



Pengantar Kebijakan Kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan



Annisa Rahmi Galleryzki ■ Veronica Yeni Rahmawati ■ Kuswanto
Imanuel Sri Mei Wulndari ■ Lilis Kamilah ■ Ita ■ Hardiyati
Dely Maria ■ Natalia Rakinaung ■ Dyah Widodo ■ Budiono

Pengantar

Kebijakan Kesehatan

untuk Mahasiswa Keperawatan



UU 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 Perlindungan Pasal 26

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

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. 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 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).
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 a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Pengantar Kebijakan Kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan

Annisa Rahmi Galleryzki, Veronica Yeni Rahmawati, Kuswanto
Imanuel Sri Mei Wulndari, Lilis Kamilah, Ita, Hardiyati
Dely Maria, Natalia Rakinaung, Dyah Widodo, Budiono



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Pengantar Kebijakan Kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2023

Penulis:

Annisa Rahmi Galleryzki, Veronica Yeni Rahmawati, Kuswanto
Imanuel Sri Mei Wulndari, Lilis Kamilah, Ita, Hardiyati
Dely Maria, Natalia Rakinaung, Dyah Widodo, Budiono

Editor: Matias Julyus Fika Sirait

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Annisa Rahmi Galleryzki., dkk.

Pengantar Kebijakan Kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan

Yayasan Kita Menulis, 2023

xiv; 150 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-981-8

Cetakan 1, September 2023

- I. Pengantar Kebijakan Kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Puji syukur tim penulis ucapkan kepada Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, karena atas ijinnya buku refrensi “Pengantar Kebijakan Kesehatan” dapat diselesaikan oleh seluruh tim akademisi keperawatan. Buku ini diharapkan mampu menjadi tambahan referensi bagi pengembangan ilmu keperawatan, khususnya Ilmu Keperawatan Dasar dalam memahami kebijakan kesehatan nasional dan peran perawat dalam mendukung pemerintah dalam kebijakan tersebut.

Buku ini banyak mengulas tentang :

Bab 1 Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan Nasional

Bab 2 Paradigma Sehat

Bab 3 Pembangunan Berwawasan Kesehatan dan Kelestarian
Lingkungan

Bab 4 Pemanasan Global dan Dampaknya pada Kesehatan

Bab 5 Program Pemerintah dalam Mengatasi Kematian Ibu, Bayi dan
Anak

Bab 6 Peran Perawat dalam Mengatasi Kematian Ibu, Bayi dan Anak

Bab 7 Peran Perawat dalam Mengatasi Kejadian Luar Biasa di Bidang
Kesehatan dan Kasus-kasus Penyakit Baru

Bab 8 Program Pemerintah dalam Penanggulangan Penyakit Menular

Bab 9 Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Menular

Bab 10 Program Pemerintah dalam Penanggulangan Penyakit Tidak
Menular

Bab 11 Peran Perawat dalam Penanggualangan Penyakit Tidak Menular

Terbitnya buku ini diharapkan mampu menjadi salah satu sumber ilmu dalam kebijakan kesehatan mengingat semakin berkembang pesat informasi dan pengetahuan sebagai seorang perawat. Namun, hal dasar

dan fundamental dalam kebijakan kesehatan harus tetap dijadikan acuan dan arah dalam melahirkan perawat profesional kedepannya.

Akhirnya, penulis mengucapkan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan hingga penerbitan buku ini. Penulis juga menyadari bahwa buku ini jauh dari sempurna, oleh karena itu segala masukan yang baik dan mendukung sangat diharapkan. Semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi setiap pembaca, khususnya dalam pengembangan dunia profesi keperawatan.

Salam hormat

Penulis

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xiii

Bab 1 Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan Nasional

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian Kebijakan Kesehatan.....	1
1.3 Komponen Kebijakan	2
1.4 Perumusan Kebijakan Kesehatan.....	4
1.5 Arah Kebijakan RPJMN Bidang Kesehatan	7

Bab 2 Paradigma Sehat

2.1 Pengertian Paradigma Sehat	11
2.1.1 Definisi Paradigma.....	11
2.1.2 Definisi Sehat.....	11
2.1.3 Definisi Paradigma Sehat.....	12
2.2 Paradigma dan Konsep Baru tentang Sehat.....	12
2.3 Paradigma Sehat	13
2.4 Faktor Penentu Keberhasilan Pelaksanaan Paradigma Sehat.....	14
2.5 Upaya Kesehatan yang Ada.....	17
2.6 Kebijakan Kesehatan Baru	18
2.7 Konsekwensi/Implikasi dari Perubahan Paradigma	18
2.8 Indikator Kesehatan.....	19
2.9 Tenaga Kesehatan.....	19
2.10 Kesehatan dan Komitmen Politik	20

Bab 3 Pembangunan Berwawasan Kesehatan dan Kelestarian Lingkungan

3.1 Pendahuluan.....	21
3.2 Konsep Pembangunan.....	23
3.2.1 Tujuan Pembangunan.....	23
3.2.2 Model Pembangunan.....	24
3.3 Pembangunan Berwawasan Kesehatan	25

