

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



ILMU KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN GERONTIK



Aswati, S.Kep., Ners., M.Pd.
Ns. Cahya Tribagus Hidayat, S.Kep., M.Kes.
Ns. Sri Wahyuni Adriani, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
Wihelmus Nong Baba, S.Kep., Ns., M.Kes.
Rina Saraswati, S.Kep., Ns., M.Kep.
Santalia Banne Tondok, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Lintang Puspita Prabarini, S.Kep., M.Kep.
Ns. Yenny Safitri, M.Kep.
Leya Indah Permatasari, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Sofia Rhosma Dewi, S.Kep., M.Kep.
Yosephina E.S. Gunawan, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Dian Ratna Elmaghfuroh, S.Kep., M.Kes.
Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.
Domianus Namuwali, S.Kep., Ns., M.Kep.

BOOK CHAPTER

**ILMU KEPERAWATAN
KOMUNITAS DAN GERONTIK**

UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

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

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

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

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

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

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

ILMU KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN GERONTIK

Aswati, S.Kep., Ners., M.Pd.

Ns. Cahya Tribagus Hidayat, S.Kep., M.Kes.

Ns. Sri Wahyuni Adriani, M.Kep., Sp.Kep.Kom.

Wihelmus Nong Baba, S.Kep., Ns., M.Kes.

Rina Saraswati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Santalia Banne Tondok, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Lintang Puspita Prabarini, S.Kep., M.Kep.

Ns. Yenny Safitri, M.Kep.

Leya Indah Permatasari, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Sofia Rhosma Dewi, S.Kep., M.Kep.

Yosephina E.S. Gunawan, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Dian Ratna Elmagfuroh, S.Kep., M.Kes.

Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.

Domianus Namuwali, S.Kep., Ns., M.Kep.

Editor:

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

Penerbit



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

Anggota IKAPI
No. 370/JBA/2020

ILMU KEPERAWATAN KOMUNITAS DAN GERONTIK

Aswati, S.Kep., Ners., M.Pd.
Ns. Cahya Tribagus Hidayat, S.Kep., M.Kes.
Ns. Sri Wahyuni Adriani, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
Wihelmus Nong Baba, S.Kep., Ns., M.Kes.
Rina Saraswati, S.Kep., Ns., M.Kep.
Santalia Banne Tondok, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Lintang Puspita Prabarini, S.Kep., M.Kep.
Ns. Yenny Safitri, M.Kep.
Leya Indah Permatasari, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Sofia Rhosma Dewi, S.Kep., M.Kep.
Yosephina E.S. Gunawan, S.Kep., Ns., M.Kep.
Ns. Dian Ratna Elmaghfuroh, S.Kep., M.Kes.
Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.
Domianus Namuwali, S.Kep., Ns., M.Kep.

Editor :

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

Tata Letak :

Mega Restiana Zendrato

Desain Cover :

Syahrul Nugraha

Ukuran :

A5 Unesco: 15,5 x 23 cm

Halaman :

vi, 232

ISBN :

978-623-362-556-2

Terbit Pada :

Juni 2022

Hak Cipta 2022 @ Media Sains Indonesia dan Penulis

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

PENERBIT MEDIA SAINS INDONESIA

(CV. MEDIA SAINS INDONESIA)

Melong Asih Regency B40 - Cijerah

Kota Bandung - Jawa Barat

www.penerbit.medsan.co.id

KATA PENGANTAR

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

Sistematika buku Ilmu Keperawatan Komunitas dan Gerontik ini mengacu pada pendekatan konsep teoritis dan contoh penerapan. Oleh karena itu diharapkan book chapter ini dapat menjawab tantangan dan persoalan dalam sistem pengajaran keperawatan anak di perguruan tinggi.

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

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

Bandung, 25 Mei 2022
Editor

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	iii
1 KONSEP DASAR, PALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN KOMUNITAS	1
Latar Belakang	1
Konsep Dasar Keperawatan Komunitas	3
Falsafah dan Paradigma Keperawatan Komunitas	13
2 TREN DAN ISU KEPERAWATAN KOMUNITAS.....	19
Trend Issue Keperawatan Komunitas.....	19
Tren Dan Isu yang Sedang Dibicarakan dalam Keperawatan Komunitas	23
Masalah Bidang Kesehatan di Indonesia.....	26
Keperawatan Kesehatan Komunitas di Masa Mendatang.....	32
3 TEORI, MODEL DAN ILMU PRAKTIK KEPERAWATAN KOMUNITAS	35
Model Keperawatan Sebagai Dasar Praktik	35
<i>Community-As-Partner</i> Model	35
Inti Komunitas (<i>Core</i>).....	39
Sub Sistem	40
4 ETIKA DAN NILAI DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS.....	51
Latar Belakang	51
Macam-Macam Etika	53
Teori Etik	54
Etik Keperawatan	58

	Prinsip Dasar dan Etika dalam Kesehatan Komunitas	60
5	PROMOSI KESEHATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER.....	63
	Promosi Kesehatan	63
	Pelayanan Kesehatan Primer	74
6	TERAPI KOMPLEMENTER DAN HOME CARE	81
	Pendahuluan	81
	Terapi Komplementer.....	82
	<i>Home Care</i>	88
7	ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELOMPOK RENTAN: LANSIA DAN TUNAWISMA.....	101
	Pendahuluan	101
	Pengertian	102
	Konsep Kerentanan.....	102
	Kerentanan dan Kesenjangan dalam Kesehatan .	104
	Konsep Kerentanan pada Tunawisma	106
	Konsep Kerentanan pada Lansia.....	109
	Peran Perawat Komunitas	115
8	USAHA KESEHATAN SEKOLAH DAN PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT	121
	Usaha Kesehatan Sekolah (UKS).....	121
	Pengertian Usaha Kesehatan Sekolah	121
	Konsep Dasar Puskesmas	137
9	LANSIA DAN PROSES PERKEMBANGANNYA.....	145
	Definisi Lanjut Usia	145
	Perubahan-Perubahan yang Terjadi Pada Lanjut Usia	145

	Mitos dan Realita Pada Lanjut Usia	150
	Tugas Perkembangan Lanjut Usia.....	151
	Tipe Lanjut Usia	152
10	PROSES MENUA DAN NUTRISI PADA LANSIA....	155
	Proses Menua	155
	Proses Menua dan Kebutuhan Nutrisi	156
	Kebutuhan Nutrisi Lansia.....	158
	Gangguan Pemenuhan Nutrisi Pada Lansia	161
	Pengkajian Status Nutrisi Lansia	163
	Intervensi Untuk Mengoptimalkan Status Nutrisi Lansia	167
11	PEMERIKSAAN FISIK DAN MASALAH FISIK PADA LANSIA	171
	Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital	172
	Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Kulit.....	174
	Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Kepala Dan Leher	174
	Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Jantung, Paru-Paru, dan Payudara ...	178
	Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Sistem Musculoskeletal	181
	Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Abdomen	182
	Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Sistem Genitourinari	183
	Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Sistem Persarafan.....	184

12	ASPEK PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL PADA LANSIA.....	187
	Aspek Psikososial.....	187
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perubahan Psikososial	189
	Aspek Spiritual	191
	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Spiritualitas pada Lansia.....	193
	Indikator Kebutuhan Spiritual.....	195
	Integrasi dalam Pencapaian <i>Quality of Life</i> pada Lansia	196
13	PERAN PERAWAT DALAM ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK ...	205
	Peran Perawat dalam Asuhan Keperawatan Gerontik.....	205
	Peran Perawat Gerontik	206
	Fungsi Perawat Gerontik.....	207
	Fokus Keperawatan Gerontik.....	209
	Tujuan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia.....	209
	Pendekatan Keperawatan Lanjut Usia.....	210
	Tugas Penting Perawat Lanjut Usia.....	211
	Peran Keluarga dalam Perawatan Lanjut Usia ...	212
14	KONSEP DAN PROSES ASUHAN KEPERAWATN GERONTIK	215
	Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik.....	215
	Proses Keperawatan Gerontik	217

KONSEP DASAR, PALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN KOMUNITAS

Aswati, S.Kep., Ners., M.Pd.

STIKES YARSI Mataram

Latar Belakang

Komunitas adalah suatu sekumpulan orang-orang yang tinggal di suatu wilayah yang nyata, dan memiliki karakteristik yang sama, seperti kesama suku, agama, ras, minat, masalah, kepentingan yang sama dan bisa berbagi informasi dalam interaksi sosial yang bermanfaat untuk peningkatan kualitas hidup mereka. Komunitas juga merupakan kelompok yang terdiri dari individu-individu yang memiliki kesamaan visi misi, ciri atau karakteristik yang sama yang bisa dilihat dari tahapan tumbuh kembang dan kesamaan masalah kesehatan /penyakit yang ada pada kelompok tertentu, misalnya klompok penyakit menular dan tidak menular. Keperawatan Komunitas merupakan upaya yang dilakukan oleh perawat secara professional dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang optimal bekerjasama dengan masyarakat, sehingga pada akhirnya mereka mampu mengatasi masalah kesehatan yang dialami, dengan menggunakan pendekatan pada kelompok yang beresiko terhadap masalah kesehatan, serta peningkatan kesehatan dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan.

Sasaran pelayanan Keperawatan Komunitas adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga dan kelompok yang beresiko tinggi seperti kelompok ibu dan anak, remaja, dewasa dan lansia yang termasuk rawan masalah kesehatan.

Dalam pelaksanaan keperawatan komunitas, diupayakan antara petugas dan masyarakat menjaga hubungan lebih dekat sehingga penerapan strategi pelayanan kesehatan yang utama adalah pendekatan kepada masyarakat itu bisa tercapai. Peran serta masyarakat tersebut diartikan sebagai suatu proses dimana individu, keluarga ikutbereperan aktif dalam semua kegiatan dan bertanggung jawab atas kesehatannya secara mandiri dengan berperan sebagai pelaksana kegiatan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan, berdasarkan asas manfaat, langsung, otomi dan kerjasama dalam meningkatkan kemandirian individu, keluarga, kelompok di komunitas. Dalam praktik keperawatan komunitas menmggunakan pendekatan ilmiah yaitu proses keperawatan yang terdiri dari proses pengkajian, diagnosa, interfensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Dalam pelaksanaannya perawat bisa melakukan secara mandiri dan bekerjasama dengan tim kesehatan yang ada di daerah serta pengambil kebijakan. Tapi dalam pelaksanaannya masih jauh dari apa yang diharapkan dikarenakan banyak factor yang tidak bisa diselesaikan dalam waktu yang bersamaan dan dalam waktu singkat, sehingga pentingnya perawat dalaem pelasaan harus menggunakan berbagai metode dalam pelaksanaan keperawatan komunitas. Dalam perawatan di masyarakat haruslah memperhatikan dasar -dasar keperawatan komunitas yaitu palsapah dan paradigmm keperawatan komunitas, yang terdiri dari empat komponen , yaitu: manusia, kesehatan, lingkungan dan keperawatan. Keempat unsur ini akan selalu saling mempengaruhi satu dengan yang lain, Dengan begitu maka keseimbangan empat unsur ini sangat besar pengaruhnya dalam peningkatan setatus kesehatan masyarakat secara menyeluruh, terus-menerus dan berkesinambungan.

Konsep Dasar Keperawatan Komunitas

1. Definisi

Komunitas adalah sekelompok individu yang tinggal di wilayah tertentu memiliki nilai keyakinan, dan minat yang relatif sama serta berinteraksi satu dengan yang lainnya untuk mencapai suatu tujuan bersama. Komunitas juga bisa di definisikan sebagai kelompok yang terdiri dari individu, keluarga yang berinteraksi satu dengan yang lainnya dalam memenuhi kebutuhannya secara biologis, psikologis, sosial spiritualnya. Komunitas juga sebagai satu kesatuan hidup yang menempati wilayah yang jelas, nyata, ada batas wilayahnya, memiliki suatu sistem adat istiadat, budaya, serta terikat oleh rasa identitas dalam komunitas (Harnilawati, 2013).

Keperawatan Komunitas adalah suatu upaya pelayanan keperawatan yang merupakan bagian integral dari pelayanan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat dengan mengikutsertakan tim kesehatan yang lain dan yang meliputi keluarga, penduduk didaerah kumuh, daerah terisolasi dan daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok ibu, bayi, balita, anak, remaja dan lansia, (Veronica, Nuraeni, & Supriyono, 2017). Keperawatan kesehatan komunitas telah dikeluarkan oleh organisasi-organisasi profesional. Berdasarkan pernyataan dari *American Nurses Association* (2004) yang mendefinisikan keperawatan kesehatan komunitas sebagai tindakan untuk meningkatkan dan mempertahankan kesehatan dari populasi dengan mengintegrasikan ketrampilan dan pengetahuan yang sesuai dengan keperawatan dan kesehatan masyarakat. Praktik yang dilakukan secara komprehensif dan umum serta tidak terbatas pada kelompok tertentu, berkelanjutan dan tidak terbatas pada perawatan yang bersifat episodik.

2. Tujuan Keperawatan Komunitas

Pencegahan dan peningkatan kesehatan masyarakat melalui tindakan:

- a. Melakukan asuhan keperawatan langsung (direct care) terhadap individu, keluarga, kelompok, dalam konteks masyarakat.
- b. Memperhatikan mengidentifikasi/menganalisa kondisi masyarakat (health general community) dengan mempertimbangkan permasalahan atau isu kesehatan masyarakat yang dapat mempengaruhi keluarga, individu dan kelompok. Selanjutnya secara spesifik diharapkan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat mempunyai kemampuan untuk:
 - 1) Mengidentifikasi masalah kesehatan yang di alami
 - 2) Menetapkan masalah kesehatan dan memprioritaskan masalah tersebut
 - 3) Merumuskan serta memecahkan masalah kesehatan
 - 4) Menanggulangi masalah kesehatan yang mereka hadapi
 - 5) Mengevaluasi sejauh mana pemecahan masalah yang mereka hadapi, yang akhirnya dapat meningkatkan kemampuan dalam memelihara kesehatan secara mandiri (*self care*)

3. Sasaran Keperawatan Komunitas

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

Sasaran Keperawatan Kesehatan Komunitas (Depkes, 2006)

a. Sasaran individu

Individu Sebagai Klien Individu adalah anggota keluarga sebagai kesatuan utuh dari aspek biologis, psikologis, social dan spiritual. Ketika individu tersebut memiliki masalah kesehatan yang disebabkan oleh ketidakmampuan merawat dirinya sendiri maka akan dapat mengakibatkan dampak atau pengaruh terhadap anggota keluarga yang lain yang ada dilingkungan keluarga/rumahnya sebagai akibat dari proses tumbuh kembang. Maka perawat sangat berperan dalam membantu individu dalam memenuhi kebutuhan dasarnya karna adanya kelemahan fisik dan mental yang dialami oleh individu didalam keluarga.

b. Sasaran keluarga

Keluarga yang termasuk beresiko masalah kesehatan (vulnerable group) atau risiko tinggi (high risk group), dengan prioritas : 1. Keluarga kurang mampu belum memanfaatkan sarana kesehatan yang ada (Puskesmas dan jaringannya) serta belum mempunyai kartu sehat. 2. Keluarga kurang mampu yang sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan tetapi mempunyai masalah kesehatan terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan balita, kesehatan reproduksi, penyakit menular. 3. Keluarga tidak termasuk miskin yang mempunyai masalah kesehatan prioritas serta belum memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan

c. Sasaran kelompok

Sasaran kelompok adalah kelompok-kelompok yang yang beresiko rentan terhadap adanya masalah kesehatan baik yang terikat maupun tidak terikat dalam suatu institusi. Meliputi: a. Kelompok masyarakat yang terikat dalam suatu

institusi, meliputi: Posyandu, Kelompok Balita, Kelompok BUMIL/BUTEKI, Kelompok lansia, Kelompok penderita penyakit tertentu, kelompok pekerja informal. b. Kelompok masyarakat khusus terikat dalam suatu institusi, antara lain sekolah, pesantren, panti asuhan, panti usia lanjut, rumah tahanan (rutan), lembaga pemasyarakatan.

d. Sasaran masyarakat

Masyarakat Sebagai Klien Masyarakat memiliki ciri-ciri adanya interaksi antar warga, diatur oleh adat istiadat, norma, hukum dan peraturan yang khas dan memiliki identitas yang kuat mengikat semua warga. Sasaran masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok khusus dalam lingkup yang lebih luas dilihat dari sasarannya, yang rentan atau mempunyai risiko tinggi terhadap timbulnya masalah kesehatan di masyarakat, diprioritaskan pada: Masyarakat secara umum di suatu wilayah (Kecamatan/Kelurahan/Desa) yang mempunyai :

1. Jumlah bayi meninggal lebih tinggi di bandingkan daerah lain
2. Jumlah penderita penyakit tertentu lebih tinggi dibandingkan daerah lain
3. Capaian pelayanan kesehatan rendah.

4. Lingkungan Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas

a. Di rumah Perawat/klien individu “home care” memberikan pelayanan secara langsung pada keluarga di rumahnya dalam upaya pemulihan atau perawatan jangka waktu yang lama, dan bisa memberikan edukasi kepada keluarga agar dapat mandiri dalam merawat anggota keluarganya yang sakit, seperti stroke, hipertensi, jantung, DM, karna kecelakaan, Peran home care dapat meningkatkan fungsi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mempunyai resiko tinggi masalah kesehatan.

b. Di sekolah, disekolah (day care)

- c. Di perusahaan. Berupa perawatan langsung dengan kasus kesakitan/kecelakaan minimal di tempat kerja/kantor, home industri/ industri, pabrik dll. Jenis kegiatannya adalah pendidikan kesehatan terkait dengan upaya keamanan dan keselamatan kerja, meliputi, nutrisi seimbang, penurunan stress, olah raga dan penanganan perokok serta pengawasan makanan.
 - d. Di lokasi akibat suatu wabah atau bencana alam berupa tindakan perawatan langsung terhadap akibat dari dampak masalah yang dialami akibat wabah.
 - e. Puskesmas/bangsas perawatan keliling Pelayanan keperawatan dalam puskesmas keliling diberikan kepada individu, kelompok masyarakat di pedesaan, kelompok terlantar. Pelayanan keperawatan yang dilakukan adalah pengobatan sesuai gejala, screening kesehatan, perawatan kasus penyakit akut dan kronis, pengelolaan dan rujukan kasus penyakit.
 - f. Di Panti panti. Meliputi: tempat penitipan anak asuhan anak, panti wreda, dan panti sosial lainnya serta rumah tahanan (rutan) atau lembaga pemasyarakatan (Lapas).
 - g. Di lokasi pengungsian, gelandangan/pemulung/pengemis, kelompok penderita HIV (ODHA/Orang Dengan Hiv-Aids), dan WTS
5. Strategi Intervensi Keperawatan Komunitas
- a. Proses Kelompok (*group process*)
Suatu proses tindakan keperawatan yang dilakukan dengan cara membentuk group diskusi terkait permasalahan atau pembewriaan informasi kepada responden dalam rangka meningkatkan pengetahuan kelompok. Seseorang dapat mengenal dan mencegah penyakit, tentunya setelah belajar dari pendidikan formal atau non-formal.

b. Pendidikan kesehatan (*Health promotion*)

Merupakan proses perubahan perilaku yang dinamis, melalui seperangkat prosedur. Akan tetapi, perubahan tersebut terjadikarna adanya kesadaran dari dalam diri individu, keluarga, kelompok atau masyarakat itu sendiri, agar mampu: a. Mengidentifikasi masalah dan kebutuhan mereka sendiri; b. Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalahnya, dengan sumberdaya yang ada pada mereka dan di tambah dengan dukungan dari luar c. Mengambil keputusan yang paling tepat guna, untuk meningkatkan taraf hidup sehat dan kesejahteraan masyarakat. tujuan pendidikan kesehatan yaitu “meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan; baik fisik, mental, dan sosialnya; sehingga produktif.

c. Bekerjasama (*Partner Ship*)

Berbagai persoalan kesehatan yang terjadi dalam lingkungan masyarakat jika tidak di tangani dengan baik akan menjadi ancaman bagi lingkungan masyarakat. bewkerjasama antar tim kesehatan lain, sangat dibutuhkan dalam upaya mencapai tujuan asuhan keperawatan komunitas, melalui upaya ini berbagai persoalan di dalam lingkungan masyarakat akan dapat diatasi dengan lebih cepat.

6. Upaya Pencegahan Dalam Keperawatan Komunitas

Upaya pencegahan dalam komunitas terdiri dari tiga (3) level pencegahan harus dilakukan sebagai upaya peningkatan deraat kesehatan dan upaya penurunan angka kesakitan, yaitu:

a. Pencegahan primer (sebelum sakit)

Pencegahan primer ditunjukkan kepada individu, keluarga, kelompok, masyaraka sebelum terjadi masalah kesehatan/mepenyakit. Pencegahan primer termasuk upaya menghindari factor-faktor

yang menyebabkan terjadinya masalah kesehatan sebagai akibat dari factor keturunan, gizi, lingkungan, dan prilaku. Kegiatan yang paling utama dalam pencegahan primer meliputi pendidikan kesehatan pada individu, kelompok. Kelompok dan masyarakat. misalnya tindakan perlindungan yang paling umum yaitu memberikan imunisasi pada bayi, anak balita dan ibu hamil, penyuluhan gizi bayi dan balita.

b. Pencegahan sekunder (saat sakit)

Pencegahan sekunder adalah kegiatan yang dilakukan pada saat masalah sudah ada, dan menunjukkan suatu gejala penyakit yang sudah didiagnosa oleh dokter mengalami gangguan kesehatan. Upaya pencegahan merupakan upaya deteksi penyakit lebih awal, dan melakukan pengobatan secara tepat untuk mengurangi faktor resiko.

c. Pencegahan tertier (setelah sembuh dari saki/pemulihan)

Pencegahan tertier merupakan kegiatan yang dilakukan ketika individu, keluarga, masyarakat pada tahap pemulihan, dimana tujuannya adalah untuk mencegah terjadinya kecacatan yang diakibatkan oleh penyakit yang sudah diderita sebelumnya, seperti penyakit stroke atau disebut dengan upaya rehabilitasi (pemulihan kembali).

7. Asas/Prinsip Perawatan Komunitas

Dalam melakukan asuhan keperawatan komunitas hendaknya memegang prinsip-prinsip asas yang ada dalam komunitas, yaitu:

a. Manfaat

Dalam melakukan asuhan keperawatan komunitas hendaknya dapat memberikan manfaat yang baik bagi kesehatan individu, keluarga, kelompok. Dalam pelaksanaannya hendaknya memberikan manfaat sebaik-baiknya

untuk kepentingan komunitas, sehingga masyarakat secara umum merasakan suatu perubahan kearah yang lebih baik dari sebelum di lakukan intervensi dalam komunitas.

b. Kerjasama

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas, Perawat dan Klien bekerjasama dalam mengidentifikasi, merencanakan solusi yang akan digunakan dalam mengatasi masalah kesehatannya, kegiatan kerjasama dalam proses keperawatan komunitas dilakukan dalam waktu yang panjang dan bersifat berkelanjutan serta melakukan kerja sama lintas program dan lintas sektoral (Riyadi, 2007). Kerjasama antara perawat dan masyarakat sangat mempengaruhi dalam mencapai tujuan bersama.

c. Secara langsung

Perawat melakukan asuhan keperawatan dilakukan secara langsung kepada sasarannya, tidak melalui perantara atau orang lain, kepada klien dan lingkungannya termasuk lingkungan sosial, ekonomi serta fisik mempunyai tujuan utama peningkatan status kesehatannya,

d. Adil

Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat harus adil dan tidak membeda-bedakan kelompok komunitas serta dalam tindakan harus disesuaikan dengan kemampuan atau kapasitas dari komunitas. Karna ketika perawat menentukan tindakan sendiri tanpa partisipasi dari masyarakat maka kegiatan tidak dapat berjalan sesuai harapan.

e. Otonomi

Klien komunitas diberikan kebebasan dalam menentukan/memilih beberapa alternatif terbaik dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang ada, tentunya disesuaikan dengan kemampuan

komunitas atau sumber-sumber yang ada di komunitas.

8. Ruang Lingkup Keperawatan Komunitas

a. Upaya Promotif

Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan melakukan kegiatan penyuluhan kesehatan, peningkatan gizi, pemeliharaan kesehatan perorangan, pemeliharaan kesehatan lingkungan, olahraga teratur, rekreasi dan pendidikan.

b. Upaya preventif

Dilakukan untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga kelompok dan masyarakat melalui kegiatan imunisasi, deteksi dini/scrining secara berkala melalui posyandu, puskesmas dan kunjungan rumah, pemberian vitamin A, iodium, ataupun pemeriksaan dan pemeliharaan kehamilan dan nifas.

c. Upaya kuratif

Dilakukan bertujuan untuk mengobati anggota keluarga yang sakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan perawatan orang sakit di rumah, perawatan orang sakit di rumah sakit, perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis, perawatan buah dada, ataupun perawatan tali pusat bayi baru lahir.

d. Upaya rehabilitatif

Dilakukan dalam upaya pemulihan terhadap pasien yang dirawat di rumah atau kelompok-kelompok yang menderita penyakit seperti TBC, kusta dan cacat fisik, mental, melalui kegiatan latihan fisik pada penderita kusta, patah dan lain sebagainya, kegiatan fisioterapi pada penderita stroke, batuk efektif pada penderita TBC. Upaya resosialitatif adalah upaya untuk mengembalikan

penderita ke masyarakat yang karena penyakitnya dikucilkan oleh masyarakat seperti, penderita AIDS, kusta dan wanita dengan cacat social.

9. Peran Perawat Komunitas

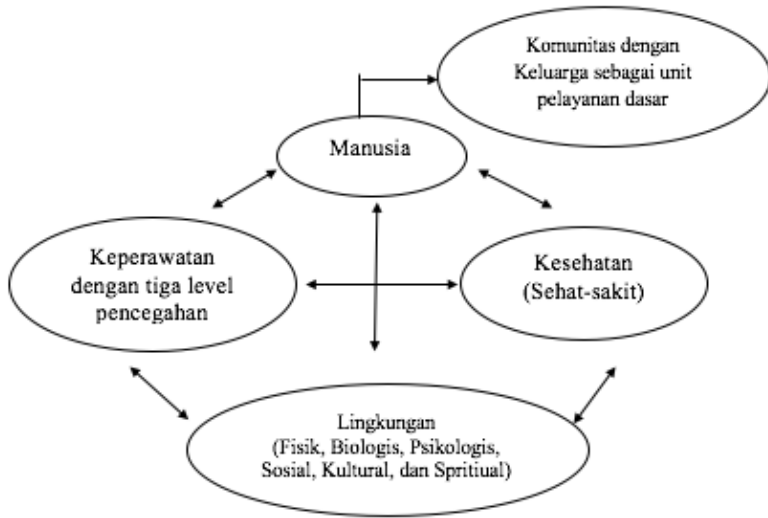
- a. Pendidik (Edukator) Perawat memiliki peran untuk dapat memberikan informasi yang memungkinkan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam membuat pilihan dan mempertahankan otonominya dalam mengkaji dan memotivasi belajar klien.
- b. Konsultan hukum (Advokat) Perawat memberi pembelaan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang tidak dapat bicara untuk dirinya.
- c. Manajer. Perawat memberikan pelayanan kesehatan yang bertujuan menyediakan pelayanan kesehatan yang berkualitas, mengurangi fragmentasi, serta meningkatkan kualitas hidup individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai klien...
- d. (Kolaborasi), Perawat komunitas tidak bisa bekerja sendiri tanpa bantuan kelompok ilmu sehingga perlu bekerjasama dengan rekan sejawat dari berbagai bidang ilmu atau anggota tim kesehatan lain. dalam mengatasi masalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik di rumah sakit, puskesmas posyandu dan pelayanan kesehatan terkait untuk mencapai tahap kesehatan yang optimal.
- e. Menjadi contoh (Role Model) Perawat dalam bertindak, bersikap, bertutur kata harus bisa dijadikan sebagai panutan atau contoh buat individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat sesuai dengan peran yang diharapkan. Perawat harus bisa memberikan contoh berperilaku hidup bersih dan sehat dalam kesehariannya agar dapat docontoh oleh masyarakat secara langsung.

- f. Peneliti . Perawat dalam meningkatkan pengetahuannya dan meningkatkan kualitas belajarnya perlu melakukan penelitian terkait pembelajaran dikomunitas, sehingga bisa menemukan permasalahan yang sedang tren dimasyarakat dan dapat diatasi dengan model atau metode terbaru sesuai permasalahan yang ada di komunitas. serta dapat ditangani secara tepat dan dapat meningkatkan kualitas perawatan komunitas.
- g. Memperbaharui (*Change Agent*) Perawat kesehatan masyarakat dapat berperan sebagai agen pembaharu terhadap individu, keluarga, kelompok, masyarakat dan bisa membuat program –program atau inovasi dalam mengatasi masalah kesehatan.

Falsafah dan Paradigma Keperawatan Komunitas

Palsafah keperawatan komunitas dijadikan sebagai dasar dalam perawatan komunitas dengan memberikan pelayanan terhadap individu, keluarga, kelompok yang dipengaruhi oleh faktor lingkungan biologis, psiko-sosial, cultural, dan spritual. Yang mengakibatkan terjadinya masalah kesehatan komunitas. Sebagai prioritas dalam menentukan strategi pencegahan penyakit dan peningkatan upaya pencegahan dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Falsafah yang mendasari komunitas mengacu kepada paradigma keperawatan secara umum yaitu manusia, yang merupakan dasar utama setiap upaya tindakan dalam pembangunan kesehatan yang menjunjung tinggi nilai-nilai yang ada di kemanusiaan dalam masyarakat.

Berdasarkan uraian tersebut maka terbentuklah rumusan atau gambaran falsafah atau paradigma keperawatan komunitas menjadi 4 komponen dasar, sesuai gambaran yang diuraikan dalam gambar dibawah: yaitu:



Gambar 1.1. Komponen Paradigma Keperawatan

Berdasarkan gambar tersebut maka dapat di jelaskan sebagai berikut:

1. Manusia.

Komunitas sebagai klien/manusia merupakan focus utama dalam paradigam keperawatan manusia secara individu memiliki kebutuhan dasar yang sama , seperti bio-psiko-sosial, dan spritual, dan dalam mencapainya mereka harus berinteraksi satu dengan yang lain dalam mencapai kebutuhan dasarnya sesuai dengan hirarhi kebutuhan dasar menurut Maslow, Manusia sebagai klien tidak bisa hidup tanpa bantuan orang lain karna manusia adalah mahluk sosial.

2. Kesehatan.

Sehat adalah suatu kondisi terbebasny dari gangguan pemenuhan kebutuhan dasar klien / komunitas. Sehat juga diartikan sebagai suatu kondisi dimana orang setelah diperiksa dinyatakan /didiagnosa sehat oleh dokter dan tidak menunjukkan adanya gejala atau tanda-tanda suatu penyakit dan adanya masalah kesehatan.. Sedangkan

kondisi sakit adalah suatu kondisi dimana klien setelah diperiksa dokter/petugas kesehatan dinyatakan sakit, walaupun klien merasakan gejala atau tidak.

3. Lingkungan

Lingkungan dalam paradigme keperawatan memiliki implikasi yang sangat luas bagi kelangsungan hidup manusia. Lingkungan tersebut adalah lingkungan internal dan eksternal dimana individu, keluarga berinteraksi sehingga pengaruh disekitar klien yang bersifat biologis, psikologis, social, cultural dan spiritual.

4. Keperawatan.

Intervensi / tindakan yang bertujuan untuk menekan stressor, melalui pencegahan primer, sekunder dan tersier.(Efendi Ferry dan Makhfudli, 2009).

Daftar Pustaka

- Anderson & McFarlane, 2011. Community As Partner: Theory And Practice In Nursing. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Efendi, Ferry dan Makhfudli. 2009. Keperawatan Kesehatan Komunitas Teori dan Praktik dalam Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika
- Harnilawati. 2013. Pengantar Ilmu Keperawatan Komunitas. Sulawesi: Pustaka As Salam
- Depkes RI, 2015. Sistem Kesehatan Nasional. Jakarta. http://www.ziddu.com/download/4067454/rancangan_SKN_2015.pdf.html. Dinkes Hikmawati Isna. 2015. Pendidikan kesehatan dalam promosi Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Indriyani Diyan, dkk. 2016. Buku Ajar Keperawatan Promosi Pijat perineum: Ar-Ruzz Media

Profil Penulis



Aswati

Lahir di Rebakong, Desa Kayangan, Kecamatan Kayangan Kabupaten Lombok Utara, pada tanggal 31 Desember 1973, dari pasangan Aludin (Almarhum) dan Kinasim.

Memasuki sekolah SD Braringan no 2 kayangan, kemudian, kemudian SMP 2 kayangan dan SMA Al Ma'rif, dan lulus D4 Keperawatan UNAIR Surabaya, kemudian lulus Akta 4 UNRAM, selanjutnya Sarjana Keperawatan Ners, selanjutnya lulus Magister Pendidikan 2019. Aktif sebagai tenaga pengajar di SPK Yarsi dari tahun 1996, 1996-2003) selanjutnya sebagai dosen AKPER Yarsi sejak tahun 2004, selanjutnya sebagai dosen STIKES YARSI MATARAM Di Program Diploma tiga (3) Keperawatan. Mengampu mata kuliah komunitas dan Keluarga dari tahun 2004.

Email: aswati.karyadi@gmail.com

TREN DAN ISU KEPERAWATAN KOMUNITAS

Ns. Cahya Tribagus Hidayat, S.Kep., M.Kes.

Universitas Muhammadiyah Jember

Keperawatan sebagai profesi merupakan suatu bentuk kepedulian dalam peningkatan kesejahteraan individu dan masyarakat baik pada level promotif, preventif, kuratif, maupun rehabilitative. Upaya peningkatan kesejahteraan tersebut harus diimbangi dengan kepekaan terhadap perubahan dan perkembangan yang ada di lingkungan seiring dengan perkembangan zaman. Keperawatan Komunitas merupakan salah satu cabang ilmu keperawatan yang tidak bisa terpisah dari perubahan dan perkembangan zaman baik dalam hal perkembangan teknologi peralatan kesehatan, ragam variasi penyakit, serta perkembangan tindakan keperawatan sesuai dengan *evidence based practice* yang ada. Adanya permintaan dari masyarakat terkait peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, menjadikan Lembaga Dinas Kesehatan dan Puskesmas mendapat perhatian oleh masyarakat.

Trend Issue Keperawatan Komunitas

1. Definisi Trend dan Issue

Trend merupakan suatu keadaan mendasar tentang pendekatan terhadap kondisi perkembangan zaman yang menjadi suatu gambaran atau informasi yang populer di lingkup individu dan masyarakat, sedangkan yang dimaksudkan dengan Isu adalah suatu keadaan yang dapat diperhitungkan terkadi

atau tidaknya di masa yang akan datang, yang mencakup sector ekonomi, moneter, politik, sosial, bencana alam, pembangunan nasional dan yang lainnya yang mampu menjadi sebuah perhatian oleh masyarakat. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) Tahun 1997, isu KBBI tahun 1993, isu adalah:

- a. Suatu permasalahan yang diprediksi di masa mendatang yang membutuhkan penanganan;
- b. Berita yang muncul tanpa kejelasan sumbernya yang belum terjamin kebenarannya;
- c. Kabar angin.

Pada pelaksanaannya, sesuatu yang aktual memiliki beberapa definisi yaitu akan benar akan terjadi saat ini atau terjadi di masa mendatang. Selain itu juga menjadi perhatian khalayak ramai dan merupakan kabar yang sedang hangat. Sehingga dapat disimpulkan bahwa isu keperawatan merupakan suatu permasalahan yang akan terjadi dan membutuhkan penanganan. Atau juga bisa disebut dengan suatu kabar yang sedang hangat khususnya dalam ruang lingkup bidang keperawatan. Bidang ilmu keperawatan yang ada di Indonesia saat ini berkembang dengan pesat. Hal ini terjadi karena:

- a. Informasi dapat lebih mudah diakses oleh masyarakat, sehingga masyarakat lebih mudah dalam menerima perkembangan ilmu pengetahuan yang ada.
- b. Perkembangan ilmu pengetahuan di negara berkembang, mau tidak mau juga harus mengikuti arus perkembangan di era globalisasi sehingga perkembangan ilmu keperawatan juga berkembang dengan pesat.
- c. Perkembangan tingkat sosial ekonomi masyarakat yang semakin tinggi menuntut peningkatan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi, namun di sisi lain masih banyak masyarakat yang memiliki tingkat sosial ekonomi yang rendah

sehingga menginginkan pelayanan kesehatan yang ekonomis dan terjangkau.

2. Trend dan Issue Keperawatan

Trend dan Issue keperawatan adalah sesuatu yang sedang dibicarakan banyak orang tentang praktek atau mengenai keperawatan baik itu berdasarkan fakta ataupun tidak, trend dan issue keperawatan tentunya menyangkut tentang aspek legal dan etis keperawatan. saat ini trend dan issue keperawatan yang sedang banyak dibicarakan orang adalah aborsi, euthanasia, dan transplantasi organ manusia, tentunya semua issue tersebut menyangkut keterkaitan dengan aspek legal dan etis dalam keperawatan. Keperawatan merupakan profesi yang dinamis dan berkembang secara terus menerus dan terlibat dalam masyarakat yang berubah, sehingga pemenuhan dan metode keprawatan kesehatan berubah, karena gaya hidup masyarakat berubah dan perawat sendiri juga dapat menyesuaikan dengan perubahan tersebut. Definisi dan filosofi terkini dari keperawatan memperlihatkan trend holistic dalam keperawatan yang ditunjukkan secara keseluruhan dalam berbagai dimensi, baik dimensi sehat maupun sakit serta dalam interaksinya dengan keluarga dan komunitas. Tren praktik keperawatan meliputi perkembangan di berbagai tempat praktik dimana perawat memiliki kemandirian yang lebih besar.

3. Trend dan Issue Keperawatan komunitas

Profesi Keperawatan adalah salah satu bidang keprofesian yang bersifat dinamis dan akan terus mengalami perkembangan seiring dengan perkembangan zaman, sehingga perlu diiringi dengan pemenuhan dalam Tindakan keperawatan karena perubahan gaya hidup masyarakat yang juga harus diimbangi dengan perubahan dalam profesi keperawatan untuk menyesuakannya. Fokus ilmu keperawatan berada pada cabang ilmu sosial karena asuhan keperawatan memiliki bidang yang sangat luas. Trend saat ini di Pendidikan keperawatan adalah

semakin berkembangnya institusi Pendidikan keperawatan yang menerima peserta didik dalam profesi keperawatan baik di jenjang D3, S1, maupun S2 keperawatan maupun kesehatan. Dalam praktik keperawatan perkembangan Trend yang ada saat ini meliputi pelaksanaan praktek mandiri di berbagai tempat praktik yang dimana perawat memiliki otonomi sendiri sebagai seorang profesi dalam menentukan Tindakan keperawatan. Perawat secara terus menerus meningkatkan otonomi dan penghargaan sebagai anggota tim asuhan keperawatan. trend dalam keperawatan sebagai profesi meliputi: pendidikan, teori, pelayanan, otonomi, dan kode etik. aktivitas dari organisasi keperawatan professional menggambarkan trend dan praktek keperawatan.

Trend yang saat ini sedang di bicarakan adalah:

- a. Adanya keperawatan professional yang dipengaruhi oleh politik
- b. Adanya pengaruh perawat dalam aturan dan pelaksanaan praktik keperawatan
- c. Adanya puskesmas idaman.

Perkembangan Keperawatan di Indonesia saat ini sangat pesat, hal ini disebabkan oleh:

1. Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi yang sangat cepat sehingga informasi dengan cepat dapat diakses oleh semua orang sehingga informasi dengan cepat diketahui oleh masyarakat,
2. Perkembangan era globalisasi yang menyebabkan keperawatan di Indonesia harus menyesuaikan dengan perkembangan keperawatan di negara yang telah berkembang,
3. Sosial ekonomi masyarakat semakin meningkat sehingga masyarakat menuntut pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi, tapi di lain pihak bagi masyarakat ekonomi lemah mereka ingin pelayanan kesehatan yang murah dan terjangkau.

Trend kesehatan di Indonesia saat ini dihadapkan pada transisi epidemiologi dari penyakit menular ke penyakit kronis serta degeneratif. Kondisi tersebut disebabkan oleh perubahan struktur pendidikan dan gaya hidup masyarakat. Perubahan tersebut menyebabkan pola perawatan jangka panjang sangat dibuthkan. Seiring dengan itu, konsep pelayanan kesehatan pun berubah. Konsep yang tadinya masyarakat mendatangi institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit dan puskesmas menjadi pelayanan kesehatan yang mendatangi masyarakat. Oleh karena itu, paradigma rumah sakit adalah tempat paling penting dalam penyembuhan dan perawatan klien sudah mulai berubah menjadi perawatan dirumah (Widyanto, 2014). Hampir semua orang setuju bahwa rumah merupakan tempat paling baik untuk melakukan perawatan kesehatan, terutama untuk meningkatkan kemandirian klien. Tidak hanya memberikan perawatan yang lebih murah, *home care* juga merupakan langkah kunci untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal untuk banyak klien. Konsep *home care* dapat meningkatkan kualitas pelayanan dan menghindari rawat inap di pelayanan kesehatan karena kondisi kronis atau efek samping. Konsep *home care* juga menghindari kesalahan yang sering dilakukan di rumah jika tidak ada perawat seperti kesalahan pengobatan atau terjatuh.

Tren Dan Isu yang Sedang Dibicarakan dalam Keperawatan Komunitas

1. Pengaruh politik terhadap keperawatan professional

Keterlibatan perawat dalam politik sangat terbatas. Walaupun secara individu ada beberapa nama seperti F. Nightingale, Lilian Wald, Margaret Sunger, dan Lavinia Dock telah mempengaruhi dalam pembuatan di berbagai bidang nampaknya perawat kurang di hargai sebagai kelompok. Gerakan wanita telah memberikan inspirasi pada perawat mengenai masalah keperawatan komunitas. Kekuatan politik merupakan kemampuan untuk mempengaruhi atau meyakinkan seseorang untuk memihak pada pemerintah untuk memperlihatkan bahwa kekuatan dari pihak tersebut

membentuk hasil yang diinginkan (Rogge,1987). Perawat merasa tidak nyaman dengan politik karena mayoritas perawat adalah wanita dan politik merupakan dominasi laki-laki (Marson,1990). Keterlibatan perawat dalam politik mendapatkan perhatian yang lebih besar dalam kurikulum keperawatan, organisasi professional, dan tempat perawatan professional. Organisasi keperawatan mampu menggabungkan semua upaya seperti pada Nursing Agenda *For Health Care Reform* (Tri-council,1991). Strategi spesifik pengintegrasian peraturan public dalam kurikulum keperawatan, sosialisasi dini, berpartisipasi dalam organisasi profesi, memperluas lingkungan praktik klinik, dan menjalankan tempat pelayanan kesehatan.

2. Pengaruh perawat dalam aturan dan praktik keperawatan

Peluang keperawatan komunitas di masa mendatang akan semakin berkembang dan dibutuhkan pembangunan suatu sistem pelayanan kesehatan. Peran perawat tersebut sangat dibutuhkan untuk mengatasi berbagai masalah kesehatan yang akan terjadi di masa mendatang karena seiring dengan adanya perkembangan zaman. Perubahan tersebut akan berdampak pada peran perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Intervensi keperawatan kesehatan masyarakat di berbagai tingkat pelayanan akan semakin besar dikarenakan adanya kelalaian, ketidaktahuan, ketidakmauan, dan ketidakmampuan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Komponen-komponen perubahan dalam masyarakat:

- a. Pertambahan penduduk. Pertambahan penduduk secara cepat (*population*) dan perubahan dalam gambaran penduduk, diantaranya perubahan dalam komposisi usia, penyebarannya, dan kepadatan penduduk kota besar.
- b. Transisi penyakit. Perubahan pola penyakit atau transisi penyakit yaitu perubahan penyakit

menular ke penyakit degenerative, seperti penyakit jantung, kanker, depresional dan ansietas, stroke, peningkatan kecelakaan, alkoholisme, dan yang akhir-akhir ini marak adalah penyalahgunaan narkotika.

