



# MODUL PEMBELAJARAN

## KEPERAWATAN KOMUNITAS II

**Penulis:**  
Ifa Nofalia, M.Kep.  
Agustina M., M.Kes.



**PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2019**

## **KATA PENGANTAR**

Puji serta syukur Kami panjatkan ke hadirat Allah SWT yang Telah memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada saya sehingga Modul ini dapat tersusun. Modul ini diperuntukkan bagi mahasiswa Program Studi S1 Ilmu Keperawatan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Diharapkan mahasiswa yang mengikuti kegiatan pembelajaran dapat mengikuti semua kegiatan dengan baik dan lancar. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan modul ini tentunya masih terdapat beberapa kekurangan, sehingga penulis bersedia menerima saran dan kritik dari berbagai pihak untuk dapat menyempurnakan modul ini di kemudian hari. Semoga dengan adanya modul ini dapat membantu proses belajar mengajar dengan lebih baik lagi.

Jombang, Februari 2019

Penulis

## **PENYUSUN**

### **Penulis**

Ifa Nofalia, S.Kep., Ns., M.Kep.

Agustina M S.Kep., Ns., M.Kes

### **Desain dan Editor**

M. Sholeh

.

### **Penerbit**

@ 2019 Icme Press

## DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
KATA PENGANTAR.....	ii
PENYUSUN.....	iii
DAFTAR ISI .....	iv
PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL .....	v
RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER.....	vi
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
A. Deskripsi Mata Ajar .....	1
B. Capaian Pembelajaran Lulusan .....	1
C. Strategi Perkuliahan.....	4
BAB 2 KEGIATAN BELAJAR.....	5
A. Kegiatan Belajar 1 .....	5
B. Kegiatan Belajar 2 .....	11
C. Kegiatan Belajar 3-4.....	22
D. Kegiatan Belajar 5-6.....	50
E. Kegiatan Belajar 7-9.....	69
F. Kegiatan Belajar 10-12.....	75
G. Kegiatan Belajar 13 .....	80
H. Kegiatan Belajar 14 .....	87
DAFTAR PUSTAKA .....	100

## PETUNJUK PENGGUNAAN MODUL

### A. Petunjuk Bagi Dosen

Dalam setiap kegiatan belajar dosen berperan untuk:

1. Membantu mahasiswa dalam merencanakan proses belajar
2. Membimbing mahasiswa dalam memahami konsep, analisa, dan menjawab pertanyaan mahasiswa mengenai proses belajar.
3. Mengorganisasikan kegiatan belajar kelompok.

### B. Petunjuk Bagi Mahasiswa

Untuk memperoleh prestasi belajar secara maksimal, maka langkah-langkah yang perlu dilaksanakan dalam modul ini antara lain:

1. Bacalah dan pahami materi yang ada pada setiap kegiatan belajar. Bila ada materi yang belum jelas, mahasiswa dapat bertanya pada dosen.
2. Kerjakan setiap tugas diskusi terhadap materi-materi yang dibahas dalam setiap kegiatan belajar.
3. Jika belum menguasai level materi yang diharapkan, ulangi lagi pada kegiatan belajar sebelumnya atau bertanyalah kepada dosen.

## RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER

	<b>SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG</b> <b>PROGRAM STUDI S1 ILMU KEPERAWATAN</b>		
	<b>RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)</b>		
<b>No. Dokumen</b>	<b>No. Revisi</b>	<b>Hal</b>	<b>Tanggal Terbit</b> 05 Agustus 2019
Mata Kuliah : Kep. Komunitas 2	Semester: VII	SKS: 4 (2T, 2P)	Kode MK: 01AEKOM2
Program Studi : S1 Ilmu Keperawatan	Dosen Pengampu/Penanggungjawab : Ifa Nofalia, S.Kep., Ns., M.Kep. (IN) Agustina M S.Kep., Ns., M.Kes (AM)		
Capaian Pembelajaran Lulusan (CPL)	<p><b>Sikap</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religious</li> <li>2. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika</li> <li>3. Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan</li> <li>4. Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.</li> <li>5. Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggung jawabnya, dan hukum/peraturan perundangan;</li> <li>6. Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia</li> <li>7. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggung jawabnya.</li> </ol>		

**Keterampilan Umum:**

1. Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standard kompetensi kerja profesinya
2. Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif
3. Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik
4. Mengomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya
5. Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya
6. Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat
7. Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya
8. Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya
9. Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya
10. Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya
11. Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri

**CP Keterampilan Khusus**

1. Menerapkan filosofi, konsep holistic dan proses keperawatan komunitas dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
2. Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus keperawatan komunitas terkait kesehatan sekolah serta UKS, kelompok khusus, anak remaja, ibu hamil, balita dan kelompok rentan cacat dengan memperhatikan aspek legal etis serta menekankan aspek caring dan peka budaya.

3. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus keperawatan komunitas terkait kesehatan sekolah serta UKS, kelompok khusus, anak remaja, ibu hamil, balita dan kelompok rentan cacat dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
4. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan kasus keperawatan komunitas terkait kesehatan sekolah serta UKS, kelompok khusus, anak remaja, ibu hamil, balita dan kelompok rentan cacat dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
5. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada keperawatan komunitas terkait kesehatan sekolah serta UKS, kelompok khusus, anak remaja, ibu hamil, balita dan kelompok rentan cacat dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
6. Melaksanakan fungsi advokasi dan komunikasi pada kasus keperawatan komunitas terkait kesehatan sekolah serta UKS, kelompok khusus, anak remaja, ibu hamil, balita dan kelompok rentan cacat dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.  
Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus keperawatan komunitas terkait kesehatan sekolah serta UKS, kelompok khusus, anak remaja, ibu hamil, balita dan kelompok rentan cacat sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif dengan menekankan

**CP Pengetahuan**

1. Mampu menjelaskan konsep dan asuhan keperawatan kesehatan sekolah serta UKS
2. Mampu menjelaskan konsep dan Asuhan Keperawatan pada agregat (Kelompok Khusus) dalam komunitas
3. Mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok anak dan remaja
4. Mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok ibu hamil, bersalin, dan nifas di komunitas
5. Mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok penyakit menular dan tidak menular (kronik) di komunitas
6. Mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok rentan cacat (fisik, mental dan sosial) dan risiko terserang penyakit (Kelompok WTS, Penyalahgunaan NAPZA dan pekerja



1	Menjelaskan konsep dan Asuhan Keperawatan pada agregat (Kelompok Khusus) dalam komunitas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsep agregat (kelompok khusus) dalam komunitas</li> <li>2. Konsep asuhan keperawatan kelompok dalam komunitas</li> </ol>	Mini Lecture (IN)	2x50	MCQ	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan Asuhan Keperawatan pada agregat (Kelompok Khusus) dalam komunitas	5
2	Menjelaskan konsep dan asuhan keperawatan kesehatan sekolah serta UKS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Konsep keperawatan kesehatan sekolah</li> <li>2. Asuhan keperawatan kesehatan sekolah</li> <li>3. Program usaha kesehatan sekolah</li> </ol>	Mini Lecture (IN)	2x50	MCQ	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan asuhan keperawatan kesehatan sekolah serta UKS	5
3	Menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok anak dan remaja	Konsep dan aspek kesehatan kelompok anak (bayi, balita, anak usia sekolah) dan remaja di komunitas	Mini Lecture (IN)	2x50	MCQ	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok anak dan remaja	5

4		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplikasi Askep kesehatan kelompok anak di komunitas</li> <li>2. Aplikasi Askep kesehatan kelompok remaja dengan masalah di komunitas</li> </ol>	Studi Kasus (IN)	2x50	Laporan kasus dan problem solving skill	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu mengaplikasikan konsep dan askep kesehatan kelompok anak dan remaja	10
5	Menjelaskan konsep dan askep kesehatan kelompok ibu hamil, bersalin, dan nifas di komunitas	Konsep dan askep kesehatan kelompok ibu hamil, bersalin, dan nifas di komunitas	Mini lecture (IN)	2x50	MCQ	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan askep kesehatan kelompok ibu hamil, bersalin, dan nifas di komunitas	5
6		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aplikasi Askep kesehatan kelompok ibu hamil di komunitas</li> <li>2. Aplikasi Askep kesehatan kelompok ibu nifas di komunitas</li> </ol>	Studi kasus (IN)	2x50	Laporan kasus dan problem solving skill	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu mengaplikasikan konsep dan askep kesehatan kelompok ibu hamil, bersalin, dan nifas di komunitas	10

7	Menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok penyakit menular dan tidak menular (kronik) di komunitas	Konsep dan Aspek kesehatan kelompok penyakit tidak menular (kronik) di komunitas	Mini Lecture (IN)	2x50	MCQ	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok penyakit menular di komunitas	10
<b>8</b>	<b>UJIAN TENGAH SEMESTER</b>						
9		Konsep dan Aspek kesehatan kelompok penyakit menular di komunitas	Mini Lecture (AM)	2x50	MCQ	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok penyakit tidak menular (kronik) di komunitas	5
10		1. Aplikasi Aspek kesehatan kelompok penyakit menular di komunitas 2. Aplikasi Aspek kesehatan kelompok penyakit tidak menular (kronik) di komunitas	Studi Kasus (AM)	2x50	Laporan kasus dan problem solving skill	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu mengaplikasikan konsep dan aspek kesehatan kelompok penyakit tidak menular (kronik) di komunitas	10

11	Menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok rentan cacat (fisik, mental dan sosial) dan risiko terserang penyakit (Kelompok WTS, Penyalahgunaan NAPZA dan pekerja tertentu) di komunitas	Konsep dan Aspek kesehatan kelompok rentan cacat (fisik, mental dan sosial) di komunitas	Mini Lecture (AM)	2x50	MCQ	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok rentan cacat (fisik, mental dan sosial) di komunitas	5
12		Konsep dan Aspek kesehatan kelompok risiko terserang penyakit (Kelompok WTS, Penyalahgunaan NAPZA dan pekerja tertentu)	Mini Lecture (AM)	2x50	MCQ	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok risiko terserang penyakit (Kelompok WTS, Penyalahgunaan NAPZA dan pekerja tertentu) di komunitas	5
13		1. Aplikasi Aspek kesehatan kelompok rentan cacat sosial (terlantar) di komunitas 2. Aplikasi Aspek kesehatan kelompok risiko terserang penyakit (WTS)	Case studi (AM)	2x50	Laporan kasus dan problem solving skill	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu mengaplikasikan konsep dan aspek kesehatan kelompok rentan cacat (fisik, mental dan sosial)	10

						dan risiko terserang penyakit (Kelompok WTS, Penyalahgunaan NAPZA dan pekerja tertentu) di komunitas	
14	Menjelaskan konsep dan program perawatan di rumah	1. Konsep perawatan di rumah 2. Program perawatan di rumah	Case study (AM)	2x50	Laporan kasus dan problem solving skill	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu menjelaskan konsep dan program perawatan di rumah	5
15	Menjelaskan terapi komplementer dalam keperawatan komunitas	Terapi komplementer dalam keperawatan komunitas: 1. Definisi terapi komplementer 2. Jenis-jenis terapi komplementer 3. Focus terapi komplementer 4. Peran perawat dalam terapi komplementer 5. Tehnik terapi komplementer	SGD (AM)	2x50	Presentasi dan penugasan	Setelah mengikuti kegiatan pembelajaran, mahasiswa mampu menjelaskan terapi komplementer dalam keperawatan komunitas	10
16	<b>UJIAN AKHIR SEMESTER</b>						
<b>PRAKTIKUM LABORATORIUM</b>							

1-4	Perawatan penyakit kronik di rumah	Demonstrasi dan Simulasi/ AM	4 x 170	Prosedur skill tes	Dapat melakukan simulasi	
5-7	Perawatan penyakit menular di rumah	Demonstrasi dan Simulasi/ AM	3 x 170	Prosedur skill tes	Dapat melakukan simulasi	
8-9	Penerapan posyandu dan pengisian KMS Balita	Demonstrasi dan Simulasi/ IN	2 x 170	Prosedur skill tes	Dapat melakukan simulasi	
10-11	Pengisian KMS Ibu Hamil	Demonstrasi dan Simulasi/ IN	2 x 170	Prosedur skill tes	Dapat melakukan simulasi	
12-14	Tehnik Terapi Komplementer	Demonstrasi Dan Simulasi/ IN	3 x 170	Prosedur skill tes	Dapat melakukan simulasi	

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Deskripsi Mata Ajar**

Mata kuliah ini membahas tentang asuhan keperawatan komunitas dan pembahasan yang terkait isu dan kecenderungan masalah kesehatan komunitas dalam konteks pelayanan kesehatan utama dengan penekanan pada peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan pemeliharaan kesehatan, area-area khusus dalam keperawatan komunitas, meliputi keperawatan kesehatan sekolah, keperawatan kesehatan kerja, homecare, jaminan layanan keperawatan komunitas dan isu/kecenderungan dalam keperawatan komunitas, dengan penekanan pada peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemeliharaan kesehatan.

### **B. Capaian Pembelajaran Lulusan**

#### **1. Sikap**

- a. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religious
- b. Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral, dan etika
- c. Bekerja sama dan memiliki kepekaan sosial serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan
- d. Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.
- e. Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan;
- f. Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia
- g. Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggungjawabnya.

#### **2. Keterampilan Umum**

- a. Bekerja di bidang keahlian pokok untuk jenis pekerjaan yang spesifik, dan memiliki kompetensi kerja yang minimal setara dengan standard kompetensi kerja profesinya
- b. Membuat keputusan yang independen dalam menjalankan pekerjaan profesinya berdasarkan pemikiran logis, kritis, sistematis, dan kreatif
- c. Menyusun laporan atau kertas kerja atau menghasilkan karya desain di bidang keahliannya berdasarkan kaidah rancangan dan prosedur baku, serta kode etik profesinya, yang dapat diakses oleh masyarakat akademik
- d. Mengomunikasikan pemikiran/argumen atau karya inovasi yang bermanfaat bagi pengembangan profesi, dan kewirausahaan, yang dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah dan etika profesi, kepada masyarakat terutama masyarakat profesinya
- e. Meningkatkan keahlian keprofesiannya pada bidang yang khusus melalui pelatihan dan pengalaman kerja bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang profesinya sesuai dengan kode etik profesinya
- f. Melakukan evaluasi secara kritis terhadap hasil kerja dan keputusan yang dibuat dalam melaksanakan pekerjaannya oleh dirinya sendiri dan oleh sejawat
- g. Memimpin suatu tim kerja untuk memecahkan masalah pada bidang profesinya
- h. Bekerja sama dengan profesi lain yang sebidang dalam menyelesaikan masalah pekerjaan bidang profesinya
- i. Mengembangkan dan memelihara jaringan kerja dengan masyarakat profesi dan kliennya
- j. Mendokumentasikan, menyimpan, mengaudit, mengamankan, dan menemukan kembali data dan informasi untuk keperluan pengembangan hasil kerja profesinya
- k. Meningkatkan kapasitas pembelajaran secara mandiri

### **3. CP Keterampilan Khusus**

- a. Menerapkan filosofi, konsep holistic dan proses keperawatan komunitas dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- b. Melakukan simulasi asuhan keperawatan dengan kasus keperawatan komunitas terkait kesehatan sekolah serta UKS, kelompok khusus, anak remaja, ibu hamil, balita dan kelompok rentan cacat dengan memperhatikan aspek legal etis serta menekankan aspek caring dan peka budaya.
- c. Melakukan simulasi pendidikan kesehatan dengan kasus keperawatan komunitas terkait kesehatan sekolah serta UKS, kelompok khusus, anak remaja, ibu hamil,

balita dan kelompok rentan cacat dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.

- d. Mengintegrasikan hasil-hasil penelitian kedalam asuhan keperawatan dalam mengatasi masalah yang berhubungan dengan kasus keperawatan komunitas terkait kesehatan sekolah serta UKS, kelompok khusus, anak remaja, ibu hamil, balita dan kelompok rentan cacat dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- e. Melakukan simulasi pengelolaan asuhan keperawatan pada keperawatan komunitas terkait kesehatan sekolah serta UKS, kelompok khusus, anak remaja, ibu hamil, balita dan kelompok rentan cacat dengan memperhatikan aspek legal dan etis dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- f. Melaksanakan fungsi advokasi dan komunikasi pada kasus keperawatan komunitas terkait kesehatan sekolah serta UKS, kelompok khusus, anak remaja, ibu hamil, balita dan kelompok rentan cacat dengan menekankan aspek caring dan peka budaya.
- g. Mendemonstrasikan intervensi keperawatan pada kasus keperawatan komunitas terkait kesehatan sekolah serta UKS, kelompok khusus, anak remaja, ibu hamil, balita dan kelompok rentan cacat sesuai dengan standar yang berlaku dengan berfikir kreatif dan inovatif sehingga menghasilkan pelayanan yang efisien dan efektif dengan menekankan

#### **4. CP Pengetahuan**

- a. Mampu menjelaskan konsep dan asuhan keperawatan kesehatan sekolah serta UKS
- b. Mampu menjelaskan konsep dan Asuhan Keperawatan pada agregat (Kelompok Khusus) dalam komunitas
- c. Mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok anak dan remaja
- d. Mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok ibu hamil, bersalin, dan nifas di komunitas
- e. Mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok penyakit menular dan tidak menular (kronik) di komunitas
- f. Mampu menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok rentan cacat (fisik, mental dan sosial) dan risiko terserang penyakit (Kelompok WTS, Penyalahgunaan NAPZA dan pekerja tertentu) di komunitas
- g. Mampu menjelaskan konsep dan program perawatan di rumah

- h. Mampu menjelaskan terapi komplementer dalam keperawatan komunitas

### **C. Strategi Perkuliahan**

Pendekatan perkuliahan ini adalah pendekatan Student Center Learning. Dimana Mahasiswa lebih berperan aktif dalam proses pembelajaran. Metode yang digunakan lebih banyak menggunakan metode ISS (Interactive skill station) dan Problem base learning. Interactive skill station diharapkan mahasiswa belajar mencari materi secara mandiri menggunakan berbagai sumber kepustakaan seperti internet, expert dan lainlain, yang nantinya akan didiskusikan dalam kelompok yang telah ditentukan. Sedangkan untuk beberapa pertemuan dosen akan memberikan kuliah singkat diawal untuk memberikan kerangka pikir dalam diskusi. Untuk materi-materi yang memerlukan keterampilan, metode yang akan dilakukan adalah simulasi dan demonstrasi. Berikut metode pembelajaran yang akan digunakan dalam perkuliahan ini:

1. Mini Lecture
2. Case Studi
3. SGD

## **BAB 2**

### **KEGIATAN BELAJAR**

#### **A. Kegiatan Belajar 1**

##### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Menjelaskan konsep dan Asuhan Keperawatan pada agregat (Kelompok Khusus) dalam komunitas

##### **2. Uraian Materi**

#### **Konsep Agregat (Kelompok Khusus) Dalam Komunitas**

**Dosen: Ifa Nofalia, S.Kep., Ns., M.Kep.**

##### **A. Pengertian Kelompok Khusus**

Sekelompok masyarakat atau individu yang karena keadaan fisik, mental maupun sosial budaya dan ekonominya perlu mendapatkan bantuan, bimbingan dan pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan, karena ketidakmampuan dan ketidaktahuan mereka dalam memelihara kesehatan dan keperawatan terhadap dirinya sendiri.

Perawatan kelompok khusus adalah upaya di bidang keperawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan kepada kelompok – kelompok individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan kesehatan dan kesehatan serta rawan terhadap masalah tersebut yang dilaksanakan secara terorganisir dengan tujuan meningkatkan kemampuan kelompok dan derajat kesehatannya, mengutamakan upaya promotif dan preventif dengan tidak melupakan upaya kuratif dan rehabilitative yang ditujukan kepada mereka yang tinggal dipanti dan kepada kelompok – kelompok yang ada dimasyarakat, diberikan oleh tenaga keperawatan dengan pendekatan pemecahan masalah melalui proses keperawatan.

##### **B. Tujuan Proses Keperawatan Pada Kelompok Khusus**

###### **1) Tujuan umum**

Meningkatkan kemampuan dan derajat kesehatan kelompok untuk dapat menolong diri mereka sendiri (self care) dan tidak terlalu tergantung kepada pihak lain.

###### **2) Tujuan khusus**

Agar kelompok khusus dapat meningkatkan kemampuan mereka dalam hal:

- a) Mengidentifikasi masalah kesehatan dan keperawatan kelompok khusus sesuai dengan macam, jenis dan tipe kelompok.
- b) Menyusun perencanaan asuhan keperawatan/kesehatan yang mereka hadapi berdasarkan permasalahan yang terdapat pada kelompok.
- c) Penanggulangan masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi berdasarkan rencana yang telah mereka susun bersama.
- d) Meningkatkan kemampuan kelompok khusus dalam memelihara kesehatan mereka sendiri.
- e) Mengurangi ketergantungan kelompok khusus dari pihak lain dalam pemeliharaan dan perawatan diri sendiri.
- f) Meningkatkan produktivitas kelompok khusus untuk lebih banyak berbuat dalam rangka meningkatkan kemampuan diri mereka sendiri.
- g) Memperluas jangkauan pelayanan kesehatan dan keperawatan dalam menunjang fungsi puskesmas dalam rangka pengembangan pelayanan kesehatan masyarakat.

### C. Sasaran

Ada dua sasaran pokok pembinaan yaitu melalui institusi – institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan terhadap kelompok khusus dan pelayanan kelompok khusus dimasyarakat yang telah terorganisir secara baik atau melalui melalui posyandu yang ditujukan untuk ibu hamil, bayi dan anak balita atau terhadap kelompok – kelompok khusus dengan ciri khas tertentu misalnya kelompok usila, kelompok penderita berpenyakit kusta dan sebagainya.

Khusus lembaga – lembaga sosial kemasyarakatan yang menyelenggarakan pemeliharaan dan pembinaan kelompok – kelompok khusus tertentu, diantaranya:

- 1) Panti wreda
- 2) Panti asuhan
- 3) Pusat rehabilitasi anak cacat (fisik, mental, sosial)
- 4) Penitipan balita

Yang menjadi sasaran pembinaan dan pelayanan kelompok khusus di institusi meliputi:

- 1) Penghuni

Merupakan prioritas utama karena mereka yang rawan terhadap

masalah kesehatan dan umumnya merekalah yang bermasalah baik secara individu maupun kelompok. Dalam mengatasi permasalahan perlu kolaborasi dengan profesi kesehatan lain maupun dengan petugas – petugas terkait.

## 2) Petugas

Merupakan orang yang setiap berhubungan langsung dengan pelayanan penghuni panti dalam mengatasi permasalahan yang dihadapi dan merekalah yang paling mengetahui.

## 3) Lingkungan

Lingkungan mendapat perhatian karena dapat berpotensi menjadi salah satu mata rantai penyebaran penyakit atau sebab kesakitan.

### D. Pelayanan Kelompok Khusus di Masyarakat

Pelayanan kelompok khusus di masyarakat dilakukan melalui kelompok – kelompok yang terorganisir dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat, melalui pembentukan kader kesehatan diantara kelompok tersebut yang telah mendapatkan pendidikan dan pelatihan oleh puskesmas, selain itu lahan pembinaan kelompok khusus masyarakat dapat dilakukan melalui posyandu terhadap kelompok ibu hamil, bayi dan anak balita serta kelompok lainnya yang mungkin dapat dilakukan.

### E. Klasifikasi Kelompok Khusus

Kelompok khusus dapat diklasifikasikan berdasarkan permasalahan dan kebutuhan yang mereka hadapi, diantaranya:

- 1) Kelompok khusus dengan kebutuhan khusus yang memerlukan pengawasan akibat pertumbuhan dan perkembangannya misal:
  - a) Kelp. Ibu hamil
  - b) Kelp. Ibu bersalin.
  - c) Kelp. Ibu nifas.
  - d) Kelp. Bayi dan anak balita.
  - e) Kelp. Anak usia sekolah.
  - f) Kelp. Usia lanjut.
- 2) Kelompok khusus dengan kesehatan khusus yang memerlukan pengawasan dan bimbingan, diantaranya:
  - a) Kelp. penderita penyakit menular (kusta, TBC, AIDS, Peny. Kelamin)
  - b) Kelp. Penderita penyakit tidak menular (DM, Jantung, Stroke)

- c) Kelp. Cacat yang memerlukan rehabilitasi (Fisik, mental, sosial)
- d) Kelp. Khusus yang mempunyairesika terserang penyakit (WTS, penyalahgunaan obat & narkotika, pekerja tertentu).

#### F. Ruang Lingkup Kegiatan

Kegiatan perawatan kelompok khusus mencakup upaya – upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitative dan resosialitatif melalui kegiatan – kegiatan yang terorganisasi sebagai berikut:

- 1) Pelayanan kesehatan dan keperawatan.
- 2) Penyuluhan kesehatan.
- 3) Bimbingan dan pemecahan masalah terhadap anggota kelompok, kader kesehatan dan petugas panti.
- 4) Penemuan kasus secara dini.
- 5) Melakukan rujukan medic dan kesehatan.
- 6) Melakukan koordinasi dan kerja sama dengan masyarakat, kader dan petugas panti atau pusat – pusat rehabilitasi kelompok khusus.
- 7) Alih teknologi dalam bidang kesehatan dan keperawatan kepada petugas panti, kader kesehatan.

#### G. Prinsip dasar

Yang menjadi prinsip dasar dalam perawatan kelompok khusus adalah:

- 1) Meningkatkan kemampuan dan kemandirian kelompok khusus dalam meningkatkan kesehatan mereka sendiri.
- 2) Menekankan kepada upaya preventif dan promotif dengan tidak melupakan upaya kuratif dan rehabilitative.
- 3) Pendekatan yang menyeluruh menggunakan proses keperawatan secara konsisten dan berkesinambungan.
- 4) Melibatkan peran serta aktif petugas panti, kader kesehatan dan kelompok sebagai subyek maupun obyek pelayanan.
- 5) Dilakukan diinstitusi pelayanan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan kelompok khusus dimasyarakat terhadap kelompok khusus yang mempunyai masalah yang sama.
- 6) Ditekankan pada pembinaan perilaku penghuni panti, petugas panti, lingkungan panti bagi yang diinstitusi dan masyarakat yang mempunyai masalah yang sama kearah perilaku sehat.

