



YAYASAN KEPERAWATAN YOGYAKARTA AKADEMI KEPERAWATAN "YKY"

KAMPUS : JL. PATANGPULUHAN, SONOSEWU, NGESTIHARJO
KASIHAN, BANTUL, YOGYAKARTA TELP./FAX.(0274) 450691

SK BAN-PT : NOMOR.896/SK/BAN-PT/Akred/PT/XI/2020

SK LAM-PTKes : NOMOR.0390/LAM-PTKes/Akr/Dip/XI/2020

SURAT TUGAS

NO : 216.A/KP.04.06/AKPER YKY/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tri Arini, S.Kep.Ns.,M.Kep
Jabatan : Direktur
NIK : 1141 03 052

Dengan ini menugaskan :

Nama : Eddy Murtoyo, S.Kep.Ns.,M.Kep
NIK : 1141 99 032
Jabatan : Dosen

Untuk melaksanakan tugas pembuatan Book Chapter Keperawatan Komunitas, Gerontik dan Transkultural Tahun Akademik 2022/2023 yang diselenggarakan pada:

Periode : Semester Ganjil T.A. 2022/2023
Tempat : Akper "YKY" Yogyakarta

Demikian surat tugas ini dibuat untuk dilaksanakan sebagaimana mestinya.

Yogyakarta, 20 Desember 2022

Direktur

Tri Arini, S.Kep.Ns., M.Kep

NIK : 1141 03 052





Editor : Arif Munandar

KEPERAWATAN KOMUNITAS, GERONTIK DAN TRANSKULTURAL



Sukardin | Ni Kadek Muliawati | Roifatun Nisa | Maria Yonita Bina
Eddy Murtoyo | Wahyuni Maria Prasetyo Hutomo | Much Nurkharistna Al Jihad
Herliana Monika Azi Djogo | Moidaliza | Rima Berlian Putri | Arfan Adinata
Claudia Fariday Dewi | Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih | Ni Made Ayu
Sukma Widyandari | Erviana | Muh. Jumaidi Sapwal | Rahmita Nuril Amalia
Chindy Maria Orizani | Lola Illona Elfani Kausar | Aswat | Nurul Faidah
Dewi Kusumaningtyas | Dwi Yuniar Ramadhani | Minarti | Ely Mawaddah
Nur Hasanah | Dwi Wulan Minarsih | Falerisiska Yunere | Baithesda
Ni Wayan Suniyadewi | Mira Utami Ningsih | Arif Budiwibowo | Arif Munandar

BUNGA RAMPAI

**KEPERAWATAN KOMUNITAS, GERONTIK
DAN TRANSKULTURAL**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

KEPERAWATAN KOMUNITAS, GERONTIK DAN TRANSKULTURAL

Sukardin | Ni Kadek Muliawati | Roifatun Nisa
Maria Yoanita Bina | Eddy Murtoyo
Wahyuni Maria Prasetyo Hutomo
Much Nurkharistna Al Jihad
Herliana Monika Azi Djogo
Maidaliza | Rima Berlian Putri
Arfan Adinata | Claudia Fariday Dewi
Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih
Ni Made Ayu Sukma Widyandari
Erviana | Muh. Jumaidi Sapwal
Rahmita Nuril Amalia | Chindy Maria Orizani
Lola Illona Elfani Kausar | Aswati
Nurul Faidah | Dewi Kusumaningtyas
Dwi Yuniar Ramadhani | Minarti
Ely Mawaddah | Nur Hasanah
Dwi Wulan Minarsih
Falerisiska Yunere | Baithesda
Ni Wayan Suniyadewi | Mira Utami Ningsih
Arif Budiwibowo | Arif Munandar

Penerbit



CV. MEDIA SAINS INDONESIA
Melong Asih Regency B40 - Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
www.medsan.co.id

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

KEPERAWATAN KOMUNITAS, GERONTIK DAN TRANSKULTURAL

Sukardin | Ni Kadek Muliawati
Roifatun Nisa | Maria Yoanita Bina | Eddy Murtoyo
Wahyuni Maria Prasetyo Hutomo
Much Nurkharistna Al Jihad | Herliana Monika Azi Djogo
Maidaliza | Rima Berlian Putri | Arfan Adinata
Claudia Fariday Dewi | Ninda Ayu Prabasari Panglipurningsih
Ni Made Ayu Sukma Widyandari
Erviana | Muh. Jumaidi Sapwal | Rahmita Nuril Amalia
Chindy Maria Orizani | Lola Illona Elfani Kausar | Aswati
Nurul Faidah | Dewi Kusumaningtyas | Dwi Yuniar Ramadhani
Minarti | Ely Mawaddah | Nur Hasanah
Dwi Wulan Minarsih | Falerisiska Yunere
Baithesda | Ni Wayan Suniyadewi
Mira Utami Ningsih | Arif Budiwibowo | Arif Munandar

