

2.32

DR. H. MUH. ALWY ARIFIN, M.KES.

SUDIRMAN, SKM., M.KES. • NUR INAYAH ISMANIAR, SKM., M.KES.

PERAWAT KESEHATAN MASYARAKAT BERBASIS HOME CARE



PUSTAKA PELAJAR

**PERAWAT
KESEHATAN
MASYARAKAT
BERBASIS
HOME CARE**

DR. H. MUH. ALWY ARIFIN, M.KES. • SUDIRMAN, SKM., M.KES. • NUR INAYAH ISMANIAR, SKM., M.KES.

PERAWAT KESEHATAN MASYARAKAT BERBASIS HOME CARE



PUSTAKA PELAJAR

**Perawat Kesehatan Masyarakat
Berbasis *Home Care***

Penulis

Dr. H. Muh. Alwy Arifin, M.Kes.

Sudirman, SKM,. M.Kes.

Nur Inayah Ismaniar, SKM,. M.Kes.

Desain Sampul:

Wisnu

Setting Isi

Dimaswids

Cetakan I, Agustus 2019

Penerbit

Pustaka Pelajar (Anggota IKAPI)
Celeban Timur UH III/548 Yogyakarta
Telp. 0274 381542, Faks. 0274 383083
E-mail: pustakapelajar@yahoo.com

ISBN: 978-623-236-006-8

KATA PENGANTAR

Dengan memanjatkan puji syukur ke Hadirat Allah Yang Maha Kuasa yang telah memberikan kemudahan berpikir serta kekuatan, sehingga kami dapat menyelesaikan Buku Perawat Kesehatan Masyarakat Berbasis *Home Care*. Buku ini disusun berdasarkan referensi yang terkait langsung dengan Prinsip Prinsip Kaidah Ilmu Keperawatan Komunitas, Ilmu Keperawatan ilmiah perancangan, pelaksanaan, monitoring, pelaporan serta diseminasi hasil hasil riset.

Di berbagai negara pelayanan kesehatan menjadi isu yang penting karena hal itu berkaitan dengan nilai dasar dalam masyarakat seperti “kesehatan sebagai hak ‘mendasar’ bagi individu (*health is one of basic human right*)”. Karena itu isu mengenai pemerataan dan akses terhadap pelayanan kesehatan formal merupakan hal yang esensial dan azasi. Motto yang dikumandangkan adalah “*health is not everything, but everything without health is nothing*”. (Ekasari, 2008).

Pelayanan keperawatan sebagai bagian dari pelayanan kesehatan merupakan salah satu determinan dalam mencapai

masyarakat yang sehat, tanpa mengabaikan peran lingkungan dan faktor perilaku yang lebih besar pengaruhnya (Blum). Dua determinan tersebut terakhir ini merupakan determinan yang banyak dipengaruhi oleh domain di luar kesehatan sehingga intervensinya memerlukan peran lintas sektor terkait (Effendy, 1998).

Salah satu aspek terpenting dari pelayanan keperawatan sebagai bagian inheren dengan pelayanan kesehatan adalah penekanannya pada keluarga. Keluarga bersama dengan individu, kelompok dan komunitas adalah klien atau resipien keperawatan. Secara empiris, disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga dan kualitas kesehatan keluarga mempunyai hubungan yang erat. Akan tetapi, hingga saat ini sangat sedikit perhatian yang diberikan pada keluarga sebagai objek dari studi yang sistematis dalam bidang keperawatan.

Pelayanan keperawatan dalam bentuk pelayanan kesehatan *Home Care* diberikan kepada klien oleh perawat kesehatan masyarakat sesuai dengan kebutuhan atau masalah kesehatan yang dihadapi yang berdasarkan pada masing-masing bidang secara profesional namun secara kolaboratif dan terintegrasi). Pelayanan kesehatan *Home Care* diberikan secara berkesinambungan hingga memungkinkan klien menyelesaikan masalah kesehatan secara mandiri dan sesuai dengan kemampuannya.

Sasaran pelayanan kesehatan *Home Care* diberikan kepada klien berdasarkan kondisi kesehatannya, tingkatan klien terdiri atas individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat. Dalam pelayanan kesehatan *Home Care* digunakan akses secara aktif di mana Perawat Kesehatan Masyarakat mencari, menemukan, dan menyelesaikan masalah kesehatan klien di masyarakat.

Penulis

SAMBUTAN

DEKAN FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR

Dengan memanjatkan puji syukur ke Hadirat Allah Yang Maha Kuasa yang telah memberikan kemudahan berpikir serta kekuatan, sehingga kami dapat menyelesaikan Buku Perawat Kesehatan Masyarakat Berbasis *Home Care*, berdasarkan referensi yang terkait langsung dengan Prinsip dan Kaidah Ilmu dan Etika Keperawatan Kesehatan Masyarakat.

Buku Perawat Kesehatan Masyarakat Berbasis *Home Care*, ini telah disusun sebagai salah satu upaya membantu mahasiswa FKM Universitas Hasanuddin termasuk untuk mahasiswa FKM PTS dan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIK, STIKES), serta Perguruan Tinggi Kesehatan lainnya.

Sesungguhnya, penyusunan dan penerbitan buku ini juga dapat digunakan oleh kalangan praktisi terutama bagi dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya sebagai rujukan dalam menjalankan tugasnya di bidang pelayanan kesehatan.

Sebagai suatu rujukan buku ini memuat sebagian besar bahasan pokok dari Etika, Keperawatan, Hukum Kesehatan dan Hukum Keperawatan. Walaupun demikian diupayakan dalam kurun waktu yang tidak lama, paling tidak pada setiap edisi penerbitannya dapat direvisi sesuai dengan perkembangan Etika dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat guna melengkapi penyusunannya.

Penyusun menyadari sepenuhnya bahwa buku ini memerlukan penyempurnaan. oleh karena itu dengan segala kerendahan hati penyusun mengharapkan kritik dan saran yang bersifat konstruktif demi kesempurnaan buku ini.

Terlepas dari segala kekurangannya, semoga kehadiran buku ini dapat bermanfaat terutama dalam menambah khasanah perpustakaan Etika dan Keperawatan, maupun Ilmu Hukum dan Hukum Keperawatan.

Akhirnya, penyusun menghaturkan banyak terima kasih kepada semua pihak terutama kepada istri dan anak-anakku yang telah membantu baik moril maupun materiil mulai dari penyusunan sampai ke penerbitan buku ini. Semoga Allah Subhanahu Wataala memberikan imbalan yang setimpal. Amin.

Makassar, Januari 2019

Dekan FKM Universitas Hasanuddin



Dr. Aminuddin Syam, SK, M.Kes, M.Med.Ed

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR v

KATA SAMBUTAN

**Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
Hasanuddin Makassar – vii**

BAB I.

PENDAHULUAN – 1

BAB II.

KONSEP KEPERAWATAN – 11

- A. Pengertian Konsep — 11
- B. Konsep Keperawatan — 13
 - 1. Pengertian Perawat — 13
 - 2. Peran Perawat — 14
 - 3. Fungsi Perawat — 16
 - 4. Tugas Perawat — 16
 - 5. Penerapan Asuhan Keperawatan — 16
 - 6. Faktor Mendukung Penerapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan — 17

- 7. Faktor Penghambat Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan — 17
- C. Paradigma — 18
- D. Paradigma Keperawatan — 19

BAB III

KONSEP KESEHATAN — 25

- A. Pengertian Kesehatan — 25
- B. Pelayanan Kesehatan — 34
- C. Sistem Pelayanan Kesehatan — 36

BAB IV

KESEHATAN MASYARAKAT — 41

- A. Sejarah Perkembangan Kesehatan Masyarakat — 41
 - 1. Pendahuluan — 41
 - 2. Perkembangan Kesehatan Masyarakat — 43
- B. Periode Perkembangan Ilmu Kesehatan Masyarakat — 44
 - 1. Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan (*Pre Scientific Period*) — 44
 - 2. Periode Ilmu Pengetahuan (*Scientific Period*) — 45
- C. Perkembangan Kesehatan Masyarakat di Indonesia — 46
 - 1. Masa Pra Kemerdekaan — 46
 - 2. Masa Era Kemerdekaan — 47

BAB V

KONSEP PERAWAT KESEHATAN MASYARAKAT — 51

- A. Pendahuluan — 51
- B. Tujuan Perawatan Kesehatan Masyarakat — 56
- C. Sasaran Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 57
- D. Ruang Lingkup Keperawatan Masyarakat — 60
- E. Kegiatan Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 62

- F. Prinsip Dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 63
- G. Peran Perawat Kesehatan Masyarakat — 64
- H. Dasar Hukum Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 65
- I. Urgensi dari Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 73
- J. Konsep Asuhan Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 74
- K. Praktik Keperawatan Kesehatan Masyarakat Di Pusat Kesehatan Masyarakat — 95
- L. Praktik Keperawatan Kesehatan Masyarakat di luar Di Pusat Kesehatan Masyarakat — 97
- M. Alur Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat — 97

BAB VI

HOME CARE — 102

- A. Perspektif Sejarah *Home Care* — 102
- B. Konsep Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan *Home Care* — 103
- C. Tujuan Diadakannya *Home Care* — 105
- D. Faktor-Faktor Yang Memengaruhi *Home Care* — 106
- E. Ruang lingkup *Home Care* — 106
- F. Prinsip *Home Care* — 107
- G. Landasan Hukum *Home Care* — 107
- H. Manfaat *Home Care* — 108
- I. Pelayanan Kesehatan *Home Care* — 109
- J. Lingkup Keperawatan *Home Care* — 110
- K. Jenis Pelayanan *Home Care* — 111
- L. Peran dan Fungsi Perawat *Home Care* — 112
- M. Pro dan Kontra *Home Care* di Indonesia — 113
- N. Faktor Penghambat Dalam Pelayanan *Home Care* — 115
- O. Alur Pelayanan Kesehatan *Home Care* — 117

BAB VII.

KEPEMIMPINAN KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT — 118

- A. Pendahuluan — 118
- B. Pengertian Kepemimpinan — 119
- c. Teori Kepemimpinan — 120
- D. Gaya Kepemimpinan — 121
- D. Pemimpin Kesehatan Masyarakat — 123
- F. Prinsip Kepemimpinan Kesehatan Masyarakat — 124
- G. Kepemimpinan Kesehatan Masyarakat dan Pendekatan Sistem Dalam Organisasi — 128
- H. Tanggungjawab Pemimpin Kesehatan Masyarakat — 129
- I. Penerapan Kepemimpinan Dalam Kesehatan Masyarakat — 130
- J. Kepemimpinan Kesehatan Masyarakat dan Komunikasi — 138
- K. Kepemimpinan Kesehatan Masyarakat dan Proses Perencanaan — 142

BAB VIII

ETIKA KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT — 145

- A. Pengertian Dasar — 145
- B. Etika Kesehatan — 155
- C. Etika Keperawatan — 156
- D. Etika Perawat Kesehatan Masyarakat — 168

BAB IX

HUKUM KESEHATAN MASYARAKAT — 171

- A. Hukum dan Kaidah Sosial — 171
- B. Hukum Kesehatan — 184
- C. Hukum Kedokteran — 207

- D. Kedokteran Forensik — 211
- E. Hukum Kesehatan Masyarakat — 215

BAB X

HUKUM KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT — 231

- A. Pendahuluan — 231
- B. Paradigma Lama Tugas Keperawatan — 233
- C. Paradigma Baru Tugas Keperawatan — 235
- D. Tenaga Keperawatan Dalam Peraturan Perundang-undangan — 236
- E. Dasar Hukum Praktik Keperawatan — 247
- F. Hubungan Pasien dan dokter — 254
- G. Hubungan Perawat Pasien/Klien — 259
- H. Kasus — 261

BAB. XI

INFORMED CONSENT DALAM KEPERAWATAN — 264

- A. Pendahuluan — 264
- B. Dasar Hukum Informed Consent — 269
- C. Persetujuan Klien atas Tindakan Perawat (*Consent of Client*) — 272
- D. Hak Informasi Kesehatan — 277
- E. Hak Atas Persetujuan Klien — 282
- F. Tanggung Jawab (*Liability*) — 284

BAB XII

TANGGUNG JAWAB TENAGA KESEHATAN — 290

- A. Pengaturan Tentang Tenaga Kesehatan Pada Umumnya — 290
- B. Kewenangan dan Tanggung Jawab Hukum Tenaga Kesehatan — 293

BAB XIII

TANGGUNG JAWAB HUKUM RUMAH SAKIT — 312

- A. Pelayanan Kesehatan — 312
- B. Dasar Hukum Pelayanan Kesehatan — 318
- C. Tujuan, Manfaat, dan Strategi Pelayanan Kesehatan — 329
- D. Tanggung jawab Hukum Rumah Sakit — 330

DAFTAR PUSTAKA — 354

INDEKS — 359

TENTANG PENULIS — 364

PENDAHULUAN

Keperawatan merupakan bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik sakit maupun sehat. Pelayanan keperawatan mencakup seluruh siklus kehidupan manusia, berupa bantuan, yang diberikan karena adanya kelemahan fisik dan/atau mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri.

Pelayanan keperawatan juga terhadap penyediaan pelayanan kesehatan, terutama dalam usaha mengadakan perbaikan sistem pelayanan kesehatan sehingga memungkinkan setiap orang dapat mencapai hidup sehat dan produktif. Asuhan keperawatan pada akhirnya dilakukan untuk mencapai kemandirian klien dalam meningkatkan status kesehatan secara optimal agar dapat melakukan pencegahan penyakit dan meningkatkan keadaan kesehatannya.

