain:

- a. Meningkatkan kualitas perawatan keperawatan.
- b. Meminimalkan tindakan yang tidak menguntungkan klien untuk mengurangi biaya perawatan.

- c. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien di masyarakat, komunitas, kelompok, dan keluarga.

2. Program Evaluasi

1. Definisi Evaluasi

Proses evaluasi dilakukan dengan menggunakan standar perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan dengan tujuan, dan menilai keberhasilan proses keperawatan yang dimulai dengan tahap pengkajian, perencanaan, dan implementasi (Mubarak dkk, 2011).

2. Tujuan Evaluasi

Tujuan dari program evaluasi adalah:

- Menentukan apakah suatu kegiatan atau program telah dilaksanakan sesuai dengan standar atau rencana.
- Tentukan apakah sumber daya waktu lainnya telah memenuhi persyaratan dan telah digunakan dengan tepat.
- Memahami alasan penyimpangan.

3. Manfaat Evaluasi

Manfaat dari program evaluasi adalah:

- Menentukan perkembangan kesehatan klien.
- Mengevaluasi kemandirian, efisiensi, dan produktivitas asuhan keperawatan yang diberikan.
- Mengevaluasi penerapan asuhan keperawatan.
- Umpan balik yang meningkatkan proses keperawatan atau memulai siklus baru.
- Mempromosikan akuntabilitas dan tanggung jawab dalam proses implementasi keperawatan.

4. Tahapan Evaluasi

Ada beberapa tahapan dalam program evaluasi, yaitu:

- Pelajari tujuan
- Menentukan indikator dan metode pengukurannya
- Menyusun instrumen evaluasi
- Menetapkan strategi evaluasi
- Melakukan evaluasi
- Menyusun laporan evaluasi

5. Metode/Alat Evaluasi

Evaluasi komprehensif biasanya menggabungkan metode kuantitatif dan kualitatif.

- Metode kuantitatif, diperlukan untuk mengukur efektivitas suatu program.
- Metode kualitatif, mencari penjelasan pelaksanaan program berbasis lapangan.

Selain itu, data primer atau sekunder dapat digunakan dalam evaluasi.

a. Data primer: informasi yang dikumpulkan langsung oleh evaluator.

- Data survei
- Data observasi
- Data dari wawancara mendalam
- Data dari diskusi kelompok terarah (FGD) dengan berbagai pemangku kepentingan.

b. Data sekunder: data yang belum diproses dan diproses yang dikumpulkan oleh pihak ketiga.

- Data Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) yang disusun oleh Badan Pusat Statistik (BPS).
- Data Sakernas yang dikumpulkan BPS (Survei Tenaga Kerja Nasional).

Referensi Bab 7

Efendi, F. (2015). Makhfudli.(2009). Keperawatan Kesehatan Komunitas. *Salemba Medika* (Issue September 2015). [https://doi.org/10.13140/RG, 2\(1178.5366\)](https://doi.org/10.13140/RG.2(1178.5366)).