- c. Perkembangan industrialisasi serta perubahan kondisi social. Perkembangan industrialisasi serta perubahan kondisi social yang cepat dengan di sertai perubahan- perubahan sikap, nilai, gaya hidup, kondisi lingkungan, kelompok-kelompok masyarakat baru, masalah individu, dan masyarakat.
 - d. Meningkatnya pengetahuan masyarakat sebagai pelayanan kesehatan akan meningkatkan juga harapan mereka terhadap mutu pelayanan keperawatan dan kesehatan pola pelayanan kesehatan yang baru akan meningkatkan pencapaian kesehatan bagi semua orang pada tahun 2000.
 - e. Kurang tenaga medis menyebabkan pelimpahan tanggung jawab atau wewenang pada perawat.
3. Puskesmas Idaman

Puskesmas Idaman merupakan suatu pelayanan kesehatan di tingkat kecamatan yang memiliki mutu dalam memenuhi harapan masyarakat dalam hal pemberian layanan kesehatan yang sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) di setiap Tindakan keperawatan yang akan dilakukan. Adanya “Puskesmas Idaman” ini diharapkan menjadi suatu layanan kesehatan yang memberikan pelayanan terbaik untuk masyarakat, akan berusaha untuk selalu meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan yang sesuai dengan harapan pelanggan. Sehingga Puskesmas Idaman ini dapat merubah paradigma dari “Puskesmas yang mengatur Masyarakat” menjadi “Puskesmas yang memenuhi harapan Masyarakat”.

Masalah Bidang Kesehatan di Indonesia

1. Perbedaan status kesehatan di tingkat sosial ekonomi

Rendahnya derajat kesehatan, rentannya ketahanan budaya, belum adanya optimalisasi potensi yang ada dari sektor kesenian dan pariwisata, status gizi, masih rendahnya kedudukan dan peranan wanita diberbagai bidang kehidupan dan pembangunan; masih rendahnya partisipasi aktif pemuda pada pembangunan nasional, belum membudayanya olahraga dan masih rendahnya prestasi olahraga serta tingkat kesejahteraan sosial masyarakat menjadi pokok permasalahan pembangunan sosial dan budaya. Berbagai permasalahan di atas akan diatasi melalui pembangunan yg mengacu dalam arah kebijakan sosial dan budaya yg sudah diamanatkan pada GBHN 1999–2004. Strategi yg dipakai pada pelaksanaan pembangunan di bidang sosial & budaya yaitu desentralisasi; peningkatan partisipasi warga termasuk dalam dunia usaha; pemberdayaan masyarakat melalui pemberdayaan wanita & keluarga; penguatan kelembagaan termasuk peningkatan koordinasi antarsektor & antarlembaga. Lingkungan sosial budaya yg erat kaitannya menggunakan kasus kesehatan wajib ditinjau berdasarkan segi kehidupan warga secara luas. Faktor – faktor kemasyarakatan tadi diantaranya struktur sosial, ekonomi & budaya. Ini mencakup kecerdasan masyarakat, pencerahan masyarakat buat memelihara kesehatan dirinya sendiri. Semakin tinggi pendidikan, akan diiringi dengan perilaku hidup sehat yang lebih baik dalam meningkatkan kesejahteraan hidup masyarakat. Masyarakat agraris umumnya akan lebih sulit untuk mengikuti perubahan nilai sosial budaya termasuk perekonomian. Selain permasalahan tersebut, masalah kemiskinan maupun pengembangan sosial dan budaya akan lebih sulit diatasi sehingga juga akan berpengaruh pada perilaku hidup sehat.

2. Tingginya Angka Mobilitas Penduduk

Gerakan Keluarga Berencana merupakan salah satu implementasi yang berhasil mengendalikan pertumbuhan dengan baik. Namun keberhasilan tidak bisa diimbangi dengan jumlah penduduk muda yang masih besar dan belum meratanya penyebaran penduduk di Indonesia sehingga menimbulkan permasalahan. Selain itu tingginya jumlah wanita dibandingkan pria dengan perbandingan 100: 96,8 dan jumlah penduduk yang berusia 40 tahun ke atas juga akan semakin bertambah sehingga sangat penting untuk diiringi dengan peningkatan pelayanan terhadap penyakit tidak menular yaitu kanker, penyakit jantung, dan penyakit degeneratif lainnya. Dengan demikian ciri kependudukan di Indonesia sampai sekarang masih cenderung bergerak lamban dari penduduk usia muda ke arah penduduk usia tua. Karena itu upaya kesehatan masih ditujukan terutama kepada penyakit-penyakit yang banyak diderita oleh anak-anak di bawah usia 5 tahun, dengan tidak melupakan pula berbagai penyakit yang lazim diderita oleh golongan umur produktif yang makin besar jumlahnya serta perubahan ciri-ciri penyakit di masa akan datang kondisi kesehatan lingkungan masih rendah; Pencemaran lingkungan dewasa ini selain terutama disebabkan karena kebiasaan membuang kotoran yang tidak semestinya juga disebabkan oleh pencemaran air dan tanah serta udara karena bahan buangan industri, limbah pertanian dan pertambangan serta pencemaran udara karena kendaraan bermotor. Pencemaran makanan dan minuman dapat terjadi karena hygiene dan sanitasi yang belum memadai, pemakaian bahan tambahan, pemakaian pestisida untuk menyelamatkan produksi pangan dan keadaan lingkungan yang makin tercemar. Mengenai perumahan, bahwa dewasa ini masih banyak penduduk menempati rumah dan pemukiman yang tidak layak, yang merugikan kondisi kesehatan diri sendiri dan lingkungan.

3. Rendahnya Perilaku Hidup Sehat Masyarakat

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner tersebut, maka perilaku kesehatan adalah suatu respons seseorang (organisme) terhadap stimulus objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. dari batasan ini, perilaku kesehatan dapat diklasifikasikan menjadi: Merujuk pada batasan perilaku yang disebutkan oleh Skinner bahwa perilaku kesehatan merupakan respon seseorang atau individu terhadap stimulus yang berhubungan dengan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa perilaku kesehatan diklasifikasikan menjadi sebagai berikut:

a. Perilaku merokok

Kebiasaan merokok merupakan suatu kebiasaan buruk yang dapat mengakibatkan berbagai macam penyakit. Namun kebiasaan merokok ini di Indonesia sudah menjadi suatu budaya dengan angka prevalensi 50% penduduk Indonesia adalah perokok dan sekitar 15% diantaranya adalah remaja.

b. Tidak minum-minuman keras dan narkoba

Kebiasaan minuman keras dan mengkonsumsi narkoba (narkotik dan bahan-bahan berbahaya lainnya) juga cenderung meningkat. Sekitar 1% penduduk Indonesia dewasa diperkirakan sudah mempunyai kebiasaan minuman keras ini.

c. Pemenuhan kebutuhan Istirahat

Peningkatan kebutuhan hidup berdampak pada kerasnya upaya masyarakat dalam memenuhi kebutuhannya dalam penyesuaian lingkungan yang modern menuntut individu untuk bekerja keras. Hal ini membutuhkan keseimbangan waktu istirahat yang harus dipenuhi agar tidak membahayakan kesehatan.

d. Manajemen stres

Tuntutan hidup yang keras akan cenderung berakibat pada peningkatan stressor dan berdampak pada kondisi psikologis seseorang. Manajemen stress sangat diperlukan agar kondisi individu yang mengalami stressor yang keras tidak berdampak pada kondisi kesehatannya. Hal-hal yang dapat dilakukan untuk mengelola stress adalah dengan melakukan kegiatan-kegiatan positif.

Kegiatan positif atau perilaku positif bagi kesehatan contohnya adalah penyesuaian diri dengan lingkungan dengan melakukan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Bentuk upaya seseorang dalam melakukan PHBS adalah dengan membuka jalur komunikasi badi perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat, memberikan informasi melalui edukasi untuk meningkatkan pengetahuan, perbaikan sikap dan perilaku dengan strategi pendekatan pimpinan, *social support* dan pemberdayaan masyarakat. Hal tersebut bertujuan agar individu mampu mengenali masalah yang dihadapinya sekaligus mampu mencari penyelesaiannya.

4. Terbatasnya Pelayanan Kesehatan yang tersedia untuk Masyarakat

Dewasa ini seiring dengan perkembangan zaman, sudah banyak dibangun Pusat Kesehatan masyarakat di tingkat kecamatan misalnya Puskesmas dan beberapa Puskesmas Pembantu (Pustu) untuk memberikan fasilitas kepada masyarakat dalam pemenuhan pelayanan kesehatan. Jangkauan pelayanan Puskesmas dan Pustu masih kurang representatif terutama bagi masyarakat yang tinggal di sebuah pedesaan yang masih cukup sulit menjangkaunya, sehingga alternatif yang ada adalah dengan penyediaan puskesmas keliling dan polindes.

Upaya pengembangan layanan kesehatan untuk masyarakat juga harus diimbangi dengan sistem pelayanan menyeluruh dan terintegrasi dengan

membuat sistem rujukan sehingga akan terbentuk pelayanan rumah sakit.

5. Jumlah tenaga kesehatan masih kurang merata

Masih rendahnya kualitas pelayanan kesehatan di Puskesmas dan jaringannya, masih rendahnya kinerja SDM Kesehatan. Secara umum dapat dikatakan bahwa baik tenaga medis maupun tenaga paramedis jumlah dan mutunya serta pemerataannya masih belum memadai. Hampir seluruh dokter dan sebagian besar tenaga paramedis adalah pegawai negeri, sedangkan banyak tenaga medis merangkap melayani usaha kesehatan swasta. Hal ini dapat mengurangi mutu pelayanan kesehatan-kesehatan pemerintah. Perbandingan jumlah dokter dan paramedis serta tenaga kesehatan lainnya terhadap jumlah penduduk masih jauh dari memuaskan. Pola ketenagaan untuk unit-unit pelayanan kesehatan serta pendidikan dan latihannya masih perlu dimantapkan. Sistem pengelolaan tenaga kesehatan yang baru dirintis belum sepenuhnya memungkinkan pembinaan tenaga kesehatan berdasarkan sistem karier dan prestasi kerja. Dengan meningkatnya kecepatan pembangunan bidang kesehatan sebagai bagian dari pembangunan nasional, kiranya masalah ketenagaan tersebut juga akan cenderung meningkat pula. Karena itu masalah ketenagaan perlu mendapatkan prioritas penggarapan baik untuk jangka pendek maupun menengah dan jangka panjang.

6. Pemanfaatan fasilitas kesehatan yang ada belum optimal

Pencarian dan penggunaan sistem atau fasilitas pelayanan kesehatan, atau sering disebut perilaku pencairan pengobatan (*health seeking behavior*). Perilaku ini adalah menyangkut upaya atau tindakan seseorang pada saat menderita penyakit dan atau kecelakaan. tindakan atau perilaku ini dimulai dari mengobati sendiri (*self treatment*) sampai mencari pengobatan ke luar negeri. Fasilitas kesehatan sebagai

salah satu sumber daya kesehatan sampai dewasa ini telah dikembangkan tahap demi tahap sesuai dengan keperluan. Jumlah dan fungsi rumah sakit baik pemerintah maupun swasta telah pula ditingkatkan. Peningkatan rumah sakit ini merupakan salah satu kegiatan dari peningkatan upaya kesehatan rujukan, yang dimaksudkan untuk lebih menunjang upaya kesehatan Puskesmas. Demikian pula fasilitas kesehatan lainnya seperti laboratorium, kantor, perumahan dinas, fasilitas pendidikan dan latihan dan yang lainnya telah pula ditingkatkan. Namun pemanfaatan terhadap fasilitas tersebut masih belum optimal, hal ini dapat kita lihat dari sedikitnya jumlah kunjungan rawat jalan di Puskesmas dibandingkan dengan kunjungan ke praktek pribadi medis maupun paramedis. Selain itu masih adanya pemanfaatan pengobatan pada praktik perdukunan pada sebagian masyarakat di pedesaan.

7. Akses masyarakat untuk mencapai fasilitas kesehatan yang ada belum optimal

Akses yang dimaksud adalah sarana pendukung seperti sarana jalan dan transportasi yang masih belum baik dan kurang. Di daerah terbelakang dan terpencil sampai saat ini untuk sarana jalan dan transportasi dapat dikatakan kurang mendukung. Untuk mencapai fasilitas kesehatan terkadang membutuhkan waktu sehari-hari hanya untuk mengobati sakit sanak keluarga masyarakat di desa terpencil tersebut. Permasalahan ini tidak lepas juga dengan letak geografis daerah tersebut. Selain itu tidak semua desa tertinggal atau terpencil ditempatkan petugas kesehatan dikarenakan masih kurangnya tenaga kesehatan.

8. Peran lintas sektor dalam bidang kesehatan belum optimal

Kerja sama lintas sektor merupakan salah satu faktor yang perlu mendapatkan perhatian. Karena hal tersebut masih sangat membutuhkan peningkatan baik kerja sama sektor pembangunan, kerja sma

anantara pemerintah dengan masyarakat termasuk instansi swasta. Peningkatan yang diperlukan adalah dalam hal segi teknis operasional maupun administratif, mekanisme kerja termasuk aspek-aspek hukum yang dapat menguatkan kerja sama secara luas.

Keperawatan Kesehatan Komunitas di Masa Mendatang

Saat ini, permasalahan kesehatan yang dihadapi komunitas cukup kompleks. Upaya kesehatan dapat menjangkau seluruh masyarakat meskipun dapat dilihat beberapa terobosan dalam upaya pembangunan dalam bidang kesehatan. Hal ini ditunjukkan dengan masih tingginya angka kematian bayi, yaitu 35 per 1000 kelahiran hidup (SDKI 2002-2003) dan angka kematian ibu, yaitu 307 per 100.000 kelahiran hidup (SDKI 2002-2003).

Masalah kesehatan lainnya adalah munculnya penyakit-penyakit yang mengancam jiwa (emerging diseases) seperti HIV/AIDS, SARS, serta penyakit -penyakit menular (re-emerging diseases) seperti tuberkulosis, malaria, dan penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Sementara itu, untuk penyakit -penyakit degeneratif seperti penyakit jantung dan penyakit pembuluh darah, juga terjadi angka kesakitan. Selain penyakit, krisis dalam komunitas seperti bencana dan terjadinya kekerasan juga menjadi fokus perhatian kesehatan komunitas. Oleh karena itu, di masa mendatang dapat diprediksi bahwa kebutuhan akan pelayanan keperawatan kesehatan komunitas yang berkualitas akan semakin meningkat. Pada akhirnya, kemampuan perawat kesehatan komunitas untuk menangkap peluang dan berespons terhadap perubahan dan tantangan di masa mendatang merupakan dasar yang kuat bagi perkembangan keperawatan komunitas. Kompetensi komunitas, perawatan kesehatan di rumah, perawat puskesmas di komunitas, kepemimpinan, pemakaian informasi diprediksi menjadi fokus dari sistem kesehatan komunitas di masa mendatang.

Daftar Pustaka

- Mubarak. 2005. *Pengantar Keperawatan Komunitas 1*. Jakarta: CV. Agung Seto.
- Widyanto. 2014. *Keperawatan Komunitas Dengan Pendekatan Praktis*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Triwibowo, C. 2012. *Home Care Konsep Kesehatan Masa Kini*. Yogyakarta: Nuha Medika
- American Nurses Assosiation, Council of Community Health Nurses, 1986. *Standars of Community Health Nursing Practice*. Kansas city: ANA.

Profil Penulis



Cahya Tribagus Hidayat

Penulis merupakan Dosen pada Prodi Ilmu Keperawatan Program Sarjana Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember.

Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana dan Profesi Ners di Prodi Ilmu Keperawatan STIKes Surya Mitra Husada Kediri kemudian menyelesaikan Pendidikan Magister Kedokteran Keluarga di Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2013.

Sejak tahun 2011 penulis aktif menjadi staff pengajar di Universitas Muhammadiyah Jember di bidang Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik. Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Keluarga dan Komunitas. dan aktif melaksanakan kegiatan tri dharma perguruan tinggi sesuai dengan bidang kepakarannya. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh internal perguruan tinggi dan juga Kemenristek DIKTI. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini.

Email Penulis: cahyatribagus@unmuhjember.ac.id

TEORI, MODEL DAN ILMU PRAKTIK KEPERAWATAN KOMUNITAS

Ns. Sri Wahyuni Adriani, M.Kep., Sp.Kep.Kom.

Universitas Muhammadiyah Jember

Model Keperawatan Sebagai Dasar Praktik

Pengkajian komunitas adalah proses, di mana perawat memulai untuk mengenal atau berbaur dengan komunitas atau masyarakat. Orang-orang dalam komunitas adalah patner dan berkontribusi dalam proses tersebut. Tujuan utama pengkajian keperawatan komunitas adalah mengidentifikasi faktor (baik positif maupun negatif) yang berpengaruh terhadap kesehatan komunitas untuk mengembangkan strategi dalam promosi kesehatan (Anderson, E.T & Mcfarlane, 2011). Pada penjelasan ini, model yang dapat digunakan adalah *community-as-partner model* sebagai kerangka kerja (*framework*) untuk pengkajian komunitas.

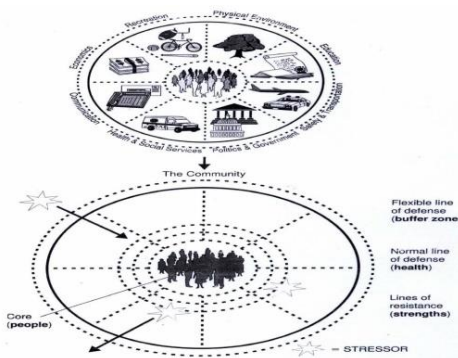
Community-As-Partner Model

Berdasarkan model yang dikembangkan oleh Betty Neuman's terkait pendekatan yang menyeluruh untuk melihat permasalahan pasien, model yang dikembangkan awalnya adalah *community-as-client model*. Model tersebut terus dikembangkan untuk menggambarkan keperawatan komunitas sebagai kumpulan dari ilmu kesehatan masyarakat dan keperawatan (Allender, J. A, Rector, C & Warner, 2014). Model tersebut kemudian mengalami perubahan dan dikenal dengan *community-as-partner*

penyakit); pencegahan sekunder terjadi setelah stressor melintasi garis pertahanan dan menyebabkan reaksi, sehingga prevensi sekunder bertujuan untuk deteksi dini untuk mencegah kerusakan yang lebih jauh (contoh pemeriksaan payudara sendiri, skrining tekanan darah); dan prevensi tersier bertujuan untuk memelihara dan memulihkan kondisi kesehatan (contoh rehabilitasi, meditasi) (Stanhope, M & Lancaster, 2016).

Berdasarkan community-as-partner model (gambar 3.1) terdapat dua faktor utama dalam model ini yaitu fokus pada komunitas sebagai mitra (digambarkan sebagai roda pengkajian komunitas di bagian paling atas yang menggabungkan orang-orang di komunitas sebagai intinya) dan fokus yang kedua adalah penggunaan proses keperawatan. Lebih jelas penjabaran model ini dijelaskan dalam gambar 3.2. Inti dari roda pengkajian komunitas menggambarkan orang-orang yang membentuk komunitas (Ervin, 2002). Yang termasuk inti komunitas yaitu data demografi dari populasi masyarakat seperti nilai, keyakinan, dan sejarah. Sebagai penduduk yang tinggal di komunitas, orang-orang terpengaruh serta mempengaruhi juga delapan subsistem di komunitas.

Delapan subsistem ini antara lain lingkungan fisik, pendidikan, keamanan dan transportasi, politik dan pemerintahan, layanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi, dan rekreasi.

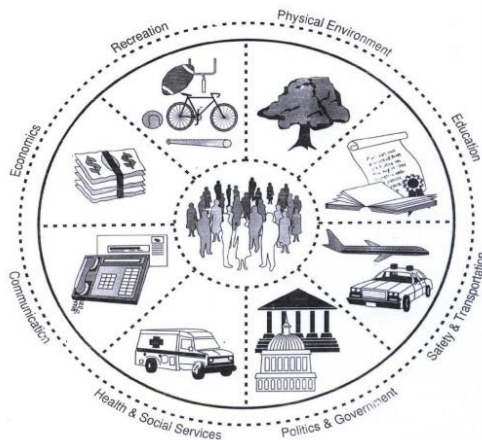


Gambar 3.2 Roda pengkajian komunitas bersama garis pertahanan dalam struktur komunitas (Anderson, E.T & Mcfarlane, 2011)

Garis solid yang mengelilingi komunitas digambarkan sebagai garis pertahanan normal (*normal lines of defense*), atau derajat kesehatan yang telah dicapai dari waktu ke waktu. Garis pertahanan normal termasuk karakteristik masyarakat seperti tingkat kekebalan yang tinggi, kematian bayi rendah, tingkat pendapatan masyarakat menengah ke atas. Selain itu garis pertahanan normal diantaranya pola atau mekanisme coping masyarakat, kemampuan dalam mengatasi masalah, merupakan beberapa gambaran status kesehatan masyarakat. Garis pertahanan fleksibel (*flexible lines of defense*) yang digambarkan sebagai garis putus-putus yang mengelilingi komunitas dan juga garis pertahanan normal, adalah zona penyangga sebagai gambaran derajat kesehatan yang selalu mengalami perubahan atau dinamis akibat respon sementara terhadap stressor. Respon sementara ini dapat berupa perubahan lingkungan akibat stressor seperti banjir, gempa bumi, serta stressor sosial seperti kehamilan remaja yang tidak diinginkan. Delapan subsistem dibagi oleh garis putus-putus untuk mengingatkan kita bahwa mereka tidak berdiri sendiri atau terpisah, melainkan dipengaruhi dan juga mempengaruhi satu sama lain. Delapan komponen tersebut merupakan subsistem utama komunitas dan memberikan kerangka berpikir bagi perawat komunitas dalam melakukan pengkajian.

Diantara komunitas, ada garis perlawanan (*lines of resistance*), merupakan mekanisme internal yang bertindak untuk mempertahankan diri dari stressor, seperti program-program tertentu untuk mengurangi seks bebas pada remaja, pemeriksaan gratis untuk deteksi dini dan pengobatan penyakit menular seksual, adalah contoh garis perlawanan. Garis perlawanan ada di seluruh subsistem dan merupakan gambaran dari kekuatan komunitas. Stressor adalah ketegangan yang menghasilkan stimulus yang berpotensi menyebabkan ketidakseimbangan sistem. Stressor bisa berasal dari luar komunitas seperti polusi udara dari industri di sekitar komunitas atau dari dalam komunitas seperti penutupan layanan kesehatan. Stressor menembus garis pertahanan fleksibel dan garis pertahanan normal, yang dapat

mengakibatkan gangguan pada komunitas. Layanan yang tidak adekuat, susah diakses, dan tidak terjangkau merupakan stressor pada kesehatan komunitas. Stressor dan garis perlawanan bersama-sama menjadi bagian dari diagnosis keperawatan komunitas dengan menimbulkan derajat reaksi (*degree of reaction*). Derajat reaksi merupakan jumlah ketidakseimbangan atau gangguan yang diakibatkan oleh stressor yang menimpa garis pertahanan komunitas (*lines of defense*). Sebagai contoh, jika ada kasus campak di sekolah menengah dan garis pertahanan kuat (99% siswa telah diimunisasi campak lanjutan), derajat reaksi (potensi kejadian luar biasa campak) akan minimal. Contoh beberapa derajat reaksi seperti angka kematian dan kecacatan, pengangguran, angka kriminal, dan lain-lain.



Gambar 3.3 Roda pengkajian komunitas, bagian dari pengkajian *community-as-partner* model (Anderson, E.T & Mcfarlane, 2011)

Inti Komunitas (Core)

Inti komunitas adalah orang-orang yang ada di dalamnya (sejarah mereka, karakteristik, nilai, dan keyakinan). Ini merupakan langkah pengkajian awal dalam komunitas, yaitu mempelajari orang-orang di dalamnya. Data-data tentang inti komunitas dapat diperoleh dari berbagai macam sumber informasi. Berikut dijelaskan beberapa

komponen inti komunitas dan sumber informasi yang dapat digunakan perawat dalam pengkajian.

Tabel 3.1: Data inti komunitas

Komponen	Sumber Informasi
Sejarah	Perpustakaan, masyarakat yang memahami sejarah, wawancara dengan orangtua (tetua) yang paham sejarah, pimpinan wilayah seperti lurah, kepala desa, dan lain-lain
Demografi Usia dan Jenis Kelamin Ras Etnik	Sensus penduduk, arsip, data-data yang terkait kependudukan, observasi
Karakteristik keluarga	Sensus
Status pernikahan	Sensus
Statistik vital Kelahiran Kematian	Dinas Kesehatan
Nilai dan keyakinan	Wawancara langsung, observasi
Agama	Sensus, observasi

Sub Sistem

1. Lingkungan Fisik

Sama halnya dengan pemeriksaan fisik yang merupakan komponen penting dalam proses pengkajian individu, lingkungan fisik merupakan komponen penting dalam pengkajian komunitas. Jika dalam pemeriksaan fisik, kita mengenal lima hal

penting dalam mengkaji fisik klien, seperti inspeksi, auskultasi, tanda vital, pengkajian sistem, dan pemeriksaan laboratorium, maka dalam keperawatan komunitas kita juga mempunyai alat dan sumber data untuk mengkaji lingkungan fisik.

Tabel 3.2: Data lingkungan fisik

Komponen	Sumber Data	
	Individu	Komunitas
Inspeksi	Semua indera	Semua indera
	Otoscope	Winshield survey
	Ophthalmoscope	Berkeliling wilayah
Auskultasi	Stetoskop	Mendengarkan pendapat masyarakat/penduduk
Tanda vital	Termometer	Observasi iklim, cuaca, medan, batas-batas wilayah, dan sumber daya manusia
	Spygmomanometer	Tanda-tanda tertentu yang disampaikan dalam pertemuan masyarakat, kepadatan penduduk
Pengkajian sistem	Head-to-toe	Observasi sistem sosial masyarakat, seperti perumahan, bisnis, tempat ibadah, tempat bersantai
Pemeriksaan laboratorium	Tes darah	Sensus
	X-Ray, scan	Survey, data-data dinas kesehatan dan puskesmas setempat

2. Pendidikan

Status pendidikan secara umum dari komunitas dapat diketahui melalui sensus penduduk. Data yang dapat diketahui melalui sensus seperti tingkat pendidikan, angka buta huruf, angka putus sekolah, dan lain-lain. Selain itu informasi terkait fasilitas pendidikan juga diperlukan seperti keberadaan sekolah, kampus, dan fasilitas perpustakaan yang berada di sekitar komunitas. Berikut dijelaskan komponen pendidikan dan sumber informasi yang dapat digunakan perawat.

Tabel 3.3: Data pendidikan

Komponen	Sumber Informasi
Status pendidikan	Sensus penduduk
Tingkat pendidikan	
Bahasa	
Bisa baca tulis	
Fasilitas pendidikan	
Di dalam maupun luar komunitas (fasilitas)	Dinas pendidikan setempat
Layanan yang diberikan sekolah	Staf sekolah
Sumberdaya (staf, ruangan, biaya, dan catatan siswa)	Staf Administrasi sekolah
Karakteristik siswa (Distribusi geografis dan data demografi)	Guru dan staf sekolah
Adekuat, akses, dan kelayakan sekolah bagi siswa dan staf	Siswa dan staf sekolah

3. Keamanan dan Transportasi

Perawat perlu mengkaji fasilitas keamanan dan transportasi di sekitar masyarakat guna mengetahui akses dari keduanya bagi masyarakat. Pentingnya fasilitas layanan proteksi untuk keamanan masyarakat tidak hanya keamanan sosial melainkan kewanaman fisik seperti ketersediaan sanitasi yang aman. Berikut dijelaskan komponen keamanan dan transportasi serta sumber informasi yang dapat digunakan untuk memperoleh data tersebut.

Tabel 3.4: Data keamanan dan transportasi

Komponen	Sumber Informasi
Keamanan	
Layanan perlindungan masyarakat	Dinas terkait
Pemadam kebakaran	Pemadam kebakaran setempat
Kantor polisi	Kepolisian setempat
Sanitasi	
Sumber dan pengolahan limbah	Instalasi pengolahan limbah
Limbah padat	
Kualitas udara	Papan kontrol polusi udara
Transportasi	
Pribadi	
Transportasi yang digunakan	Sensus, survey
Persentase disabilitas pengguna transportasi	
Umum	Dinas perhubungan, dinas terkait

Layanan kendaraan umum (rute, jadwal, tarif)	Survey, wawancara
Jalan (Nomor, kondisi, jalan utama, jalan alternatif)	Survey
Layanan penerbangan (jika ada)	
Layanan kereta api (jika ada)	

4. Politik dan Pemerintahan

Kaji kegiatan-kegiatan pemerintahan setempat yang melibatkan peran serta masyarakat, antara lain: pertemuan-pertemuan lintas sektor dan pokok bahasan, guna mendapatkan gambaran apakah masyarakat di wilayah tersebut terlibat aktif dalam membahas permasalahan wilayahnya dan kemungkinan program yang akan dikembangkan dapat dibahas pada pertemuan tersebut. Juga dapat diamati apakah terlihat tanda-tanda adanya aktifitas politik di sekitar masyarakat, seperti poster, pertemuan-pertemuan partai politik, kaitannya dengan masalah kesehatan, serta perlu dikaji adakah lembaga swadaya di sekitar masyarakat yang peduli terhadap kesehatan.

5. Pelayanan Kesehatan dan Sosial

Salah satu metode untuk mengklasifikasikan pelayanan kesehatan dan sosial adalah dengan membedakan fasilitas yang terletak di luar komunitas dan di sekitar komunitas. Metode yang dapat digunakan adalah wawancara dengan dinas kesehatan atau fasilitas kesehatan terkait, dan penelusuran dokumen dari dinas kesehatan terkait. Setelah fasilitas kesehatan dan sosial diidentifikasi, kelompokkan menjadi beberapa kategori, seperti

sesuai tipe fasilitas, layanan yang diberikan misal rumah sakit, klinik, atau fasilitas seperti apa. Selain itu kumpulkan juga data terkait:

- a. Layanan (Biaya, jam pelayanan, layanan baru atau inovasi yang diberikan, layanan yang berhenti diberikan)
 - b. Sumber daya (staf/petugas, ruangan, biaya, dan sistem rekam medis)
 - c. Karakteristik penggunaan layanan (Distribusi geografis, data demografi dan sumber transportasi yang digunakan)
 - d. Statistik (Rata-rata pengunjung per hari, per minggu, per bulan)
 - e. keadekuatan, akses terhadap layanan, dan apakah layanan dapat diterima dengan baik oleh masyarakat.
6. Komunikasi

Komunikasi terdiri dari komunikasi formal dan komunikasi informal. Berikut merupakan komponen komunikasi dan sumber informasi yang dapat digunakan.

Tabel 3.5: Data Komunikasi

Komponen	Sumber Informasi
Formal	
Koran, majalah (nomor, sirkulasi, frekuensi, dan skop berita)	Kantor terkait Dinas terkait
Radio dan televisi	Kantor pos atau kantor jasa pengiriman
Layanan pos atau jasa pengiriman	Sensus
Penggunaan telephone/handphone	

Informal

Sumber:	Papan Winshield	survey,
buletin, poster, flyer, majalah sekolah	wawancara	
Penyebarluasan informasi (Mulut ke mulut, email, radio, televisi)	Survey	
Fasilitas internet	Komputer personal, tempat kerja, perpustakaan masyarakat	

7. Ekonomi

Kondisi perekonomian masyarakat juga merupakan sub sistem yang penting untuk dikaji. Berikut merupakan komponen yang harus dikaji dan sumber informasi yang dapat digunakan untuk memperoleh data.

Tabel 3.6: Data ekonomi

Komponen	Sumber Informasi
Karakteristik keuangan	
<i>Rumah tangga</i>	Catatan sensus penduduk
Pendapatan rata-rata rumah tangga	
% rumah tangga kategori miskin	
% rumah tangga yang menerima bantuan pemerintah	
% rumah tangga yang kepala rumah tangganya wanita	
Biaya bulanan untuk sewa rumah	

Individu

Pendapatan per kapita

% masyarakat yang
hidup dalam
kemiskinan

Statistik pekerja

Status pekerja

Masyarakat (usia 18 tahun ke atas) Catatan sensus penduduk

% pekerja

% pengangguran

% pekerja
mengundurkan
diri/PHK

Kelompok khusus

% wanita pekerja
dengan anak usia < 6
tahun

*Kategori pekerja dan %
pekerja*

Status pekerjaan

8. Rekreasi

Kaji fasilitas rekreasi yang ada di sekitar masyarakat dan seberapa sering masyarakat menggunakan waktunya untuk rekreasi. Sumber informasi bisa diperoleh dengan whinsield survey maupun wawancara dengan masyarakat.

Daftar Pustaka

- Allender, J. A, Rector, C & Warner, K. . (2010). *Community health nursing: Promoting & protecting the public's health* (7th Edition). Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Allender, J. A, Rector, C & Warner, K. . (2014). *Community & public health nursing: Promoting the public's health* (8th Edition). Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Allgood, M. . (2014). *Nursing theorists and their work* (8 Edition). Elsevier.
- Anderson, E.T & Mcfarlane, J. (2011). *Community as partner: Theory and practice in nursing* (Sixth Edition). Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Ervin, N. (2002). *Advanced community health nursing practice: Population-focused care*. Prentice Hall.
- Maglaya, A. . (2009). *Nursing practice in the community* (Fifth Edition). Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Nies, M.A & McEwen, M. (2015). *Community/public health nursing: Promoting the health population* (6th Edition). Elsevier.
- Stanhope, M & Lancaster, J. (2016). *Public health nursing: Population centered health care in the community* (9Th Edition). Elsevier.

Profil Penulis



Sri Wahyuni Adriani

Penulis adalah salah satu dosen pengampu mata kuliah keperawatan komunitas di Universitas Muhammadiyah Jember. Penulis menyelesaikan pendidikan sarjana di Universitas Muhammadiyah Jember dan Magister serta Spesialis Keperawatan Komunitas di Universitas Indonesia.

Penulis aktif menulis buku tentang keperawatan komunitas dan keluarga dengan beberapa kali berkolaborasi dengan teman sejawat seperti buku edukasi postnatal dengan pendekatan family centered maternity care (FCMC), dan buku perawatan bayi dengan pendekatan maternal sensitivity model berbasis keluarga. Penulis juga aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat tentang keperawatan komunitas dan telah dipublikasikan di beberapa jurnal nasional terakreditasi SINTA. Penulis juga terlibat dalam mengelola jurnal sebagai ketua editor (Editor in chief) The Indonesian Journal of Health Science dan menjadi reviewer di beberapa jurnal seperti Jurnal Penelitian IPTEKS dan jurnal pengabdian masyarakat IPTEKS. Penulis juga aktif menjadi pembicara serta peserta seminar dan pelatihan yang berhubungan dengan keperawatan komunitas.

Email Penulis: sriwahyuni@unmuhjember.ac.id

ETIKA DAN NILAI DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS

Wihelmus Nong Baba, S.Kep., Ns., M.Kes.

Universitas Nusa Nipa

Latar Belakang

Etika adalah kode perilaku yang memperlihatkan perbuatan yang baik bagi kelompok tertentu. Etika berhubungan dengan peraturan untuk perbuatan atau tindakan yang mempunyai prinsip benar dan salah, serta prinsip moralitas karena etika mempunyai tanggung jawab moral, menyimpang dari kode etik berarti tidak memiliki perilaku yang baik dan tidak memiliki moral yang baik. Etika bisa diartikan juga sebagai yang berhubungan dengan pertimbangan keputusan, benar atau tidaknya suatu perbuatan karena tidak ada undang-undang atau peraturan yang menegaskan hal yang harus dilakukan. Etika berbagai profesi digariskan dalam kode etik yang bersumber dari martabat dan hak manusia (yang memiliki sikap menerima) dan kepercayaan dari profesi. Profesi menyusun kode etik berdasarkan penghormatan atas nilai dan situasi individu yang dilayani. Kode etik disusun dan disahkan oleh organisasi yang membina profesi tertentu baik secara nasional maupun internasional. Kode etik menerapkan konsep etis karena profesi bertanggung jawab pada manusia dan menghargai kepercayaan serta nilai individu. Kata seperti etika, hak asasi, tanggung jawab, mudah didefinisikan tetapi kadang-kadang tidak jelas letak istilah tersebut diterapkan dalam suatu situasi. Faktor teknologi yang meningkat, ilmu pengetahuan yang

berkembang (pemakaian mesin dan teknik memperpanjang usia, legalisasi abortus, pencangkokan organ manusia, pengetahuan biologi dan genetika, penelitian yang menggunakan subjek manusia) ini memerlukan pertimbangan yang menyangkut nilai, hak-hak asasi dan tanggung jawab profesi. Organisasi profesi diharapkan mampu memelihara dan menghargai, mengamalkan, mengembangkan nilai tersebut melalui kode etik yang disusunnya. Kadang-kadang perawat dihadapkan pada situasi yang memerlukan keputusan untuk mengambil tindakan. Perawat memberi asuhan kepada klien, keluarga dan masyarakat; menerima tanggung jawab untuk membuat keadaan lingkungan fisik, sosia dan spiritual yang memungkinkan untuk penyembuhan dan menekankan pencegahan penyakit; serta meningkatkan kesehatan dengan penyuluhan kesehatan. Pelayanan kepada umat manusia merupakan fungsi utama perawat dan dasar adanya profesi keperawatan. Kebutuhan pelayanan keperawatan adalah universal. Pelayanan profesional berdasarkan kebutuhan manusia, karena itu tidak membedakan kebangsaan, warna kulit, politik, status sosial dan lain-lain. Keperawatan adalah pelayanan vital terhadap manusia yang menggunakan manusia juga, yaitu perawat. Pelayanan ini berdasarkan kepercayaan bahwa perawat akan berbuat hal yang benar, hal yang diperlukan, dan hal yang menguntungkan pasien dan kesehatannya. Oleh karena manusia dalam interaksi bertingkah laku berbeda-beda maka diperlukan pedoman untuk mengarahkan bagaimana harus bertindak. Etik adalah norma-norma yang menentukan baik-buruknya tingkah laku manusia, baik secara sendirian maupun bersama-sama dan mengatur hidup ke arah tujuannya. Etika juga berasal dari bahasa Yunani, yaitu Ethos, yang menurut Araskar dan David (1978) berarti "kebiasaan". Model perilaku atau standar yang diharapkan dan kriteria tertentu untuk suatu tindakan. Penggunaan istilah etika sekarang ini banyak diartikan sebagai motif atau dorongan yang mempengaruhi perilaku. Dari pengertian di atas, etika adalah ilmu tentang kesusilaan yang menentukan bagaimana sepatutnya manusia hidup di dalam

masyarakat yang menyangkut aturan-aturan atau prinsip-prinsip yang menentukan tingkah laku yang benar, yaitu: baik dan buruk serta kewajiban dan tanggung jawab.

Macam-Macam Etika

1. Bioetik

Bioetika merupakan studi filosofi yang mempelajari tentang kontroversi dalam etik, menyangkut masalah biologi dan pengobatan. Lebih lanjut, bioetika difokuskan pada pertanyaan etik yang muncul tentang hubungan antara ilmu kehidupan, bioteknologi, pengobatan, politik, hukum, dan theology. Pada lingkup yang lebih sempit, bioetik merupakan evaluasi etika pada moralitas treatment atau inovasi teknologi, dan waktu pelaksanaan pengobatan pada manusia. Pada lingkup yang lebih luas, bioetik mengevaluasi pada semua tindakan moral yang mungkin membantu atau bahkan membahayakan kemampuan organisme terhadap perasaan takut dan nyeri, yang meliputi semua tindakan yang berhubungan dengan pengobatan dan biologi. Isu dalam bioetik antara lain: peningkatan mutu genetik, etika lingkungan, pemberian pelayanan kesehatan.

2. *Clinical ethics*/Etik klinik

Etik klinik merupakan bagian dari bioetik yang lebih memperhatikan pada masalah etik selama pemberian pelayanan pada klien. Contoh *clinical ethics*: adanya persetujuan atau penolakan, dan bagaimana seseorang sebaiknya merespon permintaan medis yang kurang bermanfaat (sia-sia).

3. *Nursing ethics*/Etik Perawatan

Bagian dari bioetik yang merupakan studi formal tentang isu etik dan dikembangkan dalam tindakan keperawatan serta dianalisis untuk mendapatkan keputusan etik. Etika keperawatan dapat diartikan sebagai filsafat yang mengarahkan tanggung jawab moral yang mendasari pelaksanaan praktek

keperawatan. Inti falsafah keperawatan adalah hak dan martabat manusia, sedangkan fokus etika keperawatan adalah sifat manusia yang unik.

Teori Etik

Dalam etika masih dijumpai banyak teori yang mencoba untuk menjelaskan suatu tindakan, sifat, atau objek perilaku yang sama dari sudut pandang atau perspektif yang berlainan. Beberapa teori etik adalah sebagai berikut:

1. *Utilitarisme*

Sesuai dengan namanya, utilitarisme berasal dari kata utility dengan bahasa latinnya utilis yang artinya “bermanfaat”. Teori ini menekankan pada perbuatan yang menghasilkan manfaat, tentu bukan sembarang manfaat tetapi manfaat yang banyak memberikan kebahagiaan kepada banyak orang. Teori ini sebelum melakukan perbuatan harus sudah memikirkan konsekuensinya terlebih dahulu.

2. *Deontology*

Deontology berasal dari kata deon dari bahasa yunani yang artinya kewajiban. Teori ini menekankan pada pelaksanaan kewajiban. Suatu perbuatan akan baik jika didasari atas pelaksanaan kewajiban, jadi selama melakukan kewajiban sudah melakukan kebaikan. Teori ini tidak terpatok pada konsekuensi perbuatan dengan kata lain teori ini melaksanakan terlebih dahulu tanpa memikirkan akibatnya.

3. Norma dan nilai dalam masyarakat

Dalam kehidupan sehari-hari sering dikenal istilah norma atau kaidah, yang mempunyai arti suatu nilai yang mengatur dan memberikan pedoman atau patokan tertentu bagi setiap orang atau masyarakat untuk bersikap, bertindak, dan berperilaku sesuai dengan peraturan-peraturan yang telah disepakati bersama. Patokan atau pedoman tersebut sebagai norma (norm) atau kaidah yang merupakan standar yang harus ditaati atau dipatuhi.

Dalam kehidupan bermasyarakat terdapat berbagai golongan dan aliran yang beraneka ragam, masing-masing mempunyai kepentingan sendiri, akan tetapi kepentingan bersama itu mengharuskan adanya ketertiban dan keamanan dalam kehidupan sehari-hari dalam bentuk peraturan yang disepakati bersama, yang mengatur tingkah laku dalam masyarakat, yang disebut peraturan hidup. Untuk memenuhi kebutuhan dan kepentingan hidup dengan aman, tertib, dan damai tanpa gangguan tersebut, maka diperlukan suatu tatanan. Dan tatanan itu diwujudkan dalam aturan main yang menjadi pedoman bagi segala pergaulan kehidupan sehari-hari, sehingga kepentingan masing-masing anggota masyarakat terpelihara dan terjamin.

Setiap anggota masyarakat mengetahui hak dan kewajibannya masing-masing sesuai dengan tata peraturan yang lazim disebut kaidah (bahasa arab), norma (bahasa latin), atau ukuran-ukuran yang menjadi pedoman. Menurut isinya, norma-norma tersebut dibagi menjadi dua macam yaitu sebagai berikut:

1. Perintah, yang merupakan keharusan bagi seseorang untuk berbuat sesuatu karena akibatnya akan dipandang baik.
2. Larangan, yang merupakan keharusan bagi seseorang untuk tidak berbuat sesuatu karena akibatnya akan dipandang tidak baik. Artinya, norma tujuan untuk memberikan petunjuk kepada manusia mengenai bagaimana seharusnya seorang bertindak dalam masyarakat serta perbuatan-perbuatan yang harus dihindari.

Norma-norma itu dapat dipertahankan melalui sanksi-sanksi, yaitu berupa ancaman hukuman terhadap siapa yang melanggarnya. Tetapi dalam kehidupan masyarakat yang terikat oleh peraturan hidup disebut norma, maka akan dikenakan sanksi sesuai dengan tingkat dan sifatnya suatu pelanggaran yang terjadi, misalnya sebagai berikut:

1. Semestinya tahu aturan, tidak akan berbicara sambil menghisap rokok dihadapa tamu atau orang yang menghormatinya ketika menerima tamu dirumah, dan sanksinya hanya berupa celaan karena dianggap tidak sopan walaupun merokok itu tidak dilarang.
2. Seorang tamu yang hendak pulang, menurut tata krama harus diantar sampai di depan pintu rumah atau kantornya, bila tidak maka sanksinya hanya berupa celaan karena dianggap sombong dan tidak menghormati tamunya.
3. Menjawab telepon setelah berdering tiga kali dan mengucap salam. Jika menjawab telepon dengan kasar, maka sanksinya dianggap “interupsi” yang menunjukkan ketidaksenangan yang tidak sopan dan tidak menghormati si penelpon atau orang yang ada disekitarnya.
4. Orang yang mengambil barang milik orang lain tanpa sepengetahuan pemiliknya, maka sanksinya cukup berat dan bersangkutan dikenakan sanksi hukuman, baik hukuman pidana penjara maupun perdata (ganti rugi).