Perawat memberikan pelayanan dan asuhan kesehatan yang ditujukan untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan dan menolong individu untuk mengatasi secara tepat masalah yang dihadapinya berupa tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia sebagai akibat ketidakmampuan, ketidaktahuan dan ketidakmauan. Keperawatan sebagai ilmu mempelajari bentuk dan sebab tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yang berhubungan dengan kesehatan, pengkajian mendasar tentang hal-hal yang melatarbelakangi serta mempelajari berbagai upaya untuk mencapai kebutuhan tersebut, dengan memanfaatkan berbagai sumber yang potensial secara optimal sehingga manusia dapat mempertahankan, menopang, memelihara dan meningkatkan integritas seluruh kebutuhan dasarnya.

Konsep pelayanan kesehatan *Home Care* telah ada sejak tahun 1796, diperkenalkan Agen *Home Care* dan dibentuk *Visiting Nursing Agency (VNA)* dan sejak tahun 190 bergabung asuransi kesehatan (*Health Insurance*). Menurut Habbs and Perin (Suharyati, 1998) *Home Care adalah Family and or Professionally Provided Health Care and Related service delivered in the home environment*. Seiring dengan perkembangan ilmu dan teknologi kesehatan menuntut perawat, sebagai suatu profesi, memberi pelayanan kesehatan yang optimal. Indonesia juga berupaya mengembangkan model praktik asuhan keperawatan kesehatan masyarakat profesional.

Pelayanan *Home Care* bertujuan menyelenggarakan pelayanan kesehatan kepada pasien dengan memperhatikan aspek pasien secara menyeluruh yaitu bio-psiko-sosio-spiritual-kultural. Dengan pelayanan kesehatan *Home Care*, dapat terlaksana pelayanan kesehatan yang terpadu (komprehensif) melalui upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, perawatan kesehatan, pengobatan dan pemulihan.

Melalui pelayanan kesehatan *Home Care* yang diberikan kepada klien oleh perawat kesehatan masyarakat sesuai

dengan kebutuhan atau masalah kesehatan yang dihadapi yang berdasarkan pada masing-masing bidang secara profesional namun secara kolaboratif dan terintegrasi). Dengan demikian pelayanan kesehatan *Home Care* yang diberikan secara berkesinambungan hingga memungkinkan pasien menyelesaikan masalah kesehatan secara mandiri dan sesuai dengan kemampuannya (*sustainable and independent*).

Sasaran pelayanan kesehatan *Home Care* diberikan kepada klien berdasarkan kondisi kesehatannya, tingkatan klien terdiri atas individu, kelompok, keluarga, dan masyarakat. Dalam pelayanan kesehatan *Home Care* digunakan akses secara aktif di mana Perawat Kesehatan Masyarakat mencari, menemukan, dan menyelesaikan masalah kesehatan klien di masyarakat.

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu determinan dalam mencapai masyarakat yang sehat, tanpa mengabaikan peran lingkungan dan faktor perilaku yang lebih besar pengaruhnya (Blum). Dua determinan tersebut terakhir ini merupakan determinan yang banyak dipengaruhi oleh domain di luar kesehatan sehingga intervensinya memerlukan peran lintas sektor terkait (Effendy, 1998).

Di berbagai negara pelayanan kesehatan menjadi isu yang penting karena hal itu berkaitan dengan nilai dasar dalam masyarakat seperti "kesehatan sebagai hak 'mendasar' bagi individu (*health is one of basic human right*)". Oleh karena itu, isu mengenai pemerataan dan akses terhadap pelayanan kesehatan formal merupakan hal yang esensial dan azasi. Motto yang dikumandangkan adalah "*health is not everything, but everything without health is nothing*". (Ekasari, 2008).

Salah satu aspek terpenting dari pelayanan keperawatan sebagai bagian inheren dengan pelayanan kesehatan adalah penekanannya pada keluarga. Keluarga bersama dengan individu, kelompok dan komunitas adalah klien atau resipien

keperawatan. Secara empiris, disadari bahwa kesehatan para anggota keluarga dan kualitas kesehatan keluarga mempunyai hubungan yang erat. Akan tetapi, hingga saat ini sangat sedikit perhatian yang diberikan pada keluarga sebagai objek dari studi yang sistematis dalam bidang keperawatan.

Padahal terdapat beberapa alasan penting meyakinkan mengapa unit keluarga harus menjadi fokus sentral dari keperawatan keluarga, yaitu: disfungsi apa saja yang terjadi, baik berupa penyakit, cedera, disintegrasi perpisahan dalam sebuah unit keluarga, akan memengaruhi satu atau lebih anggota keluarga, bahkan dan dalam hal tertentu, sering memengaruhi anggota keluarga yang lain dan unit ini secara keseluruhan (Friedman, 1998).

Perawatan keluarga yang komprehensif merupakan suatu proses yang kompleks, sehingga memerlukan suatu pendekatan yang logis dan sistematis untuk bekerja dengan keluarga dan anggota keluarga. Pendekatan ini disebut proses keperawatan. Yura dan Walsh (1978) menegaskan, "proses keperawatan merupakan inti dan sari dari keperawatan". Proses adalah suatu aksi gerak yang dilakukan dengan sengaja dan sadar dari satu titik ke titik yang lain menuju pencapaian tujuan. Sehingga pada hakikatnya, proses keperawatan merupakan suatu proses pemecahan masalah yang sistematis, yang digunakan ketika bekerja dengan individu, keluarga, kelompok atau komunitas (Friedman, 1998).

Suatu Visi Rencana Strategis yang ingin dicapai Departemen Kesehatan adalah "Masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan". Visi ini dituangkan menjadi 4 misi yaitu meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani, melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu dan berkeadilan, menjamin ketersediaan dan pemerataan sumber

daya kesehatan, serta menciptakan tata kelola pemerintahan yang baik (Depkes, 2011).

Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 diketahui penyebab kematian di Indonesia untuk semua umur, telah terjadi pergeseran dari penyakit menular ke penyakit tidak menular, yaitu penyebab kematian pada usia > 5 tahun, penyebab kematian yang terbanyak adalah stroke, baik di perkotaan maupun di pedesaan.

Hasil Riskesdas 2007 juga menggambarkan hubungan penyakit degeneratif seperti sindroma metabolik, stroke, hipertensi, obesitas dan penyakit jantung dengan status sosial ekonomi masyarakat (pendidikan, kemiskinan, dan lain-lain). Prevalensi gizi buruk yang berada di atas rata-rata nasional (5,4%) ditemukan pada 21 provinsi dan 216 kabupaten/kota. Sedangkan berdasarkan gabungan hasil pengukuran gizi buruk dan gizi kurang Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa sebanyak 19 provinsi mempunyai prevalensi gizi buruk dan gizi kurang di atas prevalensi nasional sebesar 18,4%. Namun demikian, target rencana pembangunan jangka menengah untuk pencapaian program perbaikan gizi yang diproyeksikan sebesar 20%, dan target Millenium Development Goals sebesar 18,5% pada 2015, telah dapat dicapai pada 2007.

Penelitian Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Wilayah Kota Sukabumi (2011) menunjukkan bahwa 73% pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat kurang baik. Adapun faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan perkesmas adalah pelatihan dan ruangan khusus asuhan keperawatan. Sedang faktor yang dominan memengaruhi pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat adalah pelatihan keperawatan dan SOP/standar/pedoman pelaksanaan dengan $\text{Exp(B)}: 0,074$. Pelatihan dan standar/pedoman mempunyai peranan penting dalam hal pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat di puskesmas sehingga dalam hal ini perlu adanya kebijakan

dalam meningkatkan cakupan program perawatan kesehatan masyarakat.

Penelitian Septiyani, Retno (2012) menunjukkan bahwa antara pengetahuan ada hubungan yang bermakna dengan kinerja koordinator ($p=0,001$, $rs=0,522$), sikap ada hubungan yang bermakna dengan kinerja koordinator ($p=0,048$, $rs=0,328$).

Penelitian Moh. Basirun Al Umah menyatakan bahwa Perawat Kesehatan Masyarakat telah dilakukan oleh 64% puskesmas, kemudian dilakukan pengecekan catatan tentang kegiatan tersebut dan hanya separuhnya yang melakukan pencatatan. Sedangkan untuk kunjungan rumah dilakukan oleh 48,48% puskesmas. Hal tersebut berarti sudah sesuai dari harapan dari dinas kesehatan kabupaten yang menargetkan 40% jangkauan pelayanan kesehatan telah dilaksanakan sesuai ketentuan Departemen Kesehatan (1998). Proses kegiatan difokuskan pada pengorganisasian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesda) 2013 menunjukkan terdapat secara nasional isu proporsi RT mengetahui keberadaan rumah pemerintah sebanyak 69,6 persen, sedangkan rumah sakit swasta 53,9 persen. RT yang mengetahui keberadaan rumah sakit pemerintah tertinggi Bali (88,6%) sedangkan terendah Nusa Tenggara Timur (39,6%). Pengetahuan RT tentang keberadaan RS swasta tertinggi DI Yogyakarta (82,4%) dan terendah Sulawesi Barat (15,1%). Pengetahuan RT tentang keberadaan praktik bidan atau rumah bersalin secara nasional adalah 66,3 persen, tertinggi di Bali (85,2%) dan terendah di Papua (9,9%). Pengetahuan tentang keberadaan posyandu sebanyak 65,2 persen, tertinggi di Jawa Barat (78,2%) dan terendah di Bengkulu (26,0%).

Dalam hubungan inilah perlu ditingkatkan upaya untuk memperluas jangkauan dan mendekatkan pelayanan ke-

sehatan kepada masyarakat dengan mutu pelayanan yang baik, berkelanjutan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat terutama keluarga miskin rawan kesehatan/risiko tinggi. Salah satu upaya kesehatan yang dilakukan adalah program Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas), seperti yang tercantum dalam Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 128/Menkes/SK/II/Tahun 2004.

Perawatan kesehatan masyarakat merupakan perawatan khusus yang sinergik dengan keterampilan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan sosial, sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat secara keseluruhan guna meningkatkan kesehatan, penyempunaan kondisi sosial, perbaikan lingkungan fisik, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan bahaya yang lebih besar, ditujukan kepada keluarga yang sehat, individu yang sakit dan tidak dirawat di rumah sakit beserta keluarganya, kelompok masyarakat khusus yang mempunyai masalah kesehatan sehingga akan memengaruhi masyarakat secara keseluruhan (WHO, 1959).

Selain itu, perawatan kesehatan masyarakat juga mencakup perhatian terhadap kesehatan dan kesejahteraan masyarakat luas, membantu masyarakat mengidentifikasi masalah kesehatan sendiri serta memecahkan masalah kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan yang ada pada mereka sebelum mereka meminta bantuan kepada orang lain (WHO, 1974 dalam Anderson dan Farlane, 2004).

Ini mengindikasikan bahwa pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat meliputi wilayah yang luas; sasaran yang bervariasi terhadap individu, keluarga, dan masyarakat); lingkup kegiatan pada aspek preventif, promosi, kuratif, dan rehabilitasi; dan melibatkan beberapa pihak terkait, seperti pemerintah daerah setempat, petugas kesehatan, dokter, perawat, bidan, ahli gizi, dan lain-lain, kader kesehatan, dan tokoh masyarakat serta lainnya.

Namun kenyataannya, penyelenggaraan kegiatan ini di Indonesia sering ditemukan beberapa kendala, antara lain: jumlah tenaga perawat atau petugas kesehatan lain kurang, transportasi kurang memadai, letak demografi daerah yang terpencil dan sulit dijangkau, ataupun waktu yang terbatas. Menurut Altankhuyag (2010), praktik medis terbatas, populasi yang kecil, kesempatan melanjutkan pendidikan dan mendapatkan pelatihan terbatas, transportasi yang sulit, dan akses komunikasi yang kurang menjadi hambatan utama untuk meningkatkan kualitas PHC (Primary Health Care) di pedesaan.

Menurut hasil penelitian Farida (2009) sebelumnya perkesmas adalah program pokok puskesmas yang memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang bermasalah dalam kesehatan dalam bentuk kunjungan rumah. Asuhan keperawatan keluarga adalah aspek yang diberikan pada keluarga binaan melalui proses keperawatan. Faktor yang memengaruhi dalam pelaksanaan aspek keluarga adalah kewajiban perawat dan perintah dari atasan. Hambatan dan permasalahan yang dialami perawat dalam pemberian aspek keluarga dapat berasal dari keluarga, perawat, letak geografis dan kebijakan yang ada di puskesmas. Peran perawat dalam pemberian aspek keluarga adalah sebagai pelaksana, pendidik/ penyuluh dan motivator.

Hasil penelitian Perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Wilayah Kota Sukabumi (2011) menunjukkan bahwa 73% pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat kurang baik. Adapun faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan perkesmas adalah pelatihan dan ruangan khusus asuhan keperawatan. Sedang faktor yang dominan memengaruhi pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat adalah pelatihan keperawatan dan SOP/standar/pedoman pelaksanaan dengan $\text{Exp(B)}: 0,074$. Pelatihan dan standar/pedoman mempunyai peranan penting dalam hal pelaksanaan perawatan kesehatan masyarakat di puskesmas sehingga dalam hal ini perlu adanya

kebijakan dalam meningkatkan cakupan program perawatan kesehatan masyarakat.

Pelayanan Perawatan Kesehatan Masyarakat yang terlayani saat ini yaitu: penderita Diabetes Melitus, Hipertensi, Rematoid Atritis, Atrofi Ginjal dan TB Paru menunjukkan pemberian pelayanan keperawatan berupa asuhan keperawatan (KepMenPan No.94 thn 2001) terhadap kesehatan individu, keluarga, kelompok/masyarakat dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan serta pembinaan peran serta masyarakat dalam rangka kemandirian di bidang keperawatan/kesehatan yang dirasakan kurang memuaskan (Depkes, 2009).