## H. Tahap – Tahap Perawatan Kelompok Khusus

### 1) Tahap persiapan

- a) Mengidentifikasi jumlah kelompok khusus yang ada dimasyarakat dan jumlah panti atau pusat – pusat rehabilitasi yang ada disuatu wilayah binaan.
- b) Mengadakan pendekatan sebagai penjajagan awal pembinaan kelompok khusus terhadap institusi yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan terhadap kelompok khusus dan kelompok khusus yang ada di masyarakat.
- c) Identifikasi masalah kelompok khusus di masyarakat dan di panti /institusi melalui pengumpulan data.
- d) Menganalisa data kelompok khusus dimasyarakat dan diinstitusi
- e) Merumuskan masalah dan prioritas masalah kesehatan dan keperawatan kelompok khusus di masyarakat dan institusi.
- f) Mulai dari tahap mengidentifikasi masalah, analisa data, perumusan masalah dan prioritas masalah kesehatan/keperawatan kelompok khusus melibatkan kader kesehatan dan petugas panti

### 2) Tahap perencanaan

Menyusun perencanaan penanggulangan masalah kesehatan /keperawatan bersama petugas panti (bagi yang diinstitusi) dan kader kesehatan (yang dimasyarakat). Yang manyangkut:

- a) Jadwal kegiatan (Tujuan, sasaran, jenis pelayanan, biaya, kriteria hasil).
- b) Jadwal kunjungan.
- c) Tenaga pelaksana pengorganisasian kegiatan.

### 3) Tahap pelaksanaan

Pelaksanaan didasarkan atas rencana kerja yang telah disepakati bersama, yang disesuaikan dengan kebutuhan yang ada. Pelaksanaan kegiatan dapat berupa: Pendidikan dan pelatihan kader dan petugas panti.

- a) Pelayanan kesehatan dan keperawatan.
- b) Penyuluhan kesehatan.
- c) Imunisasi.
- d) Penemuan khusus dini.
- e) Rujukan bila dianggap perlu.

f) Pencatatan dan pelaporan kegiatan.

### **3. Rangkuman**

Perawatan kelompok khusus adalah upaya di bidang keperawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan kepada kelompok – kelompok individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, umur, permasalahan kesehatan dan kesehatan serta rawan terhadap masalah tersebut yang dilaksanakan secara terorganisir dengan tujuan meningkatkan kemampuan kelompok dan derajat kesehatannya, mengutamakan upaya promotif dan preventif dengan tidak melupakan upaya kuratif dan rehabilitative yang ditujukan kepada mereka yang tinggal dipanti dan kepada kelompok – kelompok yang ada dimasyarakat, diberikan oleh tenaga keperawatan dengan pendekatan pemecahan masalah melalui proses keperawatan

### **4. Penugasan dan Umpan Balik**

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choise

## **B. Kegiatan Belajar 2**

### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Menjelaskan konsep dan asuhan keperawatan kesehatan sekolah serta UKS

### **2. Uraian Materi**

#### **Konsep Keperawatan Kesehatan Sekolah**

**Dosen: Ifa Nofalia, S.Kep., Ns., M.Kep.**

##### **A. Pengertian**

Keperawatan kesehatan komunitas merupakan praktik promotif dan proteksi kesehatan populasi yang menggunakan pengetahuan atau ilmu keperawatan, sosial, dan kesehatan masyarakat (American Public Health Association, 1996). Praktik yang dilakukan berfokus pada populasi dengan tujuan utama promosi kesehatan dan mencegah penyakit serta kecacatan untuk semua orang melalui kondisi yang diciptakan di mana orang bisa menjadi sehat.

Fokus utama kegiatan pelayanan keperawatan kesehatan komunitas adalah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, membimbing dan mendidik individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat untuk menanamkan pengertian, kebiasaan, dan perilaku hidup sehat sehingga mampu memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya.

Satu di antara pelayanan kesehatan komunitas adalah Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) dan kelompok khusus. Keduanya merupakan bagian penting dalam keperawatan komunitas.

Usaha kesehatan sekolah (UKS) merupakan salah satu usaha kesehatan pokok yang dilaksanakan oleh puskesmas dan juga usaha kesehatan masyarakat yang dijalankan di sekolah-sekolah dengan anak didik beserta lingkungan sekolahnya sebagai sasaran utama. Usaha kesehatan di sekolah juga berfungsi sebagai lembaga penerangan agar anak tahu bagaimana cara menjaga kebersihan diri, menggosok gigi yang benar, mengobati luka, merawat kuku dan juga memperoleh pendidikan seks yang sehat (Prasasti, 2008). Usaha kesehatan disekolah juga merupakan wadah untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan peserta didik sedini mungkin. Usaha kesehatan disekolah merupakan perpaduan antara dua upaya dasar, yaitu upaya pendidikan dan upaya kesehatan yang pada gilirannya nanti diharapkan UKS dapat dijadikan sebagai usaha untuk meningkatkan kesehatan anak usia sekolah pada setiap jalur, jenis dan jenjang pendidikan (P.Anto, 2006).

## B. Tujuan

### 1) Tujuan umum

Untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan peserta didik serta menciptakan lingkungan sehat, sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan anak yang optimal dalam rangka pembentukan manusia Indonesia seutuhnya.

### 2) Tujuan khusus

Untuk meningkatkan derajat kesehatan peserta didik yang mencakup upaya menurunkan angka kesehatan anak sekolah; meningkatkan kesehatan peserta didik, baik fisik, mental maupun sosial; serta memberikan pengetahuan, sikap, dan keterampilan untuk melaksanakan prinsip hidup sehat.

## C. Alasan mendasar perlunya UKS

Berikut ini akan dijelaskan alasan mendasar mengapa UKS itu amat diperlukan:

- 1) Anak usia sekolah merupakan kelompok yang beresiko terkena berbagai macam penyakit yang dapat mengganggu status kesehatannya.
- 2) Anak usia sekolah merupakan kelompok anak terbesar, sehingga sasarannya sangat tepat.
- 3) Pada anak usia sekolah penting ditanamkan pemahaman mendasar tentang apa itu kesehatan, khususnya perilaku untuk selalu hidup bersih dan sehat.
- 4) Kesehatan juga turut menentukan prestasi yang dicapai oleh anak didik.
- 5) Sekolah merupakan institusi yang bersifat formal sehingga mudah diorganisasikan di bidang kesehatan.
- 6) Promosi kesehatan melalui anak-anak sekolah akan efisien dan efektif dalam kaitannya menanamkan.

## D. Keperawatan kesehatan di sekolah

Perawat sebagai salah satu komponen bangsa di bidang kesehatan mempunyai tanggung jawab untuk mewujudkan pendekatan paradigma sehat, yang memberikan prioritas pada upaya peningkatan kesehatan, pencegahan, penyembuhan, pemulihan, dan rehabilitasi sejak pembuahan sampai usia lanjut.

Tujuan perawat kesehatan di sekolah adalah untuk secara aktif mengidentifikasi faktor-faktor yang ada pada siswa sebagai usaha pencegahan bagi peserta didik agar selalu siap belajar. Menurut Brietly, fungsi perawat

sekolah ada tiga, yaitu memberikan pelayanan dan meningkatkan kesehatan individu dan memberikan pendidikan kesehatan kepada semua populasi yang ada di sekolah, memberi kontribusi untuk mempertahankan dan memperbaiki lingkungan fisik dan sosial sekolah serta menghubungkan program kesehatan sekolah dengan program kesehatan masyarakat yang lain.

Pelayanan kesehatan di sekolah meliputi ‘

- 1) *Basic care*, meminimalkan keluhan dan memberikan pelayanan yang pertama kepada peserta didik sesuai dengan health records.
- 2) *Primary Care*, memberikan pelayanan dan follow up pada kasus akut dan kronis yang terjadi pada peserta didik serta melakukan pendokumentasian.
- 3) *Physical Examination*, pengkajian kesehatan secara menyeluruh pada peserta didik.
- 4) *Screening*, penilaian terhadap penglihatan, pendengaran, keadaan tulang belakang, dan kondisi lain.
- 5) *Specialized care*, memberikan pelayanan kesehatan khusus kepada orang yang memiliki keterbatasan.

Karakteristik perawat sekolah antara lain sebagai berikut :

- 1) Sebagai aplikasi pengetahuan keperawatan yang ditujukan pada siklus kehidupan manusia umumnya serta pada anak dan remaja khususnya.

Mengutamakan pada health promotion, health maintenance, dan disease prevention.

- 2) Merupakan praktik keperawatan non klinis, yaitu di sekolah, rumah, komunitas.
- 3) Praktik mandiri dan merupakan pelayanan kesehatan profesional di sekolah.
- 4) Penerima pelayanannya adalah individu, orang tua, kelompok, dan yang ada disekitarnya.
- 5) Berpraktik sepanjang waktu dan episodik tanpa batasan jam sekolah.
- 6) Selama praktik selalu profesional, menggunakan prinsip manajemen, berkolaborasi, dengan disiplin ilmu lain, dan berkolaborasi dengan tempat pelayanan kesehatan.

Sementara itu, peran perawat sekolah secara langsung adalah mendidik siswa mencegah masalah-masalah kesehatan yang mungkin muncul dan melakukan intervensi sebagai upaya kuratif atau memodifikasi masalah kesehatan yang terjadi di sekolah dan menggunakan metode pencegahan dengan

tiga tahap, yaitu pencegahan primer, sekunder dan tersier.

E. Tiga Program Pokok Usaha Kesehatan Disekolah

Untuk meningkatkan kesadaran hidup sehat dan derajat kesehatan peserta didik, dilakukan upaya menanamkan prinsip hidup sehat sedini mungkin melalui pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan di lingkungan sekolah sehat yang dikenal dengan istilah tiga program pokok (trias) UKS (Depkes RI, 2003)

1) *Pendidikan Kesehatan*

Pendidikan kesehatan adalah usaha sadar untuk menyiapkan peserta didik agar dapat tumbuh kembang sesuai, selaras, seimbang dan sehat baik fisik, mental, sosial maupun lingkungan melalui kegiatan bimbingan, pengajaran dan/atau latihan yang diperlukan bagi peranannya saat ini maupun di masa yang mendatang.

Pada kurikulum berbasis kompetensi (KBK), pendidikan kesehatan ditekankan pada sikap dan perilaku sehat. Hal ini sesuai dengan definisinya, bahwa KBK merupakan pernyataan tentang apa yang harus dicapai oleh siswa yang mencakup aspek kognitif, psikomotor, dan afektif yang direfleksikan dalam kebiasaan berpikir dan bertindak. Untuk itu, kompetensi yang dituntut pada pendidikan kesehatan diharapkan dapat direfleksikan dalam cara berpikir dan bertindak di kehidupan sehari-hari.

Tujuan pendidikan kesehatan

- a) Peserta didik dapat memiliki pengetahuan tentang ilmu kesehatan, termasuk cara hidup sehat dan teratur.
- b) Peserta didik dapat memiliki nilai dan sikap yang positif terhadap prinsip hidup sehat.
- c) Peserta didik dapat memiliki keterampilan dalam melaksanakan hal yang berkaitan dengan pemeliharaan, pertolongan dan perawatan kesehatan.
- d) Peserta didik dapat memiliki kebiasaan dalam hidup sehari-hari yang sesuai dengan syarat kesehatan
- e) Peserta didik dapat memiliki kemampuan untuk menalarakan perilaku hidup sehat dalam kehidupan sehari-hari
- f) Peserta dapat memiliki pertumbuhan termasuk bertambahnya tinggi badan dan berat badan yang seimbang.
- g) Peserta didik dapat mengerti dan menerapkan prinsip-prinsip

pengutamakan pencegahan penyakit dalam kaitannya dengan kesehatan dan keselamatan dalam kesehatan sehari-hari.

- h) Peserta didik dapat mengerti dan menerapkan prinsip-prinsip pengutamakan pencegahan penyakit dalam kaitannya dengan kesehatan dan keselamatan dalam kehidupan sehari-hari.
- i) Peserta didik dapat memiliki daya tangkal terhadap pengaruh buruk dari luar
- j) Peserta didik dapat memiliki tingkat kebugaran jasmani dan derajat kesehatan yang optimal serta mempunyai daya tahan tubuh yang baik terhadap penyakit

Agar tujuan pendidikan kesehatan bagi para peserta didik dapat tercapai secara optimal, dalam pelaksanaannya hendaknya memperhatikan hal-hal sebagai berikut:

- a) Sesuai dengan tingkat kemampuan dan perbedaan individual peserta didik
- b) Diupayakan sebanyak-banyaknya dengan melibatkan peran aktif peserta didik
- c) Sesuai dengan situasi dan kondisi setempat
- d) Selalu mengacu pada tujuan pendidikan kesehatan termasuk upaya alih teknologi
- e) Memperhatikan kebutuhan pembangunan nasional
- f) Mengikuti atau memperhatikan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi

Pelaksanaan pendidikan melalui kesehatan diberikan melalui kegiatan kurikuler dan ekstrakurikuler. Pelaksanaan pendidikan melalui kegiatan kurikuler adalah pelaksanaan pendidikan kesehatan pada jam pelajaran sesuai dengan garis-garis besar program pengajaran mata pelajaran sains dan ilmu pengetahuan sosial. Pelaksanaannya dilakukan melalui peningkatan pengetahuan, penanaman nilai, dan sikap positif terhadap prinsip hidup sehat dan peningkatan keterampilan dalam melaksanakan hal yang berkaitan dengan pemeliharaan, pertolongan, dan perawatan kesehatan. Materi pendidikan kesehatan disekolah dasar yang masuk dalam sains pada KBK adalah kebersihan dan kesehatan pribadi, makan bergizi, pendidikan kesehatan reproduksi, dan pengukuran tingkat kebugaran jasmani.

Memelihara kebersihan dan kesehatan pribadi adalah salah satu upaya

pendidikan kesehatan yang diberikan kepada peserta didik disekolah, madrasah dan rumah. Melalui peningkatan kebersihan dan kesehatan pribadi diharapkan peserta didik dapat meningkatkan derajat kesehatannya menjadi lebih baik. Dalam usaha peningkatan kesehatan, masalah kebiasaan hidup bersih serta menyenangkan kebersihan dan keserasian harus ditanamkan sejak dini, yaitu sejak dari kelas satu sekolah dasar, bahkan sejak di taman kanak-kanan (pra-sekolah). Upaya pertama dan yang paling utama agar seseorang dapat tetap dalam keadaan sehat adalah dengan menjaga kebersihan dan kesehatan diri sendiri, bahkan agama sangat memperhatikan kesehatan pribadi antara lain dengan adanya aturan bersuci, makan, minum serta adanya pengaturan dispensasi pelaksanaan ibadah bagi orang sakit. Upaya menjaga kebersihan dan kesehatan diri sendiri sebenarnya bukanlah hal yang mudah namun bukan pada hal yang terlalu sulit untuk dilaksanakan.

Beberapa pendekatan yang dapat dilakukan dalam rangka melaksanakan pendidikan kesehatan antara lain pendekatan individual dan kelompok. Pendekatan kelompok terbagi lagi menjadi pendekatan kelompok kelas, bebas, dan lingkungan keluarga. Sedangkan, metode yang dapat digunakan oleh guru atau pembina dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan adalah belajar langsung, karya wisata, bermain peran, ceramah, demonstrasi, tanya jawab, simulasi, dramatisasi dan bimbingan (konseling).

## 2) *Pelayanan Kesehatan*

Penekanan utama pada pelayanan kesehatan disekolah atau madrasah adalah upaya peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif), dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilakukan secara serasi dan terpadu terhadap peserta didik pada khususnya dan warga sekolah pada umumnya dibawah koordinasi guru pembina Uks dengan bimbingan teknis dan pengawasan puskesmas setempat.

Pelayanan kesehatan di sekolah atau madrasah dilaksanakan dengan kegiatan yang komprehensif, yaitu kegiatan peningkatan kesehatan (promotif) berupa penyuluhan kesehatan dan latihan keterampilan memberikan pelayanan kesehatan, kemudian kegiatan pencegahan (preventif) berupa kegiatan peningkatan daya tahan tubuh, kegiatan pemutusan mata rantai penularan penyakit, dan kegiatan penghentian proses penyakit sedini mungkin, serta selanjutnya adalah kegiatan penyembuhan dan pemulihan (kuratif dan

rehabilitatif) berupa kegiatan mencegah cedera atau kecacatan akibat proses penyakit untuk meningkatkan kemampuan peserta didik yang cedera atau cacat agar dapat berfungsi optimal. Namun demikian, upaya pelayanan kesehatan di sekolah harus lebih diutamakan pada upaya meningkatkan kesehatan dan upaya pencegahan penyakit terutama dilaksanakan melalui kegiatan penjangkaran kesehatan siswa kelas satu atau baru masuk sekolah, pemeriksaan berkala seluruh siswa, penyuluhan kesehatan dan imunisasi

a) *Tujuan pelayanan kesehatan*

1. Tujuan umum : meningkatnya derajat kesehatan peserta didik dan seluruh warga masyarakat sekolah secara optimal
2. Tujuan khusus :
  - a. Meningkatkan kemampuan dan keterampilan melakukan tindakan hidup sehat dalam rangka membentuk perilaku hidup sehat
  - b. Meningkatkan daya tahan tubuh peserta didik terhadap penyakit dan mencegah terjadinya penyakit, kelainan dan cacat
  - c. Menghentikan proses penyakit dan pencegahan komplikasi akibat penyakit atau kelainan pengembalian fungsi, dan peningkatan kemampuan peserta didik yang cedera atau cacat agar dapat berfungsi optimal
  - d. Meningkatkan pembinaan kesehatan baik fisik, mental sosial maupun lingkungan

b) *Tempat melakukan pelayanan kesehatan :*

1. Di sekolah atau madrasah dilakukan melalui kegiatan ekstrakurikuler
2. Di puskesmas dan tempat pelayanan kesehatan (misalnya dokter praktik) yang ada disekitar sekolah atau madrasah sesuai kebutuhan

c) *Pelaksanaan pelayanan kesehatan*

Dilakukan melalui serangkaian kegiatan peningkatan status kesehatan (promotif), tindakan pencegahan (preventif), serta penyembuhan dan pemulihan kesehatan (kuratif dan rehabilitatif) yang dilaksanakan melalui kegiatan berikut.

1. Peningkatan kesehatan (promotif) dilaksanakan melalui kegiatan intrakurikuler dan penyuluhan kesehatan serta latihan keterampilan oleh tenaga kesehatan di sekolah. Misalnya kegiatan penyuluhan gizi, kesehatan pribadi, penyakit menular, cara menggosok gigi yang benar,

cara mengukur tinggi badan dan berat badan, serta cara memeriksa ketajaman penglihatan

2. Tindakan pencegahan (preventif) dilaksanakan melalui kegiatan peningkatan daya tahan tubuh, pemutusan mata rantai penularan penyakit, dan penghentian proses penyakit pada tahap dini sebelum timbul penyakit. Misalnya, imunisasi yang dilakukan oleh petugas puskesmas, pemberantasan sarang nyamuk, pengobatan sederhana oleh dokter kecil, kegiatan penjarangan (skrining) kesehatan bagi siswa SD kelas satu dan pemeriksaan berkala setiap enam bulan bagi seluruh siswa
3. Penyembuhan dan pemulihan (kuratif dan rehabilitatif) dilakukan melalui kegiatan pencegahan komplikasi dan kecacatan akibat proses penyakit atau untuk meningkatkan kemampuan peserta didik yang cedera atau cacat agar dapat berfungsi dengan normal lagi

Kegiatan dapat berupa pengobatan ringan dan pertolongan pertama di sekolah serta rujukan medis ke puskesmas untuk mengurangi derita sakit, kasus kecelakaan, keracunan atau kondisi lain yang membahayakan nyawa, dan kasus penyakit khusus.

#### F. Pembinaan Lingkungan Sekolah Sehat

Program pembinaan lingkungan sekolah sehat mencakup pembinaan lingkungan sekolah, lingkungan keluarga, masyarakat dan unsur-unsur penunjang.

Program pembinaan lingkungan sekolah:

- 1) Lingkungan fisik sekolah
  - a) Penyediaan dan pemeliharaan tempat penampungan air bersih
  - b) Pengadaan dan pemeliharaan tempat pembuangan sampah
  - c) Pengadaan dan pemeliharaan air limbah
  - d) Pemeliharaan kamar mandi, WC kakus, urinoar
  - e) Pemeliharaan kebersihan dan kerapihan ruangan kelas, ruang perpustakaan, ruang laboratorium dan tempat ibadah
  - f) Pemeliharaan kebersihan dan keindahan halaman dan kebun sekolah (termasuk penglihatan sekolah)
  - g) Pengadaan dan pemeliharaan warung atau kantin sekolah
  - h) Pengadaan dan pemeliharaan pagar sekolah
- 2) Lingkungan mental dan sikap

- 3) Program pembinaan lingkungan mental dan sosial yang sehat dilakukan melalui usaha pemantapan sekolah sebagai lingkungan pendidikan (wiyata mandala) dengan meningkatkan pelaksanaan konsep ketahanan sekolah, sehingga tercipta suasana dan hubungan kekeluargaan yang akrab dan erat antara sesama warga sekolah

**G. Sasaran usaha kesehatan di sekolah**

Sasaran pelayanan uks adalah seluruh peserta didik dari berbagai tingkat pendidikan sekolah, mulai dari taman kanak-kanak, pendidikan dasar, pendidikan menengah, pendidikan agama, pendidikan kejuruan, dan pendidikan khusus (sekolah luar biasa). Untuk sekolah dasar, UKS diprioritaskan pada kelas satu, tiga, dan enam karena alasan-alasan berikut.

1) Kelas satu

Merupakan fase penyesuaian dalam lingkungan sekolah yang baru dan mulai lepas pengawasan dari orang tua. Kemungkinan kontak dengan berbagai penyebab penyakit lebih besar karena ketidaktahuan dan ketidakmengertian tentang kesehatan. Di samping itu, kelas satu adalah saat yang baik untuk diberikan imunisasi ulangan. Pada kelas satu ini dilakukan penjarangan untuk mendeteksi kemungkinan adanya kelainan yang mungkin timbul sehingga mempermudah pengawasan untuk jenjang berikutnya.

2) Kelas tiga

Dilaksanakan di kelas tiga untuk mengevaluasi hasil pelaksanaan UKS di kelas satu terhadulu dan langkah selanjutnya akan dilakukan dalam program pembinaan UKS.

3) Kelas Enam

Dalam rangka mempersiapkan kesehatan peserta didik ke jenjang selanjutnya, sehingga memerlukan pemeliharaan dan pemeriksaan kesehatan yang cukup.

**H. Peran perawat kesehatan sekolah**

- 1) Sebagai pelaksana asuhan keperawatan di sekolah, perawat mempunyai peran :
  - a) Mengkaji masalah kesehatan dan keperawatan peserta didik dengan melakukan pengumpulan data, analisis data, analisis data, serta perumusan dan prioritas masalah.

- b) Menyusun perencanaan kegiatan UKS bersama Tim Pembina Usaha Kesehatan di Sekolah (TPUKS)
  - c) Melaksanakan kegiatan UKS sesuai dengan rencana kegiatan yang disusun
  - d) Menilai dan memantau hasil kegiatan UKS
  - e) Mencatat dan melaporkan sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.
- 2) Sebagai pengelola kegiatan UKS, perawat kesehatan yang bertugas di puskesmas menjadi salah seorang anggota dalam TPUKS atau dapat juga ditunjuk sebagai seorang koodinator UKS di tingkat puskesmas. Bila perawat kesehatan ditunjuk sebagai koordinasi maka pengelolaan pelaksanaan UKS menjadi tanggung jawabnya atau paling tidak ikut terlibat dalam tim pengelola UKS.
  - 3) Sebagai penyuluh dalam bidang kesehatan, peranan perawat kesehatan dalam memberikan penyuluhan kesehatan dapat dilakukan secara langsung (melalui kesehatan yang bersifat umum dan klasikal) atau tidak langsung sewaktu melakukan pemeriksaan kesehatan peserta didik secara perseorangan.

#### I. Fungsi Perawat Sekolah

- 1) Memberikan pelayanan serta meningkatkan kesehatan individu dan memberikan pendidikan kesehatan kepada semua populasi yang ada di sekolah.
- 2) Memberikan kontribusi untuk mempertahankan dan memperbaiki lingkungan fisik dan sosial sekolah.
- 3) Menghubungkan program kesehatan sekolah dengan program kesehatan masyarakat yang lain

### 3. Rangkuman

Usaha kesehatan sekolah (UKS) merupakan salah satu usaha kesehatan pokok yang dilaksanakan oleh puskesmas dan juga usaha kesehatan masyarakat yang dijalankan di sekolah-sekolah dengan anak didik beserta lingkungan sekolahnya sebagai sasaran utama. Usaha kesehatan di sekolah juga berfungsi sebagai lembaga penerangan agar anak tahu bagaimana cara menjaga kebersihan diri, menggosok gigi yang benar, mengobati luka, merawat kuku dan juga memperoleh pendidikan seks yang sehat. Usaha kesehatan sekolah (UKS) merupakan salah satu usaha kesehatan pokok yang dilaksanakan oleh puskesmas dan juga usaha kesehatan masyarakat yang dijalankan di sekolah-sekolah dengan anak didik beserta lingkungan sekolahnya

sebagai sasaran utama. Usaha kesehatan di sekolah juga berfungsi sebagai lembaga penerangan agar anak tahu bagaimana cara menjaga kebersihan diri, menggosok gigi yang benar, mengobati luka, merawat kuku dan juga memperoleh pendidikan seks yang sehat.