3.4 Tujuan Pembangunan Berwawasan Kesehatan	27
3.5 Sasaran dan Upaya Pokok Pembangunan Berwawasan Kesehatan	27
3.6 Strategi Pembangunan Kesehatan	28
3.7 Hambatan dalam pembangunan kesehatan	29
3.8 Pembangunan Kelestarian Lingkungan	30

Bab 4 Pemanasan Global dan Dampaknya pada Kesehatan

4.1 Pendahuluan	33
4.2 Dampak Pemanasan Global terhadap Kesehatan	34
4.2.1 Jenis-jenis Polutan Udara Akibat Pemanasan Global	34
4.2.2 Dampak Kualitas Udara yang Buruk Akibat Pemanasan Global pada Kesehatan	35
4.2.3 Dampak Pemanasan Global terhadap Vektor Penyakit	41
4.2.4 Kelompok yang Rentan Terdampak Pemanasan Global	43
4.3 Upaya untuk Mengatasi Masalah Kualitas Udara yang Buruk Akibat Pemanasan Global	44

Bab 5 Program Pemerintah dalam Mengatasi Kematian Ibu, Bayi dan Anak

5.1 Umum	47
5.2 Permasalahan Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak	48
5.3 Program dan Upaya Pemerintah dalam Meningkatkan Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak	50

Bab 6 Peran Perawat dalam Mengatasi Kematian Ibu, Bayi dan Anak

6.1 Pendahuluan	53
6.2 Faktor-faktor yang Memengaruhi Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak	54
6.3 Definisi dalam Menjadi Penyebab Kematian Ibu	54
6.4 Definisi dan Penyebab Kematian Bayi dan Anak	59
6.5 Upaya Pemerintah Terkait Kebijakan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu, Bayi dan Anak	61
6.6 Peran Perawat dalam Mendukung Pemerintah dalam Mengatasi Kematian Ibu, Bayi Dan Anak	62

Bab 7 Peran Perawat dalam Mengatasi Kejadian Luar Biasa di Bidang Kesehatan dan Kasus-kasus Penyakit Baru

7.1 Pendahuluan	67
7.2 Peran Perawat	68
7.3 Beberapa peran Perawat dalam Mengatasi Kejadian Luar Biasa di Bidang	

Kesehatan	70
Bab 8 Program Pemerintah dalam Penanggulangan Penyakit Menular	
8.1 Pendahuluan	77
8.2 Rantai Transmisi	78
8.3 Gambaran Penyakit Menular	79
8.4 Sasaran dan Target Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular ...	79
8.4.1 Pencegahan dan pengendalian Penyakit Menular Bersumber Binatang	80
8.4.2 Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular Langsung	80
8.5 Arah Kebijakan, Strategi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular di Indonesia	81
8.6 Strategi Khusus	83
Bab 9 Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Menular	
9.1 Penyakit Menular di Indonesia	85
9.2 Kebijakan Kesehatan dalam Penanggulangan Penyakit Menular di Indonesia	87
9.3 Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Menular	89
9.4 Proses Keperawatan dalam Penanganan Penyakit Menular	91
9.5 Intervensi Keperawatan dalam Penanganan Penyakit Menular	93
Bab 10 Program Pemerintah dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular	
10.1 Pendahuluan	97
10.2 Target Indikator Pencapaian Sasaran Pengendalian Penyakit Tidak Menular	98
10.3 Kebijakan dan Strategi Penanganan PTM	99
10.4 Manajemen Terpadu Program PTM	101
10.4.1 Program Deteksi Dini Faktor Risiko PTM Di POSBINDU	102
10.4.2 Program Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas (GENTAS)	103
10.4.3 Program Pelayanan Terpadu (PANDU) PTM	104
10.4.4 Program Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Di Sekolah ...	105
10.4.5 Program Layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)	107
10.4.6 Program Deteksi Dini Kanker	108
10.4.7 Program Pengendalian Thalasemia	109
10.4.8 Program Deteksi Dini dan Rujukan Kasus Katarak	110
10.4.9 Program Layanan Kesehatan Inklusi Disabilitas	111
10.5 Monitoring dan Evaluasi Program PTM	112

Bab 11 Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

11.1 Pendahuluan.....	115
11.2 Penyakit Tidak Menular (PTM)	116
11.2.1 Golong Penyakit Tidak Menular (PTM)	117
11.2.2 Faktor Penyebab Penyakit Tidak Menular (PTM)	118
11.3 Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular	120
11.3.1 Peran dan Tanggung Jawab Perawat	121
11.3.2 Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.....	122
11.3.3 Fungsi Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular	125
11.3.4 Mengidentifikasi Pentingnya Kontribusi Perawat dalam Mengurangi Prevalensi Penyakit Tidak Menular	126
11.4 Upaya Pencegahan, dan Dukungan Perawat terhadap Individu yang Terkena Dampak PTM (Penyakit Tidak Menular)	127
11.4.1 Peran Perawat dalam Upaya Pencegahan pada PTM (Penyakit Tidak Menular)	127
11.4.2 Upaya Dukungan Perawat pada Individu yang Terkena Dampak PTM (Penyakit Tidak Menular).....	130
11.5 Dampak dari Peningkatan Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular di Masyarakat	132
Daftar Pustaka	135
Biodata Penulis	145

Daftar Gambar

Gambar 8.1: Rantai Transmisi.....	78
-----------------------------------	----

Daftar Tabel

Tabel 1.1: Indikator sasaran pokok RJPMN Teknokratik Bidang Kesehatan 2020-2024	9
--	---

Bab 1

Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan Nasional

1.1 Pendahuluan

Kebijakan adalah undang-undang, peraturan, prosedur atau tindakan administratif pemerintah dan lembaga lainya. Keputusan kebijakan sering kali tercermin dalam alokasi sumber daya. Kesehatan dapat dipengaruhi oleh kebijakan di berbagai sektor. Misalnya, kebijakan transportasi dapat mendorong aktivitas fisik (desain komunitas ramah pejalan kaki dan sepeda); kebijakan di sekolah dapat meningkatkan kandungan gizi makanan sekolah.