Selama tiga dekade terakhir praktik keperawatan di masyarakat telah berubah. Perubahan ini berasal dari perhatian masyarakat mengenai perawatan kesehatan. Keprihatinan ini berpusat pada kualitas akses, biaya perawatan kesehatan. Perubahan yang dihasilkan memberikan pe dan tantrawat kesempatan untuk membantu pelayanan kesehatan bentuk pada awal abad ke 21. Terdapat 10 tren dalam keperawatan kesehatan akan memengaruhi pendidikan dan praktik keperawatan. Kecenderungan ini merupakan implikasi dari persiapan kualitas pendidikan dan praktik keperawatan yang berbasis pada *Home Care*. (Roberta Hunt, 2009).

Masa depan pendidikan keperawatan akan semakin penting karena:

1. Perubahan demografi dan keragaman keperawatan
2. Ledakan teknologi
3. Globalisasi ekonomi dunia dan masyarakat.
4. Konsumen terdidik, terapi alternatif, perawatan palliatif.
5. Pergeseran ke perawatan kesehatan masyarakat dan peningkatan kompleksitas perawatan *client*.
6. Biaya yang lebih tinggi dari perawatan kesehatan dan

tantangan pengelolaan keperawatan.

7. Efek dari regulasi dan kebijakan kesehatan
8. Meningkatnya kebutuhan pendidikan interdisipliner untuk praktik keperawatan kolaboratif.
9. Kekurangan keperawatan (*nursing shortages*), peluang untuk kesempatan belajar sepanjang hayat.
10. Kemajuan yang signifikan dalam ilmu pengetahuan dan penelitian.

KONSEP KEPERAWATAN

A. PENGERTIAN KONSEP

Secara umum, konsep dapat diartikan sebagai suatu representasi abstrak dan umum tentang sesuatu. Karena sifatnya yang abstrak dan umum, maka konsep merupakan suatu hal yang bersifat mental. Representasi sesuatu itu terjadi dalam pikiran. Sebuah konsep mempunyai rujukan pada kenyataan. Dapat juga diartikan bahwa konsep adalah suatu medium yang menghubungkan subjek penahu dan objek yang diketahui, pikiran, dan kenyataan. Konsep termasuk dalam jenis medium *in quo*. Dalam sebuah konsep, mengenal, memahami, dan menyebut objek yang kita ketahui. Kekhususan dari medium *in quo* adalah walaupun dalam pengenalan akan objek tertentu, yang langsung disadari bukan konsepnya tetapi objek fisik itu sendiri.

Akan tetapi dalam suatu refleksi, konsep sendiri dapat menjadi objek perhatian dan kesadaran. Pengertian konsep dapat dimengerti dari sisi subjek maupun dari sisi objek. Dari sisi subjek, suatu konsep adalah kegiatan merumuskan dalam

pikiran atau menggolong-golongkan. Sedangkan, dari sisi objek, konsep adalah isi kegiatan tersebut, artinya, apa makna konsep itu. Sebagai sesuatu yang bersifat umum, konsep adalah suatu yang bersifat universal. Konsep universal dapat bersifat langsung, bisa juga tidak langsung. Konsep universal langsung adalah konsep yang bisa diprediksikan secara *univok* (secara persis sama) dan secara *distributif* (satu per satu) pada banyak individu.

Konsep tentang “manusia” misalnya, dapat dipakai dalam arti yang persis sama untuk menyebut sosok seseorang yang bernama Ani, Nia, ataupun Ina. Konsep yang tidak langsung adalah konsep universal refleksi. Maksudnya, konsep yang menyebut suatu kelas atau golongan dan tak dapat diprediksikan pada individu-individu. Misalnya konsep “kemanusiaan”. Tak satu pun dari ketiga nama di atas dapat disebut kemanusiaan, walaupun masing-masing dapat dikatakan termasuk dalam kelompok yang tergolong dalam konsep tersebut.

Dalam memahami konsep juga perlu dibedakan antara pengertian atau makna konsep dan ekstensi atau lingkup penerapan konsep. Misalnya pengertian “binatang rasional” termasuk dalam lingkup pengertian konsep “manusia”. Sedangkan lingkup penerapan konsep adalah kumpulan individu yang dapat diprediksikan dengan konsep tersebut atau yang merupakan contoh perwujudan konkretnya. Misalnya konsep universal refleksi “kemanusiaan” merujuk secara eksplisit pada ekstensi atau lingkup penerapannya, yakni konsep universal langsung “manusia” dapat diprediksikan pada banyak individu. Jadi, jelas bahwa konsep universal langsung hanya memaksudkan pengertiannya dan mengabstraksikan ekstensinya. Sedangkan, konsep universal refleksi tidak dapat diprediksikan karena secara eksplisit memaksudkan ekstensinya dan dengan demikian memberikan nama pada keseluruhan kelas dari hal yang dibicarakan.

B. KONSEP KEPERAWATAN

1. Pengertian Perawat

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial- spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Pelayanan keperawatan berupa bantuan, diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya kemauan menuju pada kemampuan melaksanakan kegiatan hidup sehari-hari secara mandiri (Gartinah,1999).

Keperawatan terutama berfungsi membantu individu (sehat atau sakit) dalam menjalankan kegiatan yang mengontribusi kesehatan atau pemulihan atau kematian secara damai yang dapat dilakukan tanpa bantuan, apabila mereka memiliki kekuatan, kemauan, atau pengetahuan yang diperlukan, keperawatan juga membantu individu melaksanakan terapi yang disarankan dan secepat mungkin mandiri kembali.

Perawat Profesional adalah perawat yang mengikuti pendidikan keperawatan pada jenjang pendidikan tinggi keperawatan, sekurang-kurangnya DIII keperawatan (Gartinah,1999). Perawat profesional bertanggung jawab dan berwenang memberikan pelayanan keperawatan secara mandiri atau berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lain sesuai dengan kewenangannya (Depkes RI, 2002). Dalam menyelenggarakan pelayanan keperawatan, perhatian utama seorang perawat adalah mempelajari bentuk dan sebab tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia melalui pengkajian yang saksama tentang hal-hal yang melatarbelakangi, serta mempelajari berbagai bentuk upaya untuk memenuhi kebutuhan dasar

tersebut melalui pemanfaatan berbagai sumber yang tersedia (Konsorsium Ilmu-Ilmu Kesehatan, Depdikbud RI, 1991).

Undang-Undang No. 38 Tahun 2014 tentang Praktik Keperawatan menyebutkan bahwa perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

2. Peran Perawat.

Peran perawat menurut konsorsium ilmu kesehatan tahun 1989 terdiri dari:

a. Peran Sebagai Pemberi Asuhan Keperawatan.

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bias direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya.

b. Peran Sebagai Advokat Klien.

Peran ini dilakukan perawat dalam membantu klien dan keluarga dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hal atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya, hak atas privasi, hak untuk menentukan nasibnya sendiri dan hak untuk menerima ganti rugi akibat kelalaian.

c. Peran Edukator.

Peran ini dilakukan dengan membantu klien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari klien setelah dilakukan pendidikan kesehatan

d. Peran Koordinator.

Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan klien.

e. Peran Kolaborator.

Peran perawat di sini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter, fisioterapis, ahli gizi dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya.

f. Peran Konsultan.

Peran di sini adalah sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan. Peran ini dilakukan atas permintaan klien terhadap informasi tentang tujuan pelayanan keperawatan yang diberikan.

g. Peran Pembaharu.

Peran sebagai pembaharu dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerja sama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan.

3. Fungsi Perawat.

Menurut Hidayat (2004.30-32). Dalam menjalankan perannya, perawat akan melaksanakan berbagai fungsi diantaranya:

a. Fungsi Independen.

Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, di mana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia

b. Fungsi Dependen.

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Sehingga sebagai tindakan pelimpahan tugas yang diberikan.

c. Fungsi Interdependen.

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan diantara tim satu dengan yang lain. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien yang mempunyai penyakit kompleks.

4. Tugas Perawat.

Tugas perawat dalam menjalankan perannya sebagai pemberi asuhan keperawatan ini dapat dilaksanakan sesuai dengan tahapan dalam proses keperawatan.

5. Penerapan Asuhan Keperawatan

Penerapan adalah perihal mempraktikkan. (Kamus Bahasa Indonesia, 1999.1044). Sedangkan penerapan asuhan

keperawatan adalah mempraktikkan asuhan keperawatan dalam pelayanan keperawatan kepada pasien. Penerapan standar asuhan keperawatan akan mengubah sistem dalam pemberian asuhan keperawatan menjadi lebih terencana, berdasarkan pada pedoman yang jelas dan lebih bisa dipertanggungjawabkan. Faktor pendukung dari proses perubahan dalam penerapan asuhan keperawatan dapat dilihat dari aspek kebutuhan dasar manusia dan kebutuhan dasar interpretasi (Nursalam, 2002). Faktor penghambat bisa dilihat dari beberapa aspek yaitu mengancam kepentingan pribadi, persepsi yang kurang tepat, sebagai reaksi psikologi dan toleransi untuk berubah yang rendah (Nursalam, 2002). Berdasarkan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit TNI Malang, tentang Standar Asuhan Keperawatan dan Sikap Terhadap Penerapan Standar Asuhan Keperawatan pada Dokter dan Perawat (Anggreini, 2005) diketahui:.

6. Faktor Mendukung Penerapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan:

- a. Sebagai bukti tanggung jawab hukum.
- b. Sebagai metode dalam melayani pasien.
- c. Sebagai alat untuk dokumentasi, untuk mengetahui perkembangan pasien.
- d. Sebagai alat pertanggungjawaban perawat dalam menjalankan tugas.

7. Faktor Penghambat Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan:

- a. Teori tentang Asuhan Keperawatan terlalu sulit, rumit dan agak susah.
- b. Sumber Daya Manusia masih kurang jumlahnya di ruang keperawatan.
- c. Tidak adanya penilaian dari supra sistem.

- d. Dalam pelaksanaannya masih mencontoh asuhan keperawatan

C. PARADIGMA

Istilah paradigma (*paradigm*) sebagai konsep, pertama-tama dikenalkan oleh Thomas Kuhn dalam bukunya *The Structure of Scientific Revolution*. Paradigma merupakan terminologi kunci dalam model perkembangan ilmu pengetahuan yang diperkenalkan Thomas Kuhn. Selanjutnya, istilah tersebut dipopulerkan oleh Robert Friedrichs. Dia adalah orang pertama yang merumuskan pengertian paradigmaselama lebih jelas. Dia merumuskan paradigma sebagai suatu pandangan mendasar dan suatu disiplin ilmu tentang apa yang menjadi pokok persoalan (*subject matter*) yang semestinya dipelajari (*a fundamental image a discipline has of its subject matter*). Selanjutnya, George Ritzer merumuskan pengertian paradigma secara lebih jelas dan rinci.

Menurut George Ritzer, paradigma adalah pandangan yang mendasar dari ilmuwan tentang apa yang menjadi pokok persoalan yang semestinya dipelajari oleh suatu cabang (baca: disiplin) ilmu pengetahuan. Jadi sesuatu ilmu yang menjadi pokok persoalan, suatu cabang ilmu menurut versi ilmuwan tertentu. Paradigma membantu merumuskan tentang apa yang harus dipelajari, persoalan-persoalan apa yang mesti dijawab, bagaimana seharusnya menjawabnya, serta aturan-aturan apa yang harus diikuti dalam menginterpretasikan informasi yang dikumpulkan dalam rangka menjawab persoalan-persoalan tersebut.

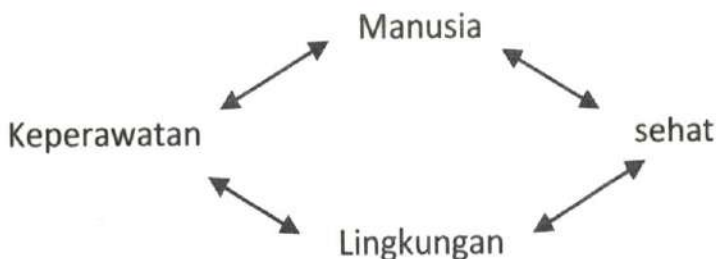
Berdasarkan beberapa pengertian paradigma itu, kita dapat rangkumkan bahwa paradigma adalah suatu kerangka konseptual, termasuk nilai, teknik dan metode, yang disepakati dan digunakan oleh suatu komunitas dalam memahami atau memersepsi segala sesuatu. Dengan demikian, fungsi utama paradigma adalah sebagai acuan dalam mengarahkan

tindakan, baik tindakan sehari-hari maupun tindakan ilmiah. Sebagai acuan, maka lingkup suatu paradigma mencakup berbagai asumsi dasar yang berkaitan dengan aspek ontologis, epistemologis dan metodologis. Dengan kata lain, paradigma dapat diartikan sebagai cara berpikir atau cara memahami gejala dan fenomena semesta yang dianut oleh sekelompok masyarakat (*world view*). Seorang pribadi dapat mempunyai sebuah cara pandang yang spesifik, tetapi cara pandang itu bukanlah paradigma, karena sebuah paradigma harus dianut oleh suatu komunitas.

D. PARADIGMA KEPERAWATAN

Paradigma didefinisikan sebagai “the way we perceive the world... “. Adapun Adam Smith, (1975,cit. Gaffar, 1997) mengatakan bahwa “*The paradigm explain the worlds to us on predicts its behavior*”. Dari definisi paradigma tersebut dapat dikatakan Paradigma keperawatan sebagai cara pandang yang mendasar atau cara melihat, memikirkan, memberi makna, menyikapi dan memilih tindakan terhadap berbagai fenomena yang ada dalam keperawatan.