Dalam pergaulan hidup, norma terbagi menjadi empat bagian, yaitu norma agama, kesusilaan, kesopanan, dan hukum. Dalam peaksanaannya, terbagi menjadi norma nonhukum (umum) dan norma hukum, perbedaan norma-norma itu dalam aspek kehidupan dapat digolongkan ke dalam dua macam kaidah sebagai berikut:

1. Aspek kehidupan pribadi (individual) meliputi:
 - a. Kaidah kepercayaan untuk mencapai kesucian hidup pribadi atau kehidupan yang beriman.
 - b. Kehidupan kesusilaan, nilai moral, dan etika yang tertuju pada kebaikan hidup pribadi demi tercapainya kesucian hati nurani yang berakhlak berbudi luhur (akhlakul kharimah)
2. Aspek kehidupan antar pribadi (bermasyarakat) meliputi:

- a. Kaidah atau norma sopan santun, tata krama, dan etiket dalam pergaulan bermasyarakat sehari-hari.
- b. Kaidah-kaidah hukum yang tertuju pada terciptanya ketertiban, kedamaian, dan keadilan dalam kehidupan bersama atau bermasyarakat yang penuh dengan kepastian atau ketentraman (*peaceful living together*).

Norma moral tersebut tidak akan dipakai untuk menilai seorang perawat ketika merawat kliennya atau dosennya dalam menyampaikan materi kuliah terhadap mahasiswanya, melainkan untuk menilai bagaimana sebagai professional menjalankan tugas dan kewajibannya dengan baik sebagai manusia yang berbudi luhur, jujur, bermoral, penuh integritas, dan bertanggung jawab. Terlepas dari mereka sebagai professional tersebut jitu atau tidak dalam memberikan obat sebagai penyembuhannya, atau metodologi dan keterampilan dalam memberikan bahan kuliah dengan tepat. Dalam hal ini yang ditekankan adalah sikap atau perilaku mereka dalam menjalankan tugas dan fungsinya sebagai professional yang diimbangnya untuk saling menghargai sesama atau kehidupan manusia.

Pada akhirnya nilai, moral, etika, kode perilaku, dan kode etik standar profesi bertujuan memberikan jalan, pedoman, tolak ukur dan acuan untuk mengambil keputusan tentang tindakan apa yang dilakukan di berbagai situasi dan kondisi tertentu dalam memberikan pelayanan profesi atau keahliannya masing-masing. Pengambilan keputusan etis atau etik merupakan aspek kompetensi dari perilaku moral sebagai seorang profesional yang telah memperhitungkan konsekuensinya, secara matang baik-buruknya akibat yang ditimbulkan dari tindakannya itu secara objektif, dan sekaligus memiliki tanggung jawab atau integritas yang tinggi. Kode etik profesi dibentuk dan disepakati oleh para profesional tersebut bukanlah ditujukan untuk melindungi kepentingan individual (subjektif), tetapi lebih ditekankan kepada kepentingan yang lebih luas (objektif).

Etik Keperawatan

Etik profesi keperawatan adalah kesadaran atau pedoman yang mengatur nilai-nilai moral di dalam melaksanakan kegiatan profesi keperawatan, sehingga mutu dan kualitas profesi keperawatan tetap terjaga dengan cara yang terhormat. Etik keperawatan sangat penting dihayati oleh para mahasiswa dibidang keperawatan. Meskipun secara teoritis mahasiswa keperawatan belum terikat oleh etika keperawatan, tetapi hal tersebut harus sudah dimulai, dipahami dan dihayati oleh para mahasiswa sebagai bagian kurikulum pendidikan keperawatan dalam menghadapi tugas dan kewajiban sebagai perawat di masa mendatang. Etik keperawatan merupakan kesadaran dan pedoman yang mengatur prinsip-prinsip moral dan etik dalam melaksanakan kegiatan profesi keperawatan, sehingga mutu dan kualitas profesi keperawatan tetap terjaga dengan cara yang terhormat. Etika keperawatan tersebut antara lain mengandung unsur-unsur pengorbanan, dedikasi, pengabdian dan hubungan antara perawat dengan klien, dokter, sejawat perawat, maupun diri sendiri, perilaku etik dapat dibagi menjadi dua kelompok yaitu sebagai berikut:

1. Etik yang berorientasi pada kewajiban

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

2. Etik yang berorientasi dengan larangan

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

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

1. Asas menghormati otonomi klien (autonomi)

Setelah mendapat informasi yang memadai, klien bebas dan berhak memutuskan apa yang akan dilakukan terhadapnya. Klien berhak untuk dihormati

dan didengarkan pendapatnya untuk itu perlu adanya persetujuan tindakan medik (informed consent). Dokter dan perawat tidak boleh memaksa suatu tindakan atau pengorbanan.

2. Asas manfaat (*eneficence*)

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

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

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

4. Asas kejujuran (*veracity*)

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

5. Asas kerahasiaan (*confidentiality*)

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

6. Asas keadilan (*justice*)

Dokter dan perawat harus berlaku adil dan tidak berat sebelah. Keenam asas etik di atas dituangkan dalam suatu kesepakatan nasional yang pada umumnya disebut kode etik keperawatan di Indonesia.

Prinsip Dasar dan Etika dalam Kesehatan Komunitas

1. Prinsip Dasar dalam Keperawatan Kesehatan Komunitas

Prinsip dasar keperawatan kesehatan komunitas ini meliputi:

- a. Keluarga adalah unit utama dalam pelayanan kesehatan masyarakat.
 - b. Empat (4) tingkat sasaran pelayanan kesehatan masalah: individu, keluarga, kelompok, khusus dan masyarakat.
 - c. Perawat bekerja atas PSM dalam menyelesaikan masalah kesehatan.
 - d. Menekankan upaya promotif dan preventif tanpa lupa kuratif dan rehabilitative.
 - e. Dasar pelayanan kesehatan 'Problem Solving Approach'
 - f. Kegiatan utama: masalah masyarakat baik yang sehat maupun yang sakit.
 - g. Tujuan meningkatkan fungsi kehidupan derajat kesehatan yang optimal.
 - h. Penekanan pembinaan perilaku sehat.
 - i. Bekerja secara tim, bukan individu.
 - j. Peningkatan kesehatan.
 - k. 'Home visit', membantu mengatasi masalah klien.
 - l. Pendidikan kesehatan masyarakat merupakan kegiatan utama.
 - m. Pelaksanaan kesehatan masyarakat mengacu pada system pelayanan kesehatan yang ada.
 - n. Pelaksanaan pelayanan kesehatan komunitas dilakukan di Puskesmas, panti, sekolah dan keluarga.
 - o. Prinsip Etika Dalam Keperawatan Kesehatan Komunitas
-

Prinsip etika keperawatan kesehatan komunitas ini meliputi:

- 1) Prinsip kebaikan: mempertimbangkan bahaya dan keuntungan.
- 2) Prinsip autonomi: individu bebas menentukan tindakan atau keputusannya.
- 3) Prinsip kejujuran/veracity: menjadi dasar terbinanya sikap percaya satu sama lain.

2. Model Penyelesaian Dilema Etik

Dilema etika adalah situasi yang dihadapi seseorang dimana keputusan mengenai perilaku yang layak harus di buat. Untuk itu diperlukan pengambilan keputusan untuk menghadapi dilema etika tersebut. Enam pendekatan dapat dilakukan orang yang sedang menghadapi dilema tersebut, yaitu:

- a. Mendapatkan fakta-fakta yang relevan
- b. Menentukan isu-isu etika dari fakta-fakta
- c. Menentukan siap dan bagaimana orang atau kelompok yang dipengaruhi dilemma
- d. Menentukan alternatif yang tersedia dalam memecahkan dilema
- e. Menentukan konsekwensi yang mungkin dari setiap alternative
- f. Menetapkan tindakan yang tepat.

Daftar Pustaka

- Aprilins. 2010. Teori Etika
- Suhaemi, M. 2002. Etika Keperawatan Aplikasi Pada Praktek. Jakarta: EGC
- Kusnanto. 2004. Pengantar Profesi dan Praktik Keperawatan Profesional. Jakarta: EGC

Profil Penulis



Wilhelmus Nong Baba

Lahir di Maumere Kabupaten Sikka Pulau Flores Provinsi Nusa Tenggara Timur adalah seorang staf pengajar yang telah memiliki jabatan Asisten Ahli pada Universitas Nusa Nipa di Maumere. Sebelumnya penulis telah menyelesaikan program sarjana keperawatan tahun 2010 dan bekerja sebagai staf di Universitas Nusa Nipa, kemudian penulis melanjutkan program pasca sarjana tahun 2015 di Universitas Indonesia Timur Makassar, dan baru menyelesaikan tahun 2017 dengan mengambil Program Studi Kesehatan Lingkungan.

Penulis kini sebagai dosen tetap yayasan pada Universitas Nusa Nipa sejak tahun 2012 dan sudah banyak membuat pengabdian kepada masyarakat sebagai bentuk dari salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi. Ketertarikan penulis dalam membuat buku ini mengingat bahwa kehidupan kita tidak terlepas dari nilai dan etika dalam bermasyarakat, khususnya dalam keperawatan berkomunitas. Nilai dan etika dalam bermasyarakat sudah diatur dalam UUD 1945 dan berlandaskan pada Pancasila sebagai dasar negara kita.

Email penulis: wilhelmusnongbaba@gmail.com

PROMOSI KESEHATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER

Rina Saraswati, S.Kep., Ns., M.Kep.

Universitas Muhammadiyah Gombong

Promosi Kesehatan

1. Pengertian

Menurut Green (1980) promosi kesehatan yaitu perpaduan antara pendidikan dan tindakan dengan tujuan untuk merubah perilaku dan lingkungan yang berkaitan dengan ekonomi, politik, dan organisasi. Berdasarkan Piagam Ottawa tahun 1986 promosi kesehatan merupakan suatu proses untuk menjadikan masyarakat mandiri dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan, diharapkan masyarakat mempunyai kemauan dan kemampuan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan. *Victorian Health Foundation* Australia (1997) menjelaskan bahwa promosi kesehatan merupakan program yang dibuat untuk merubah perilaku manusia, organisasi, komunitas dan lingkungan sekitar. Berdasarkan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa promosi kesehatan adalah suatu proses untuk merubah perilaku dan lingkungan untuk mewujudkan suatu perilaku hidup sehat di masyarakat.

2. Visi dan Misi

Menurut UU RI No. 36 Tahun 2009 visi promosi kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Berdasarkan penjelasan diatas 4 kata kunci dari visi promosi kesehatan yaitu:

- a. Mau (*willingness*)
- b. Mampu (*ability*)
- c. Memelihara kesehatan
- d. Meningkatkan kesehatan.

Adapun misi promosi kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. *Advokate* (Advokat)

Dengan melakukan pendekatan kepada pemangku kebijakan atau pengambil keputusan terkait aturan tentang masalah kesehatan.

- b. *Mediate* (Menjembatani)

Kerjasama antara sektor kesehatan dengan lintas sektor yang dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan keberlangsungan kegiatan suatu program kesehatan.

- c. *Enable* (Memampukan)

Tujuannya adalah supaya masyarakat mau dan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Promosi kesehatan dilakukan dengan memberikan pendidikan kesehatan yang ditujukan kepada tokoh masyarakat agar mereka mampu menyelesaikan masalah kesehatannya.

3. Promosi Kesehatan dalam Keperawatan

Pelayanan keperawatan merupakan satu rangkaian yang tidak terpisahkan dari pelayanan kesehatan. Salah satu peran perawat yaitu pemberi pelayanan

Kesehatan yang meliputi 4 (empat) unsur tindakan yaitu tindakan keperawatan (*nursing treatment*), pendidikan kesehatan (*health education*), observasi (*observation*) dan kolaborasi (*collaboration*). Pelayanan keperawatan khususnya keperawatan komunitas diberikan baik kepada individu yang sakit maupun yang sehat.

4. Strategi Promosi Kesehatan dalam Keperawatan

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1193/Menkes/SK/X/2004 terkait Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/VIII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di daerah, strategi promosi kesehatan adalah sebagai berikut:

a. Pemberdayaan (*Empowerment*)

1) Pemberdayaan pada tatanan rumah sakit

Pelaksanaan pemberdayaan pada tatanan rumah sakit yaitu pelayanan konseling yang ditujukan kepada pasien rawat jalan dan rawat inap. Beberapa kegiatan konseling pada pasien rawat inap diantaranya yaitu:

- a) *Bedsite Health Promotion* atau konseling di tempat tidur dilakukan perpasien, contoh materi yang diberikan yaitu tentang diet pasien, masalah psikososial dan juga spiritual.
- b) Konseling kelompok dilakukan kepada pasien yang mempunyai masalah kesehatan yang sama. Model konseling kelompok dinilai lebih efektif dibanding dengan model individu.
- c) Menyediakan bahan bacaan untuk pasien (biblioterapi) bertujuan untuk memberikan kesempatan kepada pasien untuk membaca dan belajar memahami tentang masalah kesehatan dan cara penanganan penyakit yang diderita.

- 2) Pemberdayaan pada tatanan puskesmas berfokus pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik yang sehat maupun sakit.
 - a) Pemberdayaan individu dilakukan pada saat melakukan kunjungan ke puskesmas. Tujuan pemberdayaan individu yaitu agar individu tahu dan paham sehingga mau melakukan perubahan perilaku menjadi lebih baik.
 - b) Pemberdayaan keluarga dilakukan dengan kunjungan rumah ke keluarga. Tujuannya yaitu mengatasi permasalahan kesehatan yang terjadi di keluarga, karena masalah kesehatan yang terjadi pada individu tidak dapat dipisahkan dari permasalahan keluarga.
 - c) Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya untuk menggerakkan masyarakat dengan cara mengenalkan masalah yang dapat menyebabkan gangguan kesehatan.

b. Bina Suasana

- 1) Bina suasana di tatanan rumah sakit:
 - a) Pasien rawat jalan (orang sakit) yaitu orang yang melakukan pemeriksaan kesehatan di poliklinik. Bina suasana yang dapat dilakukan pada pasien rawat jalan yaitu dengan membuat ruangan yang nyaman, menyediakan informasi kesehatan seperti leaflet tentang penyakit, petunjuk arah yang jelas dan juga petugas kesehatan yang ramah dan dapat menjadi *role model* bagi pasien.
 - b) Pengantar pasien harus diberikan informasi tentang kesehatan agar mampu menjaga kesehatannya sendiri. Kegiatan

yang dapat dilakukan diantaranya dengan memberikan pendidikan kesehatan serta memberikan *leaflet* atau *booklet* dan juga dengan memasang informasi kesehatan (poster) sehingga dapat dilihat dan dibaca oleh pengunjung rumah sakit.

- c) Klien yang sehat yaitu klien yang dalam kondisi sehat yang melakukan konseling di rumah sakit. Rumah sakit sebaiknya memberikan layanan konseling bagi klien yang sehat dengan cara memberikan informasi kesehatan melalui media yang dibutuhkan dan petugas kesehatan harus dapat menjadi *role model* bagi klien yang sehat.
 - d) Pasien rawat inap merupakan individu sakit yang membutuhkan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan layanan menginap. Pasien rawat inap harus mendapatkan informasi yang dibutuhkan saat pasien pertama masuk sampai dengan keluar rumah sakit.
 - e) Luar gedung rumah sakit dengan melakukan bina suasana bagi pengantar pasien, penjenguk pasien, pengantar pasien (sehat) dan pengunjung rumah sakit lainnya.
- 2) Bina suasana di tatanan puskesmas

Merupakan salah satu usaha untuk membentuk lingkungan yang mendorong individu, keluarga dan masyarakat untuk dapat melakukan pencegahan terhadap penyakit dan meningkatkan kesehatannya serta berperan aktif dalam upaya penyelenggaraan kesehatan. Bina suasana pada tatanan puskesmas dapat dilakukan dengan mengadakan kerjasama dengan tokoh agama dan masyarakat dalam upaya mencegah serta meningkatkan kesehatan,

membuat poster, gambar atau informasi kesehatan.

c. Advokasi (*Advocacy*)

Advokasi ditujukan kepada pihak yang berpengaruh dan penentu kebijakan/pengambil keputusan dengan harapan aturan yang dibuat dapat mendukung kegiatan promosi kesehatan dan mampu meningkatkan kesehatan masyarakat. Advokasi akan berhasil apabila ada Kerjasama antara tokoh masyarakat, LSM, pemerintah desa, pemerintah propinsi atau pemerintah pusat.

d. Kemitraan

Kemitraan dapat dilakukan oleh petugas kesehatan dengan sasaran promosi kesehatan dalam upaya pemberdayaan, bina suasana dan advokasi. Kegiatan ini melibatkan organisasi profesi, tokoh masyarakat, tokoh agama, LSM, media massa dan lintas sektor lainnya.

Strategi promosi kesehatan berdasarkan Strategi WHO (1984) yaitu:

a. Advokasi

Ditujukan kepada pembuat aturan atau kebijakan khususnya di bidang kesehatan maupun diluar bidang kesehatan. Tujuannya adalah agar para pembuat kebijakan membuat peraturan yang mendukung kegiatan peningkatan kesehatan masyarakat. Kegiatan ini dapat dilakukan dengan cara pendekatan kepada pengambil kebijakan, mengundang sebagai narasumber dalam kegiatan seminar kesehatan dan sebagainya.

b. Dukungan Sosial

Dukungan sosial yang diperlukan dalam pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan yaitu dukungan dari para pejabat, tokoh masyarakat dan agama yang dapat memberikan pengaruh terhadap masyarakat. Strategi dan kegiatan

kepada tokoh masyarakat yaitu dengan memberikan pendidikan kesehatan dan pelatihan terkait perilaku hidup sehat.

c. Pemberdayaan Masyarakat

Tujuannya supaya masyarakat mempunyai kemampuan sehingga dapat meningkatkan kualitas kesehatan secara mandiri. Kegiatan yang dilakukan yaitu memberikan informasi tentang program kesehatan dan memberikan pelatihan kepada masyarakat.

Strategi promosi kesehatan berdasarkan Piagam Ottawa meliputi:

a. Kebijakan berwawasan kesehatan (*Build Healthy Public Policy*)

Pembuat kebijakan diharapkan dapat mengeluarkan aturan publik yang mendukung terkait program kesehatan.

b. Lingkungan yang mendukung (*Supportive Environment*)

Pengelola tempat umum agar menyediakan sarana prasarana dan fasilitas yang mendukung perilaku sehat bagi masyarakat. Lingkungan yang mendukung seperti menyediakan tempat pembuangan sampah, WC umum, air bersih, dan *smoking area*.

c. *Community Action*

Kegiatan ini diharapkan dapat meningkatkan kegiatan yang ada di masyarakat dalam rangka membentuk perilaku, meningkatkan kemauan dan kemampuan masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatannya secara mandiri.

d. *Personal Skill*

Strategi untuk meningkatkan keterampilan individu yaitu dengan memberikan pengetahuan kepada masyarakat tentang cara memelihara

kesehatan, mencegah penyakit, mengenal penyakit, mencari pengobatan ke pelayanan kesehatan, dan meningkatkan kesehatan. Teknik pemberian informasi lebih bersifat individual daripada massa.

e. *Reorient Health Services*

Penyelenggara pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta harus melibatkan dan memberdayakan masyarakat agar mereka mampu berperan tidak hanya sebagai penerima pelayanan kesehatan tetapi juga sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan.

5. Sasaran Promosi Kesehatan dalam Keperawatan

Sasaran promosi kesehatan dalam keperawatan terdiri dari:

a. *Primary Target*

Yang termasuk sasaran primer dalam promosi kesehatan yaitu semua keluarga dengan masalah kesehatan, ibu hamil, ibu menyusui, kesehatan remaja, dan kesehatan anak sekolah.

b. *Secondary Target*

Sasaran sekunder meliputi tokoh masyarakat, tokoh agama, tokoh adat dan lain-lain yang berpengaruh di wilayahnya. Tujuannya agar para tokoh masyarakat dapat menjadi role model, memberikan contoh, panutan kepada masyarakat terkait penerapan perilaku hidup sehat.

c. *Tertiary Target*

Yang termasuk sasaran tersier dalam promosi kesehatan yaitu orang-orang yang berperan sebagai pengambil kebijakan di lingkungan pemerintahan. Hal ini bertujuan agar aturan atau kebijakan akan mempunyai dampak yang baik dan mendukung program kesehatan masyarakat.

6. Ruang Lingkup Promosi Kesehatan

Ruang lingkup promosi kesehatan meliputi 2 (dua) dimensi yaitu:

a. Berdasarkan aspek kesehatan

Terdapat 2 (dua) aspek ruang lingkup promosi kesehatan yaitu promotif preventif dengan sasaran orang sehat dan kuratif rehabilitatif dengan sasaran orang yang berisiko tinggi terhadap penyakit dan kelompok yang sakit.

Promosi kesehatan berdasarkan jenis aspek pelayanan kesehatan meliputi:

1) Tingkat promotif

Sasarannya yaitu kelompok orang sehat yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatannya.

2) Tingkat preventif

Sasarannya yaitu orang sehat yang mempunyai risiko tinggi seperti kelompok ibu hamil dan menyusui, perokok, obesitas, pekerja seks dan lain sebagainya. Tujuannya adalah mencegah kelompok tersebut menjadi sakit.

3) Tingkat kuratif

Sasarannya yaitu penderita penyakit kronis seperti asma, diabetes mellitus, TBC, rematik, hipertensi dan sebagainya. Tujuannya agar mereka mereka mampu mencegah penyakit yang diderita tidak bertambah parah.

4) Tingkat rehabilitatif

Sasarannya yaitu penderita yang baru sembuh dari suatu penyakit. Tujuannya agar penderita dapat segera pulih kondisi kesehatannya dan mengurangi kecacatan.

b. Berdasarkan tatanan pelaksanaan

Ruang lingkup berdasarkan tatanan pelaksanaan meliputi:

1) Tatanan keluarga (rumah tangga)

Hal ini sangat penting dilakukan karena untuk mewujudkan perilaku sehat pada masyarakat dimulai dari setiap keluarga.

2) Tatanan sekolah

Sekolah merupakan dasar untuk membentuk perilaku bagi anak selain di keluarga. Siswa akan lebih mudah menerima informasi dari guru dibanding orang tuanya.

3) Tempat kerja

Dilakukan oleh pemilik perusahaan dengan menyediakan sarana yang menunjang perilaku yang sehat bagi karyawan, seperti tersedianya alat pelindung diri sesuai dengan bidang kerja, aturan pemakaian APD bagi karyawan, pemasangan poster tentang keselamatan karyawan dan memberikan leaflet tentang pentingnya perilaku sehat.

4) Tempat umum

Seperti terminal bus, stasiun kereta api, bandara, mall dan sebagainya. Kegiatan yang dapat dilakukan adalah menyediakan fasilitas seperti tempat sampah, cuci tangan, pembuangan air kotor, dan ruang tunggu untuk perokok.

5) Institusi pelayanan kesehatan

Diantaranya adalah rumah sakit, puskesmas, balai pengobatan, poliklinik, tempat praktik dokter dan sebagainya. Pelaksanannya dapat diberikan secara individu oleh petugas kesehatan, pada kelompok orang dengan penyakit tertentu dan dapat dilakukan secara

massal kepada semua pengunjung yang datang ke pelayanan kesehatan.

7. Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Promosi Kesehatan

Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan kegiatan promosi kesehatan yaitu:

a. Pendidikan

Dapat mempengaruhi cara pandang seseorang terhadap informasi yang diterima, dapat diartikan bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka akan semakin mudah untuk menerima informasi.

b. Sosial ekonomi

Apabila tingkat sosial ekonomi seseorang tinggi, akan semakin mudah dalam menerima informasi.

c. Adat istiadat

Masyarakat di Indonesia banyak yang beranggapan bahwa adat istiadat tidak boleh diabaikan dan harus dilakukan meskipun tidak sesuai dengan kesehatan.

d. Kepercayaan masyarakat

Masyarakat mudah menerima dan percaya terhadap informasi baru yang diberikan oleh tokoh masyarakat setempat dibanding dengan petugas kesehatan.

e. Ketersediaan waktu dimasyarakat

Kegiatan promosi kesehatan sebaiknya dilakukan dengan memperhatikan tingkat aktifitas masyarakat untuk menjamin masyarakat dapat hadir pada kegiatan tersebut.

8. Metode dan Teknik Promosi Kesehatan

Berdasarkan sasarannya, metode dan teknik promosi kesehatan dapat dilakukan dengan:

a. Metode individual

Dilakukan secara langsung antara pemberi informasi dengan sasarannya baik melalui sambungan telepon maupun *face to face*.

b. Metode kelompok

Sasaran kelompok kecil terdiri dari 6-15 orang sedangkan kelompok besar terdiri dari 15-50 orang.

Promosi kesehatan yang diberikan kepada kelompok kecil dengan cara melakukan diskusi kelompok, curah pendapat, bola salju, *role play*, dan simulasi. Alat bantu yang digunakan berupa lembar balik, alat peraga dan slide. Sedangkan untuk kelompok besar dapat dilakukan dengan metode ceramah, seminar, dan lokakarya.

c. Metode promosi kesehatan massa.

Metode yang dapat digunakan pada promosi kesehatan massa yaitu:

- 1) Ceramah umum (*public speaking*)
- 2) Media massa elektronik (radio dan televisi).
- 3) Media sosial (Instagram, face book dan whats apps)
- 4) Media cetak (koran, majalah, leaflet, booklet, dan poster).
- 5) Penggunaan media di luar ruang seperti billboard, dan spanduk.

Pelayanan Kesehatan Primer

1. Definisi

Berdasarkan deklarasi Alma Ata (1978) pelayanan kesehatan primer atau *Primary Health Center* (PHC) merupakan pertemuan pertama individu, keluarga

dan masyarakat dengan sistem pelayanan kesehatan. Sistem kesehatan nasional tahun 2009 menyatakan upaya kesehatan primer merupakan upaya kesehatan dasar, kontak pertama perorangan atau masyarakat dengan pelayanan kesehatan. Prinsip pelayanan kesehatan komunitas yaitu memprioritaskan pelayanan promotif dan preventif. Puskesmas merupakan penyelenggaraan PHC di Indonesia dengan didukung oleh jaringan yang berbasis komunitas serta partisipasi masyarakat seperti posyandu. Tujuannya yaitu untuk mengetahui dan memfasilitasi kebutuhan masyarakat terhadap akses pelayanan kesehatan yang memuaskan, memberikan pelayanan kesehatan yang menjangkau seluruh penduduk, diterima seluruh penduduk, berdasarkan kebutuhan medis dan pelayanan yang menggunakan sumber daya secara maksimal. Yang termasuk kategori fasilitas kesehatan primer (tingkat pertama) yaitu: Puskesmas, Praktik dokter mandiri, Praktik dokter gigi dan klinik pratama.

2. Pelayanan Keperawatan Kesehatan Komunitas

Community Health Nursing (CHN) atau di Indonesia dikenal dengan Perawatan Kesehatan Komunitas (Perkesmas). Menurut Kemenkes No. 279 tahun 2006, Perkesmas adalah pelayanan keperawatan yang dilakukan secara profesional dimana terdapat perpaduan antara ilmu keperawatan dan ilmu kesehatan masyarakat yang ditujukan kepada seluruh masyarakat khususnya pada kelompok risiko tinggi. Upaya yang dilakukan yaitu dengan meningkatkan kesehatan (promotif) dan mencegah terjadinya penyakit (preventif).

Perkesmas mempunyai tujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan. Sasaran perkesmas adalah semua individu, keluarga, kelompok risiko tinggi termasuk kelompok/masyarakat di daerah kumuh, terisolasi, berkonflik dan daerah yang tidak terjangkau pelayanan kesehatan.

Ciri pelayanan keperawatan komunitas antara lain:

- a. Perpaduan pelayanan keperawatan dan kesehatan masyarakat
 - b. *Continuity of care*
 - c. Fokus intervensi keperawatan pada pencegahan primer, sekunder dan tersier
 - d. Kemitraan perawat dengan klien dalam upaya kemandirian klien
 - e. Kolaborasi multidisiplin dan melibatkan peran aktif klien
 - f. Perawat memberikan perannya dalam merawat klien kepada keluarga
3. Prinsip dari Pelayanan Kesehatan Primer

Prinsip dari pelayanan kesehatan primer yaitu:

- a. Pemerataan upaya kesehatan
Pelayanan yang diberikan harus sama kepada semua individu dalam masyarakat, merata dan menjangkau seluruh lapisan masyarakat tanpa membedakan usia, jenis kelamin, agama, status social, ekonomi, budaya dan kepercayaan.
- b. Penekanan pada upaya preventif
Bertujuan untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal baik perorangan maupun masyarakat.
- c. Menggunakan teknologi tepat guna
Bertujuan untuk mempermudah pelayanan, komunikasi, pendataan dan dokumentasi, misal dengan menerapkan e-Puskesmas.
- d. Melibatkan peran serta masyarakat
Partisipasi masyarakat yang baik dalam pelaksanaan program kesehatan meliputi identifikasi masalah, mengambil keputusan, merencanakan dan mengimplementasikan program akan meningkatkan kemampuan

masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatannya.

- e. Melibatkan pendekatan kerjasama lintas program dan lintas sektoral

Tujuannya adalah agar dapat memberikan manfaat untuk mencapai tujuan bersama khususnya dalam menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat.

4. Strategi dalam Pelayanan Kesehatan Primer

Faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan pelayanan kesehatan primer yaitu:

a. Faktor sumber daya

- 1) Tersedianya SDM yang kompeten dan berbudaya kinerja
- 2) Tersedianya dukungan regulasi pelayanan kesehatan primer
- 3) Tersedianya SIK terpadu
- 4) Tersedianya sarana dan prasarana sesuai standar

b. Faktor strategi pelayanan

- 1) Optimalisasi pelayanan primer sebagai *gatekeeper*
- 2) Optimalisasi sistem rujukan
- 3) Revitalisasi UKM
- 4) Peningkatan efektivitas UKBM
- 5) Advokasi pembangunan daerah berwawasan kesehatan
- 6) Tersedianya dana bidang kesehatan untuk kegiatan UKM dan UKP.

5. Peran Perawat dalam Pelayanan Kesehatan Primer

Peranan perawat dalam meningkatkan pelayanan kesehatan primer diantaranya yaitu:

- a. Mendorong peran serta aktif masyarakat
- b. Mengajarkan tentang kesehatan
- c. Memberikan bimbingan dan dukungan kepada masyarakat
- d. Mengkoordinasikan kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat
- e. Membina kerjasama dengan individu, keluarga dan masyarakat
- f. Membina kerjasama lintas program
- g. Membina kerjasama lintas sektor

Daftar Pustaka

- Asmawi & Faridah. (2018). Promosi Kesehatan untuk Perawat di Rumah Sakit dan Puskesmas. Yogyakarta: Pustaka Panasea.
- Induniasih & Ratna, W. (2017). Promosi Kesehatan Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1193/Menkes/SK/X/2004 terkait Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1114/Menkes/SK/VIII/2005 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan
- Nies, M. A & McEwen & M. (2019). Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. Edisi Indonesia 1. Singapore: Elseveir
- Notoatmodjo, S. (2018). Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi. Jakarta: Rineka Cipta.
- Sines, D., Saunders, M., & Burford, J. F. (2009). Community Health Care Nursing. Fourth Edition. United Kingdom: Blackwell Publishing.
- Undang-Undang RI No. 36 Tahun 2009 tentang Pedoman Penyelenggaraan Upaya Penyelenggaraan Keperawatan Kesehatan Komunitas Masyarakat, Perkesmas

Profil Penulis



Rina Saraswati

Penulis merupakan staff pengajar pada Prodi Keperawatan Program Sarjana Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gombong.

Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana dan Profesi Ners di Prodi Ilmu Keperawatan Universitas Diponegoro tahun 2008 kemudian menyelesaikan Pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Komunitas di Universitas Padjadjaran tahun 2015. Sejak tahun 2008 penulis aktif menjadi staff pengajar di Universitas Muhammadiyah Gombong di bidang Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik. Selain melakukan kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat sesuai bidang keilmuan, penulis mencoba berkontribusi untuk menulis buku yang berfokus pada bidang keperawatan komunitas. Melalui buku ini penulis ingin menyampaikan bahwa salah satu kegiatan pada bidang keperawatan komunitas yaitu promosi kesehatan yang harus dilakukan oleh perawat puskesmas untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan masyarakat dalam menyelesaikan masalah kesehatan secara mandiri.

Email Penulis: rinarindjani@gmail.com

TERAPI KOMPLEMENTER DAN HOME CARE

Santalia Banne Tondok, S.Kep., Ns., M.Kep.

Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan

Pendahuluan

Lanjut usia dinilai sebagai fase akhir dari siklus hidup proses kehidupan manusia. Dalam Undang-undang No. 13 Tahun 1998 yang tertuang dalam Pasal 1 ayat 2-4 menjelaskan bahwa lanjut usia merupakan individu yang telah mencapai usia diatas 60 tahun dan sering dikatakan sebagai usia emas atau *golden age* karena di usia tersebut tidak semua orang manusia dapat meraih atau mencapai usia tersebut. Orang yang dengan usia lanjut atau lansia membutuhkan perawatan yang optimal bersifat pencegahan dan edukasi supaya di masa *golden age* mereka dapat menikmati dan menjalaninya lebih bahagia dan berkesan (Maryam et al. 2008). Lanjut usia dapat dikategorikan dalam dua jenis berdasarkan fisik yaitu lansia potensial dan lansia non potensial. Lanjut usia potensial merupakan lansia yang dapat melakukan kegiatan yang sesuai dengan keinginan atau pilihan mereka. Kemampuan tersebut dinilai sebagai esensial untuk pribadi dan orang banyak yang berasa dari pengetahuan, pengalaman dan keterampilan yang mereka miliki. Sementara lanjut usia non potensial adalah kemampuan yang kurang dalam memenuhi kebutuhannya sehingga membutuhkan bantuan dari orang lain. Pada lansia jenis ini yang sangat membutuhkan pelayanan khusus. Namun harus

dipahami bahwa lansia potensial dan non potensial tetap membutuhkan perlindungan dan perawatan yang baik karena terjadi penurunan fungsi fisik, mental dan sosial mereka. Selain itu juga agar menjalani hari tua yang bahagia (Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial 2010). Usia tua dapat menyebabkan penurunan fungsi fisik dimana sering mengalami keadaan tidak berdaya, kecemasan, depresi atau status mental yang menurun. Situasi ini menyebabkan bantuan dari orang lain seperti dukungan motivasi dan materi atau bersifat ketergantungan setiap manusia membutuhkan bantuan orang lain untuk memenuhi kebutuhannya, begitu juga pada lansia. Kebutuhan pada lansia memiliki motif yang unik dan dituntut harus cepat di penuhi, karena apabila tidak segera di penuhi akan menciptakan masalah bagi mereka (Sumarnonugroho 1991).

Terapi Komplementer

Perkembangan dari terapi komplementer menjadi sorotan bagi negara-negara yang ada dunia sebagai alternatif lain dalam perawatan dan pengobatan. Pemilihan terapi ini dalam pengobatan oleh beberapa pasien dijadikan sebagai alasan dalam mengatasi masalah kesehatannya salah satunya tentang filosofi *holistic* karena memiliki harmoni dalam diri dan edukasi kesehatan, selain itu terlibat dalam pengambilan keputusan mengenai pengobatan dan perawatan yang akan dijalani agar kualitas hidupnya meningkat (Snyder, M. & Lindquist 2002). Snyder, M. & Lindquist, (2002) menemukan sebanyak 82% klien mengatakan terdapat efek samping dari pengobatan konvensional sehingga lebih memilih terapi komplementer. Pengobatan dengan menggunakan terapi komplementer menjadi salah satu alternatif pilihan dalam mengobati masalah kesehatan yang ada di masyarakat. Di beberapa tempat pelayanan kesehatan, sebelum menerima terapi ini beberapa klien berkonsultasi dengan dokter atau perawat mengenai bagaimana dan manfaat dari terapi komplementer (Smith, et, al., 2004). Hal tersebut dilakukan agar klien dapat memperoleh pelayanan yang optimal dan sesuai dengan pilihannya dan menjadi kepuasan tersendiri bagi klien dalam

menentukan keputusannya. Selain itu juga perawat dapat berperan sebagai perawat komplementer (Widyatuti 2008).

1. Pengertian

Terapi dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia merupakan tindakan yang diberikan untuk merawat dan mengobati penyakit seseorang yang menderita sakit penyakit. Sedangkan komplementer bersifat menyempurnakan atau mencukupi. Pengobatan komplementer dilakukan dengan tujuan melengkapi pengobatan konvensional dan logis yang tidak berlawanan dengan norma hukum kesehatan di Indonesia. Penerapan praktik pengobatan komplementer memiliki standarnya sendiri yang diatur dan disahkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Permenkes RI) (Rufaida, et al., 2018). Terapi alternatif komplementer dinilai sebagai aspek luas dalam tindakan pengobatan yang meliputi modalitas, kesehatan, praktik dan ditandai dengan teori dan kepercayaan dengan cara berbeda dari sistem pelayanan kesehatan yang umum di masyarakat atau budaya yang ada. Terapi alternatif komplementer merupakan kelompok dari berbagai terapi dan perawatan. Tindakan dan produk yang digunakan dari terapi ini bukan bagian dari terapi konvensional yang diartikan sebagai preventif, terapi penyakit, edukasi kesehatan dan kesejahteraan (Laili 2020).

Menurut WHO (World Health Organization), terapi komplementer merupakan terapi non konvensional yang tidak berasal dari negara yang bersangkutan. Misalnya seperti jamu di Indonesia tidak termasuk pengobatan tradisional karena yang bukan berasal dari negara yang bersangkutan. Jamu di Indonesia dianggap sebagai pengobatan tradisional berbeda dengan negara Philipina menilai jamu Indonesia sebagai terapi komplementer (Rufaida et al. 2018).

2. Jenis-Jenis Komplementer

The United States National Institutes of Health mengategorikan 5 jenis terapi komplementer (Laili 2020; Rufaida et al. 2018):

a. *Biologically based practice* atau Terapi biologis

Biologically based practice bersifat alami dan praktik biologis (fisik) dan menghasilkan produk seperti herbal, suplemen makanan dari bahan alami, ekstrak tumbuhan dan hewani, komponen dari vitamin, mineral, asam lemak, asam amino, protein dan prebiotik. Jenis-jenis terapi ini seperti terapi biofeedback, terapi bahan herbal, hydrotherapy dan konseling nutrisi (makanan) nutritional counseling.

b. *Manipulative and body-based approaches*

Manipulative and body-based approaches mempunyai ciri tersendiri bahwa raga dapat menata sendiri dan mempunyai keahlian dalam menyembuhkan sendiri pada bagian-bagian tubuh yang mengalami sakit. Berbagai Jenis terapi ini diantaranya akupresur, akupunktur, aromaterapi, body work, breema bodywork, chiropractic, osteopati kranial, terapi sakrum kranial, terapi tari, Jinshin Juts, Terapi Limfatik, Pijat, terapi gerakan, terapi neuromuskular, fisioterapi, qigong, shiatsu, dan trigger point therapy.

c. *Mind-body therapy / medicine*

Tujuan dari terapi ini adalah untuk memperoleh raga dan pikiran yang nyaman serta rileks dan menurunkan stress dan cemas yang dirasakan sehingga dapat membentuk pertahanan tubuh yang kuat dan dapat mencegah penyakit. Pada terapi ini mengutamakan penggunaan kekuatan pikiran dan emosi yang dapat mempengaruhi kesehatan tubuh. Intinya dari terapi ini adalah melatih kemampuan konsentrasi dan memusatkan pikiran pada tubuh dan

mengabaikan gangguan. Beragam jenis terapi ini seperti terapi seni, terapi warna, psikoterapi, *desensitization and reprocessing* (EMDR), guided imagery, hipnoterapi, meditasi, terapi musik, *neuro-linguistic programming* (NLP), manajemen stress, yoga dan taichi.

d. *Alternative medical system*

terapi ini merupakan pelayanan kesehatan yang mengelaborasi dengan pendekatan pelayanan biomedis. Adapun macam-macam terapi ini seperti homeopathy dan pengobatan osteopathic. Homeopathy merupakan Teknik terapi ini di lakukan berdasarkan kemampuan pada tubuh yang dapat menyembuhkan sendiri. Sementara terapi osteopathi merupakan terapi yang digunakan dengan cara memanipulatif tubuh untuk memfasilitasikan proses penyembuhan pada tubuh.

e. *Energy therapy/medicine*

Pada terapi ini dilakukan dengan menyerap atau focus pada energi dalam tubuh atau memperoleh energi dari luar. Terapi ini terdiri dari terapi sentuhan chi kung, energy work, terapi sentuhan, terapi magnet, terapi doa, reiki, terapeutik.

3. Terapi komplementer Terdiri Dari Beberapa Jenis yang Dapat Diberikan Antara Lain (Rufaida et al. 2018):

a. Relaksasi

Relaksasi adalah tindakan mengatur pola napas dan konsentrasi yang merupakan bagian dari penurunan fungsi fisik, kognitif dan rangsangan afektif. Teknik ini dilakukan dengan cara mengurangi rangsangan, dan terjadinya serat saraf yang rileks, kerja impuls saraf ke otak berkurang begitu juga kerja otak dan sistem fisiologis lainnya berkurang. Relaksasi dilakukan untuk meningkatkan kemampuan kognitif dalam

mengurangi pemikiran negatif yang disebabkan oleh lingkungan sekitar. Relaksasi harus dilakukan dengan cara:

- 1) Fokus. Tujuan dari fokus adalah meningkatkan kemampuan dalam mengidentifikasi, dan mengembalikan perhatian dalam stimulus yang ringan pada waktu yang lama.
- 2) Pasif merupakan kemampuan seseorang untuk menghentikan kegiatan yang tidak bermanfaat.
- 3) Kesiapan (bersedia menerima pengalaman atau kejadian yang belum pasti) relaksasi yang dilakukan dengan jangka waktu yang panjang memiliki tujuan yaitu supaya individu dapat mengontrol dirinya secara berkelanjutan terhadap respon psikis, dan membebaskan masalah yang mengganggu yang ada pada tubuhnya.

b. Meditasi

Meditasi merupakan tindakan yang dilakukan dengan menenangkan pikiran dengan membatasi stimulus yang masuk. Aspek yang mendukung relaksasi meditasi menurut Benson yaitu menciptakan ruangan yang tenang, mengatur posisi yang nyaman, menerima atau meluangkan waktu yang cukup dan konsentrasi. Praktik ini tidak membutuhkan *trainer*, beberapa orang memperoleh dan mempelajarinya melalui internet buku atau media ajar lainnya. Meditasi biasanya menggunakan teknik melatih pernapasan, rileks dan dilakukan dengan lembut atau perlahan.

4. Penerapan Terapi Komplementer dan Manfaat Komplementer Bagi Lansia.

Berbagai macam manfaat yang dapat dirasakan dengan terapi komplementer diantaranya adalah:

- a. Terapi komplementer dengan menggunakan terapi *Spiritual Emotional Freedom Technique* (seft)

(Akbar, 2022), terapi musik (Merlianti, 2014), terapi doa (Mahlufi, 2019), pada pasien lansia dengan hipertensi yang bertujuan meningkatkan kualitas tidur mereka. Teknik ini efektif dalam meningkatkan kualitas tidur dari lansia.

- b. Terapi kompres hangat dengan menggunakan jahe merah (herbal) untuk mengurangi nyeri pada lansia dengan arthristis gout. Efek jahe merah dipercaya dapat mengurangi nyeri karena terdapat kandungan senyawa gingerol dan shogod yang memberikan sensasi hangat dan panas sehingga memiliki sifat anti peradangan non steroid (Liana, 2019). Terapi akupresur (Wahyuningsyah, 2019), rebusan daun sirsak (Puspita 2020), daun kersen (Ilkafah, 2018), daun salam (Marlinda & Putri 2019) yang efektif mengatasi masalah pada lansia dengan gout arthristis.
 - c. Terapi komplementer menggunakan jus tomat (Sinurat, et, al., 2021), rendam kaki air hangat dan relaksasi (Ferayanti, et, al., 2017), pijat punggung (Rasdini et al. 2021), pada lansia dengan hipertensi dapat mengatasi masalah tekanan darah pada lansia.
 - d. Terapi Reiki (Arlina & Riawati, 2021), terapi spiritual (Vitani, et, al., 2020), senam kaki dan rendam air hangat (Permatasari, et, al., 2020), relaksasi benson (Siregar, et, al., 2018) dinyatakan efektif dalam mengatasi masalah lansia dengan diabetes mellitus.
5. Peran Perawat dalam Keperawatan Komplementer
- Peran perawat komplementer kepada pasien sebagai berikut:
- a. Sebagai advokat klien
 - b. Sebagai pemberi asuhan keperawatan
 - c. Sebagai educator
 - d. Peneliti
-

e. konselor.