Editor :

Arif Munandar

Tata Letak :

Risma Birrang

Desain Cover :

Manda Aprikasari

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

xii, 522

ISBN :

978-623-362-977-5

Terbit Pada :

Januari 2023

Hak Cipta 2023 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas berkat, rahmat dan karunia-Nya sehingga buku kolaborasi dalam bentuk buku dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah akademisi dan praktisi sesuai dengan kepakarannya masing-masing. Buku ini diharapkan dapat hadir untuk memberikan kontribusi positif dalam ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan **Keperawatan Komunitas, Gerontik dan Transkultural**.

Sistematika buku **Keperawatan Komunitas, Gerontik dan Transkultural** ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Pada buku ini terdiri dari 32 BAB yaitu konsep dasar falsafah dan paradigma keperawatan komunitas, tren dan isu keperawatan komunitas, promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan primer, peran dan fungsi perawat komunitas, etika dan nilai keperawatan komunitas, teori model dan praktik keperawatan komunitas, evidenced based keperawatan komunitas, proses asuhan keperawatan dan dokumentasi keperawatan komunitas, proses penerapan asuhan keperawatan komunitas dalam pembelajaran lapangan, pelayanan home care dan terapi komplementer pada keperawatan komunitas, usaha kesehatan sekolah dan puskesmas, asuhan keperawatan komunitas pada kelompok rentan: lansia dan tunawisma, konsep dasar tren dan isu keperawatan gerontik, konsep perubahan dan masalah kesehatan lansia, teori dan model keperawatan gerontik, peran perawat dan komunikasi dengan lansia, posyandu lansia dan nutrisi pada lansia, aspek psikososial dan spiritual pada lansia, asuhan keperawatan pada individu lansia, asuhan keperawatan pada kelompok lansia, insomnia dan penatalaksanaan medis/non medis pada lansia dengan insomnia, konsep dasar, budaya dan tujuan keperawatan transkultural, hubungan dan model keperawatan transkultural, antropologi kesehatan, perkembangan IPTEK dalam aplikasi keperawatan transkultural, globalisasi dalam pelayanan kesehatan, nutrisi dalam perspektif

keperawatan transkultural, tradisi keagamaan dan kepercayaan yang berhubungan dengan peningkatan kesehatan, proses keperawatan transkultural, aplikasi konsep dan prinsip keperawatan transkultural, keperawatan komunitas dalam transformasi kesehatan dan teori transkultural nursing Leininger. Oleh karena itu diharapkan Buku ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran baik di perguruan tinggi dan sejenis lainnya.

Kami menyadari bahwa tulisan ini jauh dari kesempurnaan dan masih terdapat banyak kekurangan, sejatinya kesempurnaan itu hanya milik Yang Kuasa. Oleh sebab itu, kami tentu menerima masukan dan saran dari pembaca demi penyempurnaan lebih lanjut.

Akhirnya kami mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada semua pihak yang telah mendukung dalam proses penyusunan dan penerbitan buku ini, secara khusus kepada **Penerbit Media Sains Indonesia** sebagai insiator Buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi pembaca sekalian.

Bandung, 5 Desember 2022

Editor

Ns. Arif Munandar, S.Kep., M.Kep

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 KONSEP DASAR, FALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN KOMUNITAS	1
Konsep Dasar Keperawatan Komunitas	1
Falsafah dan Paradigma Keperawatan Komunitas	9
2 TREN DAN ISU KEPERAWATAN KOMUNITAS LEGALITAS TERAPI KOMPLEMENTER DALAM PRAKTIK KEPERAWATAN DAN ISU RUU TENTANG KESEHATAN OMNIBUS LAW.....	19
Legalitas Terapi Komplementer dalam Praktik Keperawatan	19
Isu Rancangan Undang-Undang tentang Kesehatan Omnibus Law	24
3 PROMOSI KESEHATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER	35
Definisi Promosi Kesehatan.....	35
Ruang Lingkup Promosi Kesehatan	36
Strategi Promosi Kesehatan	38
Sasaran Promosi Kesehatan.....	39
Metode Promosi Kesehatan	40
Media Promosi Kesehatan	41
Evaluasi dan Monitoring Promosi Kesehatan	44
Pelayanan Kesehatan Primer	44
4 PERAN DAN FUNGSI PERAWAT DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS	51
Klinisi	51

