



Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS
Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih, S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Putri Wulandini S S.Kep M.Kes
Maryami Yuliana Kosim, S.Kep., Ns., M.Kep., Ph.D.
Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes., DIE



KEPERAWATAN KOMUNITAS:

KONSEP, PRAKTIK, DAN INOVASI

Editor: Ns. Mersi Ekaputri, S.Kep., M.Kep

KEPERAWATAN KOMUNITAS: KONSEP, PRAKTIK, DAN INOVASI

Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS

Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih., S.Kep., Ns., M.Kep

Ns. Putri Wulandini S S.Kep M.Kes

Maryami Yuliana Kosim, S.Kep., Ns., M.Kep., Ph.D.

Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes., DIE



Tahta Media Group

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).

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC002026004959-9 Januari 2026

Pencipta

Nama : **Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS, Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih, S.Kep.-Ns., M.Kep dkk**

Alamat : Perum. Puspita Bukit Piting, Samarinda Ulu, Samarinda, Kalimantan Timur, Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur, 75124

Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS, Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih, S.Kep.-Ns., M.Kep dkk**

Alamat : Perum. Puspita Bukit Piting, Samarinda Ulu, Samarinda, Kalimantan Timur, Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur, 75124

Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Buku**

Judul Ciptaan : **KEPERAWATAN KOMUNITAS: KONSEP, PRAKTIK, DAN INOVASI**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 9 Januari 2026, di Kab. Sukotarjo

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1 Januari tahun berikutnya.

Nomor Pencatatan : 001075918

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM
DIREKTUR JENDERAL KEKAYAAN INTELEKTUAL
u.b
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Agung Damarasongko, SH, MH.
NIP. 196912261994031001



Diketahui:

1. Dalam hal pendirian memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pendaftaran, Menteri berwenang untuk menolak surat pendaftaran pendaftaran.
2. Surat Pendaftaran ini telah diunggah secara elektronik menggunakan sistem elektronik yang diterbitkan oleh Badan Nasional Sertifikasi Elektronik, Badan Siber dan Sandi Negara.
3. Surat Pendaftaran ini dapat dibuktikan keasliannya dengan memindai kode QR pada dokumen ini dan informasi akan ditampilkan dalam browser.

LAMPIRAN PENCIPTA

No	Nama	Alamat
1	Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS	Perum. Puspita Bukit Pinang, Samarinda Ulu, Samarinda , Kalimantan Timur Samarinda Ulu, Kota Samarinda
2	Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih ,S.Kep.,Ns.,M.Kep	Perum Graha Naya Permata 2 Blok C.5 Pekuncen, Wiradesa, Pekalongan Wiradesa, Kab. Pekalongan
3	Ns. Putri Wulandini S S.Kep M.Kes	Jalan Rajawali Sakti No 53, Riau Tampan, Kota Pekanbaru
4	Maryami Yuliana Kosim, S.Kep., Ns., M.Kep., Ph.D.	Gedung Ismagoen, Jl. Farmako, Sendowo, Sinduadi Mlati, Kab. Sleman
5	Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes., DIE	Jl. Alfalah I / 80 RT 003 RW 001 Kelurahan Latsari, Tuban Tuban, Kab. Tuban

LAMPIRAN PEMEGANG

No	Nama	Alamat
1	Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS	Perum. Puspita Bukit Pinang, Samarinda Ulu, Samarinda , Kalimantan Timur Samarinda Ulu, Kota Samarinda
2	Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih ,S.Kep.,Ns.,M.Kep	Perum Graha Naya Permata 2 Blok C.5 Pekuncen, Wiradesa, Pekalongan Wiradesa, Kab. Pekalongan
3	Ns. Putri Wulandini S S.Kep M.Kes	Jalan Rajawali Sakti No 53, Riau Tampan, Kota Pekanbaru
4	Maryami Yuliana Kosim, S.Kep., Ns., M.Kep., Ph.D.	Gedung Ismagoen, Jl. Farmako, Sendowo, Sinduadi Mlati, Kab. Sleman
5	Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes., DIE	Jl. Alfalah I / 80 RT 003 RW 001 Kelurahan Latsari, Tuban Tuban, Kab. Tuban



KEPERAWATAN KOMUNITAS: KONSEP, PRAKTIK, DAN INOVASI

Penulis:

Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS
Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih., S.Kep., Ns., M.Kep
Ns. Putri Wulandini, S S.Kep M.Kes
Maryami Yuliana Kosim, S.Kep., Ns., M.Kep., Ph.D.
Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes., DIE

Desain Cover:

Tahta Media

Editor:

Ns. Mersi Ekaputri, S.Kep., M.Kep

Proofreader:

Tahta Media

Ukuran:

x, 178, Uk: 15,5 x 23 cm

ISBN: 978-634-262-117-2

Cetakan Pertama:

Januari 2026

Hak Cipta 2026, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2026 by Tahta Media Group

All Right Reserved

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

PENERBIT TAHTA MEDIA GROUP
(Grup Penerbitan CV TAHTA MEDIA GROUP)
Anggota IKAPI (216/JTE/2021)

KATA PENGANTAR

Perkembangan permasalahan kesehatan masyarakat yang semakin kompleks, ditandai oleh perubahan demografi, transisi epidemiologi, ketimpangan sosial, serta percepatan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, menuntut praktik keperawatan yang semakin profesional, adaptif, dan berorientasi pada kebutuhan nyata masyarakat. Dalam konteks tersebut, keperawatan komunitas memiliki peran strategis sebagai garda terdepan dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal dan berkelanjutan. Buku Keperawatan Komunitas: Konsep, Praktik, dan Inovasi disusun sebagai upaya akademik untuk merespons kebutuhan tersebut.

Buku ini menyajikan pembahasan keperawatan komunitas secara komprehensif, mulai dari konsep dasar dan landasan teoretis, pendekatan holistik dalam keperawatan komunitas, peran dan fungsi perawat komunitas, hingga implementasi praktik keperawatan berbasis keluarga, budaya, dan pemberdayaan masyarakat. Setiap bab disusun secara sistematis dan runtut, sehingga memudahkan pembaca dalam memahami keterkaitan antara teori dan praktik keperawatan komunitas dalam konteks pelayanan kesehatan masyarakat.

Keunggulan buku ini terletak pada kekayaan perspektif serta kedalaman pembahasan. Beragam topik dibahas dengan pendekatan ilmiah yang tetap kontekstual, sehingga mampu menggambarkan realitas praktik keperawatan komunitas yang dihadapkan pada keterbatasan sumber daya, keberagaman budaya, serta meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang humanis dan berkualitas. Dengan demikian, buku ini tidak hanya bersifat deskriptif, tetapi juga reflektif dan aplikatif bagi pengembangan kompetensi perawat.

Semoga buku Keperawatan Komunitas: Konsep, Praktik, dan Inovasi dapat memberikan kontribusi nyata bagi pengembangan ilmu pengetahuan, pendidikan, dan praktik keperawatan, khususnya dalam mendukung terwujudnya masyarakat yang sehat, mandiri, dan berdaya.

Ns. Mersi Ekaputri, S.Kep., M.Kep

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	vii
BAB 1 KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS.....	1
Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS.....	1
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dirgahayu Samarinda.....	1
A. Pendahuluan	1
B. Definisi Dan Ruang Lingkup.....	2
B. Perawatan Kesehatan Komunitas	4
C. Manfaat Perawatan Kesehatan Komunitas	4
D. Peran Dan Tanggung Jawab	4
E. Tantangan Perawatan Kesehatan Komunitas.....	5
F. Prinsip-Prinsip Keperawatan Berbasis Komunitas	6
G. Tujuan Proses Keperawatan Komunitas.....	6
H. Tujuan Dan Fungsi Keperawatan Komunitas.....	7
I. Peran Perawat Dalam Kesehatan Komunitas.....	8
J. Faktor-Faktor Penentu Kesehatan.....	13
K. Langkah-Langkah Perencanaan Kesehatan Di Komunitas	14
Daftar Pustaka	17
Profil Penulis.....	18
BAB 2 PENDEKATAN HOLISTIK DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS.....	19
Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep.....	19
Universitas Pekalongan	19
A. Pendahuluan	19
B. Konsep Dasar Pendekatan Holistik.....	22
C. Pendekatan Holistik Dalam Praktik Keperawatan Komunitas	28
D. Implementasi Pendekatan Holistik Di Puskesmas.....	31
E. Tantangan Dan Strategi Pengembangan	32
F. Kesimpulan	35
Daftar Pustaka	37
Profil Penulis.....	40

BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK-ANAK.....	41
Ns. Putri Wulandini S, S.Kep M.Kes.....	41
Universitas Abdurrah 41	41
A. Pendahuluan	41
B. <i>Family Center Care</i>	46
C. <i>Atraumatic Care</i>	50
D. Imunisasi Dasar	52
E. Asuhan Keperawatan Pada Anak Batuk Pilek/Ispa (Infeksi Saluran Pernafasan Akut).....	62
Daftar Pustaka	72
Profil Penulis.....	74
BAB 4 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PENYANDANG DISABILITAS.....	75
Maryami Yuliana Kosim, S.Kep., Ns., M.Kep., Ph.D.....	75
Universitas Gadjah Mada	75
A. Pendahuluan	75
B. Definisi Dan Regulasi Nasional Terkait Disabilitas	76
C. Konsep Disabilitas dan Kerangka <i>International Classification of Functioning, Disability And Health (ICF)</i>	77
D. Epidemiologi dan Beban Disabilitas Global	77
E. Hak Kesehatan, Kebijakan, dan Implikasi Bagi Praktik Keperawatan.....	78
F. Peran Perawat Dalam Asuhan Keperawatan Penyandang Disabilitas ..	79
G. Penutup.....	80
Daftar Pustaka	82
Profil Penulis.....	84
BAB 5 PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT DI KOMUNITAS.....	85
Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes., DIE.....	85
Institut Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama Tuban.....	85
A. Pendahuluan	85
B. Konsep dan Strategi Pencegahan Serta Pengendalian Penyakit Di.....	87
Daftar Pustaka	103
Profil Penulis.....	105

BAB 6 KEPERAWATAN DALAM KRISIS DAN BENCANA.....	106
Maryami Yuliana Kosim, S.Kep., Ns., M.Kep., Ph.D.....	106
Universitas Gadjah Mada	106
A. Pendahuluan	106
B. Konsep dan Kerangka Kebijakan Penanggulangan Krisis Kesehatan....	107
C. Peran Perawat Pada Tahap Mitigasi	113
D. Peran Perawat Pada Tahap Kesiapsiagaan (<i>Preparedness</i>)	115
E. Pengembangan Kompetensi dan Inovasi Keperawatan Dalam Bencana	120
F. Ringkasan	121
Daftar Pustaka	123
Profil Penulis	126
BAB 7 ETIKA DAN PROFESIONALISME DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS	127
Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes., DIE	127
Institut Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama Tuban.....	127
A. Pendahuluan	127
B. Konsep Dasar Etika Dan Profesionalisme Dalam Keperawatan Komunitas	128
Daftar Pustaka	144
Profil Penulis.....	146
BAB 8 INOVASI DALAM PELAYANAN KESEHATAN.....	147
Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep.....	147
Universitas Pekalongan	147
A. Pendahuluan	147
B. Konsep Dasar Keperawatan Komunitas Dan Inovasi Pelayanan Kesehatan	148
C. Bentuk-Bentuk Inovasi Dalam Keperawatan Komunitas.....	149
D. Inovasi Berbasis Teknologi Dalam Pelayanan Keperawatan Komunitas 151	
E. Inovasi Sosial Dan Pemberdayaan Masyarakat.....	153
F. Inovasi Manajerial Dan Kebijakan Kesehatan	155
G. Tantangan Dan Strategi Implementasi Inovasi Keperawatan Komunitas	157
H. Implikasi Teoretis Dan Praktis.....	159

I. Penutup.....	160
Daftar Pustaka	162
Profil Penulis	164
BAB 9 STRATEGI PEMBERDAYAAN KOMUNITAS UNTUK	165
Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS.....	165
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dirgahayu Samarinda.....	165
A. Pendahuluan	165
B. Definisi	166
C. Peranan Pemberdayaan Masyarakat.....	166
D. Tujuan Pemberdayaan Masyarakat	167
E. Tahapan Pemberdayaan Masyarakat.....	167
F. Potensi Lokal Dalam Pemberdayaan Masyarakat Di Bidang Kesehatan	167
G. Pendekatan Yang Dilakukan Untuk Mencapai Tujuan Pemberdayaan	169
H. Pemberdayaan Individu Dan Masyarakat	170
I. Strategi Inovatif Dalam Pemberdayaan Komunitas	170
J. Peran Teknologi Dalam Peningkatan Pemberdayaan Masyarakat.....	172
K. Tantangan Kegiatan Pemberdayaan Masyarakat	173
L. Strategi Pemberdayaan Masyarakat Di Bidang Kesehatan.....	174
M. Tahapan Siklus Pemberdayaan Masyarakat	176
Daftar Pustaka	177
Profil Penulis.....	178

BAB 1

KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS

Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dirgahayu
Samarinda

A. PENDAHULUAN

Pendekatan profesional dalam kesehatan yang dikenal sebagai keperawatan komunitas berfokus pada individu, keluarga, dan kelompok dalam suatu komunitas dengan tujuan meningkatkan kesehatan masyarakat secara keseluruhan. Dalam praktiknya, keperawatan komunitas adalah jenis pelayanan keperawatan yang berfokus pada tindakan preventif, kuratif, rehabilitatif, dan promotif di luar fasilitas rumah sakit, menggunakan pendekatan holistik dan berbasis kebutuhan lokal. Di antaranya adalah penyuluhan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, deteksi dini penyakit, dan kolaborasi lintas sektor untuk menciptakan lingkungan yang sehat.