Home Care

Perawatan *home care* sudah di terapkan kurang lebih sejak tahun 1700 yang menerapkan *home visit* pada keluarga dengan ekonomi rendah (Rice, 2006). Di Indonesia perawatan *home care* mulai dikenal pada tahun 1974 yang diperkenalkan pertama kali oleh Ibu Jenderal A.H Nasution yang pada waktu itu lebih memusatkan pada pemberian makanan untuk memenuhi gizi pada lansia (Direktorat Pelayanan Sosial Lanjut Usia, 2014). Dalam Permenkes No. 28 Tahun 2011 menjelaskan bahwa perawatan *home care* merupakan bagian terintegrasi dari klinik dan Permenkes 75 Tahun 2014 menjelaskan bahwa salah satu langkah individu tingkat pertama dilakukan dalam bentuk pelayanan kesehatan *home care*.

1. Pengertian

Home care merupakan suatu tindakan yang diberikan dengan intermitten atau part time kepada pasien dan keluarga dalam bentuk asuhan keperawatan yang bermutu (Rice, 2006). *Home care* adalah bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan oleh orang profesional dilakukan di rumah pasien untuk membantu pasien memenuhi kebutuhan akan kesehatannya yang juga dapat mengikutsertakan keluarga sebagai faktor pendukung. ((Parellangi, 2015). America Medicine Association, mendefinisikan *home care* sebagai penyedia jasa layanan perawatan kepada pasien dirumah untuk membantu meningkatkan dan menjaga kesehatan dan rasa aman yang optimal. Yuliansyah, (2019) mendefinisikan *home care* sebagai pelayanan kesehatan yang multidisiplin dan profesional yang diberikan kepada pasien dengan melibatkan keluarga untuk dapat meningkatkan status kesehatan dan kemandirian pasien.

2. Sasaran *Home Care* pada Lansia

adalah sebagai berikut (Nugroho, 2008):

- a. Lansia yang berusia diatas 60 tahun
- b. Lansia yang tinggal Bersama keluarga sendiri atua pengganti atau lansia yang tinggal mandiri tanpa ditemani oleh keluarga.
- c. Lansia yang mengalami masalah kesehatan seperti lansia yang disabilitas, lansia dengan sakit, lansia yang sangat tua.
- d. Lansia dengan ekonomi rendah.

3. Tujuan *Home Care*

Tujuan dari pelayanan *home care* bagi lansia adalah untuk mencukupi, meningkatkan kemandirian, dan mengurangi efek dari penyakit agar individu tersebut dapat mencapai kesehatan yang optimal dalam waktu yang lama secara berkelanjutan (Triwibowo, 2012).

(Parellangi 2015) menyebutkan tujuan *home care* antara lain:

- a. Tujuan umum *home care* adalah mengoptimalkan dan mengembangkan bentuk-bentuk pelayanan kesehatan kepada masyarakat yang komprehensif.
- b. Tujuan khususnya adalah meningkatkan status kesehatan, kemandirian pasien dan keluarga lebih optimal, serta mengurangi dampak dari penyakit.

4. Bentuk-Bentuk *Home Care*

Potter & Perry, (2009) mendefinisikan bentuk-bentuk dari *home care* adalah sebagai berikut:

- a. Pelayanan perawatan luka
- b. Pemeriksaan fisik (mengukur tanda-tanda vital)
- c. Nutrisi
- d. Terapi medis

- e. Terapi infus
- f. Rehabilitas

Mudawamah & Legowo, (2013) dalam penelitiannya menjelaskan bentuk-bentuk *home care* pada Lansia adalah sebagai berikut:

- a. Menyediakan pendampingan pada lansia. Pada pendampingan lansia dapat dibentuk dalam beberapa kelompok,
 - b. Membagikan makanan seminggu dua kali pada lansia. Makanan yang diberikan kepada lansia yaitu empat sehat lima sempurna seperti nasi, lauk pauk (sumber protein), sayur, buah-buahan (vitamin C) dan susu.
 - c. pemberian snack diberikan seminggu sekali.
 - d. Memberikan pelayanan Pengobatan gratis pada Lansia yang dilakukan pada waktu tertentu seperti dalam kegiatan jalan sehat.
 - e. Pelayanan posyandu lansia seperti memberikan pengobatan gratis bagi lansia yang dilakukan sebulan sekali. Beberapa aktivitas dan kegiatan yang dilakukan pada posyandu lansia seperti mengukur IMT, mengukur tekanan darah, gula darah, asam urat dan pemberian terapi. Kegiatan ini memiliki tujuan agar dapat mengetahui keadaan dan perkembangan lansia. Pelayanan *home care* pada lansia selain berfokus pada pemenuhan kebutuhan kesehatan lansia, pelayanan ini juga berfokus mencukupi kebutuhan pemeliharaan dan afeksi. Disini peran keluarga tidak terlepas dalam memenuhi kebutuhan lansia, *home care* hanya sebagai bentuk layanan bantuan bagi keluarga untuk memenuhi kebutuhan lansia.
5. Manfaat *Home Care* (Triwibowo 2012)
- a. Pelayanan dan perawatan kepada pasien lebih optimal dan menyeluruh.
 - b. Pelayanan yang profesional
-

- c. Kemandirian dalam melakukan perawatan dan dapat diterapkan, yang dilindungi secara hukum sah dan sesuai etik keperawatan.
 - d. Pemenuhan kebutuhan klien sehingga terciptakan rasa nyaman dan puas terhadap profesionalitas asuhan keperawatan.
6. Aspek-Aspek Perawatan *Home Care* Pada Lansia, sebagai berikut (Zang and Bailey 2004):
- a. Aspek utama
 - 1) Klien: klien dengan usia lanjut yang mendapatkan perawatan *home care* dengan melibatkan keluarga sebagai penanggung jawab atau faktor pendukung dalam perawatan yang diberikan.
 - 2) Pengasuh: pengasuh dalam perawatan ini adalah keluarga atau relawan yang bersedia merawat klien lansia.
 - 3) Pengelola di rumah: dalam hal ini instansi atau pihak yayasan atau bagian dari rumah sakit, puskesmas, klinik atau mandiri yang bertanggung jawab dalam menyediakan dan mengelola tindakan keperawatan yang dibutuhkan pada klien lansia di rumah, meliputi tenaga kesehatan (profesional), fasilitas yang diperlukan, sarana dan prasarana, alur pelaksanaan perawatan yang sesuai standar.
 - 4) Koordinator kasus: tenaga kesehatan yang profesional berkolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya yang berhubungan dengan tindakan perawatan yang diberikan.
 - 5) Pramusila: relawan atau sukarela maupun tenaga kontrak dalam melakukan tanggung jawab selama perawatan *home care*.

- b. Aspek penunjang
 - 1) Kelompok Puskesmas: tenaga kesehatan yang berasal dari bagian puskesmas yang memberikan *home care*.
 - 2) Dokter: dokter yang terlibat dalam perawatan *home care* merupakan dokter keluarga yang melakukan praktik secara mandiri atau gabungan / kelompok.
 - 3) Kelompok perawatan dirumah: tim ini merupakan tim gabungan multi disiplin ilmu yang profesional, berkolaborasi dalam memberikan perawatan komprehensif dan berkelanjutan dengan memperhatikan pada aspek budaya, psikis, sosial dan ekonomi serta bekerja sama dengan puskesmas sebagai pelayanan dasar di masyarakat.
7. Persetujuan Kontrak *Home Care* Pada Lansia sebagai berikut (Zang and Bailey 2004):
 - a. Pihak yayasan atau penyedia layanan *home care* dan pasien serta keluarga membuat persetujuan bersama. Tentang perawatan yang akan diterima. Klien dan keluarga diizinkan membuat target capaian perawatan dan membantu menemukan solusi bersama tentang masalah perawatan yang diterima klien sesuai rencana ataupun terapi dokter.
 - b. Kontrak yang dibuat berkaitan langsung dengan kegiatan pelaksanaan keperawatan yang akan diberikan dan dapat selesai berdasarkan tahap proses keperawatan yang disusun. Pada setiap pemberian intervensi yang akan diberikan harus dengan izin atau persetujuan klien atau keluarga.
 - c. Kontrak dapat dilanjutkan apabila terdapat kesesuaian keputusan bersama antara penyedia layanan *home care* dan pengguna jasa, namun tidak terdapat kesesuaian terhadap pelayanan keperawatan yang diterima maka kontrak harus di telaah kembali.

- d. Kontrak dapat dibuat secara lisan maupun tulisan, dengan kesepakatan bersama dari kedua pihak.
8. Standar Praktik *Home Care*, antara lain (Mubarak & Chayatin, 2009):
- a. Standar I: Organisasi *Home Care*
Semua aspek pelayanan *home care* dari tahap perencanaan, penyusunan dan diketuai oleh kepala perawat yang kompeten dan profesional dalam memberikan asuhan keperawatan.
 - b. Standar II: Teori
Perawat menentukan susunan teori sebagai pondasi dalam pengambilan keputusan dalam menerapkan asuhan keperawatan.
 - c. Standar III: Pengumpulan Data
Data dikumpulkan secara berkesinambungan dan didokumentasikan dengan tepat dan teratur.
 - d. Standar IV: Diagnosa
Berdasarkan data observasi dan hasil pemeriksaan klien dapat digunakan oleh perawat dalam menetapkan diagnosa keperawatan yang sesuai.
 - e. Standar V: Perencanaan
Menyusun rencana tindakan yang akan diberikan untuk perbaikan status kesehatan yang komprehensif yang mencakup preventif, kuratif dan rehabilitatif.
 - f. Standar VI: Intervensi
Tindakan keperawatan diberikan sesuai dengan standar operasional prosedur yang bertujuan untuk memberikan kenyamanan, perubahan status kesehatan yang optimal, rasa puas, dan mencegah terjadinya gejala yang kompleks.

g. Standar VII: Evaluasi

Proses evaluasi dilakukan oleh perawat dengan menilai respon klien dan keluarga terhadap hasil atas asuhan keperawatan yang telah diterima, melihat Kembali data awal diagnosa dan rencana tindakan yang telah di buat.

9. Program *Home Care* Pada Lansia, sebagai berikut:

Identifikasi masalah atau kasus *home care*

a. Seleksi kasus

Melakukan identifikasi klien lansia dengan kasus perawatan khusus seperti cedera, diabetes mellitus, penyakit jantung / gagal jantung, asthma, stroke, luka kronik dan lainnya. Selain kegiatan kuratif, preventif dan promotif harus diberikan.

b. Pengkajian kebutuhan klien

Mengkaji kebutuhan klien dengan melakukan pemeriksaan fisik, psikis, sosial dan ekonomi serta perilaku. Pengkajian data atau sumber informasi tentang kondisi status kesehatan dapat dilakukan langsung pada pasien dan atau keluarga.

c. Menyusun perencanaan kegiatan pelayanan meliputi; menyusun jadwal *home visit*, menyusun rencana intervensi, melakukan seleksi sumber yang ada di keluarga atau masyarakat.d. Melaksanakan bentuk pelayanan *home care* meliputi; memberikan informasi, menyusun janji dengan klien dan keluarga, mengatur kegiatan tim petugas kesehatan *home care* sesuai dengan jadwal, melaksanakan rujukan untuk pasien.

e. Melaksanakan evaluasi pelayanan, meliputi; monitoring tindakan yang diberikan, mengevaluasi tahap akhir status kesehatan dari pelayanan yang diberikan dan proses identifikasi masalah serta menilai rasa puas pasien pada pelayanan yang diterima secara berkesinambungan.

10. Peran Perawat Pada Perawatan *Home Care*

- a. Sebagai advokat klien
- b. Sebagai educator
- c. Sebagai manager
- d. Peneliti
- e. Konselor.

Daftar Pustaka

- Akbar, Roby Rahmadi. 2022. "Pemberian Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) Untuk Meningkatkan Kualitas Tidur Pada Lansia Di Desa Bantarjaya." Bekasi: Universitas Medika Suherman.
- Arlina, Zakinah, and Riawati. 2021. "Pengaruh Terapi Reiki Terhadap Penurunan Kadar Glukosa Darah Sewaktu Pada Lansia Penderita Diabetes Melitus Di Panti Sosial Tresna Werdha Teratai Palembang Tahun 2017." *Jurnal Kesehatan Dan Pembangunan* 11(22):119–26. doi: 10.52047/jkp.v11i22.119.
- Direktorat Pelayanan Sosial Lanjut Usia. 2014. *Pedoman Pendampingan Dan Perawatan Sosial Lanjut Usia Di Rumah (Home Care)*. Jakarta: Kementerian Sosial.
- Ferayanti, Ni Made, Rizky Erwanto, and Adi Sucipto. 2017. "The Effectiveness Of Warm Water Therapy And Deep Breathing Relaxation In Blood Pressure." *Nurscope: Jurnal Penelitian Dan Pemikiran Ilmiah Keperawatan* 3(2):38. doi: 10.30659/nurscope.3.2.38-45.
- Ilkafah, I. 2018. "Daun Kersen (*Muntingia Calabura L.*) Sebagai Alternatif Terapi Pada Penderita Gout Arthritis." *Jurnal Farmasi Medica/Pharmacy Medical Journal* 1(1).
- Kementerian Kesehatan dan Kesejahteraan Sosial. 2010. *Acuan Umum Pelayanan Kesejahteraan Sosial Lanjut Usia*. Jakarta: Direktorat Kesejahteraan Anak, Keluarga, dan Lanjut Usia.
- Laili, N. 2020. *Terapi Alternatif Komplementer Herbal Pada Pasien Hipertensi Dalam Perspektif Keperawatan (Nabila, Am; A. Y. Wati, Ed.)*. Yogyakarta: Deepublish.
- Liana, Y. 2019. "Efektifitas Terapi Rendam Kaki Dengan Air Jahe Hangat Terhadap Nyeri Arthritis Gout Pada Lansia." *In Proceeding Seminar Nasional Keperawatan* 4(1):199–206.
- Mahlufi, Faisal. 2019. "Pengaruh Terapi Murotal Terhadap Kualitas Tidur Penderita Insomnia Pada Lanjut Usia (Lansia) Di Kecamatan Pontianak Tenggara." 1–20.
-

- Marlinda, Roza, and Dafriani Putri. 2019. "Pengaruh Pemberian Air Rebusan Daun Salam Terhadap Penurunan Kadar Asam Urat Pasien Arthritis Gout The Effect Of Indonesian Bay-Leaf Water Stew On Uric Acid Level In Patients With Gout Arthritis." *Jurnal Kesehatan Saintika Meditory* 2(1):62–70.
- Maryam, Raden Siti, Mia Fatma Ekasari, Rosidawati, Ahmad Jubaedi, and Irwan Batubara. 2008. *Mengenal Usia Lanjut Dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba medika.
- Merlianti, Arina. 2014. "Pengaruh Terapi Musik Terhadap Kualitas Tidur Penderita Insomnia Pada Lanjut Usia Di Panti Jompo Graha Kasih Bapa Kabupaten Kubu Raya." *ProNers* 1(1).
- Mubarak, W, I & Chayatin, N. 2009. *Ilmu Keperawatan Komunitas Pengantar Dan Teori*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mudawamah, Siti, and Martinus Legowo. 2013. "Perawatan Lansia Oleh Masyarakat Melalui Home Care Lansia BKKKS Jawa Timur." *Paradigma: Jurnal Online Mahasiswa S1 Sosiologi UNESA* 1–7.
- Nugroho Wahjudi H. 2008. *Keperawatan Gerontik Dan Geriatrik*. Jakarta: EGC.
- Parellangi, Andi. 2015. *Home Care Nursing Aplikasi Praktik Berbasis Evidence-Based*. 1st ed. Yogyakarta: Andi CV Andi Offset.
- Permatasari, Kartika Dwi, Diah Ratnawati, and Nourmayansa Vidya Anggraini. 2020. "Dan Rendam Air Hangat Terhadap Sensitivitas Kaki Pada Lansia Dengan." 5(2):16–25.
- Potter, P.A & Perry, A. G. 2009. *Fundamental Keperawatan*. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.
- Puspita, U. N. (2020). 2020. "Penerapan Pemberian Rebusan Daun Sirsak Pada Lansia Yang Mengalami Gout Arthritis Dengan Masalah Keperawatan Nyeri Di Posyandu Lansia Tajungwidoro Bungah Gresik." Universitas Nahdatul Ulama Surabaya.
-

- Rasdini, IGA Ari, Ni Made Wedri, VM Endang SP Rahayu, and IDP Putrayasa. 2021. "Pengaruh Terapi Komplementer Massage Punggung Terhadap Tekanan Darah Pada Lansia Dengan Hipertensi." *Jurnal Smart Keperawatan* 8(1):40. doi: 10.34310/jskp.v8i1.426.
- Rice, L. B. (2006). 2006. "Relaxation Training & Its Role in Diabetes & Health."
- Rufaida, Zulfah, Sri Wardini Puji Lestari, and Dyah Permata Sari. 2018. *Terapi Komplementer*. Mojokerto: STIKes Majapahit Mojokerto.
- Sinurat, Samfriati, Ice Septriani Saragih, and Murni Sari Dewi Simanullang. 2021. "Pelaksanaan Terapi Komplementer Jus Tomat Untuk Menurunkan Tekanan Darah Pasien Hipertensi Di UPT Pelayanan Sosial Lanjut Usia Binjai." *Jurnal Peduli Masyarakat* 3(3):219–24. doi: 10.37287/jpm.v3i3.534.
- Siregar, Tatiana, Diah Ratnawati, and Chandra Tri Wahyudi. 2018. "Terapi Relaksasi Benson Termodifikasi Efektif Mengontrol Gula Darah Pada Lansia Dengan Diabetes Mellitus." *Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan* 14(2):83–93.
- Smith, S.F., Duell, D.J., Martin, B. C. 2004. *Clinical Nursing Skills: Basic to Advanced Skills*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Snyder, M. & Lindquist, R. 2002. *Complementary/Alternative Therapies in Nursing*. 4th ed. New York: Springer.
- Sumarnonugroho. 1991. *Sistem Intervensi Kesejahteraan Sosial*. Yogyakarta: PT. Hanindita.
- Triwibowo, C. (2012). 2012. *Home Care Konsep Kesehatan Masa Kini*. Yogyakarta : Nuha Mediaka.
- Vitani, Raimonda Amayu Ida, Martha Gita Ongebele, and Niken Setyaningrum. 2020. "Tinjauan Literatur:Terapi Spiritual (Doa Dan Relaksasi) Untuk Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2." *Jurnal Perawat Indonesia* 4(3).

- Wahyuningsyah, Bella Vican. 2019. "Penerapan Terapi Komplementer (Akupresur) Untuk Menurunkan Kadar Asam Urat Darah Usia Lanjut Pada Penerima Manfaat Gout Arthritis Di Rumah Pelayanan Sosial Lanjut Usia Pucang Gading Semarang." Universitas Islam Sultan Agung.
- Widyatuti. 2008. "Terapi Komplementer Dalam Keperawatan." *Jurnal Keperawatan Indonesia* 12(1):53-57.
- Yuliansyah, Dhedi. 2019. "Studi Kualitas Pelayanan Home Care Di Puskesmas Tamamaung." Makassar : Universitas Muslim Indonesia.
- Zang, S. M., and N. C. Bailey. 2004. *Manual Home Care. Edisi Terjemahan.* Jakarta : EGC.

Profil Penulis



Santalia Banne Tondok

Penulis lahir di ujung bagian timur Indonesia yaitu Kota Jayapura, Papua pada tanggal 02 April 1987. Penulis telah menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan pada Tahun 2009 dan profesi Ners pada Tahun 2010 di Universitas Sariputra Indonesia Tomohon di Manado Sulawesi Utara dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan pada Tahun 2020 di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Saat ini penulis bekerja di salah satu institusi pendidikan kesehatan di Papua yaitu Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jayapura sejak Tahun 2010 dan aktif mengajar di prodi Pendidikan Profesi Ners dengan bidang kepakaran Keperawatan Medikal Bedah. Penulis tertarik menulis buku untuk menambah pengalaman dalam menulis tentang terapi komplementer dan home care serta diharapkan dapat berkontribusi dalam dunia pendidikan. Penulis juga melaksanakan tri dharma perguruan tinggi selain pengajaran, penulis aktif juga dalam penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang keperawatan dan kesehatan serta menulis di beberapa jurnal keperawatan dan kesehatan.

Email Penulis: sta.vicky@gmail.com

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELOMPOK RENTAN: LANSIA DAN TUNAWISMA

Ns. Lintang Puspita Prabarini, S.Kep., M.Kep.

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Keparanjen

Pendahuluan

Kerentanan merupakan suatu konsep dalam keperawatan komunitas, dimana kondisi tersebut menggambarkan kualitas atau keadaan yang mudah untuk diserang atau dilukai baik secara fisik maupun emosional (Clark & Preto, 2018). Kerentanan dalam keperawatan komunitas diakibatkan oleh adanya disparitas kesehatan yang umumnya mengacu pada perbedaan kualitas perawatan, baik dalam hal akses, pilihan, pencegahan, dan hasil kesehatan, pada seluruh kelompok. Segmen populasi yang berisiko mengalami kesenjangan kesehatan dan perawatan yang buruk inilah yang dianggap kelompok rentan (Grabovschi et al., 2013). Penentuan suatu kelompok tertentu sebagai agregat rentan berdasarkan hasil kesehatan dan kondisi sosial yang merugikan kesehatan. Kerentanan tersebut dapat diakibatkan oleh dua faktor yaitu internal dan juga eksternal (Clark & Preto, 2018). Pada bab ini akan dibahas terkait konsep kerentanan dalam keperawatan komunitas, serta kelompok lansia dan tunawisma yang menjadi contoh dari kelompok rentan di masyarakat.

Pengertian

Kerentanan diartikan sebagai suatu kondisi rentan terhadap pengabaian atau bahaya, berisiko terhadap hasil kesehatan sosial-ekonomi, psikologis, dan fisik yang buruk. Beban kasus perawat komunitas sebagian besar terdiri dari mereka yang mewakili populasi rentan. Istilah "rentan" berasal dari bahasa Latin yang memiliki arti luka, dan agregat rentan merupakan kelompok yang berada pada risiko tinggi terhadap hasil kesehatan yang kemungkinan merugikan. Kelompok ini sering memiliki tingkat kematian yang lebih tinggi. Kondisi ini diakibatkan oleh akses yang lebih sedikit ke layanan kesehatan serta perbedaan yang berkaitan dengan kualitas perawatan, tidak adanya asuransi, tingkat harapan hidup yang lebih rendah, dan kualitas hidup yang rendah secara keseluruhan (Allender et al., 2010).

Kerentanan mengacu pada keadaan sedang dalam bahaya atau terpapar risiko oleh karakteristik individu dari kerapuhan yang melekat pada diri manusia. Dalam kesehatan, istilah ini memiliki konotasi yang luas dan dikaitkan dengan pengakuan bahwa manusia mungkin rentan terhadap kerusakan atau risiko akibat kerugian sosial (Ferreira et al., 2021).

Konsep Kerentanan

Kondisi kesehatan suatu populasi dapat dilihat dengan mencatat prevalensi penyakit beserta angka kesakitan dan kematiannya. Semakin tinggi risiko terhadap suatu populasi, semakin besar dampaknya terhadap status kesehatan mereka. Ketersediaan sumberdaya juga berpengaruh pada status kesehatan masyarakat. Dalam konsep kerentanan ini terdapat beberapa sumberdaya yang berpengaruh terhadap status kesehatan populasi.

1. Sumber daya sosial ekonomi

Sumber daya sosial dan ekonomi dapat meliputi beberapa hal seperti manusia (misalnya, pekerjaan, pendapatan, perumahan, pendidikan), keterhubungan atau integrasi sosial (misalnya, jaringan atau ikatan sosial, dukungan sosial, ditandai

dengan marginalisasi), dan status sosial (misalnya, posisi, kekuasaan, peran) (Allender et al., 2010). Sumber daya sosial didefinisikan sebagai kondisi konkret atau simbolis yang dapat digunakan sebagai objek pertukaran di antara orang-orang. Sumber daya sosial adalah hal yang secara konsisten terbukti meningkatkan dan menjaga. Contoh sumber daya sosial termasuk barang berwujud seperti uang, informasi, barang dan jasa. Individu dan kelompok dengan sumber daya sosial ekonomi yang memadai cenderung lebih sehat dan lebih mampu mengelola ancaman kesehatan di komunitasnya (Webel et al., 2016).

2. Sumber daya lingkungan

Sumber daya lingkungan memiliki pengaruh yang besar pada kesehatan dan kesejahteraan dan mempengaruhi kesehatan manusia secara positif maupun negatif. Dampak ini dapat bersifat jangka pendek maupun panjang (World Health Organization (WHO), 2019). Sumber daya lingkungan umumnya berhubungan dengan akses ke pelayanan kesehatan dan kualitas perawatan itu. Rendahnya akses ke perawatan dapat timbul dari banyak sumber, termasuk lingkungan yang dipenuhi kriminalitas, sistem transportasi yang tidak memadai, kurangnya jumlah dan jenis penyedia yang memadai, dan pilihan rencana perawatan kesehatan yang terbatas atau tidak ada asuransi kesehatan (Allender et al., 2010).

3. Resiko relatif

Risiko relatif menunjuk pada paparan faktor risiko yang teridentifikasi oleh sejumlah besar penelitian, yaitu gaya hidup, perilaku dan pilihan (misalnya, diet, olahraga, penggunaan tembakau, alkohol dan obat-obatan lain, perilaku seksual), penggunaan layanan pemeriksaan kesehatan (misalnya, imunisasi, promosi kesehatan, penggunaan sabuk pengaman), dan peristiwa yang membuat stres (misalnya, kejahatan, kekerasan, penyalahgunaan, penggunaan senjata api) (Allender et al., 2010).

Kelompok yang dikategorikan dalam kerentanan

Penyebab kerentanan yang paling sering muncul atau penyebab peningkatan risiko kesehatan yang buruk adalah pendapatan dan pendidikan, ras atau latar belakang etnis. Faktor-faktor dan populasi berikut dalam deskripsinya tentang populasi rentan:

1. Keuangan dan pendidikan
2. Usia dan jenis kelamin
3. Ras dan etnis
4. Penyakit kronis dan kecacatan
5. *Human immunodeficiency virus* (HIV)/ *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (AIDS)
6. Penyakit mental dan kecacatan
7. Alkohol dan penyalahgunaan zat
8. Pelecehan keluarga
9. Tunawisma
10. Risiko bunuh diri dan pembunuhan
11. Ibu dan bayi berisiko tinggi
12. Imigran dan pengungsi (World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific, 2020)

Kerentanan dan Kesenjangan dalam Kesehatan

1. Faktor Kesenjangan secara sosial

Kesenjangan sosial adalah proses meminggirkan individu atau kelompok masyarakat tertentu dan menyangkal mereka dari partisipasi penuh dalam kegiatan sosial, ekonomi, dan politik. Kerentanan sosial adalah ketidakmampuan individu atau komunitas untuk melawan situasi atau dampak negatif. Oleh karena itu, pengucilan sosial membuat beberapa individu tertentu ke dalam kerentanan sosial (Tangcharoensathien et al., 2018). Kesenjangan sosial, dicirikan oleh akses yang tidak merata ke sumberdaya, yang bersifat multidimensi. Distribusi yang tidak merata dari kondisi ini di antara

kelompok-kelompok tertentu dianggap berkontribusi pada kesenjangan kesehatan. Beberapa contoh kesenjangan sosial adalah:

- a. Air bersih yang dapat diakses
- b. Perumahan yang memadai
- c. Lingkungan yang mendukung
- d. Tingkat olahraga yang sesuai
- e. Sumber daya politik dan struktur sosial yang stabil

2. Kesenjangan Kesehatan

Kesenjangan kesehatan adalah perbedaan kondisi kesehatan tertentu yang berkaitan erat dengan kerugian ekonomi, sosial, serta lingkungan. Kesenjangan kesehatan berdampak buruk pada komunitas yang secara sistematis mengalami hambatan sosial atau ekonomi (Braveman, 2014). Definisi dari kesenjangan kesehatan adalah rantai kejadian yang ditandai oleh perbedaan dalam:

- a. Lingkungan
- b. Akses ke pemanfaatan, dan kualitas perawatan
- c. Status kesehatan
- d. Hasil kesehatan tertentu

Beberapa kesenjangan kesehatan tidak dapat dihindari karena berasal dari perilaku individu yang merusak kesehatan meskipun ada upaya berupa Pendidikan dan konseling kesehatan (Allender et al., 2010).

3. Akses ke Pelayanan Kesehatan

Perbedaan akses ke layanan kesehatan di berbagai populasi adalah alasan utama kesenjangan yang ada dalam penyediaan layanan kesehatan. Perbedaan ini terjadi karena beberapa alasan dan faktor utama yang saling berkontribusi (Mandal, 2019). Beberapa bentuk keterbatasan akses ke pelayanan kesehatan pada kelompok rentan diantaranya yaitu:

- a. Asuransi/jaminan kesehatan yang tidak mencukupi
 - b. Hambatan dalam mendapatkan perawatan kesehatan
 - c. Kualitas perawatan
 - d. Pilihan tempat perawatan yang terbatas
 - e. Kurangnya penyedia layanan kesehatan yang teratur
4. Kualitas Pelayanan

Kualitas pelayanan kesehatan harus menghasilkan "peningkatan pada kemungkinan hasil kesehatan yang diinginkan" dan harus bersifat "konsisten dengan pengetahuan profesional saat ini". Kondisi ini meliputi hal-hal seperti masalah keselamatan pasien, ketepatan waktu dan efektivitas perawatan, dan perawatan berpusat pada pasien. Kurangnya akses ke layanan perawatan kesehatan yang berkualitas umum terjadi di antara kelompok ras dan etnis minoritas. Komunikasi dapat menjadi faktor luas dalam kualitas perawatan yang buruk. Populasi rentan yang terpinggirkan, seperti penyalahgunaan zat, ibu dan bayi yang berisiko, kelompok yang rentan bunuh diri dan pembunuhan, serta kondisi gangguan mental atau kecacatan mungkin memiliki perasaan bahwa mereka diperlakukan sebagai "warga kelas dua," dan hambatan budaya serta kesalahpahaman dapat menyebabkan penghentian rejimen yang direkomendasikan. Hasil kesehatan yang buruk dapat terjadi, karena efektivitas perawatan kesehatan untuk populasi yang rentan sering kali tidak dipertimbangkan atau bahkan didefinisikan dengan baik.

Konsep Kerentanan pada Tunawisma

1. Tunawisma

Tunawisma menggambarkan situasi individu, keluarga atau komunitas tanpa perumahan yang stabil, aman, permanen, layak, atau prospek

langsung, sarana dan kemampuan untuk memperolehnya. Kondisi ini dihasilkan dari hambatan sistemik atau sosial, kurangnya perumahan yang terjangkau dan layak, hambatan keuangan, dan adanya rasisme atau diskriminasi. Kebanyakan individu tidak memilih untuk menjadi tunawisma, dan pengalaman umumnya bersifat negative, tidak menyenangkan, tidak sehat, dan tidak aman (Gaetz et al., 2012). Individu dan keluarga yang tidak mempunyai tempat tinggal yang tetap di malam hari, teratur, dan memadai serta termasuk bagian dari individu yang tinggal di tempat penampungan darurat atau tempat yang tidak dimaksudkan untuk tempat tinggal manusia dan yang keluar dari institusi tempat dia tinggal sementara (Nies & McEwen, 2014).

2. Tipologi dari Tunawisma

Tipologi menggambarkan kisaran kondisi yang mungkin dialami oleh para tunawisma. Kelompok ini yang tidak memiliki tempat tinggal yang layak akan mengalami berbagai jenis kondisi tunawisma (Gaetz et al., 2012).

- a. *Unsheltered*, kelompok tunawisma ini artinya adalah mereka yang benar-benar tidak memiliki tempat berlindung, dan hidup di jalan atau tempat-tempat yang tidak ditujukan untuk tempat tinggal manusia
- b. *Emergency sheltered* atau penampungan darurat. Kondisi ini mengacu pada orang-orang yang, karena mereka tidak dapat memperoleh perumahan permanen, mengakses tempat penampungan darurat dan dukungan sistem, umumnya disediakan tanpa biaya atau biaya minimal kepada pengguna, termasuk mereka yang menginap di tempat penampungan sementara, atau bagi mereka yang terkena dampak kekerasan dalam keluarga.
- c. *Provisionally Accommodated*, atau penampungan sementara, mengacu pada tempat tinggal sementara yang tidak memberikan jaminan

kepemilikan. Tunawisma yang ditampung sementara mungkin mengakses perumahan sementara yang disediakan oleh pemerintah atau sektor nirlaba, atau mungkin telah membuat pengaturan secara mandiri untuk akomodasi jangka pendek.

- d. *At risk homeless*, kelompok ini secara teknis bukan merupakan tunawisma. Namun sebagai akibat dari berbagai kesulitan eksternal, kemiskinan, diskriminasi dan faktor lain, kelompok ini mungkin berisiko menjadi tunawisma.

3. Karakteristik Demografi

Terdapat beberapa karakteristik demografi dari kelompok tunawisma. Diantaranya yaitu:

a. Usia

Kebanyakan populasi berusia 31-61 tahun. Namun terdapat data di BPS jumlah tunawisma berusia anak hingga remaja anak juga cukup tinggi yaitu sebesar 47.000 orang pada tahun 2022 (Badan Pusat Statistik Nasional, 2022).

b. Jenis kelamin

Data dari BPS pada tahun 2022 terdapat 123.000 tunawisma, 70.000 diantaranya berjenis kelamin laki-laki (Badan Pusat Statistik Nasional, 2022).

c. Etnisitas

Susunan ras dan etnis dari populasi tunawisma bervariasi berdasarkan lokasi geografis.

d. Keluarga

Keluarga dengan anak-anak menjadi kelompok yang tumbuh paling cepat dari populasi tunawisma.

4. Faktor yang Berkontribusi pada Kejadian Tunawisma

a. Kemiskinan

b. Kurangnya perumahan yang terjangkau

- c. Kurangnya perawatan kesehatan yang terjangkau
- d. Pekerjaan
- e. Kekerasan dalam rumah tangga
- f. Gangguan kejiwaan
- g. Kecanduan

Konsep Kerentanan pada Lansia

1. Konsep Dasar Lansia

Menurut UU No 23 Tahun 1992 tentang kesehatan, lanjut usia merupakan individu yang karena usianya mengalami perubahan biologis, fisik, kejiwaan dan sosial. Definisi dan pengelolaan lansia menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 13 Tahun 1998 tentang lansia sebagai berikut:

- a. Lansia merupakan individu yang telah mencapai usia di atas 60 tahun
- b. Lansia usia potensial merupakan lansia yang masih memiliki kemampuan melakukan pekerjaan serta kegiatan yang dapat menghasilkan barang atau jasa
- c. Lansia tidak potensial adalah lansia yang sudah tidak berdaya untuk mencari nafkah sehingga hidupnya tergantung pada bantuan orang lain.

Penuaan menyiratkan adanya peningkatan risiko untuk pengembangan kerentanan, karena penuaan adalah proses yang ditandai oleh peningkatan perubahan yang melibatkan serangkaian aspek individu dan kolektif yang memberikan pengaruh pada kondisi kehidupan dan kesehatan individu (Barbosa et al., 2019).

2. Ciri-ciri Lansia

a. Periode Kemunduran

- 1) Faktor fisik dan psikologis dapat menyebabkan adanya kemunduran pada lansia

- 2) Motivasi pada lansia juga berperan penting dalam kemunduran lansia
 - 3) Motivasi yang rendah pada lansia dalam melakukan kegiatan, akan mengalami percepatan dalam proses kemunduran. Baik secara fisik, maupun psikologis.
- b. Status Kelompok Minoritas
- 1) Adanya anggapan bahwa bahwa lansia memiliki sikap yang tidak menyenangkan pada kelompok sosial mengakibatkan lansia menjadi kelompok minoritas
 - 2) Sikap lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial pada masyarakat akan menjadi negatif
- c. Mengalami Perubahan Besar
- 1) Lansia akan mengalami perubahan peran akibat adanya kemunduran dalam berbagai aspek
 - 2) Perubahan peran pada lansia diharapkan merupakan keputusan dari diri sendiri, dan bukan tekanan sosial
 - 3) Perubahan peran yang didasari atas tekanan sosial akan berdampak psikologis pada lansia
- d. Perlakuan Buruk
- 1) Perlakuan yang kurang baik pada lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang juga buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk pada lansia
 - 2) Perlakuan yang buruk tersebut berakibat pada penyesuaian diri lansia
 - 3) Salah satu contohnya adalah sikap keluarga yang tidak dilibatkan dalam pengambilan keputusan

e. Permasalahan Kesehatan

Pada tahun 2014, di Indonesia terdapat 18 juta jiwa lansia dan akan mengalamao peningkatan menjadi 41 juta jiwa di tahun 2035, serta lebih dari 80 juta jiwa tahun 2050. Peningkatan jumlah lansia akan menimbulkan permasalahan dan angka beban hidup di masyarakat.

1) Masalah Fisik

- a) Penurunan kekuatan fisik, yang diawali dengan terjadinya radang pada sendi-sendi ketika melakukan aktivitas yang cukup berat
- b) Penurunan fungsi indera penglihatan
- c) Indera pendengaran yang mulai berkurang
- d) Penurunan daya tahan tubuh yang menyebabkan lansia mudah terserang penyakit

2) Masalah Kognitif

Permasalahan lansia yang berkaitan dengan perkembangan kognitif adalah:

- a) Menurunnya daya ingat
- b) Sulit bersosialisasi

Pelemahan daya ingat pada lansia dalam tahap kronis dapat menimbulkan berbagai penyakit diantaranya adalah Alzheimer dan demensia. Kesulitan bersosialisasi pada lansia dapat berakibat pada munculnya isolasi sosial pada lansia

3) Masalah Emosional

Masalah yang dihadapi berkaitan dengan perkembangan emosional, adalah:

- a) Keinginan berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian

lansia kepada keluarga menjadi sangat besar

- b) Lansia sering marah apabila ada hal yang kurang sesuai dengan kehendaknya
- c) Lansia seringkali stress akibat permasalahan ekonomi yang kurang terpenuhi

4) Masalah Spiritual

- a) Masalah yang dihadapi lansia dari segi spiritual adalah tidak tenang saat mengetahui anggota keluarga masih belum menjalankan ibadah
- b) Gelisah ketika menemui permasalahan hidup
- c) Karena penurunan daya ingat terkadang lansia lupa menjalankan ibadah

3. Faktor Risiko Lansia Menjadi Kelompok Rentan

Lansia mengalami kerentanan diakibatkan adanya penurunan pada fungsi fisik dan mental. Faktor-faktor seperti penurunan kesehatan, deficit kognitif, penurunan psikologis, dan risiko jatuh berulang, dikaitkan dengan kerentanan pada lansia. (Barbosa et al., 2019). Lansia seringkali rentan secara ekonomi, karena penurunan fungsi tubuh yang menyebabkan biaya perawatan kesehatan melebihi pendapatan. Penyakit kronis pada lansia meningkatkan ketergantungan dan biaya hidup lansia. Gangguan yang disebabkan oleh penyakit kronis dan kebutuhan jangka panjang meningkat seiring bertambahnya usia (*Vulnerability*, 2022). Beberapa faktor yang mempengaruhi kerentanan pada lansia yaitu.

a. Status Kesehatan

Perubahan morfologis, fungsional, biokimiawi dan psikologis terjadi selama penuaan dapat membuat lansia rentan karena penurunan kapasitas mereka untuk beradaptasi dengan lingkungan mereka (Barbosa et al., 2019). Kondisi

yang umumnya terjadi pada lansia termasuk gangguan pendengaran, penglihatan dan kelainan refraksi, nyeri pada area punggung dan leher serta lansia rentan terkena osteoporosis, PPOK, diabetes, depresi dan demensia. Usia yang lebih tua juga ditandai dengan adanya beberapa kondisi kesehatan yang kompleks yang biasa disebut sindrom geriatri(World Health Organization, 2021).

b. Kemampuan Kognitif

Kemampuan kognitif sering menurun seiring bertambahnya usia. Perubahan paling penting dalam fungsi kognitif pada penuaan adalah penurunan kemampuan pada tugas-tugas kognitif yang mengharuskan seseorang untuk dengan cepat memroses atau mengubah sebuah informasi, pengambilan keputusan, dan memori (Murman, 2015).

c. Jaringan Sosial

Lansia memiliki jaringan sosial yang lebih kecil daripada kelompok usia yang lebih muda karena adanya perubahan dalam tahap siklus mereka terjadi beberapa peristiwa, seperti pensiun atau kehilangan terkait usia, bersama dengan kesehatan yang menurun dan peningkatan keterbatasan mobilitas. Akibatnya, dengan bertambahnya usia, semakin banyak lansia mengalami perasaan kesepian dan isolasi sosial (Kemperman et al., 2019).

4. Dimensi Kerentanan pada Lansia

a. Ketidakamanan ekonomi

Lansia rentan terhadap eksploitasi finansial cenderung terjadi pada akhir usia 70-an (Kim & Geistfeld, 2008). Ketidakstabilan ekonomi membahayakan kemampuan lansia untuk mengamankan kebutuhan dasar, layanan kesehatan, atau makanan bergizi, yang dapat merugikan kesehatan mereka. Lansia dengan

pendapatan yang terbatas sangat rentan terhadap ketidakamanan ekonomi, yang pada akhirnya merugikan kesehatan mereka (Waterman & Wilson, 2018).

b. Isolasi sosial

Lansia yang berada pada kondisi isolasi sosial biasanya adalah mereka yang berusia sangat lanjut, tidak memiliki pasangan, laki-laki, memiliki tingkat pendidikan dan pendapatan yang rendah. Isolasi sosial, didefinisikan sebagai isolasi fisik, pengurangan ukuran jaringan sosial atau kontak, yang jarang dengan keluarga, dan teman. Kondisi ini meningkatkan risiko kesepian (Donovan & Blazer, 2020) .

c. Perumahan yang tidak layak dan tidak terjangkau

Masalah perumahan umum terjadi pada kelompok usia 65 tahun dan keluarga dengan usia lebih tua. Lansia dengan pendapatan rendah dan harus menyewa rumah, serta kelompok minoritas jauh lebih mungkin menempati perumahan dengan kualitas buruk (Vega & Wallace, 2016).

d. Kesehatan mental dan fisik yang buruk

Lebih dari 20% lansia yang berusia 60 tahun mengalami gangguan pada mental atau neurologis. Gangguan mental dan neurologis yang sering terjadi pada kelompok lansia adalah demensia dan depresi, yang memengaruhi masing-masing 5% dan 7% dari populasi lansia di dunia (Vega & Wallace, 2016).

e. Transportasi yang tidak dapat diakses

Transportasi memiliki tantangan yang lebih besar dan kompleks bagi lansia, terutama dengan disabilitas (Remillard et al., 2022). Namun seringkali lansia kesulitan menemukan transportasi umum yang ramah dan aman bagi lansia.

f. Keterbatasan mobilitas fisik

Penuaan umumnya dikaitkan dengan penurunan mobilitas fungsional dan penurunan aktivitas fisik (Mauk, 2016). Perubahan pola mobilitas lansia disebabkan oleh berbagai faktor, tergantung keadaan individu (Shrestha et al., 2017).

g. Hambatan komunikasi

Lansia dengan penurunan fungsi biopsikososio, dan spiritual seringkali menghadapi permasalahan komunikasi. Kehilangan kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif membahayakan kemampuan individu untuk berfungsi secara mandiri (Mauk, 2016).

Peran Perawat Komunitas

1. Pelayanan yang Efektif

Tujuan pelayanan adalah untuk membantu masyarakat meningkatkan kemampuan mereka untuk "mengatur hidup mereka sendiri dan menentukan pilihan mereka sendiri" dengan membantu kelompok mengidentifikasi semua pilihan yang mungkin, membimbing mereka untuk memikirkan semua masalah dan konsekuensi yang mungkin terjadi, memberikan umpan balik yang jujur, dan menegaskan realitas mereka.

2. Pemberdayaan

Ketika berhadapan dengan klien individu, pemberdayaan diartikan sebagai "proses pertumbuhan internal yang aktif" yang diwujudkan dengan mengaktualisasikan potensi penuh yang melekat pada setiap klien dan terjadi "dalam konteks hubungan perawat-klien yang memelihara". Perawat komunitas menggambarkan proses pemberdayaan masyarakat sebagai alur dua arah, dengan klien memperoleh pengetahuan dan keterampilan dan bertindak berdasarkan pilihan informasi yang dimiliki, tetapi juga lebih memberdayakan perawat untuk melanjutkan pekerjaan pemberdayaan.

Kegiatan atau tindakan keperawatan kesehatan komunitas apa yang paling efektif dalam mempromosikan pemberdayaan adalah

- a. Memiliki pendekatan yang berpusat pada klien
- b. Mengembangkan hubungan saling percaya berdasarkan saling menghormati dan bermartabat
- c. Menerapkan advokasi, baik pada tingkat individu maupun politik
- d. Menjadi pendidik dan panutan
- e. Memberi kesempatan klien untuk mempraktikkan keterampilan baru dengan aman
- f. Pengembangan kapasitas melalui dorongan dan dukungan untuk mencapai tujuan kesehatan.