Mubarak, I., Chayatin, N., & Susanto, J. (2015). Standar Asuhan Keperawatan dan Prosedur Tetap dalam Praktik Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditia, A. (2021). Covid-19: Epidemiologi, Virologi, Penularan, Gejala Klinis, Diagnosa, Tatalaksana, Faktor Risiko dan Pencegahan. *Jurnal Penelitian Perawat Profesional*, 3(4), 653-660.
- Afrianti, N., & Rahmiati, C. (2021). Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan masyarakat terhadap protokol kesehatan Covid-19. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 11(1), 113–124.
- Agustini, D., & Damayanti, R. (2023). Faktor Risiko Infeksi Menular Seksual: Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI) - The Indonesian Journal of Health Promotion*, 6(2), 207-213.
- Akbar, M. (2019). *Buku Ajar Konsep – Konsep Dasar Dalam Perawatan Komunitas*. Yogyakarta: Deepublish.
- American Nurses Association. (2004). *Scope and Standards for Nurse Administrators*. Edisi 2. Washington: Nursesbooks.org.
- Amin, L. M. (2019). Sistem Pelayanan Asuhan Keperawatan Kesehatan Komunitas: Studi Kasus di Dusun Mensaleng. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, 7(2), 59-70.
- Andini, N. A. (2018). Gambaran Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di Puskesmas Kota Makassar. *Jurnal FIK*, 10-28.
- Andrews, M., Angone, K.M., Cray, J.V., Lewis, J.A., & Johnson, P.H. (1999). *Nurse's handbook of alternative and complementary therapies*. Pennsylvania: Springhouse.
- Andri, M., & Nurfadilah, H. (2023). Perbedaan Tingkat Pengetahuan Siswa Kelas IV Tentang Perilaku Hidup Bersih dan Sehat dengan Menggunakan Metode Penyuluhan Kesehatan di SD Negeri 2 Petobo Kecamatan Palu Selatan. *Promotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 13(1), 7-13.
- Ariani, R. D., Nuraeni, A., & Supriyono, M. (2015). Efektivitas Senam Ergonomik Terhadap Penurunan Kadar Gula Darah Pada Lansia Di Kelurahan Wonosari Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan (JIKK)*, 1, 1–8.
- Asmadi, N. S. (2008). *Konsep Dasar Keperawatan*. EGC.
- Aswati, dkk. (2022). *Ilmu Keperawatan Komunitas dan Gerontik*. Bandung: MediaSains Indonesia.
- Azwar, A. (1999). *Pengantar epidemiologi*. Jakarta: Binarupa Aksara.
- Barnum, B.J. (1990). *Nursing theory: Analysis, application, evaluation*. Glenview, IL: Scott, Foresman, Little, Brown.
- Christenson, J. A., & Robinson, J. W. (1989). *Community development in perspective*. Iowa State University Press.
- Dermawan, D. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.

- Depkes, R. I. (2000). Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan Pemukiman.
- Depkes, R. I. (2002). Modul Epidemiologi. *Kedokteran EGC. Jakarta.*
- Depkes R. I. (2002). Pedoman Pemberantasan Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut, Departemen Kesehatan RI, Jakarta.
- Depkes, R. I. (2003). Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat. Jakarta: Depkes RI.
- Depkes, R. I. (2006). Pedoman Kegiatan Perawat Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas. Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan dan Keteknisan Medik. Jakarta.
- Depkes, R. I. (2015). Rencana Aksi Kegiatan Balai Teknik Kesehatan Lingkungan dan Pengendalian Penyakit (BTKLPP) Kelas I Manado Tahun 2015-2019. (Retrieved June 7, 2023: <https://e-renggar.kemkes.go.id/file2018/e-performance/1-621928-4tahunan-509.pdf>)
- Deswani. (2009). Proses Keperawatan dan Berpikir Kritis. Jakarta : Salemba Medika.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tentang ISPA. (Retrieved June 7, 2023: https://dinkes.jatimprov.go.id/userfile/dokumen/PPID_DINKES_PROVJATIM_ISPA.pdf)
- Efendi, F. (2015). Makhfudli.(2009). Keperawatan Kesehatan Komunitas. *Salemba Medika (Issue September 2015)*. [https://doi.org/10.13140/RG.2\(1178.5366\)](https://doi.org/10.13140/RG.2(1178.5366)).
- Eka Diah Kartiningrum, E. D. K., Lembunai Tat Alberta, L. T. A., Dwiharini Puspitaningsih, D. P., & Yudha Laga Hadi Kusuma, Y. L. H. K. Konsep Dasar Keperawatan Komunitas.
- Entianopa, E., Husaini, A., Parman, P., & Hilal, T. S. (2023). Edukasi Tentang Ispa (Infeksi Saluran Pernafasan Akut) di Masyarakat Desa Air Hangat Kabupaten Kerinci. *Jurnal Abdi Insani*, 10(2), 671-677.
- George, J. B. (1985). Nursing theories: The base for professional nursing practice. *Nursing research*, 34(6), 356.
- Glanz, K., Lewis, F. M. and Rimer, B. K. (2008) Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 4th ed. Jossey-Bass.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (Eds.). (2008). Health behavior and health education: theory, research, and practice. John Wiley & Sons.
- Handayani, O. (2021). Jurnal Nasional dengan Judul: "Kontroversi Sanksi Denda Pada Vaksinasi Covid-19 Dalam Perspektif Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan". *Krtha Bhayangkara*, 15(1), 84-102.
- Huang, C., Wang, Y., Li, X., Ren, L., Zhao, J., Hu, Y., ... Gu, X. 2020. Clinical Features of Patients Infected with 2019 Novel Coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 395, 497–506.
- Irianto K. (2014). Epidemiologi Penyakit Menular dan Tidak Menular. Bandung: Alfabeta.