1.2 Pengertian Kebijakan Kesehatan

Menurut WHO, “kebijakan kesehatan mengacu pada keputusan, rencana, dan tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan layanan kesehatan tertentu dalam suatu masyarakat”. Meskipun pembuatan kebijakan penting untuk didasarkan pada bukti ilmiah, di banyak negara, pengambilan keputusan berdasarkan bukti masih merupakan pengecualian dan bukan aturan.

Kebijakan kesehatan merupakan kebijakan publik. Konsep dari kebijakan publik dapat diartikan sebagai adanya suatu negara yang kokoh dan memiliki kewenangan serta legitimasi, di mana mewakili suatu masyarakat dengan menggunakan administrasi dan teknik yang berkompeten terhadap keuangan dan implementasi dalam mengatur kebijakan. Kebijakan adalah suatu konsensus atau kesepakatan terhadap suatu persoalan, di mana sasaran dan tujuannya diarahkan pada suatu prioritas yang bertujuan, dan memiliki petunjuk utama untuk mencapainya.

1.3 Komponen Kebijakan

Terdapat empat komponen dalam kebijakan yaitu konten, proses, konteks dan aktor (Massie, 2009).

1. Konten

Konten kebijakan berhubungan dengan teknis dan institusi. Contoh aspek teknis adalah penyakit diare, malaria, typhus, promosi kesehatan. Aspek institusi adalah organisasi publik dan swasta. Konten kebijakan memiliki empat tingkat dalam pengoperasiannya yaitu:

- a. Sistemik atau menyeluruh di mana dasar dari tujuan dan prinsip-prinsip diputuskan.
- b. Programatik adalah prioritas-prioritas yang berupa perangkat untuk mengintervensi dan dapat dijabarkan ke dalam petunjuk pelaksanaan untuk pelayanan kesehatan.
- c. Organisasi di mana difokuskan kepada struktur dari institusi yang bertanggung jawab terhadap implementasi kebijakan.
- d. Instrumen yang menfokuskan untuk mendapatkan informasi demi meningkatkan fungsi dari sistem kesehatan.

2. Proses

Proses kebijakan adalah suatu agenda yang teratur melalui suatu proses rancang dan implementasi.

Ada perbedaan model yang digunakan oleh analis kebijakan antara lain:

- a. Model perspektif (rational model) yaitu semua asumsi yang mengformulasikan kebijakan yang masuk akal berdasarkan informasi yang benar.
- b. Model incrementalist (prioritas pilihan) yaitu membuat kebijakan secara pelan dan bernegosiasi dengan kelompok-kelompok yang berminat untuk menyeleksi kebijakan yang diprioritaskan.
- c. Model rational (mixed scanning model) di mana penentu kebijakan mengambil langkah mereview secara menyeluruh dan membuat suatu negosiasi dengan kelompok-kelompok yang memprioritaskan model kebijakan.
- d. Model punctuated equilibria yaitu kebijakan difokuskan kepada isu yang menjadi pokok perhatian utama dari penentu kebijakan.

Masing-masing model di atas memilah proses kebijakan ke dalam komponen untuk memfasilitasi analisis. Meskipun pada kenyataannya, proses kebijakan itu memiliki karakteristik tersendiri yang merujuk kepada model-model tersebut.

3. Konteks

Konteks kebijakan adalah lingkungan atau setting di mana kebijakan itu dibuat dan diimplementasikan. Faktor-faktor yang berada di dalamnya antara lain politik, ekonomi, sosial dan kultur di mana hal-hal tersebut sangat berpengaruh terhadap formulasi dari proses kebijakan. Ada banyak lagi bentuk yang dikategorikan ke dalam konteks kebijakan yaitu peran tingkat pusat yang dominan, dukungan birokrasi dan pengaruh aktor-aktor internasional juga turut berperan.