Daftar Pustaka

- Allender, J. A., Rector, C., & Warner, K. D. (2010). *Community Health Nursing* (7th ed.). Wolters Kluwer.
- Badan Pusat Statistik Nasional. (2022). *Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial dan Sarana Kesejahteraan Sosial*. http://bappeda.jogjaprovo.go.id/dataku/data_dasar?id_skpd=5
- Barbosa, K. T. F., Oliveira, F. M. R. L. de, & Fernandes, M. das G. M. (2019). Vulnerability of the elderly: a conceptual analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(Suppl 2), 337–344. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0728>
- Braveman, P. (2014). What Are Health Disparities and Health Equity? We Need to Be Clear. *Public Health Report*, 129(2), 5–8. <https://doi.org/10.1177/00333549141291S203>
- Clark, B., & Preto, N. (2018). Exploring the concept of vulnerability in health care. *Cmaj*, 190(11), E308–E309. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180242>
- Donovan, N. J., & Blazer, D. (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Review and Commentary of a National Academies Report. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(12), 1233–1244. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.08.005>
- Ferreira, J. B. B., Santos, L. L. dos, Ribeiro, L. C., Rodrigues Fracon, B. R., & Wong, S. (2021). Vulnerability and Primary Health Care: An Integrative Literature Review. *Journal of Primary Care and Community Health*, 12, 1–13. <https://doi.org/10.1177/21501327211049705>
- Gaetz, S., Barr, C., Friesen, A., Harris, B., Hill, C., Kovacs-Burns, K., Pauly, B., Pearce, B., Turner, A., & Marsolais, A. (2012). Canadian Definition of Homelessness: What's being done in Canada & elsewhere? *Canadian Observatory on Homelessness Press*, 1–42.

- Grabovschi, C., Loignon, C., & Fortin, M. (2013). Vulnerability. *BMC Health Services Research*, 13(94). <https://doi.org/http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/94> RESEARCH
- Kemperman, A., Van Den Berg, P., Weijs-Perrée, M., & Uijtdewillegen, K. (2019). Loneliness of older adults: Social network and the living environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph16030406>
- Kim, E.-J., & Geistfeld, L. (2008). What makes older adults vulnerable to exploitation or abuse? *The Forum for Family and Consumer Issues (FFCI)*, 13(1).
- Mandal, A. (2019). *Health Disparities in Access To Health Care*. News Medical Life Sciences. <https://www.news-medical.net/health/Disparities-in-Access-to-Health-Care.aspx> P
- Mauk, K. L. (2016). *Gerontological Nursing COMPETENCIES FOR CARE* (Vol. 4, Issue 1).
- Murman, D. L. (2015). No Title. *Semin Hear*, 36(3), 111–121. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1555115>
- Nies, M. A., & McEwen, M. (2014). Community/Public Health Nursing 6. In *Elsevier Inc* (6th ed., Vol. 349). Elsevier Health Sciences. <https://doi.org/10.1136/bmj.g6195>
- Remillard, E. T., Campbell, M. L., Koon, L. M., & Rogers, W. A. (2022). Transportation challenges for persons aging with mobility disability: Qualitative insights and policy implications. In *Disability and Health Journal* (Vol. 15, Issue 1). <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2021.101209>
- Shrestha, B. P., Millonig, A., Hounsell, N. B., & McDonald, M. (2017). Review of Public Transport Needs of Older People in European Context. *Journal of Population Ageing*, 10(4), 343–361. <https://doi.org/10.1007/s12062-016-9168-9>

- Tangcharoensathien, V., Mills, A., Das, M. B., Patcharanarumol, W., Buntan, M., & Johns, J. (2018). Addressing the health of vulnerable populations: Social inclusion and universal health coverage. *Journal of Global Health*, 8(2). <https://doi.org/10.7189/jogh.08.020304>
- Vega, W. A., & Wallace, S. P. (2016). Affordable housing: A key lever to community health for older americans. *American Journal of Public Health*, 106(4), 635–636. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.303034>
- Vulnerability*. (2022). Senior First BC. <https://seniorsfirstbc.ca/for-professionals/vulnerability/>
- Waterman, G. ., & Wilson, N. . (2018). Session 2120 (Symposium). *Innovation in Aging*, 2(S1), 2120.
- Webel, A. R., Sattar, A., & Phillips, J. C. (2016). Social Resources, Health Promotion Behavior, and Quality of Life in Adults Living with HIV. *HHS Public Access*, 30, 204–209. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.08.001>. Social
- World Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. (2020). *Actions for consideration in the care and protection of vulnerable population groups from COVID-19* (Issue May). <http://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14549%0A> <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333043>
- World Health Organization. (2021). *Ageing and Health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization (WHO). (2019). *Environmental health inequalities resource package*. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/420543/WHO-EH-inequalities-resource-package.pdf?ua=1

Profil Penulis



Lintang Puspita Prabarini

Penulis lahir di Probolinggo, 16 Juni 1995. Saat ini berprofesi sebagai tenaga pengajar di Departemen Keperawatan Komunitas dan Keluarga, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kapanjen, Malang, Jawa Timur. Pada tahun 2013 penulis lulus dari SMAN 1 Kota Probolinggo, dan melanjutkan pendidikan di Surakarta.

Gelar sarjana keperawatan dan ners di tempuh di Universitas Muhammadiyah Surakarta, tahun 2013-2018. Sempat bekerja sebagai salah satu perawat di ruang ICU salah satu rumah sakit di Sidoarjo, sebelum akhirnya melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan peminatan komunitas pada tahun 2019-2021. Keperawatan komunitas merupakan ranah ilmu keperawatan yang sangat luas, dan meliputi berbagai kelompok khusus/agregat. Salah satu kelompok khusus yang berada dalam asuhan komunitas, adalah kelompok rentan. Kelompok rentan merupakan kelompok yang berisiko lebih tinggi mengalami permasalahan kesehatan, baik fisik, sosial, maupun psikologi. Melalui buku ini penulis ingin mengenalkan konsep kerentanan dalam pandangan keperawatan komunitas, diharapkan pemahaman yang baik terkait kelompok ini dapat membantu peningkatan perhatian terutama dibidang kesehatan, sehingga dapat mewujudkan pemerataan di berbagai aspek.

Email: lintangpuspitaprabarini@gmail.com

USAHA KESEHATAN SEKOLAH DAN PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT

Ns. Yenny Safitri, M.Kep.

Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)



Pengertian Usaha Kesehatan Sekolah

Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah upaya terpadu lintas program dan lintas sektoral dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan serta membentuk perilaku hidup sehat anak usia sekolah yang ada di sekolah dan perguruan agama. Sedangkan menurut Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan Usaha Kesehatan Sekolah adalah segala usaha yang dilakukan untuk meningkatkan kesehatan peserta didik pada setiap jalur, jenis, dan jenjang pendidikan mulai TK/RA sampai SMA/SMK/MA (KemPenBud, 2012). Menurut Setiawan &

Hidayat (2017) Usaha Kesehatan Sekolah merupakan salah satu upaya pemeliharaan dan peningkatan kesehatan yang ditujukan kepada peserta didik (usia sekolah) yang merupakan hal penting dalam meningkatkan kualitas fisik penduduk.



Jadi, Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) adalah usaha kesehatan yang terdapat didalam lingkungan sekolah maupun yang ada di sekitar lingkungan sekolah yang dilakukan secara menyeluruh dan terpadu, dimana sasaran utamanya adalah peserta didik beserta masyarakat sekolah lainnya yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan, meningkatkan prilaku hidup bersih dan sehat, sehingga peserta didik dapat belajar, tumbuh dan berkembang secara harmonis serta optimal, menjadi sumber daya manusia yang berkualitas.

1. Tujuan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)



a. Tujuan Umum:

UKS bertujuan untuk meningkatkan kemampuan perilaku hidup bersih dan sehat, sehingga memungkinkan pertumbuhan dan perkembangan yang harmonis dan optimal.

b. Tujuan khusus:

- 1) Mempunyai pengetahuan, sikap dan keterampilan untuk melaksanakan prinsip hidup sehat, serta berperan aktif dalam usaha peningkatan kesehatan di sekolah dan di perguruan agama, di rumah tangga maupun di lingkungan masyarakat
- 2) Sehat fisik, mental, sosial maupun lingkungan
- 3) Mempunyai daya hayat dan daya tangkal terhadap pengaruh buruk, penyalahgunaan narkoba, alkohol dan kebiasaan merokok pengaruh buruk terhadap masalah pornografi, NAPZA, dll.

Jadi, tujuan UKS adalah salah satu usaha untuk meningkatkan mutu pendidikan dan prestasi belajar peserta didik dengan mempertinggi derajat kesehatan peserta didik dan warga sekitarnya sehingga terjadi peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat peserta didik yang memungkinkan terciptanya manusia yang lebih berkualitas.

2. Fungsi UKS

- a. Membentuk perilaku hidup bersih dan sehat peserta didik
- b. Meningkatkan kemampuan hidup sehat peserta didik
- c. Menghasilkan derajat kesehatan yang optimal untuk peserta didik
- d. Meningkatkan kesehatan peserta didik
- e. Menurunkan jumlah anak yang sakit di sekolah

- f. Meningkatkan kesadaran terhadap pengaruh buruk rokok, narkotika, alkohol, dan obat-obat lain yang berbahaya
- g. Mengontrol kesehatan peserta didik

Jadi, fungsi UKS sangat berperan penting dalam tercapainya pendidikan kesehatan dalam meningkatkan kesadaran peserta didik akan perilaku hidup sehat.

3. TRIAS UKS



TRIAS UKS adalah tiga pokok program UKS yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan peserta didik sedini mungkin melalui pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat (Harmawan, 2015). Kegiatan didalam TRIAS UKS terdiri dari pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat.

a. Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan upaya sadar seperti kegiatan bimbingan, pengajaran. Ataupun latihan yang bertujuan untuk menyiapkan peserta didik dapat tumbuh kembang yang sesuai, sehat baik secara fisik, mental, dan sosial (Yuniarsyah, 2014).

1) Tujuan Pendidikan Kesehatan

Pada pedoman pembinaan UKS, pendidikan kesehatan memiliki beberapa tujuan yaitu antara lain: peserta didik memiliki pengetahuan tentang kesehatan termasuk cara hidup sehat dan teratur; memiliki nilai positif terhadap prinsip hidup sehat; memiliki keterampilan dalam melaksanakan hal yang berkaitan dengan pemeliharaan, pertolongan, dan perawatan kesehatan; memiliki perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS); mengerti dan dapat menerapkan pencegahan penyakit; memiliki daya tangkal terhadap pengaruh buruk diluar (narkoba, arus informasi, dan gaya hidup yang tida sehat) (KemPenBud, 2012).

2) Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan

Pelaksanaan pendidikan kesehatan diberikan melalui kegiatan kurikuler dan ekstrakurikuler.

a) Kegiatan Kurikuler



Kegiatan ini dilakukan pada saat jam pelajaran berlangsung di kelas. Kegiatan ini dimasukkan kedalam mata pelajaran Pendidikan Jasmani, Olahraga dan Kesehatan. Pelaksanaan kegiatannya seperti peningkatan pengetahuan dan keterampilan peseta didik yang berkaitan dengan pemeliharaan, pertolongan dan perawatan kesehatan. Materi pendidikan

pada peserta didik Sekolah Dasar (SD) atau Madrasah Ibtidaiyah (MI) terdiri dari:

- Menjaga kebersihan diri
- Mengenal pentingnya imunisasi
- Mengenal makanan sehat
- Mengenal bahaya penyakit Diare, DBD, dan Influenza
- Menjaga kebersihan lingkungan
- Membiasakan buang sampah pada tempatnya
- Mengenal dan menjaga kebersihan alat reproduksi
- Mengenal bahaya rokok, alkohol dan narkoba
- Mengenal cara menolak ajakan menggunakan narkoba dan menolak perlakuan pelecehan seksual

b) Kegiatan Ektrakurikuler



Kegiatan ekstrakurikuler adalah kegiatan yang dilakukan oleh peserta didik diluar jam pelajaran termasuk pada saat libur yang dilakukan di lingkungan sekolah maupun luar lingkungan sekolah.

Tujuan dari kegiatan ini untuk memperluas pengetahuan dan keterampilan peserta didik. Kegiatan tersebut antara lain:

- Wisata siswa
- Kemah (Persami)
- Ceramah/diskusi
- Lomba-lomba
- Bimbingan hidup sehat
- Apotik hidup / TOGA
- Kebun sekolah
- Pramuka
- Piket sekolah

3) Pendekatan dan Metode

a) Pendekatan

Pendekatan yang dapat dilakukan dalam pelaksanaan pendidikan kesehatan ada dua bagian yaitu, pendekatan individu dan kelompok. Pendekatan kelompok adalah pendekatan yang dapat dijangkau untuk memberikan pendidikan kesehatan pada kegiatan ini adalah kelompok kelas, kelompok bebas dan kelompok keluarga.

b) Metode

Pendidikan kesehatan yang akan diberikan pada peserta didik dapat menggunakan metode seperti: belajar kelompok; kerja kelompok/penugasan; diskusi/ceramah; belajar perorangan/pemberian tugas; dsb. (KemPenBud, 2012)

b. Pelayanan Kesehatan

Pelayanan kesehatan di sekolah adalah suatu upaya peningkatan (promotif), pencegahan (preventif), pengobatan (kuratif) dan pemulihan (rehabilitatif) yang dilakukan pada peserta didik, dan warga sekolah dengan bimbingan puskesmas setempat (Yuniarsyah, 2014).

1) Tujuan pelayanan di sekolah/madrasah

Tujuan pelayanan kesehatan disekolah/madrasah adalah untuk meningkatkan kemampuan dan keterampilan peserta didik dalam melakukan tindakan hidup sehat dalam rangka membentuk perilaku hidup bersih dan sehat; meningkatkan daya tahan peserta didik terhadap penyakit dan pencegahan terjadinya penyakit, kelainan dan cacat; menghentikan proses penyakit dan pencegahan komplikasi akibat penyakit kelainan.

2) Pelaksanaan pelayanan kesehatan

Pelaksanaan pelayanan kesehatan ini dilakukan oleh tim kesehatan puskesmas yang bekerja sama dengan guru dan kader kesehatan sekolah. Kegiatan pelayanan kesehatan ini terdiri dari:

a) Kegiatan Peningkatan (Promotif)

Kegiatan promotif ini dapat dilaksanakan melalui kegiatan penyuluhan kesehatan dan latihan keterampilan seperti: Dokter Kecil; Kader Kesehatan Remaja; Palang Merah Remaja; atau Saka Bhakti Husada. Selain itu kegiatan promotif juga bisa dilakukan melalui kegiatan pembinaan lingkungan sekolah seperti: Pembinaan Kantin Sekolah; Pembinaan lingkungan sekolah yang terpelihara dan Pembinaan Keteladanan Berperilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

b) Kegiatan Pencegahan (Preventif)

Kegiatan pencegahan ini dilaksanakan melalui kegiatan peningkatan daya tahan tubuh, seperti:

- Pemeliharaan kesehatan untuk penyakit-penyakit tertentu.
- Penjarangan (screening) kesehatan bagi anak yang baru masuk sekolah.
- Pemeriksaan berkala kesehatan setiap 6 bulan
- Imunisasi peserta didik kelas I dan kelas VI di sekolah dasar atau ibtidaiyah
- Usaha pencegahan penularan penyakit dengan jalan memberantas sumber infeksi dan pengawasan kebersihan lingkungan sekolah
- Konseling kesehatan remaja di sekolah oleh kader kesehatan sekolah, guru BP, guru agama, Puskesmas atau tenaga kesehatan lain.

3) Kegiatan Penyembuhan dan Pemulihan (Kuratif dan Rehabilitatif)

Kegiatan penyembuhan dan pemulihan ini dapat dilakukan melalui kegiatan pencegahan komplikasi dan kecacatan akibat penyakit atau meningkatkan kemampuan peserta didik yang cedera agar dapat berfungsi secara optimal yaitu dengan menegakkan diagnosa dini, pengobatan ringan, pertolongan pertama, dan rujukan medik. (KemPenBud, 2012)

c. Pembinaan Lingkungan Sekolah Sehat

Pembinaan lingkungan sekolah merupakan hal yang sangat penting dalam mewujudkan lingkungan yang sehat. Lingkungan sehat akan

berpengaruh pada kesehatan komunitas di sekitarnya termasuk lingkungan sekolah bersih dan sehat akan berpengaruh pada daya serap dalam proses belajar mengajar.

Lingkungan sekolah sehat adalah lingkungan suatu sekolah yang mendukung tumbuh kembang dan perilaku peserta didik serta pengaruh negatifnya (Harmawan, 2015). Lingkungan sekolah dibedakan menjadi dua yaitu lingkungan fisik dan non fisik. Lingkungan fisik seperti: bangunan, sarana air dan sanitasi, halaman, dll. Sedangkan lingkungan non fisik seperti: perilaku tidak merokok, perilaku membuang sampah pada tempatnya, perilaku jajan sehat, dll (KemPenBud, 2012).

Menurut (Yuniarsyah, 2014) pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat, baik fisik, mental, sosial maupun sosial terdiri dari:

- 1) Pelaksanaan 7k (kebersihan, keindahan, kenyamanan, ketertiban, keamanan, kerindangan dan kekeluargaan).
- 2) Pembinaan dan pemeliharaan kesehatan lingkungan termasuk bebas asap rokok
- 3) Pembinaan kerjasama antar masyarakat sekolah (guru, murid, pegawai sekolah, orang tua murid dan masyarakat sekitar).

4. Program Pembinaan Dan Pengembangan UKS

Untuk meningkatkan kemampuan hidup sehat dan derajat kesehatan peserta didik dilakukan upaya menanamkan prinsip hidup sehat sedini mungkin melalui pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan, dan pembinaan lingkungan sekolah sehat (TRIAS UKS).

Pelaksanaan Pendidikan Kesehatan

a. Kegiatan Kurikuler

Pelaksanaan pendidikan melalui kegiatan intrakurikuler adalah pelaksanaan pendidikan

pada jam pelajaran. Dalam pelaksanaannya dibedakan antara pendidikan dasar dan menengah.

1) Pendidikan Dasar

Pendidikan dasar mencakup taman kanak-kanak, sekolah dasar, SMP dan yang sederajat.

a) Taman kanak-kanak, materi pendidikan mencakup: Kebersihan dan kesehatan pribadi, kebersihan dan kerapian lingkungan, makanan dan minuman sehat.

b) Sekolah Dasar (SD), materi pendidikan kesehatan mencakup:

- Kebersihan dan kesehatan pribadi.
- Makanan dan minuman sehat.
- Kebersihan lingkungan (sekolah dan rumah)
- Keselamatan diri di dalam dan di luar rumah.
- Mengetahui UKS dan programnya.
- KMS-AS (Kartu Menuju Sehat Anak Sekolah)
- Mengetahui penyakit yang banyak menyerang anak usia sekolah serta cara pencegahannya.

2) Sekolah Menengah Pertama, materi mencakup:

- a) Pertumbuhan dan perkembangan fisik mental pada masa remaja.
- b) Penyakit akibat tidak menjaga kebersihan pribadi dan cara pengobatan sederhana.
- c) Bahaya narkoba, rokok dan minuman keras.

3) Pendidikan Menengah

Pendidikan menengah mencakup Sekolah Menengah Atas (SMA) atau pendidikan yang sederajat termasuk Sekolah Menengah Kejuruan (SMK). Materi pendidikan kesehatan mencakup:

- a) Sopan santun berlalu lintas di jalan raya
 - b) Pengenalan dan pencegahan penyakit kelamin
 - c) Pengenalan macam-macam kekerasan dan pencegahan kekerasan
 - d) Pencegahan dan penanggulangan bahaya narkoba, rokok, dan minuman keras.
 - e) Hubungan perilaku dengan kesehatan pribadi, lingkungan dan masyarakat.
 - f) Program usaha kesehatan sekolah dan pengenalan organisasi yang ada hubungannya dengan kesehatan.
 - g) Pada sekolah kejuruan, untuk pelaksanaan praktek di bengkel sekolah, dapat mengakibatkan resiko atau bahaya kecelakaan bagi peserta didik.
- b. Kegiatan Ekstrakurikuler
- Kegiatan ekstrakurikuler adalah kegiatan diluar jam pelajaran biasa yang dilakukan di sekolah ataupun di luar sekolah dengan tujuan antara lain untuk memperluas pengetahuan dan keterampilan siswa serta melengkapi upaya pembinaan manusia Indonesia seutuhnya. Kegiatan ekstrakurikuler mencakup kegiatan yang berkaitan dengan pendidikan kesehatan, pelayanan kesehatan dan pembinaan lingkungan kehidupan sekolah sehat (UKS).
- c. Bimbingan hidup sehat seperti:
- 1) Penyuluhan keterampilan, latihan keterampilan antara lain:

- a) Dokter Kecil (SD)
 - b) Kader Kesehatan Remaja (KKR)
 - c) Palang Merah Remaja (PMR)
 - d) Saka Bakti Husada/ Pramuka/ Santri Husada
- 2) Membantu kegiatan posyandu pada masa liburan sekolah
5. Sasaran Usaha Kesehatan Sekolah (UKS)



Peserta didik dari tingkat pendidikan dasar sampai dengan tingkat pendidikan menengah dan pendidikan kejuruan dan termasuk perguruan agama, beserta lingkungannya. Menurut tim pembina kesehatan sekolah, sasaran pembinaan dan pengembangan UKS meliputi:

- a. Sasaran primer: peserta didik/siswa
- b. Sasaran sekunder: guru, pamong belajar/tutor orang tua, pengelola pendidikan serta TP UKS di setiap jenjang
- c. Sasaran tertier: lembaga pendidikan mulai dari tingkat pra-sekolah sampai pada sekolah lanjutan tingkat atas, termasuk satuan pendidikan luar sekolah dan perguruan agama serta pondok pesantren beserta lingkungannya.

6. Pengorganisasian UKS

Menurut Ryadi (2016) pengorganisasian UKS untuk tingkat kecamatan terdapat tim pembina UKS yang bertugas untuk:

- a. Mengkoordinasi penyelenggaraa UKS yang diselenggarakan oleh sekolah-sekolah yang ada di Kecamatan.
- b. Pembinaan terhadap kelangsungan kegiatan program UKS ditingkat kecamatan.

Adapun susunan pengurus Tim Pembina UKS tingkat kecamatan ialah:

- 1) Ketua: Camat
- 2) Wakil Ketua: Dokter pimpinan puskesmas
- 3) Sekertaris: Staf puskesmas yang bertanggung jawab pada program UKS
- 4) Bendahara: Staf kecamatan yang ditunjuk camat
- 5) Anggota: Staf puskesmas, pengawas sekolah kecamatan, kepala perwakilan Depag kecamatan, staf kepramukaan kecamatan, serta ketua PKK kecamatan.

Sedangkan susunan tim pelaksana UKS di sekolah adalah:

- 1) Ketua: Kepala sekolah
- 2) Wakil Ketua: Guru yang ditunjuk kepala sekolah
- 3) Instruktur: Para guru yang telah dilatih UKS
- 4) Pembantu Umum: Staf sekolah yang ditunjuk kepala sekolah

7. Cara Mempertahankan Fungsi UKS

- a. Memperkuat dasar hukum

- b. Meningkatkan kemampuan, peran, fungsi dan tanggung jawab kelembagaan dan kompetensi personil TP UKS
 - c. Meningkatkan kuantitas dan kualitas tenaga terlatih UKS
 - d. Memantapkan peran aktif peserta didik dalam pelaksanaan UKS
 - e. Meningkatkan peran kepala sekolah, guru, orang tua dan masyarakat sekitar sekolah
 - f. Memperkuat kemitraan dan peran serta masyarakat
 - g. Memfasilitasi kearifan lokal. Strategi-strategi tersebut merupakan beberapa cara yang dapat mengoptimalkan fungsi UKS secara maksimal (KemenKes, 2015).
8. Landasan hukum usaha kesehatan sekolah (UKS)
- UKS memiliki dasar hukum yang diatur dalam undang-undang di Indonesia. Disebutkan oleh Rizal (2010) Dasar Hukum Pelaksanaan UKS diantaranya:
- a. Undang-Undang No. 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional;
 - b. Undang – undang nomor 23 tahun 1992 tentang Pokok – pokok Kesehatan
 - c. Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah;
 - d. Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
 - e. Peraturan Pemerintah No. 38 Tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintah, Pemerintah Daerah Provinsi dan Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.
 - f. Peraturan Pemerintah No. 17 Tahun 2010 tentang Pengelolaan dan Penyelenggaraan Pendidikan.
 - g. Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2011 tentang Peran Gubernur selaku Wakil Pemerintah Pusat.
-

- h. SKB Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri Nomor: 1/U/SKB/2003, Nomor: 1067/Menkes/ SKB/VII/2003, Nomor: MA/230 A/2003, Nomor: 26 Tahun 2003 tanggal 23 Juli 2003 tentang Pembinaan dan Pengembangan UKS.
 - i. SKB Menteri Pendidikan Nasional, Menteri Kesehatan, Menteri Agama dan Menteri Dalam Negeri Nomor: 2/P/SKB/2003; Nomor: 1068/Menkes/ SKB/VII/2003; Nomor: MA/230 B/2003; Nomor: 4415-404 Tahun 2003 tanggal 23 Juli 2003 tentang Tim Pembina UKS Pusat.
 - j. Peraturan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan No. 1 Tahun 2012 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan
 - k. Peraturan Menteri Pendidikan Nasional Nomor: 25 Tahun 2005 tentang Tugas dan Fungsi Pusat Pengembangan Kualitas Jasmani.
 - l. UU Kesehatan itu no. 23 tahun 1992 dan diubah menjadi UU no. 36 tahun 2009.
9. Organisasi usaha kesehatan sekolah (UKS)
- Pembinaan dan pengembangan UKS dilaksanakan secara terpadu berdasarkan keputusan bersama 4 menteri (Mendiknas, MenKes, MenAg, dan MenDagri) yang terdiri atas:
- a. Tim pembina UKS Tingkat Pusat
 - b. Tim pembina UKS Tingkat Provinsi
 - c. Tim pembina UKS Tingkat Kabupaten/Kota
 - d. Tim pembina UKS Tingkat kecamatan
 - e. Untuk di sekolah, dinamakan Tim Pelaksana UKS.

Konsep Dasar Puskesmas

1. Pengertian Puskesmas



Pengertian puskesmas menurut beberapa sumber dalam Sumitro (2010) adalah sebagai berikut:

- a. Menurut dr. Azrul Azwar, MPH (1980) dalam Sumitro (2010), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) adalah suatu kesatuan organisasi fungsional yang langsung memberikan pelayanan secara menyeluruh kepada masyarakat dalam suatu wilayah kerja tertentu dalam bentuk usaha-usaha kesehatan pokok.
- b. Puskesmas adalah suatu kesatuan organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan kesehatan masyarakat yang juga membina peran serta masyarakat di samping memberikan pelayanan secara menyeluruh dan terpadu kepada masyarakat di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok (Herlambang, 2016).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa Puskesmas adalah bentuk pelayanan kesehatan terdepan, menyeluruh, terpadu, paripurna dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Dalam rangka pemenuhan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, Puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan.

- 1) Puskesmas berdasarkan karakteristik wilayah kerja dikategorikan menjadi:
 - a) Puskesmas kawasan perkotaan
 - b) Puskesmas kawasan pedesaan
 - c) Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil.
- 2) Puskesmas berdasarkan kemampuan penyelenggaraan dikategorikan menjadi:
 - a) Puskesmas non rawat inap
 - b) Puskesmas rawat inap

2. Fungsi Puskesmas

Fungsi Puskesmas dapat dikelompokkan menjadi 3 (tiga), yaitu:

- a. Sebagai pusat penggerak pembangunan berawawasan kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya melalui, sebagai berikut:
- b. Pusat pemberdayaan masyarakat
- c. Pusat Pelayanan Pertama

3. Wilayah Kerja Puskesmas

Wilayah kerja Puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Bahan pertimbangan dalam menentukan wilayah kerja Puskesmas antara lain faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografis dan keadaan infrastruktur lainnya. Pembagian wilayah kerja Puskesmas ditetapkan oleh bupati dan walikota, dengan saran teknis dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota. Sasaran penduduk yang dilayani Puskesmas rata-rata 30.000 penduduk setiap Puskesmas (Herlambang, 2016).

4. Ruang Lingkup Pelayanan Puskesmas

Pelayanan kesehatan yang diberikan Puskesmas adalah pelayanan menyeluruh yang meliputi pelayanan sebagai berikut: kuratif (pengobatan), preventif (pencegahan), promotif (peningkatan kesehatan), rehabilitatif (pemulihan kesehatan) (Herlambang, 2016).

5. Sarana Penunjang Puskesmas

Sebagai sarana untuk mempermudah Puskesmas dalam melakukan tugasnya, maka Puskesmas ditunjang dengan unit kegiatan yang lebih sederhana dalam bentuk, diantaranya:

a. Puskesmas Pembantu (Pustu)



Puskesmas pembantu merupakan unit pelayanan kesehatan yang sederhana dan berfungsi menunjang serta membantu melaksanakan kegiatan yang dilakukan Puskesmas dalam masyarakat lingkungan wilayah yang lebih kecil serta jenis dan kompetensi pelayanan yang disesuaikan dengan kemampuan tenaga dan sarana yang tersedia.

Puskesmas pembantu merupakan bagian integral dari Puskesmas, dengan kata lain Puskesmas juga meliputi Puskesmas pembantu yang ada di wilayah kerjanya. Tugas pokok Puskesmas pembantu adalah menyelenggarakan sebagian

program kegiatan Puskesmas sesuai dengan kompetensi tenaga dan sumberdaya lain yang tersedia.

b. Puskesmas Keliling (Pusling)



Puskesmas Keliling merupakan tim pelayanan kesehatan Puskesmas keliling, terdiri dari tenaga yang dilengkapi dengan kendaraan bermotor/roda 4/perahu bermotor, peralatan kesehatan, peralatan komunikasi yang berasal dari Puskesmas. Puskesmas keliling berfungsi untuk menunjang dan membantu kegiatan pelaksanaan program Puskesmas dalam wilayah kerjanya yang belum terjangkau atau lokasi yang sulit dijangkau oleh sarana kesehatan.

c. Bidan Yang Bertugas Di Desa



Bidan desa adalah tenaga bidan yang ditempatkan di desa dalam rangka meningkatkan mutu dan jangkauan pelayanan kesehatan Puskesmas, bidan desa mempunyai wilayah kerja 1–2 desa dengan jumlah penduduk rata-rata 3000 orang /desa, dan bertanggung jawab kepada kepala Puskesmas.

Tugas utama bidan tersebut adalah membina peran serta masyarakat dalam Posyandu dan pembinaan kelompok persepuluhan, membina kelompok kader dasa wisma, membantu persalinan di rumah-rumah, mengadakan rujukan. Disamping memberi pelayanan langsung di Posyandu dan pertolongan persalinan dirumah. Selain itu sebagai tugas khusus, bidan desa bertanggung jawab atas program Kesehatan Ibu dan Anak serta program keluarga berencana di wilayah kerjanya.

Dalam keadaan tertentu, misalkan letak Puskesmas yang jauh dari rumah sakit, sulitnya keadaan medan Puskesmas menuju rumah sakit, sulitnya sarana transportasi menuju rumah sakit, daerah rawan kecelakaan/rawan bencana danlain-lain maka Puskesmas dapat diberi ruang tambahan untuk rawat inap sementara dan fasilitas tindakan operasi terbatas.

d. Puskesmas Rawat Inap



Puskesmas rawat inap adalah Puskesmas dengan fasilitas tempat perawatan dan ruang tambahan untuk menolong penderita gawat darurat baik berupa tindakan operatif terbatas maupun perawatan sementara. Fungsinya sebagai “Pusat Rujukan Antara” yang melayani penderita gawat darurat sebelum dapat dirujuk ke rumah sakit.

Daftar Pustaka

- Direktorat Jenderal Pendidikan Dasar KR. (2012) Pedoman Pembinaan Dan Pengembangan Usaha Kesehatan Sekolah.
- Effendy, N. (2012). Dasar-dasar keperawatan kesehatan masyarakat, Ed 2. Jakarta: EGC
- Kementrian Kesehatan RI. (2015). Pedoman Pelaksanaan UKS Di Sekolah. Jakarta: Departemen Kesehatan
- Kemenkes RI (2018) 'Data Dasar Puskesmas Kondisi Desember 2018', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699. Diakses pada tanggal 15 Maret 2022
- Kemenkes RI (2018b) 'Definisi puskes', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699. Diakses pada tanggal 15 Maret 2022
- Kementrian Pendidikan dan Kebudayaan. (2012). Buku Panduan Pembinaan UKS Di Sekolah Dasar. Jakarta: Dirjen Pendidikan Nasional
- Kurniawan, F. (2015). Pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) di SD negeri 05 Kalumbuk kecamatan Kuranji kota Padang. *Jurnal Pendidikan Jasmani Kesehatan Dan Rekreasi*, Universitas Negeri Padang. Diakses pada tanggal 15 Maret 2022
- Lufritayanti and Annisa (2013) 'Pengetahuan dan Sikap Dalam Penelitian Kesehatan, pp. 1–147. Diakses pada tanggal 15 Maret 2022
- Martunus. (2013) Peran Pelaksana Usaha Kesehatan Sekolah Dalam Kesehatan Anak. *ejournal Ilmu Sosiatri*. 2013;1(026):51-63
- Ningrum, S. (2019) 'Penerapan Prinsip Caring Di Gwat Darurat Atau Bencana Dan Caring Di uang Rawat Inap', pp. 1–23. Diakses pada tanggal 15 Maret 2022
- Nur_aini (2021) 'Definisi UKS', *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., pp. 2013–2015. Diakses pada tanggal 15 Maret 2022

- Pramuditya, A. (2014) 'Comperhenshive Helth Care Service', Universitas Muhammadiyah Purwokerto, pp. 11-33. Diakses pada tanggal 15 Maret 2022
- Pujiani, Kanti (2014) 'Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat dalam pemberian pendidikan kesehatan di Puskesmas Rembang, Fakultas Ilmu Kesehatan UMP. Diakses pada tanggal 15 Maret 2022
- Putri EI. (2015). Karakteristik Kekerasan Yang Terjadi Terhadap Anak Di Sekolah Menengah Atas Di Kota Semarang. Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro; Diakses pada tanggal 15 Maret 2022
- Putu N, Sri D. (2013) Program Dokter Kecil Sebagai Upaya Meningkatkan. 2013:185-189.
- Rizqy, A. (2015). Survei pelaksanaan Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) (Studi pada SD, SMP, dan SMK Negeri se-Kecamatan Mojoanyar Kabupaten Mojokerto). Jurnal Pendidikan Olahraga dan Kesehatan Volume 03 Nomor 03 Tahun 2015, 715 - 721, UNESA. Diakses pada tanggal 15 Maret 2022
- Soenarjo (2010) 'Sarana Prasarana UKS, Pengelolaan UKS', pp. 8-23. Diakses pada tanggal 15 Maret 2022
- Widyani Nur Fariza (2015) 'Baik Internal Maupun Eksternal Antar Subsistem. Interaksi', pp. 12-21. Diakses pada tanggal 15 Maret 2022

Profil Penulis



Yenny Safitri

Lahir di Ombilin, Danau Singkarak Sumatera Barat, pada tanggal 2 Agustus 1982, Anak dari Bapak H. Asril dan Ibu Yaslizar (Almh). Istri dari Bapak Kamaruzzaman, A.Md dan Mama dari Assyifa Qorina Faysa dan Arsy El Hamiza Faysa.

Ketertarikan penulis terhadap bidang kesehatan khususnya keperawatan diawali ketika penulis duduk di bangku SD, dimana pada tahun 1992 terdapat mahasiswa KKN dari Universitas Andalas Padang di sekolah saya yang salah satu jurusannya adalah keperawatan. Hal inilah yang membuat penulis melanjutkan pendidikan dibidang keperawatan.

Riwayat pendidikan penulis dimulai dari SDN 007 Ombilin, Perguruan Diniyyah Puteri Padang Panjang (1995), SMA Adabiah Padang (1998), D3 AKPER Mercubaktijaya Padang (2001) dan Program Magister Keperawatan di Universitas Andalas Padang (2011). Sejak tahun 2007, Penulis sudah tercatat sebagai dosen tetap di STIKes Tuanku Tambusai yang sekarang berubah menjadi Universitas Pahlawan Tuanku Tambusai (2017). Selaku dosen saya mempunyai kewajiban untuk meningkatkan jenjang karier dosen, salah satunya dengan melakukan penelitian, PKM dan menulis buku. Penulis mulai menulis buku sejak tahun 2021, ini adalah buku ke 10 yang penulis buat. Salah satu hal yang membanggakan bagi saya, saya pernah memenangi hibah penelitian oleh Dirjen DIKTI di bidang manajemen.

Email: yennysafitri37@yahoo.co.id

LANSIA DAN PROSES PERKEMBANGANNYA

Leya Indah Permatasari, S.Kep., Ns., M.Kep.

Universitas Muhammadiyah Cirebon

Definisi Lanjut Usia

Lanjut usia merupakan sekumpulan manusia yang telah menginjak usia enam puluh tahun keatas (Sunaryo dkk, 2016). Lanjut Usia merupakan tahap lanjut dari proses kehidupan yang di tandai dengan adanya penurunan fungsi tubuh untuk beradaptasi dengan stress lingkungan (Muhith, 2016). Dari pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa lanjut usia merupakan tahapan paling akhir dari kehidupan yang ditandai dengan adanya penurunan pada kemampuan tubuh seseorang. Adapun batasan usia lanjut menurut *World Health Organization* (WHO) dalam (Sunaryo dkk, 2016), lansia dibagi menjadi empat kriteria yaitu : Usia pertengahan (*middle age*) : usia 45 sampai 59 tahun, Lanjut Usia (*elderly*) 60 sampai 74 tahun, Lanjut usia tua (*old*) 75 sampai 90 tahun, dan sangat tua (*very old*) lebih dari 90 tahun.

Perubahan-Perubahan yang Terjadi Pada Lanjut Usia

Perubahan dialami oleh lanjut usia merupakan proses penuaan dimana proses ini berhubungan dengan penambahan umur sehingga perubahan yang terjadi pada seseorang sesuai dengan bertambahnya umur tersebut (Sunaryo dkk, 2016). Proses penuaan yang akan terjadi yaitu dimana lansia akan mengalami perubahan dari dalam sel sampai semua organ tubuhnya sehingga proses

ini akan menyebabkan perubahan pada sistem pernafasan, sistem pendengaran, sistem penglihatan, sistem kardiovaskuler, sistem pengatur tubuh, sistem muskuloskeletal, sistem gastrointestinal, sistem genitalia, sistem urinaria, sistem endokrin dan sistem integument (Muhith, 2016). Perubahan yang terjadi diantaranya:

1. Perubahan Fisiologis

a. Sistem pernapasan:

Pada otot pernapasan lansia akan mengalami kekakuan dan kehilangan kekuatan, sehingga inspirasi udara mengalami penurunan, pernapasan menjadi lebih cepat dan dangkal. Terdapat penurunan aktivitas paru pada lansia sehingga udara yang masuk keparu-paru lansia akan mengalami penurunan. Alveoli semakin melebar mengakibatkan terganggunya proses difusi. Sehingga O₂ tidak dialirkan keseluruh tubuh karena lansia mengalami penurunan oksigen.

b. Sistem persarafan:

Lansia akan mengalami perlambatan dalam proses untuk berfikir dan lambat dalam melakukan gerakan, saraf panca indra mengecil serta terjadi penurunan untuk melihat dan mendengar. Selain itu pada penciuman dan perasa semakin mengecil sehingga lansia sensitifitas lansia terhadap sentuhan semakin berkurang.

c. Sistem penglihatan:

Pada sistem penglihatan lansia akan muncul sklerosis pada sfingter pupil sehingga lansia akan mengalami kehilangan respons terhadap sinar. Lensa pada mata akan mengalami kekeruhan sehingga mengakibatkan penurunan lapang pandang dan luas pandang menjadi berkurang. Lansia kurang dapat beradaptasi pada kegelapan sehingga lansia akan mengalami kesulitan dalam melihat dalam cahaya gelap.

d. Sistem pendengaran:

Lanjut usia akan mengalami gangguan pada pendengaran (presbiakusis), dimana hilangnya kemampuan lansia untuk mendengar pada telinga bagian dalam, membrane timpani mengalami atrofi sehingga mengakibatkan otosklerosis.

e. Pengecap dan penghidung:

Lanjut usia mengalami gangguan pada sistem pengecap sehingga menurunnya kemampuan mengecap. Menurunnya kemampuan penghidung sehingga mengakibatkan lansia mengalami penurunan pada sistem penciuman.

f. Peraba:

Sistem peraba pada lanjut usia tidak berfungsi dengan baik sehingga lansia akan mengalami penurunan fungsi dalam merasakan tekanan, sentuhan panas dan dingin serta mengalami penurunan dalam merasakan rasa sakit.

g. Sistem kardiovaskuler:

Katup jantung pada lanjut usia akan mengalami penebalan sehingga elastisitas pembuluh darah pada lansia akan menurun. Kurang efektifnya pembuluh darah pada lanjut usia akan mengakibatkan oksigen tidak mengalir keseluruh tubuh dengan baik dapat meningkatkan tekanan darah yang diakibatkan oleh resistensi pembuluh darah perifer.

h. Sistem genitalia urinaria:

Pada lansia ginjal akan mengalami pengecilan sehingga aliran darah ke ginjal akan mengalami penurunan hingga 50%, mengakibatkan penurunan kemampuan ginjal dalam mengkonsentrasikan urin. Otot-otot pada kandung kemih lansia menjadi lemah sehingga kapasitasnya menurun dan menyebabkan frekuensi BAK menjadi meningkat. Pada vagina selaput menjadi kering, elastisitas jaringan

menjadi menurun. Pada lansia pria usia diatas 65 tahun akan mengalami pembesaran prostat hingga 75%.

i. Sistem endokrin:

Perubahan pada sistem endokrin pada lanjut usia ditandai dengan adanya menurunan hampir semua hormon. Penurunan produksi ACTH, TSH, FSH, dan LH. Penurunan aktivitas tiroid dan produksi aldosterone serta penurunan sekresi hormon progesterone, estrogen, testosteron.

j. Sistem pencernaan:

Lanjut usia akan mengalami periodontal disease (kehilangan gigi). Selain itu, pada indra pengecap lansia mengalami menurunan dan hilangnya sensitivitas pada pengecap sehingga lansia akan mengalami penurunan sensasi pada rasa asin, manis, asam dan pahit. Selain itu, sensitivitas rasa lapar pada lansia akan mengalami penurunan dan peristaltik melemah serta sistem aborbsi mengalami gangguan.

k. Sistem muskuloskeletal:

Lanjut usia akan mengalami kerapuhan pada tulang sehingga rentan terjadi resiko fraktur. Selain itu persendian pada lansia akan menjadi kaku.

l. Perubahan sistem kulit dan jaringan:

Lanjut usia akan mengalami keriput karena kehilangan jaringan pada lemak dan kulit msehingga kulit menjadi tidak elastis karena kehilangan adipose. Kelenjar keringat kurang berfungsi dengan baik lansia tidak begitu tahan pada perubahan suhu. Selain itu, pada kulit lansia akan tampak pucat dan terdapat bintik hitam yang diakibatkan karena adanya penurunan produksi pigmen.

m. Perubahan sistem reproduksi:

Lanjut usia akan mengalami perubahan pada sistem reproduksi. Pada wanita selaput lendir pada vagina mengalami penurunan. Selain itu lansia mengalami atrofi payudara, sementara pada lansia laki-laki organ reproduksinya masih dapat memproduksi namun mengalami penurunan.

2. Perubahan Psikososial

Secara psikososial perubahan yang terjadi selama proses penuaan yaitu adanya lansia mengalami transisi kehidupan dan kehilangan yang dirasakan oleh lansia seperti pensiun dan masalah secara finansial, terjadi perubahan peran dan hubungan sosial pada lansia, perubahan pada tingkat kesehatannya misalnya lansia mengalami penyakit kronis seperti penyakit hipertensi, serta kehilangan karena faktor kematian orang yang berarti dalam hidupnya (Novieastari dkk, 2020).

3. Perubahan Spiritual

Secara spiritual yang terjadi pada lanjut usia yaitu bisa disebabkan karena adanya masalah yang lansia hadapi. Terkait dengan perubahan spiritual seperti lansia mengalami kesulitan untuk menghafal kitab suci dikarenakan adanya penurunan dari daya ingat, lansia mengalami perasaan tidak tenang apabila terdapat salah satu dari anggota keluarga yang belum melaksanakan ibadah serta merasa gelisah apabila lansia sedang mengalami permasalahan yang cukup serius (Kholifah, 2016).