Membantu masyarakat menjaga dan meningkatkan kesehatannya secara mandiri dan mengurangi angka kesakitan dan kematian melalui intervensi yang tepat adalah tujuan utama keperawatan komunitas. Intervensi keperawatan komunitas dilakukan dalam tiga tingkatan. Intervensi primer melibatkan promosi dan pencegahan, intervensi sekunder melibatkan deteksi dan pengobatan dini, dan intervensi tersier melibatkan rehabilitasi dan pemulihan. Perencanaan kesehatan komunitas dilakukan melalui proses sistematis yang meliputi identifikasi masalah dan evaluasi situasi komunitas, perencanaan intervensi, pelaksanaan program, dan evaluasi untuk mencapai hasil yang optimal. Perawat komunitas dapat berkontribusi pada pembentukan masyarakat yang sehat dan mandiri dengan memahami dan menerapkan kelima komponen tersebut.

B. DEFINISI DAN RUANG LINGKUP

1. Definisi

Komunitas adalah kelompok orang yang secara fungsional terkait, tinggal di lokasi geografis tertentu pada waktu tertentu, memiliki budaya yang sama, tersusun dalam struktur sosial, dan menyadari keunikan serta identitas kelompok mereka yang terpisah. Contoh dari komunitas adalah penduduk kota yang sama atau anggota tim olahraga.

Komunitas adalah kelompok sosial dengan tingkat tertentu, rasa kebersamaan, dan tinggal di wilayah tertentu. Keperawatan Komunitas merupakan bidang khusus dalam praktik keperawatan yang bertujuan untuk mempromosikan kesehatan dan kesejahteraan didalam komunitas dengan cara mendorong individu dan keluarga berperilaku sehat memelihara, melindungi, dan meningkatkan kesehatan serta mencari perawatan kesehatan untuk mencapai kesejahteraan (Alshammari, et al., 2022).

Keperawatan komunitas sebagai praktik mempromosikan kesehatan dan melindungi kesehatan masyarakat dengan menggunakan pendekatan keperawatan, ilmu sosial, dan ilmu kesehatan masyarakat yang berfokus pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit (Anderson & McFarlane, 2015). Keperawatan Kesehatan Masyarakat sebagai bidang praktik keperawatan yang memiliki pengetahuan dan keterampilan terkait untuk memenuhi kebutuhan kesehatan komunitas, keluarga, dan individu dalam lingkungan normal mereka (di rumah, di sekolah, dan di tempat kerja).

2. Ruang Lingkup

Ruang lingkup keperawatan komunitas mencakup pemberian perawatan kepada pasien sebagai perawat atau tenaga kesehatan lainnya. Ruang lingkup komunitas meliputi:

a. Perawatan di rumah

Ini mengacu pada pemberian perawatan kesehatan kepada pasien di rumahnya. Di rumah, sejumlah besar pasien dapat menerima perawatan yang tepat dengan memperluas beberapa layanan rumah sakit. Tugas rumah sakit yang bersangkutan adalah mengoordinasikan layanan yang tepat dengan bantuan tenaga kerja atau peralatan.

- b. Pusat perawatan kesehatan
Ini adalah cabang ilmu kedokteran yang dikelola secara swasta. Karena pusat perawatan kesehatan mengenakan biaya lebih tinggi, mereka menyediakan layanan kesehatan yang lebih baik daripada rumah sakit pemerintah.
- c. Kesehatan Ibu dan Anak serta Keluarga Berencana
Perawat kesehatan masyarakat memainkan peran penting dalam layanan kesehatan ibu dan anak serta keluarga berencana, yang mencakup layanan antenatal, intra-natal, dan postnatal, serta perawatan anak dan program kesejahteraan keluarga.
- d. Perawatan Kesehatan Sekolah
Perawat kesehatan masyarakat mempromosikan dan melindungi kesehatan siswa sekolah. Perawatan kesehatan sekolah meliputi imunisasi, pertolongan pertama, pendidikan kesehatan, kesehatan mental, higiene sekolah, dan pemeliharaan kesehatan sekolah.
- e. Layanan Perawatan Kesehatan Masyarakat
Perawat masyarakat memberikan layanan kesehatan dasar kepada masyarakat, termasuk mendorong kesehatan dan pencegahan penyakit, serta memenuhi kebutuhan gizi masyarakat.
- f. Layanan Perawatan Kesehatan Industri
Seorang perawat juga dapat bekerja di industri untuk memberikan layanan seperti perawatan pasien, pertolongan pertama, dan pemeliharaan keselamatan dan sanitasi industri.
- g. Layanan Perawatan Kesehatan Mental
Layanan ini mencakup diagnosis dan pengobatan dini, rehabilitasi, pendidikan kesehatan mental, dan penggunaan obat-obatan psikoaktif modern. Layanan ini bertujuan untuk diagnosis, pengobatan, dan pencegahan penyakit mental, serta mempromosikan kesehatan mental yang baik.
- h. Pusat Rehabilitasi
Pusat-pusat ini ditujukan untuk merawat pecandu narkoba atau alkohol
- i. Layanan Perawatan Kesehatan Lansia
Layanan ini berfokus pada perawatan kesehatan lansia, termasuk pencegahan dan pengobatan penyakit dan kecacatan yang dialami oleh lansia, serta mendorong lansia untuk tetap sehat.

DAFTAR PUSTAKA

- Alshammari, et al. (2022). Challenges and Opportunities in Community Nursing. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, 29(04), 3719- 3730. <https://doi.org/10.53555/jptcp.v29i04.5974>.
- Anderson, E. T., & McFarlane, J. M. (2015). Community as Partner: Theory and practice in nursing. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Nies, M. A & McEwen, M. (2023). Community/Public Health Nursing: Promoting The Health of Populations, Eight Edition. Elsevier
- Rao S (2023) Benefits of Community-Based Nursing: Empowering Healthcare at the Grassroots Level. *J Comm Pub Health Nursing*, 9: 450.
- Revathi, C., Beulah, J., & Chaurasia, V. D. (2024). Community Health Nursing-I, 1–723. Thakur Publication PVT.LTD., Lucknow: India
- Reed, A., et al. (2024). Community and Public Health Nursing: A Call to Action, 1-259. VIVA Open Publishing.
- WHO.(2024). Determinants of Health. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>

PROFIL PENULIS



Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS Penulis merupakan Dosen yang aktif menulis sejak tahun 2020 sampai sekarang. Selain pendidikan formal yang telah ditempuhnya, penulis juga mengikuti berbagai seminar dan workshop, pelatihan lainnya untuk meningkatkan kinerja dosen, khususnya di bidang pengajaran, penelitian dan pengabdian. Penulis aktif berkolaborasi bersama penulis lainnya dalam menulis buku, penelitian dan pengabdian masyarakat. Buku yang telah dihasilkan penulis, yaitu Buku Ajar Teori dan Aplikasi Promosi Kesehatan, Keperawatan gerontik, Keperawatan Holistik dan buku-buku keperawatan lainnya. Penulis aktif melakukan penelitian dan publikasi di berbagai jurnal ilmiah.

BAB 2

PENDEKATAN HOLISTIK DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS

Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Universitas Pekalongan

A. PENDAHULUAN

Keperawatan komunitas merupakan bentuk pelayanan keperawatan yang berorientasi pada upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif terhadap individu, keluarga, serta masyarakat secara menyeluruh. Dalam konteks ini, pendekatan holistik menjadi prinsip penting yang menempatkan manusia sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural-spiritual (Dossey & Keegan, 2022). Pendekatan ini menekankan bahwa kesehatan tidak hanya berarti bebas dari penyakit, tetapi juga mencakup kesejahteraan menyeluruh dari berbagai aspek kehidupan individu dan komunitas. Dengan demikian, praktik keperawatan komunitas tidak sekadar menargetkan pemulihan fisik, tetapi juga memperhatikan keseimbangan emosional, hubungan sosial, keyakinan spiritual, serta faktor budaya yang memengaruhi perilaku dan gaya hidup masyarakat.

Dalam menghadapi kompleksitas masalah kesehatan masyarakat masa kini, penerapan pendekatan holistik menjadi semakin relevan. Tantangan yang dihadapi tenaga keperawatan komunitas antara lain meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi, diabetes melitus, dan obesitas, yang sangat dipengaruhi oleh perilaku dan gaya hidup masyarakat. Di sisi lain, masalah kesehatan mental, stres sosial, serta perubahan nilai dan gaya hidup akibat modernisasi juga menuntut respons keperawatan yang lebih menyeluruh. Pendekatan biomedis semata tidak lagi cukup menjawab kebutuhan masyarakat yang beragam, sehingga perawat komunitas perlu

mengintegrasikan dimensi psikososial, spiritual, dan kultural dalam setiap intervensi yang dilakukan (Allender et al., 2010).

Konsep holistik dalam keperawatan komunitas juga berakar pada pandangan bahwa manusia adalah sistem yang dinamis, saling berhubungan, dan dipengaruhi oleh lingkungan. Artinya, perubahan pada satu aspek kehidupan akan memengaruhi aspek lainnya. Ketika individu mengalami tekanan psikologis, misalnya, kondisi tersebut dapat memicu gangguan fisiologis seperti peningkatan tekanan darah atau penurunan daya tahan tubuh. Oleh karena itu, asuhan keperawatan komunitas harus mempertimbangkan keterkaitan tersebut dengan pendekatan yang bersifat menyeluruh dan berkesinambungan.

Dalam praktiknya, pendekatan holistik diwujudkan melalui pelayanan yang mengutamakan keseimbangan antara aspek promotif dan kuratif. Perawat komunitas tidak hanya berfokus pada pengobatan atau perawatan penyakit, melainkan juga membangun kesadaran masyarakat untuk hidup sehat, memanfaatkan potensi lokal, serta memberdayakan mereka dalam menjaga kesehatan secara mandiri. Hal ini sesuai dengan paradigma *people-centered care*, di mana masyarakat tidak diposisikan sebagai objek, tetapi sebagai subjek aktif dalam upaya peningkatan kesehatannya sendiri.

Selain itu, pendekatan holistik menuntut kemampuan perawat komunitas untuk memahami nilai, keyakinan, dan praktik budaya masyarakat tempat mereka bekerja. Dalam konteks Indonesia yang multikultural, hal ini menjadi aspek yang sangat penting. Nilai-nilai budaya sering kali berpengaruh terhadap keputusan seseorang dalam mencari pertolongan kesehatan (*health seeking behavior*). Misalnya, sebagian masyarakat masih lebih percaya kepada pengobatan tradisional atau pengobatan alternatif, seperti pijat, jamu, atau bekam, sebelum memutuskan untuk mengakses layanan medis modern. Perawat komunitas perlu memandang fenomena tersebut bukan sebagai hambatan, melainkan sebagai potensi yang dapat diintegrasikan dalam pelayanan kesehatan berbasis budaya lokal.

Studi yang dilakukan oleh Yuniarsih et al. (2023) menunjukkan bahwa sebagian besar tenaga kesehatan di Puskesmas Kabupaten Pekalongan memiliki tingkat pengetahuan dan penerimaan yang baik terhadap pelayanan kesehatan tradisional. Hasil ini menggambarkan kesiapan sumber daya manusia dalam mengintegrasikan pelayanan tradisional sebagai bagian dari sistem kesehatan primer. Integrasi ini dapat memperkuat implementasi

pendekatan holistik karena menempatkan aspek budaya dan spiritual sebagai bagian penting dari proses penyembuhan.

Lebih jauh, pengembangan keperawatan komunitas berbasis pendekatan holistik juga menekankan pentingnya pemberdayaan masyarakat. Menurut teori *community empowerment*, peningkatan derajat kesehatan masyarakat tidak dapat dicapai hanya melalui intervensi profesional, tetapi harus melibatkan masyarakat secara aktif dalam setiap tahap proses. Yuniarsih (2025) dalam kegiatan pemberdayaan masyarakat di wilayah pesisir Kabupaten Pekalongan menunjukkan bahwa pelatihan pemanfaatan tanaman obat keluarga (TOGA) mampu meningkatkan kemandirian keluarga dalam menjaga kesehatan. Masyarakat tidak hanya belajar menanam dan meracik herbal sederhana, tetapi juga memahami manfaatnya dalam upaya promotif dan preventif. Temuan ini menegaskan bahwa pendekatan partisipatif dapat memperkuat kemandirian kesehatan dan keberlanjutan program di tingkat komunitas.