4. Aktor

Aktor adalah mereka yang berada pada pusat kerangka kebijakan kesehatan. Aktor-aktor ini biasanya memengaruhi proses pada tingkat pusat, provinsi dan kabupaten/kota. Mereka merupakan bagian dari jaringan, kadang-kadang disebut juga mitra untuk mengkonsultasi dan memutuskan kebijakan pada setiap tingkat tersebut. Hubungan dari aktor dan peranannya (kekuasaannya) sebagai pengambil

keputusan adalah sangat tergantung kepada kompromi politik, daripada dengan hal-hal dalam debat-debat kebijakan yang masuk diakal

1.4 Perumusan Kebijakan Kesehatan

Menurut *Institute of Medicine* pengembangan kebijakan merupakan fungsi dalam kesehatan masyarakat yang sangat penting. Pengembangan kebijakan termasuk dalam tiga dari 10 Layanan Kesehatan Masyarakat Esensial. Para profesional memainkan peran penting dalam pengembangan kebijakan dengan melakukan penelitian yang relevan dengan kebijakan, mengkomunikasikan temuan dengan cara yang memfasilitasi tindakan, mengembangkan kemitraan, dan mendorong efisiensi penggunaan sumber daya melalui promosi kebijakan berdasarkan ilmu pengetahuan seperti promosi intervensi kesehatan yang berbasis bukti (CDC, 2015).

Tahapan kebijakan kesehatan merupakan pola dalam pembuatan kebijakan kesehatan yang terdiri dari analisis hubungan masalah, perumusan, implementasi, dan evaluasi dampak kebijakan terhadap masyarakat. Perumusan kebijakan kesehatan merupakan proses yang kompleks karena melibatkan banyak proses dengan berbagai variabel yang harus dikaji.

Perumusan kebijakan kesehatan melibatkan berbagai unsur, antara lain adalah eksekutif, legislatif, forum media massa, para ahli, akademisi, dan para praktisi di bidang kesehatan (Purnama et al., 2022).

1. Perumusan masalah

Perumusan kebijakan adalah upaya untuk merumuskan masalah-masalah yang akan diatasi Contohnya terdapat kasus stunting di desa X sebesar 21%, selanjutnya upaya dalam menggiring masalah untuk kemudian menjadi issue, Dinas Kesehatan (Dinkes) melakukan sosialisasi kepada masyarakat dan tenaga kesehatan. Selain melakukan sosialisasi, Dinkes juga melakukan promosi pencegahan dan pengendalian stunting ke berbagai media massa. Raperda yang telah disusun oleh Dinkes diajukan kepada bagian hukum untuk kemudian dilakukan konsultasi publik. Perumusan Raperda dilakukan

dengan memperhatikan hasil konsultasi publik untuk dimatangkan sebelum diajukan kepada Badan Musyawarah (Banmus). Dalam Banmus ini akan ditentukan prioritas pembahasan oleh Dewan. Prioritas pembahasan ini akan masuk dalam Program Legislasi Daerah (Prolegda). Jika Raperda telah masuk ke dalam Prolegda, maka Raperda telah masuk dalam prioritas pembahasan. Sehingga pembahasan Raperda bisa segera dilaksanakan.

Perumusan kebijakan ini juga dapat diartikan sebagai proses perencanaan. Dalam perencanaan, terdapat 3 aspek pokok yang harus diperhatikan, yaitu hasil dari pekerjaan perencanaan (outcome of planning), perangkat organisasi yang dipergunakan untuk melakukan pekerjaan (mechanic of planning), serta langkah-langkah atau proses melakukan pekerjaan perencanaan (process of planning).

2. Formulasi kebijakan

Formulasi kebijakan adalah upaya atau tahap menjadikan masalah atau isu menjadi sebuah agenda pemerintah yang dalam bentuk hukum publik alam tahap ini juga mengeksplorasi siapa saja yang terlibat dalam perumusan kebijakan, bagaimana kebijakan tersebut disepakati, dan bagaimana akan dikomunikasikan

3. Implementasi kebijakan

Implementasi kebijakan adalah upaya untuk melaksanakan kebijakan. Implementasi kebijakan pada prinsipnya adalah cara yang dilakukan agar sebuah kebijakan mencapai tujuannya. Untuk mengimplementasikan kebijakan, maka ada dua pilihan langkah yang ada, yaitu langsung mengimplementasikan dalam bentuk program-program, atau melalui formulasi kebijakan derivat atau turunan dari kebijakan tersebut. Proses implementasi kebijakan tidak dapat berjalan lancar apabila lebih dominannya faktor yang kurang mendukung dalam proses tersebut. Alternatif kebijakan yang diambil pada dasarnya merupakan kompromi dari berbagai kelompok kepentingan yang terlibat dalam pembentukan kebijakan tersebut. Penetapan kebijakan dapat berupa undang-undang, yurisprudensi, keputusan presiden, keputusan-keputusan menteri, dan

lainsebagainya. Kebijakan ditetapkan bertujuan yang nantinya kebijakan tersebut mempunyai kekuatan hukum yang mengikat. Tahap ini seringkali diabaikan, namun demikian merupakan fase yang sangat penting dalam membuat suatu kebijakan, karena apabila kebijakan tidak diimplementasikan maka dapat dianggap keliru.

4. Monitoring

Monitoring kebijakan adalah upaya yang dilakukan untuk mengawasi pelaksanaan atau implementasi kebijakan. Pada dasarnya, pengawasan merupakan sesuatu yang sangat esensial dalam kehidupan organisasi untuk menjaga agar kegiatan-kegiatan yang dijalankan tidak menyimpang dari rencana yang telah ditetapkan. Fungsi monitoring ini adalah untuk mencegah penyimpangan (protektif), meluruskan penyimpangan (kuratif), dan membimbing pegawai agar tidak menyimpang (preventif). Aspek yang perlu diperhatikan dalam fungsi ini adalah objek, metode, dan proses.