- Kamidah. (2015). Faktor- faktor yang mempengaruhi kepatuhan ibu hamil mengkonsumsi tablet Fe di Puskesmas Simo Boyolali. *Gaster*, 12(1), 36–45.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2003). Permenkes Nomor 1076/MENKES/SK/VII/2003 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Tradisional.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2007). Permenkes Nomor 512/Menkes/PER/IV/2007 Tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2007). Permenkes Nomor 1109/Menkes/Per/IX/2007 Tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer-Alternatif di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: 2014.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Permenkes Nomor 75/2014 tentang Puskesmas.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2015). Permenkes Nomor HK.02.03/D1/I.1/2088/2015 tentang Rencana Aksi Program Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Tahun 2015-2019.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016). Permenkes Nomor 67/2016 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Laporan Nasional Riset Kesehatan Dasar Tahun 2017. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Permenkes Nomor 43 Tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Permenkes Nomor 21/2020 tentang Penanggulangan Tuberkolosis.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Permenkes Nomor HK.01.07/MENKES/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Coronavirus Disease 2019 (Covid-19).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, (2022). Pandemi ke Endemi Covid-19.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Profil Kesehatan Indonesia. Jakarta: KEMENKES RI.
- Kepmen PAN 63 (2003). Pedoman Umum Penyelenggaraan Pelayanan Publik (c.5) Jakarta, Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara.
- Kholifah, Siti Nur. (2016). Keperawatan Gerontik. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pusat Pendidikan Sumber daya Manusia Kesehatan, Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.
- Kusnanto. (2003). Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta. EGC.