Dalam konteks pelayanan klinik kesehatan tradisional di Puskesmas, penelitian Yuniarsih et al. (2025) tentang *Exploring the Acceptability of Traditional Medicine Clinic Implementation in Indonesian Public Health Centers* mengungkapkan bahwa masyarakat dan tenaga kesehatan menunjukkan tingkat penerimaan yang tinggi terhadap praktik pengobatan tradisional. Kendati demikian, masih terdapat tantangan dalam hal regulasi, sumber daya manusia, dan kesiapan fasilitas. Penelitian ini menyoroti perlunya pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan dan dukungan kebijakan agar integrasi pelayanan tradisional dalam sistem kesehatan nasional dapat berjalan efektif dan aman.

Pendekatan holistik juga dapat memperkuat peran perawat komunitas sebagai agen perubahan sosial. Dalam masyarakat yang mengalami transisi sosial-budaya akibat urbanisasi dan globalisasi, perawat komunitas diharapkan mampu menjembatani kesenjangan antara praktik tradisional dan ilmu kesehatan modern. Mereka perlu mengedukasi masyarakat tentang cara menggabungkan kedua pendekatan tersebut tanpa meniadakan salah satunya. Misalnya, dengan memberikan edukasi mengenai penggunaan jamu yang benar, dosis yang aman, atau indikasi kapan masyarakat harus mencari pertolongan medis profesional.

Dari sisi pendidikan, penerapan pendekatan holistik menuntut pembaruan kurikulum keperawatan komunitas agar mencakup aspek keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2010). *Community Health Nursing: Promoting and Protecting the Public's Health* (7th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- American Holistic Nurses Association (AHNA). (2021). *Holistic Nursing: Scope and Standards of Practice* (3rd ed.). Silver Spring, MD: American Nurses Association.
- Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory* (2nd ed.). Jones & Bartlett Publishers.
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2022). *Dossey & Keegan's Holistic Nursing: A Handbook for Practice* (8th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Dossey, B. M., Luck, S., Schaub, B. G., & Bark, L. (2016). *Nursing from the Inside-Out: Living and Nursing from the Highest Point of Your Consciousness*. Sigma Theta Tau International.
- Dossey, B. M., Keegan, L., & Guzzetta, C. E. (2013). *Holistic Nursing: A Handbook for Practice* (6th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Frisch, N. C. (2001). Standards for holistic nursing practice: A way to think about our care that includes complementary and alternative modalities. *Online Journal of Issues in Nursing*, 6(2). <https://ojin.nursingworld.org>
- Garmy, P., Clausson, E. K., & Einberg, E.-L. (2021). A philosophical review of school nursing framed by the holistic nursing theory of Barbara Dossey. *Journal of Holistic Nursing*, 39(3), 216-224. <https://doi.org/10.1177/08980101211006615>
- Hidayat, A. A. A., Rahayu, D., & Prasetyo, S. (2020). Pengaruh pendekatan spiritual terhadap kualitas hidup pasien hipertensi di komunitas. *Jurnal Keperawatan Komunitas Indonesia*, 5(2), 110-119.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI). (2023). *Pedoman Pelayanan Keperawatan Komunitas Berbasis Keluarga dan Holistik*. Jakarta: Direktorat Keperawatan dan Kebidanan.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S., & Harvey, S. (2018).

- Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice*. Pearson Education. Leininger, M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care*
- Leininger, M. M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory* (2nd ed.). Jones & Bartlett.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality* (2nd ed.). Harper & Row. Potter, P. A., & Perry, A. G. (2021). *Fundamentals of Nursing* (10th ed.). Elsevier Stanhope, M., & Lancaster, J. (2019). *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community* (10th ed.). Elsevier.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy*. Houghton Mifflin. Watson, J. (2018). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring* (Revised ed.). University Press of Colorado.
- School-Based Health Student Survey. *E3S Web of Conferences*, 622, 1–8. <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202562202011>
- Widhowati, S. S., Yuniarsih, S. M., Mahbub, K., & Ajeng, M. (2025). Model Pemberdayaan Kader Kesehatan dan Pra Lansia Melalui Pengelolaan Kebun Herbal dengan Sistem Irigasi Kapiler untuk Menunjang Healthy and Active Aging. *Jurnal Pengabdian Perawat*, 4(1), 22–30.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Community Health Nursing: Framework for Practice in the 21st Century*. Geneva: WHO Press.
- Yuniarsih, S. M., Hasanah, N., Martani, R. W., & Nahdliyyah, A. I. (2025). Memperkenalkan Pengobatan Tradisional Indonesia: Terapi Jamu Dan Bekam Untuk Mahasiswa Keperawatan Internasional. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Bhinneka*, 4(1), 574–580. <https://doi.org/10.58266/jpmb.v4i1.480>
- Yuniarsih, S. M., Padmawati, R. S., Madyaningrum, E., & Mahendradhata, Y. (2025). Exploring the Acceptability of Traditional Medicine Clinic Implementation in Indonesian Public Health Centers. *Nurse Media Journal of Nursing*, 15(1), 85–97. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v15i1.67666>

- Yuniarsih, S. M., Umam, M. K., Martani, R. W., Vianti, R. A., & Hasanah, N. (2025). Understanding Adolescent Risk Behaviors: Insights from a
- Yuniarsih, S. M., Wasito, J., & Umam, M. K. (2023). Health Care Providers Acceptance and Knowledge about Traditional Health Services at Community Health Centers in Pekalongan, Central Java, Indonesia. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 10(3), 161. <https://doi.org/10.35842/jkry.v10i3.724>
- Yuniarsih,S,M., dkk. (2024). *IMPLEMENTASI SELF-ACUPRESSURE DAN RAMUAN HERBAL UNTUK MENGURANGI NYERI KEPALA DAN GANGGUAN TIDUR PADA PASIEN HIPERTENSI*. 03(01), 45–53.

PROFIL PENULIS



Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis merupakan Dosen Keperawatan pada Program Studi S1 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pekalongan sejak tahun 2010. Sebagai akademisi yang berkomitmen pada pengembangan ilmu keperawatan, penulis aktif dalam kegiatan pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat, terutama di bidang keperawatan komunitas, pelayanan kesehatan tradisional, dan keperawatan transkultural. Penulis telah mengikuti berbagai pelatihan dan sertifikasi profesional untuk meningkatkan kompetensi dalam pengajaran dan riset berbasis praktik. Beberapa karya ilmiah penulis telah dipublikasikan di jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional bereputasi. Selain itu, penulis juga aktif sebagai pemakalah dan narasumber dalam berbagai seminar dan lokakarya terkait pelayanan kesehatan integratif dan pengembangan model praktik keperawatan berbasis budaya lokal.

Email: unipekalongan@gmail.com

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN PADA ANAK-ANAK

Ns. Putri Wulandini S, S.Kep M.Kes

Universitas Abdurrah

A. PENDAHULUAN

1. Konsep Dasar dan Filosofi Keperawatan Anak

Keperawatan anak merupakan konsistensi yang dimiliki perawat dalam memberikan pelayanan terkait asuhan keperawatan pada anak. Tujuan dari asuhan keperawatan anak sendiri yakni tercapainya derajat kesehatan pada anak yang merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan keluarga. Kunci filosofi keberhasilan keperawatan anak sendiri yakni *Family Center Care* (FCC) dan *Atraumatic Care*. Landasan berpikir paradigma keperawatan anak yakni merupakan penerapan ilmu keperawatan anak yang terdiri dari empat komponen. Empat komponen tersebut yakni:

a. Manusia (anak)

Dalam keperawatan anak yang menjadi individu (klien) adalah anak yang diartikan sebagai seseorang yang usianya kurang dari 18 tahun dalam masa tumbuh kembang, dengan kebutuhan khusus yaitu kebutuhan fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Anak merupakan individu yang berada dalam satu rentang perubahan perkembangan yang dimulai dari bayi hingga remaja. Dalam proses berkembang anak memiliki ciri fisik, kognitif, konsep diri, pola koping dan perilaku sosial. Ciri fisik pada semua anak tidak mungkin pertumbuhan fisiknya sama, demikian pula pada perkembangan kognitif adakalanya cepat atau lambat. Perkembangan konsep diri sudah ada sejak bayi akan tetapi belum terbentuk sempurna dan akan mengalami perkembangan seiring bertambahnya usia anak. Pola

koping juga sudah terbentuk sejak bayi di mana bayi akan menangis saat lapar. Perilaku sosial anak juga mengalami perkembangan yang terbentuk mulai bayi seperti anak mau diajak orang lain. Sedangkan respons emosi terhadap penyakit bervariasi tergantung pada usia dan pencapaian tugas perkembangan anak, seperti pada bayi saat perpisahan dengan orang tua maka responsnya akan menangis, berteriak, menarik diri dan menyerah pada situasi yaitu diam. Dalam memberikan pelayanan keperawatan anak selalu diutamakan, mengingat kemampuan dalam mengatasi masalah masih dalam proses kematangan yang berbeda dibanding orang dewasa karena struktur fisik anak dan dewasa berbeda mulai dari besarnya ukuran hingga aspek kematangan fisik. Proses fisiologis anak dengan dewasa mempunyai perbedaan dalam hal fungsi tubuh dimana orang dewasa cenderung sudah mencapai kematangan. Kemampuan berpikir anak dengan dewasa berbeda dimana fungsi otak dewasa sudah matang sedangkan anak masih dalam proses perkembangan. Demikian pula dalam hal tanggapan terhadap pengalaman masa lalu berbeda, pada anak cenderung kepada dampak psikologis yang apabila kurang mendukung maka akan berdampak pada tumbuh kembang anak sedangkan pada dewasa cenderung sudah mempunyai mekanisme koping yang baik dan matang.

b. Keperawatan

Bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan kepada anak bertujuan untuk mencapai pertumbuhan dan perkembangan secara optimal dengan melibatkan keluarga. Upaya tersebut dapat tercapai dengan keterlibatan langsung pada keluarga mengingat keluarga merupakan sistem terbuka yang anggotanya dapat dirawat secara efektif dan keluarga sangat berperan dalam menentukan keberhasilan asuhan keperawatan, di samping keluarga mempunyai peran sangat penting dalam perlindungan anak dan mempunyai peran memenuhi kebutuhan anak. Peran lainnya adalah mempertahankan kelangsungan hidup bagi anak dan keluarga, menjaga keselamatan anak dan mensejahterakan anak untuk mencapai masa depan anak yang lebih baik, melalui interaksi tersebut dalam terwujud kesejahteraan anak (Wong, 2009).

c. Sehat- sakit

Rentang sehat-sakit merupakan batasan yang dapat diberikan bantuan pelayanan keperawatan pada anak adalah suatu kondisi anak berada dalam status kesehatan yang meliputi sejahtera, sehat optimal, sehat, sakit, sakit kronis dan meninggal. Rentang ini suatu alat ukur dalam menilai status kesehatan yang bersifat dinamis dalam setiap waktu. Selama dalam batas rentang tersebut anak membutuhkan bantuan perawat baik secara langsung maupun tidak langsung, seperti apabila anak dalam rentang sehat maka upaya perawat untuk meningkatkan derajat kesehatan sampai mencapai taraf kesejahteraan baik fisik, sosial maupun spiritual. Demikian sebaliknya apabila anak dalam kondisi kritis atau meninggal maka perawat selalu memberikan bantuan dan dukungan pada keluarga. Jadi batasan sehat secara umum dapat diartikan suatu keadaan yang sempurna.

d. Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan anak yang dimaksud adalah lingkungan eksternal maupun internal yang berperan dalam perubahan status kesehatan anak. Lingkungan internal seperti anak lahir dengan kelainan bawaan maka di kemudian hari akan terjadi perubahan status kesehatan yang cenderung sakit, sedang lingkungan eksternal seperti gizi buruk, peran orang tua, saudara, teman sebaya dan masyarakat akan mempengaruhi status kesehatan anak.