#### **4. Penugasan dan Umpan Balik**

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choice

## C. Kegiatan Belajar 3-4

### 1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok anak dan remaja

### 2. Uraian Materi

#### **Konsep dan Aspek Kesehatan Kelompok Anak dan Remaja Di Komunitas**

**Dosen: Ifa Nofalia, S.Kep., Ns., M.Kep.**

#### **A. Konsep Komunitas**

Komunitas adalah kelompok sosial yang tinggal dalam suatu tempat, saling berinteraksi satu sama lain, saling mengenal serta mempunyai minat yang sama. Komunitas adalah kelompok dari masyarakat yang tinggal di suatu lokasi yang sama dengan dibawah pemerintahan yang sama, area atau lokasi yang sama dimana mereka tinggal, kelompok sosial yang mempunyai minat yang sama (Riyadi, 2007).

Menurut Kontjaraningrat Komunitas adalah sekumpulan manusia yang saling bergaul, atau dengan istilah lain saling berinteraksi (Mubarak, 2007).

Perawatan komunitas adalah bidang khusus dari keperawatan yang merupakan gabungan dari ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu sosial yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik yang sehat atau yang sakit secara komprehensif melalui upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif serta resosialitatif dengan melibatkan peran serta aktif dari masyarakat. (Elisabeth, 2007).

Sasaran pelayanan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga/ kelompok dan masyarakat dengan fokus upaya kesehatan primer, sekunder dan tersier. Oleh karenanya pendidikan masyarakat tentang kesehatan dan perkembangan sosial akan membantu masyarakat dalam mendorong semangat untuk merawat diri sendiri, hidup mandiri dan menentukan nasibnya sendiri dalam menciptakan derajat kesehatan yang optimal (Elisabeth, 2007).

#### **B. Konsep Tumbuh Kembang Bayi dan Anak**

##### 1) Tahap Tumbuh Kembang Usia 0-6 Tahun

###### a) Masa Pranatal

Masa pranatal (saat dalam kandungan) adalah waktu yang terletak antara masa pembuahan dan masa kelahiran. Pada saat ini terjadi

pertumbuhan yang luar biasa dari satu sel menjadi satu organisme yang lengkap dengan otak dan kemampuan berperilaku, dihasilkan dalam waktu lebih kurang sembilan bulan.

b) Masa Neonatus (0-28 hari)

Tumbuh kembang masa pascanatal diawali dengan masa neonatus, yaitu dimana terjadinya kehidupan yang baru. Pada masa ini terjadi proses adaptasi semua sistem organ tubuh, dimulai dari aktifitas pernafasan, pertukaran gas dengan frekuensi pernapasan antara 35-50 kali permenit, penyesuaian denyut jantung antara 120-160 kali permenit, perubahan ukuran jantung menjadi lebih besar di bandingkan dengan rongga dada, kemudian gerakan bayi mulai meningkat untuk memenuhi kebutuhan gizi.

c) Masa Bayi (29 hari – 1 tahun)

Bayi adalah pribadi yang unik, yang akan mengundang rasa ingin tahu anda (Sheila Kitzinger). Bayi adalah anak berusia 0 - 12 bulan (Husaini, 2002).

Bayi merupakan makhluk yang sangat peka dan halus (Choirunisa, 2009, p.59). Menurut Ana Maria Choirunisa, seorang bayi merupakan manusia yang baru lahir sampai umur 1 tahun, namun tidak ada batasan yang pasti, pada masa ini bayi sangat lucu dan menggemaskan tetapi juga rentan terhadap kematian.

Pada masa bayi, tahap tumbuh kembang dapat dikelompokkan menjadi 3 tahap yaitu :

1. Usia 1-4 bulan, tumbuh kembang pada tahap ini diawali dengan perubahan berat badan. Bila gizi anak baik, maka perkiraan berat badan akan mencapai 700-1000 g/bulan. Pertumbuhan tinggi badan agak stabil, tidak mengalami kecepatan dalam pertumbuhan tinggi badan.
2. Usia 4-8 bulan, pertumbuhan pada usia ini ditandai dengan perubahan berat benda pada waktu lahir. Rata-rata kenaikan berat benda adalah 500-600 g/bulan, apabila mendapatkan gizi yang baik. Sedangkan pertumbuhan tinggi badan tidak mengalami kecepatan dan stabil berdasarkan penambahan umur.
3. Usia 8-12 bulan, pada usia ini pertumbuhan berat badan dapat mencapai tiga kali berat badan lahir, penambahan berat badan perbulan

sekitar 350-450 gram pada usia 7-9 bulan, 250-350 gram pada usia 10-12 bulan, bila memperoleh gizi baik. Pertumbuhan tinggi badan sekitar 1,5 kali tinggi badan pada saat lahir. Pada usia 1 tahun, penambahan tinggi badan masih stabil dan diperkirakan mencapai 75 cm.

#### 4. Masa Bayi adalah Permulaan Sosialisasi

Egosentrisme, yaitu diri bayi yang muda belia, cepat berubah menjadi keinginan untuk menjadi bagian dari kelompok sosial dengan memprotes kalau dibiarkan sendiri selama beberapa waktu dan dengan mencoba memperoleh perhatian dari orang lain .

#### 5. Masa Bayi adalah Permulaan Berkembangnya Penggolongan Peran Seks

Masa ini merupakan masa dimana bayi dididik untuk dikenalkan dengan kebiasaan menurut jenis kelaminnya masing-masing. Sehingga bagi bayi perempuan terlihatlah secara otomatis kelemahannya yaitu suka menangis dan tanda lainnya. Sedangkan anak laki-laki, diberi pakaian warna biru, diselimuti dengan selimut biru dan kamarnya tidak diberi hiasan jumbai-jumbai dan karet-karet seperti kamar anak perempuan. Mainan mereka juga dipilihkan sesuai dengan jenis kelamin mereka masing-masing.

#### 6. Masa Bayi adalah Permulaan Kreativitas

Bayi memang lemah namun ia selalu belajar mengembangkan minat dan memulai kreativitas kemudian menyesuaikan diri dalam lingkungan.

#### 7. Masa Bayi adalah Masa Berbahaya

Bahaya bisa terjadi kapan saja terutama pada masa bayi, karena bahaya ini dapat berupa fisik dan psikologis yang berakibat sangat fatal bagi perkembangan si bayi. Di antara bahaya-bahaya fisik, yang paling parah adalah penyakit dan kecelakaan karena sering menyebabkan ketidakmampuan atau bahkan kematian. Karena pola perilaku, minat, dan sikap terbentuk selama masa bayi, maka bahaya psikologis dapat terwujud kalau diletakkan dasar-dasar yang buruk pada masa ini.

#### 8. Perkembangan Bicara

Berbicara merupakan sarana berkomunikasi (Hurlock, 1980: 82). Bicara merupakan keterampilan mental-motorik. Bicara tidak hanya melibatkan koordinasi kumpulan otot mekanisme suara yang berbeda, tetapi juga mempunyai aspek mental yakni kemampuan mengaitkan arti dengan bunyi yang dihasilkan (Hurlock, 1978: 176). Beberapa tugas yang terlibat dalam belajar berbicara, antara lain:

a. Pengucapan

Bayi belajar mengucapkan kata-kata sebagian melalui coba-coba tetapi terutama dengan meniru ucapan orang dewasa.

b. Membangun Kosa Kata

Mula-mula bayi belajar nama-nama orang dan benda, kemudian kata-kata kerja.

c. Kalimat

“Kalimat” bayi yang pertama muncul antara usia dua belas dan delapan belas bulan, biasanya terdiri dari satu kata yang disertai dengan isyarat.

Beberapa bentuk komunikasi prabicara, yaitu sebagai berikut.

a. Menangis

Menangis adalah salah satu dari cara-cara pertama bayi berkomunikasi dengan dunia pada umumnya. Pada minggu ketiga atau keempat dapat diketahui apa maksud tangis bayi melalui nada, intensitas dan gerakan-gerakan badan yang mengiringinya. Sebelum usia tiga tahun kebanyakan bayi sudah belajar bahwa menangis adalah cara yang manjur untuk memperoleh perhatian.

b. Berceloteh

Berceloteh dimulai pada bulan kedua atau ketiga, mencapai puncaknya pada delapan bulan dan kemudian berangsur-angsur berubah menjadi bicara yang benar-benar. Ocehan menghilang sama sekali pada saat masa bayi berakhir.

c. Isyarat

Bayi menggunakan gerakan isyarat sebagai pengganti bicara, bukan sebagai pelengkap pembicaraan seperti yang dilakukan oleh kebanyakan anak yang lebih tua, remaja dan orang dewasa. Banyak

bayi menggunakan isyarat yang dikombinasikan dengan kata-kata untuk membuat kalimat.

d. Ungkapan-ungkapan emosi

Ungkapan emosi merupakan bentuk prabicara yang paling efektif, karena tidak ada yang lebih ekspresif daripada isyarat-isyarat wajah yang oleh bayi digunakan untuk mengatakan keadaan emosinya kepada orang lain. Alasan mengapa ungkapan emosi merupakan bentuk prabicara yang bermanfaat adalah:

- Karena bayi belum mempelajari pengendalian emosi, maka mudalah bagi orang lain untuk mengetahui emosi apa yang mereka alami melalui ungkapan-ungkapan wajah dan badan.
- Bayi lebih mudah mengerti orang lain melalui ungkapan wajah daripada melalui kata-kata.
- Perkembangan Sosialisasi

Perkembangan sosial yang dini memainkan peranan yang sangat penting dalam menentukan hubungan sosial di masa depan dan pola perilaku terhadap orang lain. Karena kehidupan bayi berpusat di sekitar rumah, maka di rumahlah diletakkan dasar perilaku dan sikap sosialnya kelak. Terdapat sedikit bukti yang menyatakan bahwa sikap social atau antisocial merupakan sikap bawaan. “Pengalaman intersaksi sosial di dalam keluarga turut menentukan menentukan pula cara-cara tingkah lakunya terhadap orang lain. Apabila interaksi sosialnya di dalam keluarga tidak lancar, maka besar kemungkinannya bahwa interaksi sosialnya di dalam dengan masyarakat juga berlangsung dengan tidak lancar (Ahmadi, 2002). Apakah seseorang menjadi terikat ke luar atau ke dalam (ekstrovert atau introvert) bergantung terutama pada pengalaman-pengalaman sosial awal.

Mengapa dasar-dasar sosial yang di sini sangat penting adalah bahwa sekali terbentuk dasar-dasar itu cenderung menetap kalau anak-anak menjadi lebih besar. Anak yang pada saat bayi sering menangis, cenderung agresif dan menunjukkan perilaku-perilaku yang mencari perhatian. Sebaliknya, bayi yang ramah dan lebih bahagia biasanya penyesuaian sosialnya lebih baik apabila telah menjadi besar nanti.

Beberapa reaksi bayi terhadap orang dewasa antara lain sebagai berikut:

a. Dua sampai tiga bulan

Bayi dapat membedakan manusia dari benda mati dan bayi tahu bahwa manusia yang memenuhi kebutuhan-kebutuhannya. Bayi puas bila berada bersama manusia dan tidak senang bila ditinggal sendiri.

b. Empat sampai lima bulan

Bayi ingin digendong oleh siapa saja yang mendekatinya. Ia memberikan reaksi yang berbeda kepada wajah-wajah yang tersenyum, suara-suara yang menunjukkan amarah.

c. Enam sampai tujuh bulan

Bayi membedakan “teman” dan “orang-orang asing” dengan tersenyum pada yang pertama dan memperlihatkan ketakutan akan kehadiran pada orang yang terakhir. Ini merupakan awal dari “masa lalu”, juga merupakan permulaan dari “masa terikat”- yaitu masa dimana bayi menunjukkan keterikatan yang kuat kepada ibu pengganti dan berkurangnya keramahtamahan.

d. Delapan sampai sembilan bulan

Bayi mencoba meniru kata-kata, isyarat, dan gerakan-gerakan sederhana dari orang lain.

e. Dua belas bulan

Bayi mulai bereaksi terhadap larangan “jangan-jangan”.

f. Enam belas sampai delapan belas bulan

Negativisme, dalam bentuk keras kepala tidak mau mengikuti permintaan atau perintah dari orang dewasa ditunjukkan dengan perilaku menarik diri atau ledakan amarah.

g. Dua puluh dua sampai dua puluh empat bulan

Bayi bekerja sama dalam sejumlah kegiatan rutin seperti berpakaian, makan, dan mandi.

2) Masa Anak (1-2 tahun)

Pada masa toddler (dibawah usia 3 tahun), pertumbuhan fisik anak lebih lambat dibandingkan dengan masa bayi, tetapi perkembangan

motoriknya berjalan lebih cepat. Anak sering mengalami penurunan nafsu makan sehingga tampak langsing dan berotot, dan anak mulai berjalan jalan. Anak perlu diawasi dalam beraktivitas karena anak tidak memperhatikan bahaya (Nursalam, 2005).

Pada masa ini, anak akan mengalami beberapa perlambatan dalam pertumbuhan fisik. Pada tahun kedua, anak hanya mengalami kenaikan berat badan sekitar 1,5 – 2,5 kg dan penambahan tinggi badan 6-10 cm. Pertumbuhan otak juga akan mengalami perlambatan, kenaikan lingk kepala hanya 2 cm. Untuk pertumbuhan gigi, terdapat tambahan 8 buah gigi susu, termasuk gigi geraham pertama dan gigi taring, sehingga seluruhnya berjumlah 14-16 buah. Pada usia 2 tahun, pertumbuhan fisik berat badan sudah mencapai 4x berat badan lahir dan tinggi badan sudah mencapai 50 persen tinggi badan orang dewasa. Menginjak usia 3 tahun, rata-rata berat badan naik menjadi 2-3 kg/tahun, tinggi badan naik 6-8 cm/tahun, dan lingk kepala menjadi sekitar 50 cm.

Saat usia ini, anak masih tergantung penuh kepada orang tua untuk melakukan kegiatan penting, seperti mandi, buang air dan makan. Perkembangan berbicara dan berjalan sudah bertambah baik. Namun kemampuan lain masih terbatas. Masa balita merupakan periode penting dalam proses tumbuh kembang manusia. Perkembangan dan pertumbuhan di masa itu menjadi penentu keberhasilan pertumbuhan dan perkembangan anak di periode selanjutnya. Masa tumbuh kembang di usia ini merupakan masa yang berlangsung cepat dan tidak akan pernah terulang, karena itu sering disebut golden age atau masa keemasan.

Secara umum tumbuh kembang setiap anak berbeda-beda, namun prosesnya senantiasa melalui tiga pola yang sama, yakni:

- a) Pertumbuhan dimulai dari tubuh bagian atas menuju bagian bawah (*sefalokaudal*). Pertumbuhannya dimulai dari kepala hingga ke ujung kaki, anak akan berusaha menegakkan tubuhnya, lalu dilanjutkan belajar menggunakan kakinya.
- b) Perkembangan dimulai dari batang tubuh ke arah luar. Contohnya adalah anak akan lebih dulu menguasai penggunaan telapak tangan untuk menggenggam, sebelum ia mampu meraih benda dengan jari.

- c) Setelah dua pola di atas dikuasai, barulah anak belajar mengeksplorasi keterampilan-keterampilan lain. Seperti melempar, menendang, berlari dan lain-lain.

Menurut Sigmund Freud tahap perkembangan manusia terdiri dari lima fase, yaitu fase oral, fase anal, fase phallic, fase laten, dan fase genital. Dari kelima fase ini, tiga fase awal yaitu fase oral, anal dan laten dilalui saat masa balita. (Wong, 2009)

#### 1. Fase Oral

Fase oral dimulai dari saat dilahirkan sampai dengan 1-2 tahun. Pada fase ini bayi merasa dipuaskan dengan makan dan menyusui dan terjadi kelekatan dan hubungan yang emosional antara anak dan ibu. Beberapa mengatakan bahwa pada saat anak yang mengalami gangguan pada fase ini akan sering mengalami stres dengan gejala gangguan pada lambung seperti maag atau gastritis.

#### 2. Fase Anal

Fase anal berkembang pada saat balita menginjak umur 15 bulan sampai dengan umur 3 tahun. Pada fase ini balita merasa puas dapat melakukan aktivitas buang air besar dan buang air kecil. Fase ini dikenal pula sebagai periode "toilet training". Kegagalan pada fase ini akan menciptakan orang dengan kepribadian agresif dan kompulsif, beberapa mengatakan kelainan sado-masokis disebabkan oleh kegagalan pada fase ini.

#### 3. Fase Phallic

Fase phallic disebut juga sebagai fase erotik, fase ini berkembang pada anak umur 3 sampai 6 tahun. Masa dimana anak mulai mengenal organ genitalnya, mulai mempelajari peran tiap gender, keingin-tahuan akan gender atau kelamin lain muncul.

#### 4. Fase Latensi

Terjadi pada usia 6-11 tahun. Masa dimana stabil atau tidaknya dorongan yang ada. Ex : kecemburuan pada saudara

#### 5. Fase Genital

Fase ini terjadi pada usia remaja, Semakin matangnya organ seksual dan kuatnya dorongan seksual membuat remaja membangun pemahaman baru mengenai dirinya.

### 3) Masa Prasekolah (3-6 tahun)

Pada masa prasekolah, berat badan mengalami kenaikan rata-rata 2kg/tahun. Tubuh anak terlihat kurus, akan tetapi aktivitas motorik tinggi dan sistem tubuh mencapai kematangan dalam hal berjalan, melompat, dan lain-lain. Tinggi badan bertambah rata-rata 6,75 – 7,5 cm setiap tahun.

Pada masa ini anak mengalami proses perubahan pola makan, umumnya mengalami kesulitan untuk makan. Anak juga mulai menunjukkan kemandirian pada proses eliminasi.

### 4) Masa Sekolah (6-12 tahun)

Fase perkembangan yang berlangsung sejak kira-kira umur 6 sampai 12 tahun, sama dengan masa usia Sekolah Dasar. Anak-anak menguasai keterampilan-keterampilan dasar membaca, menulis dan berhitung. Secara formal mereka mulai memastiki dunia yang lebih luas dengan budayanya. Pencapaian prestasi menjadi arah perhatian pada dunia anak, dan pengendalian diri sendiri bertambah pula.

#### a) Tahap perkembangan anak usia sekolah

##### 1. Aspek fisik

Kecerdasan perkembangan secara pesat,berpikir makin logis dan kritis fantasi semakin kuat sehingga sering kali terjadi konflik sendiri, penuh dengan cita – cita .

##### 2. Aspek sosial

Mengejar tugas – tugas sekolah bermotivasi untuk belajar, namun masih memiliki kecenderungan untuk kurang hati – hati dan berhati – hati.

##### 3. Aspek kognitif

Anak bermain dalam kelompok dengan aturan kelompok (kerja sama). Anak termotivasi dan mengerti hal – hal sistematis

#### b) Peran Dan Fungsi Keluarga Bagi Anak Usia Sekolah

Tugas perkembangan dalam anak usia sekolah menurut Duval dan Miller Carter dan Mc Goldrik dalam Friedman (1980) :

1. Mensosialisasikan anak - anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya yang sehat .
2. Mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan
3. Memenuhi kebutuhan fisik anggota keluarga

### **C. Masalah Kesehatan pada Kelompok Bayi dan Anak di Indonesia**

Bayi dan anak-anak adalah kelompok yang rentan terhadap berbagai penyakit karena sistem kekebalan tubuh mereka belum terbangun sempurna. Pada usia ini, anak rawan dengan berbagai gangguan kesehatan, baik jasmani maupun rohani.

#### **1) Gizi kurang dan Gizi buruk**

Hampir lebih dari 2 juta anak anak mengalami gizi buruk (Atmaria, 2005). Prevalensi gizi kurang dan gizi buruk berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) dari tahun 2007 ke 2010 untuk gizi kurang tetap 13,0 dan untuk gizi buruk dari 5,4 menjadi 4,9.

Pada saat ini masalah terbesar yang disebabkan oleh gizi buruk yang banyak dijumpai di kalangan anak-anak Indonesia adalah penghambatan pertumbuhan intra-uterin, malnutrisi protein energi, defisiensi yodium, defisiensi vitamin A, anemia defisiensi zat besi dan obesitas (Atmaria, 2005). Anak-anak yang mengalami defisiensi gizi, berat badan lahir rendah dan penghambatan pertumbuhan akan tumbuh menjadi remaja dan juga orang dewasa yang mengalami malnutrisi (Atmaria, 2005). Masalah malnutrisi dapat berpengaruh terhadap pertumbuhan dan perkembangan pada anak anak dan remaja. Penyebab gizi kurang dan gizi buruk dapat dipilah menjadi tiga hal, yaitu: pengetahuan dan perilaku serta kebiasaan makan, penyakit infeksi, ketersediaan pangan.

Tingginya AKB dan masalah gizi pada bayi dapat ditangani sejak awal dengan cara pemberian Air Susu Ibu (ASI). Menurut penelitian yang dilakukan oleh UNICEF, risiko kematian bayi bisa berkurang sebanyak 22% dengan pemberian ASI eksklusif dan menyusui sampai 2 tahun. Melalui pemberian ASI eksklusif selama 6 bulan dapat menjamin kecukupan gizi bayi serta meningkatkan daya tahan tubuh terhadap penyakit infeksi. Manfaat lain yang diperoleh dari pemberian ASI adalah hemat dan mudah dalam

pemberiannya serta manfaat jangka panjang adalah meningkatkan kualitas generasi penerus karena ASI dapat meningkatkan kecerdasan intelektual dan emosional anak.

## 2) Diare

Diare masih merupakan problema kesehatan utama pada anak terutama di negara berkembang seperti Indonesia. Menurut data *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2009, diare adalah penyebab kematian kedua pada anak dibawah 5 tahun. Penyakit diare sering menyerang bayi dan anak, bila tidak diatasi lebih lanjut akan menyebabkan dehidrasi yang mengakibatkan kematian. Sekitar lima juta anak di seluruh dunia meninggal karena diare akut. Di Indonesia pada tahun 70 sampai 80-an, prevalensi penyakit diare sekitar 200-400 per 1000 penduduk per tahun. Dari angka prevalensi tersebut, 70-80% menyerang anak dibawah lima tahun.

Data nasional Depkes menyebutkan setiap tahunnya di Indonesia 100.000 balita meninggal dunia karena diare. Itu artinya setiap hari ada 273 bayi, dan anak yang meninggal dunia dengan sia-sia, sama dengan 11 jiwa meninggal setiap jamnya atau 1 jiwa meninggal setiap 5,5 menit akibat diare (Depkes RI, 2011).

Diare adalah suatu penyakit yang ditandai dengan meningkatnya frekuensi buang air besar lebih dari tiga kali sehari disertai adanya perubahan bentuk dan konsistensi tinja penderita (Sutanto, 1984; Winardi, 1981). Dikenal diare akut yang timbul dengan tiba-tiba dan berlangsung beberapa hari dan diare kronis yang berlangsung lebih dari tiga minggu bervariasi dari hari ke hari yang disebabkan oleh makanan tercemar atau penyebab lainnya (Winardi, 1981).

Diare pada anak merupakan masalah yang sebenarnya dapat dicegah dan ditangani. Terjadinya diare pada balita tidak terlepas dari peran faktor perilaku yang menyebabkan penyebaran kuman, terutama yang berhubungan dengan interaksi perilaku ibu dalam mengasuh anak dan faktor lingkungan dimana anak tinggal. Faktor perilaku yang menyebabkan penyebaran kuman dan meningkatkan resiko terjadinya diare yaitu tidak memberikan ASI eksklusif secara penuh pada bulan pertama kehidupan, tidak menjaga hygiene alat makan dan minum anak. (Assiddiqi, 2009).

### 3) ISPA (Infeksi Saluran Pernapasan Atas)

Infeksi Saluran Pernapasan Akut merupakan sekelompok penyakit kompleks dan heterogen yang disebabkan oleh berbagai penyakit dan dapat mengenai setiap lokasi de sepanjang saluran nafas (WHO, 1986). ISPA merupakan salah satu penyebab utama dari tingginya angka kematian dan angka kesakitan pada balita dan bayi di Indonesia.

Berbagai laporan menyatakan ISPA anak merupakan penyakit yang paling sering terjadi pada anak, mencapai kira-kira 50% dari semua penyakit balita dan 30% pada anak usia 5-12 tahun. Umumnya infeksi biasanya mengenai saluran nafas bagian atas, hanya kurang dari 5% yang mengenai saluran pernapasan bawah. Kejadian ISPA pada balita lebih sering terjadi di daerah perkotaan dibandingkan pada balita di daerah pedesaan. Seorang anak yang tinggal di daerah perkotaan akan mengalami ISPA sebanyak 5-8 periode setahun, sedangkan bila tinggal di pedesaan sebesar 3-5 episode (WHO, 1992)

Secara klinis ISPA adalah suatu tanda dan gejala akut akibat infeksi yang terjadi di setiap bagian saluran pernapasan dan berlangsung tidak lebih dari 14 hari. Adapun yang termasuk ISPA adalah influenza, campak, faringitis, trakeitis, bronkitis akut, brokhiolitis dan pneumonia. Angka kematian yang tinggi karena ISPA khususnya adalah pneumonia. Menurut beberapa faktor yang telah mempengaruhi pneumonia dan kematian akibat ISPA adalah malnutrisi, pemberian ASI kurang cukup, imunisasi tidak lengkap, defisiensi vitamin A, BBLR, umur muda, kepadatan hunian, udara dingin, jumlah kuman yang banyak di tenggorokan, terpapar polusi udara oleh asap rokok, gas beracun dan lain-lain (WHO, 1992).

### 4) Campak

Penyakit campak adalah penyakit yang sangat menular yang disebabkan oleh virus campak. Penularannya terjadi melalui udara ataupun kontak langsung dengan penderita. Virus campak menyebar lewat percikan ludah penderita. Virus cacar air bisa pindah ke tubuh orang sehat lewat bersentuhan langsung dengan cacarnya. Untuk itu maka penderita campak dan cacar air dilarang masuk sekolah.