4. Perubahan Psikologis atau Mental

Banyak faktor yang mempengaruhi perubahan mental pada lanjut usia diantaranya terdapat perubahan fisik khususnya sensi perasa, kesehatan umum, tingkat pendidikan, keturunan (*hereditas*), lingkungan, kenangan (*memory*), dan tingkat kecerdasan (*Intelegentia quotion- IQ*) (Nugroho, 2012). Perubahan-perubahan psikologis yang terjadi pada lansia

meliputi lansia mengalami *short term memory*, banyak pikiran, merasa kesepian, takut kehilangan kebebasan, takut dalam menghadapi kematian, dan kecemasan (Maryam, 2008).

5. Perubahan Kognitif

Perubahan kognitif yang dialami oleh lansia seperti disorientasi, kehilangan kemampuan dalam berbahasa, kehilangan kemampuan untuk berhitung dikarenakan adanya perubahan struktural dan fisiologis di dalam otak. Terdapat tiga kondisi umum yang mempengaruhi kognitif diantaranya delirium, demensia, dan depresi (Novieastari dkk, 2020).

Mitos dan Realita Pada Lanjut Usia

Pada masyarakat banyak bermunculan stigma mengenai lanjut usia, sehingga dengan munculnya stigma tersebut dapat mempengaruhi masyarakat yang sebetulnya memiliki kepedulian untuk membantu lansia. Beberapa pandangan yang muncul mengenai lanjut usia diantaranya : secara fisik lansia berbeda dari yang lain, lansia tidak dapat belajar mengenai keterampilan baru, lansia tidak memerlukan pendidikan ataupun latihan, lansia sukar menerima informasi baru, lansia kurang produktif, lansia kurang mampu mengambil keputusan, lansia berpenyakit, pikun, lansia tidak lagi merasakan kesukaan pada lawan jenis. Pandangan ini yang dapat mengakibatkan kurangnya kepekaan masyarakat dan keluarga untuk menerima dan merawat lanjut usia. Salah satu cara untuk menghilangkan pandangan tersebut yaitu dengan cara melihat secara langsung kehidupan lansia di masyarakat (Sunaryo dkk, 2016).

Beberapa mitos yang muncul pada lanjut usia yaitu yang *pertama* mitos kedamaian dan ketenangan, pada mitos ini lanjut usia seharusnya dapat bersantai menikmati hasil jerih payahnya selama bekerja bertahun-tahun, namun kenyataannya masih banyak ditemukan lansia mengalami stressor karena kemiskinan dan penyakit yang diderita oleh lansia. *Kedua* mitos konservatisme dan kemunduran, pada mitos ini lansia pada umumnya konservatif, tidak memiliki keahlian, berorientasi pada masa lalu,

ketinggalan zaman, kembali pada masa ana-anak, susah berubah, keras kepala dan cerewet namun kenyataannya tidak semua lansia memiliki sikap dan berperilaku seperti demikian. Karena banyak lansia yang tetap memiliki pandangan kedepan, memiliki inovasi serta keratifitas. *Ketiga* mitos berpenyakit pada mitos ini lansia dipandang sebagai masa degenerasi yang hidup disertai dengan berbagai penyakit yang diakibatkan karena proses penuaan yang dialami oleh lansia serta menurunnya daya tahan tubuh dan juga metabolisme sehingga lansia rawan mengalami berbagai jenis penyakit. Akan tetapi pada kenyataannya, saat ini banyak penyakit yang dapat dikontrol dan mudah diobati. *Keempat* mitos senilitas dimana lansia dipandang sebagai orang yang pikun, karena disebabkan adanya kerusakan dibagian otak akan tetapi pada kenyataannya tidak semua lansia mengalami kerusakan otak karena banyak cara yang dapat dilakukan oleh lansia untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan daya ingat yang dialaminya. *Kelima* mitos ketidaproduktifan, lansia dipandang tidak produktif padahal secara realita masih banyak lansia produktif dan bekerja untuk menghidupi anak serta cucunya (Sunaryo dkk, 2016).

Tugas Perkembangan Lanjut Usia

Pada tahap lanjut usia, ada tugas dan perkembangan yang harus dijalankan (Dewi, 2014) diantaranya:

1. Lansia perlu beradaptasi dan menyesuaikan diri terhadap penurunan kesehatan dan kekuatan fisik yang dialaminya,
2. Lansia perlu mempersiapkan diri untuk menghadapi masa pensiun,
3. Lansia perlu membentuk hubungan yang lebih baik dengan seusianya dilingkungan sekitar tempat tinggal,
4. Lansia perlu melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial bermasyarakat, serta
5. Lansia harus mempersiapkan kematiannya dan kematian dari pasangannya.

Tipe Lanjut Usia

Lanjut Usia dapat dikelompokkan menjadi beberapa tipe bergantung pada karakter, pengalaman hidup, lingkungan, kondisi fisik, mental, sosial, dan ekonominya yang dialami oleh lansia (Nurgroho, 2012).

Tipe tersebut dijabarkan sebagai berikut:

1. Tipe arif bijaksana: pada tipe ini lansia sangat kaya dengan pengalaman hidup yang pernah dialaminya, mampu menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, memiliki kegiatan, bersikap baik pada semua orang, rendah hati, memiliki kesederhanaan, selalu menolong dan dapat dijadikan *role model*.
2. Tipe mandiri: pada tipe ini lansia mampu mengganti setiap kegiatan yang hilang dengan kegiatan yang baru sesuai dengan kondisi fisiknya, memilih pekerjaan sesuai dengan kemampuannya, mampu bersosialisasi dengan lansia lainnya serta hadir ketika mendapatkan undangan.
3. Tipe tidak puas: tipe tidak puas yaitu lansia kurang menerima terhadap proses penuaan yang dialaminya, sehingga lansia menjadi mudah marah, tidak sabar ketika akan melakukan sesuatu, mudah tersinggung, banyak menutut dan mengkritik.
4. Tipe pasrah: tipe pasrah yaitu lansia yang selalu menerima dengan yang sudah digariskan serta yakin nasib baik akan segera hadir, selalu mengikuti kegiatan beribadah, pekerjaan apapun selalu dikerjakan.
5. Tipe bingung: pada tipe ini lansia merasa terkaget-kaget, kehilangan kepribadian, berusaha mengasingkan diri, kurang percaya diri, memiliki penyesalan, pasif dan acuh tak acuh.
6. Tipe lainnya yang banyak dialami oleh lansia yaitu lansia tipe optimis, lansia tipe konstruktif, lansia tipe ketergantungan, lansia tipe defensive, lansia tipe militan dan serius, lansia tipe pemaarah atau frustrasi (diakibatkan karena lansia mengalami kekecewaan

akibat kegagalan yang dialami oleh lansia saat melakukan sesuatu) serta lansia dengan tipe putus asa (dimana lansia yang selalu membenci dan menyalahkan dirinya sendiri).

Daftar Pustaka

- Dewi, S. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik (edisi 1ed)*. Yogyakarta: Deepublish.
- Kholifah, S. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Maryam, R. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Mendika.
- Muhith, A. d. (2016). *Pendidikan Keperawatan Gerontik (P.Chistian,Ed)*. Yogyakarta: CV.Andi.
- Novieastari, E. (2020). *Dasar-Dasar Keperawatan (Edisi Indonesia Ke-9 ed., Vol 1)*. Indonesia: Elsevier Singapore Pte Ltd.
- Nugroho, W. (2012). *Keperawatan Gerontik & Geriatrik (3 ed)*. (M.E, Tiar., Ed.). Jakarta: EGC.
- Sunaryo, d. (2016). *Asuhan Keperawatan Gerontik Ed.1*. Yogyakarta: CV.Andi.

Profil Penulis



Leya Indah Permatasari

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2004. Hal tersebut membuat penulis melanjutkan pendidikan dan menyelesaikan studi di Ilmu Keperawatan (S1 dan Profesi) di Fakultas Keperawatan UNPAD pada tahun 2010.

Dua tahun kemudian, ditahun 2012 penulis mendapat kesempatan untuk melanjutkan studi S2 Magister Keperawatan di PROGRAM PASCASARJANA KEPERAWATAN UNPAD dengan memilih konsentrasi Keperawatan Komunitas.

Karir penulis sebagai dosen dimulai pada tahun 2010 hingga saat ini. Dari tahun 2010 penulis aktif mengajar dibidang Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik. Untuk mewujudkan karir sebagai dosen yang profesional, penulis tidak hanya aktif sebagai peneliti sesuai bidang penulis, namun juga melaksanakan pengabdian pada masyarakat yang berfokus pada keperawatan komunitas sesuai bidang penulis. Selain sebagai peneliti dan pengabdian pada masyarakat, penulis memulai menulis buku yang berfokus pada bidang keperawatan komunitas. Selain untuk mengembangkan hasil penelitian yang dilakukan oleh penulis, dengan menulis buku yang kedua berfokus pada bidang keperawatan gerontik ini merupakan bentuk eksistensi penulis sebagai seorang pendidik.

Email Penulis: leyapermatasari@gmail.com

PROSES MENUA DAN NUTRISI PADA LANSIA

Ns. Sofia Rhosma Dewi, S.Kep., M.Kep.

Universitas Muhammadiyah Jember

Proses Menua

Seiring pertambahan usia setiap manusia akan mengalami proses menua. Secara biologis proses menua dipandang sebagai penurunan fungsi fisiologis yang diikuti dengan penurunan daya resiliensi fisik dan kognitif sejalan dengan pertambahan usia (Norman; Haß; Pirlich, 2021). Proses menua bukanlah suatu penyakit, namun proses menua yang dialami oleh individu akan semakin meningkatkan resiko idividu untuk mengalami suatu penyakit. Usia lanjut umumnya diasosiasikan dengan penurunan kapasitas regenerasi sel sehingga meningkatkan resiko kematian pada individu. Proses menua dan nutrisi adalah dua hal yang saling berkaitan. Proses menua akan berpengaruh terhadap kebutuhan nutrisi lansia dan di satu sisi status nutrisi lansia yang tidak adekuat akan menimbulkan masalah yang mengarahkan lansia jatuh pada kondisi kerentanan (frailty). Lansia merupakan salah satu kelompok yang sangat beresiko mengalami masalah nutrisi. Di satu sisi pertambahan usia merupakan salah satu faktor resiko dalam perkembangan penyakit kronis. Sehingga mempertahankan keadekuatan status nutrisi dan intake nutrisi merupakan hal yang sangat penting sebagai upaya mempertahankan kesehatan dan kualitas hidup lansia.

Proses Menua dan Kebutuhan Nutrisi

Kebutuhan nutrisi selalu mengalami perubahan sepanjang daur kehidupan. Kebutuhan nutrisi pada lansia dipengaruhi oleh proses menua, perkembangan penyakit dan gaya hidup. Salah satu determinan kesehatan pada lansia adalah nutrisi. Berikut akan dijelaskan beberapa dampak proses menua terhadap kebutuhan status nutrisi lansia (Amarya, Singh and Sabharwal, 2015).

1. Perubahan komposisi dan massa tubuh

Sejalan dengan penambahan usia terjadi penurunan progresif pada massa tubuh tanpa lemak dan peningkatan lemak tubuh. Penurunan massa tubuh berkontribusi terhadap peningkatan lemak tubuh dan akan menyebabkan penurunan intake kalori pada lansia. Proses menua juga menurunkan densitas tulang pada lansia akibat demineralisasi tulang. Kejadian osteoporosis yang dialami lansia membuat postur lansia membungkuk dan menyulitkan proses pengukuran tinggi badan.

2. Perubahan pada sistem gastrointestinal

Proses menua pada sistem gastrointestinal berpengaruh terhadap penurunan sensasi rasa dan penciuman pada lansia dan berdampak terhadap penurunan nafsu makan pada lansia. Lidah lansia mengalami penurunan progresif reseptor rasa dan pada saat yang sama terjadi peningkatan reseptor rasa pahit dan asam. Akibatnya terjadi penurunan selera makan pada lansia akibat sensasi rasa yang dirasakan lansia. Selera makan lansia juga dipengaruhi oleh status oral hygiene. Penggunaan gigi palsu yang kurang tepat dan tidak dirawat dengan baik akan memperburuk bau mulut pasien dan menurunkan nafsu makan lansia. Selain itu pemasangan gigi palsu yang kurang tepat tanpa disadari dapat menurunkan nafsu makan lansia karena kesulitan mengunyah.

Hal lain yang juga mungkin terjadi akibat proses menua adalah waktu pengosongan esofageal melambat akibat penurunan kecepatan peristaltic di esophagus melambat.

3. Perubahan pada sistem genitourinaria

Penurunan fungsi sistem genitourinaria nampak melalui penurunan massa ginjal, penurunan aliran darah dan GFR (glomerular filtration rate), serta penurunan elastisitas, tonus otot dan kapasitas vesica urinaria. Penurunan fungsi ginjal berdampak pada penurunan kadar vitamin D dalam tubuh lansia dan berdampak pada peningkatan resiko osteoporosis pada lansia.

4. Perubahan pada sistem nervus dan fungsi kognitif

Sejalan dengan pertambahan usia terjadi peningkatan resiko penurunan fungsi kognitif yang berdampak pada kemandirian dan kualitas hidup lansia. Defisiensi vitamin B12, B6, dan asam folat diasosiasikan dengan gangguan kognitif. Defisiensi vitamin ini mengganggu manajemen energi di neuron dan selanjutnya berpengaruh pada plastisitas sinaps atau kemampuan untuk mengingat memori baru.

5. Faktor sosial dan psikologis

Kesepian yang dialami oleh lansia berpengaruh terhadap status kesehatan lansia. Minimnya dukungan keluarga, perasaan tidak diinginkan, masalah ekonomi menimbulkan permasalahan kompleks dalam kehidupan lansia. Selain itu terdapat pula faktor sosial yang berpengaruh terhadap perilaku makan lansia. Perilaku makan lansia terbentuk sejak kecil dan dipengaruhi oleh beberapa hal seperti keluarga, tingkat pendidikan, pekerjaan, status ekonomi, gaya hidup dan budaya. Perilaku makan yang terbentuk sejak kecil tidak mudah untuk diubah dan berkontribusi terhadap status kesehatan lansia secara umum (Dewi, Komarudin and Fajriyah, 2020).

Kebutuhan Nutrisi Lansia

Lansia membutuhkan nutrisi yang adekuat untuk mempertahankan fungsi tubuh dan status kesehatannya. Anderson, (2007) menyebutkan kebutuhan nutrisi lansia terdiri atas beberapa zat berikut:

1. Karbohidrat

Karbohidrat berfungsi sebagai sumber energi. Ada dua bentuk karbohidrat yang perlu diketahui yaitu karbohidrat sederhana dan kompleks. Karbohidrat kompleks adalah karbohidrat yang dipecah secara perlahan dan dapat memberikan energi dalam jangka waktu beberapa lama. Lansia akan merasa lebih sehat saat tubuhnya memiliki cadangan glikogen yang cukup. Lansia dalam masa penyembuhan membutuhkan lebih banyak karbohidrat kompleks. Sedangkan karbohidrat sederhana adalah karbohidrat yang mudah dipecah, mampu menjadi sumber energi yang cepat digunakan dan mengandung serat. Karbohidrat dapat berasal dari kacang – kacangan, biji – bijian, susu, buah dan sayur.

2. Protein

Sumber makanan yang kaya akan protein berasal dari tumbuhan dan hewan. Sumber protein nabati antara lain berasal dari sayuran berwarna kuning dan hijau, kacang – kacangan merupakan contoh sumber protein nabati. Sedangkan contoh protein hewani berasal dari susu, daging, keju. Protein berfungsi sebagai zat pembangun tubuh.

Selain berdasarkan sumbernya, protein juga dibedakan menjadi menjadi protein struktural dan protein fungsional. Protein struktural terdiri dari asam amino pembentuk rambut, otot, tendon dan kulit. Protein fungsional membantu tubuh melakukan aktifitas yang bersifat vital seperti memindahkan oksigen melalui sistem sirkulasi. Insulin dan myosin juga merupakan contoh protein fungsional. Tubuh membutuhkan suplai protein untuk memperbaiki

jaringan yang rusak dan membentuk jaringan baru. Protein juga berperan dalam dalam mempertahankan keseimbangan cairan pada aktifitas metabolisme dan sistem pertahanan tubuh. Faktor usia, jenis kelamin, penyakit kronis, demam, infeksi, pembedahan dan kondisi cedera merupakan determinan kebutuhan protein individu.

3. Lemak

Lemak merupakan nutrient yang berfungsi sebagai pendukung dan pelindung organ internal. Jaringan lemak berfungsi sebagai buffer atau bantalan ketika terjadi cedera eksternal, membantu mempertahankan suhu tubuh dan melarutkan vitamin yang dibutuhkan tubuh. Lemak didapatkan dari kacang – kacang dan minyak yang diproduksi dari tanaman. Lemak juga didapatkan dari daging, telur, ikan, dan produk unggas lainnya.

4. Vitamin

Vitamin tidak diproduksi oleh tubuh, sehingga tubuh harus mendapatkan sumber vitamin dari luar. Vitamin A adalah vitamin larut lemak yang didapatkan dari sumber hewan dan tanaman. Vitamin A banyak didapatkan dari sayuran berwarna kuning. Fungsi vitamin A penting untuk penglihatan, kesehatan rambut dan kulit, gusi, kelenjar dan fungsi lainnya. Vitamin B adalah vitamin larut air. Vitamin B1 (tiamin) sangat dibutuhkan untuk menjaga sistem saraf berfungsi dengan baik dan membantu mempertahankan nafsu makan lansia. Riboflavin (vitamin B2) sangat penting dalam membentuk dan mempertahankan kesehatan jaringan. Riboflavin penting untuk proses penyembuhan luka.

Niasin (Vitamin B3) sangat penting untuk mempertahankan kesehatan sistem saraf dan kulit serta mencegah demensia. Pyridoxine (vitamin B-6) membantu metabolisme dan penggunaan glikogen. Selain itu pyridoxine juga dibutuhkan untuk mendukung aktifitas otak dan sistem saraf.

Cobalamin (vitamin B12) sangat penting untuk produksi hemoglobin dan kesehatan sistem saraf.

Vitamin C adalah vitamin larut air dan mudah hilang dalam proses pemasakan. Tubuh harus mendapat asupan vitamin C setiap hari. Vitamin C memiliki fungsi yang penting yaitu untuk membangun dan memperbaiki jaringan dan gusi yang rusak. Kekurangan vitamin C menyebabkan proses penyembuhan luka memanjang, kelemahan tulang dan otot serta menempatkan lansia pada risiko infeksi.

Vitamin D (cholecalciferol) merupakan salah satu vitamin larut lemak. Vitamin D diperlukan untuk mengabsorpsi kalsium dan fosfor untuk menuntuk mempertahankan kepadatan tulang.

Vitamin E (alpha-tocoferol) adalah vitamin larut lemak. Vitamin ini berfungsi untuk melindungi jaringan tubuh dan melindungi sel darah merah supaya tidak pecah. Dan vitamin K berperan dalam proses pembekuan darah, proses pertumbuhan tulang dan meregulasi kalsium darah.

5. Mineral

Mineral adalah substansi inorganic yang dibutuhkan untuk mempertahankan kesehatan tubuh. Beberapa contoh mineral yang dibutuhkan tubuh adalah kalsium, fosfor, natrum, klorida, kalium, zink dan yodium. Kalsium merupakan mineral yang paling banyak dibutuhkan oleh tubuh untuk menjaga kekuatan gigi dan tulang. Fosfor banyak dibutuhkan untuk proses metabolisme dan mempertahankan keseimbangan cairan dan dibutuhkan untuk metabolisme vitamin dalam tubuh. Natrium bermanfaat untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan sangat berperan dalam aktifitas metabolisme glukosa dan fungsi nervus – otot. Kalium berperan dalam aktifitas metabolisme, kerja sistem musculoskeletal dan sistem saraf, pengaturan tekanan darah, pelepasan insulin dan keseimbangan cairan tubuh. Zink bermanfaat dalam proses

penyembuhan luka dan penyimpanan insulin serta berperan dalam pembentukan imunitas tubuh.

6. Air

Kebutuhan air yang harus dikonsumsi oleh lansia dipengaruhi oleh faktor jenis kelamin, usia, penyakit kronis, aktifitas fisik, aktifitas metabolic dan pajanan panas. Lansia beresiko mengalami dehidrasi karena intake air yang tidak adekuat, tidak merasakan haus, faktor pengobatan, kehilangan air melalui keringat, dan penyakit kronis.

Gangguan Pemenuhan Nutrisi Pada Lansia

Seperti halnya kelompok usia yang lebih muda, intake nutrisi yang tidak adekuat meningkatkan resiko lansia mengalami gangguan nutrisi. Secara umum gangguan nutrisi pada lansia terbagi atas nutrisi kurang dan nutrisi berlebih (Irawati, Ekawanti and Josafat, 2020). Pembagian ini didasarkan pada penghitungan BMI.

1. Nutrisi Kurang

Nutrisi kurang lebih dikenal dengan kondisi malnutrisi. Malnutrisi adalah kondisi yang umum terjadi pada lansia. Malnutrisi adalah kondisi tubuh yang terjadi akibat intake nutrient yang inadeguat. Salah satu ciri yang mudah diidentifikasi pada malnutrisi ada penurunan berat badan. Amarya, Singh and Sabharwal, (2015) menyebutkan mekanisme penurunan berat badan pada lansia terjadi karena:

- a. wasting; kehilangan berat badan involunter akibat penurunan intake makanan akibat faktor penyakit dan psikologis yang menyebabkan keseimbangan energi menjadi negatif;
- b. kakeksia; kehilangan massa lemak bebas involunter (otot, organ, kulit dan tulang) yang terjadi akibat katabolisme dan menyebabkan perubahan komposisi tubuh;

- c. sarcopenia; penurunan massa otot skeletal yang terjadi akibat perubahan fisiologis pada lansia dan penurunan aktifitas fisik pada lansia.

Lansia rentan mengalami malnutrisi karena perubahan fisiologis akibat proses menua dan keterbatasan dalam mengakses makanan (Irawati, Ekawanti and Josafat, 2020).

American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) dan *The Academy of Nutrition* menyatakan penegakan diagnosis malnutrisi harus memenuhi 2 dari 6 kriteria berikut intake energi yang rendah, penurunan berat badan, hilangnya massa otot, penurunan lemak subutan, akumulasi cairan dan kekuatan genggam tangan. Sedangkan *The Global Leadership Initiative on Malnutrition (GLIM)* menyebutkan diagnosis malnutrisi dapat ditegakkan jika pada lansia ditemukan 1 kriteria fenotip dari penurunan BB secara tiba – tiba, BMI rendah atau penurunan massa otot, dan 1 dari kriteria etiologi dari penurunan intake makanan, inflamasi, dan penyakit kronis (Corcoran *et al.*, 2019).

Malnutrisi yang dialami lansia akan membuat lansia mengalami beberapa masalah kesehatan seperti gejala terkait defisiensi nutrisi, penurunan massa tulang yang dapat memicu osteoporosis, disfungsi imunitas dan proses penyembuhan jaringan yang melambat.

2. Nutrisi Berlebih

Selain manutrisi lansia juga beresiko mengalami masalah nutrisi berlebih atau lebih dikenal dengan obesitas. Obesitas merupakan suatu kondisi dimana terjadi akumulasi lemak berlebih dalam tubuh dan kondisi ini diasosiasikan dengan munculnya penyakit degeneratif seperti penyakit stroke dan penyakit jantung. Obesitas yang muncul pada lansia umumnya berupa obesitas sentral, yaitu suatu kondisi dimana terjadi akumulasi lemak di area perut. Lingkar perut adalah indikator obesitas sentral terbaik.

Akumulasi lemak yang terpusat di area perut menutupi organ visceral. (Sofa, 2018) menyebutkan kelebihan akumulasi lemak visceral berhubungan dengan peningkatan resiko penyakit kardiovaskuler, syndrome metabolic (hipertensi, dyslipidemia dan diabetes mellitus tipe 2) dan resistensi insulin. Kejadian obesitas sentral banyak ditemukan pada lansia perempuan.

Obesitas sentral dapat terjadi akibat penurunan aktifitas fisik dan faktor hormonal yang berdampak pada akumulasi lemak tubuh.

Pengkajian Status Nutrisi Lansia

Status nutrisi lansia memiliki dampak yang signifikan dalam menentukan kualitas hidup dan kesehatan lansia. Oleh karena itu diperlukan suatu metode skrining yang mudah untuk dilakukan sehingga intervensi yang tepat dapat segera diberikan. Corcoran *et al.*, (2019) ada tiga metode yang dapat digunakan untuk mengkaji status nutrisi pada lansia: pengukuran indikator biokimia dan indikator klinis (antropometri, fungsi kognitif dan persepsi kesehatan individu) dan kombinasi data riwayat penyakit dan data pemeriksaan klinis klien. Beberapa instrumen yang dapat digunakan untuk mengkaji status nutrisi lansia adalah *Mini Nutritional Assessment* (MNA), the *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST), dan *The Geriatric Nutritional Risk Index* (GNRI). Tabel 1 menunjukkan efektifitas dari empat instrumen tersebut.

Tabel 10.1. Efektifitas Instrumen Pengkajian Nutrisi Lansia (Corcoran *et al.*, 2019)

Instrumen	Persetujuan (%)	Validitas (95% CI)	Sensitivitas (%)	Spesifitas (%)
MNS-SF	81,5	0,633	98,1	50,0
MUST	83,9	0,766	87,3	76,8
GNRI	73,1	0,465	66,0	92,1

1. MNA-SF

MNA adalah metode pengkajian nutrisi yang banyak digunakan untuk mengkaji malnutrisi pada lansia. Instrumen ini terdiri dari 6 komponen pertanyaan yaitu penurunan BB, nafsu makan, mobilisasi, stress psikologis, masalah neuropsikologis dan BMI. Setiap komponen dinilai dengan rentang skor 0 – 2 atau 0 – 3 dengan total skor terentang antara 0 – 14. Interpretasi MNA – SF diklasifikasikan sebagai status nutrisi baik (skor 12 – 14), beresiko malnutrisi (skor 8 – 11) atau malnutri (skor 0 – 7).

Tabel 2. Instrumen Pengkajian MNA-SF

Skrining	Skor
<p>Adakah penurunan intake makanan dalam 3 bulan terakhir akibat penurunan nafsu makan, masalah pencernaan atau akibat kesulitan menelan atau mengunyah?</p> <p>0 = penurunan intake makanan yang berat 1 = penurunan intake makanan moderat 2 = tidak ada penurunan intake makanan</p>	
<p>Penurunan BB selama 3 bulan terakhir</p> <p>0 = penurunan BB lebih dari 3 kg 1 = tidak tahu 2 = penurunan BB 1 – 3 kg 3 = tidak ada penurunan BB</p>	
<p>Mobilitas</p> <p>0 = tidak dapat turun dari tempat tidur, atau hanya dapat duduk di kursi 1 = tidak dapat bangkit dari bed/kursi namun dapat berpindah dengan bebas = dapat berpindah dengan bebas</p>	

Skrining	Skor
Apakah mengalami stress psikologis atau mengidap penyakit dalam 3 bulan terakhir ? 0 = ya 2 = tidak	
Masalah psikoneurologis 0 = demensia berat atau depresi 1 = demensia ringan 2 = tidak mengalami masalah psikologis	
F1. BMI 0 = BMI kurang dari 19 1 = BMI 19 – 21 2 = BMI 21 – 23 3 = BMI lebih dari 23	
Jika BMI tidak dapat dikaji, gantikan pertanyaan pada poin F1 dengan poin F2 Jika BMI sudah terkaji pertanyaan poin F2 tidak perlu dikaji	
F2 Lingkar Lengan Atas 0 = LLA kurang dari 31 cm 3 + LLA lebih dari 31 cm	
Total	

Meski MNA – SF banyak digunakan dalam pengkajian malnutrisi pada lansia, perlu diingat bahwa penggunaan MNA tidak dianjurkan lansia tidak mampu memberikan informasi yang adekuat tentang status nutrisinya atau sedang menerima dukungan nutrisi melalui pemasangan NGT.

2. MUST

MUST adalah instrumen pengakajian malnutrisi yang mendasarkan pengkajiannya berdasarkan BMI saat ini, penurunan BB dari waktu ke waktu, dan munculnya penyakit akut yang akan menurunkan intake nutrisi individu selama lebih dari 5 hari. Hasil pengkajian dengan instrumen ini diinterpretasikan dengan kategori risiko rendah malnutrisi (skor 0), risiko menengah malnutrisi (skor 1) atau risiko tinggi malnutrisi (skor 2 atau lebih). Jika seorang lansia teridentifikasi mengalami risiko menengah malnutrisi, maka untuk selanjutnya perlu dilakukan pemantauan status nutrisi lansia tersebut. Intervensi diberikan pada lansia yang teridentifikasi memiliki risiko tinggi malnutrisi. Instrumen MUST pada dasarnya mudah diaplikasikan namun instrumen tidak spesifik digunakan untuk mengukur status lansia.

3. GNRI

GNRI merupakan instrumen pengkajian nutrisi lansia yang dikembangkan dari instrumen pengkajian nutrisi terkait penyakit yang diderita oleh lansia. Instrumen ini sengaja didesain khusus untuk lansia. Pengkajian didasarkan pada kadar serum albumin, BB saat ini dan BB ideal untuk mengkaji status nutrisi. GNRI banyak digunakan untuk memprediksi mortalitas pada pasien lansia yang dirawat di rumah sakit namun tidak di komunitas. Kadar serum albumin yang rendah yang diikuti oleh penurunan BB merupakan indikator risiko malnutrisi yang dikaitkan dengan sakit yang dialami lansia. Nilai GNRI dihitung melalui persamaan berikut

$$\text{GNRI} = [1.489 \times \text{serum albumin}(\text{g/l})] + [41.7 \times (\text{BB saat ini}/\text{BB ideal})]$$

Nilai GNRI lebih besar dari 98 mengindikasikan tidak terjadi malnutrisi terkait kondisi sakit yang dialami. Nilai 92 – 98 mengindikasikan risiko rendah malnutrisi. Nilai 82 – 91 mengindikasikan risiko moderat dan nilai kurang dari 82 menunjukkan risiko mayor malnutrisi terkait komplikasi sakit.

Intervensi Untuk Mengoptimalkan Status Nutrisi Lansia

Sutanto, Lukito and Basrowi, (2021) mengemukakan ada beberapa intervensi yang dapat dilakukan untuk memperbaiki status nutrisi lansia, utamanya di Indonesia, dengan berdasar pada pengembangan teori Modified Social Cognitive. Upaya yang pertama adalah melalui edukasi. Edukasi nutrisi penting diberikan untuk dapat mencapai tujuan lansia sehat. Edukasi tentang nutrisi perlu diberikan pada kelompok usia yang lebih muda sehingga diharapkan mereka bisa memahami kebutuhan nutrisi yang akan dibutuhkan saat menjadi lansia dan dapat menyiapkan jauh hari sebelum memasuki usia lansia. Edukasi nutrisi diharapkan dapat mengubah persepsi calon lansia mengenai konsep nutrisi sehat sehingga calon lansia dapat melakukan perubahan pola pemenuhan nutrisi yang akan berdampak pada status kesehatannya di masa lansia. Upaya kedua adalah dengan menciptakan produk makanan fungsional. Produk makanan fungsional adalah bahan makanan yang memiliki kandungan biologi aktif untuk membantu mengoptimalkan kesehatan lansia. Umumnya bentuk produk makanan fungsional yang banyak dijumpai di masyarakat adalah obat – obatan herbal atau jamu dan penggunaan produk ini dipercaya dapat meningkatkan imunitas.

Daftar Pustaka

- Amarya, S., Singh, K. and Sabharwal, M. (2015) 'Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics Changes during aging and their association with malnutrition Lack of physical activity Poor appetite Feeling of unwantedness (loneliness) A sense of neglect', *Journal of Clinical Gerontology & Geriatrics*, 6(3), pp. 78–84. doi: 10.1016/j.jcgg.2015.05.003.
- Anderson, M. A. (2007) *Caring for Older Adults Holistically Fourth Edition*.
- Corcoran, C. et al. (2019) 'Malnutrition in the elderly', *Science Progress*, 102(2), pp. 171–180. doi: 10.1177/0036850419854290.
- Dewi, S. R., Komarudin and Fajriyah, N. A. (2020) 'Efektifitas Cognitive Behavioral Therapy dalam Memperbaiki Perilaku Makan Lansia', *Jurnal ILKES*, 11(2), pp. 275–284. Available at: www.stikes-khkediri.ac.id.
- Irawati, D., Ekawanti, A. and Josafat, A. (2020) 'Nutritional profile in Indonesian elderly subpopulation', *Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Indonesia*, 11(2), pp. 121–129. doi: 10.20885/jkki.vol11.iss2.art4.
- Sofa, I. M. (2018) 'Kejadian Obesitas, Obesitas Sentral, dan Kelebihan Lemak Viseral pada Lansia Wanita', *Amerta Nutrition*, 2(3), p. 228. doi: 10.20473/amnt.v2i3.2018.228-236.
- Sutanto, L., Lukito, W. and Basrowi, R. W. (2021) 'Nutrition Interventions for Healthy Ageing in Indonesia', *Amerta Nutrition*, 4(1SP), p. 1. doi: 10.20473/amnt.v4i1sp.2020.1-5.
- Zellei, A. (2003) 'Remaining Challenges', *Ökologisches Wirtschaften - Fachzeitschrift*, 18(1), pp. 1–20. doi: 10.14512/oew.v18i1.226.

Profil Penulis



Sofia Rhosma Dewi

Penulis adalah salah satu dosen pengampu keperawatan gerontik di Universitas Muhammadiyah Jember. Penulis menyelesaikan pendidikan sarjananya di Universitas Brawijaya dan pendidikan magister ditempuh Universitas Airlangga. Penulis mulai tertarik dalam bidang keperawatan gerontik sejak tahun 2011. Ketertarikan penulis dalam bidang keperawatan gerontik diwujudkan dengan keaktifan penulis dalam melakukan berbagai penelitian tentang lansia. Penulis juga aktif mengikuti berbagai seminar dan pelatihan yang berhubungan dengan keperawatan gerontik. Saat ini penulis terlibat dalam kepengurusan Ikatan Perawat Gerontik (IPEGERI) Jawa Timur sebagai Ketua Divisi Riset dan Pengembangan sejak tahun 2021 hingga saat ini.

Email Penulis: sofiarhosma84@gmail.com

PEMERIKSAAN FISIK DAN MASALAH FISIK PADA LANSIA

Yosephina E.S. Gunawan, S.Kep., Ns., M.Kep.

Poltekkes Kemenkes Kupang

Pemeriksaan fisik pada lansia menuntut focus pada konsep penuaan yang sehat, dan pentingnya keterampilan yang diarahkan pada pengkajian fungsional dan perubahan fisik yang terjadi akibat proses menua. Sebelum melakukan pemeriksaan fisik pada lansia, sebaiknya telah dilakukan pengkajian menyeluruh terhadap Riwayat Kesehatan lansia yang mencakup aktivitas hidup sehari-hari, aktivitas instrumental hidup setiap hari, medikasi, nutrisi, nyeri akut dan kronis, merokok dan alkohol, serta advance directive dan perawatan paliatif (Barry, 2001; Bickley, 2014). Semua data ini memudahkan perawat dalam melakukan proses pemeriksaan fisik (Hirschtick, 2016). Pada lansia, pendekatan yang digunakan saat melakukan wawancara turut mempengaruhi prosedur dan hasil pemeriksaan. Hal ini disebabkan secara fisiologis, lansia mengalami penurunan fungsi sensori dan kognitif dan peningkatan sensitivitas psikologis. Pemeriksaan fisik telah dimulai sejak perawat bertemu dengan lansia didalam ruangan pemeriksaan. Banyak informasi yang bisa didapatkan dalam 30 detik pertama; apakah lansia itu tampak sehat atau sakit? Apakah gizi lansia tampak baik atau kurus? Apakah lansia itu terlihat susah bergerak atau goyah dan tidak seimbang? Seberapa mudah lansia itu berpindah dari kursinya ke meja periksa? Perawat juga dapat mengamati gerakan-gerakan lansia yang dilakukan secara

tidak sengaja akibat disfungsi saraf kranial, dan kesulitan bernafas, hingga kecepatan atau kejelasan lansia itu saat berbicara (Barry, 2001). Beberapa posisi diatur untuk memudahkan tindakan pemeriksaan fisik pada lansia, yaitu posisi duduk untuk pemeriksaan pada bagian kepala, mata, telinga, hidung, tenggorokan, leher, jantung, paru-paru, sendi, dan pemeriksaan neurologis; posisi telentang digunakan untuk pemeriksaan perut, nadi perifer, payudara, genitalia, dan daerah inguinal; posisi dekubitus lateral untuk pemeriksaan rektal; posisi berdiri untuk mendeteksi tekanan darah ortostatik dan perubahan nadi; dan posisi berjalan untuk menguji keseimbangan dan gaya berjalan lansia (Barry, 2001; Gunawan, 2019).

Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital

1. Denyut nadi

Arteri radial dapat digunakan untuk menentukan denyut jantung. Denyut nadi yang tidak teratur dapat dibedakan “tidak teratur-tidak teratur” atau “teratur-tidak teratur”. Fibrilasi atrium dapat menunjukkan pola denyut nadi tidak teratur yang tidak teratur. Palpasi nadi karotis dengan auskultasi jantung secara simultan sangat membantu dalam penentuan waktu murmur atau suara lain yang berasal dari jantung. Rentang nilai normal denyut nadi pada orang dewasa adalah sekitar 60 sampai 100 kali per menit (Barry, 2001).

2. Tekanan darah

Pengukuran tekanan darah idealnya diambil dengan posisi pasien terlentang atau berdiri, terutama jika lansia sedang mengonsumsi obat hipertensi. Beberapa penurunan tekanan darah sistolik cukup umum pada orang tua, terutama pada mereka dengan penyakit kronis atau mereka yang sedang menjalani pengobatan. Ketika melakukan pemeriksaan, balon manset tekanan darah harus melingkari sekitar dua sepertiga dari lingkaran lengan. Gunakan manset berukuran lekap pada lansia yang gemuk agar hasil pengukuran tekanan darah lebih valid. Palpasi

tekanan manset di mana denyut nadi radial menghilang adalah cara untuk memeriksa keakuratan tekanan darah sistolik yang diauskultasi. Kadang-kadang, celah auskultasi ditemukan, di mana suara menghilang hanya untuk muncul kembali pada tekanan yang lebih rendah. Untuk menghindari hal ini, pompa manset hingga 200 mmHg, lalu turunkan perlahan sambil terus didengarkan sampai tekanan mencapai 50 mmHg.

3. Pernafasan

Pernapasan lansia diamati dan dihitung untuk menilai kecepatan dan kedalamannya. Perhatikan adanya kemungkinan usaha-usaha bernafas, penggunaan otot bantu pernapasan dan retraksi di fossa supraklavikula. Frekuensi nafas normal pada orang dewasa yaitu 12 sampai 18 kali per menit.

4. Temperatur

Lansia kurang mampu mempertahankan suhu tubuh normal ketika terpapar panas atau dingin, hal ini menyebabkan lansia sering tidak memiliki respon demam yang normal terhadap infeksi. Lansia juga memiliki kemungkinan besar mengkonsumsi obat-obatan yang mengganggu mekanisme termoregulasi, seperti obat penenang, antihipertensi, vasodilator, dan antidepresan, serta konsumsi alkohol. Suhu tubuh normal pada orang dewasa yaitu 36,3°C hingga 37°C.

5. Tinggi badan, berat badan, dan status nutrisi.

Tinggi dan berat badan adalah elemen awal penilaian gizi. Pengukuran berat badan dapat dilakukan secara rutin di setiap pertemuan lansia. tetapi lain halnya dengan pengukuran tinggi badan. Pengukuran tinggi badan diperlukan untuk menginterpretasikan berat badan lansia. Lansia beresiko mengalami peningkatan malnutrisi karena asupan makanan yang tidak tepat, isolasi sosial, kecacatan, penyakit kronis dan obat-obatan. Hilangnya lemak subkutan, pengecilan otot, dan edema mungkin menandakan kekurangan gizi

kronis. Empat komponen dari penilaian gizi dapat diingat sebagai ABCD, yaitu A untuk pengukuran antropometri seperti tinggi dan berat badan, B untuk parameter biokimia seperti albumin serum dan hemoglobin, C untuk penilaian klinis (riwayat medis, pemeriksaan fisik, dan domain lain yang dibahas dalam buku ini), dan D untuk riwayat diet, seperti: seperti kandungan dan kecukupan pola makan serta penggunaan zat gizi suplemen (Barry, 2001; Zhang et al., 2021).

Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Kulit

Penilaian kulit dapat dilakukan bersamaan saat area tubuh lain diperiksa. Perubahan kondisi kulit umumnya diyakini merupakan tanda klasik dari proses penuaan, seperti munculnya perkembangan lesi makula hiperpigmentasi yang disebut bintik senilis atau lentigin. Umumnya lansia memiliki lemak subkutan yang lebih sedikit sehingga kulit menjadi lebih tipis, terutama pada punggung tangan dan lengan bawah. Elastisitas kulit dan turgor kulit mulai berkurang atau hilang bahkan pada lansia yang cukup terhidrasi. Kulit wajah lansia akan mengalami kerutan pada bagian dahi dan sudut luar mata yang terlihat seperti “kaki gagak”. Lansia sering mengalami penurunan produksi keringat dan kelenjar sebacea sehingga secara umum akan ditemukan kulit kering pada lansia. Kondisi ini berkontribusi pada masalah-masalah kulit pada lansia, seperti eksim, ruam kulit, atau gatal-gatal pada kulit.

Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Kepala Dan Leher

1. Rambut dan kuku

Perubahan warna dan distribusi rambut menjadi indikator penambahan usia yang paling mudah terlihat. Warna rambut lansia menjadi abu-abu atau memutih. Seiring bertambahnya usia, penipisan progresif terjadi pada semua rambut ditubuh lansia termasuk rambut di aksila dan pubis. Secara umum jika sirkulasi perifer kurang adekuat dapat

menyebabkan berkurangnya rambut pada ekstremitas bawah, tetapi pada lansia temuan ini dianggap normal karena perubahan fungsi fisiologis.

Kuku pada lansia sering mengalami onikomikosis, terinfeksi jamur, penebalan, rapuh, dan kerusakan lain pada kuku yang sulit diobati. Kondisi ini merupakan masalah umum bagi lansia, terutama lansia yang “terabaikan” atau tinggal sendiri.

2. Kepala

Pemeriksaan kepala dilakukan dalam posisi duduk. Keutuhan kulit kepala harus diperiksa dengan cermat, terutama pada kasus lansia dengan delirium atau perubahan tingkat kesadaran yang terjadi mendadak untuk menghilangkan kecurigaan adanya cedera atau trauma pada tulang tengkorak. Lakukan palpasi untuk memeriksa nyeri tekan dan deformitas tengkorak. Perhatikan adanya lesi, benjolan atau masalah lainnya pada kulit kepala lansia.

3. Mata

Pemeriksaan struktur di sekitar mata dilakukan terlebih dahulu. Perubahan pada mata lansia termasuk penggelapan kulit di sekitar orbit, “kaki gagak”, refleks cahaya pupil yang lebih lambat, dan penurunan adaptasi terhadap gelap. Kelopak mata lansia dapat menjadi longgar dan menyebabkan ektropion sehingga membuat mata menjadi kering dan infeksi. Warna sklera normalnya berwarna putih tetapi pada lansia mungkin dapat dijumpai pinggir sklera kuning karena timbunan lemak; sedangkan konjungtiva lansia cenderung kering, sehingga mudah mengalami konjungtivitis. Pemeriksaan ketajaman visual dilakukan untuk memastikan kemampuan lansia untuk membaca dan jarak yang diperlukan untuk melihat dengan dan tanpa kacamata. Pengukuran tekanan bola mata dilakukan untuk menyinggirkan dugaan adanya glaucoma dan gangguan lain pada okuler lansia. Berbagai kelainan fisik pada mata yaitu xanthomas, hilangnya sepertiga lateral alis, meskipun merupakan tanda klasik

hipotiroidisme, entropion, pingueculae, konjungtivitis, arcus senilis, presbyopia, katarak, dan glaucoma.