2. Prinsip dan Peran Perawat Anak

Perawat harus memahami dan mengingat beberapa prinsip yang berbeda dalam penerapan asuhan keperawatan anak sebagai berikut:

- a. Anak bukan miniatur orang dewasa tetapi sebagai individu yang unik, artinya bahwa tidak boleh memandang anak dari segi fisiknya saja melainkan sebagai individu yang unik yang mempunyai pola pertumbuhan dan perkembangan menuju proses kematangan.
- b. Anak adalah sebagai individu yang unik dan mempunyai kebutuhan sesuai tahap perkembangannya. Sebagai individu yang unik, anak memiliki berbagai kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lain sesuai tumbuh kembang. Kebutuhan fisiologis seperti nutrisi dan cairan, aktivitas, eliminasi, tidur dan lain lain, sedangkan kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang akan terlihat sesuai tumbuh kembangnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi, (2008), *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan Aplikasi Kebutuhan Dasar Klien*. Jakarta: Salemba Medika
- Brunner & Suddart, (2002). *Buku Ajar Keperawatan Medikal-Bedah Vol.1* Jakarta: EGC
- Chin J. (2008). *Manual Pemberantasan Penyakit Menular; Edisi 1~ Cetakan IL CV Intomedika*: Jakarta.
- Hidayat, A.A. (2005). *Pengantar Ilmu kesehatan anak 1*. Jakarta: Salemba Medika
- Hidayat, A.A.A. (2008). *Buku Saku Pratikum Keperawatan Anak*. Jakarta :EGC
- Hidayat, A.A.A. (2014). *Kebutuhan Dasar Manusia . Buku Saku Pratikum*. Jakarta:EGC
- Hockenberry, Wilson. (2007). *Wongs Essentialsof Pediatric Nursing*. (8th ed.). St. Louis: Mosby Elseiver
- Kemenkes RI. (2015) *Buku Bagan MTBS 2015*. Jakarta: Kemenkes.332
- Kemenkes RI. 2010. *Informasi Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*. Ditjen PP & PL. Jakarta
- Mubarak wahit Iqbal, (2007). *Kebutuhan Dasar Manusi Teori Dan Aplikasi Praktek*. Jakarta: EGC
- Nisya A V C (2023). *Asuhan Keperawatan Pada Aanak dengan ISPA*. Poltekes Samarinda
- Perry, dkk. 2005. *Buku saku: Keterampilan dan Prosedur Dasar*. Jakarta: EGC
- Supartini, Yupi (2004), *Buku ajar konsep dasar keperawatan anak*, Jakarta: EGC
- Surasmi, A., Handayani, S., & Kusuma, H. N. (2003). *Perawatan bayi risiko tinggi*. Jakarta : EGC

Tamsuri, A. (2009). *Klien Dengan Gangguan Kesimbangan Cairan dan Elektrolit Seri Asuhan Keperawatan*. Jakarta: EGC.

WHO. (2010). *Pelayanan Kesehatan Anak di rumah Sakit*. Jakarta: WHO

Wong D.L.(2009). *Buku ajar keperawatan pediatrik*. Edisi 6.Volume 1. Jakarta: Egc

PROFIL PENULIS



Ns. Putri Wulandini S, S.Kep M.Kes

Penulis seorang dosen di Program Studi Keperawatan Universitas Abdurrah. Menjadi dosen sejak tahun 2010. Lahir pada tahun 1987 dan berasal dari Pekanbaru. Mengenyam Pendidikan S1 Keperawatan dan Ners di Universitas Andalas Padang (2005- 2010) dan Magister Kesehatan peminatan Promosi Kesehatan di STIKes Hang Tuah Pekanbaru (2012-2014). Penulis juga aktif membuat buku ajar, penuntun praktikum,

serta aktif sebagai peneliti.

Email penulis: putri.wulandini@univrab.ac.id

BAB 4

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PENYANDANG DISABILITAS

**Maryami Yuliana Kosim, S.Kep., Ns., M.Kep., Ph.D.
Universitas Gadjah Mada**

A. PENDAHULUAN

Laporan *World Health Organization* (WHO) dalam *World Report on Disability* memperkirakan lebih dari satu miliar orang atau sekitar 15% populasi dunia hidup dengan suatu bentuk disabilitas, dan sekitar 2–4% di antaranya mengalami kesulitan fungsional yang signifikan.[1,2] Prevalensi disabilitas secara global cenderung meningkat seiring dengan penuaan populasi, peningkatan penyakit kronis, perubahan pola penyakit, serta perbaikan metode pengukuran disabilitas.[2]

Disabilitas berdampak pada berbagai dimensi kehidupan, termasuk status kesehatan, pendidikan, partisipasi sosial, dan kemandirian ekonomi. Individu dengan disabilitas lebih sering menghadapi hambatan dalam mengakses pelayanan kesehatan, pendidikan, dan kesempatan kerja yang layak dibandingkan individu tanpa disabilitas.[1,10] Hambatan tersebut dapat berupa benturan regulasi, kurangnya aksesibilitas fisik dan komunikasi, sikap diskriminatif, maupun keterbatasan kompetensi tenaga kesehatan dalam memberikan layanan yang inklusif.[10,12]

Dalam konteks keperawatan, penyandang disabilitas merupakan kelompok yang membutuhkan asuhan komprehensif dan berkesinambungan dengan memperhatikan aspek biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual. Perawat tidak hanya berperan dalam pemenuhan kebutuhan dasar dan penatalaksanaan masalah kesehatan, tetapi juga sebagai advokat, edukator, dan fasilitator partisipasi penyandang disabilitas di dalam sistem pelayanan kesehatan dan komunitas. Bab ini menguraikan konsep dasar

disabilitas, kerangka *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), regulasi nasional terkait penyandang disabilitas, serta implikasinya terhadap praktik asuhan keperawatan.

B. DEFINISI DAN REGULASI NASIONAL TERKAIT DISABILITAS

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 mendefinisikan penyandang disabilitas sebagai setiap orang yang mengalami keterbatasan fisik, intelektual, mental, dan/atau sensorik dalam jangka waktu lama yang dalam berinteraksi dengan lingkungan mengalami hambatan dan kesulitan untuk berpartisipasi secara penuh dan efektif berdasarkan kesamaan hak.[3,4] Definisi ini secara eksplisit menekankan hubungan timbal balik antara kondisi individu dan faktor lingkungan, sejalan dengan pendekatan biopsikososial yang menempatkan disabilitas sebagai hasil interaksi kompleks antara gangguan fungsi tubuh, hambatan aktivitas, pembatasan partisipasi, dan faktor kontekstual.

UU No. 8 Tahun 2016 juga menegaskan bahwa penyandang disabilitas memiliki hak yang sama dengan warga negara lainnya, termasuk hak atas pelayanan kesehatan, pendidikan, pekerjaan, aksesibilitas, rehabilitasi, dan jaminan sosial.[3,5] Pemerintah dan pemerintah daerah diwajibkan menjamin aksesibilitas, akomodasi yang layak, serta pelayanan kesehatan yang nondiskriminatif bagi penyandang disabilitas. Ketentuan ini menjadi landasan hukum penting bagi tenaga kesehatan, termasuk perawat, untuk mengembangkan praktik layanan yang inklusif dan berorientasi pada pemenuhan hak asasi manusia.

UU No. 8 Tahun 2016 mengatur bahwa tenaga kesehatan wajib memberikan pelayanan yang menghormati martabat penyandang disabilitas dan memperoleh persetujuan tindakan medis sesuai ketentuan perundang-undangan.[12] Pasal-pasal mengenai akses layanan kesehatan dan pelatihan tenaga kesehatan menjadi dasar bagi perawat untuk berperan sebagai advokat hak penyandang disabilitas dalam sistem pelayanan kesehatan.[13]

C. KONSEP DISABILITAS DAN KERANGKA *INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH* (ICF)

Pemahaman tentang disabilitas telah bergeser dari model medis tradisional yang menitikberatkan pada kerusakan atau penyakit menuju model biopsikososial yang menekankan interaksi antara kondisi kesehatan dan faktor kontekstual.[6,7] *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) dikembangkan WHO sebagai kerangka internasional untuk mengklasifikasikan fungsi, disabilitas, dan kesehatan pada tingkat individu maupun populasi. ICF menekankan bahwa disabilitas tidak hanya terkait dengan gangguan struktur dan fungsi tubuh, tetapi juga mencakup aktivitas dan partisipasi individu dalam kehidupan sehari-hari, serta faktor lingkungan dan personal yang memfasilitasi atau menghambat partisipasi tersebut.[7,9]

ICF mengorganisasi informasi dalam dua bagian besar, yaitu “*Functioning and Disability*” dan “*Contextual Factors*”. Bagian *Functioning and Disability* meliputi komponen *Body Functions*, *Body Structures*, *Activities*, dan *Participation*, sedangkan bagian *Contextual Factors* meliputi *Environmental Factors* dan *Personal Factors*.[8,7] Pendekatan ini memungkinkan tenaga kesehatan, termasuk perawat, untuk melakukan pengkajian yang lebih komprehensif, tidak hanya berfokus pada diagnosis medis tetapi juga pada bagaimana kondisi tersebut mempengaruhi kemampuan individu menjalankan aktivitas dan berpartisipasi dalam lingkungan sosialnya.

Penerapan ICF dalam praktik keperawatan membantu perawat menyusun rencana asuhan yang terarah pada peningkatan fungsi, pengurangan hambatan partisipasi, dan optimalisasi faktor lingkungan yang mendukung kemandirian dan kualitas hidup penyandang disabilitas.[6,8] ICF juga memfasilitasi komunikasi antarprofesi dan lintas sektor karena menyediakan bahasa dan struktur yang seragam untuk menggambarkan fungsi dan disabilitas.

D. EPIDEMIOLOGI DAN BEBAN DISABILITAS GLOBAL

World Report on Disability menyatakan bahwa lebih dari satu miliar orang di dunia hidup dengan disabilitas dan banyak di antaranya mengalami hambatan signifikan dalam akses layanan kesehatan, pendidikan, dan pekerjaan.[1,10] Disabilitas lebih sering terjadi di negara berpenghasilan

DAFTAR PUSTAKA

- World Health Organization, World Bank. World report on disability. Geneva: WHO; 2011.
- World Health Organization. World report on disability 2011: summary. Geneva: WHO; 2011.
- Republik Indonesia. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.
- Kementerian Hukum dan HAM. Naskah UU No. 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas. Jakarta; 2016.
- Kementerian Sosial RI. Kebijakan pelaksanaan pemenuhan hak penyandang disabilitas. Jakarta; tahun publikasi disesuaikan.
- World Health Organization. ICF practical manual for use in monitoring and evaluating community-based rehabilitation. Geneva: WHO; 2013.
- World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Geneva: WHO; 2001.
- Üstün TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil.* 2003;25(11–12):565–571.
- Centers for Disease Control and Prevention. An overview of the ICF. Atlanta: CDC; tahun publikasi disesuaikan.
- WHO, World Bank. Disability and health: thematic reports accompanying the World report on disability. Geneva: WHO; tahun publikasi disesuaikan.
- Better Care Network. World report on disability 2011: implications for children. New York; tahun publikasi disesuaikan.
- Republik Indonesia. Ketentuan tenaga kesehatan dalam UU No. 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.

Kementerian Ketenagakerjaan. Penjelasan hak penyandang disabilitas dalam ketenagakerjaan dan pelayanan kesehatan. Jakarta; tahun publikasi disesuaikan.

World Health Organization. World report on disability and rehabilitation: policy recommendations. Geneva: WHO; tahun publikasi disesuaikan.

PROFIL PENULIS



Maryami Yuliana Kosim, S.Kep., Ns., M.Kep., Ph.D.

Penulis merupakan Dosen Keperawatan Gawat Darurat, Fakultas Kedokteran, Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada sejak tahun 2023. Penulis adalah seorang yang berdedikasi tinggi bidang kebencanaan, dengan gelar doktoral pada bidang *Radiation Disaster Medicine* yang telah berhasil diselesaikan. Fokus utama Penulis terletak pada dalam evidence based research bidang CBRNE (*Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, and Explosive*). Kiprahnya tidak hanya terbatas pada ranah akademis, namun juga mencakup kegiatan pengajaran dan penelitian yang aktif. Penulis juga terlibat secara intensif dalam kegiatan keilmuan terkait bencana, baik di tingkat nasional maupun internasional. Keaktifannya penulis terlihat melalui kontribusinya sebagai pemakalah maupun narasumber dalam berbagai forum, yang mencerminkan komitmen yang kuat terhadap penanggulangan dampak bencana melalui pemahaman mendalam terhadap aspek-aspek kritis dalam bidangnya.

Email: maryamiyuliana@ugm.ac.id

BAB 5

PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT DI KOMUNITAS

Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes., DIE
Institut Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama Tuban

A. PENDAHULUAN

Pencegahan dan pengendalian penyakit di komunitas merupakan aspek fundamental dalam sistem kesehatan masyarakat modern yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara menyeluruh melalui upaya promotif dan preventif. Konsep ini menekankan pentingnya tindakan antisipatif terhadap berbagai faktor risiko yang berpotensi menimbulkan penyakit, baik penyakit menular maupun tidak menular (Pratama & Gurning, 2019). Dalam konteks pembangunan kesehatan di Indonesia, upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menjadi bagian integral dari strategi nasional menuju masyarakat yang sehat, produktif, dan berkeadilan.

Kesehatan masyarakat tidak hanya dipengaruhi oleh faktor biologis semata, tetapi juga oleh determinan sosial, ekonomi, lingkungan, dan perilaku individu. Oleh karena itu, pendekatan dalam pencegahan dan pengendalian penyakit harus bersifat komprehensif dan multidisiplin, melibatkan kolaborasi antara pemerintah, tenaga kesehatan, dan masyarakat. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip *Primary Health Care* sebagaimana dideklarasikan dalam *Alma Ata Declaration* yang menegaskan bahwa kesehatan merupakan hak asasi manusia dan tanggung jawab bersama antara masyarakat dan negara (Nurjanah et al., 2024).