Gejala-gejalanya adalah demam, batuk, pilek dan timbul bercak merah di kulit 3-5 hari setelah anak menderita demam. Bercak mula-mula timbul di pipi di bawah telinga yang kemudian menjalar ke muka, tubuh dan anggota tubuh lainnya. Komplikasi dari penyakit campak adalah pneumonia (radang paru-paru), infeksi telinga, neuritis (radang pada syaraf), artritis (radang sendi) dan ensefalitis (radang otak) yang dapat menyebabkan kerusakan otak yang permanen.

#### 5) Varisella

Cacar air atau varisela memang merupakan penyakit anak-anak yang sudah ratusan tahun dikenal orang. Diawali dengan gejala melemahnya kondisi tubuh, pusing, demam yang kadang-kadang diiringi batuk, dalam waktu 24 jam timbul bintik-bintik yang berkembang menjadi lesi (mirip kulit yang terangkat karena terbakar) dan terakhir menjadi benjolan-benjolan kecil berisi cairan.

Sekitar 250 – 500 benjolan akan timbul menyebar di seluruh bagian tubuh, tidak terkecuali pada muka, kulit kepala, mulut bagian dalam, mata, termasuk bagian tubuh yang paling intim. Namun dalam waktu kurang dari seminggu, lesi ini akan mengering dan bersamaan dengan itu terasa gatal. Dalam waktu 1 – 3 minggu bekas pada kulit yang mengering akan terlepas.

Virus penyebab penyakit cacar air ini berpindah dari satu orang ke orang lain melalui percikan ludah yang berasal dari batuk atau bersin penderita dan diterbangkan melalui udara atau kontak langsung dengan kulit yang terinfeksi. Komplikasi yang langka tapi bisa terjadi berupa radang paru, radang otak, radang sumsum tulang, kegagalan hati, hepatitis serta sindrom Reye (kelainan pada otak sekaligus hati).

#### 6) Cacingan

Penyakit cacingan masih merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat di Indonesia. Infeksi cacing dapat ditemukan pada berbagai golongan umur, namun prevalensi tertinggi ditemukan pada anak balita dan usia SD. Dari penelitian didapatkan prevalensi penyakit cacingan sebesar 60-70%.

Penelitian di beberapa kota besar di Indonesia menunjukkan, kasus infeksi cacing gelang (*Ascaris lumbricoides*) sekitar 25 – 35 persen dan

cacing cambuk (*Trichuris trichiura*) 65 – 75 persen. Resiko tertinggi terutama kelompok anak yang mempunyai kebiasaan defekasi di saluran air terbuka dan sekitar rumah, makan tanpa cuci tangan, dan bermain-main di tanah yang tercemar telur cacing tanpa alas kaki.

#### 7) Infeksi Kaki, Tangan dan Mulut

Infeksi Tangan Kuku dan Mulut disebabkan oleh virus entero, virus coxsackie A16, ataupun virus entero 71. Masa inkubasi sekitar 3 - 6 hari. Penularannya sangat cepat diantara usia anak. melalui sentuhan dengan air hidung atau mulut, kencing, ataupun pengeluaran. virus masuk melalui rongga mulut dan saluran cerna.

Tanda dan gejala penyakit kaki tangan dan mulut adalah gelisah, demam ringan, nyeri otot dan tulang dan hilang selera makan. Meskipun jarana infeksi virus ini dapat menyebabkan myocarditis (infeksi otot jantung), pneumonia (infeksi paru), meningoencephalitis (infeksi otak) dan kematian. Serangan penyakit ini jarang berulang. Serangan penyakit kaki tangan dan mulut di Taiwan oleh virus 71 mengakibatkan kematian pada 19.3% diakibatkan oleh pendarahan paru.

#### 8) Demam Berdarah Dengue (DBD)

Demam berdarah dengue adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh virus dengue (arbovirus) yang masuk ke dalam tubuh melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Tanda dan gejala, Demam tinggi mendadak selama 2-7 hari ( tanpa sebab jelas ), pembesaran hati, mual, muntah, tidak ada nafsu makan, diare, dan konstipasi, Nyeri ulu hati karena adanya pendarahan di lambung, nyeri otot, nyeri tulang sendi, Syok yang ditandai nadi lemah dan cepat disertai dengan tekanan nadi yang menurun ( 20 mmHg atau kurang ), tekanan darah yang menurun ( tekanan sistolik menurun sampai 80 mmHg atau kurang ), dan kulit yang teraba dingin dan lembab, terutama pada ujung hidung, jari dan kaki. Penderita gelisah serta timbul sianosis di sekitar mulut.

### **D. Indikator Kesehatan Kelompok Khusus Bayi, dan Anak.**

Masalah kesehatan anak merupakan salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan yang saat ini terjadi di Negara Indonesia (Kompas, 2006). Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, sebab anak sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat

dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa, sehingga masalah kesehatan anak menjadi salah satu prioritas dalam perencanaan pembangunan bangsa.

Dalam menentukan derajat kesehatan di Indonesia, terdapat beberapa indikator yang dapat digunakan, antara lain angka kematian bayi, angka kesakitan bayi, status gizi, dan angka harapan hidup waktu lahir.

### 1) **Angka Kematian Bayi**

Angka kematian bayi menjadi indikator pertama dalam menentukan derajat kesehatan anak (WHO, 2002) karena merupakan cerminan dari status kesehatan anak saat ini. Tingginya angka kematian bayi di Indonesia disebabkan oleh berbagai faktor, diantaranya adalah faktor penyakit infeksi dan kekurangan gizi. Penyakit yang hingga saat ini masih menjadi penyebab kematian terbesar dari bayi, diantaranya penyakit diare, tetanus, gangguan perinatal, dan radang saluran napas bagian bawah (Hapsari, 2004).

Kematian pada bayi juga dapat disebabkan oleh trauma persalinan dan kelainan bawaan yang kemungkinan besar disebabkan oleh rendahnya status gizi ibu pada saat kehamilan serta kurangnya jangkauan pelayanan kesehatan dan pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan (WHO, 2002).

Indonesia masih memiliki angka kematian bayi dan balita yang cukup tinggi. Masalah tersebut terutama dalam periode neonatal dan dampak dari penyakit menular terutama pneumonia, malaria, dan diare ditambah dengan masalah gizi yang dapat mengakibatkan lebih dari 80% kematian anak (WHO, 2002).

### 2) **Angka Kesakitan Bayi**

Angka kesakitan bayi menjadi indikator kedua dalam menentukan derajat kesehatan anak, karena nilai kesakitan merupakan cerminan dari lemahnya daya tahan tubuh bayi dan anak balita. Angka kesakitan tersebut juga dapat dipengaruhi oleh status gizi, jaminan pelayanan kesehatan anak, perlindungan kesehatan anak, faktor sosial ekonomi, dan pendidikan ibu.

### 3) **Status Gizi**

Status gizi menjadi indikator ketiga dalam menentukan derajat kesehatan anak. Status gizi yang baik dapat membantu proses pertumbuhan dan perkembangan anak untuk mencapai kematangan yang optimal.

Kecukupan gizi dapat memperbaiki ketahanan tubuh sehingga diharapkan tubuh akan bebas dari segala penyakit. Status gizi ini dapat membantu untuk mendeteksi lebih dini resiko terjadinya masalah kesehatan. Pemantauan status gizi dapat digunakan sebagai bentuk antisipasi dalam merencanakan perbaikan kesehatan anak.

#### 4) **Angka Harapan Hidup Waktu Lahir**

Angka harapan hidup waktu lahir dapat dijadikan tolok ukur selanjutnya dalam menentukan derajat kesehatan anak. Dengan mengetahui angka harapan hidup, maka dapat diketahui sejauh mana perkembangan status kesehatan anak. Hal ini sangat penting dalam menentukan program perbaikan kesehatan anak selanjutnya. Usia harapan hidup juga dapat menunjukkan baik atau buruknya status kesehatan anak yang sangat terkait dengan berbagai faktor, seperti factor social, ekonomi, budaya, dan lain-lain.

### **E. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan**

Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan anak balita adalah sebagai berikut:

#### 1) Faktor Kesehatan

Faktor kesehatan merupakan faktor utama yang dapat menentukan status kesehatan anak secara umum. Faktor ini ditentukan oleh status kesehatan anak itu sendiri, status gizi, dan kondisi sanitasi.

#### 2) Faktor Kebudayaan

Pengaruh budaya juga sangat menentukan status kesehatan anak, dimana terdapat keterkaitan secara langsung antara budaya dengan pengetahuan. Budaya di masyarakat dapat juga menimbulkan penurunan kesehatan anak, misalnya terdapat beberapa budaya di masyarakat yang dianggap baik oleh masyarakat padahal budaya tersebut justru menurunkan kesehatan anak.

Sebagai contoh, anak yang badannya panas akan dibawa ke dukun dengan keyakinan terjadi kesurupan/kemasukan barang ghaib. Contoh lain, anak yang pasca operasi dilarang makan telur dan daging ayam atau sapi karena dianggap dapat menambah nyeri dan jumlah nanah atau pus pada luka operasi dan menghambat proses penyembuhan luka operasi. Berbagai contoh budaya yang ada di masyarakat tersebut sangat besar mempengaruhi derajat

kesehatan anak, mengingat anak dalam masa pertumbuhan dan perkembangan yang tentunya membutuhkan perbaikan gizi atau nutrisi yang cukup.

### 3) Faktor Keluarga

Faktor keluarga dapat menentukan keberhasilan perbaikan status kesehatan anak. Pengaruh keluarga pada masa pertumbuhan dan perkembangan anak sangat besar melalui pola hubungan anak dan keluarga serta nilai-nilai yang ditanamkan. Apakah anak dijadikan sebagai pekerja ataukah diperlakukan sebagaimana mestinya dan dipenuhi kebutuhannya baik asah, asih, dan asuhnya.

Peningkatan status kesehatan anak juga terkait langsung dengan peran dan fungsi keluarga terhadap anaknya, seperti membesarkan anak, memberikan dan menyediakan makanan, melindungi kesehatan, memberikan perlindungan secara psikologis, menanamkan nilai budaya yang baik, mempersiapkan pendidikan anak, dan lain-lain (Behrman, 2000).

## **F. Program dan Kebijakan Pemerintah untuk Kesehatan Bayi dan Anak**

Pemerintah telah membuat berbagai kebijakan untuk mengatasi persoalan kesehatan anak, khususnya untuk menurunkan angka kematian anak, di antaranya sebagai berikut:

### 1) Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan pemerataan pelayanan kesehatan.

Untuk meningkatkan mutu pelayanan serta pemerataan pelayanan kesehatan yang ada di masyarakat telah dilakukan berbagai upaya, salah satunya adalah dengan meletakkan dasar pelayanan kesehatan pada sektor pelayanan dasar. Pelayanan dasar dapat dilakukan di puskesmas induk, puskesmas pembantu, posyandu, serta unit-unit terkait di masyarakat. Cakupan pelayanan diperluas dengan pemerataan pelayanan kesehatan untuk segala aspek atau lapisan masyarakat. Bentuk pelayanan tersebut dilakukan dalam rangka jangkauan pemerataan pelayanan kesehatan. Upaya pemerataan tersebut dapat dilakukan dengan penyebaran bidan desa, perawat komunitas, fasilitas balai kesehatan, pos kesehatan desa, dan puskesmas keliling.

### 2) Meningkatkan status gizi masyarakat

Peningkatan status gizi masyarakat merupakan bagian dari upaya untuk mendorong terciptanya perbaikan status kesehatan. Dengan pemberian gizi yang baik untuk mendorong terciptanya perbaikan status kesehatan. Dengan pemberian gizi yang baik diharapkan pertumbuhan dan perkembangan anak akan baik pula, disamping dapat memperbaiki status kesehatan anak. Upaya tersebut dapat dilakukan melalui upaya perbaikan gizi keluarga atau dikenal dengan nama UPGK. Kegiatan UPGK tersebut didorong dan diarahkan pada peningkatan status gizi, khususnya pada masyarakat yang rawan memiliki resiko tinggi terhadap kematian atau kesakitan. Kelompok beresiko tinggi terdiri atas anak balita, ibu hamil, ibu menyusui, dan lansia yang golongan ekonominya rendah.

### 3) Meningkatkan peran serta masyarakat

Peningkatan peran serta masyarakat dalam membantu perbaikan status kesehatan ini penting, sebab upaya pemerintahan dalam rangka menurunkan kematian bayi dan anak tidak dapat dilakukan hanya oleh pemerintah, melainkan peran serta masyarakat dengan keterlibatan atau partisipasi secara langsung. Melalui peran serta masyarakat diharapkan mampu pula bersifat efektif dan efisien dalam pelayanan kesehatan. Upaya atau program pelayanan kesehatan yang membutuhkan peran serta masyarakat antara lain pelaksanaan imunisasi, penyediaan air bersih, sanitasi lingkungan, pebaikan gizi, dan lain-lain.

### 4) Meningkatkan manajemen kesehatan

Upaya pelaksanaan program pelayanan kesehatan anak dapat berjalan dan berhasil dengan baik bila didukung dengan perbaikan dalam pengelolaan pelayanan kesehatan. Dalam hal ini adalah peningkatan manajemen pelayanan kesehatan melalui pendayagunaan tenaga kesehatan profesional yang mampu secara langsung mengatasi masalah kesehatan anak.

Adapun kegiatan-kegiatan yang menunjang kebijakan tersebut antara lain

:

#### 1) Posyandu (Pos Pelayanan Terpadu)

Posyandu atau Pos Pelayanan Terpadu adalah pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh masyarakat dengan dukungan teknis dan petugas Puskesmas. Posyandu adalah pusat kegiatan masyarakat yang merupakan salah satu wujud peran serta masyarakat dalam pembangunan kesehatan, tempat masyarakat memperoleh pelayanan KB, Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), Gizi, Imunisasi dan Penanggulangan diare pada waktu dan tempat yang sama. Kegiatan di posyandu merupakan kegiatan nyata yang melibatkan partisipasi masyarakat dan untuk masyarakat, yang dilaksanakan oleh kader-kader kesehatan, yang telah mendapatkan pendidikan dan pelatihan dari Puskesmas mengenai pelayanan kesehatan dasar dengan tujuan tertentu.

Tujuan penyelenggaraan posyandu yaitu

- a) mempercepat penurunan angka kematian bayi, anak dan angka kelahiran,
- b) mempercepat penerimaan Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera (NKKBS) agar masyarakat dapat mengembangkan kegiatan kesehatan dan kegiatan lain yang menunjang sesuai kebutuhan dan kemampuan,
- c) meningkatkan kemandirian masyarakat,
- d) meningkatkan cakupan Puskesmas,
- e) mempercepat tercapainya NKKBS (Sudarono, 1989). Sasaran penyelenggaraan Posyandu dalam hal ini adalah pada bayi usia kurang dari 1 tahun, anak Baita (Usia 1-4 tahun, ibuhamil, melahirkan, dan menyusui, serta wanita Pasangan Usia Subur (PUS).

Kegiatan POSYANDU bermacam-macam diantaranya :

- a) penyuluhan nutrisi di Posyandu sebagai bagian dari UPGK dalam langkah-langkah kebijaksanaan perbaikan gizi merupakan kegiatan upaya langsung yang meliputi, pemantauan tumbuh kembang anak balita dengan Kartu Menuju Sehat KMS) melalui penimbangan oleh kader, Pemberian Makanan Tambahan (PMT), pemeriksaan kesehatan anak penyuluhan gizi ditekankan pada pentingnya penggunaan Air Susu Ibu (ASI) dan makanan pendamping ASI (MP-ASI), pemberian kapsul vitamin A dan pemberian oralit.

b) Selain itu juga pemberian pelayanan anak usia balita yang meliputi pelayanan keluarga untuk ibu dan anak dengan memberikan pelayanan imunisasi, penanggulangan diare, dan penyuluhan kesehatan.

## 2) BKB (Bina Keluarga Balita)

Bina keluarga balita adalah kegiatan yang khusus mengelola tentang pembinaan tumbuh kembang anak melalui pola asuh yang benar berdasarkan kelompok umur yang dilaksanakan oleh sejumlah kader dan berada di tingkat RW. (Pedoman Pembinaan Kelompok Bina Keluarga Balita Tahun 2006). Program ini merupakan suatu program yang melengkapi program-program pengembangan sumber daya manusia yang telah dilaksanakan seperti program-program perbaikan kesehatan dan gizi ibu dan anak (BKKBN, 1992). Tujuan BKB

### a) Bagi orang tua:

1. Agar dapat mengurus dan merawat anak serta pandai membagi waktu dan mengasuh anak
2. Untuk memperluas wawasan dan pengetahuan tentang pola asuh anak yang benar
3. Untuk meningkatkan keterampilan dalam segala hal mengasuh dan mendidik anak balita
4. Supaya lebih terarah dalam cara pembinaan anak
5. Agar mampu mencurahkan perhatian dan kasih sayang terhadap anak sehingga tercipta ikatan batin yang kuat
6. Agar mampu membentuk anak yang berkualitas

### b) Bagi anak, diharapkan:

1. Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa
2. Berkepribadian luhur
3. Tumbuh dan berkembang secara optimal
4. Cerdas, terampil, dan sehat
5. Memiliki dasar kepribadian yang kuat guna perkembangan selanjutnya.

## 3) Program PAUD

Pendidikan anak usia dini (PAUD) adalah jenjang pendidikan sebelum jenjang pendidikan dasar yang merupakan suatu upaya pembinaan yang ditujukan bagi anak sejak lahir sampai dengan usia enam tahun yang

dilakukan melalui pemberian rangsangan pendidikan untuk membantu pertumbuhan dan perkembangan jasmani dan rohani agar anak memiliki kesiapan dalam memasuki pendidikan lebih lanjut, yang diselenggarakan pada jalur formal, nonformal, dan informal. Pendidikan anak usia dini merupakan salah satu bentuk penyelenggaraan pendidikan yang menitikberatkan pada peletakan dasar ke arah pertumbuhan dan perkembangan fisik (koordinasi motorik halus dan kasar), kecerdasan (daya pikir, daya cipta, kecerdasan emosi, kecerdasan spiritual), sosio emosional (sikap dan perilaku serta agama) bahasa dan komunikasi, sesuai dengan keunikan dan tahap-tahap perkembangan yang dilalui oleh anak usia dini. Ada dua tujuan diselenggarakannya pendidikan anak usia dini yaitu:

- a) untuk membentuk anak yang berkualitas, yaitu anak yang tumbuh dan berkembang sesuai dengan tingkat perkembangannya
- b) untuk membantu menyiapkan anak mencapai kesiapan belajar (akademik) di sekolah.

#### **G. Ruang Lingkup Asuhan Keperawatan Kelompok Khusus Bayi, dan Anak**

Ruang lingkup kegiatan keperawatan kelompok khusus balita mencakup upaya-upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan resosilitatif melalui berbagai kegiatan yang terorganisasi sebagai berikut:

##### 1) Upaya Promotif

- a) Penyuluhan untuk memberikan informasi kepada orangtua, terutama ibu tentang pemenuhan dan peningkatan gizi bayi sesuai usia tumbuh kembangnya. Bayi usia 1 sampai 6 bulan hanya boleh diberikan ASI, lebih dari 6 bulan diperbolehkan untuk diberikan makanan pendamping ASI.
- b) Memberikan informasi tentang kebersihan diri bayi meliputi cara memandikan bayi yang benar, cara perawatan tali pusat, cara mengganti popok bayi, dsb.
- c) Penyuluhan tentang pentingnya imunisasi yang meliputi jenis-jenis imunisasi, usia pada saat dilakukan imunisasi, manfaat, efek samping, dan akibat yang akan timbul jika tidak dilakukan imunisasi.
- d) Memberikan informasi tentang pentingnya memeriksakan bayi dan anak yang sakit ke petugas kesehatan

- e) Memberikan informasi tentang pemantauan tumbuh kembang bayi dan anak.
  - f) Memberikan informasi tentang kebersihan diri adalah upaya yang dilakukan untuk menjaga tubuh atau badan agar ada selalu dalam keadaan bersih dan sehat diantaranya : kebersihan gigi dan mulut serta tangan dan kuku .
- 2) Upaya Preventif
- a) Imunisasi terhadap bayi dan balita.
  - b) Pemeriksaan kesehatan secara berkala melalui posyandu, puskesmas, maupun kunjungan rumah.
  - c) Posyandu untuk penimbangan dan pemantauan kesehatan anak.
  - d) Pemberian vitamin A, yodium, dan obat cacing.
  - e) Skrining untuk deteksi penyakit atau kelainan pada bayi dan anak sejak dini.
  - f) Melatih Cara Perawatan Gigi (menggosok gigi yang benar) dan Perawatan tangan dan kuku (mencuci tangan dan memotong kuku ) pada anak usia sekolah..
- 3) Upaya Kuratif
- a) Melakukan pelayanan kesehatan dan keperawatan.
  - b) Melakukan rujukan medis dan kesehatan. Bayi atau balita dengan penyakit tertentu perlu diberikan perawatan lebih lanjut.
  - c) Perawatan lanjutan dari Rumah Sakit, dilakukan oleh orangtua tetapi masih dalam pengawasan petugas kesehatan untuk memulihkan kondisi kesehatan bayi atau anak.
  - d) Perawatan tali pusat terkendali pada bayi baru lahir.
- 4) Upaya Rehabilitatif
- Bayi dan balita pasca sakit, perlu waktu untuk masa pemulihan. Upaya pemulihan yang dapat dilakukan yaitu latihan fisik dan fisioterapi.
- 5) Resosialitatif
- Upaya mengembalikan ke dalam pergaulan masyarakat. Misal: kelompok balita yang diasingkan karena autisme, ADHD.

## **H. Peran Perawat Komunitas pada Kelompok Khusus Bayi, dan Anak**

Perawat komunitas minimal dapat berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan melalui asuhan keperawatan, pendidik atau penyuluh kesehatan, penemu kasus, penghubung dan koordinator, pelaksana konseling keperawatan, dan model peran.

Dua peran perawat kesehatan komunitas, yaitu sebagai pendidik dan penyuluh kesehatan serta pelaksana konseling keperawatan kepada kelompok khusus balita merupakan bagian dari ruang lingkup promosi kesehatan. Berdasarkan peran tersebut, perawat kesehatan masyarakat diharapkan dapat mendukung kelompok khusus balita mencapai derajat kesehatan yang optimal. Peran perawat komunitas pada kelompok khusus balita:

1) Pelaksana Pelayanan Keperawatan (*care provider*)

Peranan utama perawat komunitas yaitu sebagai pelaksana asuhan keperawatan kepada balita, baik itu balita dalam kondisi sehat maupun yang sedang sakit.

2) Pendidik (*health educator*)

Perawat sebagai pendidik atau penyuluh, memberikan pendidikan atau informasi kepada keluarga yang berhubungan dengan kesehatan balita. Diperlukan pengkajian tentang kebutuhan klien untuk menentukan kegiatan yang akan dilakukan dalam penyuluhan atau pendidikan kesehatan balita. Dari hasil pengkajian diharapkan dapat diketahui tingkat pengetahuan klien dan informasi apa yang dibutuhkan.

3) Konselor

Perawat dapat menjadi tempat bertanya atau konsultasi oleh orangtua yang mempunyai balita untuk membantu memberikan jalan keluar berbagai permasalahan kesehatan balita dalam kehidupan sehari-hari.

4) Pemantau Kesehatan (*health monitor*)

Perawat ikut berperan memantau kesehatan balita melalui posyandu, puskesmas, atau kunjungan rumah. Pemantauan ini berguna mengetahui dinamika kesehatan balita terutama pertumbuhan dan perkembangannya, sehingga jika terjadi masalah kesehatan dapat dideteksi sejak dini dan diatasi secara tepat dengan segera.

5) Koordinator Pelayanan Kesehatan (*coordinator of service*)

Pelayanan kesehatan merupakan kegiatan yang bersifat menyeluruh dan tidak terpisah-pisah. Perawat juga dapat berperan sebagai pionir untuk mengkoordinir berbagai kegiatan pelayanan di masyarakat terutama kesehatan balita dalam mencapai tujuan kesehatan melalui kerjasama dengan tim kesehatan lainnya.

6) Pembaharu (*inovator*)

Tidak seluruhnya masyarakat mempunyai bekal pengetahuan mengenai kesehatan balita. Perawat disamping memberikan penyuluhan juga dapat menjadi pembaharu untuk merubah perilaku atau pola asuh orangtua terhadap balita di suatu wilayah, misalnya budaya yang tidak sesuai dengan perilaku sehat.

7) Panutan (*role model*)

Perawat sebagai salah satu tenaga medis dipandang memiliki ilmu kesehatan yang lebih dari profesi lainnya di luar bidang kesehatan. Oleh sebab itu akan lebih mulia bagi perawat untuk mengamalkan ilmunya dalam kehidupan sehari-hari sehingga dapat memberikan contoh baik, misalnya memberi contoh tata cara merawat balita.

8) Fasilitator

Perawat menjadi penghubung antara masyarakat dengan unit pelayanan kesehatan dan instansi terkait, melaksanakan rujukan.

## I. Konsep Anak usia Sekolah

### 1. Definisi

Asuhan keperawatan komunitas pada anak usia sekolah merupakan bagian dari pelayanan keperawatan kesehatan komunitas secara keseluruhan yang dilakukan untuk mengidentifikasi atau mencegah masalah kesehatan yang terjadi pada anak usia sekolah di sekolah, untuk selanjutnya dilakukan intervensi keperawatan agar masalah yang terjadi dapat teratasi atau berkurang.