Paradigma keperawatan terdiri atas 4 konsep dasar:



Keempat komponen tersebut saling berkaitan dan mencapai berinteraksi dengan dinamis.

a. Manusia

Dalam keperawatan, manusia dipandang sebagai:

1. Makhluk bio-psiko-sosio kultural dan spiritual unik dan utuh
2. Mempunyai kebutuhan dasar: keseimbangan bio-psiko-sosio-kultural dan spiritual.
3. Mempunyai siklus hidup: tumbuh, kembang dan memberi keturunan Memiliki kemampuan mengatasi perubahan dunia
4. Berkomunikasi dan mengembangkan budaya dan nilai-nilai
5. Berorientasi terhadap waktu mampu berjuang untuk mencapai tujuan.
6. Mempunyai keinginan untuk mewujudkan diri

Berusaha mempertahankan keseimbangan melalui interaksi dengan lingkungannya berespons positif terhadap perubahan lingkungan melalui adaptasi dan memperbesar potensi. Selalu mencoba mempertahankan kebutuhannya melalui seragkaian peristiwa belajar, menggali serta menggunakan sumber-sumber yang diperlukan berdasarkan potensi dan keterbatasannya sebagai sasaran pelayanan keperawatan adalah manusia yang berpotensi secara aktif terlibat dalam pemenuhan kebutuhan dasarnya. Dalam keperawatan disebut sebagai klien yang mencakup individu, keluarga, kelompok, dan komunitas.

a. Lingkungan

Lingkungan dalam keperawatan adalah faktor yang bisa memengaruhi kesehatan manusia yang mencakup lingkungan internal dan eksternal. Lingkungan internal adalah yang berasal dari dalam manusia itu sendiri yang mencakup faktor genetik, mutasi biologi, jenis kelamin, emosi (psikologis) dan predisposisi terhadap penyakit dan faktor perilaku. Lingkungan eksternal adalah lingkungan di sekitar manusia, mencakup lingkungan fisik dan biologis, sosial, kultural dan spiritual.

Dapat juga diartikan sebagai lingkungan masyarakat: kumpulan individu yang terbentuk karena interaksi antara manusia, budaya dan aspek spiritual yang dinamis, mempunyai tujuan dan sistem nilai, serta berada dalam suatu hubungan yang bersifat saling bergantung yang terorganisir. Masyarakat adalah sistem sosial di mana semua orang bersatu untuk saling melindungi dan untuk kepentingan bersama, serta dalam hubungannya dengan lingkungan atau mencapai tingkat pemenuhan kebutuhan dasar yang optimal. Keluarga merupakan unit pelayanan dasar di masyarakat. Adapun unit-unit lain yang ada di masyarakat adalah individu keluarga kelompok komunitas. Manusia sebagai makhluk sosial selalu berinteraksi dengan lingkungan secara dinamis dan kemampuan manusia berespons terhadap lingkungan akan memengaruhi derajat kesehatan.

b. Sehat

Sehat merupakan suatu keadaan dinamis dalam rentang sehat sakit. WHO 1946 mendefinisikan sebagai sejahtera fisik, mental dan sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kecacatan. Di Indonesia, sehat diyakini sebagai keadaan sejahtera dari badan, jiwa, spiritual, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomi sesuai Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

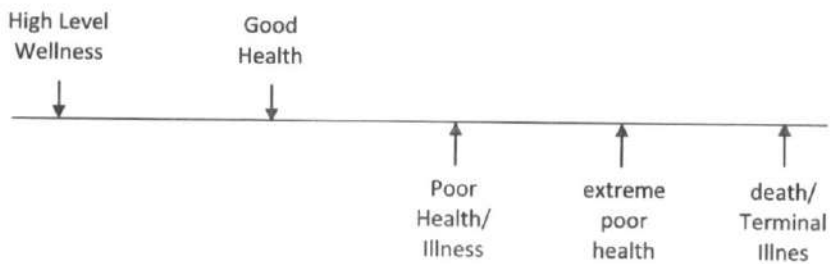
Sehat ini merupakan tanggung jawab individu dan harus dipertahankan dan ditingkatkan melalui upaya-upaya promotif, preventif dan kuratif. Sehat juga ditentukan oleh kemampuan individu, keluarga, kelompok atau komunitas untuk membuat tujuan yang realistis, serta kemampuan untuk menggerakkan energi dan sumber-sumber yang tersedia untuk mencapai tujuan tersebut secara efektif dan efisien. Konsep sehat sakit ini dapat dijelaskan dalam beberapa model, diantaranya model rentang sehat sakit yang kemukakan oleh Neuman, (1990); model *High-level wellness*; model *agen-host-environment*;

1. Model Rentang Sehat Sakit Neuman, (1990)

Dalam model ini sehat dinyatakan sebagai derajat kesehatan yang ada pada suatu waktu dalam rentang kesehatan optimal dengan penyediaan energi maksimal hingga kematian yang menggambarkan pengurangan energi secara total. Sakit didefinisikan sebagai proses di mana fungsi individu hilang atau terganggu pada salah satu dimensi dibanding sebelumnya.

2. Model High-level wellness (Dunn, 1977)

Model ini memaksimalkan potensi kesehatan individu, dan individu dianggap dapat menjaga keseimbangan.



model High-level wellness (Dunn, 1977)

3. Model agen-host-environment (Leavell, 1965)

Pada model ini kesehatan diyakini tergantung pada hubungan yang dinamis antara agen, host dan environment. Model ini banyak dipergunakan dalam keperawatan komunitas.

4. Model health believe (Rosenstoch's, 1974; Becher & Maiman, 1975)

Model ini meyakini adanya hubungan antara keyakinan dan tingkah laku seseorang. Hubungan itu dipengaruhi oleh;

- a. Persepsi individu terhadap penyakit

- b. Persepsi individu terhadap keseriusan penyakit
- c. Persepsi keuntungan dalam bertindak

Keyakinan dan praktik sehat seseorang sangat dipengaruhi oleh variabel internal dan eksternal. Variabel internal antara lain tingkat pendidikan, tingkat perkembangan, persepsi fungsi personal, fungsi emosi dan spiritual. Sedang yang termasuk dalam variabel eksternal adalah keluarga, sosial ekonomi dan budaya.

Seseorang tidak selamanya dalam kondisi sehat, ada kalanya ia mengalami sakit. Definisi sakit secara tradisional adalah tidak sehat. Parson (1972) mendefinisikan sakit sebagai *"a state of disturbance in the normal functioning of the total human individual, including both the state of organism as a biological system and his person and social adjustment"*.

Sikap seseorang yang menderita sakit tidak sama, tergantung pada kultur dan sosial. Ada beberapa tahap ketika seseorang menderita sakit, yaitu:

1. Symptom Experience

Pada tahap ini orang akan merasakan *"something is wrong"* dan ia akan mencari pengobatan sendiri atau secara tradisional. Ia juga akan denial atau menyangkal bahwa ia menderita suatu penyakit. Sikap menyangkal ini biasanya akan menyebabkan ia terlambat untuk berobat. Jika sikap denialnya telah berubah menjadi menerima, maka ia akan masuk dalam tahap kedua.

2. Assumption of the Sick Role

Dalam tahap ini, individu akan melepaskan peran normalnya dan melakukan validasi pada orang-orang disekitarnya tentang gejala-gejala yang dirasakannya.

3. Medical Care Contact

Pada tahap ini individu akan mulai mencari pengobatan ke tenaga kesehatan, tetapi ia masih melakukan negosiasi tentang pengobatan yang harus dijalannya.

4. Dependent Patient Role

Di tahap ini klien telah menerima treatment yang memang harus dijalannya untuk mengobati penyakitnya.

5. Recovery and Rehabilitation

Di tahap ini, individu melepaskan peran sakitnya dan mulai kembali ke peran normalnya.

Faktor-faktor yang dapat memengaruhi perilaku sakit seseorang adalah usia, jenis kelamin, pekerjaan, sosio ekonomi, agama, kebudayaan, keseimbangan psikologis, kepribadian, pendidikan, coping yang dimiliki. Sakit akan memengaruhi banyak hal, antara lain:

1. Perubahan tingkah laku dan emosi, misalnya cemas, shock, denial, marah, menarik diri.
2. Perubahan peran dalam keluarga
3. Gambaran diri
4. Konsep diri
5. Dinamika keluarga.

KONSEP KESEHATAN

A. PENGERTIAN KESEHATAN

Salah satu tujuan nasional adalah memajukan kesejahteraan bangsa, yang berarti memenuhi kebutuhan dasar manusia, yaitu pangan, sandang, papan, pendidikan, kesehatan, lapangan kerja, dan ketenteraman hidup. Tujuan pembangunan kesehatan adalah tercapainya kemampuan untuk hidup sehat bagi setiap penduduk, jadi tanggung jawab untuk terwujudnya derajat kesehatan yang optimal berada di tangan seluruh masyarakat Indonesia, pemerintah dan swasta bersama-sama.

Sehat adalah kondisi normal seseorang yang merupakan hak hidupnya. Sehat berhubungan dengan hukum alam yang mengatur tubuh, jiwa, dan lingkungan berupa udara segar, sinar matahari, diet seimbang, bekerja, istirahat, tidur, santai, kebersihan serta pikiran, kebiasaan dan gaya hidup yang baik. Selama beberapa dekade, pengertian sehat masih diperdebatkan para ahli dan belum ada kata sepakat dari para ahli kesehatan maupun tokoh masyarakat dunia.

Sehat dan sakit adalah keadaan biopsikososial yang menyatu dengan kehidupan manusia. Pengenalan manusia terhadap kedua konsep ini kemungkinan bersamaan dengan pengenalannya terhadap kondisi dirinya. Keadaan sehat dan sakit tersebut terus terjadi, dan manusia akan memerankan sebagai orang yang sehat atau sakit. Konsep sehat dan sakit merupakan bahasa kita sehari-hari, terjadi sepanjang sejarah manusia, dan dikenal di semua kebudayaan. Meskipun demikian, untuk menentukan batasan-batasan secara eksak tidaklah mudah. Kesamaan atau kesepakatan pemahaman tentang sehat dan sakit secara universal adalah sangat sulit dicapai.

Sehat (health) adalah konsep yang tidak mudah diartikan sekalipun dapat kita rasakan dan diamati keadaannya. Misalnya, orang tidak memiliki keluhan-keluhan fisik dipandang sebagai orang yang sehat. Sebagian masyarakat juga beranggapan bahwa orang yang "gemuk" adalah orang yang sehat, dan sebagainya. Jadi faktor subjektivitas dan kultural juga memengaruhi pemahaman dan pengertian orang terhadap konsep sehat.

Kesehatan serta sehat adalah hal yang senantiasa diinginkan setiap orang. Tentunya kita tidak menginginkan sakit bukan? Pengertian sehat adalah dapat didefinisikan sebagai sehat tidak dapat diartikan sesuatu yang statis, menetap pada kondisi tertentu, tetapi sehat harus dipandang sesuatu fenomena yang dinamis. Kesehatan adalah suatu spektrum merupakan suatu kondisi yang fleksibel antara badan dan mental yang dibedakan dalam rentang yang selalu berfluktuasi atau berayun mendekati dan menjauhi puncak kebahagiaan hidup dari keadaan sehat yang sempurna.

Terdapat beberapa acuan untuk memahami konsep **sehat** yaitu:

1. Sehat adalah perwujudan individu yang diperoleh melalui kepuasan dalam berhubungan dengan orang lain (aktual-

isasi). Perilaku yang sesuai dengan tujuan, perawatan diri yang kompeten sedangkan penyesuaian diperlukan untuk mempertahankan stabilitas dan integritas struktural.

2. Sehat adalah fungsi efektif dari sumber-sumber perawatan diri (*self care resources*) yang menjamin tindakan untuk perawatan diri (*self care actions*) secara adekuat. *Self care resources*: mencakup pengetahuan, keterampilan dan sikap. *Self care Actions* merupakan perilaku yang sesuai dengan tujuan diperlukan untuk memperoleh, mempertahankan dan meningkatkan fungsi psikososial dan spiritual (Pender, 1982).
3. Dalam kamus definisi kesehatan adalah bebas dari penyakit atau rasa (Menurut Paune, 1983).
4. Konstitusi WHO 1946 merumuskan definisi sehat sebagai "*Health Is State of Physical, Mental, And Social Well Being Not Merely The Absence of Diseases and Infirmary*". Rumusan ini memiliki cakupan yang sangat luas, yaitu "keadaan yang sempurna baik fisik, mental maupun sosial, tidak hanya terbebas dari penyakit atau kelemahan/cacat". Dalam definisi ini, sehat bukan sekadar terbebas dari penyakit atau cacat. Orang yang tidak berpenyakit pun tentunya belum tentu dikatakan sehat. Dia semestinya dalam keadaan yang sempurna, baik fisik, mental, maupun sosial.

Pengertian sehat yang dikemukakan oleh WHO ini merupakan suatu keadaan ideal, dari sisi biologis, psikologis, dan sosial. Kalau demikian adanya, apakah ada seseorang yang berada dalam kondisi sempurna secara biopsikososial? Untuk mendapat orang yang berada dalam kondisi kesehatan yang sempurna itu sulit sekali, namun yang mendekati pada kondisi ideal tersebut ada.