Dalam perspektif kedokteran pencegahan dan komunitas, strategi pengendalian penyakit dibagi ke dalam tiga tingkatan, yaitu pencegahan

primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer berfokus pada pengurangan faktor risiko melalui promosi kesehatan, imunisasi, dan perbaikan lingkungan. Pencegahan sekunder mencakup deteksi dini serta pengobatan segera untuk mencegah komplikasi, sedangkan pencegahan tersier bertujuan meminimalkan dampak penyakit kronis terhadap kualitas hidup. Ketiga tingkat pencegahan ini saling berkaitan dan membentuk suatu sistem yang berkesinambungan (Risdayanti et al., 2023).

Peran komunitas dalam keberhasilan pencegahan dan pengendalian penyakit sangatlah penting. Partisipasi aktif masyarakat dalam menerapkan *Perilaku Hidup Bersih dan Sehat* (PHBS), mengikuti program vaksinasi, menjaga kebersihan lingkungan, serta memanfaatkan layanan kesehatan secara optimal menjadi faktor kunci dalam menurunkan angka kesakitan dan kematian (Wahidin et al., 2023). Di sisi lain, tenaga kesehatan, terutama perawat komunitas, memiliki tanggung jawab untuk melakukan edukasi, pendampingan, serta pemberdayaan masyarakat agar mampu mandiri dalam menjaga kesehatannya (Musfiroh & Wicaksono, 2022).

Transformasi sistem kesehatan nasional saat ini menempatkan aspek pencegahan sebagai prioritas utama, sejalan dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs) khususnya tujuan ketiga, yaitu menjamin kehidupan yang sehat dan meningkatkan kesejahteraan bagi semua usia (Sari et al., 2022). Peningkatan penyakit tidak menular seperti hipertensi, diabetes mellitus, dan obesitas, serta ancaman penyakit menular baru seperti COVID-19 dan zoonosis, menjadi tantangan global yang membutuhkan pendekatan berbasis komunitas untuk mitigasi dan penanganannya.

Oleh karena itu, pemahaman mengenai konsep pencegahan dan pengendalian penyakit di komunitas sangat penting bagi tenaga kesehatan, akademisi, dan masyarakat umum. Dengan pendekatan yang terintegrasi, berbasis bukti, serta melibatkan seluruh lapisan masyarakat, maka tujuan pembangunan kesehatan nasional untuk mewujudkan masyarakat Indonesia yang sehat, tangguh, dan berdaya saing dapat tercapai.

B. KONSEP DAN STRATEGI PENCEGAHAN SERTA PENGENDALIAN PENYAKIT DI KOMUNITAS

1. Konsep Dasar Kesehatan Masyarakat dan Komunitas

a. Definisi Kesehatan Masyarakat (*Public Health*)

Kesehatan Masyarakat (*Public Health*) adalah suatu disiplin ilmu dan seni yang berfokus pada upaya kolektif dan terorganisir untuk mencegah penyakit, memperpanjang usia harapan hidup, dan meningkatkan kesehatan fisik serta mental suatu populasi (Mayopu et al., 2022). Lingkupnya mencakup perbaikan sanitasi, pengendalian infeksi, pendidikan kebersihan, pengorganisasian pelayanan medis untuk diagnosis dini, dan pengembangan rekayasa sosial untuk menjamin standar kehidupan yang memadai. Berbeda dengan kedokteran klinis yang berpusat pada individu, Kesehatan Masyarakat mengambil pendekatan populasi (*population-based approach*), yang memprioritaskan upaya promotif dan preventif untuk mengatasi faktor-faktor risiko yang lebih luas, seperti determinan sosial kesehatan (Fatrida et al., 2022). Oleh karena itu, keberhasilan program Kesehatan Masyarakat diukur dari peningkatan derajat kesehatan seluruh komunitas, bukan hanya kesembuhan pasien secara individual.

b. Kesehatan Komunitas

Kesehatan komunitas merujuk pada kondisi kesejahteraan sekelompok individu yang berbagi wilayah geografis, norma sosial, atau kepentingan tertentu (Juaria et al., 2016). Dalam konteks pelayanan kesehatan, komunitas dilihat sebagai klien utama (*community as client*), yang menuntut bahwa penilaian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi intervensi harus ditargetkan pada tingkat kolektif. Keperawatan dan kedokteran komunitas berupaya mengintegrasikan ilmu klinis dengan ilmu sosial untuk memahami bagaimana faktor-faktor lingkungan, ekonomi, dan sosial memengaruhi distribusi penyakit. Dengan memahami komunitas sebagai suatu sistem, petugas kesehatan dapat merancang intervensi yang sensitif budaya dan relevan secara lokal, misalnya melalui pendekatan *Windshield Survey* untuk mengidentifikasi karakteristik lingkungan dan kebutuhan spesifik komunitas.

DAFTAR PUSTAKA

- Aldera, A., Marbun, R. M., Atmasumarta, T., & ... (2021). ... Board Game Dan Perbedaan Pengetahuan Remaja Sebelum Dan Sesudah Diberikan Edukasi Gaya Hidup Cegah Obesitas Di Komunitas Board Game Jakarta.
- Arneliwati, N., Kep, M., & Simanullang, P. (2024). *Buku Ajar Konsep Keperawatan Komunitas*.
- Fatrida, N. D., Elviani, M. K. Y., & Keb, A. M. (2022). *Asuhan Keperawatan Keluarga Dan Komunitas: Upaya Pencegahan Kanker Payudara Anak Usia Remaja*. b
- Iswatun, I., Butar-butur, M. H., Prastiani, D. B., Putra, I., & ... (2024). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*.
- Juaria, H., KM, S., Juaria, H., & KM, S. (2016). *Bahan Ajar Ilmu Kesehatan Masyarakat*.
- Kaslam, D. R. M. P., Widodo, D. D., Sp, P. D. K., & ... (2021). *Buku Pedoman Pencegahan Pengendalian Infeksi*.
- Mayopu, B. E., de Fretes, F., & ... (2022). Analisis Program Pengendalian Tuberkulosis dengan Strategi DOTS di Puskesmas Manutapen Kupang.
- Musfiroh, I., & Wicaksono, A. (2022). *Asuhan Keperawatan Komunitas Dengan Upaya Pencegahan Merokok Pada Remaja Di Kelurahan Pulorejo Lingkungan Balongkrai*.
- Nurjanah, A., Sativa, S. Z., Astuti, A. D., & ... (2024). Analisis Kebijakan Kesehatan Mendorong Partisipasi Masyarakat dalam Program Pencegahan Penyakit. *Jurnal stikes*.
- Pratama, M. Y., & Gurning, F. P. (2019). Analisis Implementasi Kebijakan Pencegahan dan Penanggulangan HIV/AIDS di Puskesmas Helvetia Kota Medan. *Indonesian Trust Health Journal*.
- Rahmadani, R. A., Sainal, A. A., & Suprpto, S. (2023). Community Empowerment to Increase Knowledge About Tuberculosis. *Abdimas*

Polsaka.

- Risdayanti, R. N., Pakki, I. B., & Siswanto, S. (2023). Analisis Spasial Kejadian Tuberkulosis (TB) di Kabupaten Kutai Kartanegara Tahun 2017-2020. *BIOGRAPH-I: Journal of Biostatistics and*
- Rosyidah, R., Effendy, Z. D., Anggreini, A. S., & ... (2023). Community Diagnosis Penyakit Diabetes Melitus di RT 01, 02, dan 03 RW 033 Pedukuhan Tegaltandan, Kelurahan Banguntapan, Kecamatan Banguntapan
- Sari, I., Sapitri, A., & Septiana, M. (2022). *Buku Ajar Kebidanan Komunitas*. Syalfina, A. D., Mail, E., & Anggreni, D. (2017). Buku Ajar Kesehatan Masyarakat Untuk Kebidanan.
- Wahidin, M., Agustiya, R. I., & Putro, G. (2023). Beban penyakit dan program pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular di indonesia. *Jurnal Epidemiologi Kesehatan*.

PROFIL PENULIS



Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes., DIE

Dr. Miftahul Munir, S.KM., M.Kes., DIE merupakan Rektor Institut Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama (IIKNU) Tuban. Lahir di Lamongan pada 19 April 1969, beliau menempuh pendidikan DIII Keperawatan di Akademi Keperawatan Soetomo Surabaya dan lulus pada tahun 1994. Pendidikan S1 dan S2 Kesehatan Masyarakat diselesaikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga masing-masing pada tahun 1998 dan 2000, serta gelar Doktor Ilmu Kesehatan diperoleh dari universitas yang sama pada tahun 2016. Sejak tahun 2002 beliau aktif sebagai Dosen DPK di IIKNU Tuban. Dalam bidang akademik, Dr. Miftahul Munir memiliki pengalaman luas sebagai dosen Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, dan Keperawatan Gerontik. Beliau juga aktif melakukan penelitian di bidang kesehatan masyarakat dan keperawatan komunitas, dengan publikasi di berbagai jurnal nasional terakreditasi maupun jurnal internasional bereputasi. Sebagai akademisi dan pemimpin, beliau juga terlibat dalam berbagai kegiatan pengabdian kepada masyarakat serta menjadi pembicara utama (*keynote speaker*) dan narasumber pada seminar, workshop, dan kuliah pakar di tingkat nasional maupun internasional. Dalam organisasi profesi, beliau aktif sebagai Ketua DPD Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kabupaten Tuban dan Wakil Ketua PPNI Provinsi Jawa Timur Bidang Organisasi. Selain itu, beliau juga menjadi trainer dalam Pelatihan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) dan Jabatan Fungsional Perawat Ahli di Badan Diklat DPW PPNI Provinsi Jawa Timur.

Email: munir.stikesnu@gmail.com

BAB 6

KEPERAWATAN DALAM KRISIS DAN BENCANA

Maryami Yuliana Kosim, S.Kep., Ns., M.Kep., Ph.D.
Universitas Gadjah Mada

A. PENDAHULUAN

Indonesia adalah salah satu negara dengan risiko bencana tertinggi di dunia. Posisi geografis pada pertemuan tiga lempeng tektonik, kondisi vulkanik aktif, perubahan iklim, urbanisasi cepat, serta kesenjangan sosial ekonomi menyebabkan masyarakat hidup dalam ekspose ancaman bencana alam, non-alam, dan sosial hampir sepanjang waktu.[1,6] Konsekuensi langsung maupun tidak langsung dari bencana adalah krisis kesehatan di tingkat individu, keluarga, dan komunitas.

Penanggulangan krisis kesehatan di Indonesia telah diatur secara komprehensif melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan dan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Nasional Penanggulangan Krisis Kesehatan 2023.[2,3] Dalam kerangka tersebut, perawat pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan (rumah sakit, Puskesmas, layanan komunitas, fasilitas rujukan, hingga tim respons darurat seperti Emergency Medical Team (EMT) memegang posisi strategis sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dan pemberdayaan masyarakat.[16–19]

Bab ini membahas praktik keperawatan dalam seluruh siklus krisis dan bencana (mitigasi, kesiapsiagaan, tanggap darurat dan pemulihan) dengan menaunkannya pada area-area utama praktik keperawatan serta kebijakan nasional dan kerangka global pengurangan risiko bencana.[3,6,7]

B. KONSEP DAN KERANGKA KEBIJAKAN PENANGGULANGAN KRISIS KESEHATAN

1. Definisi Bencana dan Krisis Kesehatan

Permenkes No. 75 Tahun 2019 mendefinisikan bencana sebagai peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengancam dan mengganggu kehidupan dan penghidupan masyarakat, disebabkan oleh faktor alam, non-alam, atau manusia, yang menimbulkan korban jiwa, kerusakan lingkungan, kerugian harta benda, dan dampak psikologis.[2] Krisis kesehatan didefinisikan sebagai peristiwa atau rangkaian peristiwa yang mengakibatkan korban jiwa, korban luka/sakit, pengungsian, dan/atau potensi bahaya lain yang berdampak pada kesehatan masyarakat sehingga membutuhkan respons cepat di luar kapasitas pelayanan kesehatan rutin.[2,3]

Krisis kesehatan sering kali merupakan konsekuensi langsung bencana (banjir, gempa bumi, erupsi, tsunami) atau keadaan lain seperti wabah penyakit, konflik, dan kegagalan teknologi.[3,7] Dalam perspektif keperawatan, fokus tidak hanya pada penanganan korban, tetapi juga pada perlindungan, pemulihan, dan penguatan kapasitas individu dan komunitas untuk menghadapi krisis di masa depan.[16–19]

2. Tahapan Penanggulangan Krisis Kesehatan

Permenkes No. 75/2019 dan Pedoman Nasional Penanggulangan Krisis Kesehatan 2023 menggariskan tiga tahapan utama penanggulangan krisis kesehatan: pra-krisis, tanggap darurat, dan pasca-krisis.[2,3]

a. Tahap pra-krisis kesehatan

Berorientasi pada pengurangan risiko krisis kesehatan melalui:

- 1) pencegahan dan mitigasi (kajian risiko, pemetaan risiko, pengembangan kebijakan, penguatan fasilitas kesehatan aman bencana);[3,4]
- 2) kesiapsiagaan (simulasi, pembentukan EMT dan Tenaga Cadangan Kesehatan/TCK, pengembangan sistem peringatan dini, penyiapan logistik, pemberdayaan masyarakat).[3,4,7]

b. Tahap tanggap darurat krisis kesehatan

Ditujukan untuk merespons kondisi kedaruratan secara cepat dan tepat guna menyelamatkan nyawa, mencegah kecacatan, serta menjamin terpenuhinya standar minimal pelayanan kesehatan. Tahap ini diawali penetapan status darurat krisis kesehatan dan aktivasi

klaster kesehatan/HEOC, mobilisasi EMT dan sumber daya sesuai kerangka *Health Emergency and Disaster Risk Management* (Health EDRM).[3,5,7,11]

c. Tahap pasca-krisis kesehatan

Fokus pada pengkajian kebutuhan pascabencana (Jitupasna), rehabilitasi dan rekonstruksi sistem kesehatan, serta pemulihan fungsi sosial dan ekonomi masyarakat, dengan prinsip *build back better* untuk penguatan ketahanan di masa depan.[3,6,15] Dalam pembelajaran keperawatan bencana, tahapan tersebut sering dipetakan ke dalam fase *Prevention–Mitigation–Preparedness–Response–Recovery* sebagaimana sejalan dengan *Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030*. [6,7]

3. Klaster Kesehatan, HEOC, EMT, dan TCK

Pedoman Nasional Penanggulangan Krisis Kesehatan dan kebijakan BNPB (KEP Kepala BNPB No. 173 Tahun 2014) menempatkan pendekatan klaster sebagai kerangka koordinasi lintas sektor dalam penanggulangan bencana dan krisis kesehatan.[3,8] Dalam pendekatan ini, penanggulangan bencana dibagi ke dalam beberapa klaster fungsi seperti: kesehatan, logistik, pengungsian dan perlindungan, sarana-prasarana, pendidikan, ekonomi, pemulihan dini, serta pencarian dan penyelamatan (*search and rescue*).

Sebagaimana tercantum pada Gambar 1, klaster kesehatan merupakan salah satu klaster utama yang berada di bawah koordinasi BNPB, tetapi tanggung jawab teknis dan substantifnya berada pada otoritas kesehatan pemerintah (Kementerian Kesehatan dan Dinas Kesehatan). Dalam hal ini BNPB mengoordinasikan keseluruhan respons bencana lintas klaster, sedangkan Klaster kesehatan memimpin seluruh urusan kesehatan (pelayanan, pencegahan penyakit, kesehatan lingkungan, gizi, kesehatan jiwa, reproduksi, dsb.) dengan mandat dan sumber daya yang dikelola oleh sektor kesehatan.[3,8]

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Nasional Penanggulangan Bencana. Indeks Risiko Bencana Indonesia (IRBI) terbaru. Jakarta: BNPB; tahun terbit disesuaikan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2019 tentang Penanggulangan Krisis Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2019.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1502/2023 tentang Pedoman Nasional Penanggulangan Krisis Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2023.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman Teknis Penanggulangan Krisis Kesehatan Akibat Bencana. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; tahun terbit disesuaikan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Buku Profil Penanggulangan Krisis Kesehatan Tahun 2023. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; 2023.
- United Nations Office for Disaster Risk Reduction. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015–2030. Geneva: UNDRR; 2015.
- World Health Organization. Health emergency and disaster risk management framework. Geneva: WHO; tahun terbit disesuaikan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman pembentukan kluster kesehatan dan pusat operasi kedaruratan kesehatan (HEOC). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; tahun terbit disesuaikan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pusat Operasi Darurat Kesehatan (HEOC). Jakarta: Pusat Krisis Kesehatan; tahun terbit disesuaikan.
- World Health Organization. Framework for a public health emergency operations centre. Geneva: WHO; tahun terbit disesuaikan.

- World Health Organization. Emergency Medical Teams: minimum standards and recommendations for national EMTs. Geneva: WHO; tahun terbit disesuaikan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman pembentukan dan pemanfaatan Tenaga Cadangan Kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; tahun terbit disesuaikan.
- Sphere Association. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response. 4th ed. Geneva: Sphere Association; 2018.
- World Health Organization. Mental health and psychosocial support in emergencies: guidance for health professionals. Geneva: WHO; tahun terbit disesuaikan.
- World Health Organization. Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Geneva: WHO; 2013.
- International Council of Nurses. Core competencies in disaster nursing. Geneva: ICN; tahun terbit disesuaikan.
- Veenema TG, editor. Disaster nursing and emergency preparedness for chemical, biological, and radiological terrorism and other hazards. 4th ed. New York: Springer Publishing Company; tahun terbit disesuaikan.
- Langan JC, James D, editors. Preparing nurses for disaster management. St. Louis: Elsevier; tahun terbit disesuaikan.
- Powers R, Daily E, editors. International disaster nursing. Cambridge: Cambridge University Press; tahun terbit disesuaikan.
- World Health Organization. Hospital Safety Index: Guide for Evaluators. 2nd ed. Geneva: WHO; tahun terbit disesuaikan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman teknis fasilitas pelayanan kesehatan aman bencana. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; tahun terbit disesuaikan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman pelayanan kesehatan reproduksi dalam situasi krisis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; tahun terbit disesuaikan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman pelayanan gizi dalam penanggulangan krisis kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; tahun terbit disesuaikan.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Pedoman kesehatan jiwa dan psikososial dalam penanggulangan krisis kesehatan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI; tahun terbit disesuaikan.

Loke AY, Guo C, Molassiotis A. Development of disaster nursing education and training programs in the past 20 years (2000-2019): A systematic review. *Nurse Educ Today*. 2021 Apr;99:104809. doi: 10.1016/j.nedt.2021.104809. Epub 2021 Feb 14. PMID: 33611142.

PROFIL PENULIS



Maryami Yuliana Kosim, S.Kep., Ns., M.Kep., Ph.D.

Penulis merupakan Dosen Keperawatan Gawat Darurat, Fakultas Kedokteran, Keperawatan dan Kesehatan Masyarakat, Universitas Gadjah Mada sejak tahun 2023. Penulis adalah seorang yang berdedikasi tinggi bidang kebencanaan, dengan gelar doktoral pada bidang *Radiation Disaster Medicine* yang telah berhasil diselesaikan. Fokus utama Penulis terletak pada dalam evidence based research bidang CBRNE (*Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, and Explosive*). Kiprahnya tidak hanya terbatas pada ranah akademis, namun juga mencakup kegiatan pengajaran dan penelitian yang aktif. Penulis juga terlibat secara intensif dalam kegiatan keilmuan terkait bencana, baik di tingkat nasional maupun internasional. Keaktifannya penulis terlihat melalui kontribusinya sebagai pemakalah maupun narasumber dalam berbagai forum, yang mencerminkan komitmen yang kuat terhadap penanggulangan dampak bencana melalui pemahaman mendalam terhadap aspek-aspek kritis dalam bidangnya.

Email: maryamiyuliana@ugm.ac.id

BAB 7

ETIKA DAN PROFESIONALISME DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS

Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes., DIE

Institut Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama Tuban

A. PENDAHULUAN

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang kesehatan menuntut tenaga keperawatan untuk memiliki kompetensi profesional yang tidak hanya mencakup keterampilan klinis, tetapi juga kemampuan etis dan moral yang tinggi. Dalam praktik keperawatan komunitas, perawat berhadapan dengan berbagai kondisi sosial, budaya, dan ekonomi masyarakat yang beragam, sehingga diperlukan pemahaman mendalam mengenai etika profesi dan profesionalisme sebagai dasar dalam pengambilan keputusan keperawatan (Malawat et al., 2024).

Etika keperawatan merupakan kerangka moral dan norma perilaku profesional yang mengatur hubungan antara perawat dengan pasien, keluarga, rekan sejawat, dan masyarakat. Etika menjadi pedoman bagi perawat untuk bertindak secara benar, adil, dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan kesehatan (Myint et al., 2020). Menurut Hijriana (2023) etika keperawatan adalah refleksi nilai-nilai kemanusiaan yang menuntun perawat dalam menentukan tindakan yang tepat ketika menghadapi dilema moral di lingkungan praktik.

Penerapan etika menjadi lebih kompleks karena menyangkut interaksi lintas budaya dan keterbatasan sumber daya pelayanan kesehatan (Febrianti et al., 2025). Perawat tidak hanya berperan sebagai pelaksana tindakan keperawatan, tetapi juga sebagai pendidik, advokat, dan pemberdaya

masyarakat, sehingga tanggung jawab moral dan profesional menjadi semakin penting (Nuraeni et al., 2023). Oleh karena itu, pemahaman tentang etika profesi harus diintegrasikan dengan nilai-nilai profesionalisme agar pelayanan yang diberikan tetap berorientasi pada kebutuhan dan hak masyarakat.

Profesionalisme keperawatan mencerminkan sikap, komitmen, dan tanggung jawab perawat dalam melaksanakan praktik berdasarkan standar etik, ilmu, dan hukum yang berlaku. Seorang perawat profesional diharapkan mampu menjaga integritas, menunjukkan kompetensi, dan berperilaku sesuai dengan kode etik keperawatan (Yusnilawati et al., 2024). Profesionalisme juga mencakup kemampuan bekerja sama secara lintas sektor, menjunjung tinggi keadilan sosial, dan berkontribusi dalam peningkatan derajat kesehatan masyarakat (Arneliwati et al., 2024).

Hubungan antara etika dan profesionalisme bersifat integratif dan saling memperkuat. Etika memberikan dasar moral bagi perawat untuk bertindak secara benar, sedangkan profesionalisme menjadi manifestasi konkret dari nilai-nilai etika dalam praktik sehari-hari (Putri & Kurniawan, 2019). Dalam pelayanan komunitas, keduanya menjadi pondasi utama dalam menjaga kepercayaan masyarakat terhadap profesi keperawatan.

Buku ini disusun untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang bagaimana etika dan profesionalisme diterapkan dalam praktik keperawatan komunitas. Melalui pemahaman ini, diharapkan perawat mampu mengintegrasikan nilai-nilai etika, moral, dan profesional dalam setiap bentuk pelayanan kepada masyarakat. Lebih dari itu, buku ini bertujuan untuk menumbuhkan kesadaran reflektif dan tanggung jawab sosial perawat sebagai agen perubahan (*change agent*) dalam upaya mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal dan berkelanjutan.

B. KONSEP DASAR ETIKA DAN PROFESIONALISME DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS

1. Pengertian Etika Keperawatan

Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dituntut memiliki kompetensi profesional yang mencakup pengetahuan, keterampilan, serta pemahaman mendalam tentang prinsip etika dan hukum keperawatan. Pemenuhan kebutuhan pasien tidak hanya berorientasi pada aspek klinis, tetapi juga harus mempertimbangkan

tanggung jawab moral dan hukum guna melindungi hak pasien serta menjaga integritas profesi perawat(Hijriana, 2023). Salah satu pedoman utama yang mengatur hubungan profesional antara perawat dan pasien adalah etika keperawatan, yang berfungsi sebagai landasan perilaku dan pengambilan keputusan dalam praktik keperawatan (Febrianti et al., 2025).

Etika keperawatan menurut Selo et al (2025) mencerminkan hubungan sosial antara perawat dan masyarakat, yang tercermin melalui sikap, karakter, dan perilaku perawat terhadap individu lain. Etika ini berperan sebagai kerangka normatif yang digunakan untuk mengevaluasi dan mengarahkan tindakan perawat berdasarkan kode etik profesi (Setyaningsih et al., 2024). Etika keperawatan menuntun perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan. Etika keperawatan adalah standar acuan *problem solving* (mengatasi masalah) yang dilakukan perawat terhadap pasien yang tidak mengindahkan dedikasi moral dalam pelaksanaan tugasnya. Etika keperawatan juga merupakan istilah yang digunakan dalam merefleksikan bagaimana seharusnya perawat berperilaku terhadap orang lain dalam hal ini adalah pasien (Nuraeni et al., 2023).

Dengan etika yang baik diharapkan seorang perawat mampu menjalin hubungan yang lebih dekat dengan pasien sehingga akan terjalin sikap saling menghormati dan menghargai antara perawat dan pasien.

2. Tujuan Etika Keperawatan

Secara umum, tujuan etika profesi keperawatan ialah membangun dan menjaga kepercayaan klien terhadap perawat, kepercayaan antar perawat, serta kepercayaan masyarakat terhadap profesi keperawatan. *American Ethics Commission Bureau on Teaching*, menjelaskan tujuan etika keperawatan, antara lain:

- a. Mengetahui dan mengidentifikasi unsur moral dalam praktek keperawatan
- b. Menyusun strategi atau cara menganalisa masalah moral yang terjadi dalam praktek keperawatan
- c. Menghubungkan prinsip-prinsip moral yang baik dan dapat dipertanggungjawabkan pada individu, keluarga, masyarakat dan kepada Tuhan sesuai dengan kepercayaannya.