	Pendidik.....	52
	Advokat	53
	Manajer	54
	Kolaborator	57
	Leadership	58
	Peneliti.....	58
5	ETIKA DAN NILAI KEPERAWATAN KOMUNITAS	63
	Latar Belakang	63
	Populasi Rentan (Vulnerable Populations).....	64
	Populasi Rentan di Indonesia.....	64
	Area Praktik Perawat Kesehatan Komunitas	65
	Etik dalam keperawatan komunitas.....	68
	Prinsip Dasar dan Etika dalam Kesehatan Komunitas	70
	Isu Etik pada Populasi Rentan.....	71
	Model Penyelesaian Dilema Etik	72
	Contoh Kasus dan Penyelesaian Menurut Langkah DECIDE.....	72
6	TEORI DAN PRAKTIK KOMUNITAS	77
	Pengantar	77
	Teori dan Ptaktik Komunitas	77
	Teori Model Komunitas Sebagai Mitra/ Partner Menurut Anderson & Mc Falane.....	90
	Jenis Kajian <i>Theory</i> dalam Peningkatan Praktik Komunitas dalam Promosi Kesehatan.....	91
	Hasil Penelitian Terkait Strategi, Fasilitator, dan Hambatan Penerapan Praktik Berbasis Bukti dalam Keperawatan Komunitas.....	92

7	<i>EVIDENCE BASED KEPERAWATAN KOMUNITAS</i>	97
	Definisi <i>Evidence Based</i>	97
	Tujuan Dan Manfaat <i>Evidanced Based Keperawatan Komunitas</i>	98
	Komponen <i>Evidanced Based Keperawatan Komunitas</i>	98
	Model.....	99
	Langkah dalam <i>Evidanced Based</i>	100
	Implementasi <i>Evidanced Based Keperawatan Komunitas</i>	105
8	PROSES ASUHAN KEPERAWATAN & DOKUMENTASI KEPERAWATAN KOMUNITAS....	117
	Pendahuluan	117
	Proses Asuhan Keperawatan Komunitas	117
	Dokumentasi Keperawatan Komunitas	129
9	PROSES PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS DALAM PEMBELAJARAN LAPANGAN	133
	Kasus	133
	Pengkajian Menggunakan Model <i>Community As Partner</i>	134
	Analisa Data	136
	Rencana Intervensi	139
	Implementasi	146
	Evaluasi.....	146
10	PELAYANAN <i>HOME CARE</i> DAN TERAPI KOMPLEMENTER PADA KEPERAWATAN KOMUNITAS	149
	Pelayanan <i>Home Care</i>	149

	Terapi Komplementer.....	155
11	USAHA KESEHATAN SEKOLAH DAN PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT	163
	Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).....	163
	Pengertian Uks	164
	Tujuan UKS	164
	Trias UKS	165
	Sasaran UKS	166
	Stratifikasi UKS	166
	Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	172
	Pengertian Puskesmas	172
	Wilayah Kerja Puskesmas	173
	Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas	173
	Tugas dan Fungsi Puskesmas.....	174
	Wewenang Puskesmas	175
	Kategori Puskesmas.....	177
12	ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS PADA KELOMPOK RENTAN : LANSIA DAN TUNAWISMA.....	181
	Pengertian Kelompok Rentan	181
	Asuhan Keperawatan Komunitas Kelompok Rentan Lansia.....	182
	Asuhan Keperawatan Kelompok Rentan Tunawisma	192
13	KONSEP DASAR, TREN DAN ISU KEPERAWATAN GERONTIK.....	201
	Pendahuluan	201
	Definisi Keperawatan Gerontik.....	201

	Tujuan Keperawatan Gerontik	202
	Peran Perawat Gerontik	203
	Fungsi Perawat Gerontik.....	204
	Fokus Keperawatan Gerontik.....	205
	Pelayanan Kesehatan pada Usia Lanjut	206
	Tren dan Issue Keperawatan Gerontik	208
14	KONSEP PERUBAHAN DAN MASALAH KESEHATAN LANSIA	217
	Sistem Integumen	217
	Sistem Neuromuskular	219
	Sistem Sensori-Persepsi.....	220
	Sistem Kardiovaskuler	220
	Sistem Gastrointestinal.....	221
	Sistem Endokrin	222
	Sistem Genitourinaria.....	223
	Sistem Pernapasan	224
	Perubahan Konsidi Mental.....	224
	Perubahan Psikososial	225
	Masalah Kesehatan pada Lansia.....	226
15	TEORI DAN MODEL KEPERAWATAN GERONTIK.....	231
	Teori Adaptasi Menurut S. Calista Roy.....	231
	Teori Self Care Orem	234
	Teori Kenyamanan Katharina Colcaba	236
	Teori Penuaan yang Sukses Troutman Jordan	239
16	PERAN PERAWAT DAN KOMUNIKASI DENGAN LANSIA	247