5. Evaluasi

Evaluasi kebijakan adalah upaya untuk menilai perbedaan keadaan sebelum dan sesudah kebijakan dilaksanakan. Dalam mengevaluasi suatu kebijakan, ada beberapa indikator yang perlu digunakan, yaitu efektivitas, efisiensi, kecukupan, pemerataan, responsivitas, dan ketepatan. Tahapan ini juga dapat dikatakan bahwa di mana diidentifikasi apa saja yang termasuk hal-hal yang muncul dan tidak dapat diharapkan dari suatu kebijakan. Evaluasi pelaksanaan kebijakan kesehatan dapat dilakukan dengan melihat indikator sasaran dan indikator hasil.

1.5 Arah Kebijakan RPJMN Bidang Kesehatan

Arah kebijakan Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) bidang kesehatan tahun 2020-2024 adalah meningkatkan pelayanan kesehatan menuju cakupan kesehatan semesta terutama penguatan pelayanan kesehatan dasar (Primary Health Care) dengan mendorong peningkatan upaya promotif dan preventif, didukung inovasi dan pemanfaatan teknologi (Kemenkes, 2020).

Berikut adalah strategi kebijakan RPJMN bidang kesehatan tahun 2020-2024:

1. Peningkatan kesehatan ibu, anak KB, dan kesehatan reproduksi. Strategi implementasi sebagai berikut:
 - a. Peningkatan pelayanan maternal dan neonatal berkesinambungan di fasilitas publik dan swasta dengan mendorong seluruh persalinan di fasilitas kesehatan, peningkatan cakupan dan kualitas pelayanan antenatal dan neonatal, peningkatan kompetensi tenaga kesehatan terutama bidan, perbaikan sistem rujukan maternal, penyediaan sarana prasarana dan farmasi, jaminan ketersediaan darah setiap saat, dan pencatatan kematian ibu di fasilitas pelayanan kesehatan;
 - b. Perluasan imunisasi dasar lengkap terutama pada daerah dengan cakupan rendah dan pengembangan imunisasi untuk menurunkan kematian bayi;
 - c. Peningkatan perilaku hygiene;
 - d. Peningkatan gizi remaja putri dan ibu hamil;
 - e. Peningkatan pengetahuan ibu dan keluarga khususnya pengasuhan, tumbuh kembang anak dan gizi;
 - f. Perluasan akses dan kualitas pelayanan KB dan kesehatan reproduksi sesuai karakteristik wilayah dengan optimalisasi peran sektor swasta dan pemerintah daerah melalui advokasi, komunikasi, informasi, edukasi (KIE) dan konseling tentang pengendalian penduduk, KB dan kesehatan reproduksi, peningkatan kompetensi Penyuluh Keluarga Berencana (PKB)

dan Petugas Lapangan Keluarga Berencana (PLKB) serta kapasitas tenaga lini lapangan serta penguatan fasilitas kesehatan, jaringan dan jejaring fasilitas kesehatan dalam pelayanan KB dan kesehatan reproduksi serta usaha kesehatan bersumber daya masyarakat;

- g. Peningkatan pengetahuan dan akses layanan kesehatan reproduksi remaja secara lintas sektor yang responsif gender.

2. Percepatan perbaikan gizi masyarakat.

Strategi implementasi sebagai berikut:

- a. Percepatan penurunan stunting dengan peningkatan efektivitas intervensi spesifik perluasan dan penajaman intervensi sensitif secara terintegrasi;
- b. Peningkatan intervensi yang bersifat life saving dengan didukung data yang kuat (evidence based policy) termasuk fortifikasi dan pemberian multiple micronutrient;
- c. Penguatan advokasi, komunikasi sosial dan perubahan perilaku hidup sehat terutama mendorong pemenuhan gizi seimbang berbasis konsumsi pangan (food based approach);
- d. Penguatan sistem surveilans gizi;
- e. Peningkatan komitmen dan pendampingan bagi daerah dalam intervensi perbaikan gizi dengan strategi sesuai kondisi setempat;
- f. Respon cepat perbaikan gizi dalam kondisi darurat

3. Peningkatan pengendalian penyakit

Strategi implementasi sebagai berikut:

- a. Pencegahan dan pengendalian faktor risiko penyakit termasuk perluasan cakupan deteksi dini, pengembangan real time surveilans dan pengendalian vektor;
- b. Penguatan health security terutama peningkatan kapasitas untuk pencegahan, deteksi, dan respon cepat terhadap ancaman penyakit termasuk penguatan alert system kejadian luar biasa dan karantina kesehatan;
- c. Penguatan tata laksana penanganan penyakit dan cedera;
- d. Penguatan sanitasi total berbasis masyarakat

4. Pemberdayaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS)

Strategi implementasi sebagai berikut:

- a. Pengembangan kawasan sehat antara lain kabupaten/kota sehat, pasar sehat, upaya kesehatan sekolah (UKS) dan lingkungan kerja sehat;
- b. Penyediaan ruang terbuka publik, transportasi masal dan konektivitas dengan mengacu pada rencana tata ruang untuk mendorong aktivitas fisik masyarakat dan lingkungan sehat serta penurunan polusi udara;
- c. Regulasi yang mendorong pemerintah pusat dan daerah serta swasta untuk menerapkan pembangunan berwawasan kesehatan dan mendorong hidup sehat termasuk pengembangan standar dan pedoman untuk sektor non kesehatan, peningkatan cukai rokok, pelarangan iklan rokok, dan penerapan cukai pada produk pangan yang berisiko tinggi terhadap kesehatan dan pengaturan produk makanan dengan kandungan gula, garam dan lemak;
- d. Promosi perubahan perilaku hidup sehat yang inovatif dan pemberdayaan masyarakat termasuk revitalisasi posyandu dan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat lainnya serta penggerakan masyarakat madani untuk hidup sehat; dan
- e. Peningkatan penyediaan pilihan pangan sehat termasuk penerapan label pangan dan perluasan akses terhadap buah dan sayur.

5. Penguatan Sistem Kesehatan, Pengawasan Obat dan Makanan

Tabel 1.1: Indikator Sasaran Pokok RJPMN Teknokratik Bidang Kesehatan 2020-2024

No	Indikator	Baseline	Target 2024
1	Angka kematian ibu (per100.000 KH)	305 (SUPAS 2015)	183
2	Angka kematian bayi (per 1000 KH)	24 (SDKI 2017)	16
3	Prevalensi pemakaian kontrasepsi cara modern (mCPR)	57,2 (SDKI 2017)	63,4
4	Unmeet Need KB (persen)	10,60 (SDKI 2017)	7,4

5	ASFR 15-19 tahun	36 (SDKI 2017)	18
6	Prevalensi stunting pada balita	30,8 (RKD 2018)	19%
7	Prevalensi wasting pada balita	10,2 (RKD 2018)	7
8	Insidensi HIV (per 1000 penduduk yang tidak terinfeksi HIV)	0,24 (Kemenkes 2018)	0,18
9	Insidensi TB (per 100.000 penduduk)	319 (Global TB Report 2018)	190
10	Eliminasi malaria (kab/kota)	285 (Kemenkes 2018)	405
11	Persentase merokok penduduk usia 10-18 tahun	9,1% (RKD 2018)	8,7
12	Prevalensi obesitas pada penduduk umur >= 18 tahun	21,8% (RKD 2018)	21,8
13	Persentase Imunisasi Dasar Lengkap pada anak usia 12-23 bulan	57,9% (RKD 2018)	90%
14	Persentase fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) terakreditasi	40% (Kemkes 2018)	100%
15	Persentase rumah sakit terakreditasi	63% (Kemkes 2018)	100%
16	Persentase puskesmas dengan jenis tenaga kesehatan sesuai standar	23% (Kemkes 2018)	83%
17	Persentase puskesmas tanpa dokter	15% (Kemkes 2018)	0%
18	Persentase puskesmas dengan ketersediaan obat esensial	86% (Kemkes 2018)	96%
19	Persentase obat memenuhi syarat	80,9% (BPOM, 2018)	92,3%
20	Persentase makanan memenuhi syarat	% (BPOM, 2018)	90%

Bab 2

Paradigma Sehat

2.1 Pengertian Paradigma Sehat

2.1.1 Definisi Paradigma

Pengertian Paradigma menurut beberapa ahli antara lain yaitu:

1. Adam Smith
Paradigma adalah bagaimana cara kita memandang dunia.
2. Ferguson
Paradigma adalah pola pikir dalam memahami dan menjelaskan aspek tertentu dalam sebuah kenyataan.

2.1.2 Definisi Sehat

1. UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan menyatakan bahwa:
Kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Dalam pengertian ini maka kesehatan harus dilihat sebagai satu kesatuan yang utuh terdiri dari unsur-unsur fisik, mental dan sosial dan di

dalamnya kesehatan jiwa merupakan bagian integral kesehatan (Departemen Kesehatan, 1992).

2. Definisi WHO (1981):

Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity. WHO mendefinisikan pengertian sehat sebagai suatu keadaan sempurna baik jasmani, rohani, maupun kesejahteraan sosial seseorang (WHO, 1981).

2.1.3 Definisi Paradigma Sehat

Paradigma sehat merupakan model pembangunan kesehatan yang jangka panjang diharapkan mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri (Trihono, 2005). Paradigma sehat didefinisikan sebagai cara pandang atau pola pikir pembangunan kesehatan yang bersifat holistik, proaktif antisipatif, dengan melihat masalah kesehatan sebagai masalah yang dipengaruhi oleh banyak faktor secara dinamis dan lintas sektoral, dalam suatu wilayah yang berorientasi kepada peningkatan pemeliharaan dan perlindungan terhadap penduduk agar tetap sehat dan bukan hanya penyembuhan penduduk yang sakit (Sampoerno, 1999).