- Kusuma, R., Pebrianti, D. K., Yesni, M., & Yanti, R. D. (2023). Studi Fenomenologi: Pengalaman Adaptasi Penderita Penyakit Menular Seksual. *Jurnal Akademika Baiturrahim Jambi*, 12(1), 174-187.
- Kusumah, R. H. A. W. K., Sastramihardja, H. S., & Sastramihardja, S. K. (2023, February). Tingginya Kejadian HIV/AIDS Dengan Faktor Risiko Homoseksual di RSUD Dr. Slamet Kab. Garut. In *Bandung Conference Series: Medical Science* (Vol. 3, No. 1, pp. 149-153).
- Li, Z.-J., Zhang, H.-Y., Ren, L.-L., Lu, Q.-B., Ren, X., Zhang, C.-H., Wang, Y.-F., Lin, S.-H., Zhang, X.-A., Li, J., Zhao, S.-W., Yi, Z.-G., Chen, X., Yang, Z.-S., Meng, L., Wang, X.-H., Liu, Y.-L., Wang, X., Cui, A.-L., ... Team, T. C. C. for D. C. and P. (CDC) E. of R. I. S. S. (2021). Etiological and epidemiological features of acute respiratory infections in China. *Nature Communications Journal*, 12(1), 5026. <https://doi.org/10.1038/s41467-021-25120-6>
- Marlinda, Y., & Azinar, M. (2017). Perilaku pencegahan penularan HIV/AIDS. *JHE (Journal of Health Education)*, 2(2), 185-193.
- Meli, M. T. (2021). Tingkat Kepuasan Pasien Terhadap Pelayanan Kefarmasian Puskesmas Cisadea Kota Malang (Doctoral dissertation, Akademi Farmasi Putra Indonesia Malang).
- Mubarak W I, Chayatin N. (2009). Ilmu Keperawatan Komunitas I Pengantar Teori. Jakarta: Salemba Medika.
- Mubarak, I., Chayatin, N., & Susanto, J. (2015). Standar Asuhan Keperawatan dan Prosedur Tetap dalam Praktik Keperawatan. Jakarta: salemba Medika.
- Muhlisin, A., & Irdawati, I. (2017). Teori *Self Care* dari Orem dan Pendekatan Dalam Praktek Keperawatan. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 2(2).
- Mujiburrahman, M., Riyadi, M. E., & Ningsih, M. U. (2020). Hubungan Pengetahuan dengan Perilaku Pencegahan Covid-19 di Masyarakat. *Jurnal Keperawatan Terpadu (Integrated Nursing Journal)*, 2(2), 130–140.
- Munandar, A. (2022). Ilmu Keperawatan Dasar. Riau: DOTPLUS Publisher.
- Murniati, M., Adamy, A., Hidayat, M., Ichwansyah, F., & Abdullah, A. (2023). Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (Ispa) di Wilayah Kerja Puskesmas Lhoknga dan Simpang Tiga Kabupaten Aceh Besar. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 4(2), 516-523.
- Murtoyo, E. (2023). Book Chapter Keperawatan Komunitas, Gerontik Dan Transkultural. *Jurnal Keperawatan*.
- Notoatmodjo, S., Anwar, H., Ella, N. H., & Tri, K. (2012). Promosi Kesehatan di Sekolah. Jakarta: Rineka Cipta, 21, 23.
- Novitasari, D. (2014). Pelayanan Puskesmas Idaman dan Idola Dalam Rangka Meningkatkan Kesehatan Masyarakat (Studi Pada Puskesmas Cukir Kecamatan Diwek Kabupaten Jombang) (Doctoral dissertation, Universitas Brawijaya).
- Nurhayati. (2011). Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Komunitas. Jakarta: Universitas Muhammadiyah Jakarta.

- Nur Intan Ayuningsih, I. (2023). Implementasi Program Bpjs Kesehatan dalam Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sangkrah Kota Surakarta (*Doctoral dissertation*, Universitas Kusuma Husada Surakarta).
- Panglipurningsih, N. A. P., & Juwita, L. (2021). Penerapan Peran dan Fungsi Perawat Dalam Asuhan Keperawatan Lansia Hipertensi di Komunitas (Studi Fenomenologi). *Jurnal Keperawatan Malang*, 6(2), 1-10.
- Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan Antara Pemerintah Pemerintahan Daerah Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten Kota.
- Peraturan Presiden RI Pasal 15 Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.
- Pradipta, M. N., Helda, H., & Mulyana, A. (2023). Analisis Masalah Penyakit Menular Prioritas di Kabupaten Bogor Provinsi Jawa Barat. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI) – The Indonesian Journal of Health Promotion*, 6(3), 464-472.
- Purwanto, B. (2013). Herbal dan Keperawatan Komplementer (I). Yogyakarta: Nuha Medika.
- Putri, N. A. H. (2023). Bab VI Kejadian Penyakit Menular Seksual (PMS). *Kebidanan Komunitas: Teori Dan Praktek*, 75.
- Rahmadhani, H., Kaunang, W. P., & Langi, F. L. (2023). Karakteristik Orang Dengan HIV/AIDS di Kota Manado. *Archive of Community Health Journal*, Vol. 10 (1), 1 – 7.
- Riasmi, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T., & Handayani, T. W. (2017). Panduan asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di puskesmas dan masyarakat. Jakarta: UI-Press.
- Romadhona, Y. S., & Siregar, K. N. (2018). Analisis Sebaran Tenaga Kesehatan Puskesmas di Indonesia Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Puskesmas. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 4(2), 114-121.
- Romero, A. N., Suminar, S. R., & Zakiran, A. H. (2023). Pemenuhan Hak Pasien BPJS dalam Mendapatkan Pelayanan Antidiskriminasi Dihubungkan dengan UU Rumah Sakit. *Jurnal Riset Ilmu Hukum*, 31-36.
- Rose, G., Barker, D. J. P., & Coggon, D. (1993). Understanding Epidemiology: Measures of Disease Frequency. *BMJ: British Medical Journal*, 1470-1470.
- Rufaida, Z., Lestari, S. W. P., & Sari, D. P. (2018). Terapi komplementer. *E-Book Penerbit STIKes Majapahit*, 1-32.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). Health psychology: Biopsychosocial interactions. John Wiley & Sons.
- Sari, I. P., Lubis, F. A., & Tambunan, K. (2024). Analisis Efektivitas Program BPJS Kesehatan Dalam Meningkatkan Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat. *Reslaj: Religion Education Social Laa Roiba Journal*, 6(1), 512-521.
- Satrianegara, M. Fais. (2014). Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika.