	Peran Perawat.....	247
	Macam-Macam Peran Perawat	247
	Komunikasi dengan Lansia.....	251
17	POSYANDU LANSIA DAN NUTRISI PADA LANSIA	267
	Posyandu Lansia.....	267
	Nutrisi pada Lansia.....	275
18	ASPEK PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL PADA LANSIA.....	289
	Aspek Psikososial pada Lansia.....	289
	Masalah Aspek Psikososial pada Lansia.....	292
	Aspek Spiritual pada Lansia	295
	Masalah Spiritual pada Lansia.....	298
19	ASUHAN KEPERAWATAN PADA INDIVIDU LANSIA	305
	Pengkajian Individu Lansia	306
	Analisis Data	312
	Rencana Asuhan Keperawatan	314
	Lampiran	317
	Interpretasi:	317
	Kuesioner kesepian diadopsi dari The UCLA Loneliness Scale.....	319
20	ASUHAN KEPERAWATAN KELOMPOK LANSIA	323
	Pengkajian Data.....	323
	Analisa Data	330
	Diagnosa Keperawatan	333
	<i>Plan of Action</i>	335

	Implementasi & Evaluasi	339
21	NSOMNIA DENGAN PENATALAKSANAAN FARMAKOLOGI DAN NON FARMAKOLOGI	347
	Pengertian Insomnia	347
	Faktor Penyebab Insomnia.....	348
	Klasifikasi Insomnia diantaranya:	349
	Tanda dan Gejala Insomnia	350
	Dampak Insomnia	351
	Penanganan Insomnia dengan Farmakologi dan Non Farmakologi.....	351
	Penatalaksanaan Aromaterapi Sereh untuk Menurunkan Insomnia Lansia	354
	Langkah-Langkah Aromaterapi Inhalasi Sereh ...	356
22	KONSEP DASAR, BUDAYA DAN TUJUAN KEPERAWATAN TRANSKULTURAL	363
	Konsep Dasar Keperawatan Transkultural.....	363
	Budaya	368
23	HUBUNGAN DAN MODEL KEPERAWATAN TRANSKULTURAL.....	375
	Pendahuluan	375
	Leininger Sunrise Model	377
	Komponen Sunrise Model	380
	Dimensi Leininger Sunrise Model.....	382
	Strategi dalam Intervensi dan Implementasi	383
	<i>Culture Competent Nursing Care</i>	383
	Komunikasi Lintas Budaya	384

24	ANTROPOLOGI KESEHATAN	387
	Perspektif Antropologi Kesehatan.....	387
	Antropologi dalam Keperawatan.....	390
	Perilaku sakit (<i>illnes behaviour</i>).....	391
25	PERKEMBANGAN ILMU PENGETAHUAN DAN TEKNOLOGI (IPTEK) DALAM APLIKASI KEPERAWATAN TRANSKULTURAL	407
	Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi dalam Keperawatan	407
	Perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi (Iptek) dalam Aplikasi Keperawatan Transkultural.....	409
	Dampak Perkembangan IPTEK terhadap Pelayanan Kesehatan.....	415
26	GLOBALISASI DALAM PELAYANAN KESEHATAN	419
	Definisi Globalisasi	419
	Dampak Perubahan dalam Globalisasi	420
	Tantangan dan Peluang Globalisasi Pelayanan Kesehatan.....	424
	Strategi dan Kebijakan.....	428
27	NUTRISI DALAM PERSPEKTIF KEPERAWATAN TRANSKULTURAL	433
	Pendahuluan	433
	Budaya Makan Masyarakat Indonesia	434
	Sistem Budaya dan Masalah Nutrisi	436
	Implikasi Keperawatan Transkultural	440