Dalam kaitan dengan konsepsi WHO tersebut, maka dalam perkembangan kepribadian seseorang itu mem-

punyai 4 dimensi holistik, yaitu agama, organobiologik, psiko-edukatif dan sosial budaya. Keempat dimensi holistik tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- a. Agama/spiritual, yang merupakan fitrah manusia. Ini merupakan fitrah manusia yang menjadi kebutuhan dasar manusia (*basic spiritual needs*), mengandung nilai-nilai moral, etika dan hukum. Atau dengan kata lain seseorang yang taat pada hukum, berarti ia bermoral dan beretika, seseorang yang bermoral dan beretika berarti ia beragama (*no religion without moral, no moral without law*).
 - b. Organo-biologik, mengandung arti fisik (tubuh/jasmani) termasuk susunan saraf pusat (otak), yang perkembangannya memerlukan makanan yang bergizi, bebas dari penyakit, yang kejadiannya sejak dari pembuahan, bayi dalam kandungan, kemudian lahir sebagai bayi, dan seterusnya melalui tahapan anak (balita), remaja, dewasa dan usia lanjut.
 - c. Psiko-edukatif, adalah pendidikan yang diberikan oleh orang tua (ayah dan ibu) termasuk pendidikan agama. Orang tua merupakan tokoh imitasi dan identifikasi anak terhadap orang tuanya. Perkembangan kepribadian anak melalui dimensi psiko-edukatif ini berhenti hingga usia 18 tahun.
 - d. Sosial-budaya, selain dimensi psiko-edukatif di atas kepribadian seseorang juga dipengaruhi oleh kultur budaya dari lingkungan sosial yang bersangkutan dibesarkan.
5. Definisi sehat WHO ini diadopsi secara utuh oleh Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang Kesehatan. Undang-undang kesehatan pertama Indonesia menyebutkan sehat sebagai keadaan sejahtera tentang fisik, mental, dan

keadaan sosial bukan hanya dari penyakit dan kecacatan.

6. Lahirnya Undang-Undang No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan sebagai pengganti Undang-Undang No. 9 Tahun 1960 tentang kesehatan definisi sehat menjadi keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif dan secara sosial ekonomi. Pengertian sehat mengalami perubahan sesuai dengan perkembangan dan dinamika kesehatan yaitu hidup produktif dan secara sosial ekonomi.
7. Perkembangan definisi sehat kemudian dapat dilihat pada Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang menyatakan sehat sebagai keadaan sehat dari fisik, mental, spiritual, maupun sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif dan secara sosial ekonomi. Undang-Undang kesehatan ini sebagai pengganti undang-undang kesehatan sebelumnya menambahkan unsur spiritual sebagai suatu bagian dari kriteria sehat. Kelima dimensi kesehatan tersebut saling memengaruhi dalam mewujudkan tingkat kesehatan seseorang, kelompok atau masyarakat. Itulah sebabnya, maka kesehatan bersifat menyeluruh mengandung kelima aspek.

Perwujudan dari masing-masing aspek tersebut dalam kesehatan seseorang antara lain sebagai berikut:

1. Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasa dan mengeluh sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara objektif tidak tampak sakit. Semua organ tubuh berfungsi normal atau tidak mengalami gangguan.
2. Kesehatan mental (jiwa) mencakup 3 komponen, yakni pikiran, emosional, dan spiritual. Pikiran sehat tecermin dari cara berpikir atau jalan pikiran. Emosional sehat tecermin dari kemampuan seseorang untuk mengekspresikan emosinya, misalnya takut, gembira, kuatir, sedih dan sebagainya.

3. Kesehatan spiritual sehat tecermin dari cara seseorang dalam mengekspresikan rasa syukur, pujian, kepercayaan dan sebagainya terhadap sesuatu di luar alam fana ini, yakni Tuhan Yang Maha Kuasa (Allah SWT dalam agama Islam). Misalnya sehat spiritual dapat dilihat dari praktik keagamaan seseorang. Dengan perkataan lain, sehat spiritual adalah keadaan di mana seseorang menjalankan ibadah dan semua aturan-aturan agama yang dianutnya.
4. Kesehatan sosial terwujud apabila seseorang mampu berhubungan dengan orang lain atau kelompok lain secara baik, tanpa membedakan ras, suku, agama atau kepercayaan, status sosial, ekonomi, politik, dan sebagainya, serta saling toleran dan menghargai.
5. Kesehatan dari aspek ekonomi terlihat bila seseorang (dewasa) produktif, dalam arti mempunyai kegiatan yang menghasilkan sesuatu yang dapat menyokong terhadap hidupnya sendiri atau keluarganya secara finansial. Bagi mereka yang belum dewasa (siswa atau mahasiswa) dan usia lanjut (pensiunan), dengan sendirinya batasan ini tidak berlaku. Oleh sebab itu, bagi kelompok tersebut, yang berlaku adalah produktif secara sosial, yakni mempunyai kegiatan yang berguna bagi kehidupan mereka nanti, misalnya berprestasi bagi siswa atau mahasiswa, dan kegiatan sosial, keagamaan, atau pelayanan kemasyarakatan lainnya bagi usia lanjut.
6. Majelis Ulama Indonesia (MUI) dalam musyawarah Nasional Ulama tahun 1983 merumuskan kesehatan sebagai ketahanan “jasmaniah, ruhaniyah dan sosial” yang dimiliki manusia sebagai karunia Allah yang wajib disyukuri dengan mengamalkan tuntunan-Nya, dan memelihara serta mengembangkannya. Islam sangat memperhatikan kondisi kesehatan sehingga dalam Al-Quran dan Hadits ditemui banyak referensi tentang sehat. Misalnya Hadits Bukhari

yang diriwayatkan oleh Ibnu Abbas, Rasulullah bersabda. “Dua nikmat yang sering tidak diperhatikan oleh kebanyakan manusia yaitu kesehatan dan waktu luang.” Kosakata “sehat wal afiat” dalam bahasa Indonesia mengacu pada kondisi ragawi dan bagian-bagiannya yang terbebas dari virus penyakit. Sehat Wal Afiat ini dapat diartikan sebagai kesehatan pada segifisik, segi mental maupun kesehatan masyarakat.

Pada abad 17 kondisi suatu pasien yang sakit hanya diidentifikasi dengan medis, namun pada perkembangannya pada abad 19 para ahli kedokteran menyadari bahwa adanya hubungan antara penyakit dengan kondisi dan psikis manusia. Hubungan timbal balik ini menyebabkan manusia menderita gangguan fisik yang disebabkan oleh gangguan mental dan sebaliknya, gangguan mental dapat pesatnya namun apabila ditinjau lebih mendalam teori-teori yang berkembang tentang kesehatan mental masih bersifat sekuler, pusat perhatian dan kajian dari kesehatan mental tersebut adalah kehidupan di dunia, pribadi yang sehat dalam menghadapi masalah dan menjalani kehidupan hanya berorientasi pada konsep sekarang ini, tanpa memikirkan adanya hubungan antara masa lalu, masa kini, dan masa yang akan datang.

Hal ini jauh berbeda dengan konsep kesehatan berlandaskan agama yang memiliki konsep jangka panjang dan tidak hanya berorientasi pada masa kini, sekarang serta di sini, agama dapat memberi dampak yang cukup berarti dalam Orang yang sehat mental akan senantiasa merasa aman dan bahagia dalam kondisi apa pun, ia juga akan melakukan introspeksi atas segala hal yang dilakukannya sehingga ia akan mampu mengontrol dan mengendalikan dirinya.

Solusi terbaik untuk dapat mengatasi masalah-masalah kesehatan mental adalah dengan mengamalkan nilai-nilai agama dalam kehidupan sehari-hari, kesehatan mental seseorang dapat

ditandai dengan kemampuan orang tersebut dalam penyesuaian diri dengan lingkungannya, mampu mengembangkan potensi yang terdapat dalam dirinya sendiri semaksimal mungkin untuk menggapai ridho Allah SWT, serta dengan mengembangkan seluruh aspek kecerdasan, baik kesehatan spiritual, emosi maupun kecerdasan intelektual.

Dengan demikian, dapat ditarik kesimpulan bahwa pada dasarnya hidup adalah proses penyesuaian diri terhadap seluruh aspek kehidupan, orang yang tidak mampu beradaptasi dengan lingkungannya akan gagal dalam menjalani kehidupannya. Manusia diciptakan untuk hidup bersama, bermasyarakat, saling membutuhkan satu sama lain dan selalu berinteraksi, hal ini sesuai dengan konsep sosiologi modern yaitu manusia sebagai makhluk *Zoon Politicon*. Gangguan mental dapat dikatakan sebagai perilaku abnormal atau perilaku yang menyimpang dari norma-norma yang berlaku di masyarakat, perilaku tersebut baik yang berupa pikiran, perasaan maupun tindakan. Stress, depresi dan alkoholik tergolong sebagai gangguan mental karena adanya penyimpangan, hal ini dapat disimpulkan bahwa gangguan mental memiliki titik kunci yaitu menurunnya fungsi mental dan berpengaruhnya pada ketidak wajaran. Adapun gangguan mental yang dijelaskan.

Berikut ini gaya hidup sehat untuk mencegah kematian dini:

1. Selalu aktif. Dalam hal ini usahakan untuk tidak sering duduk terlalu lama baik itu di depan komputer atau menonton acara televisi yang Anda sukai. Anda dapat memulainya dengan mengurangi waktu untuk berlama-lama di depan komputer atau televisi dengan melakukan aktivitas lainnya yang membuat Anda tetap bergerak dan aktif.
2. Sinar matahari pagi sangat baik untuk kesehatan tubuh Anda. Ini dikarenakan, dengan terpapar sinar matahari pagi,

maka tubuh akan terpacu untuk memproduksi vitamin D. Vitamin D pada tubuh memiliki fungsi untuk menangkal penyakit jantung, aneka jenis kanker dan juga mencegah pengeroposan tulang dini.

3. Menambah atau memperbanyak untuk mengonsumsi buah-buahan dan sayur-sayuran sangat baik untuk nutrisi tubuh Anda. Berbagai buah-buahan seperti jeruk, semangka, pepaya, apel dan lain-lain serta aneka sayuran seperti bayam, sawi dan lain-lain merupakan buah-buahan dan sayur-sayuran yang dimaksud.
4. Rutin berolahraga merupakan salah satu faktor yang dapat membuat badan Anda lebih sehat dan fit sepanjang hari. Anda dapat memulainya, dengan menyisihkan waktu pagi untuk berolahraga pagi seperti berjalan, berlari maupun bersepeda santai.
5. Stop merokok. Ini merupakan salah satu gaya hidup sehat yang sulit dilakukan bagi mereka yang menjadikan kebiasaan merokok sebagai kebutuhan. Tapi tahukah Anda, kandungan rokok sangat tidak bersahabat untuk kesehatan tubuh Anda.
6. Mulai hari Anda dengan tertawa atau tersenyum. Karena aktivitas tersenyum maupun tertawa berdampak sangat baik untuk meningkatkan daya tahan tubuh serta kesehatan tubuh itu sendiri. Anda dapat memulainya dengan sering bercanda dengan teman atau menonton berbagai acara komedi di televisi.
7. Usahakan untuk membatasi, mengurangi atau bahkan menghilangkan untuk mengonsumsi aneka makanan siap saji. Dengan mulai memasak makanan sendiri, Anda akan lebih mengetahui, apakah makanan yang Anda masak baik untuk kesehatan tubuh Anda atau malah berdampak buruk bagi kesehatan tubuh Anda.

B. PELAYANAN KESEHATAN.

Pelayanan kesehatan adalah sebuah konsep yang digunakan dalam memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat. Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat (Levey dan Loomba (1973).

Pelayanan kesehatan adalah setiap upaya yang diselenggarakan sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan **kesehatan** perorangan, keluarga, kelompok dan ataupun masyarakat (Depkes RI, 2009).

Sesuai dengan batasan di atas, bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang ditemukan banyak macamnya. Karena kesemuanya ini ditentukan oleh:

1. Pengorganisasian **pelayanan**, apakah dilaksanakan secara sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi.
2. Ruang lingkup kegiatan, apakah hanya mencakup kegiatan pemeliharaan **kesehatan**, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit, pemulihan kesehatan atau kombinasi dari padanya.

Menurut pendapat Hodgetts dan Casio, jenis pelayanan kesehatan secara umum dapat dibedakan atas dua, yaitu:

1. Pelayanan kedokteran

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok **pelayanan** kedokteran (*medical services*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang dapat bersifat sendiri (*solo practice*) atau secara bersama-sama dalam satu organisasi. Tujuan utamanya

untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta sasarannya terutama untuk perseorangan dan keluarga. Ditandai dengan cara pengorganisasian yang bersifat sendiri atau secara bersama-sama dalam suatu organisasi, tujuan utamanya untuk menyembuhkan penyakit dan memulihkan kesehatan, serta utamanya adalah perseorangan dan keluarga. Untuk kedokteran, sudah jelas bahwa yang melayani adalah tenaga para dokter. Fokus utamanya adalah menyembuhkan penyakit dan sasaran utamanya adalah keluarga maupun individu (perseorangan). Biasanya jenis layanan ini kurang memperhatikan efisiensi dan tidak boleh menarik perhatian karena hal ini bertentangan dengan etika kedokteran. Dalam melayani pasien, dokter terikat undang-undang dan menjalankan fungsi perseorangan. Dokter hanya bertanggung jawab pada pasien dan tidak bisa memonopoli usaha kesehatan.

2. Pelayanan kesehatan masyarakat

Pelayanan kesehatan yang termasuk dalam kelompok kesehatan masyarakat (*public health service*) ditandai dengan cara pengorganisasian yang umumnya secara bersama-sama dalam suatu organisasi. Tujuan utamanya untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit, serta sasarannya untuk kelompok dan masyarakat.

Sedangkan yang dimaksud dengan sistem kesehatan suatu kesatuan dari serangkaian usaha teratur yang terdiri atas berbagai komponen guna mencapai suatu tujuan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat.