4. Telinga

Pemeriksaan telinga dimulai dengan inspeksi pada daun telinga. Perhatikan kemungkinan adanya nodul pada pinnae telinga. Jika terdapat nodul, identifikasi adanya nyeri tekan. Nodul yang tidak nyeri pada pinnae telinga dapat berupa karsinoma sel basal, nodul reumatoid, atau bahkan tofi gout. Pada lansia, dapat terjadi peningkatan panjang daun telinga, pertumbuhan rambut di saluran, dan akumulasi serumen. Kehilangan pendengaran dapat disebabkan masalah pada telinga luar termasuk serumen yang terkena, otitis eksterna, atau benda asing. Penggunaan alat bantu dengar dapat menyebabkan otitis eksterna pada lansia. Membran timpani dapat menebal pada lansia (tympanosclerosis), sebagai akibat dari jaringan parut dari infeksi sebelumnya. Efusi terjadi dalam hubungan dengan disfungsi tuba eustachius, seperti pada alergi atau infeksi saluran pernapasan atas. Ketajaman pendengaran dapat diukur sejak dilakukan anamnesis, dan dapat dipastikan kembali dengan metode pengukuran lain dengan menggunakan alat bantu seperti garputala. Cara paling sederhana untuk mengetes pendengaran lansia yaitu dengan membisikkan di dekat telinganya kemudian meminta lansia menyebutkan kembali kata yang terdengar (Barry, 2001).

5. Hidung

Pemeriksaan pada hidung dapat menggunakan senter, atau otoskop untuk memeriksa mukosa hidung dan arsitektur hidung bagian dalam. Uji patensi hidung dilakukan untuk mengidentifikasi adanya sumbatan yang dapat terjadi akibat adanya rinitis vasomotor. Penurunan sensitivitas indera penciuman terjadi secara normal pada lansia, hal ini seiring dengan hilangnya sensasi rasa pada lansia. Periksa setiap drainase kronis dari hidung yang tidak

merespons saat pemeriksaan dilakukan, karena dapat menjadi gejala awal kanker pada sinus.

6. Mulut

Pemeriksaan mulut dilakukan dengan memperhatikan kondisi bibir dan mulut lansia. Cheilosis, atau celah di sudut mulut dapat merupakan tanda gizi buruk dan kekurangan vitamin. Mukosa mulut diperiksa secara hati-hati dengan menggunakan tongue blade untuk mengidentifikasi adanya lesi. Mukosa mulut kering karena produksi sputum berkurang atau karena obat yang dikonsumsi lansia, terutama yang memiliki efek samping antikolinergik. Beberapa gangguan yang dapat ditemukan pada mukosa mulut lansia yaitu leukoplakia, candida, lumut planus dan lesi akibat cedera dari gigi palsu yang tidak pas. Palpasi dilakukan dengan menggunakan sarung tangan yang dibasahi untuk meraba rongga bukal, termasuk bibir dan dasar mulut untuk area indurasi. Palpasi penting untuk mengevaluasi keluhan, menilai daerah yang mencurigakan, atau untuk mengevaluasi lansia yang berisiko terkena kanker mulut karena adanya riwayat penggunaan tembakau atau alkohol.

Pemeriksaan lidah tidak boleh diabaikan. Perhatikan warna lidah, normalnya merah muda. Jika lidah merah meradang dapat mengidentifikasi defisiensi vitamin B12 atau zat besi. Lidah berbulu atau hitam (terlihat seperti tumbuh rambut pendek) dapat muncul selama pengobatan dengan antibiotik yang menghambat bakteri normal dan memungkinkan pertumbuhan jamur yang berlebihan.

7. Gigi

Pada lansia, kehilangan gigi dan penyakit periodontal sangat umum terjadi. Mayoritas lansia di atas usia 65 tahun sudah mulai tidak bergigi, sehingga sangat penting untuk memastikan apakah lansia tersebut menggunakan gigi palsu atau tidak. Penggunaan gigi palsu yang tidak pas dapat menyebabkan ulkus traumatis, denture stomatitis, dan kanker. Hilangnya

gigi pada lansia mengakibatkan suara bicara lansia tidak normal, seperti “s,” klik, atau peluit yang tidak jelas. Hal ini juga bisa menandakan gigi palsu yang tidak pas. Perhatikan juga adanya karies gigi dan bau mulut akibat infeksi gigi atau sisa makanan yang tertinggal di sela gigi.

8. Leher

Leher menyajikan beberapa struktur penting untuk pemeriksaan, yaitu kelenjar getah bening, trakea, kelenjar tiroid, arteri karotis, dan vena jugularis. Pemeriksaan pada leher dilakukan dengan teknik inspeksi, palpasi dan auskultasi. Lakukan palpasi dengan tepat dan hati-hati pada rantai kelenjar getah bening servikal posterior dan anterior serta daerah supraklavikula. Virchow's kelenjar getah bening, pembesaran kelenjar getah bening di supraklavikula kiri fossa, merupakan tanda klasik karsinoma gastrointestinal metastatik. Lakukan juga pemeriksaan trakea untuk deviasi lateral dan pencarian distensi vena jugularis untuk menyingkirkan kemungkinan adanya tanda gagal jantung. Palpasi karotis dengan lembut dan periksa apakah pulse teraba simetris. Lansia yang mengalami hipertensi esensial, tirotoksikosis, aorta, regurgitasi, atau keadaan emosional yang ekstrim dapat menunjukkan gelombang pulse yg tajam.

Palpasi kelenjar tiroid dapat dilakukan dari depan atau belakang lansia. Hipertiroid ataupun hipotiroid sama-sama berkontribusi pada berbagai permasalahan yang dialami di masa tua, sehingga pada saat pemeriksaan kelenjar tiroid pemeriksa sedapat mungkin memastikan ada tidaknya pembengkakan, walaupun kelenjar ini sering sulit teraba.

Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Jantung, Paru-Paru, dan Payudara

Jantung dan paru-paru dapat diperiksa saat lansia masih berada di posisi duduk, akan tetapi lebih nyaman jika pemeriksaan dilakukan pada posisi berbaring. Jantung

dan paru-paru terletak di dalam rongga dada, sehingga pakaian atas harus dilepaskan. Perhatikan irama nafas dan kemungkinan retraksi dinding dada. Pada lansia yang agak kurus, dapat langsung terlihat ictus cordis pada sela iga V, linea medioclavicularis kiri yang letaknya sesuai dengan apeks jantung. Normalnya pulsasi ictus cordis berdiameter 2cm dengan punctum maksimal di bagian tengah area tersebut. Jika terjadi pelebaran diameter pulsasi ke sebelah kiri, menandakan adanya pembesaran ventrikel kiri. Pada lansia yang sulit dipalpasi ictus cordisnya, minta pasien untuk merubah posisi condong ke depan atau ubah ke posisi dekubitus lateral kiri (Barry, 2001; Gunawan, 2019).

Auskultasi jantung dilakukan menggunakan stetoskop bagian diafragma. Suara didengarkan mulai dari apeks jantung, kemudian menyilang ke batas sternal kiri bawah, lalu bergeser ke ruang interkostal kedua kiri, dan terakhir menyilang ke batas sternal kanan dan bawah. Bunyi jantung pertama dan kedua didengarkan terlebih dahulu. Palpasi nadi karotis secara simultan dapat membantu mengidentifikasi bunyi mana yang merupakan bunyi jantung pertama. Karena bunyi jantung pertama dihasilkan oleh penutupan katup mitral dan trikuspid, bunyinya lebih keras daripada bunyi jantung kedua di atas area mitral dan trikuspid. Urutan auskultasi diulang untuk mendengarkan murmur dan keheningan pada sistol dan diastol. Suara bernada tinggi dan murmur paling baik didengar menggunakan diafragma stetoskop. Jika dicurigari adanya suara Gallop atau gemuruh diastolik, maka sebaiknya gunakan bagian Bell stetoskop untuk mendeteksi suara bernada rendah (Barbiellini Amidei et al., 2022; Barry, 2001).

Paru-paru diperiksa dengan auskultasi dan perkusi. Paru-paru yang menua memiliki elastisitas yang lebih rendah karena hilangnya elastin dan karena ikatan silang kolagen. Saat melakukan auskultasi, minta lansia menarik nafas dalam, akan tetapi tetap waspada terhadap tanda hiperventilasi seperti pusing untuk menghindari terjadinya sinkop. Secara umum, akan terdengar suara vesicular di atas dada, dan suara bronkial terdengar di

atas trakea. Jika terdengar suara seperti itu lapangan paru perifer, sebaiknya segera melakukan kolaborasi dengan dokter. Pemeriksa harus bisa membedakan suara nafas yang terdengar, terlebih jika suara nafas tersebut merupakan suara nafas abnormal, seperti rales atau ronchi. Suara tambahan lain yang terdengar di paru-paru adalah wheezing dan mengi.

Perkusi dilakukan di seluruh lapang paru untuk area yang terdengar redup atau hiperresonans untuk mendeteksi adanya kelainan. Pada penyakit paru obstruktif kronik, paru-paru sering hiperresonans. Pemeriksaan selanjutnya kemudian dilakukan untuk tactile fremitus, dengan cara meletakkan telapak tangan pemeriksa di kedua sisi dada lansia, lalu minta ia untuk berbicara “zembilan-puluh-zembilan” atau “tuzuh-puluh-tuzuh”. Pemeriksa harus dapat merasakan perbedaan getaran dari satu sisi ke sisi lain yang mungkin signifikan. Konsolidasi seperti pada pneumonia dapat meningkatkan fremitus. Jika diperlukan, lakukan auskultasi lapangan paru dan secara bersamaan mengetuk tulang dada. Peningkatan transmisi suara melalui area konsolidasi jadi lebih mudah diidentifikasi saat menggunakan teknik ini daripada perkusi sederhana. Pemeriksa melakukan auskultasi di lapang paru sambil meminta lansia mengatakan “e”. Jika terdapat efusi pleura, maka suara “e” tadi akan terdengar seperti “a” (*egophony*).

Pemeriksaan payudara tidak boleh diabaikan. Perhatikan adanya retraksi puting susu, perubahan kulit, dan massa yang dapat terjadi karena hilangnya jaringan ikat dan adiposa pada lansia. Palpasi puting susu untuk memastikan adanya cairan yang keluar. Keempat kuadran pada kedua payudara juga diperiksa, termasuk bagian ekor aksila, untuk memastikan kemungkinan adanya asimetri. Kulit yang menjumbai di bawah payudara besar sebaiknya diperiksa untuk melihat adanya maserasi karena keringat. Payudara pria tidak luput dari penyakit sehingga harus juga diperiksa. Ginekomastia pada pria yang lebih tua dapat disebabkan oleh berbagai penyebab, termasuk karsinoma

bronkiogenik, penyakit tiroid, tumor testis, obat-obatan, sirosis hati, dan jenis kanker lainnya.

Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Sistem Musculoskeletal

Catatan tentang adanya kelainan pada tulang belakang seperti kiposis atau skoliosis sudah bisa dicatat pemeriksa selama pemeriksaan pada paru-paru dan jantung, karena kondisi kiposis yang cukup parah dapat mempengaruhi fungsi pernapasan dan kardiovaskular. Nyeri tekan pada prosesus spinosus dapat menandakan fraktur vertebra. Pemeriksaan sendi dilakukan mulai dari sendi tangan. Lansia rentan mengalami osteoarthritis yang mempengaruhi sendi interphalangeal distal tangan serta lutut. Selanjutnya lakukan pemeriksaan pada rotasi eksternal pinggul. Keterbatasan rotasi dapat menjadi tanda awal adanya osteoarthritis. Lansia juga dapat mengalami “jari tabuh” yang mengindikasikan adanya hipoksia akibat gangguan kronis; atau clubbing yaitu jari yang terlihat “bulat” dengan sudut besar, biasa terlihat pada gangguan paru-paru kronis, karsinoma paru-paru, dan gangguan lain yang berhubungan dengan hipoksia kronis (Ohta & Sano, 2021). Pemeriksaan kaki untuk melihat adanya perubahan pada persendian dan juga adanya clubbing. Beberapa lesi atau tanda akibat adanya diabetes, atau penyakit pembuluh darah perifer dapat ditemukan jika pemeriksa melakukan pemeriksaan yang teliti pada bagian kaki lansia. Pemeriksaan ekstremitas bawah dapat ditunda sampai pemeriksaan perut ketika orang tersebut akan terlentang. Pada lansia yang mengalami masalah rheumatoid, maka pembengkakan sendiri dan nyeri sangat umum didapatkan selama pemeriksaan (Rachmawati et al., 2006). Lakukan pengkajian PQRST untuk mengidentifikasi karakteristik nyeri yang dikeluhkan lansia. Pemeriksaan menyeluruh pada tungkai bawah terhadap risiko ulkus kaki dan infeksi, termasuk pemeriksaan adanya insufisiensi pembuluh darah seperti luka borok, ulkus berpigmen atau pengisian kapiler yang tertunda ketika kuku jari kaki ditekan dan dilepaskan.

Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Abdomen

Sebelum pemeriksaan dimulai, atur lansia dalam posisi terlentang sehingga perut, nadi perifer, genitalia, dan rektum dapat diperiksa. Tinggikan bagian atas tempat tidur untuk menopang kepala dan punggung lansia agar lebih nyaman selama pemeriksaan berlangsung. Pemeriksaan perut dimulai dengan inspeksi, mencatat adanya distensi atau bekas luka dari operasi sebelumnya. Pemeriksa harus melakukan auskultasi sebelum melanjutkan dengan palpasi untuk menghindari menginduksi aktivitas peristaltik (Barry, 2001). Palpasi secara umum dilakukan disemua area abdomen untuk memeriksa adanya kekakuan otot perut atau massa. Pemeriksaan mendetail pada setiap organ dalam perut dilakukan berturut-turut dari area epigastrium, kuadran kiri atas dan berakhir di kuadran kanan atas (Gunawan, 2019). Kekakuan dinding perut bukan merupakan tanda iritasi peritoneum yang umum pada lansia. Tanyakan apakah ada keluhan konstipasi jika teraba adanya massa feses, sehingga tidak disalahartikan sebagai tumor. Massa perut yang tidak bersuara ketika dilakukan auskultasi dapat merupakan tanda karsinoma gastrointestinal. Selain palpasi dan perkusi hepar untuk memperkirakan ukurannya, abdomen bagian tengah bawah dipalpasi untuk memeriksa distensi kandung kemih. Temuan tersebut mungkin penting dalam evaluasi inkontinensia atau sebagai tanda retensi urin dari hipertrofi prostat. Retensi urin dapat menjadi penyebab kebingungan yang tidak dapat dijelaskan.

Pemeriksaan nadi perifer di kaki dilakukan dengan posisi lansia tetap terlentang. Lakukan palpasi arteri femoralis di lipat paha, dan auskultasi untuk mendeteksi adanya bruit. Bruit yang terdengar dapat menjadi indikasi adanya penyakit arteriosklerotik difus. Pemeriksaan rektal dapat dilakukan setelah pasien dibantu ke dalam posisi dekubitus lateral. Pemeriksa harus memberitahu pasien apa yang diharapkan dan kapan pemeriksaan dimulai. Anus diperiksa untuk mencari adanya robekan, iritasi, dan wasir eksternal, dan otot sfingter anal, yang mungkin

berkurang seiring bertambahnya usia, dicatat. Jari yang bersarung tangan digunakan untuk menyapu seluruh rektum, pastikan untuk mengambil seluruh lingkaranya. Pasien diminta untuk mengejan, seperti saat buang air besar, untuk menghilangkan lesi di luar jangkauan jari pemeriksa.

Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Sistem Genitourinari

Alat kelamin pada laki-laki dan perempuan dapat dengan mudah diperiksa bersamaan dengan pemeriksaan dubur. Bagian dari pemeriksaan ini dapat ditunda tetapi tidak boleh diabaikan. Alat kelamin laki-laki harus diperiksa untuk melihat adanya luka, sekret, dan massa testis. Kelenjar penis pada laki-laki yang tidak disunat diperiksa dengan menarik kulup. Prostat dipalpasi selama pemeriksaan rektal. Prostat sering membesar pada laki-laki yang lebih tua tetapi biasanya terasa lunak dan nonnodular. Alat kelamin perempuan minimal harus diperiksa untuk mengetahui adanya lesi pada kulit, kekeringan pada vagina, secret atau cairan pervaginam. Jika terdapat sistokel, rektokel, atau prolapse uteri maka pemeriksa harus membuat catatan yang lebih detail terkait riwayat kondisi ini. Jika diperlukan, lakukan pemeriksaan dalam dengan menggunakan speculum vagina. Penting untuk diingat pemeriksa bahwa kondisi menopause dapat menyebabkan lansia lebih responsif terhadap estrogen dan saluran kemih bagian bawah mengalami atrophia. Hal ini menyebabkan kekeringan vagina, penyusutan vagina dan struktur sekitarnya, resistensi bakteri berubah, dan ligamen rahim melemah. Inkontinensia urin dan infeksi juga dapat terjadi. Perubahan pascamenopause pada vagina menyebabkan rasa gatal, terbakar, dan dispareunia Lansia yang mengalami masalah inkontinensia uri seringkali berupaya menyelesaikan masalahnya sendiri dengan mengurangi asupan minum, atau mengenakan diapers.

Pemeriksaan Fisik dan Temuan Masalah Fisik Pada Sistem Persarafan

Pemeriksaan neurologis dilakukan pada posisi duduk, dan terdiri dari enam komponen uji yaitu fungsi intelektual, saraf kranial, pemeriksaan motorik, pemeriksaan sensorik, refleks, dan pemeriksaan serebelum. Perubahan system saraf yang terjadi pada lansia yaitu penurunan sensasi getaran terutama di kaki, refleks tendon dalam yang kurang cepat, dan penurunan kemampuan untuk menatap ke atas. Pemeriksaan sensorik dilakukan dengan meminta lansia memejamkan mata dan menyebutkan sensasi yang dirasakan saat pemeriksa mengaplikasikan ujung kapas yang lembut, ujung jarum yang tajam atau getaran garputala. Pemeriksaan ini bersifat subyektif karena secara fisiologis lansia memang mengalami penurunan fungsi. Gangguan status mental atau afasia dapat membuat pemeriksaan sensorik menjadi lebih sulit, rawan kesalahan, atau bahkan tidak mungkin dilakukan. Pemeriksa dapat meletakkan ditelapak tangan lansia beberapa barang yang familiar dengan lansia, seperti sisir rambut, koin, atau pulpen, kemudian meminta lansia mengidentifikasi benda-benda tersebut, sebagai bentuk pemeriksaan integrasi sensorik. Rasa posisi (proprioception) diperiksa dengan meminta pasien untuk mengidentifikasi arah di mana jari kaki atau jari dipindahkan oleh pemeriksa. Orang yang lebih tua diminta untuk berdiri dengan kaki rapat dan mata tertutup (tes Romberg) mungkin mengalami beberapa kesulitan, karena gangguan proprioepsi, penurunan kekuatan, dan waktu reaksi yang lambat. Tonus motorik sering meningkat pada lansia. Refleks tendon Achilles pada lansia seringkali tidak dapat diperoleh. Pasif gerakan anggota badan biasanya dapat menunjukkan kekakuan yang tidak disengaja, yang tidak boleh disalahartikan sebagai kurangnya kerja sama. Lansia juga dapat mengalami tremor, pikun, atau Gerakan-gerakan bawah sadar yang memburuk karena adanya riwayat penggunaan alkohol, stres atau kelelahan (Barry, 2001).

Daftar Pustaka

- Barbiellini Amidei, C., Trevisan, C., Dotto, M., Ferroni, E., Noale, M., Maggi, S., Corti, M. C., Baggio, G., Fedeli, U., & Sergi, G. (2022). Association of physical activity trajectories with major cardiovascular diseases in elderly people. *Heart (British Cardiac Society)*, *108*(5), 360–366. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2021-320013>
- Barry, C. B. (2001). Handbook of Geriatric Assessment (3rd Ed.). In *Home Healthcare Nurse* (Vol. 19, Issue 1). <https://doi.org/10.1097/00004045-200101000-00019>
- Bickley, Lynn S. (2014). Buku Saku Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan Bates (7th Ed.). Jakarta; EGC-Penerbit Buku Kedokteran.
- Gunawan, Y.E.S. (2019). Panduan praktek Pemeriksaan Fisik Head To Toe bagi mahasiswa DIII Keperawatan. Yogyakarta; Penerbit Mocomedia.
- Hirschtick, R. E. (2016). The quick physical exam. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, *316*(13), 1363–1364. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.8182>
- Ohta, R., & Sano, C. (2021). White Nail as a Static Physical Finding: Revitalization of Physical Examination. *Clinics and Practice*, *11*(2), 241–245. <https://doi.org/10.3390/clinpract11020036>
- Rachmawati, M. R., Samara, D., Tjhin, P., & Wartono, D. M. (2006). Nyeri muskuloskeletal dan hubungannya dengan kemampuan fungsional fisik pada lanjut usia. *Universa Medicina Oktober-Desember*, *25*(4).
- Zhang, Y., Li, B., Liu, N., Wang, P., & He, J. (2021). Evaluation of Different Anthropometric Indicators for Screening for Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Elderly Individuals. *International Journal of Endocrinology*, *2021*. <https://doi.org/10.1155/2021/6678755>

Profil Penulis



Yosephina E.S. Gunawan

Penulis dilahirkan di kota Pelajar Yogyakarta pada tahun 1981, dan dibesarkan di Pulau Sumba yang terkenal dengan keelokan panorama alam dan kecantikan budayanya. Penulis telah menyelesaikan Studi Keperawatan (Ners) di PSIK-FK UGM Yogyakarta pada tahun 2005, dan Magister Keperawatan di FKp.Unair Surabaya pada tahun 2015. Penulis bekerja sebagai Dosen di Kampus D3 Keperawatan Waingapu - Poltekkes Kemenkes Kupang sejak tahun 2006. Berbagai tugas tambahan sebagai pengelola Program Studi pernah diemban penulis sejak tahun 2007. Saat ini penulis ditugaskan sebagai Penanggungjawab jawab sub UPPM Prodi Keperawatan Waingapu sejak tahun 2015, dan mengelola Jurnal Kesehatan Primer. Penulis memilih kepakaran di Bidang Penyakit Tropik terutama penyakit TBC, Malaria dan Demam Berdarah. Penulis aktif menulis naskah publikasi dan buku, yang telah dipublikasikan di berbagai jurnal nasional terakreditasi dan jurnal internasional bereputasi. Penulis juga melakukan berbagai kegiatan Pengabdian pada Masyarakat yang terjadwal ataupun incidental, dan menjadi relawan pada kelompok pemerhati social SOPAN SUMBA (Solidaritas Perempuan dan Anak di Sumba), dan DMI (Dignified Menstruation Indonesia).

Email Penulis: bettytjang@gmail.com

ASPEK PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL PADA LANSIA

Ns. Dian Ratna Elmagfuroh, S.Kep., M.Kes.

Universitas Muhammadiyah Jember

Aspek Psikososial

1. Kebutuhan Psikososial pada Lansia

Seiring dengan pertambahannya usia, masalah yang akan dihadapi oleh individu akan semakin bertambah, termasuk masalah psikososial. Semua manusia memiliki kebutuhan psikososial yang harus dipenuhi agar hidup mereka berkualitas dan memuaskan. Hal tersebut akan selalu beriringan dengan terjalannya hubungan yang baik dengan individu lain. Masalah yang menjadi isu utama yang dihadapi sebagian besar populasi lansia adalah beradaptasi dengan kondisi kehilangan dalam banyak hal. Kondisi lainnya yang harus dihadapi oleh lansia adalah bagaimana dirinya tetap mempertahankan kemandiriannya, interaksi sosial, persahabatannya dengan segala keterbatasan dan penurunan fungsi tubuh dengan tujuan untuk menjaga kesehatan agar tetap dalam kondisi yang optimal. Proses menua merupakan suatu proses penurunan kondisi fisik, psikologis maupun sosial yang saling berhubungan antara satu dengan yang lainnya. Keadaan tersebut berpotensi menimbulkan suatu permasalahan pada lansia yaitu stressor psikososial yang dapat menyebabkan gangguan homeostasis seperti bingung,

panik, apatis, bahkan depresi misalnya karena kehilangan pekerjaan, pasangan hidup, keluarga, dan kerabat lainnya.

2. Perubahan Aspek Psikososial

Perubahan aspek psikososial akan selalu beriringan dengan adanya penurunan fungsi kognitif dan fungsi psikomotor yang berakibat lansia menjadi kurang cekatan. Adanya perubahan tersebut dapat dibedakan menjadi beberapa tipe kepribadian lansia (Keltner, 2019), yaitu sebagai berikut:

- a. *Construction personality* (kepribadian konstruktif), tipe kepribadian ini biasanya menunjukkan ketenangan dan memiliki keteguhan pada prinsip.
- b. *Independent personality* (kepribadian mandiri), tipe kepribadian mandiri ini biasanya akan cenderung kepada keadaan *post power syndrome* (kondisi kehilangan terhadap sesuatu yang menyebabkan penurunan *self esteem* terlebih apabila lansia tidak melakukan kegiatan yang dapat memberikan aktualisasi bagi dirinya.
- c. *Dependent personality* (kepribadian tergantung), tipe kepribadian ini biasanya tergantung pada kehidupan keluarga ataupun kerabat dekat, jika kehidupannya harmonis, lansia tidak akan jatuh pada kondisi yang bergejolak, namun akan sebaliknya apabila lansia mengalami kondisi *bravement*, terlebih jika lansia tidak segera mampu bangkit dari perasaan berdukanya
- d. *Hostility personality* (kepribadian bermusuhan), pada tipe kepribadian ini, lansia cenderung memiliki banyak keinginan yang sering kali terjadi akibat lansia mengalami ketidakpuasan dengan kehidupan yang dialaminya. Keinginan tersebut tidak dapat terkontrol, sehingga membuat keadaan perekonomiannya menjadi kacau.
- e. *Self Hate personality* (kepribadian kritik diri), tipe kepribadian ini menunjukkan bahwa lansia

cenderung mempersulit dirinya sendiri sehingga membuat dirinya terlihat sengsara.

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Perubahan Psikososial

Ada beberapa faktor dominan yang dapat mempengaruhi perubahan psikososial pada lansia (Manabung, 2009; Indriana *et al.*, 2010; Mendoko, Katuuk and Rompas, 2017), yaitu sebagai berikut:

1. Perubahan Fisik dan Penurunan Fungsi Tubuh

Saat seseorang memasuki usia lansia, pada umumnya segala kondisi fisik akan mengalami penurunan yang bersifat *multiple pathology*. Kondisi ini akan membawa seorang lansia jatuh dalam gangguan fungsi fisik, psikologis, maupun sosial sehingga akan bergantung pada orang lain.

2. Perubahan yang berkaitan dengan Pekerjaan

Perubahan yang sering kali dialami oleh lansia diawali pada saat ketika masa pensiun. Meskipun di awal masa pensiun mereka memiliki pemikiran bahwa akan menikmati jaminan hari tuanya, namun terkadang pada kehidupan nyatanya masa pensiun diartikan sebagai suatu kehilangan banyak aspek yang diantaranya adalah kehilangan pekerjaan, kehilangan penghasilan, kehilangan jabatan, kehilangan peran, status, dan harga dirinya. Hal yang dapat dilakukan untuk menyikapi hal tersebut adalah mempersiapkan diri untuk merencanakan kegiatan yang bisa dilakukan setelah masa pensiun. Dapat dimulai dengan melakukan *assessment* terhadap arah minat dan bakatnya agar tetap dapat melakukan kegiatan produktif di masa pensiunnya.

3. Berduka Cita (*Bravement*)

Kehilangan pasangan bagi lansia merupakan salah satu hal yang dapat meruntuhkan benteng pertahanan jiwa bagi lansia. Hal tersebut dapat memicu perubahan psikososial yang cukup ekstrim yang mungkin berdampak memicu terjadinya

gangguan kesehatan bagi lansia terlebih apabila lansia tidak mampu segera berdamai dengan perasaan kehilangannya.

4. Perubahan dalam Peran Sosial di Masyarakat

Sering kali seorang lansia merasa terasing dan rendah diri akibat adanya perubahan kondisi fisiknya yang mengalami penurunan berbagai fungsi, misalnya penurunan penglihatan dan pendengaran, gerak fisik menjadi sangat terbatas, dan bahkan mungkin mengalami kecacatan. Hal tersebut dapat dicegah dengan selalu melibatkan lansia dalam berbagai kegiatan di masyarakat dengan tetap memperhatikan sejauh mana kemampuannya untuk menghindari rasa keterasingan yang mungkin akan dialami oleh lansia. Karena dampak yang akan terjadi apabila lansia merasa diasingkan adalah mereka akan semakin menolak untuk berinteraksi dan cenderung muncul perilaku regresi misalnya, mudah tersinggung, mudah menangis dan mengurung diri.

5. Perubahan Stabilitas Emosi

Seorang lansia yang menghadapi tekanan ataupun konflik yang diakibatkan oleh perubahan fisik, psikologis, maupun sosial harus mampu mengembangkan mekanisme koping yang tepat untuk bisa bertahan dan memenuhi kebutuhan dirinya tanpa menimbulkan masalah baru.

6. *Support System* Keluarga

Adanya *support system* dalam keluarga menjadi peranan penting bagi lansia. Perubahan psikososial yang berefek bagi lansia dapat dihindarkan apabila keluarga memberikan perhatian dan dukungan penuhnya untuk memperoleh kedekatan emosional sehingga akan terbentuk rasa aman, tenang dan ketenangan bagi lansia. Sumber dukungan ini paling sering diperoleh dari keluarga, kerabat dekat, dan teman dekat.

7. Lingkungan/Tempat Tinggal

Seorang lansia yang tinggal di panti werdha dengan yang tinggal bersama keluarga akan memiliki respon berbeda terhadap perubahan psikososial. Mekanisme koping lansia yang tinggal di rumah bersama keluarga mereka dapat dilakukan dengan *sharing time* kepada kerabat/keluarga dengan menceritakan perasaan dan masalah yang dihadapinya untuk mendapatkan solusi terbaik, sedangkan bagi lansia yang tinggal di panti werdha mereka hanya dapat bercerita kepada petugas ataupun teman tanpa dapat bercerita kepada keluarga terdekatnya. Hal lain yang mempengaruhi lansia yang tinggal bersama keluarga dengan lansia yang berada di panti werdha adalah tingkat kepuasan lansia yang akan merasa aman dan memiliki kontrol pada lansia yang tinggal di rumah. Selain itu faktor *support system* seperti yang dijelaskan di atas yang tidak akan didapatkan pada lansia yang tinggal di panti werdha. Sehingga lansia yang tinggal di rumah akan memiliki mekanisme koping yang lebih baik terhadap permasalahan yang dihadapinya.

8. Perasaan Terbuang

Perasaan terbuang sering kali dirasakan oleh lansia yang dikirim oleh keluarganya ke panti werdha tanpa berkonsultasi terlebih dahulu. Perasaan terbuang ini dapat menjadi faktor utama penyebab perubahan psikososial bagi lansia yang lebih mengarah pada kondisi stress psikososial dikarenakan merasa dibuang oleh keluarganya sendiri ke panti werdha.

Aspek Spiritual

1. Kebutuhan Spiritual pada Lansia

Kebutuhan spiritual pada lansia merupakan suatu pencarian jati diri untuk dapat mencari dan memahami suatu makna dalam hidup. Menurut Florence Nightingale *spirituality* dimaknai sebagai proses menanamkan kebaikan secara sadar dan alami untuk mendapatkan kondisi terbaik dalam kadar perkembangan diri yang lebih tinggi. Kebutuhan

spiritual menggantikan keutuhan seorang individu untuk dapat berfungsi sebagai perspektif pendorong. Spiritualitas memiliki makna yang jauh lebih luas dari agama, meskipun pada implementasinya kita sering melihat keduanya digunakan secara bergantian. Pada lansia, spritualitas digunakan dalam menghadapi permasalahan dan perubahan hidup serta peristiwa sulit yang membawa dampak psikologis bagi mereka.

Keterkaitan aspek spiritual dalam pemberian perawatan holistic pada lansia merupakan salah satu sarana bagi petugas kesehatan dalam membantu pemulihan kesehatan bagi lansia secara keseluruhan. Paradigma keperawatan holistik ini memberikan sugesti alamiah dengan memadukan *body, mind, and spirit*. Seorang individu/lansia yang pengalaman spiritualnya meningkat sampai 31% memiliki peluang lebih tinggi untuk tidak mengalami kesulitan dalam menghadapi permasalahan dalam kehidupannya (Taghiabadi, 2017). Pandangan lain dalam teori *Spiritual Quotient* menyebutkan bahwa kebahagiaan spiritual menjadi sebuah tolok ukur dalam ketentraman yang dapat membuat perasaan dan jiwa seseorang mengarah pada berkualitasnya kehidupan seseorang (*Quality of Life*)

2. Dimensi Spiritualitas

Spiritualitas memiliki dua dimensi, yaitu:

- a. Dimensi vertikal: dimensi ini mewakili suatu hubungan individu dengan Tuhan. Hubungan ini dapat dilakukan dengan melakukan kegiatan keagamaan sesuai dengan kepercayaan dengan beribadah dan berdoa.
- b. Dimensi horizontal: dimensi yang mewakili hubungan individu dengan orang lain, misalnya bentuk kepedulian seorang lansia dengan sesama teman lansianya yang tinggal di Panti Werdha tanpa mengharapakan timbal balik.

Pola normal spiritual memiliki hubungan erat dengan kesehatan, dikarenakan akan membawa perilaku adaptif maupun maladaptif bagi seorang lansia dalam menghadapi stressor yang ada dalam kehidupannya. Pemenuhan aspek spiritualitas dapat dicapai dengan mengintegrasikan keperawatan holistic pada lansia yang memberikan pandangan bahwa diperlukan keseimbangan dari beberapa komponen yaitu fisik, emosional/psikologis, intelektual, sosial, dan spiritual dalam penerapan kehidupan sehari-hari lansia untuk mencapai kesejahteraan optimal di masa hidupnya. Hubungan dari komponen tersebut terlihat pada gambar di bawah ini



Gambar 12.1 Model Perawatan Holistic pada Lansia (Dossey, 2005; Yusuf *et al.*, 2016)

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Spiritualitas pada Lansia

Spiritualitas merupakan suatu hubungan harmonis antara manusia, dengan lingkungan, dan Tuhan yang memiliki kemampuan untuk mengendalikan emosi pada lansia. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi Kesehatan spiritualitas pada lansia (Fitria and Mulyana, 2021) adalah sebagai berikut:

1. Makna Hidup

Seseorang yang sukses dalam mencapai tujuan hidupnya tidak akan menyesali kehidupan yang dijalannya karena memiliki makna yang berharga. Makna hidup disini diartikan sebagai suatu hal yang dianggap berharga dan penting yang mampu memberikan *value* dalam kehidupan seseorang. Ketika seorang lansia mempunyai makna dalam hidupnya, mereka akan mampu membuat dirinya menikmati sisa hidupnya dengan penuh semangat dan antusiasme sehingga dapat menjauhkan diri dari perasaan hampa dan perasaan tidak berguna. Contohnya adalah Ketika seorang lansia yang tidak pernah memperlmasalahkan dimana ia tinggal (baik di rumah maupun di panti werdha), mereka tetap beranggapan bahwa memaknai kehidupannya untuk selalu mendoakan kebahagiaan anak dan cucunya.

2. Konsep Agama dan Ketuhanan

Keyakinan yang dimiliki oleh seorang lansia yang mempercayakan segala sesuatunya kepada Tuhan akan membuat lansia selalu bersyukur atas keadaan dan kondisi apapun yang diberikan oleh Tuhan kepadanya. Hal tersebut akan memberikan ketenangan diri dan ketentraman di sepanjang kehidupannya.

3. Interaksi Sosial

Interaksi sosial bagi seorang lansia merupakan salah satu aspek yang mampu memenuhi ketahanan emosional sehingga akan sangat berpengaruh pada kesehatan spiritual lansia yang akan membawakan manfaat untuk mendatangkan kepuasan dalam bergaul dengan orang lain di masa akhir hayatnya.

4. Konsep Sakit Sehat

Kesehatan spiritual lansia sangat bergantung pada kondisi sehat dan sakit, karena ketika kondisi sehat, lansia akan mampu melakukan segala aktivitas apapun yang mereka inginkan yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan spiritual. Kondisi akan

berbeda apabila lansia mengalami sakit, maka ruang gerak kegiatan spiritual mereka akan terbatas yang bisa menyebabkan kerapuhan diri dan ketidakberdayaan dalam kegiatan spiritualitas mereka.

5. Kesejahteraan dan Spiritualitas

Kesehatan spiritualitas pada lansia mengarah pada keterbukaan sikap dan kasih sayang yang diberikan lansia kepada orang lain. Selain itu dapat dilihat dari bagaimana seorang lansia mengekspresikan rasa bersyukurnya yang tentunya menandakan bahwa kehidupannya memiliki kesejahteraan optimal disamping segala keterbatasan yang ada.

6. Kematian

Kematian merupakan suatu keadaan tak terhindarkan dimana semua manusia akan mengalaminya, yang akan terjadi kapanpun, dimana pun, tanpa kita tahu kapan, dimana, dan bagaimana. Hal tersebut sering kali akan menimbulkan kecemasan bagi manusia khususnya bagi seorang lansia yang memang sudah mengalami penurunan segala fungsi organ tubuh dan mengalami *multiple health problem*. Lansia beranggapan bahwa kematian ini merupakan salah satu alternatif seseorang dapat masuk ke surga, sehingga hal tersebut dapat memicu peningkatan spiritual yang dimiliki oleh para lansia guna mempertahankan ketentraman hidupnya agar sampai masuk ke surga.

Indikator Kebutuhan Spiritual

Indikator kebutuhan spiritual dapat dilihat dengan keadaan seorang individu/lansia dalam:

1. Dapat memutuskan arti personal hidup tentang tujuan yang bermakna dalam kehidupannya
2. Mampu mengindahkan penderitaan yang dihadapinya sebaga suatu hikmah yang dapat diambil pelajaran setelahnya

3. Menjalin hubungan yang positif dan dinamis dengan rasa kepercayaan, keyakinan, dan kasih sayang yang tinggi
4. Mempertahankan integritas dan nilai diri yang dimiliki serta tetap merasa bahwa dirinya adalah berharga
5. Memiliki harapan yang akan selalu diperjuangkan untuk dicapai sebagai indikator pencapaian hidup
6. Mampu mengembangkan jalinan hubungan yang baik dan positif antara diri sendiri dan orang lain

Integrasi dalam Pencapaian *Quality of Life* pada Lansia

WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) mengartikan bahwa *quality of life* atau kualitas hidup seseorang sebagai suatu persepsi seseorang tentang kehidupannya di masyarakat baik dilihat dari aspek budaya serta sistem *value* yang ada di dalam masyarakat yang menggambarkan bagaimana tujuan, harapan, standar, dan perhatiannya. Kualitas hidup pada seorang lansia dapat diartikan sebagai sebuah indikator kepuasan lansia dalam memenuhi kebutuhan materi, emosional/psikososial, dan spiritualnya. WHOQOL sendiri merumuskan bahwa domain kualitas hidup terdiri dari enam, yaitu Kesehatan fisik, kesejahteraan, psikologis, tingkat kemandirian, dan hubungan sosial. Selanjutnya seiring perkembangan penelitian, WHOQOL membuat instrumen WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life-BREF*) dimana domain kualitas hidup dibagi menjadi empat domain, yaitu:

1. Domain Fisik

Kesehatan fisik pada seorang individu akan secara bertahap mengalami penurunan seiring bertambahnya usia, dan bahkan akan disertai dengan gejala yang mungkin sebelumnya belum pernah muncul, sehingga akan berdampak pada kondisi ketidaksiapan pada lansia dalam menghadapi kondisi tersebut dan mengakibatkan tidak optimalnya pencapaian sebuah kualitas hidup pada lansia. Penurunan kondisi fisik tersebut diiringi dengan afek rendah diri berupa perasaan merasa tidak berdaya

dan bahkan putus asa. Beberapa faktor fisik yang menjadi sebuah indikator kualitas hidup lansia adalah kegiatan dalam kehidupan sehari-hari, ketergantungan terhadap obat-obatan dan pertolongan medis, energi yang dimiliki, mobilitas, rasa sakit dan ketidaknyamanan, pola tidur dan istirahat, serta kapasitas kerja seorang lansia.

2. Domain Psikologis

Domain psikologis memiliki keterikatan dengan bagaimana kondisi mental seorang lansia. Keadaan tersebut mampu mengarah kepada penyesuaian seorang lansia terhadap tuntutan perkembangan dan stressor yang dihadapinya. Domain psikologis ini terdiri dari dari persepsi lansia terhadap diri sendiri yang berupa bentuk dan tampilan tubuh, pengakuan positif atau negatif dari orang lain, pikiran, ingatan, konsentrasi, keputusan, kemampuan dalam mempelajari sesuatu, kemampuan mekanisme koping dalam menghadapi kesedihan atau perasaan cemas, keyakinan diri atau spiritualitas.

3. Domain Hubungan Sosial

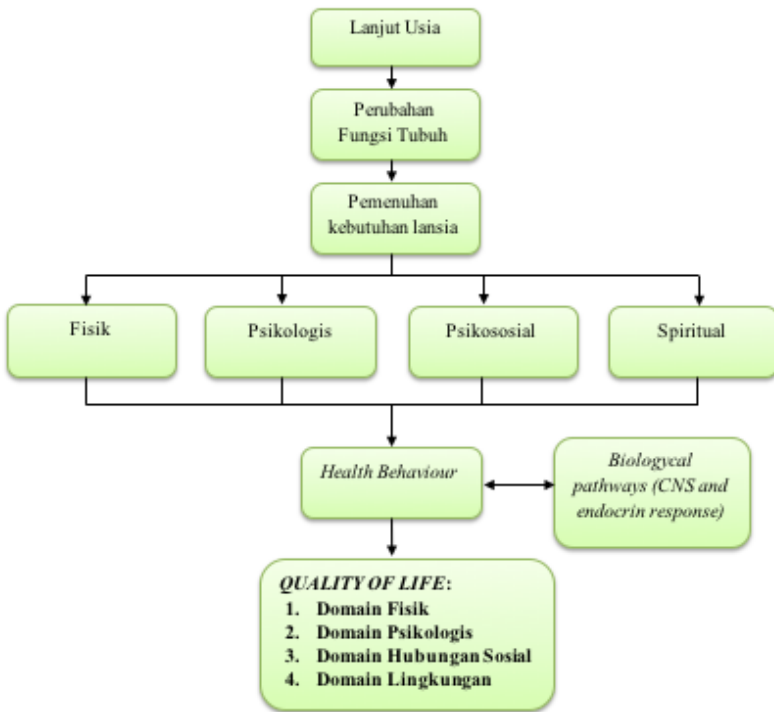
Manusia adalah termasuk makhluk sosial. Pernyataan ini mengarah pada hubungan tingkah laku yang saling mempengaruhi, mengubah, atau memperbaiki antara dua individu atau lebih. Pencapaian hubungan antara individu tersebut akan membentuk sebuah kesejahteraan sosial yang akan menjadi domain terhadap kualitas individu seorang lansia. Adanya penambahan usia pada lansia akan diiringi dengan berkurangnya atau kesulitan dalam melakukan kegiatan yang mampu dilaksanakan, misalnya dalam hubungan sosial, dukungan sosial, dan aktifitas seksual. Domain sosial tersebut akan sangat berpengaruh pada pencapaian kualitas hidup seorang lansia.

4. Domain Lingkungan

Faktor lingkungan merupakan suatu persepsi seseorang dalam mengartikan jaminan terhadap

keselamatan dan keamanan dalam kehidupan sehari-hari yang selanjutnya akan menjadi sebuah faktor utama dalam menciptakan suatu perasaan damai, ketentraman, kebebasan dan menyenangkan bagi seorang lansia. Lingkungan ini menjadi salah satu aspek dalam penentuan bagaimana kualitas hidup seorang lansia. Jika diperinci, domain lingkungan ini meliputi bagaimana sumber daya keuangan seorang lansia, Kesehatan dan kepedulian sosial: aksesibilitas dan kualitas, lingkungan tempat tinggal, peluang dalam memperoleh informasi dan ketrampilan baru.