### 2. Tujuan pemberian asuhan keperawatan komunitas di sekolah

- a. Meningkatkan kemampuan hidup sehat
- b. Membantu meningkatkan derajat kesehatan anak usia sekolah (fisik, mental dan social)
- c. Membantu anak usia sekolah melewati fase tumbuh kembangnya dengan

baik

- d. Memiliki lingkungan sekolah yang sehat serta meningkatkan tumbuh kembang yang optimal dalam rangka pembentukan manusia Indonesia yang berkualitas

### 3. Sasaran

Siswa yang ada di sekolah tetapi juga ditunjukkan pada komunitasnya, seperti: guru, staf administrasi, orang tua/wali siswa, dan warga sekitar sekolah termasuk para pedagang yang ada di kantin atau luar sekolah.

### 4. Pelaksanaan UKS

Trias UKS:

- a. Pendidikan kesehatan, dapat diberikan melalui kegiatan intrakurikuler dan ekstrakurikuler (kegiatan diluar jam pelajaran, spt: kerja bhakti, lomba berhubungan dgn kesehatan, pembinaan kader kesehatan sekolah, layanan konseling kesehatan)
- b. Pelayanan kesehatan, dilaksanakan secara komprehensif, meliputi: upaya promkes (berupa penyuluhan dan latihan ketrampilan dalam yankes), upaya pencegahan (berupa deteksi dini penyakit pada siswa scr berkala, memantau pertumbuhan siswa, pemutusan penularan penyakit mll pemberantasan penyakit dan pengawasan kebersihan lingkungan spt: pemantauan jentik nyamuk di sekolah dan sampah) dan upaya penyembuhan dan pemulihan penyakit (mll pengobatan ringan di sekola, pertolongan pertama pd kecelakaan dan rujukan medik).
- c. Pembinaan lingkungan sekolah sehat
  - 1) Pembinaan lingkungan sekolah: 1) lingkungan fisik sekolah, spt: penyediaan air bersih, pengadaan dan pemeliharaan tempat sampah, pemeliharaan kamar mandi/WC sekolah, kebersihan dan kerapian ruangan, kebersihan dan keindahan halaman sekolah, pengadaan dan pemeliharaan warung/kantin sekolah, pengadaan dan pemeliharaan pagar sekolah 2) lingkungan mental dan social, terciptanya suasana dan hubungan kekeluargaan yang akrab antar komponen sekolah yaitu guru, siswa, orang tua siswa, staf sekolah dan masyarakat sekitar, kegiatan yang bs dilakukan: pentas seni, wisata/studi tour dll.
  - 2) Pembinaan lingkungan keluarga: kegiatan yang bs dilakukan yaitu

penyuluhan kesehatan bagi ortu bekerja sama dgn komite sekolah dan petugas kesehatan setempat.

- 3) Pembinaan masyarakat sekitar lingkungan sekolah; menjalin kerja sama dgn tokoh masyarakat sekitar, pengurus RT,RW dalam memberikan dukungan terhadap kegiatan sekolah
5. Masalah kesehatan yang berisiko terjadi pada kelompok khusus anak usia sekolah
- a. Kebutuhan nutrisi: BB berlebih/kurang, perilaku jajan yang tidak sehat (makanan yg menggunakan pewarna, pemanis buatan, pengawet), gangguan makan (anoreksia akibat sakit gigi dll).
  - b. Kebersihan diri yang kurang (rambut, kulit, kuku, genitalia dll)
  - c. Kebutuhan psikososial: HDR, depresi, hiperaktif, dan risiko bunuh diri.
  - d. Kebutuhan belajar: g3 konsentrasi belajar, kurang pengetahuan anak usia sekolah tentang kesehatan
  - e. Kebutuhan keamanan: 1) anak yang tidak mendapat pengawasan dr ortu, 2) tidak menggunakan pengaman saat bersepedan atau berkendara motor, 3) melewati jalan raya, kereta, sungai, 4) mendapat perlakuan kasar dr ortu atau guru baik penganiayaan fisik, mental seksual, maupun social, 5) mendapat perlakuan kasar dr teman dan 6) bahaya pemerkosaan
  - f. Merokok ataupun minum alcohol pd anak usia sekolah
  - g. Pengaruh lingkungan yang tdk kondusif: tinggal di daerah rawan bencana dan konflik

## **J. Konsep Remaja**

### 1. Pengertian

Remaja merupakan masa transisi yang dibagi menjadi 3 periode:

- a. Usia 12-13 tahun (remaja awal)
- b. Usia 14-16 tahun (remaja pertengahan)
- c. Usia 17-20 tahun (remaja akhir)

Yang mana merupakan kelompok yang berisiko terhadap masalah kesehatan yang memerlukan dan membutuhkan perhatian dan pelayanan khusus.

### 2. Masalah kesehatan yang sering terjadi pada remaja

- a. G3 gizi: kelebihan atau kekurangan nutrisi menjadi masalah penting bagi pertumbuhan remaja, dan anemia remaja putri ↑

- b. Peningkatan penyalahgunaan napza dimulai dengan kebiasaan merokok di usia dini yaitu usia 10-14 th, diperkirakan yang menjadi perokok terbesar usia 15-19 th sebesar 59%.
  - c. Peningkatan PMS dan HIV/AIDS
  - d. Kehamilan remaja, kehamilan tak di inginkan dan abortus
  - e. Kecelakaan, penyebab kematian nomer 1 laki-laki, dan nomer 3 perempuan
  - f. Kenakalan remaja, tawuran, corat/coret, kebut-kebutan
  - g. Kekerasan pada perempuan seperti penjualan wanita, kekerasan rumah tangga, pemerkosaan, pembunuhan dll
  - h. Kesehatan mental → RBD → BD
3. Penyebab masalah kesehatan remaja
- a. Kurangnya pengetahuan, ketrampilan, sikap, dan perilaku remaja terhadap kesehatannya
  - b. Kurangnya kepedulian orang tua, masyarakat, serta pemerintah dalam mengatasi masalah remaja
  - c. Belum optimalnya pelayanan kesehatan remaja
4. Strategi yang digunakan untuk membantu mengatasi masalah kesehatan remaja
- a. Peningkatan partisipasi aktif remaja dalam meningkatkan kesehatannya
  - b. Peningkatan partisipasi orang tua dan masyarakat dalam meningkatkan kesehatan remaja
  - c. Peningkatan kemitraan antar institusi, lembaga, organisasi dan sector swasta dalam upaya meningkatkan kesehatan remaja
  - d. Peningkatan penyediaan dan pemanfaatan pelayanan kesehatan yang berkualitas kepada remaja

### **3. Rangkuman**

Masalah kesehatan anak merupakan salah satu masalah utama dalam bidang kesehatan yang saat ini terjadi di Negara Indonesia. Derajat kesehatan anak mencerminkan derajat kesehatan bangsa, sebab anak sebagai generasi penerus bangsa memiliki kemampuan yang dapat dikembangkan dalam meneruskan pembangunan bangsa, sehingga masalah kesehatan anak menjadi salah satu prioritas dalam perencanaan pembangunan bangsa.

### **4. Penugasan dan Umpan Balik**

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choice

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- ✓ Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- ✓ Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- ✓ Hasil analisis di presentasikan di depan kelas

## D. Kegiatan Belajar 5-6

### 1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok ibu hamil, bersalin, dan nifas di komunitas

### 2. Uraian Materi

#### **Konsep dan aspek kesehatan kelompok Ibu Hamil di komunitas**

**Dosen: Ifa Nofalia, S.Kep., Ns., M.Kep.**

#### A. Konsep Ibu Hamil

Kehamilan manusia terjadi selama 40 minggu antara waktu menstruasi terakhir dan kelahiran (38 minggu dari pembuahan). Istilah medis untuk wanita hamil adalah *gravida*, sedangkan manusia di dalamnya disebut embrio (minggu-minggu awal) dan kemudian menjadi janin sampai kelahiran (Astria, 2009).

Kehamilan adalah masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal 280 hari ( 40 minggu atau 9 bulan 7 hari ) dihitung dari pertama haid terakhir (Prawiroharjo, 2006). Kehamilan adalah rangkaian peristiwa yang baru terjadi bila ovum dibuahi dan pembuahan ovum akhirnya berkembang sampai fetus yang aterm (Guyton, 1997).

#### B. Tanda dan Gejala Kehamilan

##### 1) Bukti Subjektif (presumtif)

##### a) Amenore

Bagi wanita normal yang mengalami menstruasi teratur, amenore merupakan salah satu bukti dini kehamilan, terutama bila gejala-gejala lainnya juga terjadi.

##### b) Perubahan payudara

Nyeri, nyeri tekan, terasa berat, dan pembesaran adalah gejala awal perubahan payudara. Kemudian terjadi pigmentasi, perubahan puting, sekresi kolostrum, dan pembesaran vena.

##### c) Mual dan Muntah

Banyak wanita mengalami derajat yang bervariasi mulai dari mual, pening, dan muntah. Hal ini disebut *morning sickness* karena gejala-gejala lebih sering terjadi setelah sarapan pagi. Diyakini bahwa *morning sickness* adalah respons awal tubuh terhadap tingginya kadar progesteron.

##### d) Frekuensi Berkemih

Kongesti darah pada organ-organ pelvik meningkatkan sensitivitas jaringan. Tekanan karena pembesaran uterus pada kandung kemih menstimulasi saraf untuk berkemih selama kehamilan.

e) Leukorea (keputihan)

Peningkatan sekresi vaginal disebabkan oleh efek peningkatan suplai darah ke pelvik terjadi amat dini pada kehamilan.

f) Tanda Chadwick's (bercak keunguan pada vagina)

Perubahan awal yang terlihat pada warna mukosa vagina yang menjadi ungu kebiruan karena meningkatnya suplai darah.

2) Bukti Objektif (probabilitas)

a) Pertumbuhan dan perubahan uterus

Tanda Hegar's adalah melunaknya segmen bawah uterus. Tanda Goodell's adalah melunaknya serviks. Tanda-tanda ini adalah probabilitas tetapi bukan bukti kehamilan absolut.

b) Perubahan abdomen

Karena uterus membesar sehingga dinding abdomen harus terdorong keluar untuk menampung penambahan ukuran uterus ke dalam rongga abdomen. Selain itu pada abdomen juga akan terdapat striae gravidarum dan pigmentasi.

c) Pemeriksaan Laboratorium

Semua pemeriksaan kehamilan tergantung dengan ada atau tidaknya human Chorionic gonadotropin ( hCG) dalam urin. Hormon tersebut dihasilkan pertama kali oleh tropoblas ketika ovum yang dibuahi terbenam dalam endometrium. Jenis pemeriksaan kehamilan adalah bioassay, radioreseptor, immunoassay, dan antibodi monoklonal.

3) Bukti Positif (absolute)

a) Mendengar detak jantung janin (DJJ) dan desiran funik

b) Merasakan bagian-bagian janin

c) Melihat hasil konsepsi pada ultrasonografi atau skleton pada gambar x ray

d) Merasakan gerakan janin

e) Elektrokardiografi janin

C. Pemeriksaan pada ibu hamil

1) Tujuan pemeriksaan dan pengawasan Ibu hamil

a) Tujuan umum

Menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan dan nifas, sehingga didapatkan ibu dan anak yang sehat.

b) Tujuan khusus

1. Mengenal dan menangani penyakit-penyakit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan dan nifas
2. Mengenal dan mengobati penyakit-penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin
3. Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak
4. Memberikan nasehat-nasehat tentang cara hidup sehat sehari-hari

2) Jadwal pemeriksaan kehamilan

Jadwal pemeriksaan antenatal care sebanyak 12 sampai 13 kali selama hamil:

- a) Pemeriksaan pertama kali yang ideal adalah sedini mungkin ketika haidnya terlambat 1 bulan
- b) Periksa ulang 1 kali sebulan sampai kehamilan 7 bulan
- c) Periksa ulang 2 kali sebulan pada usia kehamilan 7 bulan sampai usia kehamilan 9 bulan
- d) Periksa ulang 1 minggu sekali sesudah usia kehamilan 9 bulan
- e) Periksa khusus bila ada keluhan-keluhan

Standar pemeriksaan minimal menurut WHO yaitu 4 kali selama kehamilan

- a) Satu kali pada trimester I (sebelum 14 minggu)
- b) Satu kali pada trimester II (antara minggu ke 14-28 minggu)
- c) Dua kali pada trimester III (antara minggu ke 28-36 minggu dan sesudah minggu ke 36)

3) Pelayanan dan asuhan standar minimal “14 T”

- a) Timbang berat badan
- b) Tekanan darah
- c) Tinggi fundus uteri
- d) Tetanus toxoid lengkap
- a. Tablet zat besi, minimal 90 tablet selama kehamilan

- b. Tes penyakit menular seksual (PMS)
- c. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan
- d. Terapi kebugaran
- e. Tes VDRL
- f. Tes reduksi urine
- g. Tes protein urine
- e) Tes Hb (Haemoglobin)
- f) 13.Terapi iodium
- g) 14.Terapi malaria

#### D. Pemeriksaan Kehamilan

##### 1) Biodata

Nama, umur, pekerjaan, suami, umur, agama, alamat, dan lain-lain untuk mengetahui penderita dan menentukan status sosial ekonominya harus diketahui. Misalnya untuk menentukan anjuran apa atau pengobatan apa yang akan diberikan untuk menentukan diagnosa kehamilan, jika umur terlalu tua atau muda maka persalinan lebih banyak resiko

##### 2) Keluhan utama

Apakah penderita datang untuk pemeriksaan kehamilan atau keluhan-keluhan yang dirasakan ibu. Contoh :

- a) Ibu mengatakan pinggang pegal-pegal
- b) Ibu mengatakan keluar darah dari kemaluan

##### 3) Tentang riwayat haid

- a) Menarche, haid teratur tidak, dan siklus, lamanya haid. Banyak darah. Sifat darah : cair atau berbeku-beku, warnanya, baunya, haid nyeri atau tidak
- b) Haid terakhir, teratur tidaknya haid dan siklusnya dipergunakan untuk memperhitungkan tafsiran persalinan. Yang dimaksud dengan terakhir adalah hari pertama dari haid yang terakhir (HPHT)

##### 4) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

###### a) Kehamilan

Adakah gangguan seperti pendarahan, muntah yang sangat, toxemia gravidarum

###### b) Persalinan

Spontan atau buatan, aterm atau premature, perdarahan, ditolong bidan, dokter atau dukun

c) Nifas

Adakah panas atau perdarahan, bagaimana laktasi

d) Anak

Jenis kelamin, hidup atau tidak jika meninggal umur berapa dan penyebab meninggalnya, berat badan waktu lahir.

5) Riwayat kehamilan sekarang

a) Mulai merasakan gerakan janin

b) Kehamilan masih muda adakah mual, muntah, sakit kepala, perdarahan, sakit pinggang dan lain-lain

6) Riwayat Kesehatan badan

a) Pernahkah sakit keras atau operasi

b) Bagaimana nafsu makan / minum

7) Riwayat penyakit keluarga

Adakah riwayat penyakit keturunan dalam keluarga seperti DM, hipertensi atau penyakit menular yang dapat mempengaruhi persalinan TBC.

8) Riwayat sosial

Tentang perkawinan : kawin atau tidak berapa kali kawin, berapa lama kawin. Dari anamnesa mendapat kesan tentang keadaan penderita dan kemudian akan dicocokkan dengan hasil dari pemeriksaan fisik.

E. Masalah-Masalah Yang Timbul Pada Ibu Hamil

1) Angka kematian yang tinggi

Rendahnya kesadaran masyarakat tentang kesehatan ibu hamil menjadi faktor penentu angka kematian, meskipun masih banyak faktor yang harus diperhatikan untuk menangani masalah ini. Persoalan kematian yang terjadi lantaran indikasi yang lazim muncul. Yakni pendarahan, keracunan kehamilan yang disertai kejang-kejang, aborsi, dan infeksi. Namun, ternyata masih ada faktor lain yang juga cukup penting. Misalnya, pemberdayaan perempuan yang tak begitu baik, latar belakang pendidikan, sosial ekonomi keluarga, lingkungan masyarakat dan politik, kebijakan juga berpengaruh. Kaum laki-laki pun dituntut harus berupaya ikut aktif dalam segala permasalahan bidang reproduksi secara lebih bertanggung jawab. Selain

masalah medis, tingginya kematian ibu hamil juga karena masalah ketidaksetaraan gender, nilai budaya, perekonomian serta rendahnya perhatian laki-laki terhadap ibu hamil dan melahirkan. Oleh karena itu, pandangan yang menganggap kehamilan adalah peristiwa alamiah perlu diubah secara sosiokultural agar perempuan dapat perhatian dari masyarakat. Sangat diperlukan upaya peningkatan pelayanan perawatan ibu baik oleh pemerintah, swasta, maupun masyarakat terutama suami.

Case Fatality Rate (CFR) di RSUP Cipto Mangunkusumo Tahun 2011

No	Penyebab Utama	Σ Kematian	Σ Kasus	CFR
1	Perdarahan	1	27	7.4%
2	Eklampsia	1	36	5.5%
3	Sepsis	3	3	100%
4	Infeksi	2	2	100%
5	Gagal Paru	3	3	100%

Sumber data : JNPK-RSUP Cipto Mangunkusumo

Menurut hasil kajian kinerja IGD Obstetri-Ginekologi dari RSUP Cipto Mangunkusumo, yang merupakan RS rujukan nasional, lima besar penyebab kematian ibu hamil adalah perdarahan, eklampsia, sepsis, infeksi dan gagal paru.

## 2) Perdarahan

Perdarahan yang tidak terkontrol menyumbang sekitar 20%-25% kematian ibu sehingga merupakan risiko yang paling serius. Kehilangan darah dapat terjadi selama kehamilan, selama persalinan, atau setelah persalinan (post partum). Perdarahan post partum yang menyebabkan kehilangan darah lebih dari 1.000 mL adalah penyebab utama kematian. Meskipun dapat dicegah, tidak semua kasus perdarahan post partum dapat dihindari. Atonia uterus (*uterine atony*), yaitu kondisi di mana otot rahim kehilangan kemampuan untuk berkontraksi setelah melahirkan, adalah penyebab utama perdarahan post partum. Penyebab lain yang lebih jarang adalah retensi plasenta (*retained placenta*), di mana seluruh atau sebagian jaringan plasenta tertinggal di rahim. Penyebab trauma termasuk luka, ruptur uterus, dan inversi uterus.

Komplikasi dari perdarahan postpartum termasuk hipotensi ortostatik, anemia, dan kelelahan, yang dapat menyulitkan perawatan pasca melahirkan. Anemia post-partum meningkatkan risiko depresi post-partum.

### 3) Infeksi

Infeksi yang menyebabkan kematian ibu termasuk dalam kelompok penyebab tidak langsung. Infeksi yang paling umum adalah malaria, tuberkulosis, dan hepatitis. Ibu hamil yang terinfeksi penyakit-penyakit tersebut biasanya memiliki gejala yang lebih parah dan memiliki tingkat risiko tinggi keguguran, kematian janin, persalinan prematur, berat badan lahir rendah, kematian bayi dan/atau ibu.

#### a) Malaria

Merupakan infeksi parasit yang ditularkan oleh nyamuk dan menewaskan lebih dari 1 juta orang setiap tahunnya. Penyakit ini lebih umum pada wilayah Indonesia bagian timur. Malaria dapat dicegah dengan obat-obatan yang tepat dan perangkat antinyamuk.

#### b) Tuberkulosis (TB)

Adalah infeksi yang termasuk dalam target kedaruratan WHO sejak tahun 2005. Sekitar sepertiga dari populasi dunia (diperkirakan sekitar 1,75 miliar) terinfeksi *basil tuberculosis*. Penyakit ini dapat diperberat oleh kehamilan dan menyebabkan kematian ibu dan/ atau janin. TB dapat disembuhkan dengan obat-obatan seperti Rifampisin, INH dan Etambutol.

#### c) Hepatitis

Adalah infeksi virus yang menyerang fungsi hati. Virus hepatitis B (HBV) adalah penyebab paling umum hepatitis pada ibu hamil, namun virus hepatitis E (HEV) adalah yang paling dikaitkan dengan peningkatan risiko kematian ibu. Hepatitis E akut dapat memberikan gejala tiba-tiba dalam beberapa hari atau minggu sebelum kematian. Hepatitis dapat dicegah dengan kewaspadaan, imunisasi, dan sanitasi yang lebih baik.

### 4) Diabetes melitus gestasional (DMG)

Diabetes Melitus pada kehamilan atau sering disebut Diabetes Melitus Gestasional, merupakan penyakit diabetes yang terjadi pada ibu yang sedang hamil. Gejala utama dari kelainan ini pada prinsipnya sama dengan gejala utama pada penyakit diabetes yang lain yaitu sering buang air kecil (*polyuria*), selalu merasa haus (*polydipsi*), dan sering merasa lapar (*polyfagi*). Yang membedakan adalah keadaan pasien saat ini sedang hamil. Sayangnya penemuan kasus-kasus diabetes gestasional sebagian besar karena kebetulan

sebab pasien tidak akan merasakan sesuatu yang aneh pada dirinya selain kehamilan, dan gejala sering kencing dan banyak makan juga biasa terjadi pada kehamilan normal.

Masalah yang ditemukan pada bayi yang ibunya menderita diabetes dalam kehamilan adalah kelainan bawaan, makrosomia (bayi besar > 4 kg), hipoglikemia (kadar gula darah rendah), hipokalsemia (kadar kalsium dalam tubuh rendah), hiperbilirubinemia (bilirubin berlebihan dalam tubuh), sindrom gawat napas, dan kematian janin. Faktor maternal (pada ibu) yang berkaitan dengan peningkatan angka kejadian makrosomia adalah obesitas, hiperglikemia, usia tua, dan multiparitas (jumlah kehamilan > 4). Makrosomia memiliki risiko kematian janin saat dilahirkan karena ketika melahirkan, bahu janin dapat nyangkut serta dan peningkatan jumlah operasi caesar. Hipoglikemia pada bayi dapat terjadi beberapa jam setelah bayi dilahirkan. Hal ini terjadi karena ibu mengalami hiperglikemia (kadar gula darah berlebihan) yang menyebabkan bayi menjadi hiperinsulinemia (kadar hormone insulin dalam tubuh janin berlebihan).

#### Pengaruh Diabetes Militus Terhadap Kehamilan

a) Pengaruh kehamilan, persalinan dan nifas terhadap DM.

1. Kehamilan dapat menyebabkan status pre diabetik menjadi manifestasi (diabetic).
2. DM akan menjadi lebih berat karena kehamilan.

b) Pengaruh penyakit gula terhadap kehamilan diantaranya:

1. abortus dan partus premature.
2. Hidrionion.
3. Pre-eklamsi.
4. Kesalahan letak jantung.
5. Insufisiensi plasenta.

c) Pengaruh penyakit terhadap persalinan

1. Gangguan kontraksi otot rahim partus lama/terlantar.
2. Janin besar sehingga harus dilakukan tindakan operasi.
3. Gangguan pembuluh darah plasenta sehingga terjadi asfiksia sampai dengan lahir mati.
4. Perdarahan post partum karena gangguan kontraksi otot rahim.

5. Post partum mudah terjadi infeksi.
  6. Bayi mengalami hypoglicemi post partum sehingga dapat menimbulkan kematian.
- d) Pengaruh DM terhadap kala nifas
1. Mudah terjadi infeksi post partum
  2. Kesembuhan luka terlambat dan cenderung infeksi mudah menyebar
- e) Pengaruh DM terhadap bayi
1. Abortus, premature < usia kandungan 36 minggu
  2. Bayi besar (makrosomia)
  3. Dapat terjadi cacat bawaan, potensial penyakit saraf dan jiwa
- 5) Kekurangan gizi

Masalah kekurangan gizi pada ibu hamil sebenarnya sangat berhubungan dengan proses pertumbuhan, yaitu pertumbuhan janinyang dikandungnya dan pertumbuhan berbagai organ tubuhnya sebagai pendukung proses pertumbuhan ini, maka kebutuhan makanan sebagai sumber energi juga meningkat. Peningkatan metabolisme berbagai zat gizi pada ibu hamil juga memerlukan peningkatan suplai berbagai vitamin, mineral khususnya Fe dan Ca serta kalori dan protein.

Apabila kebutuhan kalori, protein dan mineral meningkat ini tidak dapat terpenuhi melalui konsumsi makanan oleh ibu hamil, akan terjadi kekurangan gizi pada ibu hamil yang berakibat :

- a) Berat badan bayi pada waktu lahir rendah dan sering disebut berat badab bayi rendah (BBLR).
- b) Kelahiran premature ( lahir belum cukup umur kehamilan)
- c) Lahir dengan berbagai kesulitan dan lahir mati.

Kekurangan gizi pada ibu hamil menimbulkan berbagai masalah gizi pada ibu hamil tersebut. Masalah gizi adalah gangguan pada beberapa segi kesejahteraan perorangan atau masyarakat disebabkan oleh tidak terpenuhinya kebutuhan akan zat gizi yang diperoleh dari makanan. Masalah kekurangan gizi makro terutama kurang energy protein sedangkan masalah kekurangan gizi mikro adalah kekurangan zat besi, dan kurang zat yodium.

## 6) Abortus

Abortus adalah keluarnya janin sebelum mencapai viabilitas. Dimana masa gestasi belum mencapai usia 22 minggu dan beratnya kurang dari 500 gram. (Derek Liewollyn&Jones: 2002). Hal serupa dikemukakan Murray, 2002 bahwa abortus adalah berakhirnya kehamilan dengan pengeluaran hasil konsepsi sebelum janin dapat hidup di luar kandungan dengan usia gestasi kurang dari 20 minggu dan berat janin kurang dari 500 gram.