28	TRADISI KEAGAMAAN DENGAN KEPERCAYAAN YANG BERHUBUNGAN DENGAN PENINGKATAN KESEHATAN	447
	Konsep Keagamaan.....	447
	Tujuan Orang Beragama.....	448
	Konsep Kesehatan	449
	Manfaat Agama untuk Kesehatan.....	451
	Tradisi Keagamaan dan Kepercayaan.....	452
29	PROSES KEPERAWATAN TRANSKULTURAL.....	459
	Pengkajian	459
	Komunikasi	459
	Ruang.....	460
	Organisasi Sosial	461
	Waktu	462
	Pengendalian Lingkungan.....	463
	Variasi Biologi.....	464
	Diagnosa Keperawatan	466
	Rencana Keperawatan	466
30	APLIKASI KONSEP DAN PRINSIP KEPERAWATAN TRANSKULTURAL.....	473
	Konsep dan Prinsip Keperawatan Transkultural.....	473
	Aplikasi Asuhan Keperawatan Transkultural	474
	Contoh Kasus Penerapan Keperawatan Transkultural.....	480

31	KEPERAWATAN KOMUNITAS DALAM PROGRAM TRANSFORMASI KESEHATAN	487
	Pendahuluan	487
	Transformasi Kesehatan di Indonesia	489
	6 Pilar Transformasi Sistem Kesehatan di Indonesia	490
	Keperawatan Komunitas dalam Transformasi Sistem Kesehatan di Indonesia	493
32	TEORI TRANSKULTURAL <i>NURSING</i> <i>LEININGER</i>	501
	Pendahuluan	501
	Konsep Utama Teori Keperawatan Transkultural.....	505
	Penerapan Teori Madeleine Leininger dalam Keperawatan.....	508
33	PARADIGMA KEPERAWATAN TRANSKULTURAL.....	513
	Pendahuluan	513
	Paradigma Keperawatan Transkultural.....	517

ETIKA DAN NILAI KEPERAWATAN KOMUNITAS

Ns. Eddy Murtoyo, M.Kep.

Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta

Latar Belakang

Menurut World Health Organization (WHO) definisi sehat adalah keadaan sehat sejahtera fisik mental sosial dan bukan hanya bebas dari penyakit dan kelemahan saja tetapi juga seperti yang tertera dalam Undang Undang Kesehatan Republik Indonesia No 23 tahun 1992 yang memasukkan unsur hidup produktif sosial dan ekonomi. Sehat secara sosial adalah mampu melakukan interaksi positif di dalam komunitas yang dapat memberikan dukungan pada peningkatan kesehatan bersama sehingga sehat adalah keadaan yang sempurna baik fisik, mental dan sosial yang tidak sedang mengalami sakit atau kelemahan serta dapat hidup bersama dalam komunitas yang saling berinteraksi satu dengan yang lain dan hidup secara produktif. Perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok dan komunitas harus memperhatikan aspek etika keperawatan karena perawat komunitas dalam memberikan asuhan keperawatan sering menghadapi situasi yang sulit. Perawat komunitas harus mampu berkontribusi dan berperan aktif dalam kesehatan masyarakat dengan mengutamakan prinsip pelayanan promotif, preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai suatu

kesatuan yang utuh dimana klien bisa saja memiliki keterbatasan pemahaman kesehatan, keterbatasan ekonomi dan keterbatasan mengakses pelayanan kesehatan. Situasi komunitas yang memiliki banyak keterbatasan akan memberikan kesulitan untuk meningkatkan atau mempertahankan kesehatan, sedangkan tugas perawat komunitas adalah menciptakan lingkungan komunitas yang dapat mendukung kesehatan mereka secara mandiri.

Populasi Rentan (Vulnerable Populations)

Populasi rentan adalah bagian dari populasi yang lebih mudah mengalami masalah kesehatan akibat terpapar risiko atau akibat buruk dari masalah kesehatan. (Stanhope & Lancaster, 2015). Menurut Maurer & Smith (2013), populasi rentan adalah populasi yang memiliki karakteristik lebih memungkinkan berkembangnya masalah kesehatan, dan lebih mengalami kesulitan dalam menjangkau pelayanan kesehatan, kemungkinan besar penghasilan kurang atau masa hidup yang lebih singkat akibat kondisi kesehatan.

Populasi Rentan di Indonesia

Sasaran keperawatan kesehatan masyarakat adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, kelompok beresiko tinggi termasuk kelompok/masyarakat penduduk di daerah kumuh, terisolasi, berkonflik, dan daerah yang tidak terjangkau pelayanan kesehatan keperawatan kesehatan masyarakat, merupakan salah satu kegiatan pokok Puskesmas yang sudah ada sejak konsep Puskesmas di perkenalkan. Perawatan Kesehatan Masyarakat sering disebut dengan PHN (Public Health Nursing) (Depkes, 2006).