- Solechan, S. (2019). Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Sebagai Pelayanan Publik. *Administrative Law and Governance Journal*, 2(4), 686-696.
- Sriwedari, N. (2020). Tingkat Pengetahuan Ibu Rumah Tangga Tentang Perilaku Hidup Bersih Dan Sehat (PHBS) di Desa Onkaw I Kecamatan Sinonsayang. *Jurnal Kesehatan Masyarakat UNIMA*, 01(02), 1-5.
- Stevens, P. E. (1984). A critical social reconceptualization of environment in nursing: Implications for methodology. In P. Chinn (Ed.), *Exemplars in criticism: Challenge and controversy*, *Advances in Nursing Science Series* (pp. 127 – 139). Gaithersburg, MD: Aspen.
- Sukanty, N. M. W., Yunita, L., Rahmiati, B. F., Astawan, W. J., & Septian, D. (2023). Edukasi PHBS dalam Upaya Peningkatan Derajat Kesehatan Masyarakat di Tatanan Rumah Tangga. *ADMA: Jurnal Pengabdian dan Pemberdayaan Masyarakat*, 3(2), 253-260.
- Suparjan, S. U. (2006). Pelayanan Kesehatan Di Era Otonomi Daerah Penelitian di Kabupaten Sleman: Health Service in the Era of Regional Autonomy A Research in Sleman Regency. *Jurnal Sosiosains*, 19 (2006).
- Susanti, N. (2019). Bahan Ajar Epidemiologi Penyakit Tidak Menular.
- Suwarno, A., & Putro, S. R. S. (2022). Indikator Indeks Pembangunan Kesehatan Masyarakat Di Era Covid 19 Menggunakan Metode Topsis. *Jurnal Gerbang STMIK Bani Saleh*, 12(1), 33-41.
- Timiyatun, E., Kariyadi, T., & Oktavianto, E. (2023). Pengetahuan Orangtua dan Penerapan Protokol Kesehatan Pencegahan Covid-19 Pada Anak Prasekolah. *Surya Medika: Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Masyarakat*, 18(1), 148-154.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan.
- Veronika, N., Nuraeni, A., & Supriyono, M. (2017). Efektifitas Pelaksanaan Pendampingan oleh Kader Dalam Pengaturan Diet Rendah Garam Terhadap Kestabilan Tekanan Darah Lansia Dengan Hipertensi di Kelurahan Purwoyoso Semarang. *Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan*, 9(1).
- Wahyudi, I. (2010). Hubungan Persepsi Perawat Tentang Profesi Keperawatan, Kemampuan, dan Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana Di RSUD dr. Slamet Garut. *Jurnal Keperawatan FIKUI*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Retrieved from <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282580T%20Iwan%20Wahyudi.pdf>
- Wahyuni, S. D. (2022). Peran Perawat Kesehatan Kerja dalam Upaya Menurunkan Angka Kecelakaan Kerja di Kawasan Perindustrian Kota Surabaya. *Journal of Health (JoH)*, 9(2), 88-99.
- Widayanti, L. P. (2021). Pengaruh Pengetahuan Terhadap Perilaku Penerapan Protokol Kesehatan Saat Pandemi Covid-19 Pada Remaja. *Media Komunikasi Ilmu Kesehatan*, 13(02), 70-76.