Pada setiap ibu hamil memiliki resiko untuk terjadinya abortus (keguguran), kejadian abortus pada ibu hamil dapat dipegaruhi oleh beberapa sebab antara lain:

- a) Kelainan pertumbuhan hasil konsepsi. Kelainan inilah yang paling umum menyebabkan abortus pada kehamilan sebelum umur kehamilan 8 minggu. Beberapa faktor yang menyebabkan kelainan ini antara lain : kelainan kromoson/genetik, lingkungan tempat menempelnya hasil pembuahan yang tidak bagus atau kurang sempurna dan pengaruh zat zat yang berbahaya bagi janin seperti radiasi, obat obatan, tembakau, alkohol dan infeksi virus.
  - b) Kelainan pada plasenta. Kelainan ini bisa berupa gangguan pembentukan pembuluh darah pada plasenta yang disebabkan oleh karena penyakit darah tinggi yang menahun.
  - c) Faktor ibu seperti penyakit penyakit khronis yang diderita oleh sang ibu seperti radang paru paru, tifus, anemia berat, keracunan dan infeksi virus toxoplasma.
  - d) Kelainan yang terjadi pada organ kelamin ibu seperti gangguan pada mulut rahim, kelainan bentuk rahim terutama rahim yang lengkungannya ke belakang (secara umum rahim melengkung ke depan), mioma uteri, dan kelainan bawaan pada rahim.
- 7) Preeklampsia

Preeklampsia ialah penyakit dengan tanda-tanda hipertensi, edema, dan proteinuria yang timbul karena kehamilan. Penyakit ini umumnya terjadi dalam trimester III kehamilan, tetapi dapat terjadi sebelumnya, misalnya pada molahidatidosa. (Hanifa Wiknjostri, 2007). Preeklampsia terbagi atas 2 bagian, yaitu :

- a) Preeklampsia ringan, bila disertai dengan keadaan sebagai berikut :

- 1) Tekanan darah 140 atau kenaikan 30 mmHg dengan interval pelaksanaan 6 jam.
  - 2) Tekanan darah diastolic 90 atau kenaikan 15 mmHg dengan interval pelaksanaan 6 jam.
  - 3) Kenaikan berat badan 1 kg atau lebih dalam seminggu
  - 4) Proteinuria kuantitatif 0,3 gr atau lebih dengan tingkat kualitatif plus 1 sampai 2 urin keteter atau midstream.
- b) Preeklampsia berat, bila disertai keadaan sebagai berikut :
- 1) Tekanan darah 160/110 mmHg atau lebih
  - 2) Oligouria, urin kurang dari 40 cc/24 jam
  - 3) Proteinuria lebih dari 3gr/liter
  - 4) Adanya gangguan selebral, gangguan virus dan rasa nyeri di epigastrium.
  - 5) Terdapat edema paru dan sianosis.

Penyebab preeklampsia belum diketahui secara pasti, meskipun beberapa peneliti menduga kurangnya gizi, lemak tubuh yang tinggi atau kurangnya aliran darah pada rahim.

Ibu hamil yang menderita preeklampsia dapat berakibat berkurangnya jumlah aliran darah ke plasenta oleh janin. Oleh karena itu bias menyebabkan perlambatan perkembangan janin, berat badan saat kelahiran rendah dan sering dijumpai pula kelahiran premature. Oligohidramnion (penurunan jumlah cairan ketuban) juga menjadi resiko lain preeklampsia. Preeklampsia juga meningkatkan resiko pemisahan antara plasenta dan dinding rahim. Bila parah, kondisi ini bias menyebabkan pendarahan yang mengancam jiwa ibu dan janin.

- 8) Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan dan non kesehatan.
  - a) Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan

Khusus AKI dan hubungannya dengan pertolongan persalinan dapat diartikan semakin banyak persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terampil (Misalnya, Dokter, Bidan, dan perawat) maka jumlah kematian ibu akan semakin menurun. Sebaliknya pertolongan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang tidak terampil tidak akan mempengaruhi penurunan jumlah kematian ibu.

b) Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan non medis

Pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan non-medis seringkali dilakukan oleh seseorang yang disebut sebagai dukun beranak, dukun bersalin atau peraji. Pada dasarnya dukun bersalin diangkat berdasarkan kepercayaan masyarakat setempat atau merupakan pekerjaan yang sudah turun temurun dari nenek moyang atau keluarganya dan biasanya sudah berumur  $\pm 40$  tahun ke atas. ( Prawirohardjo, 2005).

Pendidikan dukun umumnya adalah Kejar Paket A atau tamat SD, bisa baca tulis dengan kapasitas yang rendah, mereka tidak mendapat ilmu tentang cara pertolongan persalinan secara teori di bangku kuliah, tetapi mereka hanya berdasarkan pengalaman saja. Peralatan yang digunakannya hanya seadanya seperti memotong tali pusat menggunakan bambu, untuk mengikat tali pusat menggunakan tali naken, dan untuk alasnya menggunakan daun pisang.

Menurut Dinkes AKI cenderung tinggi akibat pertolongan persalinan tanpa fasilitas memadai, antara lain tidak adanya tenaga bidan apalagi dokter obsgin. Karena persalinan masih ditangani oleh dukun beranak atau peraji, kasus kematian ibu saat melahirkan masih tetap tinggi. Pertolongan gawat darurat bila terjadi kasus perdarahan atau infeksi yang diderita ibu yang melahirkan, tidak dapat dilakukan.

Penelitian menunjukkan bahwa kebanyakan orang lebih memilih untuk menggunakan dukun beranak. Sementara itu, definisi mereka tentang mutu pelayanan berbeda dengan definisi standar medis. Kelemahan utama dari mutu pelayanan adalah tidak terpenuhinya standar minimal medis oleh para dukun beranak, seperti dengan praktek yang tidak steril (memotong tali pusat dengan sebilah bambu dan meniup lubang hidung bayi yang baru lahir dengan mulut). Riwayat kasus kematian ibu dan janin dalam penelitian ini menggambarkan apa yang terjadi jika dukun beranak gagal mengetahui tanda bahaya dalam masa kehamilan dan persalinan serta rujukan yang terlambat dan kecacatan janin pun bisa terjadi dari kekurangtahuan dukun beranak akan tanda-tanda bahaya kehamilan yang tidak dikenal.

F. Keperawatan pada Ibu Hamil di Komunitas

Perawatan pada ibu hamil bersifat preventif care untuk mencegah terjadinya masalah kurang baik bagi ibu maupun janin agar dapat melalui persalinan dengan sehat dan aman, di perlukan kesiapan fisik dan mental ibu sehingga ibu dalam keadaan status kesehatan yang optimal karena dengan keadaan kesehatan ibu yang optimal sangat berpengaruh bagi pertumbuhan janin yang di kandungnya ( Departemen Kesehatan RI, 2007). Tujuan pelayanan pada ibu hamil adalah :

- 1) Memantau kemajuan kehamilan, memastikan kesejahteraan ibu dan tumbuh kembang janin.
- 2) Meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental serta sosial ibu dan bayi.
- 3) menemukan secara dini adanya masalah/gangguan dan kemungkinan komplikasi yang terjadi selama kehamilan.
- 4) Mempersiapkan kehamilan dan persalinan dengan selamat baik ibu maupun bayi, dengan trauma seminimal mungkin.
- 5) Mempersiapkan ibu agar masa nifas dan pemberian ASI Eksklusif berjalan normal.
- 6) Mempersiapkan ibu dan keluarga dapat berperan dengan baik dalam memelihara bayi agar dapat tumbuh dan berkembang secara normal.

#### G. Pelayanan Kesehatan pada Ibu Hamil di Komunitas

Pelayanan kelompok khusus di masyarakat, dilakukan melalui kelompok – kelompok yang terorganisir dengan melibatkan peran serta aktif masyarakat, melalui pembentukan kader kesehatan diantara kelompok tersebut, yang telah mendapatkan pendidikan dan pelatihan oleh puskesmas . Selain itu, pembinaan pada kelompok ibu hamil dapat dilakukan melalui Posyandu.

Keperawatan komunitas mencakup berbagai bentuk upaya pelayanan kesehatan baik upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitative maupun resosialitatif.

- 1) Upaya promotif untuk meningkatkan kesehatan ibu hamil dengan melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olahraga teratur, rekreasi dan pendidikan seks.

- 2) Upaya preventif untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan terhadap ibu hamil melalui puskesmas dan kunjungan rumah, pemberian vitamin A, iodium, ataupun pemeriksaan kehamilan.
- 3) Upaya kuratif bertujuan untuk mengobati anggota keluarga yang sakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan perawatan orang sakit di rumah, perawatan rumah sakit sebagai tindak lanjut dari puskesmas atau rumah sakit, perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis, perawatan payudara, ataupun perawatan tali pusar bayi baru lahir.
- 4) Upaya rehabilitative atau pemulihan terhadap pasien yang dirawat di rumah atau kelompok-kelompok yang menderita penyakit tertentu seperti TBC, kusta dan cacat fisik lainnya melalui kegiatan latihan fisik pada penderita.
- 5) Upaya resosiatatif adalah upaya untuk mengembalikan penderita ke masyarakat yang karena penyakitnya di kucilkan oleh masyarakat seperti penderita AIDS, kusta dan wanita tuna susila ( Effendy 1998).

#### H. Peran Perawat dalam Komunitas ibu Hamil

- 1) Melakukan promosi kesehatan meliputi edukasi dan konseling untuk meningkatkan perilaku sehat, untuk meningkatkan pengetahuan tentang kehamilan dan untuk meningkatkan kenyamanan individu dan kemampuan dalam berdiskusi tentang kesehatan dan sistem perawatan medis.
- 2) Promosi pemberian ASI dan penyediaan pemberian intervensi edukasi.
- 3) Melakukan pembinaan kepada kelompok sasaran yaitu ibu hamil, ibu bersalin, keluarga, tokoh masyarakat setempat.

Bekerja sama dengan tokoh masyarakat untuk mengadakan desa siaga yang meliputi pengaturan transportasi setempat yang siap melakukan rujukan kedaruratan, mengadakan pengaturan biaya bagi masyarakat yang tidak mampu atau dapat mengadakan tabungan ibu bersalin pada ibu hamil sebagai persiapan untuk biaya persalinannya nanti, melakukan pengorganisasian donor darah berjalan serta mencari calon pendonor bagi ibu bersalin nanti sebagai antisipasi jika dalam persalinan ibu terjadi perdarahan sehingga tidak sampai terjadi kematian ibu. ( Hari, 2011)

### **4.1. Aplikasi Askep kesehatan kelompok ibu hamil di komunitas**

#### 4.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan upaya pengumpulan data secara lengkap dan

sistematis terhadap masyarakat untuk dikaji dan dianalisa sehingga masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat baik individu, keluarga atau kelompok yang menyangkut permasalahan pada fisiologis, psikologis, social ekonomi, maupun spiritual dapat ditentukan. Dalam tahap pengkajian ada lima kegiatan yaitu : pengumpulan data, pengolahan data, analisa data, perumusan atau penentuan masalah kesehatan masyarakat dan prioritas masalah.

Kegiatan pengkajian yang dilakukan dalam pengumpulan data meliputi :

- 1) Data Inti, meliputi : riwayat atau sejarah perkembangan komunitas, data demografi, vital statistic, status kesehatan komunitas
- 2) Data lingkungan fisik, meliputi : pemukiman, sanitasi, fasilitas, batas-batas wilayah, dan kondisi geografis
- 3) Pelayanan kesehatan dan social, meliputi : pelayanan kesehatan, fasilitas social (pasar, toko, dan swalayan)
- 4) Ekonomi, meliputi : jenis pekerjaan, jumlah penghasilan rata-rata tiap bulan, jumlah pengeluaran rata-rata tiap bulan, jumlah pekerja dibawah umur, ibu rumah tangga dan lanjut usia.
- 5) Keamanan dan transportasi
- 6) Politik dan keamanan, meliputi : system pengorganisasian, struktur organisasi, kelompok organisasi dalam komunitas, peran serta kelompok organisasi dalam kesehatan
- 7) Sistem komunikasi, meliputi : sarana untuk komunikasi, jenis alat komunikasi yang digunakan dalam komunitas, cara penyebaran informasi
- 8) Pendidikan, meliputi : tingkat pendidikan komunitas, fasilitas pendidikan yang tersedia, dan jenis bahasa yang digunakan
- 9) Rekreasi, meliputi : kebiasaan rekreasi dan fasilitas tempat rekreasi

#### 4.2.2 Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui tentang kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat.

Tujuan analisa data;

- 1) Menetapkan kebutuhan komunitas
- 2) Menetapkan kekuatan
- 3) Mengidentifikasi pola respon komunitas

4) Mengidentifikasi kecenderungan penggunaan pelayanan kesehatan.

#### 4.2.3 Prioritas Masalah

Dalam menentukan prioritas masalah kesehatan masyarakat dan keperawatan yang perlu pertimbangan berbagai faktor sebagai kriteria penapisan, diantaranya:

- 1) Sesuai dengan perawat komunitas
- 2) Jumlah yang berisiko
- 3) Besarnya resiko
- 4) Kemungkinan untuk pendidikan kesehatan
- 5) Minat masyarakat
- 6) Kemungkinan untuk diatasi
- 7) Sesuai dengan program pemerintah
- 8) Sumber daya tempat
- 9) Sumber daya waktu
- 10) Sumber daya dana
- 11) Sumber daya peralatan
- 12) Sumber daya orang

Masalah yang ditemukan dinilai dengan menggunakan skala pembobotan, yaitu : 1 = sangat rendah, 2 = rendah, 3 = cukup, 4 = tinggi, 5 = sangat tinggi. Kemudian masalah kesehatan diprioritaskan berdasarkan jumlah keseluruhan scoring tertinggi.

#### 4.2.4 Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan masalah kesehatan pada masyarakat dapatlah dirumuskan diagnosa keperawatan komunitas yang terdiri dari :

##### 1) Masalah (Problem)

Yaitu kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang terjadi.

##### 2) Penyebab (Etiologi)

Yang meliputi perilaku individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, lingkungan fisik dan biologis, psikologis dan sosial serta interaksi perilaku dengan lingkungan.

##### 3) Tanda dan Gejala (Sign and Sympton)

Yaitu informasi yang perlu untuk merumuskan diagnosa serta serangkaian petunjuk timbulnya masalah.

Diagnosa keperawatan NANDA untuk meningkatkan kesehatan yang bisa ditegakkan pada adolesens, yaitu :

- 1) Risiko cedera yang berhubungan dengan:
  - a) Pilihan gaya hidup
  - b) Penggunaan alcohol, rokok dan obat
  - c) Partisipasi dalam kompetisi atletik, atau aktivitas rekreasi
  - d) Aktivitas seksual
- 2) Risiko infeksi yang berhubungan dengan:
  - a) Aktivitas seksual
  - b) Malnutrisi
  - c) Kerusakan imunitas
- 3) Perubahan pemeliharaan kesehatan yang berhubungan dengan:
  - a) Kurangnya nutrisi yang adekuat untuk mendukung pertumbuhan
  - b) Melewati waktu makan; ikut mode makanan
  - c) Makan makanan siap saji, menggunakan makanan yang mudah atau mesin penjual makanan
  - d) Kemiskinan
  - e) Efek penggunaan alcohol atau obat
- 4) Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan:
  - a) Tidak berpengalaman dengan peralatan rekreasional yang tidak dikenal
  - b) Kurang informasi tentang kurikulum sekolah
- 5) Gangguan citra tubuh yang berhubungan dengan:
  - a) Perasaan negative tentang tubuh
  - b) Perubahan maturasional yang berkaitan dengan laju pertumbuhan adolesens

#### 4.2.5 Intervensi (Perencanaan) Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan komunitas disusun berdasarkan diagnosa keperawatan komunitas yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan pasien. Jadi perencanaan keperawatan meliputi: perumusan tujuan, rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan dan kriteria hasil untuk mencapai tujuan.

#### 4.2.6 Implementasi Keperawatan

Merupakan tahap realisasi dari rencana asuhan keperawatan komunitas yang telah disusun. Prinsip dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, yaitu :

- 1) Berdasarkan respon masyarakat.
- 2) Disesuaikan dengan sumber daya yang tersedia di masyarakat.
- 3) Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara diri sendiri serta lingkungannya.
- 4) Bekerja sama dengan profesi lain.
- 5) Menekankan pada aspek peningkatan kesehatan masyarakat dan pencegahan penyakit.
- 6) Memperhatikan perubahan lingkungan masyarakat.
- 7) Melibatkan partisipasi dan peran serta masyarakat dalam pelaksanaan implementasi keperawatan.

#### 4.2.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi memuat keberhasilan proses dan kerhasialn tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut.

### 3. Rangkuman

Perawatan pada ibu hamil bersifat preventif care untuk mencegah terjadinya masalah kurang baik bagi ibu maupun janin agar dapat melalui persalinan dengan sehat dan aman, di perlukan kesiapan fisik dan mental ibu sehingga ibu dalam keadaan status kesehatan yang optimal karena dengan keadaan kesehatan ibu yang optimal sangat berpengaruh bagi pertumbuhan janin yang di kandungnya

### 4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choise

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- ✓ Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- ✓ Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- ✓ Hasil analisis di presentasikan di depan kelas

## **E. Kegiatan Belajar 7-9**

### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok penyakit menular dan tidak menular (kronik) di komunitas

### **2. Uraian Materi**

#### **Konsep kelompok penyakit tidak menular**

**Dosen: Ifa Nofalia, S.Kep., Ns., M.Kep. dan Agustina M S.Kep., Ns., M.Kes**

#### **A. Definisi**

Non Communicable Disease atau Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit yang tidak ditularkan dari orang ke orang. Penyakit ini dapat merupakan akibat dari terganggunya sistem metabolik maupun kesehatan lingkungan disekitar pengidapnya. Penyakit tidak menular yaitu penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung, stroke, hipertensi, dan diabetes Mellitus tipe 2 (DM 2) (Kementerian Kesehatan, 2013). Pada tahun 2008, secara umum PTM menyumbang 36 juta jiwa atau 63% dari total kematian diseluruh dunia, sedangkan di asia tenggara, total kematian akibat PTM mengalami peningkatan dari 6,7 juta jiwa pada tahun 2000 menjadi 8,5 juta pada tahun 2012 (Mendis, 2014; Kristina et al., 2017).

#### **B. Insidensi**

Berdasarkan data dari WHO, di seluruh dunia pada tahun 2016, terdapat 56,9 juta kematian dimana 71% diantaranya merupakan penyakit tidak menular (PTM) (WHO, 2018). Angka tersebut hampir meningkat 2 kali lipat dibandingkan dengan tahun 2008 sejumlah 27,36 juta jiwa (WHO, 2013). Dari jumlah tersebut, kardiovaskular menyumbang 44% dari total PTM atau sekitar 17,9 juta orang (WHO, 2018). Berdasarkan laporan yang dikeluarkan oleh WHO, pada tahun 2012, insidensi penyakit kardiovaskular dan diabetes masing-masing sebesar 744.500 dan 120.800 (Mendis, 2014).

Di Indonesia sendiri, pada tahun 2013 angka insidensi PJK, gagal jantung, dan stroke masing-masing sejumlah 883.447 orang (0,5%), 229.696 (0,13%), dan 1.236.825 (7%). Sedangkan penderita hipertensi berdasarkan pengukuran dan diabetes mellitus berdasarkan diagnosis dokter masing-masing sejumlah 25% dan 1,5% (Kristina et al., 2017).

Berdasarkan data tersebut, terjadi tren kenaikan angka kesakitan pada penyakit kardiovaskular secara umum baik di seluruh dunia maupun di Indonesia. Angka tersebut diperkirakan masih akan terus bertambah hingga tahun 2030, dimana kejadian penyakit kardiovaskular akan meningkat hingga diangka 23,3 juta jiwa (Kristina et al., 2017).

### C. Pengkajian

Pengkajian merupakan upaya pengumpulan data secara lengkap dan sistematis terhadap masyarakat untuk dikaji dan dianalisa sehingga masalah kesehatan yang dihadapi oleh masyarakat baik individu, keluarga atau kelompok yang menyangkut permasalahan pada fisiologis, psikologis, social ekonomi, maupun spiritual dapat ditentukan. Dalam tahap pengkajian ada lima kegiatan yaitu : pengumpulan data, pengolahan data, analisa data, perumusan atau penentuan masalah kesehatan masyarakat dan prioritas masalah.

Kegiatan pengkajian yang dilakukan dalam pengumpulan data meliputi :

- 1) Data Inti, meliputi : riwayat atau sejarah perkembangan komunitas, data demografi, vital statistic, status kesehatan komunitas
- 2) Data lingkungan fisik, meliputi : pemukiman, sanitasi, fasilitas, batas-batas wilayah, dan kondisi geografis
- 3) Pelayanan kesehatan dan social, meliputi : pelayanan kesehatan, fasilitas social (pasar, toko, dan swalayan)
- 4) Ekonomi, meliputi : jenis pekerjaan, jumlah penghasilan rata-rata tiap bulan, jumlah pengeluaran rata-rata tiap bulan, jumlah pekerja dibawah umur, ibu rumah tangga dan lanjut usia.
- 5) Keamanan dan transportasi
- 6) Politik dan keamanan, meliputi : system pengorganisasian, struktur organisasi, kelompok organisasi dalam komunitas, peran serta kelompok organisasi dalam kesehatan
- 7) Sistem komunikasi, meliputi : sarana untuk komunikasi, jenis alat komunikasi yang digunakan dalam komunitas, cara penyebaran informasi
- 8) Pendidikan, meliputi : tingkat pendidikan komunitas, fasilitas pendidikan yang tersedia, dan jenis bahasa yang digunakan
- 9) Rekreasi, meliputi : kebiasaan rekreasi dan fasilitas tempat rekreasi

### D. Analisa Data

Analisa data adalah kemampuan untuk mengkaitkan data dan menghubungkan data dengan kemampuan kognitif yang dimiliki sehingga dapat diketahui tentang kesenjangan atau masalah yang dihadapi oleh masyarakat. Tujuan analisa data;

- 1) Menetapkan kebutuhan komunitas
- 2) Menetapkan kekuatan
- 3) Mengidentifikasi pola respon komunitas
- 4) Mengidentifikasi kecenderungan penggunaan pelayanan kesehatan.

#### E. Prioritas Masalah

Dalam menentukan prioritas masalah kesehatan masyarakat dan keperawatan yang perlu pertimbangan berbagai faktor sebagai kriteria penapisan, diantaranya:

- 1) Sesuai dengan perawat komunitas
- 2) Jumlah yang berisiko
- 3) Besarnya resiko
- 4) Kemungkinan untuk pendidikan kesehatan
- 5) Minat masyarakat
- 6) Kemungkinan untuk diatasi
- 7) Sesuai dengan program pemerintah
- 8) Sumber daya tempat
- 9) Sumber daya waktu
- 10) Sumber daya dana
- 11) Sumber daya peralatan
- 12) Sumber daya orang

Masalah yang ditemukan dinilai dengan menggunakan skala pembobotan, yaitu : 1 = sangat rendah, 2 = rendah, 3 = cukup, 4 = tinggi, 5 = sangat tinggi. Kemudian masalah kesehatan diprioritaskan berdasarkan jumlah keseluruhan scoring tertinggi.

#### F. Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan masalah kesehatan pada masyarakat dapatlah dirumuskan diagnosa keperawatan komunitas yang terdiri dari :

- 1) Masalah (Problem)

Yaitu kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang terjadi.

- 2) Penyebab (Etiologi)

Yang meliputi perilaku individu, keluarga, kelompok dan masyarakat, lingkungan fisik dan biologis, psikologis dan sosial serta interaksi perilaku dengan lingkungan.

### 3) Tanda dan Gejala (Sign and Sympton)

Yaitu informasi yang perlu untuk merumuskan diagnosa serta serangkaian petunjuk timbulnya masalah.

Diagnosa keperawatan NANDA untuk meningkatkan kesehatan yang bisa ditegakkan pada adolesens, yaitu :

#### 1) Risiko cedera yang berhubungan dengan:

- a) Pilihan gaya hidup
- b) Penggunaan alcohol, rokok dan obat
- c) Partisipasi dalam kompetisi atletik, atau aktivitas rekreasi
- d) Aktivitas seksual

#### 2) Risiko infeksi yang berhubungan dengan:

- a) Aktivitas seksual
- b) Malnutrisi
- c) Kerusakan imunitas

#### 3) Perubahan pemeliharaan kesehatan yang berhubungan dengan:

- a) Kurangnya nutrisi yang adekuat untuk mendukung pertumbuhan
- b) Melewati waktu makan; ikut mode makanan
- c) Makan makanan siap saji, menggunakan makanan yang mudah atau mesin penjual makanan
- d) Kemiskinan
- e) Efek penggunaan alcohol atau obat

#### 4) Kurang pengetahuan yang berhubungan dengan:

- a) Tidak berpengalaman dengan peralatan rekreasional yang tidak dikenal
- b) Kurang informasi tentang kurikulum sekolah

#### 5) Gangguan citra tubuh yang berhubungan dengan:

- a) Perasaan negative tentang tubuh
- b) Perubahan maturasional yang berkaitan dengan laju pertumbuhan adolesens

### G. Intervensi (Perencanaan) Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan komunitas disusun berdasarkan diagnosa keperawatan komunitas yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan

pasien. Jadi perencanaan keperawatan meliputi: perumusan tujuan, rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan dan kriteria hasil untuk mencapai tujuan.

#### H. Implementasi Keperawatan

Merupakan tahap realisasi dari rencana asuhan keperawatan komunitas yang telah disusun. Prinsip dalam pelaksanaan implementasi keperawatan, yaitu :

- 1) Berdasarkan respon masyarakat.
- 2) Disesuaikan dengan sumber daya yang tersedia di masyarakat.
- 3) Meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara diri sendiri serta lingkungannya.
- 4) Bekerja sama dengan profesi lain.
- 5) Menekankan pada aspek peningkatan kesehatan masyarakat dan pencegahan penyakit.
- 6) Memperhatikan perubahan lingkungan masyarakat.
- 7) Melibatkan partisipasi dan peran serta masyarakat dalam pelaksanaan implementasi keperawatan.

#### I. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi memuat keberhasilan proses dan kerhasialn tindakan keperawatan. Keberhasilan proses dapat dilihat dengan membandingkan antara proses dengan pedoman atau rencana proses tersebut.