Sasaran utamanya pelayanan kesehatan masyarakat adalah masyarakat dan kelompok tertentu. Sementara itu untuk pelayanan kesehatan masyarakat, tenaga yang melayani adalah ahli kesehatan masyarakat. Fokus utamanya adalah untuk mencegah penyakit dan sasaran utamanya tentu adalah masyarakat secara menyeluruh.

Dalam melayani, para tenaga ahli biasanya mencari cara yang paling efektif dan efisien. Menarik perhatian masyarakat dan menjalankan fungsi dengan mengorganisirnya. Walaupun demikian, para tenaga pelaksana juga tetap mendapat dukungan peraturan perundang-undangan. Untuk memberikan layanan pada masyarakat, layanan harus selalu tersedia serta bersifat berkesinambungan (terus menerus) atau semua pelayanan yang diperlukan oleh masyarakat tidak akan sulit ditemukan.

Selain itu dalam melayani masyarakat, pelayanan juga harus wajar, bisa diterima atau tidak bertentangan dengan kepercayaan dan keyakinan yang dijalankan di masyarakat setempat. Dari segi biaya, biayanya juga harus memperhatikan faktor kemampuan ekonomi warga setempat sehingga tidak akan membebani mereka dari segi finansial. Walaupun biayanya murah bukan berarti layanan yang diberikan boleh sembarangan karena pelayanan yang diberikan juga harus bermutu sesuai dengan kode etik dan standar yang sudah ditetapkan sebelumnya. Jika hal ini dilaksanakan, diharapkan dapat meningkatkan taraf kesehatan di masyarakat.

C. SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Sistem pelayanan kesehatan adalah suatu tatanan yang menghimpun berbagai upaya bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin derajat kesehatan yang setinggi-tingginya sebagai perwujudan kesejahteraan umum seperti dimaksud dalam UUD 45.

Dalam pelayanan kesehatan juga mengenal akan tempat pelayanan kesehatan seperti halnya Rumah Sakit dan juga Puskesmas. Rumah sakit adalah sebagai suatu organisasi yang melalui tenaga medis profesional yang terorganisir serta sarana kedokteran yang permanen menyelenggarakan pelayanan kedokteran, asuhan keperawatan yang berkesinambungan, diagnosis serta pengobatan penyakit yang diderita oleh pasien.

Sedangkan Fungsi Rumah Sakit adalah menyediakan dan menyelenggarakan:

1. Pelayanan medis.
2. Pelayanan penunjang medis.
3. Pelayanan rehabilitatif.
4. Pencegahan dan peningkatan kesehatan.
5. Sebagai tempat pendidikan dan pelatihan tenaga medis.

Pelayanan kesehatan lain adalah Puskesmas atau Pusat Kesehatan Masyarakat. Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja tertentu. Tujuan puskesmas adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal di wilayah kerja puskesmas, agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya.

Jadi pelayanan kesehatan adalah sub sistem pelayanan kesehatan yang tujuan utamanya adalah promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan), preventif (pencegahan), kuratif (penyembuhan), dan rehabilitasi (pemulihan) kesehatan per-orangan, keluarga, kelompok atau masyarakat, lingkungan.

Sub sistem dalam pelayanan kesehatan adalah input, proses, output, dampak, umpan balik. Input adalah sub elemen-sub elemen yang diperlukan sebagai masukan untuk berfungsinya sistem. Proses adalah suatu kegiatan yang berfungsi untuk mengubah masukan sehingga menghasilkan sesuatu (keluaran) yang direncanakan. Output adalah hal-hal yang dihasilkan oleh proses. Dampak adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran setelah beberapa waktu lamanya. Umpan balik adalah hasil dari proses yang sekaligus sebagai masukan untuk sistem tersebut. Lingkungan adalah dunia diluar sistem yang memengaruhi sistem tersebut. Contoh: Di dalam pelayanan kesehatan Puskesmas, input adalah: Dokter, perawat, obat-obatan. Prosesnya:

kegiatan pelayanan puskesmas, Outputnya: Pasien sembuh/ tidak sembuh, dampaknya: meningkatnya status kesehatan masyarakat, umpan baliknya: keluhan-keluhan pasien terhadap pelayanan, lingkungannya sama dengan masyarakat dan instansi-instansi di luar puskesmas tersebut.

Tujuan Pelayanan Kesehatan adalah

1. Promotif (memelihara dan meningkatkan kesehatan). Hal ini diperlukan misalnya dalam peningkatan gizi, perbaikan sanitasi lingkungan.
2. Preventif (pencegahan terhadap orang yang berisiko terhadap penyakit). Terdiri dari:
 - a. Preventif primer terdiri dari program pendidikan, seperti imunisasi, penyediaan nutrisi yang baik, dan kesegaran fisik.
 - b. Preventif sekunder terdiri dari pengobatan penyakit pada tahap dini untuk membatasi kecacatan dengan cara menghindari akibat yang timbul dari perkembangan penyakit tersebut
 - c. Preventif tersier pembuatan diagnosis ditujukan untuk melaksanakan tindakan rehabilitasi, pembuatan diagnosis dan pengobatan kuratif (penyembuhan penyakit).
 - d. Rehabilitasi (pemulihan). Usaha pemulihan seseorang untuk mencapai fungsi normal atau mendekati normal setelah mengalami sakit fisik atau mental, cedera atau penyalahgunaan.

Pelayanan kesehatan berdasarkan tingkatannya.

1. Pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer).

Diperlukan untuk masyarakat yang sakit ringan dan masyarakat yang sehat untuk meningkatkan kesehatan mereka atau promosi kesehatan seperti Puskesmas, Puskesmas Pembantu (Pustu) Puskesmas Keliling (Pusling).

2. Pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder).

Diperlukan untuk kelompok masyarakat yang memerlukan perawatan inap, yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan primer seperti Rumah Sakit tipe C dan Rumah Sakit tipe D.

3. Pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier).

Diperlukan untuk kelompok masyarakat atau pasien yang sudah tidak dapat ditangani oleh pelayanan kesehatan sekunder seperti Rumah Sakit tipe A dan Rumah sakit tipe B.

Menurut Azwar (1996) suatu pelayanan kesehatan harus mempunyai persyaratan pokok, hal ini dimaksudkan persyaratan pokok itu dapat memberi pengaruh kepada pasien dalam menentukan keputusannya terhadap penggunaan ulang pelayanan kesehatan.

1. Tersedia dan berkesinambungan

Syarat pokok pertama pelayanan yang baik adalah pelayanan kesehatan tersebut harus tersedia di masyarakat (*acceptable*) serta bersifat berkesinambungan (*sustainable*). Artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan masyarakat tidak sulit ditemukan, serta keberadaannya dalam masyarakat adalah pada setiap saat dibutuhkan.

2. Dapat diterima dan wajar

Syarat pokok kedua pelayanan yang baik adalah yang dapat diterima oleh masyarakat serta bersifat wajar artinya pelayanan kesehatan tersebut tidak bertentangan dengan keyakinan dan kepercayaan masyarakat pelayanan kesehatan yang bertentangan dengan keyakinan, adat istiadat, kebudayaan masyarakat serta bersifat tidak wajar bukanlah suatu keadaan pelayanan kesehatan yang baik.

3. Mudah dicapai

Syarat pokok ke tiga adalah mudah dicapai (*accessible*) oleh masyarakat. Pengertian ketercapaian yang dimaksud disini terutama dari sudut lokasi. Dengan demikian untuk dapat mewujudkan pelayanan kesehatan yang baik maka pengaturan distribusi sarana kesehatan menjadi sangat penting. Bila fasilitas ini mudah dijangkau dengan menggunakan alat transportasi yang tersedia maka fasilitas ini akan banyak dipergunakan. Tingkat penggunaan dimasa lalu dan kecenderungan merupakan indikator terbaik untuk perubahan jangka panjang dan pendek dari permintaan pada masa yang akan datang.

4. Terjangkau

Syarat pokok keempat pelayanan yang baik adalah terjangkau (*affordable*) oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud di sini terutama dari sudut biaya untuk dapat mewujudkan harus dapat diupayakan biaya pelayanan kesehatan tersebut sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat. Pelayanan kesehatan yang mahal yang hanya dapat dinikmati oleh sebagian masyarakat saja, bukan pelayanan kesehatan yang baik.

5. Bermutu

Syarat pokok kelima pelayanan yang baik adalah bermutu (*Quality*) yaitu yang menunjukkan pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan, yang di satu pihak dapat memuaskan para pemakai jasa pelayanan dan di pihak lain tata cara penyelenggaraan sesuai kode etik serta standar yang telah ditetapkan.

KESEHATAN MASYARAKAT

A. SEJARAH PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT

1. Pendahuluan

Pada hakikatnya pembangunan yang kita laksanakan ini, yang kita dengung-dengungkan sebenarnya adalah pembangunan manusia, dengan kata lain kita membangun sumber daya manusia. Indikator pembangunan manusia adalah Indeks Pembangunan Manusia (IPM) atau *Human Development Index (HDI)*. IPM atau HDI adalah indeks komposisi atau gabungan dari Umur Harapan Hidup (UHH), Angka Melek Huruf (tingkat pendidikan) dan Pendapatan Perkapita (GNP/Cap).

Salah satu indikator IPM yaitu Umur Harapan Hidup (UHH) adalah tanggung jawab dari pembangunan sektoral kesehatan, karena tujuan pembangunan kesehatan adalah peningkatan status atau derajat kesehatan, sedangkan indikator utama derajat kesehatan adalah Angka Kematian Bayi (AKB). Untuk menghitung UHH adalah dengan mengetahui AKB tersebut,

dengan kata lain tujuan pembangunan kesehatan pada akhirnya peningkatan UHH, dengan kata lain juga peranan pembangunan kesehatan sangat besar kontribusinya terhadap IPM atau pembangunan pada umumnya.

Pada lima tahun terakhir IPM Indonesia terpuruk terus. Posisi Indonesia pada urutan 112, sedangkan Vietnam 109, itu artinya pembangunan Indonesia di bawah Vietnam. Bila dilihat dari konsep IPM tersebut, maka salah satu penyebab buruknya kinerja pembangunan Indonesia adalah pembangunan kinerja kesehatan. Banyak penyebab rendahnya kinerja pembangunan kesehatan Indonesia, diantaranya yang cukup besar pengaruhnya adalah faktor lingkungan salah satunya lingkungan politik. Lingkungan politik yang kurang mendukung, menyebabkan berbagai kebijakan di bidang kesehatan yang juga kurang mendukung atau tidak "*Healthy Public Policy*", sehingga kebijakan kesehatan Indonesia yang kurang kondusif. Untuk upaya ini maka peranan promosi kesehatan sangat dominan dalam rangka membangun kemitraan untuk membangun koalisi strategis.

Perkembangan promosi kesehatan tidak terlepas dari perkembangan kesehatan masyarakat khususnya di Indonesia. Hal ini dapat dipahami karena Visi Promosi Kesehatan yang tertuang dalam berbagai konvensi Internasional Promosi Kesehatan, mulai dari Konferensi Promosi Kesehatan pertama di Ottawa, Canada tahun 1986 yang menerbitkan "*The Ottawa Charter*". Konferensi kedua di Adelaide, Australia tahun 1988 yang mengeluarkan "*Adelaide Recommendation*". Konferensi Ketiga di Sundsvall, Swedia tahun 1991 dan Konferensi yang terakhir atau keempat di Jakarta tahun 1997 dengan menerbitkan "*The Jakarta Declaration*" adalah mengubah lingkungan yang memengaruhi kesehatan yang tertuang dalam "*The Five Ottawa Charter Strategies*" diantaranya adalah "*built healthy public policy, create supportive environment, dan strengthen*

community action' (The Jakarta Declaration, 1997).

Sedangkan konsep kesehatan masyarakat visi terbesarnya yang dapat mengubah sistem atau yang besar pengaruhnya dalam memengaruhi kesehatan adalah faktor lingkungan di antara faktor-faktor perilaku, pelayanan kesehatan dan faktor hereditas (Blum, dalam Gani, 2000).

Uraian di atas menunjukkan bahwa paradigma atau pola pikir Kesehatan Masyarakat maupun Promosi Kesehatan adalah mengubah lingkungan atau sistem tatanan kesehatan secara komprehensif (holistik). Dengan kata lain peran Promosi Kesehatan dalam kesehatan adalah mengintervensi berbagai faktor derajat kesehatan dan faktor-faktor yang memengaruhinya (Notoatmodjo, 2005). Untuk itu, wajarlah bila kita membahas sedikit mengenai perkembangan kesehatan masyarakat.

2. Perkembangan Kesehatan Masyarakat.

Perkembangan Kesehatan Masyarakat tidak terlepas dari sejarah Kesehatan Masyarakat (Public Health), yaitu tidak terlepas dari dua tokoh mitologi Yunani Asclepius atau Aesculapius dan Higea. Aesculapius adalah seorang dokter pertama, yang tampan dan pandai telah melakukan pengobatan bahkan bedah dengan prosedur yang baik. Sedangkan Higea adalah asistennya yang cantik dan melakukan pencegahan penyakit dan mengajarkan kepada masyarakat untuk hidup bersih, melaksanakan hidup seimbang, kebersihan diri menghindari dari makanan dan minuman yang kotor dan beracun, makan makanan yang bergizi dan cukup istirahat.

Pada akhirnya kedua orang ini akhirnya menjadi suami istri. Menggabungkan dua aliran kesehatan yang berbeda tapi tidak saling bertentangan, saling berhubungan satu sama lain. Aliran Aesculapius cenderung menunggu terjadinya penyakit atau setelah sakit yaitu melalui pengobatan atau kuratif. Sedangkan aliran Higea cenderung melakukan pencegahan

penyakit (preventif) serta upaya-upaya peningkatan (promosi) kesehatan. Mitologi tersebut menjadi inspirasi bagi embrio Ilmu Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat.