2.2 Paradigma dan Konsep Baru tentang Sehat

Pengertian paradigma sehat menurut Stephen R Covey dalam bukunya: *The Seven Habits of Highly Effective People* The word Paradigm comes from the Greek. It was originally a scientific term. And is more commonly used today to mean a model, theory, concept, perception orientation, assumption or frame of reference. In the general sense, is the way "see" the world, not in term of our visual sense of sight, but in term of perceiving, understanding and interpreting. Kata Paradigma berasal dari Yunani. Hal ini berhubungan dengan kata ilmiah dan umumnya digunakan pada saat ini dalam arti model, teori, konsep, orientasi persepsi, asumsi atau cara pandang dari referensi. Dalam pengertian umum adalah cara melihat dunia tidak hanya dari sudut pandang kami tetapi berhubungan dengan penerimaan, pemahaman dan interpretasi. Dalam makna

yang lebih populer, Paradigma dapat diartikan sebagai Visi serta Orientasi kita terhadap Realitas. Paradigma berkembang sebagai hasil sintesa dalam kesadaran manusia terhadap informasi-informasi yang diperolehnya baik dari pengalaman maupun dari penelitian. Sementara itu, konsep sehat-sakit selalu berubah sejalan dengan pemahaman kita tentang nilai, peran, penghargaan, dan pemahaman kita terhadap kesehatan. Pada jaman Yunani, sehat itu sebagai virtue (kebaikan) yaitu sesuatu yang dibanggakan, sedangkan sakit dipandang sebagai sesuatu yang tidak bermanfaat.

Filosofi yang berkembang pada saat itu adalah Filosofi Cartesian yaitu filosofi yang berorientasi pada kesehatan fisik semata, yang menyatakan bahwa seseorang disebut sehat apabila tidak ditemukan disfungsi alat tubuh. Mental dan Roh menjadi urusan Agama, bukan kesehatan. Setelah ditemukan kuman penyebab penyakit batasan sehat pun akhirnya berubah di mana seseorang dikatakan sehat apabila setelah diadakan pemeriksaan secara seksama tidak ditemukan penyebab penyakit. Pada Tahun 50-an, definisi WHO tentang Sehat adalah sebagai keadaan sehat sejahtera fisik, mental sosial, dan bukan hanya bebas dari penyakit dan kelemahan. Dan pada tahun 80-an, definisi Sehat WHO mengalami perubahan seperti pada UU Kesehatan RI No. 23 Tahun 1992 yang telah memasukkan unsur Hidup Produktif Sosial dan Ekonomi. Definisi terkini yang dianut oleh negara – negara maju seperti Kanada yang mengutamakan konsep sehat produktif; Sehat adalah Sarana atau alat untuk hidup sehari – hari secara produktif. Upaya kesehatan harus diarahkan untuk dapat membawa setiap manusia memiliki kesehatan yang cukup agar dapat hidup produktif. Kesehatan bersama dengan Pendidikan dan Rasa Aman merupakan dasar dari “Human Capital” (Ayuningtyas, 2014)

2.3 Paradigma Sehat

Faktor yang mendorong perlu adanya paradigma sehat:

1. Pelayanan kesehatan yang berfokus pada pelayanan orang sakit ternyata tidak efektif
2. Konsep sehat mengalami perubahan, di mana dalam arti sehat dimasukkan unsur sehat produktif sosial ekonomis.
3. Adanya transisi epidemiologi dari penyakit infeksi ke penyakit kronik degeneratif

4. Adanya transisi demografi, meningkatnya Lansia yang memerlukan penanganan khusus
5. Makin jelasnya pemahaman tentang faktor yang memengaruhi kesehatan penduduk. Program kesehatan yang menekankan upaya kuratif adalah merupakan “Health program for survival”, sedangkan yang menekankan pada upaya promotif dan preventif merupakan “Health Program for human development” (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016)

2.4 Faktor Penentu Keberhasilan Pelaksanaan Paradigma Sehat

Paradigma sehat merupakan model pembangunan kesehatan yang berorientasi pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan penduduk sehat dan bukan hanya penyembuhan pada orang sakit. Cara pandang yang dapat diaktualisasikan ke dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan yakni sebagai pembangunan berwawasan kesehatan.

Faktor penentu keberhasilan pelaksanaan paradigma sehat antara lain:

1. Wawasan kesehatan sebagai asas pembangunan nasional.
Masalah kesehatan adalah masalah yang kompleks dan menyangkut berbagai aspek kehidupan. Penyelesaian masalah kesehatan (non kesehatan). Dalam kompleks pembangunan nasional, kesehatan seharusnya menjadi landasan dan pertimbangan pokok. Pembangunan termasuk juga pembangunan kawasan industri dan lain-lain, harus mempertimbangkan dampak positif dan negatifnya terhadap aspek kesehatan masyarakat secara luas.
2. Paradigma sehat sebagai komitmen gerakan nasional.
Salah satu kunci keberhasilan paradigma baru depkes adalah menciptakan paradigma sehat sebagai suatu gerakan nasional. Sebagai langkah awal, presiden sebagai pimpinan nasional tertinggi diharapkan secara langsung mencanangkan gerakan nasional ini.

Pencanangan paradigma sehat sebagai komitmen gerakan nasional harus diikuti dengan tindakan nyata secara konsisten dan berkesinambungan oleh seluruh lapisan masyarakat, termasuk partisipasi aktif lintas sektor.