Populasi rentan di Indonesia yang membutuhkan perhatian perawat Kesehatan komunitas dan pemerintah antara lain: (Allender, Rector & Warner, 2014)

1. Kemiskinan dan anak jalanan (*homelessness*)
2. Remaja yang hamil

3. Penduduk migran
4. Penduduk pedesaan (rural)
5. Orang dengan masalah kejiwaan
6. Penderita kecacatan
7. Penyalahgunaan alcohol dan obat terlarang
8. Korban kekerasan dalam rumah tangga
9. Penderita penyakit menular
10. Penderita penyakit kronik
11. Penderita HIV/AIDS, hepatitis B, dan penyakit seksual
12. Kelompok etnis minoritas
13. Kelompok lanjut usia

Area Praktik Perawat Kesehatan Komunitas

Perawat kesehatan komunitas bekerja sama dengan komunitas dan populasi untuk mengurangi resiko kesehatan dan meningkatkan, mempertahankan serta memperbaiki kembali kesehatan.

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

1. Di dalam unit pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dll) yang mempunyai pelayanan rawat jalan dan rawat inap
2. Di rumah Perawat “home care” memberikan pelayanan secara langsung pada keluarga di rumah yang menderita penyakit akut maupun kronis. Peran *home care* dapat meningkatkan fungsi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mempunyai resiko tinggi masalah kesehatan.
3. Di sekolah Perawat sekolah dapat melakukan perawatan sesaat (day care) diberbagai institusi pendidikan (TK, SD, SMP, SMA, dan Perguruan tinggi, guru dan karyawan). Perawat sekolah melaksanakan

program screening kesehatan, mempertahankan kesehatan, dan pendidikan kesehatan

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

Sasaran Keperawatan Kesehatan Komunitas (Depkes, 2006)

1. Sasaran prioritas individu adalah balita gizi buruk, ibu hamil risiko tinggi, usia lanjut, penderita penyakit menular (TB Paru, Kusta, Malaria, Demam Berdarah, Diare, ISPA/Pneumonia) dan penderita penyakit degeneratif.
2. Sasaran keluarga adalah keluarga yang termasuk rentan terhadap masalah kesehatan (*vulnerable group*) atau risiko tinggi (*high risk group*), dengan prioritas :
 - a. Keluarga miskin belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas dan jaringannya) dan belum mempunyai kartu sehat.
 - b. Keluarga miskin sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan mempunyai masalah kesehatan terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan balita, kesehatan reproduksi, penyakit menular.
 - c. Keluarga tidak termasuk miskin yang mempunyai masalah kesehatan prioritas serta belum memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan
3. Sasaran kelompok adalah kelompok masyarakat khusus yang rentan terhadap timbulnya masalah kesehatan baik yang terikat maupun tidak terikat dalam suatu institusi.
 - a. Kelompok masyarakat khusus tidak terikat dalam suatu institusi antara lain Posyandu, Kelompok Balita, Kelompok ibu hamil, Kelompok Usia Lanjut, Kelompok penderita penyakit tertentu, kelompok pekerja informal.
 - b. Kelompok masyarakat khusus terikat dalam suatu institusi, antara lain sekolah, pesantren, panti asuhan, panti usia lanjut, rumah tahanan (rutan), lembaga pemasyarakatan (lapas).
4. Sasaran masyarakat adalah masyarakat yang rentan atau mempunyai risiko tinggi terhadap timbulnya masalah kesehatan, diprioritaskan pada

- a. Masyarakat di suatu wilayah (RT, RW, Kelurahan/Desa) yang mempunyai :
 - 1) Jumlah bayi meninggal lebih tinggi di bandingkan daerah lain
 - 2) Jumlah penderita penyakit tertentu lebih tinggi dibandingkan daerah lain
 - 3) Cakupan pelayanan kesehatan lebih rendah dari daerah lain
- b. Masyarakat di daerah endemis penyakit menular (malaria, diare, demam berdarah, dll)
- c. Masyarakat di lokasi/barak pengungsian, akibat bencana atau akibat lainnya
- d. Masyarakat di daerah dengan kondisi geografi sulit antara lain daerah terpencil, daerah perbatasan
- e. Masyarakat di daerah pemukiman baru dengan transportasi sulit seperti daerah transmigrasi.

Etik dalam keperawatan komunitas

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

1. Etik yang berorientasi pada kewajiban

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

2. Etik yang berorientasi dengan larangan

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

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

1. Asas menghormati otonomi klien (*autonomi*)

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

2. Asas manfaat (*beneficence*)

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

3. Asas tidak merugikan (*non-malificence*)

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

4. Asas kejujuran (*veracity*)

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

5. Asas kerahasiaan (*confidentiality*)

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

6. Asas keadilan (*justice*)

Dokter dan perawat harus berlaku adil dan tidak berat sebelah.