Etika keperawatan berperan penting dalam membentuk landasan

DAFTAR PUSTAKA

- Abdullah, M., & Binarsa, D. B. (2025). Etika Profesi dan Aspek Pidana dalam Pelayanan Kesehatan: Harmonisasi menurut Undang-Undang No. 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. *Journal of Syntax Literate*.
- Akbar, M. A. (2020). *Buku ajar konsep-konsep dasar dalam keperawatan komunitas*.
- Alfianto, A. G., Putri, E. M. I., Arifudin, N., & ... (2023). Etika Keperawatan & Hukum Kesehatan: Aspek Legal Perawat Indonesia. *Penerbit Tahta Media*
- Ariga, R. A. (2020). *Buku Ajar Implementasi Manajemen Pelayanan Kesehatan Dalam Keperawatan*.
- Arneliwati, N., Kep, M., & Simanullang, P. (2024). *Buku Ajar Konsep Keperawatan Komunitas*.
- Febrianti, D., Suwarningsih, S., Nuryani, R., Muliani, N., & ... (2025). *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial*. Tahta Media
- Malawat, R., Nurhayati, S. K., Aprianti, M. T., MKes, S. K., & ... (2024). *Buku Ajar Etika Keperawatan*. Karya Kita:Bandung
- Muntamah, U., Apriyanto, A., & Agil, N. M. (2025). *Buku Referensi Panduan Keperawatan Modern: Komprehensif dan Praktis*.
- Myint, N. M. M., Nursalam, N., & Has, E. M. M. (2020). The effectiveness of health education intervention to promote breast self-examination practice: A systematic review. *International Journal of Science*.
- Nisa, A. C. (2024). Etika Profesi dalam Pelayanan Medik: Analisis Konflik dan Implikasi Hukum Kesehatan Kontemporer. *Jurnal Litigasi Amsir*.
- Nuraeni, N. A., Kep, M., Kom, S. K., Handayani, N. P. A., Kep, M., & ... (2023). *Buku Ajar Keperawatan Komunitas*.
- Puspanegara, A., Wulan, N., & ... (2023). Hubungan peran perawat manajer dengan etika perawat pelaksana dalam pelayanan asuhan keperawatan

di ruang rawat inap RSUD Kuningan Medical Center. *Journal of Public Health*

- Retna, R., & Sumanti, R. (2018). Implementasi Metode Multi Source Feedback (Msf) Dalam Penilaian Perilaku Profesional Mahasiswa Kebidanan. *Jurnal Ilmiah Medsains*.
- Rivai, A. F. (2022). *EDM (Ethics Decision Making) Konsep Pengambilan Keputusan Etik dan Implementasinya dalam Praktik Keperawatan*. books.google.com.
- Selano, M. K., Suyami, S., Suryani, L., Melastiti, E., & ... (2025). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan*. Tahta Media
- Suhaid, D. N., Ningsih, K. P., Fatsena, R. A., Lufianti, A., & ... (2022). *Etika Profesi Dan Hukum Kesehatan*. Gajah Mada University Press
- Wianti, S., & Mustika, A. S. (2024). Intervensi Keperawatan Keluarga: Pengalaman Ibu Tunggal dalam Membangun Moralitas Anak Remaja. *KOSALA: Jurnal Ilmu Kesehatan*.
- Wijayanti, L. A., Hijrah, H., Millati, R., & ... (2025). Improving nurse competence in health centers through practice-based training. *Jurnal Pengabdian Masyarakat*.
- Yusnilawati, N., Sinulingga, N. E., Kep, M., Kep, S., & ... (2024). *Buku Ajar Konsep Dasar Keperawatan Untuk S1 Keperawatan*. Tahta Media

PROFIL PENULIS



Dr. H. Miftahul Munir, SKM., M.Kes., DIE

Dr. Miftahul Munir, S.K.M., M.Kes., DIE merupakan Rektor Institut Ilmu Kesehatan Nahdlatul Ulama (IIKNU) Tuban. Lahir di Lamongan pada 19 April 1969, beliau menempuh pendidikan DIII Keperawatan di Akademi Keperawatan Soetomo Surabaya dan lulus pada tahun 1994. Pendidikan S1 dan S2 Kesehatan Masyarakat diselesaikan di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga masing-masing pada tahun 1998 dan 2000, serta gelar Doktor Ilmu Kesehatan diperoleh dari universitas yang sama pada tahun 2016. Sejak tahun 2002 beliau aktif sebagai Dosen DPK di IIKNU Tuban. Dalam bidang akademik, Dr. Miftahul Munir memiliki pengalaman luas sebagai dosen Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, dan Keperawatan Gerontik. Beliau juga aktif melakukan penelitian di bidang kesehatan masyarakat dan keperawatan komunitas, dengan publikasi di berbagai jurnal nasional terakreditasi maupun jurnal internasional bereputasi. Sebagai akademisi dan pemimpin, beliau juga terlibat dalam berbagai kegiatan pengabdian kepada masyarakat serta menjadi pembicara utama (*keynote speaker*) dan narasumber pada seminar, workshop, dan kuliah pakar di tingkat nasional maupun internasional. Dalam organisasi profesi, beliau aktif sebagai Ketua DPD Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) Kabupaten Tuban dan Wakil Ketua PPNI Provinsi Jawa Timur Bidang Organisasi. Selain itu, beliau juga menjadi trainer dalam Pelatihan Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) dan Jabatan Fungsional Perawat Ahli di Badan Diklat DPW PPNI Provinsi Jawa Timur. Email: munir.stikesnu@gmail.com

BAB 8

INOVASI DALAM PELAYANAN KESEHATAN

Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih, S.Kep.,Ns.,M.Kep
Universitas Pekalongan

A. PENDAHULUAN

Keperawatan komunitas memiliki peran strategis dalam membangun sistem kesehatan masyarakat yang tangguh, adil, dan berkelanjutan. Sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan primer, perawat komunitas berhadapan langsung dengan dinamika sosial, ekonomi, dan lingkungan masyarakat yang terus berubah. Dalam konteks tersebut, inovasi menjadi faktor penting untuk meningkatkan efektivitas, efisiensi, dan mutu pelayanan keperawatan komunitas (Piyakong & Pholanum, 2023).

Menurut *World Health Organization (WHO)*, inovasi dalam pelayanan kesehatan mencakup pengembangan ide, praktik, dan pendekatan baru yang dapat meningkatkan hasil kesehatan, efisiensi sistem, dan kepuasan masyarakat (Omachonu & Einspruch, 2010). Di Indonesia, tuntutan inovasi semakin besar karena adanya pergeseran pola penyakit dari infeksius ke penyakit tidak menular, urbanisasi cepat, serta perkembangan teknologi informasi dan komunikasi yang memengaruhi perilaku kesehatan masyarakat. Kementerian Kesehatan melalui berbagai kebijakan strategis, seperti *Rencana Aksi Direktorat Pelayanan Kesehatan Tradisional (2020–2024)* dan *Program Indonesia Sehat* (Kemenkes RI, 2015), mendorong Puskesmas dan tenaga kesehatan, termasuk perawat, untuk mengembangkan inovasi yang relevan dengan konteks lokal (Yuniarsih, Martani, & Hasanah, 2023).

Oleh karena itu, bab ini membahas secara teoretis dan konseptual bentuk-bentuk inovasi dalam pelayanan kesehatan komunitas yang mencakup inovasi teknologi, sosial, dan manajerial. Pemaparan ini diharapkan mampu

memberikan pemahaman mendalam bagi perawat komunitas tentang bagaimana inovasi dapat diterapkan secara berkelanjutan dan kontekstual di berbagai tingkat layanan kesehatan masyarakat.

B. KONSEP DASAR KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN INOVASI PELAYANAN KESEHATAN

Keperawatan komunitas adalah cabang ilmu keperawatan yang berorientasi pada peningkatan kesehatan masyarakat secara keseluruhan, bukan hanya individu. Fokusnya meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara terintegrasi di tingkat masyarakat (Piyakong & Pholanun, 2023). Pendekatan ini menempatkan masyarakat sebagai mitra aktif dalam menjaga dan meningkatkan derajat kesehatannya.

Inovasi dalam keperawatan komunitas dapat diartikan sebagai penerapan ide, metode, atau teknologi baru untuk memperbaiki proses pelayanan keperawatan yang sudah ada, atau menciptakan cara baru yang lebih efektif dalam memberikan asuhan kepada komunitas (Omachonu & Einspruch, 2010). Definisi ini sejalan dengan pengertian inovasi menurut West (1990), yakni “pengenalan dan penerapan yang disengaja atas ide, produk, atau prosedur baru yang bertujuan memberikan manfaat signifikan bagi individu, organisasi, atau masyarakat luas.”

Dalam konteks keperawatan komunitas, inovasi dapat mencakup berbagai aspek, antara lain:

1. Inovasi produk atau layanan, seperti pengembangan media edukasi digital, aplikasi pemantauan kesehatan keluarga, dan sistem rekam medis komunitas berbasis web.
2. Inovasi proses, seperti perubahan metode pendampingan keluarga, penguatan kader kesehatan, dan penerapan sistem kunjungan rumah berbasis data.
3. Inovasi sosial dan organisasi, yaitu penguatan kolaborasi lintas sektor, pemberdayaan masyarakat, dan restrukturisasi pelayanan berbasis kebutuhan komunitas (Paottongi, Amir, & Mustafa, 2023).

Lebih lanjut, Omachonu dan Einspruch (2010) menegaskan bahwa inovasi dalam pelayanan kesehatan melibatkan empat dimensi utama, yaitu: (1) inovasi produk, (2) inovasi proses, (3) inovasi organisasi, dan (4) inovasi sistem pelayanan. Keempatnya saling berinteraksi untuk menciptakan

peningkatan berkelanjutan dalam mutu dan efisiensi layanan.

Dalam keperawatan komunitas, keberhasilan inovasi sangat dipengaruhi oleh kemampuan perawat untuk menyesuaikan inovasi dengan konteks sosial budaya masyarakat. Hal ini sejalan dengan pandangan Harris et al. (2018) yang menyoroti pentingnya *low-cost innovation* atau inovasi berbiaya rendah yang muncul dari kebutuhan lokal dan keterbatasan sumber daya. Misalnya, pemanfaatan teknologi sederhana seperti aplikasi pesan instan untuk komunikasi antara kader kesehatan dan perawat terbukti meningkatkan koordinasi pelayanan di daerah terpencil tanpa memerlukan investasi besar (Harris et al., 2018).

Dari perspektif keperawatan, inovasi bukan sekadar adopsi teknologi, tetapi juga mencakup dimensi etika, empati, dan humanisme. Piyakong dan Pholanun (2023) menekankan bahwa perawat masa kini harus berperan ganda: sebagai pengguna teknologi sekaligus *nurse innovator* yang mampu merancang solusi kreatif untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat.

C. BENTUK-BENTUK INOVASI DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS

Inovasi dalam keperawatan komunitas dapat dikategorikan ke dalam tiga bentuk besar: inovasi teknologi kesehatan, inovasi sosial dan pemberdayaan masyarakat, serta inovasi manajerial dan kebijakan. Ketiganya saling melengkapi dalam membangun sistem kesehatan komunitas yang adaptif terhadap perubahan.

1. Inovasi Teknologi Kesehatan

Perkembangan teknologi informasi, kecerdasan buatan (AI), dan *telehealth* telah menciptakan paradigma baru dalam keperawatan komunitas. Menurut Murad Khan dan Sherani (2024), penerapan AI dalam pelayanan kesehatan telah membantu meningkatkan diagnosis, perencanaan perawatan, dan manajemen pasien secara lebih efisien. Misalnya, sistem analisis data berbasis AI dapat membantu perawat komunitas mendeteksi risiko penyakit kronis pada kelompok rentan melalui data kesehatan berbasis komunitas.