B. PERIODE PERKEMBANGAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT.

1. Periode Sebelum Ilmu Pengetahuan (*Pre Scientific Period*).

Sejarah kebudayaan peradaban masyarakat kuno yang berpusat di Babylonia, Mesir, Yunani dan Roma (*The Pre-Cristion Period*). Pada saat itu pemerintah kota telah melakukan upaya-upaya pemberantasan penyakit. Sebagai bukti ditemukan dokumen-dokumen tentang peraturan-peraturan tertulis yang mengatur tentang pembuangan air limbah (*drainase*), pengaturan air minum, pembuangan sampah, dan sebagainya. (Hanlon, 1964). Dari hasil penemuan arkeologi pada saat itu telah dibangun WC Umum (*Public Latrine*) dan sumber air minum sendiri namun untuk alasan 'estetika', bukan untuk alasan kesehatan.

Pada kerajaan Romawi Kuno, peraturan-peraturan yang dibuat berdasarkan alasan kesehatan. Dalam hal itu pegawai kerajaan ditugaskan untuk melakukan supervisi ke lapangan ke tempat air minum (*Public Bar*), warung makan, tempat prostitusi, dan sebagainya. (Notoadmodjo, 2005).

a. Abad Pertama sampai Abad Ketujuh.

Pada masa ini berbagai penyakit menyerang penduduk. Di berbagai tempat terjadi endemik atau wabah penyakit. Bahkan begitu banyaknya penyakit menular dan, oleh karena itu kesehatan masyarakat makin dirasakan pentingnya (Halon, 1964). Penyakit kolera menjalar dari Inggris ke Afrika, kemudian ke Asia (khususnya Asia Barat dan Asia Timur) dan akhirnya sampai ke Asia Selatan. Pada Abad ke 7 India menjadi pusat

endemik kolera. Selain kolera, penyakit lepra menyebar dari Mesir ke Asia Kecil dan Eropa melalui emigran. Upaya-upaya yang dilakukan adalah perbaikan lingkungan yaitu hygiene dan sanitasi, pengusahaan air minum yang bersih, pembuangan sampah, ventilasi rumah telah menjadi bagian kehidupan masyarakat waktu itu (Notoadmodjo, 2005).

b. Abad ke-13 sampai abad ke-17.

Pada masa ini kejadian endemik Pes yang paling dasyat terjadi di China dan India, diperkirakan 13 juta orang meninggal. Catatan lain di India, Mesir dan Gaza 13.000 orang meninggal setiap harinya, atau selama wabah tersebut jumlah kematian mencapai 60 juta orang. Peristiwa tersebut dikenal dengan 'The Black Death'. Pada abad tersebut Kolera juga menjadi masalah di beberapa tempat. Tahun 1603 terjadi kematian 1 di antara 6 orang karena penyakit menular. Tahun 1665 meningkat menjadi 1 di antara 5 orang. Tahun 1759 tercatat penyakit-penyakit lain yang mewabah diantaranya Dipteri, Tifus, dan Disentri.

2. Periode Ilmu Pengetahuan (Scientific Period).

Penyakit yang muncul dalam periode ini terutama pada abad ke 18-sampai permulaan abad ke 19 bukan saja dilihat sebagai fenomena biologis yang sempit, tetapi merupakan suatu masalah yang kompleks. Pada masa ini juga ditemukan berbagai macam vaksin dan bahan disinfektans. Vaksin Cacar oleh Luis Pasteur, Asam Carbolic untuk sterilisasi ruangan operasi ditemukan oleh Joseph Lister, Ether untuk Anestesi oleh Williem Marton, dan sebagainya.

Tahun 1832 di Inggris terjadi Epidemik Kolera. Parlemen Inggris menugaskan Edmin Chadwich, seorang pakar sosial untuk memimpin penyelidikan penyakit tersebut. Atas laporannya tersebut parlemen Inggris mengeluarkan undang-undang tentang upaya-upaya peningkatan kesehatan penduduk, termasuk sanitasi lingkungan dan tempat kerja, pabrik, dan

sebagainya. John Simon diangkat oleh pemerintah Inggris untuk menangani masalah kesehatan.

Pada akhir abad ke-19 dan awal abad ke-20 mulai dikembangkan pendidikan tenaga kesehatan. Tahun 1883 Sekolah Tinggi Kedokteran didirikan oleh John Hopkins di Baltimore AS, dengan salah satu departemennya adalah Departemen Kesehatan Masyarakat. Tahun 1908 sekolah kedokteran mulai menyebar di Eropa, Kanada, dan sebagainya. Dari segi pelayanan masyarakat, pada tahun 1855 untuk pertama kalinya pemerintah AS membentuk Departemen Kesehatan yang merupakan peningkatan dari Departemen Kesehatan Kota yang sudah terbentuk sebelumnya. Tahun 1972 dibentuk Asosiasi Kesehatan Masyarakat Amerika (American Public Health Association) (Notoamodjo, 2005).

C. PERKEMBANGAN KESEHATAN MASYARAKAT DI INDONESIA.

1. Masa Pra-Kemerdekaan.

Pada tahun 1807 Gubernur Jendral Daendels melakukan pelatihan praktik persalinan pada para dukun bayi. Pada tahun 1851 didirikan sekolah dokter Jawa di Batavia yaitu STOVIA. Tahun 1888 di Bandung didirikan Pusat Laboratorium Kedokteran yang selanjutnya menjadi Lembaga Eykman sekarang. Pada Tahun 1913 didirikan Sekolah Dokter Belanda yaitu NIAS di Surabaya. Tahun 1922 terjadi wabah pes, sehingga tahun 1933-1935 diadakan pemberantasan pes dengan DDT dan vaksinasi massal.

Hasil penyelidikan Hydric, petugas kesehatan pemerintah waktu itu, penyebab kesakitan dan kematian yang terjadi di Banyumas adalah kondisi sanitasi, lingkungan dan perilaku penduduk yang sangat buruk. Hydric kemudian mengembangkan percontohan dan propaganda kesehatan.

2. Masa Era Kemerdekaan.

a. Pra Reformasi.

1. Masa Orde Lama.

Pada tahun 1951 konsep Bandung Plan diperkenalkan oleh dr. Y. Leimena dan dr. Patah, yaitu konsep pelayanan yang menggabungkan antara pelayanan kuratif dan preventif. Tahun 1956 didirikanlah proyek Bekasi oleh dr. Y. Sulianti di Lemah Abang, yaitu model pelayanan kesehatan pedesaan dan pusat pelatihan tenaga. Kemudian didirikan Health Centre (HC) di 8 lokasi, yaitu di Indrapura (Sumut), Bojong Loa (Jabar), Salaman (Jateng), Mojosari (Jatim), Kesiman (Bali), Metro (Lampung), DIY dan Kalimantan Selatan. Pada tanggal 12 November 1962 Presiden Soekarno mencanangkan program pemberantasan malaria dan pada tanggal tersebut menjadi Hari Kesehatan Nasional (HKN).

2. Masa Orde Baru.

Konsep Bandung Plan terus dikembangkan, tahun 1967 diadakan seminar konsep Puskesmas. Pada tahun 1968 konsep Puskesmas ditetapkan dalam Rapat Kerja Kesehatan Nasional dengan disepakatinya bentuk Puskesmas yaitu Tipe A, B & C. Kegiatan Puskesmas saat itu dikenal dengan istilah 'Basic'. Ada Basic 7, Basic 13 Health Service yaitu: KIA, KB, Gizi Mas., Kesling, P3M, PKM, BP, PHN, UKS, UHG, UKJ, Lab, Pencatatan dan Pelaporan. Pada tahun 1969, Tipe Puskesmas menjadi A & B. Pada tahun 1977 Indonesia ikut menandatangani kesepakatan Visi: "Health For All By The Year 2000", di Alma Ata, negara bekas Federasi Uni Soviet, pengembangan dari konsep "Primary Health Care". Tahun 1979 Puskesmas tidak ada pen 'Tipe'an, dan dikembangkan piranti manajerial Perencanaan dan penilaian Puskesmas yaitu 'Micro Planning' dan Stratifikasi Puskesmas. Pada tahun 1984 dikembangkan Posyandu, yaitu pengembangan dari pos penimbangan dan karang gizi. Posyandu dengan 5 programnya yaitu, KIA, KB, Gizi, Penanggulangan Diare dan

Imunisasi dengan 5 Mejanya (Notoadmodjo, 2005). Pada waktu-waktu selanjutnya Posyandu bukan saja untuk pelayanan Balita tetapi juga untuk pelayanan ibu hamil. Bahkan pada waktu-waktu tertentu untuk promosi dan distribusi Vit.A, Fe, Garam Yodium, dan suplemen gizi lainnya. Bahkan Posyandu saat ini juga menjadi andalan kegiatan penggerakan masyarakat (mobilisasi sosial) seperti PIN, Campak, Vit dan sebagainya.

b. Reformasi.

Waktu terus bergulir, tahun 1997 Indonesia mengalami krisis ekonomi. Kemiskinan meningkat, kemampuan daya beli masyarakat rendah, menyebabkan akses ke pelayanan kesehatan rendah, kemudian dikembangkan program kesehatan untuk masyarakat miskin yaitu, JPS-BK. Tahun 1998 Indonesia mengalami reformasi berbagai bidang termasuk pemerintahan dan menjadi negara dermokrasi. Tahun 2001 otonomi daerah mulai dilaksanakan, sehingga di lapangan program-program kesehatan bernuansa desentralisasi dan sebagai konsekuensi negara demokrasi, program-program kesehatan juga banyak yang bernuasa 'politis'. Tahun 2003 JPS-BK kemudian menjadi PKPS-BBM Bidang Kesehatan, tahun 2005 berubah lagi menjadi Askeskin.

Pada saat itu juga dikembangkan Visi Indonesia Sehat Tahun 2010 dengan Paradigma Sehat. Puskesmas dan Posyandu masih tetap eksis, bahkan Posyandu menjadi andalan ujung tombak 'mobilisasi sosial' bidang kesehatan. Dalam era otonomi dan demokrasi menuntut akuntabilitas dan kemitraan, sehingga berkembang LSM-LSM baik bidang kesehatan, maupun bukan untuk menuntut akuntabilitas tersebut dalam berbagai bentuk partisipasi. Sebagai 'partnership' LSM-LSM tersebut program kesehatan yang bertanggung jawab adalah Promosi Kesehatan. Promosi kesehatan harus menjadi ujung tombak mewakili program kesehatan secara keseluruhan, baik sebagai pemasaran-sosial Visi Indonesia Sehat 2010 untuk

mengubah paradigma (Paradigma Sehat) petugas kesehatan dan masyarakat.

Tugas lain promosi kesehatan melakukan **advokasi, komunikasi kesehatan dan mobilisasi sosial**, baik kepada pihak legislatif, eksekutif maupun masyarakat itu sendiri. Terutama melalui kemitraan dengan LSM-LSM tersebut. Dengan kata lain, pada era otonomi/desentralisasi saat ini sektor kesehatan harus diperjuangkan juga secara politik karena sebenarnya saat ini bidang kesehatan disebut juga sebagai era 'Political Health', maka peranan promosi kesehatan sangat menonjol dalam ikut mengkomodasi upaya tersebut dengan berbagai strategi.

Secara universal perkembangan Kesehatan Masyarakat dibagi menjadi 5 era, dengan dasar pembagian 5 unsur, yaitu unsur jangkauan dengan filosofi yang dianut dengan titik berat pelayanan, unsur penyelenggaraan pendidikan dan penelitian pengembangan, seperti pada tabel berikut ini.

Tabel 1: Era Perkembangan Kesehatan Masyarakat

Unsur Pengembangan	Empirical Health Era < 1850	Basic Science Era (1850-1900)	Clinical Science Era (1900-1950)	Public Health Science Era (1950-1900)	Political Science Era > 1900
Titik Berat Pelayanan	Gejala-Gejala Penyakit	Bakteri & Penyakit	Pasien (Penderita)	Masyarakat/ penduduk	Masyarakat dan Lingkungan Kesehatan
Cara Penyelenggaraan Pendidikan	Mengikuti petunjuk secara mutlak dari pengajar	Diagnosis Laboratorium	Poliklinik/Balaiobatan sebagai praktik	Klinik & balai Kesehatan Masyarakat dan masyarakat sebagai tempat praktik	RS Pendidikan dan daerah lokasi praktik
Penelitian dan Pengembangan	Pengalaman Empiris (historikal)	Pengembangan Laboratorium	Pengembangan Kedokteran	Pengembangan masyarakat dan dengan pengembangan tolak ukur dan kriteria-kriteria	Selain pengembangan Iptek Kedokteran dan masyarakat, juga dikembangkan bidang ilmu yang lain seperti ekonomi, sosial dan politik.

Sumber: Notoatmodjo, 2005

KONSEP PERAWAT KESEHATAN MASYARAKAT

A. PENDAHULUAN

Ada dua istilah yang perlu dipahami terlebih dahulu sebelum membahas perawatan kesehatan masyarakat, yaitu Public Health Nursing (PHN) dan Community Health Nursing (CHN), kedua istilah tersebut bila diterjemahkan kedalam bahasa Indonesia mempunyai arti yang sama yakni Perawatan Kesehatan Masyarakat. *Public Health Nursing* merupakan istilah lama, seperti halnya terdapat dalam buku karya Ruth B. Freeman yang berjudul *Public Health Nursing Practice* (1961), tetapi dalam bukunya *Community Health Nursing Practice* (1981), Freeman tidak lagi menggunakan istilah *Public* tetapi menggantinya dengan istilah *Community*.