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

Prinsip Dasar dan Etika dalam Kesehatan Komunitas

1. Prinsip Dasar Dalam Keperawatan Kesehatan Komunitas

Prinsip dasar keperawatan kesehatan komunitas ini meliputi :

- a. Keluarga adalah unit utama dalam pelayanan kesehatan masyarakat
- b. Empat (4) tingkat sasaran pelayanan kesehatan masalah : individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat.
- c. Perawat bekerja atas peran serta masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan.
- d. Menekankan upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitative.
- e. Dasar pelayanan kesehatan '*Problem Solving Approach*'
- f. Kegiatan utama: masalah masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit.
- g. Tujuan meningkatkan fungsi kehidupan derajat kesehatan yang optimal.
- h. Penekanan pembinaan perilaku sehat.
- i. Bekerja secara tim, bukan individu

- j. Peningkatan kesehatan.
 - k. *'Home visit'*, membantu mengatasi masalah klien.
 - l. Pendidikan kesehatan masyarakat merupakan kegiatan utama.
 - m. Pelaksanaan kesehatan masyarakat mengacu pada system pelayanan kesehatan yang ada.
 - n. Pelaksanaan pelayanan kesehatan komunitas dilakukan di Puskesmas, panti, sekolah dan keluarga.
2. Prinsip Etika Dalam Keperawatan Kesehatan Komunitas
- Prinsip etika keperawatan kesehatan komunitas ini meliputi:
- a. Prinsip kebaikan: mempertimbangkan bahaya dan keuntungan.
 - b. Prinsip autonomi: individu bebas menentukan tindakan atau keputusannya.
 - c. Prinsip kejujuran/*veracity*: menjadi dasar terbinanya sikap percaya satu sama lain.

Isu Etik pada Populasi Rentan

Isu yang berkembang terhadap populasi rentan di Indonesia antara lain:

- 1. Populasi rentan di Indonesia yang masih sangat banyak
- 2. Sebagaimana masyarakat Indonesia masih memiliki stigma atau pandangan negative terhadap populasi rentan
- 3. Populasi rentan belum mendapatkan perhatian lebih atau belum menjadi prioritas utama bagi pemerintah Indonesia
- 4. Akses pelayanan Kesehatan bagi populasi rentan di Indonesia masih belum merata di seluruh wilayah terutama di daerah terpencil dan sangat terpencil

5. Ketersediaan tenaga Kesehatan di Indonesia yang memberikan pelayanan Kesehatan pada populasi rentan belum merata di seluruh wilayah
6. Fasilitas, sarana dan prasarana baik pelayanan Kesehatan maupun pelayanan umumbagi populasi rentan belum merata

Model Penyelesaian Dilema Etik

Perawat berada di situasi yang sering mengharuskan mereka mengambil keputusan professional untuk bertindak. Keputusan biasanya dibuat dalam hubungannya dengan klien, keluarga dan profesi Kesehatan lain. Ketika keputusan etik dibuat, setiap orang harus menghargai dan menghormati sudut pandang orang lain. Keputusan yang diambil buka yang terbaik tapi karena dalam dilemma etik maka tidak ada yang benar dan tidak ada yang salah. Pada penyelesaian dilemma etik kita kenal prinsip DECIDE yaitu:

D: Define the problem(s)

E: Ethical review

C: Consider the options

D: Decide on action

E: Evaluate results

Contoh Kasus dan Penyelesaian Menurut Langkah DECIDE

Bayi malnutrisi

Sebuah keluarga tipe *nuclear family* terdiri dari ayah, ibu dan dua orang anak tinggal dalam lingkungan keluarga besar yang terdiri dari kakek, nenek, paman, bibi, anak sampai dengan cucu. Keluarga inti memiliki anak pertama berusia 3 tahun dan anak ke dua berusia 4 bulan dengan berat badan rendah. Bayi terlihat sangat lemah saat menangis. Bayi juga sudah diberikan susu formula karena ASI tidak produktif. Pendidikan ayah dan ibu SMP. Pekerjaan ayah buruh pabrik dan ibu tidak bekerja. Saat

dilakukan kunjungan rumah dan akan dilakukan pendidikan kesehatan tentang perawatan balita terkait gizi, neneknya menolak kedatangan perawat dan mengatakan cucunya baik-baik saja, sementara kedua orang tua balita nampak diam dan pasif. Balita tersebut tidak pernah diperiksakan ke puskesmas atau posyandu balita karena keluarga menganggap tidak perlu dan bayi mereka baik-baik saja.