Seorang lansia yang sudah mengalami berbagai penurunan fungsi tubuh, membutuhkan keseimbangan dalam memenuhi segala kebutuhannya baik dari fisik, psikologis, psikososial, dan spiritual. Faktor psikososial dan pengaruh psikologis yang meliputi faktor positif dan negatif termasuk optimisme, harga diri, penguasaan diri dalam menghadapi sebuah stressor dapat menimbulkan dampak negatif yang mempengaruhi perilaku kesehatan dengan melalui fungsi biologis seperti system saraf pusat dan respon endokrin yang merupakan kontributor penting untuk kesehatan dan kesejahteraan serta penentuan kualitas hidup seorang lansia melalui domain fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Korelasi antar aspek tersebut dapat dirumuskan sebagaimana model di bawah ini:



Gambar 12.2 Model Integrasi Pencapaian *Quality of Life* pada Lansia (Miller and Solai, 2013; WHO, 1998)

Daftar Pustaka

- Albert, R. S. S. M. (2022). *Psychosocial Aspects of Aging*. Access Medicine.
- Allender, Judith; Rector, Cherie; Warner, Kristine D. (2014). *Community and Public Health Nursing: Promoting the Public Health*. California: Lippincott Williams &Wilkins
- Anisa, E. (2021). Kebutuhan Spiritual Dengan Kualitas Hidup Pada Lanjut Usia : Literature Review. *Jurnal ProNers, Volume No, July 2021, July*, 1–12.
- Borzou, S. R., Shadi, D., Kalvandi, N., Afshari, A., & Tapak, L. (2020). The effect of spiritual care education on hope in the elderly residents of nursing homes in Hamadan Province in 2018. *HAYAT, 26(2)*, 192–204.
- Ferrel, Betty R.; Coyle, Nessa; Paice, J. (2019). Textbook of Palliative Care. In *Textbook of Palliative Care*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-77740-5>
- Fitria, & Mulyana, N. (2021). Faktor yang Mempengaruhi Kesehatan Spiritualitas Lansia dalam Kesiapan Menghadapi Kematian. *Jurnal Pekerjaan Sosial, 4(1)*, 79–86.
- Gijsberts, M. J. H. E., Van Der Steen, J. T., Hertogh, C. M. P. M., & Deliens, L. (2020). Spiritual care provided by nursing home physicians: A nationwide survey. *BMJ Supportive and Palliative Care, 10(4)*, E42. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2018-001756>
- Indriana, Y., Kristiana, I. F., Sonda, A. A., & Intanirian, A. (2010). Tingkat Stres Lansia Di Panti Wredha. *Jurnal Psikologi Undip, 8(2)*, 87–96.
- Informasi, J., & Indonesia, K. (2017). *PERUBAHAN PSIKOSOSIAL LANJUT USIA TINGGAL SENDIRI DI RUMAH The Changes in Psychosocial Elderly Who Live Alone at Home. 3(1)*, 23–35.
- Manabung, D. (2009). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Stres Psikososial Lansia Di Panti Sosial Tresna Werdha Ilomata Kota Gorontalo. *Jurnal Psikologi, 3–9*.

- Marchira, C. R., Wirasto, R. T., & DW, S. (2007). Pengaruh faktor-faktor psikososial dan insomnia terhadap depresi pada Lansia di kota yogyakarta. *Berita Kedokteran Masyarakat*, 23(1), 1–5.
- Mendoko, F., Katuuk, M., & Rompas, S. (2017). Perbedaan Status Psikososial Lanjut Usia Yang Tinggal Di Panti Werdha Damai Ranomuut Manado Dengan Yang Tinggal Bersama Keluarga Di Desa Sarongsong Ii Kecamatan Airmadidi Kabupaten Minahasa Utara. *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 5(1), 106076.
- Miller, M. D., & Solai, L. K. (2013). Psychosocial Factors, Health, and Quality of Life. *Geriatric Psychiatry*, 343–369. <https://doi.org/10.1093/med/9780199765782.003.0016>
- Miller, T. W. (1992). Stressful life events. *Integrative Psychiatry*, 8(1), 44–53. <https://doi.org/10.1097/00130561-199809000-00013>
- Mohammadi, M., Alavi, M., Bahrami, M., & Zandieh, Z. (2017). Assessment of the relationship between spiritual and social health and the self-care ability of elderly people referred to community health centers. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(6), 471–475. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_171_16
- Munawarah, S., Rahmawati, D., & Setiawan, H. (2018). Spiritualitas dengan kualitas hidup lansia. *Nerspedia*, 1(1), 64–69.
- Pardthaisong, T. (1990). [Psychosocial aspects of aging]. *Warasan Prachakon Lae Sangkhom*, 2(2), 185–203, 247. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1857-4_5
- Perkins, H. S. (2016). A Guide to Psychosocial and Spiritual Care at the End of Life. In *A Guide to Psychosocial and Spiritual Care at the End of Life*. Springer New York. <https://doi.org/10.1007/978-1-4939-6804-6>
- Prawitasari, J. E. (2016). Aspek Sosio-Psikologis Lansia Di Indonesia. *Buletin Psikologi*, 2(1), 27–34.
- Prinadiyanty, D. N. (2018). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Depresi pada Lansia di Puskesmas Padang Bulan. *Journal of Health Studies*, 11(1), 1–123.

-
- Rohmah, A. I. N., Purwaningsih, & Bariyah, K. (2012). Kualitas Hidup Lanjut Usia. *Jurnal Keperawatan*, 120–132.
- Ross, L., Jennings, P., & Williams, B. (2017). Psychosocial support issues affecting older patients: A cross-sectional paramedic perspective. *Inquiry (United States)*, 54. <https://doi.org/10.1177/0046958017731963>
- Santoso, M. D. Y. (2019). Dukungan Sosial Meningkatkan Kualitas Hidup Lansia : Review Article. *Jurnal Kesehatan Mesencephalon*, 5(1), 33–41. <https://doi.org/10.36053/mesencephalon.v5i1.104>
- Smith, J. E., & Rector, C. (2013). School-age children and adolescents. In *Community and Public Health Nursing: Promoting the Public's Health*. <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2604.320>
- Supriani, A., Kiftiyah, & Rosyidah, N. N. (2021). Analisis Domain Kualitas Hidup Lansia Dalam Kesehatan Fisik dan Psikologis. *Journal of Ners Community*, 12(1), 59–67.
- Theories, P., Changes, P., Ageing, I., & Elderly, D. I. (n.d.). *Certificate of Geriatric Care (CGC) Basic Geriatric Care Block -3 Psychosocial Aspects of Ageing*.
- WHO. (1996). WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment.
- WHO. (1998). WHOQOL: Measuring Quality of Life. *Psycho Med*. 28(3): 551-558
- Yusuf, A., Nihayati, H. E., Iswari, M. F., & Okviasanti, F. (2016). Kebutuhan Spritual : Konsep dan Aplikasi dalam Asuhan Keperawatan. *Mitra Wacana Media*, 1–30.

Profil Penulis



Dian Ratna Elmaghfuroh

Penulis lahir di Kota Jember pada tanggal 20 April 1990. Saat ini penulis merupakan salah satu dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember.

Sebelumnya penulis juga menempuh Pendidikan sarjana dan profesi Ners di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember dilanjutkan dengan menempuh Pendidikan S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Pascasarjana Universitas Jember dan Lulus pada tahun 2018. Sebelum menjadi dosen di Universitas Muhammadiyah Jember, penulis memulai karirnya sebagai dosen keperawatan di STIKES Widya Cipta Husada Malang.

Ketertarikan penulis di bidang Keperawatan Gerontik diawali saat pertama kali menjadi dosen, penulis menjadi salah satu tim di bidang Keperawatan Komunitas yang berfokus pada perawatan pada kelompok khusus/agregat Lansia. Setelah berpindah dan melanjutkan karir di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember, penulis juga berkecimpung di departemen Keperawatan Gerontik. Melalui buku ini, penulis ingin mengenalkan bahwa perawatan pada lansia tidak hanya difokuskan pada aspek fisik saja, tetapi memerlukan integrasi dari aspek psikososial dan aspek spiritual dalam upaya peningkatan quality of life pada lansia. Hal ini beriringan dengan minat lingkup penelitian yang dilakukan oleh penulis di bidang keperawatan gerontik.

Email Penulis: diyanarel@gmail.com

PERAN PERAWAT DALAM ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.

Unika Santu Paulus Ruteng

Peran Perawat dalam Asuhan Keperawatan Gerontik

Di Australia populasi lanjut usia umumnya merawat diri secara mandiri, tetapi pada kenyataan para lanjut usia sangat membutuhkan orang lain untuk membantu merawat mereka yang memiliki kebutuhan khusus baik yang sakit maupun sehat untuk menunjang kelangsungan hidup mereka yang komprehensif. *Australian College Nursing (ACN)* berkomitmen untuk memajukan pelayanan keperawatan khususnya dalam pelayanan lanjut usia. Perawat memiliki peran penting dalam meningkatkan kualitas hidup lanjut usia, perawat seharusnya menunjang semua aspek dalam kehidupan lanjut usia baik sehat maupun sakit. (Statement, 2021)

India merupakan negara terpadat kedua di dunia dengan populasi lanjut usia 1,3 miliar, dimana jumlah lanjut usia mencapai 104 juta jiwa dengan rincian 53 juta jiwa lanjut usia perempuan dan 52 juta jiwa lanjut usia laki-laki dengan tingkat mortalitas berkurang dan angka harapan hidup lanjut usia semakin meningkat dibanding tahun-tahun sebelumnya. Tahun 2020 jumlah lanjut usia melampaui jumlah anak-anak dibawah usia 5 tahun (Vandali, 2018). Memasuki usia lanjut usia banyak sekali masalah kesehatan yang muncul diantaranya

1. Masalah fisik

Masalah kesehatan fisik yang sering muncul seperti lanjut usia yang mulai merasakan fisiknya melemah, saat melakukan kegiatan yang berat maka persendian akan terasa sakit, penglihatan yang perlahan mulai kabur, daya tahan tubuh menurun, mudah sakit dan pendengaran yang menurun.

2. Masalah kognitif/intelektual

Masalah kognitif yang dihadapi saat lanjut usia adalah melemahnya daya ingat terhadap sesuatu dan akan sulit berkomunikasi dengan masyarakat disekitar.

3. Masalah emosional

Tingkat perhatian lanjut usia kepada keluarga sangat besar, hal ini dilihat dari rasa ingin selalau berkumpul bersama keluarga yang sangat kuat, selain itu lanjut usia juga mudah marah terkait masalah ekonomi.

4. Masalah spiritual

Lanjut usia cenderung gelisah Ketika menghadapi masalah, dan merasa tidak tenang Ketika anaknya tidak menjalankan ibadah sebagaimana mestinya. (Kholifah, 2016).

Peran Perawat Gerontik

1. Merawat lanjut usia secara fisik

Perawat mengurus semua kebutuhan lanjut usia berdasarkan kebutuhannya. Perawat tidak hanya mengurus lanjut usia yang sakit tetapi yang sehat pun di urus.

2. Merawat lanjut usia secara psikologis

Perawat sangat berperan aktif dalam perawatan aspek psikologis lanjut usia, perawat harus mendukung dan membantu lanjut usia untuk mengekspresikan perawaan mereka

3. Membantu mengontrol emosi lanjut usia

Lanjut usia adalah masa dimana kita susah mengontrol emosi, tugas perawat adalah membantu lanjut usia mengontrol emosi dengan memberikan hal yang bisa membuat mereka yakin dan selalau bahagia

4. Merawat secara medis

Perawat membantu menangani penyakit lanjut usia baik yang bersifat minor atau mayor. Di usia lanjut usia banyak yang menderita tuli, kehilangan penglihatan atau mata kabur, emosinyang tidak stabil, Lelah, kecemasan yang berlebihan, demensia yang mana penyakit ini merupakan hal yang lazim di temukan pada lanjut usia tetapi jika dibiarkan akan berakibat fatal.

5. Peran perawat sebagai penghibur

Perawat tidak hanya merawat lanjut usia pada saat mereka sakit tetapi pada saat sehatpun perawata membimbing, menghibung lanjut usia agar lanjut usia bisa mengalihkan pikiran mereka yang biasanya mmerasa sedih, cemas, berduka karena kehilangan pasangan tugas perawat mwngibur mereka.

6. Perawat konseling

Perawat berperan aktif dalam membaerikan konseling kepada lanjut usia sesuai dengan kebutuhan lanjut usia.

7. Perawat sebagai manajer

8. Perawat mengatur pola makan dan diat lanjut usia

9. Mengatur waktu dan jam olah raga lanjut usia, agar secara fisik dan mental lanjut usia terjaga. (Vandali, 2018).

Fungsi Perawat Gerontik

1. Membimbing orang pada segala usia untuk mencapai masa tua yang sehat.
2. Menghilangkan perasaan takut tua

3. Menghormati hak orang dewasa yang lebih tua dan memastikan yang lain melakukan hal yang sama
4. Memantau dan mendorong kualitas pelayanan
5. Memperhatikan serta mengurangi resiko terhadap kesehatan dan kesejahteraan
6. Mendidik dan mendorong pemberi pelayanan kesehatan
7. Membuka kesempatan lanjut usia supaya mampu berkembang sesuai kapasitasnya
8. (mendengarkan semua keluhan lanjut usia dan memberi dukungan
9. Memberikan semangat, dukungan dan harapan pada lanjut usia
10. Menerapkan hasil penelitian, dan mengembangkan layanan keperawatan melalui kegiatan penelitian
11. Melakukan upaya pemeliharaan dan pemulihan kesehatan
12. Melakukan koordinasi dan manajemen keperawatan
13. Melakukan pengkajian, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi perawatan individu dan perawatan secara menyeluruh
14. Memmberikan pelayanan sesuai dengan kebutuhan
15. Membangun masa depan perawat gerontik untuk menjadi ahli dibidangnya
16. Saling memahami keunikan pada aspek fisik, emosi, sosial dan spiritual
17. Mengenal dan mendukung manajemen etika yang sesuai dengan tempat bekerja
18. Memberikan dukungan dan kenyamanan dalam menghadapi proses kematian
19. Mengajarkan untuk meningkatkan perawatan mandiri dan kebebasan yang optimal. (Eliopoulos, C, 2005).

Fokus Keperawatan Gerontik

1. Peningkatan kesehatan

Upaya yang dilakukan adalah memelihara kesehatan dan mengoptimalkan kondisi lanjut usia dengan menjaga perilaku yang sehat dengan memberikan pendidikan kesehatan tentang gizi seimbang pada lanjut usia, perilaku hidup bersih dan sehat serta manfaat olah raga.

2. Pencegahan penyakit

Upaya untuk mencegah terjadinya penyakit karena proses penuaan dengan melakukan pemeriksaan secara berkala untuk mendeteksi sedini mungkin terjadinya penyakit, dengan cara dilakukan pemeriksaan tekanan darah, gula darah, kolesterol secara berkala, menjaga pola makan, contohnya makan 3 kali sehari dengan jarak 6 jam, jumlah porsi makanan tidak terlalu banyak mengandung karbohidrat (nasi, jagung, ubi) dan mengatur aktifitas dan istirahat, misalnya tidur selama 6-8 jam/24 jam.

3. Mengoptimalkan fungsi mental

Upaya yang dilakukan dengan bimbingan rohani, diberikan ceramah agama, sholat berjamaah, senam GLO (Gerak Latih Otak) (GLO) dan melakukan terapi aktivitas kelompok, misalnya mendengarkan musik bersama lanjut usia lain dan menebak judul lagunya.

4. Mengatasi gangguan kesehatan yang umum

Melakukan upaya kerjasama dengan tim medis untuk pengobatan pada penyakit yang diderita lanjut usia, terutama lanjut usia yang memiliki resiko tinggi terhadap penyakit, misalnya pada saat kegiatan Posyandu Lanjut usia. (Kholifah, 2016)

Tujuan Pelayanan Kesehatan Lanjut Usia

Pelayanan kesehatan pada umumnya agar memudahkan petugas kesehatan memberikan pelayanan social, kesehatan dan meningkatkan mutu pelayanan bagi lanjut usia. Ada lima tujuan pelayanan kesehatan lanjut usia yaitu:

1. Mempertahankan derajat kesehatan para lansia pada taraf yang setinggi-tingginya, sehingga terhindar dari penyakit atau gangguan.
2. Memelihara kondisi kesehatan dengan aktifitas-aktifitas fisik dan mental
3. Mencari upaya semaksimal mungkin agar para lansia yang menderita suatu penyakit atau gangguan, masih dapat mempertahankan kemandirian yang optimal.
4. Mendampingi dan memberikan bantuan moril dan perhatian pada lansia yang berada dalam fase terminal sehingga lansia dapat menghadapi kematian dengan tenang dan bermartabat.
5. Fungsi pelayanan dapat dilaksanakan pada pusat pelayanan sosial lansia, pusat informasi pelayanan sosial lansia, dan pusat pengembangan pelayanan sosial lansia dan pusat pemberdayaan lansia. (Kholifah, 2016).

Pendekatan Keperawatan Lanjut Usia

1. Pendekatan Fisik

Perawatan fisik lanjut usia dapat di berikan melalau perhatian terhadap pola kesehatan, kebutuhan harian lanjut usia, kejadian yang lanjut usia alami semasa hidup, perubahan fisik pada organ tertentu dan masih banyak lainnya.

Secara umum pendekatan fisik pada lanjut usia dibagi menjadi dua yaitu:

- a. Klien lansia yang masih aktif dan memiliki keadaan fisik yang masih mampu bergerak tanpa bantuan orang lain sehingga dalam kebutuhannya sehari-hari ia masih mampu melakukannya sendiri.
- b. Klien lansia yang pasif, keadaan fisiknya mengalami kelumpuhan atau sakit. Perawat harus mengetahui dasar perawatan klien lansia ini, terutama yang berkaitan dengan kebersihan perseorangan untuk mempertahankan kesehatan.

2. Pendekatan Psikologis

Perawat mempunyai peranan penting untuk mengadakan pendekatan edukatif pada klien lansia. Perawat dapat berperan sebagai pendukung terhadap segala sesuatu yang asing, penampung rahasia pribadi dan sahabat yang akrab. Perawat hendaknya memiliki kesabaran dan ketelitian dalam memberi kesempatan dan waktu yang cukup banyak untuk menerima berbagai bentuk keluhan agar lansia merasa puas. Perawat harus selalu memegang prinsip triple S yaitu sabar, simpatik dan service. Bila ingin mengubah tingkah laku dan pandangan mereka terhadap kesehatan, perawat bisa melakukannya secara perlahan dan bertahap.

3. Pendekatan Sosial

Dalam melakukan pendekatan social perawat diharapkan dapat melakukan sharing dengan para lanjut usia dengan melibatkan lanjut usia yang lain, hal ini dibutuhkan agar lanjut usia masih merasakan suasana sosialisasi yang menciptakan keakraban dan rekreasi. (Kholifah, 2016).

Tugas Penting Perawat Lanjut Usia

1. Pemeriksaan fisik
2. Mengukur dan mencatat TTV
3. Pemberian obat
4. Pemberian diversional therapiespies
5. Olahraga dan pemijatan pasien
6. Mendukung secara fisik dan psikologis
7. Mengkaji tanda-tanda pelecehan lanjut usia
8. Mengantar lanjut usia untuk melakukan kunjungan dokter
9. Membantu pasien dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari

Peran Keluarga dalam Perawatan Lanjut Usia

Keluarga adalah pemberi dukungan paling utama bagi kesehatan lanjut usia. Peran keluarga antarlain adalah menjaga dan merawat lanjut usia, mempertahankan dan meningkatkan mental lanjut usia, mengantisipasi perubahan status sosial ekonomi, dan memberikan motivasi serta memfasilitasi kebutuhan spiritualitas lanjut usia. Adapun peran anggota keluarga terhadap lanjut usia adalah:

1. Mengajak lanjut usia melakukan pembicaraan terarah
2. Mempertahankan kehangatan keluarga dengan menyediakan waktu kosong mendengar keluh kesah lanjut usia
3. Membantu menyiapkan makan bergizi bagi lanjut usia
4. Membantu lanjut usia dalam hal melakukan transportasi
5. Membantu memenuhi sumber keuangan lanjut usia\
6. Memeberikan kasih sayang dan perhatian, menghormati dan menghargai, jangan menganggapnya sebagai beban
7. Harus sabar dan bijaksana terhadap perilaku lanjut usia
8. Memberikan kesempatan kepada lanjut usia untuk tinggal Bersama
9. Menghargai lanjut usia dengan meminta nasihat dalam peristiwa penting
10. Mengajak lanjut usia dalam acara-acara penting keluarga agar lanjut usia masih merasa memiliki keluarga
11. Memeriksa kesehatan secara teratur serta mengajak lanjut usia untuk menerapka hidup bersih dan sehat dalam kehidupan sehari-hari. (Padila, 2013)

Daftar Pustaka

- Eliopoulos, C, E. (2005). *Gerontological Nursing* (6th ed.). Lippincott.
- Kholifah, N. S. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Padila. (2013). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Nuha Medika.
- Statement, P. (2021). *The role of nurses in supporting older people to access quality , safe aged care*. November, 2–5.
- Vandali, P. V. (2018). *Role of Nurse in Geriatric Care : A Mini Review*. 1(1), 1–3.

Profil Penulis



Kornelia Romana Iwa

Ketertarikan penulis terhadap ilmu keperawatan dimulai pada tahun 2006 hal tersebut membuat penulis memilih untuk masuk ke Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Fani Mitra Karya Makassar pada tahun 2006. Ns. Kornelia Romaa Iwa, M.Kep lahir di Manggarai Provinsi NTT tepatnya di Mbaumuku, 29 April 1987. Penulis merupakan lulusan Sarjana Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Fani Mitra Karya Makassar pada tahun 2011 dan kemudian melanjutkan Pendidikan S2 di Universitas Diponegoro pada tahun 2015 dan lulus pada tahun 2017. Sejak tahun 2017 penulis menjadi Dosen di Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Santu Paulus Ruteng hingga saat ini. Penulis memiliki kepakaran dibidang Keperawatan Komunitas, Tri Darma mata kuliah yang dibawahkan penulis Keperawatan Komunitas, Keperawatan Keluarga, Keperawatan Gerontik, dan Keperawatan Dasar II.

Email Penulis: iwakornelia@gmail.com

KONSEP DAN PROSES ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK

Domianus Namuwali, S.Kep., Ns., M.Kep.

Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Konsep Asuhan Keperawatan Gerontik

1. Pengertian

Undang-Undang RI Nomor 38 Tahun 2014 menyebutkan bahwa keperawatan adalah suatu kegiatan pemberian asuhan yang ditujukan pada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, yang dalam keadaan keadaannya sakit maupun sehat (Undang-Undang Republik Indonesia No 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan, 2014). Asuhan Keperawatan Gerontik adalah Menurut Depkes RI (1993) dalam Retnowati Emmilia (2021) adalah kegiatan yang dilakukan oleh perawat pada lansia bertujuan untuk memberikan bantuan, pengawasan, perlindungan dan pertolongan (Ratnawati Emmilia, 2021).

2. Tujuan Pemberian Asuhan keperawatan Gerontik

Tujuan pemberian asuhan keperawatan gerontik adalah:

- a. Menjaga kesehatan dan kapasitas lansia dengan jalan perawatan dan pencegahan.
- b. Mampu menjaga dan menambah semangat hidup usia lanjut.
- c. Memberikan perawatan pada lansia yang sakit karena penyakit.

- d. Menambah kompetensi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan pada klien lansia
 - e. Melakukan aktivitas secara mandiri dengan upaya promosi kesehatan, pencegahan penyakit dan rehabilitasi.
 - f. Menolong lanjut usia agar lansia dapat menghadapi kematian dengan damai dan lingkungan yang nyaman (Sunaryo, Rahayu Wijayanti, Maisje M. Kuhu, Taat Sumedi, Esti Dwi Dwidayanti, Ulfah Agus Sukrillah, Sugeng Riyadi, 2015).
3. Fokus Keperawatan Gerontik
- Fokus pada keperawatan gerontik antara lain:
- a. Promosis Kesehatan
Upaya peningkatan kesehatan pada lanjut usia untuk menjaga keadaan usila dengan perilaku yang sehat. contoh upaya peningkatan kesehatan pada lansia adalah pemberian Pendidikan kesehatan tentang gizi yang sehat dan seimbangan, perilaku hidup bersih dan sehat dan olahraga.
 - b. Pencegahan penyakit.
Pada lansia merupakan usia yang rentan untuk timbulnya suatu penyakit, oleh karena lansia perlu melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala di fasilitas kesehatan untuk mendeteksi secara dini penyakit yang di derita. Contohnya adalah pemeriksaan tekanan darah, gula darah dan gula.
 - c. Mengoptimalkan fungsi mental.
Tindakan yang dilakukan untuk mengoptimalkan fungsi mental pada lansia adalah bimbingan rohani, diberikan kotbah/ceramah dan mendengar music dan tebak judul lagu.
 - d. Mengatasi gangguan kesehatan umum.

Bekerja sama dengan dokter atau medis pada saat posyandu lansia untuk memberikan pengobatan pada lansia yang sakit(Siti Nurkholifah, 2016).

Proses Keperawatan Gerontik

Pemberian asuhan keperawatan pada klien lansia sama dengan penerapan proses asuhan keperawatan pada umumnya, Asuhan keperawatan pada lansia akan diuraikan sebagai berikut:

1. Pengkajian.

a. Pengertian pengkajian lansia

Pengkajian keperawatan gerontic merupakan langkah awal dalam memberikan asuhan keperawatan pada lansia. pengkajian keperawatan pada lansia merupakan suatu kegiatan untuk meninjau keadaan lansia untuk mendapatkan informasi yang bertujuan untuk menegaskan keadaan penyakit, sebagai dasar untuk menentukan kebutuhan promosi kesehatan lansia(Siti Nurkholifah, 2016). Pengkajian keperawatan pada lansia yang tinggal dengan keluarga dilaksanakan dengan mengikutsertakan keluarga yang merupakan orang paling dekat dan mengetahui tentang kondisi lansia, pengkajian pada kelompok lansia yang tinggal di panti jompo dilaksanakan dengan mengikut sertakan pengelola panti yang mengetahui kesehatan lansia selama di panti. pengkajian dilakukan secara menyeluruh, akurat dan sistimatis. pengkajian pada lansia menggunakan format pengkajian keperawatan gerontik.

b. Tujuan dari pengkajian lansia adalah:

- 1) Mengidentifikasi kemampuan lansia dalam merawat diri sendiri
- 2) Melengkapi data/informasi dasar untuk menentukan perencanaan tindakan keperawatan pada lansia.

- 3) Menciptakan hubungan terapeutik secara interpersonal dengan klien
- 4) Memberikan waktu pada lansia untuk menjawab pertanyaan (Ratnawati Emmilia, 2021; Siregar Debora dkk, 2021).

c. Fokus pengkajian pada lansia

Pengkajian pada lansia dilakukan dengan menggunakan data focus sesuai dengan pemenuhan kebutuhan dasar manusia yaitu keluhan utama sehingga lansia datang ke fasilitas kesehatan, pengkajian dilaksanakan dengan wawancara dan pemeriksaan fisik. menurut Riasmini (2017) dalam Ratnawati E (2021) menyebutkan bahwa pengkajian pada lansia di fokuskan pada:

- 1) Pengkajian riwayat kesehatan, meliputi:
 - a) Respon dan persepsi lansia terhadap status kesehatan.
 - b) Riwayat penyakit dahulu.
 - c) Faktor resiko
 - d) Riwayat kesehatan keluarga.
- 2) Pengkajian lingkungan social budaya, meliputi:
 - a) Status social ekonomi.
 - b) Kondisi tempat tinggal.
 - c) Ketersediaan terhadap sumber-sumber yang dibutuhkan lansia.
 - d) Tersedianya dukungan keluarga.
 - e) Factor budaya yang mempengaruhi kesehatan
- 3) Pemeriksaan fisik dan status kesehatan lansia yang terbaru.

- pengkajian fisik pada lansia dilakukan melalui pemeriksaan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi.
- 4) Pengkajian kemampuan lansia dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- d. Pengkajian khusus pada lansia
- 1) Status fungsional

Status fungsional adalah kunci untuk memahami kondisi somatik yang dialami oleh lansia yang berpengaruh pada rehabilitasi yang dijalani oleh lansia. Untuk melakukan pengkajian status fungsional perawat akan mengidentifikasi kemampuan lansia dalam perawatan diri dan aktivitas fisik sehingga perawat dapat menentukan intervensi yang tepat pada lansia. Untuk mendapatkan data pengkajian status fungsional, maka seorang perawat akan melakukan wawancara langsung pada pasien atau keluarga tentang kemampuan dalam kegiatan sehari-hari dan perawat akan melakukan observasi untuk melihat kemampuan lansia dalam menyelesaikan suatu tugas. Instrumen yang digunakan untuk menilai status fungsi adalah *Activity Daily Living/ADL* untuk mengukur kemampuan dalam aktivitas sehari-hari, untuk pengkajian status fungsional maka seorang harus memahami dua bentuk pertanyaan antara lain:

Pertama yaitu apakah perawat ingin mengkaji penampilan atau kapasitas. Instrumen untuk menanyakan “apakah anda berpakaian sendiri?” sedangkan instrumen lain untuk menanyakan “apakah anda berpakaian tanpa bantuan?” pertanyaan ini ditujukan untuk kapasitas. Ketika perawat memberikan pertanyaan tentang kapasitas maka jawaban yang diterima oleh perawat lebih ditekankan pada

aspek kemampuan lansia. pada pertanyaan kedua adalah siapa yang dikaji? apakah lansia sendiri atau keluarga, apakah perawat yang melakukan observasi langsung atau perawat mengadakan hasil observasi orang(Dewi Sofia Rhosma, 2014). pengkajian status fungsional lansia akan diuraikan sebagai berikut:

Tabel 14.1. Pengkajian kemandirian lansia dengan indek katz

Skor	Kriteria
A	Mandiri, makan minum, berpindah, ke toilet, memakai pakaian dan mandi
B	Mandiri pada semua hal diatas kecuali salah satu dari fungsi diatas.
C	Mandiri pada semua diatas kecuali mandi dan satu fungsi yang lain
D	Mandiri pada semua diatas kecuali mandi, memakai pakaian dan satu fungsi yang lain.
E	Mandiri pada semua diatas kecuali mandi, memakai pakaian, ke dan dari toilet dan satu fungsi yang lain.
F	Mandiri pada semua diatas kecuali menggunakan pakaian, ke dan dari toilet, berpindah dan satu fungsi yang lain.
G	Mandiri pada semua fungsi diatas.
Lain-lan	Tergantung pada paling sedikit 2 fungsi, akan tetapi tidak dimasukan pada kategorikan pada C D E atau F

Sumber: Kemenkes, 2016.

2) Penilaian fungsi kognitif

Penilaian SPMSQ (*short Portable Mental Status Questionaeri*) untuk penilaian fungsi intelektual

Tabel. 14.2 Penilaian SPMSQ

No	Pertanyaan	Benar	Salah
1	Tanggal berapa sekarang?		
2	Sekarang hari apa?		
3	Apakah nama tempat ini?		
4	Sekarang anda dimana?		
5	Berapa umur anda?		
6	Kapan anda lahir? (minimal pasien sebutkan tahun lahir)		
7	Siapa Presiden Republik Indonesia sekarang?		
8	Siapakah Presiden Republik Indonesia sebelumnya?		
9	Siapa orang tua wanita anda?		
10	Kurangi 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, semua secara menurun		
Total Nilai			

Sumber: (Siti Nurkholifah, 2016).

Skoring

Kesalahan 0-2: Fungsi mental normal

Kesalahan 3-4: gangguan Kognitif ringan

Kesalahan 5-7: gangguan kognitif moderat

Kesalahan 8 atau lebih: gangguan kognitif berat.

Kesalahan lebih dari satu diperbolehkan diperbolehkan jika Pendidikan lansia rendah.

kesalahan kurang dari 1 diperbolehkan jika Pendidikan lansia tinggi

3) Penilaian fungsi social

Fungsi social lansia dapat diukur dengan pendekatan pada pengkajian tumbuh kembang keluarga dengan lansia yang menggunakan instrument pengkajian APGAR (*Adaptation, partnership, growth, Affection, Resolve*).

Tabel 14.3 Instrumen APGAR (Sunaryo, et al., 2016 dalam Sitanggang Ferawati Yenni (2021).

No	pernyataan	Selalu (2)	Kadang-kadang (1)	Tidak pernah (0)
1	Saya puas karena saya bisa kembali pada keluarga (teman-teman) saya untuk membantu pada waktu sesuatu menyusahkan saya			
2	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya membicarakan			

	sesuatu dengan saya dan mengungkapkan masalah saya			
3	Saya puas bahwa keluarga (teman-teman) menderima dan mendukung keinginan saya untuk melakukan aktivitas atau arah baru			
4	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) saya mengekspresikan afek dan berespon terhadap emosi-emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai			
5	Saya puas dengan cara teman-teman saya dan saya menyediakan waktu Bersama-sama mengekspresikan afek dan berespons			

Interpresitasi skoring

Nilai 0-3 : disfungsi keluarga tinggi

Nilai 4-6 : disfungsi keluarga sedang

Nilai 7-10 : disfungsi keluarga rendah

4) Penilaian Skala Depresi Yesavage

pengkajian ini dipakai untuk meninail tingkat depresi pada lansia dengan penilaian jika jawaban sesuai dengan “Ya” atau “Tidak” sesuai pertanyaan akan diberikan point 1

Tabel 14.4 Pengkajian skala Depresi Yesavage

	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah anda puas dengan kehidupan anda saat ini?	Tidak
2	Apakah anda sudah tinggalkan banyak kegiatan dan minat atau kesenangan anda?	Ya
3	Apakah anda merasa bahwa kehidupan anda kosong?	Ya
4	Apakah anda sering merasa bosan?	Ya
5	Apakah anda punya semangat yang baik setiap saat?	Tidak
6	Apakah ada sesuatu yang buruk terjadi pada diri anda?	Ya
7	Apakah anda merasa bahagia disetiap waktu?	Tidak
8	Apakah anda lebih senang tinggal di rumah dari pada keluar rumah dan mengerjakan sesuatu yang baru?	Ya
9	Apakah anda mempunyai masalah dengan ingatan anda daripada yang lain?	Ya

10	Apakah anda berpikir bahwa kehidupan anda sekarang menyenangkan?	Tidak
11	Apakah anda merasa sangat tidak berguna dengan keadaan anda sekarang?	Ya
12	Apakah anda merasa penuh semangat?	Tidak
13	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Ya
14	Apakah anda berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik daripada anda?	Ya

Intrepretasi hasil:

Nilai 5-9 : menunjukkan kemungkinan besar depresi.

Nilai ≥ 10 : menunjukkan depresi.

2. Diagnosa Keperawatan

a. Pengertian

Menurut SDKI (2017) menyebutkan bahwa diagnosa keperawatan adalah penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas pada masalah kesehatan(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

b. Jenis diagnose keperawatan.

Diagnosa keperawatan pada lansia terdiri dari 3 jenis yaitu: Diagnosis aktual, Diagnosa resiko dan diagnose promosi kesehata.

c. Diagnosa Keperawatan yang sering dijumpai pada lansia.

Diagnosa Keperawatan yang sering dijumpai pada lansia adalah : Berat badan lebih, Defisit nutrisi,

gangguan persepsi sensori, intoleransi aktivitas, resiko cedera, resiko jatuh, ansietas, gangguan mobilitas fisik, defisit perawatan diri, inkontinensia uri, gangguan pola tidur, isolasi social, berduka dan harga diri rendah(R.Siti Mariam, Mia Fatma Ekasari, Rosidawati, Ahmad Jubaiedi, 2008).

3. Perencanaan Keperawatan

a. Pengertian

Menurut Cristensi (2009) dalam Sunaryo et al (2015) menyebutkan bahwa Rencana tindakan keperawatan disusun untuk menjadi acua dalam pelaksanaan tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah keperawatan pada lansia. Perawat menyusun rencana tindakan keperawatan untuk menolong lansia dalam menjaga kemampuan fungsional lansia, menghindari komplikasi akibat penyakit yang dialami dan menambah kemampuan lansia(R.Siti Mariam, Mia Fatma Ekasari, Rosidawati, Ahmad Jubaiedi, 2008).

b. Perioritas masalah keperawatan

Prioritas masalah keperawatan pada lansia didasarkan pada tingkat kegawatan (mengancam jiwa), yang terdiri atas:

1) Prioritas tinggi.

Prioritas tinggi merupakan kondisi yang mengancam jiwa seperti Bersihan jalan nafas tidak efektif.

2) Prioritas sedang.

Prioritas sedang merupakan kondisi yang tidak gawat dan tidak mengancam jiwa misalnya deficit perawatan diri.

3) Proritas rendah

Prioritas rendah pada keadaan yang tidak berhubungan langsung dengan prognosis dari

penyakit yang spesifik misalnya masalah keperawatan penampilan peran yang tidak sesuai (Siti Nurkholifah, 2016; Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

c. Penentuan tujuan.

Penentuan tujuan adalah sasaran yang hendak dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan, terdapat dua tipe tujuan yaitu tujuan jangka Panjang dan tujuan jangka pendek. Tujuan jangka panjang berfokus pada pencegahan, pemulangan pasien, rehabilitasi dan pendidikan kesehatan sedangkan tujuan jangka pendek diarahkan pada waktu yang relatif singkat dan mendesak untuk mengasi masalah kesehatan yang dialami oleh klien.

d. Menentukan perencanaan keperawatan.

Perencanaan keperawatan adalah desain spesifik rencana keperawatan untuk menolong klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Berikut akan diuraikan beberapa contoh intervensi keperawatan berdasarkan diagnose keperawatan yang sering ditemukan pada lansia

1) Defisit Nutrisi

Tujuan: Status nutrisi membaik

Intervensi keperawatan: Manajemen Nutrisi:

Observasi

- a) Konsultasi dengan tim lain untuk membuat rencana perawatan.
- b) Diskusikan dengan tim dan klien dalam menyusun target berat badan jika berat badan lansia tidak sesuai dengan umur dan bentuk tubuh.
- c) Diskusikan dengan ahli gizi untuk tentukan nilai kalori setiap hari untuk mencapai berat badan sesuai target yang telah ditentukan.

- d) Kembangkan hubungan yang suportif dengan pasien.
 - e) Dorong pasien untuk monitor diri sendiri terhadap asupan makanan dan kenaikan dan pemeliharaan berat badan.
 - f) Gunakan teknik modifikasi teknik perilaku untuk meningkatkan berat badan
- 2) Gangguan Pola tidur
Tujuan: peningkatan tidur
intervensi:
- a) Tentukan pola kegiatan dan tidur pasien.
 - b) Pantau pola tidur pasien dan jam tidur pasien.
 - c) Jelaskan pentingnya tidur selama sakit.
 - d) Bantu pasien untuk menghilangkan keadaan stres sebelum tidur.
- 3) Inkontinensi uri
Perawatan inkontinensia uri
- a) Pantau pola eliminasi uri
 - b) Bantu klien untuk kembangkan sensasi keinginan Buang Air Kecil.
 - c) Modifikasi pakaian yang digunakan pasien untuk memudahkan ke toilet.
 - d) Anjurkan klien untuk minum air minum 1500 ml/hari.
- 4) Gangguan Proses pikir
Tujuan: meningkatkan daya ingat.
intervensi: latihan daya ingat
- a) Diskusikan dengan pasien mengenai beberapa ingatan.

- b) rangsang ingatan dengan mengulang pemikiran pasien kemarin dengan cepat.
 - c) mengenangkan pengalaman masa lalu dengan pasien.
- 5) Mobilitas fisik
- Tujuan: meningkat
- Intervensi: latihan terapi gerak
- a) Konsultasi dengan pemberi terapi fisik mengenai latihan yang sesuai dengan kebutuhan.
 - b) Dorong untuk bergerak secara bebas namun dalam batas yang aman.
 - c) Gunakan alat bantu berat jika tidak kuat berdiri.

4. Implementasi

Implementasi merupakan salah satu komponen dalam proses keperawatan. Implementasi merupakan perwujudan dari perencanaan yang telah disusun sebelumnya untuk membantu mengatasi permasalahan keperawatan yang dialami oleh lansia. melalui implementasi keperawatan diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar pada lansia(Candra, 2014). Tahap implementasi merupakan pelaksanaan intervensi keperawatan yang telah disepakati bersama antara pasien, keluarga dan masyarakat, focus pada implementasi adalah perawat memperhatikan respon pasien terhadap kesehatan, penyakit dan kemampuan perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar klien(Ballsy C.A. Pangkey, Adventina D. Hutapea, Idaula S. Yenni F. Sitanggang, Sumirah Budi P, Novita V. Manalu, Novi M. Annisaa F. Umara, Riama M. Sihombing, Debora S, 2021).

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir pada proses keperawatan, evaluasi dilakukan untuk menilai hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan melalui perencanaan/intervensi yang sebelumnya telah disusun dengan kriteria yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan format SOAP untuk evaluasi formatif dan SOAPIER untuk evaluasi sumatif (Candra, 2014).

Daftar Pustaka

- Ballsy C.A. Pangkey, Adventina D. Hutapea, Idaula S. Yenni F. Sitanggang, Sumirah Budi P, Novita V. Manalu, Novi M. Annisaa F. Umara, Riama M. Sihombing, Debora S, S. W. (2021). *Dasar-dasar dokumentasi keperawatan*. Yayasan Kita Menulis.
- Candra, F. W. (2014). *keperawatan komunitas dengan pendekatan praktis*. Jakarta: Nuha Medika.
- Dewi Sofia Rhosma. (2014). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Deepublish.
- R.Siti Mariam, Mia Fatma Ekasari, Rosidawati, Ahmad Jubaiedi, I. B. (2008). *Mengenal Usia Lanjut dan Perawatannya*. Jakarta: Salemba Medika.
- Ratnawati Emmilia. (2021). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Siregar Debora dkk. (2021). *Pengantar Proses Keperawatan: Konsep, Teori dan Aplikasi* (A. Karim, ed.). Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Siti Nurkholifah. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan Kemenkes RI.
- Sunaryo, Rahayu Wijayanti, Maisje M. Kuhu, Taat Sumedi, Esti Dwi Dwidayanti, Ulfah Agus Sukrillah, Sugeng Riyadi, A. K. (2015). *Asuhan Keperawatan Gerontik* (Putri Cristian, ed.). Yogyakarta: CV. Andy Offset.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Undang-Undang Republik Indonesia No 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan.* , (2014).

Profil Penulis

Domianus Namuwali



Penulis lahir di Mandas Pada tanggal 24 Agustus 1978. Saat ini penulis sebagai dosen tetap di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang. sebelumnya penulis mengabdikan diri sebagai dosen tetap di Program Studi Keperawatan Waingapu Poltekkes Kemenkes Kupang. Penulis menyelesaikan Pendidikan Sarjana Keperawatan di FK PSIK Undip Semarang Tahun 2009 dan Pendidikan Profesi Ners di FK PSIK Universitas Diponegoro Semarang tahun 2010. Penulis menyelesaikan Pendidikan Magister Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan Komunitas di Prodi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang tahun 2016. Sebelumnya Penulis pernah bekerja Perawat Pelaksana di RSUD Umu Rara Meha Waingapu, Puskesmas Tanarara dan Puskesmas Kombapari di Sumba Timur. Saat ini penulis tergabung dalam Departemen Keperawatan Komunitas, Keluarga dan Gerontik di Jurusan Keperawatan Kupang Poltekkes Kemenkes Kupang. Penulis memiliki Kepakaran di Bidang penyakit Tropik terutama penyakit TBC, DBD dan malaria. Selama ini penulis aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat, Penulis juga aktif menulis naskah Publikasi Ilmiah pada Jurnal Nasional terakreditasi.

Email Penulis: domianus2012@gmail.com

- 1 KONSEP DASAR, PALSAFAH DAN PARADIGMA KEPERAWATAN KOMUNITAS
Aswati, S.Kep., Ners., M.Pd.
- 2 TREN DAN ISU KEPERAWATAN KOMUNITAS
Ns. Cahya Tribagus Hidayat, S.Kep., M.Kes.
- 3 TEORI, MODEL DAN ILMU PRAKTIK KEPERAWATAN KOMUNITAS
Ns. Sri Wahyuni Adriani, M.Kep., Sp.Kep.Kom.
- 4 ETIKA DAN NILAI DALAM KEPERAWATAN KOMUNITAS
Wihelmus Nong Baba, S.Kep., Ns., M.Kes.
- 5 PROMOSI KESEHATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN PRIMER
Rina Saraswati, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 6 TERAPI KOMPLEMENTER DAN HOME CARE
Santalia Banne Tondok, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 7 ASUHAN KEPERAWATAN PADA KELOMPOK RENTAN: LANSIA DAN TUNAWISMA
Ns. Lintang Puspita Prabarini, S.Kep., M.Kep.
- 8 USAHA KESEHATAN SEKOLAH DAN PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT
Ns. Yenny Safitri, M.Kep.
- 9 LANSIA DAN PROSES PERKEMBANGANNYA
Leya Indah Permatasari, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 10 PROSES MENUA DAN NUTRISI PADA LANSIA
Ns. Sofia Rhosma Dewi, S.Kep., M.Kep.
- 11 PEMERIKSAAN FISIK DAN MASALAH FISIK PADA LANSIA
Yosephina E.S. Gunawan, S.Kep., Ns., M.Kep.
- 12 ASPEK PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL PADA LANSIA
Ns. Dian Ratna Elmaghfuroh, S.Kep., M.Kes.
- 13 PERAN PERAWAT DALAM ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK
Ns. Kornelia Romana Iwa, M.Kep.
- 14 KONSEP DAN PROSES ASUHAN KEPERAWATN GERONTIK
Domianus Namuwali, S.Kep., Ns., M.Kep.

Editor :

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

Untuk akses **Buku Digital**,
Scan **QR CODE**



Media Sains Indonesia
Melong Asih Regency B.40, Cijerah
Kota Bandung - Jawa Barat
Email : penerbit@medsan.co.id
Website : www.medsan.co.id