Perubahan istilah tersebut disebabkan karena, Public Health Nursing mengandung pengertian yang sangat luas, tidak terbatas, misalnya masyarakat Indonesia, masyarakat Jepang dan sebagainya. Tidak jelas batasnya, sulit untuk mengukur sarasannya dalam pembinaan perawatan kesehatan

masyarakat, sehingga terjadilah perubahan istilah menjadi Community Health Nursing.

Community Health Nursing, *Community* artinya masyarakat terbatas yang mempunyai persamaan nilai (*values*), perhatian (*interest*) yang merupakan kelompok khusus dengan batas-batas geografi yang jelas, dengan norma dan nilai yang telah melembaga. Misalnya masyarakat suku terasing, masyarakat sekolah, masyarakat pekerja, masyarakat petani, dan dalam bidang kesehatan kita kenal dengan kelompok ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, ibu nifas, kelompok bayi, kelompok anak balita, kelompok usia lanjut, kelompok masyarakat dalam suatu wilayah desa binaan dan sebagainya. Dengan demikian dalam pembinaannya akan lebih mudah, karena telah diketahui karakteristik dari tiap-tiap kelompok tersebut.

Dalam perawatan kesehatan masyarakat (Community Health Nursing), *Community* (masyarakat) merupakan sasaran yang dibina atau yang mendapatkan pelayanan kesehatan dan keperawatan, *Health* (Kesehatan) adalah tujuan yang ingin dicapai, dan *Nursing* (keperawatan) adalah pelayanan yang diberikan, dan inilah inti dari perawatan kesehatan masyarakat.

Beberapa literatur menyebut Keperawatan Kesehatan Masyarakat secara terminologi sebagai Keperawatan Komunitas adalah pelayanan keperawatan profesional yang ditujukan pada masyarakat dengan penekanan kelompok risiko tinggi dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal melalui peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemeliharaan rehabilitasi dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan (CHN, 1977).

Di Indonesia dikenal dengan sebutan perawatan kesehatan masyarakat (PERKESMAS) yang dimulai sejak permulaan

konsep Puskesmas diperkenalkan sebagai institusi pelayanan kesehatan profesional terdepan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara komprehensif.

Banyak sekali definisi yang telah dirumuskan oleh para ahli keperawatan kesehatan masyarakat dan institusi-institusi kesehatan, diantaranya adalah:

1. World Health Organization (WHO,1995).

Perawat kesehatan masyarakat adalah lapangan perawat khusus yang merupakan gabungan keterampilan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan sosial, sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat secara keseluruhan dengan meningkatkan kesehatan, penyempurnaan kondisi sosial, perbaikan lingkungan fisik, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan bahaya yang lebih besar, ditujukan kepada keluarga yang sehat, individu yang sakit dan tidak dirawat di rumah sakit beserta keluarganya, kelompok masyarakat khusus yang mempunyai masalah kesehatan di mana hal tersebut akan memengaruhi masyarakat secara keseluruhan.

2. Ruth B. Freeman (1961).

Perawatan kesehatan masyarakat adalah sebagai suatu lapangan khusus di bidang keperawatan, di mana teknik keperawatan, keterampilan hubungan antara manusia dan keterampilan berorganisasi diterapkan dalam hubungan yang serasi pada keterampilan anggota profesi kesehatan lain dan kepada tenaga sosial demi untuk memelihara kesehatan masyarakat. Pelayanan perawatan kesehatan masyarakat meliputi pelayanan yang komprehensif yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok-kelompok dan meliputi pula kegiatan-kegiatan kesehatan masyarakat yang ditujukan kepada masyarakat secara keseluruhan, seperti penyelidikan dengan epidemiologi, memberikan

kesadaran tentang hukum dan perundang-undangan terutama di bidang kesehatan dan mengorganisasi masyarakat untuk melakukan kegiatan-kegiatan kesehatan.

3. American Nurses Association (1973).

Perawatan kesehatan masyarakat adalah suatu sintesis dari praktik keperawatan dan praktik kesehatan masyarakat yang diterapkan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan penduduk. Sifat dari praktik ini adalah menyeluruh dan paripurna, pelayanan tidak terbatas pada kelompok umur tertentu, pelayanan perawatan kesehatan masyarakat berkelanjutan tidak epidotik, tanggung jawabnya yang dominan adalah terhadap seluruh penduduk. Karena itu, perawatan ditujukan pada individu-individu, keluarga-keluarga, kelompok-kelompok yang memengaruhi kesehatan terhadap keseluruhan penduduk, peningkatan kesehatan, pemeliharaan kesehatan, penyuluhan kesehatan, koordinasi dan pelayanan keperawatan yang berkelanjutan dipergunakan dalam pendekatan yang menyeluruh terhadap keluarga, kelompok dan masyarakat.

4. Departemen Kesehatan RI (1986).

Perawatan kesehatan masyarakat adalah suatu pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang dilaksanakan oleh perawat, dengan mengikutsertakan team kesehatan lainnya dan masyarakat untuk memperoleh tingkat kesehatan yang lebih tinggi dari individu, keluarga dan masyarakat.

5. Rapat Kerja Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Cibulan tanggal 2-5 April 1989

Perawatan kesehatan masyarakat adalah suatu bidang dalam keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan

peran serta aktif masyarakat, serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu, ditujukan pada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sebagai suatu kesatuan yang utuh melalui proses keperawatan untuk ikut meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara mandiri dalam upaya kesehatannya (Depkes RI, 1993).

6. Effendy, 1998.

Perawatan Kesehatan Masyarakat adalah bidang khusus dari keperawatan yang merupakan gabungan dari ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat, dan ilmu sosial yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit (mempunyai masalah kesehatan/keperawatan), secara komprehensif melalui upaya-upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dan resosialitatif dengan melibatkan peran aktif masyarakat secara terorganisir bersama tim kesehatan lain untuk dapat mengenal masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi serta memecahkan masalah-masalah yang mereka miliki menggunakan proses keperawatan sesuai dengan kemampuan untuk meningkatkan taraf hidup sehat sehingga dapat meningkatkan fungsi kehidupan dan derajat kesehatan seoptimal mungkin dan diharapkan dapat mandiri dalam memelihara kesehatannya.

Dari beberapa definisi di atas maka dapat ditarik satu kesimpulan bahwa unsur-unsur perawatan kesehatan masyarakat adalah;

1. Bagian integral dari pelayanan kesehatan, khususnya keperawatan.
2. Merupakan bidang khusus dari keperawatan

3. Gabungan dari ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu sosial (interaksi sosial dan peran serta masyarakat)
4. Sasaran pelayanan adalah individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit.
5. Ruang lingkup kegiatan adalah upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif (lebih ditekankan kepada upaya promotif dan preventif).
6. Melibatkan partisipasi masyarakat.
7. Bekerja secara team.
8. Menggunakan pendekatan pemecahan masalah dan perilaku.
9. Menggunakan proses keperawatan sebagai pendekatan ilmiah.
10. Bertujuan untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan masyarakat secara keseluruhan.

B. TUJUAN PERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Secara umum Perawatan Kesehatan Masyarakat bertujuan meningkatkan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat sehingga tercapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya agar dapat menjalankan fungsi kehidupan sesuai dengan kapasitas yang dimiliki. Sedangkan tujuan khusus Perawatan Kesehatan Masyarakat adalah mengidentifikasi masalah kesehatan dan keperawatan yang dihadapi, menetapkan masalah kesehatan atau keperawatan dan prioritas masalah, merumuskan berbagai alternatif pemecahan masalah keperawatan yang mereka hadapi, penilaian hasil kesehatan dalam memecahkan masalah kesehatan/keperawatan, mendorong dan meningkatkan partisipasi masyarakat dalam pelayanan kesehatan atau keperawatan, meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan secara

mandiri (self care), menanamkan perilaku sehat melalui upaya pendidikan kesehatan, tertanganinya kelompok-kelompok risiko tinggi yang rawan terhadap masalah kesehatan, menunjang fungsi puskesmas dalam menurunkan angka kematian bayi, ibu dan balita serta tercapainya keluarga kecil bahagia dan sejahtera (Effendy, 1998).

C. SASARAN KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Sasaran Perawatan Kesehatan Masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya (Depkes RI, 1993).

Sasaran perawatan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok khusus baik yang sehat maupun yang sakit yang mempunyai masalah kesehatan atau keperawatan.

1. Individu

Individu adalah bagian dari anggota keluarga. Apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan atau keperawatan karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri oleh sesuatu hal dan sebab, maka akan dapat memengaruhi anggota keluarga lainnya baik secara fisik, mental maupun sosial.

2. Keluarga

Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat, terdiri atas kepala keluarga. Anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah tangga karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, satu dengan lainnya saling tergantung dan berinteraksi. Bila salah satu atau beberapa anggota keluarga mempunyai masalah kesehatan/keperawatan, maka akan berpengaruh

terhadap anggota-anggota keluarga yang lain, dan keluarga-keluarga yang ada di sekitarnya.

3. Kelompok khusus

Kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan, dan termasuk diantaranya adalah:

- a. Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhannya, seperti: ibu hamil, bayi baru lahir, anak balita, anak usia sekolah dan usia lanjut. Kelompok dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan keperawatan, diantaranya adalah:
 - b. Penderita penyakit menular, seperti: TBC, Lepra, AIDS, penyakit kelamin lainnya.
 - c. Penderita yang menderita penyakit tidak menular seperti: penyakit DM, jantung koroner, cacat fisik, gangguan mental dan lainnya.
 - d. Kelompok yang mempunyai risiko terserang penyakit, diantaranya: wanita tuna susila, kelompok penyalahgunaan obat dan narkotika serta kelompok-kelompok pekerja tertentu.
4. Lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi diantaranya adalah: panti wredha, panti asuhan, pusat-pusat rehabilitasi (cacat fisik, mental, sosial) dan penitipan anak balita.
 5. Masyarakat adalah sekelompok manusia yang telah hidup dan bekerja sama cukup lama sehingga mereka dapat mengatur diri mereka dan menganggap diri mereka sebagai suatu kesatuan sosial dengan batas-batas yang telah ditetapkan dengan jelas. Masalah kesehatan masyarakat dapat bermula dari perilaku individu, keluarga, ataupun perilaku kelompok masyarakat dalam banyak hal,

diantaranya adalah yang berkaitan dengan kesehatan lingkungan, misalnya membuang sampah sembarangan, BAB di sungai yang digunakan orang banyak sebagai tempat mandi, mencuci dan aktivitas-aktivitas lainnya.

Menurut Effendy, (1998) yang dimaksud individu adalah bagian dari anggota keluarga. Apabila individu tersebut mempunyai masalah kesehatan/keperawatan karena ketidakmampuan merawat dirinya sendiri oleh sesuatu hal dan sebab maka akan dapat memengaruhi anggota keluarga lainnya baik secara fisik, mental maupun sosial.

Sedangkan pengertian keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat terdiri dari kepala keluarga, anggota keluarga lainnya yang berkumpul dan tinggal dalam suatu rumah karena pertalian darah dan ikatan perkawinan atau adopsi, di mana satu dengan lainnya saling tergantung dan berinteraksi. Pengertian kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan dan termasuk di dalamnya adalah:

- a. Kelompok khusus dengan kebutuhan kesehatan khusus sebagai akibat perkembangan dan pertumbuhan seperti ibu hamil, bayi baru lahir. Anak balita, anak usia sekolah, dan usia lanjut.
- b. Kelompok khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan serta asuhan keperawatan, diantaranya penderita penyakit menular TBC, lepra, AIDS, dan lain-lain. Penderita dengan penyakit tidak menular seperti diabetes mellitus, jantung koroner, cacat fisik, gangguan mental, dan lain-lain.
- c. Kelompok yang mempunyai risiko terserang penyakit diantaranya: wanita tuna susila, kelompok penyalahgunaan obat dan narkotika, kelompok pekerja tertentu dan lain-lain.

- d. Lembaga sosial, perawatan dan rehabilitasi, diantaranya panti wredha, panti asuhan, pusat pusat rehabilitasi dan penitipan anak balita.

Sedangkan pengertian masyarakat adalah masyarakat dalam wilayah tertentu yang mempunyai masalah kesehatan, misalnya masyarakat di daerah endemis suatu penyakit seperti endemis malaria, diare, DHF, dan lain-lain, masyarakat dengan lingkungan kehidupan yang buruk, misalnya daerah kumuh perkotaan; masyarakat di daerah yang mempunyai masalah kesehatan yang menonjol dibandingkan dengan daerah sekitarnya, seperti daerah AKB tinggi; masyarakat di daerah yang mempunyai kesenjangan pelayanan kesehatan lebih tinggi dari daerah sekitarnya, seperti cakupan ANC rendah, cakupan imunisasi rendah dan lain-lain; serta masyarakat di daerah pemukiman baru yang diperkirakan akan mengalami hambatan dalam melaksanakan adaptasi kehidupannya, seperti masyarakat di daerah transmigrasi, pemukiman kembali masyarakat terasing dan lain-lain (Effendy, 1998).

D. RUANG LINGKUP KEPERAWATAN MASYARAKAT.

Ruang lingkup praktik perawatan kesehatan masyarakat, meliputi upaya-upaya, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan (preventif), pemeliharaan kesehatan dan pengobatan (kuratif), pemulihan kesehatan (rehabilitatif) dan mengembalikan serta memfungsikan kembali baik individu, keluarga dan kelompok masyarakat ke lingkungan sosial dan masyarakatnya (resosialitatif). Dalam memberikan asuhan perawatan kesehatan masyarakat kegiatan yang ditekankan adalah upaya promotif dan preventif dengan tidak melupakan upaya-upaya kuratif, rehabilitatif dan resosialitatif.