1. Memperjelas masalah

Pada kasus ini perlu dikaji latar belakang dan lingkungan keluarga. Bagaimana tingkat pendidikan dan pengetahuan orang tua dan keluarga serta latar belakang budaya terhadap perkembangan dan gizi bayi. Selain itu keadaan ekonomi juga perlu dikaji dan diperhatikan agar dapat diketahui penyebab keluarga tidak mampu memberikan kecukupan gizi pada bayinya. Apakah mereka tidak mengerti cara merawat bayi dan menganggap biasa terjadi pada bayi yang baru lahir atau ketidakmampuan ekonomi sehingga keluarga ini masuk dalam populasi rentan.

2. Identifikasi komponen-komponen etik

Setelah masalah tersebut teridentifikasi, maka dapat dilihat komponen etik yang terlibat dalam kasus ini adalah kelalaian (*negligence*) orang tua dalam memperhatikan gizi dan tumbuh kembang anaknya.

3. Identifikasi orang-orang yang terlibat

Pada kasus ini yang terlibat dalam permasalahan adalah keluarga.

4. Identifikasi alternatif yang dapat diberikan

Walaupun kasus ini merupakan kesalahan keluarga namun tetap diupayakan untuk memberikan bantuan kepada bayi dan keluarganya. Pendidikan kesehatan tentang pentingnya gizi dan tumbuh kembang bayi/anak wajib diberikan kepada keluarga agar mereka memiliki pengetahuan dalam perawatan bayi dan termotivasi untuk memeriksakan anaknya ke pelayanan kesehatan. Akses ke pelayanan kesehatan

juga harus diberikan dengan membantu memberikan jaminan kesehatan pada keluarga tersebut.

5. Terapkan prinsip-prinsip etik

Prinsip-prinsip etik yang dapat diterapkan pada kasus ini adalah:

Asas manfaat (*beneficence*)

Semua keputusan harus bermanfaat untuk menolong klien dan keluarga. Untuk itu, perawat harus menyadari bahwa tindakan yang dilakukan benar-benar bermanfaat bagi kesehatan dan kesembuhan klien. Kesehatan klien dan keluarga senantiasa harus diutamakan oleh perawat.

Daftar Pustaka

- Efendi, F. & Makhfudli. (2009). *Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Knollmueller, S. (2010). *Praktek Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Jakarta: EGC
- I, M, Wahit & Chayatin, N. (2011). *Ilmu Keperawatan Komunitas*. Jakarta: Salemba Medika

Profil Penulis



Ns. Eddy Murtoyo, M.Kep.

Penulis merupakan alumni dari Akper YKY Yogyakarta (1998) dan Program Studi Ilmu Keperawatan UGM (2005) dan melanjutkan S2 di Magister Keperawatan Universitas Diponegoro (2018). Penulis memiliki peminatan di Keperawatan Keluarga/ Komunitas dan saat ini penulis bekerja di Departement Keperawatan Keluarga di Akademi Keperawatan YKY Yogyakarta. Ketertarikan penulis terhadap Keperawatan Keluarga juga diaplikasikan pada praktik mandiri perawat dengan membuka layanan Konseling Keluarga dan “home care”. Penulis juga aktif di Organisasi Profesi Persatuan Perawat Indonesia (PPNI), Komisariat Wilayah V Kasihan, Bantul dan aktif dalam pendampingan Kader Remaja Sehat Jiwa (Kareja) di Puskesmas Gondomanan dan Kader Lansia di Posyandu Lansia Mawar Dusun Sonosewu, Kasihan, Bantul. Dalam mewujudkan karir sebagai dosen professional, penulis aktif menjadi pembimbing dalam praktik keperawatan keluarga di komunitas. Penulis juga aktif sebagai peneliti di bidang kepakarannya dan melakukan pengabdian masyarakat.

Email Penulis: murtoyoeddy@gmail.com

Sertifikat

NO : 154/MEDSAN/eSP/II/2022

Diberikan Kepada:

Eddy Murtoyo

Sebagai Penulis Buku Yang Berjudul :

KEPERAWATAN KOMUNITAS, GERONTIK DAN TRANSKULTURAL

Kota Bandung, 06 Januari 2023



Pelopop
penerbit digital



MEDIA SAINS
INDONESIA

RINTHO RANTE RERUNG, S.KOM., M.KOM.
DIREKTUR