### 3. Rangkuman

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan penyakit yang tidak ditularkan dari orang keorang. Penyakit ini dapat merupakan akibat dari terganggunya sistem metabolik maupun kesehatan lingkungan disekitar pengidapnya. Penyakit tidak menular yaitu penyakit jantung koroner (PJK), gagal jantung, stroke, hipertensi, dan diabetes Mellitus tipe 2 (DM 2).

### 4. Penugasan dan Umpan Balik

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choise

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- ✓ Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- ✓ Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- ✓ Hasil analisis di presentasikan di depan kelas

## **F. Kegiatan Belajar 10-12**

### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Menjelaskan konsep dan aspek kesehatan kelompok rentan cacat (fisik, mental dan sosial) dan risiko terserang penyakit (Kelompok WTS, Penyalahgunaan NAPZA dan pekerja tertentu) di komunitas

### **2. Uraian Materi**

#### **Kelompok Rentan**

**Dosen: Agustina M S.Kep., Ns., M.Kes**

#### **A. Populasi Rentan**

Pengertian Kelompok Rentan tidak dirumuskan secara eksplisit dalam peraturan perundang-undangan, seperti tercantum dalam Pasal 5 ayat (3) Undang-Undang No.39 Tahun 1999 yang menyatakan bahwa setiap orang yang termasuk kelompok masyarakat yang rentan berhak memperoleh perlakuan dan perlindungan lebih berkenaan dengan kekhususannya. Dalam Penjelasan pasal tersebut disebutkan bahwa yang dimaksud dengan kelompok masyarakat yang rentan, antara lain, adalah orang lanjut usia, anak-anak, fakir miskin, wanita hamil dan penyandang cacat. Sedangkan menurut Human Rights Reference 3 disebutkan, bahwa yang tergolong ke dalam Kelompok Rentan adalah: a. Refugees, b. Internally Displaced Persons (IDPs); c. National Minorities, d. Migrant Workers; e. Indigenous Peoples, f. Children; dan g. Women.

Keberadaan kelompok rentan yang antara lain mencakup anak, kelompok perempuan rentan, penyandang cacat, dan kelompok minoritas mempunyai arti penting dalam, masyarakat yang tetap menjunjung tinggi nilai-nilai HAM. Untuk memberikan gambaran keempat kelompok masyarakat tersebut selama ini, maka penelaahan perlu diawali dengan mengetahui keadaan sebenarnya yang terjadi di dalam masyarakat.

Berbagai bukti empiris menunjukkan bahwa masih dijumpai keadaan dari kelompok rentan yang belum sesuai dengan kondisi yang diharapkan. Upaya perlindungan guna mencapai pemenuhan hak kelompok rentan telah banyak dilakukan Pemerintah bersama masyarakat, namun masih dihadapkan pada beberapa kendala yang antara lain berupa: kurangnya koordinasi antar instansi pemerintah, belum terlaksananya sosialisasi dengan

baik, dan kemiskinan yang masih dialami masyarakat.

## **B. Populasi Rentan Penyakit Mental**

Gangguan kesehatan mental bukanlah sebuah keluhan yang hanya diperoleh dari garis keturunan. Tuntutan hidup yang berdampak pada stress berlebih akan berdampak pada gangguan kesehatan mental yang lebih buruk.

Di berbagai pelosok Indonesia masih ditemui cara penanganan yang tidak tepat bagi para penderita gangguan kesehatan mental. Penderita dianggap sebagai makhluk aneh yang dapat mengancam keselamatan seseorang untuk itu penderita layak diasingkan oleh masyarakat. Hal ini sangat mengecewakan karena dapat mengurangi kemungkinan untuk seorang penderita pulih. Untuk itu pemberian informasi, mengedukasi masyarakat sangatlah penting terkait kesehatan mental agar stigma yang ada di masyarakat dapat dihilangkan dan penderita mendapatkan penanganan yang tepat. Menurut WHO, kesehatan mental merupakan kondisi dari kesejahteraan yang disadari individu, yang di dalamnya terdapat kemampuan-kemampuan untuk mengelola stres kehidupan yang wajar, untuk bekerja secara produktif dan menghasilkan, serta berperan serta di komunitasnya.

Makna kesehatan jiwa mempunyai sifat-sifat yang harmonis (serasi) dan memperhatikan semua segi-segi dalam kehidupan manusia dan dalam hubungannya dengan manusia lain. Jadi dapat disimpulkan bahwa kesehatan jiwa adalah bagian integral dari kesehatan dan merupakan kondisi yang memungkinkan perkembangan fisik, mental dan sosial individu secara optimal, dan yang selaras dengan perkembangan orang lain. Seseorang yang “sehat jiwa atau mental” mempunyai ciri-ciri sebagai berikut:

- 1) Merasa senang terhadap dirinya serta
  - a) Mampu menghadapi situasi
  - b) Mampu mengatasi kekecewaan dalam hidup
  - c) Puas dengan kehidupannya sehari-hari
  - d) Mempunyai harga diri yang wajar
  - e) Menilai dirinya secara realistis, tidak berlebihan dan tidak pula

merendahkan

- 2) Merasa nyaman berhubungan dengan orang lain serta
  - a) Mampu mencintai orang lain
  - b) Mempunyai hubungan pribadi yang tetap
  - c) Dapat menghargai pendapat orang lain yang berbeda
  - d) Merasa bagian dari suatu kelompok
  - e) Tidak "mengakali" orang lain dan juga tidak membiarkan orang lain "mengakali" dirinya
  
- 3) Mampu memenuhi tuntutan hidup serta
  - a) Menetapkan tujuan hidup yang realistis
  - b) Mampu mengambil keputusan
  - c) Mampu menerima tanggungjawab
  - d) Mampu merancang masa depan
  - e) Dapat menerima ide dan pengalaman baru

### **C. Populasi Rentan Kecacatan**

Menurut Undang-undang No.4 tahun 1997 yang dimaksud dengan penyandang cacat adalah setiap orang yang mempunyai kelainan fisik dan atau mental, yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan dan hambatan baginya untuk melakukan 7 Firman Lubis, Kesehatan Hak Asasi Manusia: Perspektif Indonesia, t.t. kegiatan secara selayaknya. Dari sisi pengelompokkannya, maka penyandang cacat dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga) hal : (a) Penyandang cacat fisik; (b) Penyandang cacat mental; (c) Penyandang cacat fisik dan mental.

Penyandang cacat juga mempunyai hak dan kewajiban yang sama dalam segala aspek kehidupan dan penghidupan, diantaranya adalah berhak memperoleh pekerjaan sesuai dengan jenis dan derajat kecacatan yang ada pada mereka. Perhatian masyarakat akan keterbatasan yang dimiliki Penyandang cacat masih sangat kurang, bahkan seringkali diabaikan dan dianggap sebagai beban. Tidak jarang ketersediaan lapangan pekerjaan yang layak sesuai dengan kemampuan yang mereka miliki menjadi masalah tersendiri yang perlu mendapat perhatian.

Pasal 14 UU No.4 tahun 1997 jo Pasal 28 - Pasal 31 PP No.43 tahun

1998 tentang "Upaya Peningkatan Kesejahteraan Sosial Penyandang Cacat" mewajibkan bahwa setiap pengusaha yang memiliki jumlah karyawan 100 orang atau lebih pada perusahaannya wajib mempekerjakan minimal satu orang penyandang cacat untuk memenuhi persyaratan jabatan dan kualifikasi pekerjaan, atau kurang dari 100 orang jika perusahaan tersebut menggunakan teknologi tinggi. Hasil penelitian Badan Penelitian dan Pengembangan HAM di Medan dan Surabaya tahun 2002 menunjukkan, bahwa kuota tenaga kerja bagi penyandang cacat yang diwajibkan oleh UU tersebut di atas belum dipatuhi oleh perusahaan. Padahal UU No.4 Tahun 1997 memiliki daya paksa untuk dijatuhkannya sanksi pidana bagi pengusaha atau perusahaan yang tidak mematuhi. Oleh karena itu pihak Kepolisian dan Kejaksaan berwenang melakukan penyidikan atas pelanggaran UU tersebut karena termasuk tindak pidana. Rendahnya implementasi disebabkan antara lain ketidaktahuan, enggan melaksanakan, tidak ada pengawasan baik dari pemerintah maupun masyarakat, serta tidak ada penegakan hukum. Dengan demikian penyandang cacat perlu memahami hak-haknya bukan berarti diistimewakan, tetapi juga jangan dimarginalkan.

### **3. Rangkuman**

Penyandang cacat adalah setiap orang yang mempunyai kelainan fisik dan atau mental, yang dapat mengganggu atau merupakan rintangan dan hambatan baginya.

### **4. Penugasan dan Umpan Balik**

Obyek Garapan:

Resume Pembelajaran masing-masing pertemuan

Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:

- ✓ Mahasiswa membuat resume perkuliahan pada saat fasilitator (dosen) memberi materi kuliah
- ✓ 15 menit sebelum waktu pembelajaran selesai mahasiswa diwajibkan 2 pertanyaan multiple Choice

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- ✓ Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- ✓ Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- ✓ Hasil analisis di presentasikan di depan kelas

## **G. Kegiatan Belajar 13**

### **1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan**

Menjelaskan konsep dan program perawatan di rumah

### **2. Uraian Materi**

#### **Perawatan Di Rumah**

**Dosen: Agustina M S.Kep., Ns., M.Kes**

#### **A. Pengertian**

Menurut Departemen Kesehatan (2002) home care adalah pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit.

Home Health Care adalah sistem dimana pelayanan kesehatan dan pelayanan sosial diberikan di rumah kepada orang-orang yang cacat atau orang-orang yang harus tinggal di rumah karena kondisi kesehatannya (Neis dan Mc.Ewen , 2001)

#### **B. Tujuan**

Tujuan Dasar dari Keperawatan Home Care adalah:

- 1) Meningkatkan “support system” yang adekuat dan efektif, serta mendorong digunakannya pelayanan kesehatan
- 2) Meningkatkan keadekuatan dan keefektifan perawatan pada anggota keluarga dengan masalah kesehatan dan kecacatan
- 3) Mendorong pertumbuhan dan perkembangan yang normal dari seluruh anggota keluarga, serta memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga tentang peningkatan kesehatan dan pencegahan
- 4) Memperkuat fungsi keluarga dan kedekatan antar anggota keluarga
- 5) Meningkatkan kesehatan lingkungan

#### **C. Manfaat**

Manfaat Keperawatan Home Care ( Home Care Nursing) adalah:

- 1) Pasien lebih dekat dengan keluarganya sehingga menciptakan rasa aman dan nyaman antara pasien dan keluarganya
- 2) Melibatkan keluarga dalam perawatan pasien sehingga tidak merasa

diabaikan.pasien

- 3) Meningkatkan kualitas hidup pasien.
- 4) Menghemat biaya, artinya keluarga tidak perlu lagi mengeluarkan biaya (kamar) Rumah Sakit, transport pp rumah- Rumah Sakit untuk menemani pasien di Rumah Sakit

#### **D. Konsep Model / Teori Keperawatan yang Mendukung Home Care**

Menurut Hidayat (2004), Model / teori keperawatan yang mendukung home care antara lain:

##### 1) Teori Lingkungan (Florence Nightingale)

Lingkungan menurut Nightingale merujuk pada lingkungan fisik eksternal yang mempengaruhi proses penyembuhan dan kesehatan yang meliputi lima komponen lingkungan terpenting dalam mempertahankan kesehatan individu yang meliputi:

- a) Udara bersih,
- b) Air yang bersih
- c) Pemeliharaan yang efisien
- d) Kebersihan
- e) Penerangan/pencahayaan

Nightingale lebih menekankan pada lingkungan fisik daripada lingkungan sosial dan psikologis yang dieksplor secara lebih terperinci dalam tulisannya. Penekanannya terhadap lingkungan sangat jelas melalui pernyataannya bahwa jika ingin meramalkan masalah kesehatan, maka yang harus dilakukan adalah mengkaji keadaan rumah, kondisi dan cara hidup seseorang daripada mengkaji fisik/tubuhnya.

##### 2) Teori konsep manusia sebagai unit (Martha E. Rogers)

Dalam memahami konsep model dan teori ini, Rogers berasumsi bahwa manusia merupakan satu kesatuan yang utuh, yang memiliki sifat dan karakter yang berbeda – beda. Dalam proses kehidupan manusia yang dinamis, manusia dalam proses kehidupan manusia setiap individu akan berbeda satu dengan yang lain dan manusia diciptakan dengan karakteristik dan keunikan tersendiri. Asumsi tersebut didasarkan pada kekuatan yang berkembang secara alamiah yaitu keutuhan manusia dan lingkungan, kemudian system ketersediaan sebagai satu kesatuan yang

utuh serta proses kehidupan manusia berdasarkan konsep homeodinamik yang terdiri dari integritas, resonansi dan helicy. Integritas berarti individu sebagai satu kesatuan dengan lingkungan yang tidak dapat dipisahkan, dan saling mempengaruhi satu dengan yang lain. Resonansi mengandung arti bahwa proses kehidupan antara individu dengan lingkungan berlangsung dengan berirama dengan frekuensi yang bervariasi dan helicy merupakan proses terjadinya interaksi antara manusia dengan lingkungan akan terjadi perubahan baik perlahan – lahan maupun berlangsung dengan cepat.

Menurut Rogers (1970), tujuan keperawatan adalah untuk mempertahankan dan meningkatkan kesehatan, mencegah kesakitan, dan merawat serta merehabilitasi klien yang sakit dan tidak mampu dengan pendekatan humanistik keperawatan. Menurut Rogers, 1979 Kerangka Kerja Praktik: “Manusia utuh” meliputi proses sepanjang hidup. Klien secara terus menerus berubah dan menyelaraskan dengan lingkungannya.

### 3) Teori Transkultural nursing (Leininger)

Leininger percaya bahwa tujuan teori ini adalah untuk memberikan pelayanan yang berbasis pada kultur. Dia percaya bahwa perawat harus bekerja dengan prinsip ”care” dan pemahaman yang dalam mengenai ”care” sehingga culture’s care, nilai-nilai, keyakinan, dan pola hidup memberikan landasan yang reliabel dan akurat untuk perencanaan dan implementasi yang efektif terhadap pelayanan pada kultur tertentu. Dia meyakini bahwa seorang perawat tidak dapat memisahkan cara pandangan dunia, struktur sosial dan keyakinan kultur (orang biasa dan profesional) terhadap kesehatan, kesejahteraan, sakit, atau pelayanan saat bekerja dalam suatu kelompok masyarakat tertentu, karena faktor-faktor ini saling berhubungan satu sama lain. Struktur sosial seperti kepercayaan, politik, ekonomi dan kekeluargaan adalah kekuatan signifikan yang berdampak pada ”care” dan mempengaruhi kesejahteraan dan kondisi sakit.

### 4) Theory of Human Caring (Watson, 1979)

Teori ini mempertegas bahwa caring sebagai jenis hubungan dan transaksi yang diperlukan antara pemberi dan penerima asuhan untuk meningkatkan dan melindungi pasien sebagai manusia, dengan demikian mempengaruhi kesanggupan pasien untuk sembuh. Pandangan teori Jean

Watson ini memahami bahwa manusia memiliki empat cabang kebutuhan manusia yang saling berhubungan diantaranya kebutuhan dasar biofisikial (kebutuhan untuk hidup) yang meliputi kebutuhan makanan dan cairan, kebutuhan eliminasi dan kebutuhan ventilasi, kebutuhan psikofisikial (kebutuhan fungsional) yang meliputi kebutuhan aktivitas dan istirahat, kebutuhan seksual, kebutuhan psikososial (kebutuhan untuk integrasi) yang meliputi kebutuhan untuk berprestasi, kebutuhan organisasi, dan kebutuhan intra dan interpersonal (kebutuhan untuk pengembangan) yaitu kebutuhan aktualisasi diri.

5) Teori Self Care (Dorothea Orem)

Pandangan teori Orem dalam tatanan pelayanan keperawatan ditujukan kepada kebutuhan individu dalam melakukan tindakan keperawatan mandiri serta mengatur dalam kebutuhannya.

6) Teori Dinamic dan Self Determination for Self Care (Rice)

Perawat sebagai fasilitator dan koordinator dari pilihan keseimbangan sehat sakit yang ditetapkan oleh pasien.

**E. Landasan Hukum Home Care**

1) Fungsi hukum dalam Praktik Perawat :

- a) Memberikan kerangka untuk menentukan tindakan keperawatan mana yang sesuai dengan hukum
- b) Membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi lain
- c) Membantu menentukan batas-batas kewenangan tindakan keperawatan mandiri
- d) Membantu mempertahankan standard praktik keperawatan dengan meletakkan posisi perawat memiliki akuntabilitas dibawah hukum.

2) Landasan hukum :

- a) UU Nomor 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran
- b) UU Nomor 32 tahun 2004 tentang pemerintahan daerah
- c) UU Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan
- d) PP Nomor 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan
- e) PP Nomor 25 tahun 2000 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah.
- f) PP Nomor 47 tahun 2006 tentang Jabatan fungsional dokter, dokter gigi,

apoteker, ass.apoteker, pranata lab.kes. epidemiologi kes, entomology kes, sanitarian, administrator kesehatan, penyuluh kes masy, perawat gigi, nutrisisionis, bidan, perawat, radiographer, perekam medis, dan teknisi elektromedis

- g) SK Menpan Nomor 94/KEP/M. PAN/11/2001 tentang jabatan fungsional perawat.
- h) Kepmenkes Nomor 128 tahun 2004 tentang kebijakan dasar puskesmas
- i) Kepmenkes Nomor 279 tahun 2006 tentang pedoman penyelenggaraan Perkesmas.
- j) Kepmenkes Nomor 374 tahun 2009 tentang Sistem Kesehatan Nasional
- k) Kepmenkes Nomor 267 tahun 2010 tentang penetapan roadmap reformasi kes.masy.
- l) Permenkes Nomor 920 tahun 1986 tentang pelayan medik swasta
- m) Permenkes Nomor 148 tahun 2010 tentang ijin dan penyelenggaraan praktik keperawatan

#### **F. Lingkup Pelayanan Home care**

Menurut Nuryandari (2004) menyebutkan ruang lingkup pelayanan home care adalah:

- 1) Pelayanan medik dan asuhan keperawatan
- 2) Pelayanan sosial dan upaya menciptakan lingkungan yang terapeutik
- 3) Pelayanan rehabilitasi dan terapi fisik
- 4) Pelayanan informasi dan rujukan
- 5) Pendidikan, pelatihan dan penyuluhan kesehatan
- 6) Higiene dan sanitasi perorangan serta lingkungan
- 7) Pelayanan perbaikan untuk kegiatan sosial

#### **G. Mekanisme Pelayanan Home care**

Pasien/ klien yang memperoleh pelayanan keperawatan di rumah dapat merupakan rujukan dari klinik rawat jalan, unit rawat inap rumah sakit, maupun puskesmas, namun pasien/ klien dapat langsung menghubungi agensi pelayanan keperawatan di rumah atau praktek keperawatan per orang untuk memperoleh pelayanan. Mekanisme yang harus di lakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Pasien / klien pasca rawat inap atau rawat jalan harus diperiksa terlebih dahulu oleh dokter untuk menentukan apakah secara medis layak untuk di rawat di rumah atau tidak.
- 2) Selanjutnya apabila dokter telah menetapkan bahwa klien layak dirawat di rumah, maka di lakukan pengkajian oleh koordinator kasus yang merupakan staf dari pengelola atau agensi perawatan kesehatan dirumah, kemudian bersama-sama klien dan keluarga, akan menentukan masalahnya, dan membuat perencanaan, membuat keputusan, membuat kesepakatan mengenai pelayanan apa yang akan diterima oleh klien, kesepakatan juga mencakup jenis pelayanan, jenis peralatan, dan jenis sistem pembayaran, serta jangka waktu pelayanan.
- 3) Selanjutnya klien akan menerima pelayanan dari pelaksana pelayanan keperawatan dirumah baik dari pelaksana pelayanan yang dikontrak atau pelaksana yang direkrut oleh pengelola perawatan dirumah. Pelayanan dikoordinir dan dikendalikan oleh koordinator kasus, setiap kegiatan yang dilaksanakan oleh tenaga pelaksana pelayanan harus diketahui oleh koordinator kasus.
- 4) Secara periodik koordinator kasus akan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap pelayanan yang diberikan apakah sudah sesuai dengan kesepakatan.

#### **H. Peran dan Fungsi Perawat Home Care**

- 1) Manajer kasus : Mengelola dan mengkolaborasikan pelayanan,dengan fungsi :
  - a) Mengidentifikasi kebutuhan pasien dan keluarga.
  - b) Menyusun rencana pelayanan.
  - c) Mengkoordinir aktifitas tim.
  - d) Memantau kualitas pelayanan
- 2) Pelaksana : memberi pelayanan langsung dan mengevaluasi pelayanan. denganfungsi :
  - a) Melakukan pengkajian komprehensif
  - b) Menetapkan masalah
  - c) Menyusun rencana keperawatan
  - d) Melakukan tindakan perawatan

- e) Melakukan observasi terhadap kondisi pasien
- f) Membantu pasien dalam mengembangkan perilaku coping yang efektif
- g) Melibatkan keluarga dalam pelayanan
- h) Membimbing semua anggota keluarga dalam pemeliharaan kesehatan
- i) Melakukan evaluasi terhadap asuhan keperawatan
- j) Mendokumentasikan asuhan keperawatan.

### **3. Rangkuman**

Perawatan di rumah merupakan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan dan komprehensif yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, mempertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit.

### **4. Penugasan dan Umpan Balik**

Memberikan kasus pada mahasiswa terkait topik kompetensi yang ingin di capai pada RPS dan Tema diatas.

Diskripsi tugas:

- ✓ Mahasiswa Belajar dengan menggali/mencari informasi (inquiry) serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual/ yang dirancang oleh dosen
- ✓ Mahasiswa di bentuk menjadi 5 kelompok untuk menganalisis kasus yang di rancang oleh dosen
- ✓ Hasil analisis di presentasikan di depan kelas

## H. Kegiatan Belajar 14

### 1. Kemampuan Akhir yang Diharapkan

Menjelaskan terapi komplementer dalam keperawatan komunitas

### 2. Uraian Materi

#### Terapi Komplementer

Dosen: Agustina M S.Kep., Ns., M.Kes

##### A. Pengertian Konsep Complementary dan Alternatif Terapi

Terapi non-konvensional merupakan salah satu dari terapi medis alternatif atau komplementer. Terapi komplementer (complementary therapies) adalah semua terapi yang digunakan sebagai tambahan untuk terapi konvensional yang direkomendasikan oleh penyelenggaraan pelayanan kesehatan individu (Perry, Potter, 2009). Definisi CAM yang disepakati adalah suatu bentuk penyembuhan yang bersumber pada berbagai sistem, modalitas dan praktek kesehatan, yang didukung oleh teori dan kepercayaan. Termasuk didalamnya latihan atau usaha untuk menyembuhkan diri sendiri. CAM digunakan untuk mencegah dan menyembuhkan penyakit atau juga untuk meningkatkan taraf kesehatan.

Walaupun demikian ada perbedaan antara alternatif dan komplementer. Terapi alternatif adalah terapi di luar terapi konvensional. Sementara komplementer berarti pelengkap bagi terapi konvensional yang ada dan telah terbukti bermanfaat. Terapi alternatif (alternative therapies) meliputi intervensi yang sama dengan terapi komplementer, tetapi sering kali menjadi pengobatan primer yang mengganti pelayanan medis alopatik. Kedua terapi alternatif dan komplementer bervariasi derajatnya di mana mereka cocok dengan pengobatan alopatik.

##### B. Tipe Terapi Alternatif dan Komplementer

1) Sistem medis alternatif-Dibangun di antara sistem teori dan praktik yang lengkap

- a) Akupuntur : suatu metode tradisional china yang menghasilkan analgesia atau perubahan fungsi sistem tubuh dengan cara memasukan jarum tipis di sepanjang rangkaian garis atau jalur yang disebut meridian. Manipulasi jarum langsung pada meridian energi akan mempengaruhi organ internal dalam dengan pengalihan qi (shi).

- b) Ayurveda : sistem pengobatan tradisional hindu yang digunakan di India sejak abad pertama AD. Suatu kombinasi obat seperti herbal, obat pencahar, dan minyak gosok untuk mengobati penyakit.
  - c) Pengobatan Homeopatik : sistem pengobatan medis didasari pada teori bahwa penyakit tertentu dapat diobati dengan memberikan dosis kecil substansi yang pada individu sehat akan menghasilkan gejala seperti penyakit. Substansi yang dianjurkan tersebut adalah obat yang dibuat dari tumbuh-tumbuhan alami, hewan, atau substansi mineral.
  - d) Praktik Amerika Latin : sistem medis curanderismo, di mana memasukan suatu model humonal untuk mengklasifikasikan makanan, aktifitas, obat-obatan, dan penyakit serta rangkaian penyakit masyarakat.
  - e) Praktik Amerika Asli : terapi termasuk keringat dan pembersihan, obat-obatan herbal, dukun sihir (dukun membuat hubungan dengan roh untuk menanyakan petunjuk dalam memberikan pengobatan kepada individu).
  - f) Pengobatan Naturopatik : sistem terapeutik didasarkan pada makanan alami, cahaya, kehangatan, pijatan, air segar, olahraga teratur, dan menghindari pengobatan. Mengenali kemampuan penyembuhan alami tubuh. Pengobatan menggabungkan terapi tradisional alami dengan ilmu pengetahuan diagnostik terkini termasuk pengobatan botanikal (tumbuh-tumbuhan).
  - g) Pengobatan tradisional China (Asian) : kumpulan teknik dan metode sitematik termasuk akupuntur, pengobatan herbal, pijatan, akupresur, muxibistion (menggunakan panas dari herbal yang dibakar).
- 2) Terapi secara Biologis-Menggunakan Substansi dari Alam, seperti Herbal, Makanan, dan Vitamin
- a) Zona : program diet yang memerlukan makanan berprotein, karbohidrat, dan lemak dalam perbandingan 30:40:30% kalori dari protein, 40% dari karbohidrat, dan 30% dari lemak. Digunakan untuk menyeimbangkan insulin dan hormon lain untuk kesehatan yang optimal.
  - b) Diet Makribiotik : diutamakan diet vegetarian (tidak ada produk hewan kecuali ikan ). Awalnya digunakan dalam manajemen berbagai kanker. Penekanan pada semua biji-bijian padi, sayur-sayuran, dan makanan

yang tidak diawetkan.