Selain itu, *telehealth* dan *mobile health (mHealth)* menjadi sarana penting bagi perawat komunitas dalam menjangkau masyarakat di wilayah sulit akses. Inovasi ini memungkinkan edukasi kesehatan,

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeny, C. (2013). Inovasi Pelayanan Kesehatan dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan di Puskesmas Jagir Kota Surabaya. *Kebijakan Dan Manajemen Publik*, 1, 85–93. [http://journal.unair.ac.id/filerPDF/11 Cindy_KMP V1 N1 Jan-April 2013.pdf](http://journal.unair.ac.id/filerPDF/11_Cindy_KMP_V1_N1_Jan-April_2013.pdf)
- Harris, M., Bhatti, Y., Prime, M., del Castillo, J., & Parston, G. (2018). Low-cost innovation in healthcare: what you find depends on where you look. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 111(2), 47–50. <https://doi.org/10.1177/0141076817738501>
- Khan, M., Ilmu, A. S.-B. J. M., & 2024, undefined. (2024). Healthcare Meets AI: Innovations, Applications, and Ethical Considerations. *Neliti.Com*, 3(05), 725–737. <https://www.neliti.com/publications/592420/healthcare-meets-ai-innovations-applications-and-ethical-considerations>
- Kosiol, J., Silvester, T., Cooper, H., Alford, S., & Fraser, L. (2024). Revolutionising health and social care: innovative solutions for a brighter tomorrow – a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11099-5>
- Omachonu, V. K., & Einspruch, N. G. (2010). Innovation in healthcare delivery systems: A conceptual framework. *Innovation Journal*, 15(1), 1–20.
- Paottongi, A., Amir, M., Mustafa, L. O., Program, M., Administrasi, S., Pascasarjana, P., & Kendari, U. (2023). Implementasi Program Inovasi Pelayanan Kesehatan Di Kabupaten Kolaka Implementation of the Health Service Innovation Program in Kolaka Regency. *Jurnal Administrasi Pembangunan Dan Kebijakan Publik*, 14(2), 2502–5589.
- Piyakong, D., & Pholanum, N. (2023). Healthcare technology, innovation and nursing challenges in disruptive era. *Jurnal Ners*, 18(2), 108–109. <https://doi.org/10.1177/2333393621997397>
- Srini, J. (2024). Experience in Healthcare Innovation. *Experience in*

Healthcare Innovation. <https://doi.org/10.1002/9781394300723>

Triana, N., Setiawati, E. P., Farisa, I., Arya, D., Sunjaya, D. K., & Argadiredja,

D. S. (2016). Manajemen Perubahan Organisasi Dinas Kesehatan dalam Revitalisasi Puskesmas di Kabupaten Sumedang. *JKS*, 1(3), 120–126.

Yuniarsih, S. M., Martani, R. W., & Hasanah, N. (2023). *Evaluation of the Implementation of Traditional Health Services at the Sawit Community Health Center, Boyolali Regency, Central Java*. 1(3), 248–260.

PROFIL PENULIS



Dr. Sri Mumpuni Yuniarsih, S.Kep., Ns., M.Kep.

Penulis merupakan Dosen Keperawatan pada Program Studi S1 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Pekalongan sejak tahun 2010. Sebagai akademisi yang berkomitmen pada pengembangan ilmu keperawatan, penulis aktif dalam kegiatan pendidikan, penelitian, dan pengabdian masyarakat,

terutama di bidang keperawatan komunitas, pelayanan kesehatan tradisional, dan keperawatan transkultural. Penulis telah mengikuti berbagai pelatihan dan sertifikasi profesional untuk meningkatkan kompetensi dalam pengajaran dan riset berbasis praktik. Beberapa karya ilmiah penulis telah dipublikasikan di jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional bereputasi. Selain itu, penulis juga aktif sebagai pemakalah dan narasumber dalam berbagai seminar dan lokakarya terkait pelayanan kesehatan integratif dan pengembangan model praktik keperawatan berbasis budaya lokal.

Email: unipekalongan@gmail.com

BAB 9

STRATEGI PEMBERDAYAAN KOMUNITAS UNTUK MENINGKATKAN AKSES KESEHATAN

Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Dirgahayu
Samarinda

A. PENDAHULUAN

Pemberdayaan komunitas memungkinkan masyarakat untuk mengidentifikasi, mengembangkan, dan memanfaatkan potensi lokal dalam mengatasi masalah kesehatan mereka sendiri. Pendekatan partisipatif memungkinkan komunitas untuk berpartisipasi secara aktif dalam proses perencanaan, implementasi, dan evaluasi program kesehatan. Selain meningkatkan kemampuan individu dan kelompok pendekatan ini juga menanamkan rasa kepemilikan dan tanggung jawab atas kesehatan bersama. Dalam praktiknya, pemberdayaan komunitas dapat dicapai melalui berbagai upaya seperti pelatihan kader kesehatan, pembentukan kelompok peduli kesehatan, penyediaan informasi yang mudah diakses, dan kolaborasi lintas sektor antara masyarakat, pemerintah, dan tenaga kesehatan. metode ini dapat mengurangi hambatan akses, memberi masyarakat kemandirian untuk menjaga dan meningkatkan derajat kesehatannya. Untuk meningkatkan akses kesehatan, bab ini akan membahas konsep, nilai, prinsip, dan strategi pemberdayaan komunitas yang relevan.

B. DEFINISI

Pemberdayaan adalah proses meningkatkan kemandirian dan kesejahteraan masyarakat dengan memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk memperbaiki situasi dan kondisi seseorang. Pemberdayaan hanya dapat dicapai melalui partisipasi masyarakat, meskipun itu bermanfaat bagi diri sendiri dan lingkungan. Pemberdayaan masyarakat adalah proses meningkatkan kemandirian dan kesejahteraan masyarakat dengan memperoleh pengetahuan dan keterampilan untuk memperbaiki kondisi kesehatan seseorang. Pemberdayaan masyarakat adalah upaya atau proses untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat dalam mengenali, mengatasi, memelihara, melindungi dan meningkatkan kesehatannya.

C. PERANAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Pemberdayaan masyarakat adalah komponen penting yang tidak boleh diabaikan dalam mencapai kemandirian kesehatan. Sasaran utama dari promosi kesehatan adalah pemberdayaan kesehatan di bidang kesehatan. Salah satu strategi global untuk promosi kesehatan dilakukan melalui pemberdayaan masyarakat. Oleh karena itu, sangat penting untuk melibatkan masyarakat sebagai target utama dalam meningkatkan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka.

Membangun desa sebagai desa siaga dan memiliki program posyandu adalah salah satu cara untuk memberdayakan masyarakat dalam bidang kesehatan. Tujuan utama posyandu adalah untuk mengurangi angka kematian ibu dan bayi selama kehamilan, persalinan, atau setelah persalinan melalui pemberdayaan masyarakat. Beberapa program utama posyandu termasuk program kesehatan ibu hamil, program kesehatan anak, program keluarga berencana, imunisasi, pemantauan status gizi, dan pencegahan dan penanggulangan diare.

Manfaat posyandu dapat diperoleh tanpa biaya, meringankan beban ekonomi masyarakat. Selain itu, posyandu juga memiliki banyak manfaat lain, seperti memberikan berbagai informasi tentang kesehatan ibu dan anak, seperti pemberian ASI dan MPASI, dan mencegah penyakit, mengawasi pertumbuhan anak, sehingga anak tidak terpapar gizi buruk atau kekurangan gizi, dan mendeteksi kelainan sejak dini pada anak, ibu hamil, dan ibu

menyusui, sehingga dapat segera ditangani, dan memberikan imunisasi lengkap.

Posyandu juga dapat menjadi sarana bagi orang lain untuk mendapatkan vaksinasi lengkap. Pengetahuan yang baik diharapkan dapat meningkatkan kualitas kesehatan ibu dan anak. Kegiatan posyandu dan keuntungan dari mereka dapat semakin dirasakan jika dilakukan secara teratur.

D. TUJUAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Proses penting dalam meningkatkan kemampuan individu dan kelompok untuk mencapai kemandirian dalam kesehatan dikenal sebagai pemberdayaan masyarakat. Salah satu tujuan utama dari pemberdayaan ini adalah memberikan informasi, edukasi dan pelatihan yang relevan dengan kebutuhan komunitas, yang bertujuan untuk meningkatkan keterampilan masyarakat.

E. TAHAPAN PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Terdapat tiga tahapan yang harus dipenuhi dalam pelaksanaan pemberdayaan, yaitu;

1. Tahap pertama harus menyadarkan masyarakat umum bahwa setiap orang memiliki potensi yang dapat dikembangkan.
2. Peningkatan kapasitas memerlukan masyarakat yang bersedia menerima daya, yang terdiri dari individu, organisasi, dan sistem nilai.
3. Pendayaan: Pada tahap ini, masyarakat diberi kekuatan, kekuasaan, atau kesempatan untuk berkembang dan mencapai kemandirian. Pemberian daya ini disesuaikan dengan kecakapan masing-masing individu, sehingga pendayaan masyarakat melibatkan dua kelompok yang saling terkait: masyarakat sebagai pihak yang diberdayakan dan pihak yang memberikan kepedulian untuk memberdayakan (pemerintah daerah, pemerintah desa, dan lembaga swadaya masyarakat).

F. POTENSI LOKAL DALAM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT DI BIDANG KESEHATAN

Suatu desa masih memiliki potensi untuk berkembang, tetapi itu hanya akan menjadi potensi jika tidak diubah menjadi kenyataan yang bermanfaat

DAFTAR PUSTAKA

- Endah, K. (2020). Pemberdayaan masyarakat: Menggali Potensi Lokal Desa. Jurnal Moderat, 6(1), 135-143
<https://jurnal.unigal.ac.id/index.php/moderat>
- Reskiaddin, L.O., Anhar, V.Y., Sholikhah & Wartono. (2020). Tantangan dan hambatan Pemberdayaan Masyarakat Dalam Pengendalian Penyakit Tidak Menular Di Daerah Semi-Perkotaan: Sebuah Evidence Based Practice Di Padukuhan Samironi, Sleman Yogyakarta.. Jurnal Kesmas Jambi, , 4(2), 43-49
- Septiani, S & Purnamasari, H. (2024).Efektivitas Pemberdayaan masyarakat Dalam Bidang Kesehatan Posyandu Di Desa Rengasdengklok Utara. Community Development Journal, 5(3), 4442-4446
- South, J et al. (2015). *A Guide to Community-Centred Approaches for Health and Wellbeing*. England: Public Health England
- Suryani, O., Yudiernawati, A & Wahyuni, T.D. (2025). Innovative Strategies in Community Empowerment to Promote Sustainable Healthy Living Behavior. The Journal of Academic Science, 2(2), 665-674.
- Umah, I. T. (2025). Community Empowerment Through The Human Initiative Java Multi-Income Family Program West In Village Cimenyan Regency Bandung. Journal of Economic Empowerment Strategy (JEES), 8(1), 35-45
- Zainuri, A., Cikusin, Y & Abidin, A.Z. (2023). Implementasi Strategi Pemberdayaan Masyarakat Bidang Kesehatan Dalam Upaya Pencegahan Stunting Di Desa Sumber Sekar Kecamatan Dau Kabupaten Malang. Jurnal Respon Publik, 17(5), 41-49

PROFIL PENULIS



Ns. Gracia Herni Pertiwi, M.Kep., Ph.D.NS

Penulis merupakan Dosen yang aktif menulis sejak tahun 2020 sampai sekarang. Selain pendidikan formal yang telah ditempuhnya, penulis juga mengikuti berbagai seminar dan workshop, pelatihan lainnya untuk meningkatkan kinerja dosen, khususnya di bidang pengajaran, penelitian dan pengabdian. Penulis aktif berkolaborasi bersama penulis lainnya dalam menulis buku, penelitian dan pengabdian masyarakat. Buku yang telah dihasilkan penulis, yaitu Buku Ajar Teori dan Aplikasi Promosi Kesehatan, Keperawatan gerontik, Keperawatan Holistik dan buku-buku keperawatan lainnya. Penulis aktif melakukan penelitian dan publikasi di berbagai jurnal ilmiah.

KEPERAWATAN KOMUNITAS

KONSEP, PRAKTIK, DAN INOVASI

Perkembangan permasalahan kesehatan masyarakat yang semakin kompleks, ditandai oleh perubahan demografi, transisi epidemiologi, ketimpangan sosial, serta percepatan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan, menuntut praktik keperawatan yang semakin profesional, adaptif, dan berorientasi pada kebutuhan nyata masyarakat. Dalam konteks tersebut, keperawatan komunitas memiliki peran strategis sebagai garda terdepan dalam upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif untuk mewujudkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal dan berkelanjutan. Buku Keperawatan Komunitas: Konsep, Praktik, dan Inovasi disusun sebagai upaya akademik untuk merespons kebutuhan tersebut.

Buku ini menyajikan pembahasan keperawatan komunitas secara komprehensif, mulai dari konsep dasar dan landasan teoretis, pendekatan holistik dalam keperawatan komunitas, peran dan fungsi perawat komunitas, hingga implementasi praktik keperawatan berbasis keluarga, budaya, dan pemberdayaan masyarakat. Setiap bab disusun secara sistematis dan runtut, sehingga memudahkan pembaca dalam memahami keterkaitan antara teori dan praktik keperawatan komunitas dalam konteks pelayanan kesehatan masyarakat.

Keunggulan buku ini terletak pada kekayaan perspektif serta kedalaman pembahasan. Beragam topik dibahas dengan pendekatan ilmiah yang tetap kontekstual, sehingga mampu menggambarkan realitas praktik keperawatan komunitas yang dihadapkan pada keterbatasan sumber daya, keberagaman budaya, serta meningkatnya tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang humanis dan berkualitas. Dengan demikian, buku ini tidak hanya bersifat deskriptif, tetapi juga reflektif dan aplikatif bagi pengembangan kompetensi perawat.



CV. Tahta Media Group
Surakarta, Jawa Tengah
Web : www.tahtamedia.com
Ig : [tahtamedia](https://www.instagram.com/tahtamedia)
Telp/WA : +62 896 5427 3996