¹ Widyatuti, W. (2008). Terapi komplementer dalam keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(1), 53-57.

World Health Organization. Definisi Sehat WHO: WHO; 1947 (cited May 24, 2023) Available from: www.who.int.

World Health Organization. (2019). *Global Tuberculosis Report 2019*. Retrieved from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241565714>

WHO. (2019). *Coronavirus Disease (COVID-19) Advice For The Public*. Accessed: June 7, 2023. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>

WHO. (2020). Transmisi SARS-CoV-2: Implikasi Terhadap Kewaspadaan Pencegahan Infeksi.

WHO. (2020). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Accessed: June 7, 2023. Available at: <https://covid19.who.int/>

Yuniarti, S. (2014). Peran Perawat Sebagai Care Giver. *Jurnal Keperawatan*, 7(1), 13-17.

KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS

Buku "Menyelami Konsep Dasar Keperawatan Komunitas" membawa pembaca dalam perjalanan mendalam ke dunia keperawatan yang berfokus pada kesehatan masyarakat. Dalam buku ini, pembaca akan dibimbing melalui konsep dasar keperawatan komunitas, yang tidak hanya mencakup pelayanan kesehatan, tetapi juga melibatkan masyarakat secara aktif dalam proses perawatan.

Buku ini dimulai dengan menjelaskan landasan filosofis keperawatan komunitas, menggali akar pemikiran yang mendasari pendekatan ini. Pembaca akan memahami betapa pentingnya memahami budaya dan nilai-nilai lokal dalam merancang program kesehatan komunitas yang efektif. Konsep-konsep kunci seperti promosi kesehatan, pencegahan penyakit, dan intervensi komunitas diberikan dalam konteks keperawatan komunitas.

Pembaca akan diajak untuk melihat lebih dekat bagaimana keperawatan komunitas membangun jaringan yang kuat antara pelayan kesehatan dan masyarakat yang dilayani. Buku ini juga membahas peran teknologi dan inovasi dalam meningkatkan aksesibilitas layanan kesehatan di tingkat komunitas, menciptakan solusi yang lebih inklusif dan terjangkau.

Namun, buku ini tidak hanya membahas teori. Pembaca akan menemukan studi kasus nyata dan pengalaman praktis para perawat komunitas yang telah berhasil melibatkan masyarakat dalam upaya-upaya kesehatan. Dengan demikian, buku ini bukan hanya sekadar panduan teoritis, tetapi juga merupakan sumber inspirasi bagi para praktisi keperawatan komunitas yang ingin membuat perbedaan nyata dalam kehidupan masyarakat yang mereka layani.

Dengan tulisan yang lugas dan pendekatan yang mendalam, "Menyelami Konsep Dasar Keperawatan Komunitas" membuka pintu wawasan baru bagi pembaca yang tertarik dalam dunia keperawatan komunitas. Buku ini mengajak pembaca untuk memahami bahwa keperawatan tidak hanya terjadi di rumah sakit, tetapi juga di jantung masyarakat, di mana kolaborasi dan perhatian yang holistik membentuk pondasi kesehatan yang berkelanjutan bagi semua.

Penerbit
CV. Green Publisher Indonesia
Greenland Sendang Residence, Blok F2
Jl. Pangeran Cakrabuana
Cirebon 45611

www.greenpublisher.id

ISBN 978-623-8254-81-1



KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS

ORIGINALITY REPORT

4%

SIMILARITY INDEX

4%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

0%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

repositori.widyagamahusada.ac.id

Internet Source

4%

Exclude quotes Off

Exclude matches < 4%

Exclude bibliography Off