- c) Pengobatan ortomelektik (megavitamin) : meningkatkan masukan nutrisi seperti vitamin C dan beta karoten. Diet mengobati kanker, skizofrenia, penyakit autisme, dan penyakit kronis tertentu seperti hiperkolesterolemia dan penyakit arteri koroner.
  - d) European phytomedicines : produk yang dikembangkan di bawah kontrol kualitas yang ketat pada pabrik farmasi yang berpengalaman, dibungkus secara profesional dalam tablet atau kapsul. Contoh obat-obatan herbal yang telah diteliti dengan baik adalah ginkgo biloba, susu dari tanaman liar, dan bilberry.
  - e) Obat-obatan tradisional herbal China : lebih dari 50.000 jenis tanaman obat, banyak yang telah diteliti secara luas. Herbal dipertimbangkan sebagai tulang belakang pengobatan.
  - f) Herbal Ayurveda : sistem herbal tradisional Hindu yang telah digunakan lebih dari 2000 tahun.
- 3) Manipulasi dan Metode Didasari Tubuh-Didasari pada Manipulasi dan/ atau Pergerakan dari Satu atau lebih Bagian Tubuh
- a) Akupresur : teknik terapeutik mempergunakan tekanan digital dalam cara tertentu pada titik yang dibuat pada tubuh untuk mengurangi rasa nyeri, menghasilkan analgesia, atau mengatur fungsi tubuh.
  - b) Pengobatan kiropraktik : sistem terapi yang melibatkan manipulasi columna spinalis dan memasukan fisioterapi dan terapi diet.
  - c) Metode Feldenkrais : terapi alternatif yang didasarkan pada citra tubuh yang baik melalui perbaikan pergerakan tubuh. Teknik ini mengintegrasikan pemahaman fisika tentang pola pergerakan tubuh dengan kewaspadaan seseorang dalam mempelajari gerak, sikap, dan interaksi.
  - d) Tai Chi : teknik yang menggabungkan pernapasan, gerakan, dan meditasi untuk membersihkan, memperkuat, dan sirkulasi energi dan darah kehidupan yang penting. Terapi merangsang sistem imun dan mempertahankan keseimbangan internal dan eksternal.
  - e) Terapi pijat : manipulasi jaringan ikat melalui pukulan, gosokan, atau meremas untuk meningkatkan sirkulasi, memperbaiki sifat otot, dan

relaksasi.

f) Sentuhan ringan : sentuhan pada klien dengan cara yang tepat dan halus untuk membuat hubungan, menunjukkan penerimaan, dan memberikan penghargaan.

4) Intervensi Tubuh dan Pikiran-Menggunakan Berbagai Teknik yang Dibuat untuk Meningkatkan Kapasitas Pikiran untuk Memengaruhi Tubuh

a) Terapi Seni : penggunaan seni untuk mendamaikan konflik emosional, meningkatkan kewaspadaan diri, dan mengungkapkan masalah yang tidak dikatakan dan disadari klien tentang penyakit mereka.

b) Umpan balik biologis : suatu proses yang memberikan individu dengan informasi visual dan suara tentang fungsi fisiologis otonom tubuh, seperti tegangan otot, suhu tubuh, dan aktivitas gelombang otak, melalui penggunaan alat-alat.

5) Intervensi Tubuh-Pikiran-Menggunakan Berbagai Teknik yang Dibuat untuk Meningkatkan Kapasitas Pikiran guna Memengaruhi Fungsi dan Gejala Tubuh

a) Terapi dansa : sarana memperdalam dan memperkuat terapi karena merupakan ekspresi langsung dari pikiran dan tubuh. Terapi ini mampu mengobati individu dengan masalah sosial, emosional, kognitif, atau fisik.

b) Terapi pernapasan : menggunakan segala jenis pola pernapasan untuk merelaksasi, memperkuat, atau membuka jalur emosional.

c) Imajinasi terbimbing : teknik terapeutik untuk mengobati kondisi patologis dengan berkonsentrasi pada imajinasi atau serangkaian gambar.

d) Meditasi : praktik yang ditujukan pada diri untuk merelaksasi tubuh dan menenangkan pikiran menggunakan ritme pernapasan yang berfokus.

e) Terapi musik : menggunakan musik untuk menunjukkan kebutuhan fisik, psikologis, kognitif, dan sosial individu yang menderita cacat dan penyakit. Terapi memperbaiki gerakan dan atau komunikasi fisik, mengembangkan ekspresi emosional, memperbaiki ingatan, dan mengalihkan rasa nyeri.

f) Usaha pemulihan (doa) : berbagai teknik yang digunakan dalam budaya

menggabungkan pelayanan, kesabaran, cinta, atau empati dengan target doa.

- g) Psikoterapi : pengobatan kelainan mental dan emosional dengan teknik psikologi.
  - h) Yoga : teknik yang berfokus pada susunan otot, postur, mekanisme pernapasan, dan kesadaran tubuh. Tujuan yoga adalah memperoleh kesejahteraan mental dan fisik melalui pencapaian kesempurnaan tubuh dengan olahraga, mempertahankan postur tubuh, pernapasan yang benar, dan meditasi.
- 6) Terapi Energi-Melibatkan Penggunaan Medan Energi
- a) Terapi Reiki : terapi yang berasal dari praktik Buddha kuno di mana praktisi menempatkan tangannya pada atau di atas bagian tubuh dan memindahkan “energi kehidupan semesta” kepada klien. Energi ini memberikan kekuatan.
  - b) Sentuhan terapeutik : pengobatan melibatkan pedoman keseimbangan energi praktisi dalam suatu cara yang disengaja terhadap semua klien. Termasuk peletakan tangan praktisi pada atau dekat tubuh klien (Perry, Potter,2009).

### **C. Jenis-jenis Terapi yang Dapat Diakses Keperawatan**

Beberapa terapi dan teknis medis alternatif dan komplementer bersifat umum dan menggunakan proses alami (pernapasan, pikiran dan konsentrasi, sentuhan ringan, pergerakan, dan lain-lain) untuk membantu individu merasa lebih baik dan beradaptasi dengan kondisi akut dan akut. Berikut jenis-jenis terapi yang dapat diakses keperawatan, yaitu :

#### **1) Terapi Relaksasi**

Respon relaksasi merupakan bagian dari penurunan umum kognitif, fisiologis, dan stimulasi perilaku. Relaksasi juga melibatkan penurunan stimulasi. Proses relaksasi memperpanjang serat otot, mengurangi pengiriman impuls neural ke otak, dan selanjutnya mengurangi aktivitas otak juga sistem tubuh lainnya. Relaksasi membantu individu membangun keterampilan kognitif untuk mengurangi cara yang negatif dalam merespon situasi dalam lingkungan mereka. Keterampilan kognitif adalah seperti sebagai berikut :

- a) Fokus (kemampuan untuk mengidentifikasi, membedakan, mempertahankan perhatian pada, dan mengembalikan perhatian pada rangsangan ringan untuk periode yang lama).
- b) Pasif (kemampuan untuk menghentikan aktivitas analisis dan tujuan yang tidak berguna).
- c) Kesiapan (kemampuan untuk menoleransi dan menerima pengalaman yang tidak pasti, tidak dikenal, atau berlawanan).

Tujuan dari relaksasi jangka panjang adalah agar individu memonitor dirinya secara terus-menerus terhadap indikator ketegangan, serta untuk membiarkan dan melepaskan dengan sadar ketegangan yang terdapat di berbagai bagian tubuh.

## 2) Meditasi dan Pernapasan

Meditasi adalah segala kegiatan yang membatasi masukan rangsangan dengan perhatian langsung pada suatu rangsangan yang berulang atau tetap (Rakel dan Faas, 2006). Ini merupakan terminasi umum untuk jangkauan luas dari praktik yang melibatkan relaksasi tubuh dan ketegangan pikiran. Menurut Benson, komponen relaksasi sangat sederhana, yaitu : (1) ruangan yang tenang, (2) posisi yang nyaman, (3) sikap mau menerima, dan (4) fokus perhatian. Praktik meditasi tidak membutuhkan seorang pengajar, banyak individu mempelajari prosesnya dari buku atau kaset, dan mudah untuk diajarkan (Fontaine, 2005). Sebagian besar teknik meditasi melibatkan pernapasan, biasanya pernapasan perut yang dalam, relaks, dan perlahan. Meditasi menimbulkan keadaan santai, menurunkan konsumsi oksigen, mengurangi frekuensi pernapasan dan denyut jantung, serta menghasilkan laporan penurunan kecemasan.

Ada banyak indikasi untuk meditasi, diantaranya adalah sebagai berikut :

- a) Kecemasan atau suasana yang menegangkan
- b) Rasa kehilangan yang kronis
- c) Sindroma kelelahan kronis
- d) Rasa nyeri kronis
- e) Penyalahgunaan obat (alkohol atau tembakau)

- f) Hipertensi
- g) Kegelisahan
- h) Harga diri rendah atau menyalahkan diri
- i) Depresi ringan
- j) Gangguan tidur

Meskipun meditasi telah menunjukkan perbaikan dalam berbagai penyakit psikologis, meditasi merupakan kontraindikasi bagi beberapa individu. Sebagai contoh, individu yang memiliki ketakutan akan kehilangan kontrol dapat menerima meditasi sebagai bentuk pengontrolan pikiran dan mungkin menolak untuk mempelajari teknik tersebut.

### 3) Imajinasi

Imajinasi atau teknik visualisasi yang menggunakan kesadaran pikiran untuk menciptakan gambaran mental agar menstimulasi perubahan fisik dalam tubuh, memperbaiki kesejahteraan, dan meningkatkan kesadaran diri. Biasanya imajinasi dikombinasikan dengan beberapa bentuk latihan relaksasi yang memfasilitasi efek dari teknik relaksasi. Imajinasi bersifat ditujukan pada diri, di mana individu menciptakan gambaran mental dirinya sendiri, atau bersifat terbimbing, dimana selama seorang praktisi memimpin individu melalui skenario tertentu.

Imajinasikan sering menimbulkan respons psikofisiologis yang kuat seperti perubahan dalam fungsi imun (Fontaine, 2005). Banyak teknik imajinasi melibatkan imajinasi visual, tapi mereka juga melibatkan indera pendengaran, proprioseptif, pengecap, dan penciuman. Visualisasi kreatif adalah satu bentuk imajinasi yang ditujukan pada diri yang didasari pada prinsip hubungan tubuh-pikiran. Imajinasi memiliki aplikasi pada sejumlah populasi klien. Imajinasi telah digunakan untuk visualisasi sel kanker yang telah dihancurkan oleh sel sistem imun, untuk mengontrol atau mengurangi rasa nyeri, dan untuk mencapai ketenangan dan ketentraman. Imajinasi juga membantu dalam pengobatan kondisi kronis seperti asma, hipertensi, gangguan fungsi berkemih, sindrom premenstruasi dan menstruasi, gangguan gastrointestinal ulseratif kolitis, dan rheumatoid arthritis.

## D. Terapi Latihan Spesifik

Terapi latihan spesifik merupakan pengobatan medis alternatif atau

komplementer di mana perawat yang boleh melakukannya hanya perawat yang telah menyelesaikan suatu pelatihan atau kursus pelajaran khusus. Perawat harus memiliki sertifikat, gelar, atau ijazah di luar izin perawat RN untuk dapat memberikan sebagian besar terapi tersebut. Beberapa terapi latihan spesifik (misalnya umpan balik biologis dan sentuhan terapeutik) sangat efektif dan direkomendasikan oleh praktisi pelayanan kesehatan Eropa. Berikut jenis-jenis terapi latihan spesifik adalah sebagai berikut :

#### 1) Umpan Balik Biologis

Selain digunakan untuk intervensi relaksasi, teknik umpan balik biologis juga dapat membantu individu dalam mempelajari bagaimana mengontrol respons sistem saraf otonom tertentu. Umpan balik biologis (biofeedback) merupakan suatu kelompok prosedur terapeutik yang menggunakan alat elektronik atau elektromekanik untuk mengukur, memproses, dan memberikan informasi bagi individu tentang aktivitas sistem saraf otonom dan neuromuskular. Informasi, atau umpan balik, diberikan dalam bentuk tanda fisik, fisiologis, pendengaran, dan umpan balik (Rakel dan Faas, 2006).

Umpan balik biologis merupakan penambahan yang efektif pada program relaksasi karena dapat menunjuk dengan cepat kepada klien kemampuan mereka untuk mengontrol beberapa respons fisiologis. Berbagai bentuk umpan balik fisiologis diaplikasikan dalam berbagai situasi. Umpan balik biologis telah berhasil mengobati migraine headache, rasa nyeri lainnya, stroke, dan berbagai kelainan gastrointestinal dan traktus urinarius. Meskipun umpan balik biologis telah menunjukkan efektifitas pada sejumlah populasi klien, ada beberapa tindakan pencegahan. Selama relaksasi atau latihan umpan balik biologis, emosi atau perasaan yang ditekan terkadang memperlihatkan bahwa klien tidak dapat beradaptasi dengan dirinya sendiri. Karena alasan ini, praktisi yang menawarkan umpan balik biologis harus melatih metode psikologis atau memiliki profesional yang berkualitas yang berguna untuk rujukan (Potter, Perry. 2009).

#### 2) Sentuhan Terapeutik

Sentuhan terapeutik (therapeutik touch) adalah terapi latihan spesifik

yang dikembangkan oleh perawat. Meskipun asumsi keagamaan dan filosofi terhadap sentuhan terapeutik berbeda dari teknik penyembuhan Eropa, tetapi sentuhan terapeutik juga melibatkan profesional pelayanan kesehatan terlatih yang berusaha untuk menunjukkan keseimbangan diri mereka sendiri dalam cara yang bermotivasi atau disengaja terhadap semua klien.

Sentuhan terapeutik merupakan suatu potensi alami manusia yang terdiri dari meletakkan tangan praktisi pada atau dekat dengan tubuh seseorang. Proses sentuhan terapeutik melibatkan dimana praktisi melihat tubuh secara sekilas dan mendiagnosis daerah tempat terakumulasinya tegangan. Praktisi kemudian mencoba mengarahkan energi tersebut untuk membawa individu kembali masuk ke dalam keseimbangan energi yang sama dengan praktisi. Sentuhan terapeutik terdiri dari lima fase, yaitu : pemusatan, pengkajian, penenangan, pengobatan, dan evaluasi.

Beberapa penelitian klasik terdahulu mendapatkan bahwa sentuhan terapeutik meningkatkan kadar hemoglobin (Hb) pada beberapa klien. Penelitian lain menemukan bahwa sentuhan terapeutik mampu mengurangi tingkat kecemasan pada klien yang dirawat yang dirawat di rumah sakit dengan penyakit kardiovaskuler, menurunkan rasa nyeri sakit kepala, dan memperbaiki suasana hati pada individu dewasa yang berduka cita. Meskipun beberapa penelitian telah menunjukkan hasil yang positif dari sentuhan terapeutik, beberapa yang lainnya tidak. Alasan untuk kurangnya respons ini adalah hilangnya kontak mata dan wajah selama sesi terapeutik dan sesi yang terlalu singkat.

### 3) Terapi Kiropraktik

Terapi Kiropraktik merupakan suatu seni penyembuhan manual, dikembangkan pada tahun 1895 di Iowa. Praktisi kiropraktik lulus dari program persiapan yang didirikan sederajat dengan sekolah kedokteran. Terapi kiropraktik merupakan terapi holistik yang biasanya tidak menggunakan obat-obatan atau operasi. Terapi kiropraktik mempromosikan diet alami dan olahraga yang teratur sebagai komponen penting agar tubuh dapat berfungsi dengan baik (Fontaine, 2005).

Tujuan dasar terapi kiropraktik berfokus pada perbaikan struktur dan

keseimbangan fungsional. Salah satu gangguan struktur mayor yang diobati oleh praktisi kiropraktik adalah subluksasio vertebra, di mana gerakan sendi menurun disebabkan oleh sedikit perubahan pada posisi persambungan tulang dan gejala subjektif seperti rasa nyeri. Beberapa penyakit atau kelainan sendi tidak harus diobati dengan manipulasi. Kontraindikasi terapi kiropraktik adalah mielopati akut, patah tulang (fraktur), dislokasi, arthritis rheumatoid, dan osteoporosis.

#### 4) Pengobatan Tradisional China

Pengobatan tradisional china (Traditional Chinese Medicina) terdiri dari beberapa modalitas, termasuk herbal, akupuntur, moxibustion, diet, olahraga, dan meditasi. TCM sudah berusia ribuan tahun dan berakar dari Taoisme. Ada beberapa konsep utama yang merupakan pengobatan China. Konsep yang paling adalah Yin-Yang yang menggambarkan fenomena berlawanan yang saling melengkapi dan berada dalam keseimbangan yang dinamis. Qi (di baca Chi) didefinisikan sebagai energi vital dari tubuh manusia. Penyakit diklasifikasikan dalam tiga kategori utama, yaitu : penyebab eksternal, penyebab internal, dan bukan penyebab internal maupun eksternal (Perry, Potter, 2009 ).

Elemen, yaitu terdiri atas : bumi, logam, air, kayu, dan api. Berbagai fenomena kesehatan disusun menurut fase tersebut dan saling berhubungan satu sama lain. Berikut jenis-jenis pengobatan tradisional China, yaitu :

a) Akupuntur : akupuntur merupakan metode stimulasi titik tertentu (akupoin) pada tubuh dengan memasukkan jarum khusus untuk memodifikasi persepsi rasa nyeri. Menormalkan fungsi fisiologis, serta mengobati atau mencegah penyakit. Akupuntur mengatur atau meluruskan kembali aliran qi. Menurut pengobatan tradisional China, jarum akupuntur melepaskan obstruksi energi dan membangun kembali aliran qi melalui meridian, selanjutnya menstimulasi dan mengaktifkan mekanisme penyembuhan diri oleh tubuh. Penggunaan arus listrik lemah dan kuat meningkatkan efek dari jarum tersebut (Fontaine, 2005). Akupuntur merupakan modalitas pengobatan primer yang digunakan oleh praktisi pengobatan China. Masalah terbanyak yang dapat diobati

dengan akupuntur meliputi nyeri punggung bagian bawah, nyeri pada otot wajah, sakit kepala ringan dan migrain, linu panggul, nyeri bahu, osteoarthritis, salah urat pada leher, dan keseleo musculoskeletal (Rakel dan Faass, 2006). Akupuntur merupakan terapi yang aman jika praktisi telah menjalani pelatihan yang sesuai dan menggunakan jarum yang steril. Meskipun telah ditemukan komplikasi, tetapi masih jarang terjadi jika praktisi melakukan langkah-langkah yang benar untuk menjamin keamanan alat dan klien komplikasi meliputi infeksi karena sterilisasi jarum yang tidak adekuat atau jarum yang ditinggalkan dalam tempat untuk waktu yang lama, jarum yang patah, kebocoran organ internal, perdarahan, pingsan, kejang, keguguran, dan perasaan mengantuk pascapengobatan (Fontaine, 2005).

- b) Terapi Herbal : peneliti memperkirakan sekitar 25.000 jenis tumbuhan digunakan secara medis di seluruh dunia. Ini merupakan bentuk pengobatan lama yang diketahui untuk manusia, dan bukti arkeologi mengatakan bahwa Belanda menggunakan obat herbal sejak 60.000 tahun yang lalu (Fontaine, 2005). The Federal Food, Drug, and Cosmetic Act mengharuskan semua obat dibuktikan keamanan dan efektivitasnya sebelum dijual ke masyarakat. Karena pengobatan herbal tidak menjalani penelitian dengan teliti yang sama secara farmasi, mayoritas tidak menerima persetujuan untuk menggunakannya sebagai obat dan tidak diatur oleh The Food and Drug Administration (FDA). Substansi herbal pengobatan China berasal dari tanaman, hewan, atau mineral. Sedangkan pengobatan Barat menggunakan herbal yang dipersiapkan secara primer dari materi tanaman. Sejumlah herbal aman dan efektif untuk berbagai kondisi, sebagai contoh : susu dari tanaman liar efektif untuk mengobati sejumlah gangguan hati dan kandung kemih (Perry, Potter, 2009). Meskipun pengobatan herbal memberikan efek yang berguna bagi berbagai kondisi, sejumlah masalah timbul. Ketika pengobatan herbal dikembangkan, konsentrasi bahan-bahan aktif beragam bentuknya. Kontaminasi dengan herbal atau bahan kimia lain, termasuk pestisida dan logam berat juga terjadi. Beberapa herbal juga mengandung produk yang sangat toksik dan dapat menyebabkan kanker

(Fontaine, 2005).

### **E. Peran Keperawatan dalam Terapi Alternatif dan Latihan**

Ketertarikan pada terapi medis alternatif dan komplementer meningkat secara signifikan pada 20 tahun terakhir. Pendekatan kedokteran terintegrasi konsisten dengan pendekatan holistik yang dipelajari perawat untuk dipraktikkan. Perawat memiliki potensi untuk menjadi partisipan utama dalam jenis filosofi pelayanan kesehatan ini. Banyak perawat sudah mempraktikkan manfaat sentuhan. Pahami terapi medis alternatif atau komplementer untuk membuat rekomendasi yang tepat kepada penyelenggaraan pelayanan primer alopatic tentang terapi mana yang bermanfaat bagi klien. Selain itu, berikan nasihat kepada klien tentang kapan waktu yang tepat untuk mencari terapi konvensional atau terapi medis alternatif dan komplementer.

Perawat bekerja sangat dekat dengan klien mereka dan berada dalam posisi mengenali titik pandang budaya spiritual klien. Perawat biasanya dapat menentukan terapi medis alternatif atau komplementer mana yang lebih sesuai dengan kepercayaan dan menawarkan rekomendasi yang sesuai (Potter, Perry, 2009).

### **3. Rangkuman**

Semua terapi yang digunakan sebagai tambahan untuk terapi konvensional yang direkomendasikan oleh penyelenggaraan pelayanan kesehatan individu.

### **4. Penugasan dan Umpan Balik**

Uraian Tugas:

1. Obyek garapan: Makalah Ilmiah Judul pada TM yang dimaksud
2. Yang harus dikerjakan dan batasan-batasan:
  - ✓ Membuat makalah tentang materi terkait pada masing-masing Materi yang disebutkan
  - ✓ Membuat PPT
  - ✓ Presentasi Makalah
3. Deskripsi luaran tugas yang dihasilkan/dikerjakan: Makalah Ilmiah pada sistem terkait
4. Metode Penulisan  
Substansi

Halaman Judul

Daftar Isi

Bab 1 Pendahuluan

(1.1 Latar belakang, 1.2 Tujuan Penulisan)

Bab 2 Tinjauan Pustaka

(2.1 Dst...Berisikan Materi terkait)

Bab 3 Penutup

(3.1 Kesimpulan, 3.2 Saran)

Daftar Pustaka

## DAFTAR PUSTAKA

1. Allender, *et al.* 2011. *Community health nursing: promoting and protecting the public's seditionhealth*. USA:Lippincott7Williams & Wilkins. (Ruang Baca Henderson)
2. Ferry & Makhfudli. 2009. *Buku Ajar Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Jakarta : Salemba Medika.
3. Notoatmojo, S. 2010. *Promosi kesehatan: teori dan aplikasi*. Jakarta: Rineka Cipta.
4. Departemen Kesehatan RI. 2009. *Promosi kesehatan, komitmen global dari Ottawa-Jakarta-Nairobi menuju rakyat sehat*. Jakarta: Pusat Promosi Kesehatan, Depkes RI bekerja sama dengan Departemen Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku-FKM UI.
5. Ridwan, M. 2009. Promosi kesehatan dalam rangka perubahan perilaku. *Jurnal Kesehatan Metro Sai Wawai*, Volume 2 Nomor 2, hal 71-80.
6. Ajzen, I. 2011. Behavioral interventions: Design and evaluation guided by the theory of planned behavior. In M. M. Mark, S. I. Donaldson, & B. C. Campbell (Eds.), *Social psychology for program and policy evaluation* (pp. 74-100). New York: Guilford.
7. Pender, N. 2011. *The health promotion model, manual*. Retrieved February 4, 2012, from nursing.umich.edu: <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.
8. Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of child development. Vol.6. Six theories of child development* (pp. 1-60). Greenwich, CT: JAI Press.
9. Yun, *et al.* 2010. The role of social support and social networks in smoking behavior among middle and older aged people in rural areas of South Korea: A cross-sectional study. *BMC Public Health: 10:78*.
10. Rogers. 2003. *Diffusion of Innovations*. Fifth Edition. Free Press, New York, p221
11. Siagian, S. 2004. *Teori motivasi dan aplikasinya*. Jakarta: Rineka Cipta.
12. Leddy, S.K. 2006. *Health promotion mobilizing*. Philadelphia: Davis Company.
13. Lucas dan Lloyd. 2005. *Health promotion evidence and experience*. London: SAGE Publications.
14. Anderson & Mc Farlane. 2011. *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing, 6<sup>th</sup> edition*. USA: Lippincott Williams & Wilkins. (Ruang Baca Henderson)
15. Stanhope & Lancaster. 2010. *Foundation of nursing in the community, community-oriented practice, 3<sup>rd</sup> edition*. USA: Mosby Elsevier.
16. Kotler dan Lee. 2007. *Social marketing: influencing behavior for good*. London: SAGE

Publication

16. Nies, M.A., Mc Ewen M. 2014. *Community/Public Health Nursing*. Canada: Saunders Elsevier.