3. Sistem yang mendorong aspek promotif dan preventif dalam pemeliharaan kesehatan komprehensif.

Suatu sistem atau mekanisme baru harus dibangun agar upaya pembangunan kesehatan tidak terperangkap dalam paradigma lama yang lebih fokus pada upaya kuratif-rehabilitatif. Pada tingkat operasional, sistem ini akan tercipta bila terjadi sinergi antar sektor atau antar departemen, selain kerja sama antara Depkes dan seluruh lapisan masyarakat termasuk pihak swasta. Penerapan wawasan kesehatan sebagai asas Pembangunan Nasional sangat besar perannya sebagai dasar kebijakan dari sistem ini.

4. Dukungan sumber daya yang berkesinambungan.

Depkes menyadari sepenuhnya bahwa sumber daya adalah penentu keberhasilan implementasi paradigma sehat. Upaya untuk memperoleh dukungan sumber daya, baik dari pemerintah, swasta, atau lembaga donatur akan selalu dilakukan untuk mewujudkan visi dan misi yang telah ditetapkan.

5. Sosialisasi internal dan eksternal.

Depkes menyadari sepenuhnya bahwa paradigma sehat sebagai suatu pola pendekatan baru memerlukan sosialisasi dan komunikasi yang efektif baik di jajaran Depkes sendiri maupun seluruh lapisan masyarakat. Strategi sosialisasi dan komunikasi yang matang harus disusun dan dijabarkan ke dalam program-program kampanye yang jelas, berdaya dan berhasil guna, dengan mempertimbangkan berbagai aspek terkait seperti strata target masyarakat dan media atau alat promosi yang digunakan. Kerja sama dengan pihak-pihak terkait akan terus dilakukan untuk meningkatkan efektivitas program sosialisasi dan komunikasi ini.

6. Restrukturisasi dan revitalisasi infrastruktur yang terkait dengan rencana desentralisasi.

Strategi paradigma sehat adalah pembangunan berwawasan kesehatan dalam kehidupan sehari-hari yang tidak akan terwujud bila tidak didukung oleh organisasi yang sesuai, Sumber Daya Manusia (SDM) yang berkualitas, dan proses serta sistem yang menunjang. Penerapan asas desentralisasi dalam pelaksanaan pembangunan kesehatan nasional sebagaimana direncanakan, sangat berpengaruh terhadap bentuk organisasi Depkes di masa mendatang, baik ditingkat pusat maupun daerah, selain berpengaruh pada karakter SDM, sistem dan proses yang diperlukan.

Pelaksanaan pembangunan berwawasan kesehatan dapat dijabarkan, antara lain:

a. Pembangunan berwawasan kesehatan.

Makna pembangunan berwawasan kesehatan adalah kegiatan pembangunan kesehatan dan non kesehatan yang senantiasa memerhatikan dan memerhitungkan dampaknya bagi kesehatan.

b. Upaya penyehatan kawasan.

Pembangunan berwawasan kesehatan terus didorong, seperti kawasan bebas rokok, pembangunan kota sehat, desa sehat, dan pulau sehat.

c. Kewaspadaan dini terhadap bencana alam.

Pengendalian terhadap potensi bahaya kesehatan juga diarahkan untuk melindungi masyarakat dari kemungkinan bahaya bencana alam atau bahaya kesehatan yang berhubungan dengan kondisi alam lainnya.

d. Perkuat upaya preventif dan promotif.

Pembangunan berwawasan kesehatan hendaknya diarahkan untuk memperkuat, meningkatkan dan mengembangkan upaya kuratif dengan menggunakan sarana dan prasarana yang merata dan memadai (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014)

Upaya pelayanan kesehatan yang menekankan upaya kuratif-rehabilitatif kurang menguntungkan karena:

1. Melakukan intervensi setelah sakit
2. Cenderung berkumpul di tempat yang banyak uang.
3. Dari segi ekonomi lebih cost effective
4. Melakukan tindakan preventif dari penyakit, agar tidak terserang penyakit.

Oleh karena itu, implementasi Paradigma Sehat akan lebih menekankan pada upaya: Pencegahan Penyakit, Promosi Kesehatan, dan Perlindungan Kesehatan masyarakat. Sejalan dengan konsep Paradigma Sehat, Rumah Sakit dan tempat-tempat penyelenggaraan Pelayanan Kuratif perlu ditambahkan dengan pelayanan klinik yang bersifat pencegahan seperti: Screening, Konseling, Diagnosis dan Pengobatan Dini Penyakit dengan menambahkan peralatan dan teknologi medis yang canggih. Pencanangan Paradigma Sehat khususnya pada masa krisis dewasa ini adalah sangat tepat, karena memberdayakan masyarakat agar tidak jatuh sakit melalui upaya Promotif-Preventif adalah lebih penting dari pada memberikan obat, alat ataupun fasilitas pengobatan (Hartono, 2010)

2.5 Upaya Kesehatan yang Ada

Upaya kesehatan yang berorientasi pada penanggulangan penyakit, indikator yang sering digunakan adalah cakupan pelayanan, rasio ketersediaan dokter, banyaknya rumah sakit dan puskesmas dan sebagainya. Sebenarnya apabila kita pikirkan secara lebih kritis, banyaknya dokter, rumah sakit atau puskesmas tidak menjamin masyarakat menjadi sehat. Upaya kesehatan dengan pendekatan penyembuhan terhadap penyakit membuat upaya kesehatan tersebut dinilai sangat konsumtif dan tidak produktif sehingga menempatkan upaya pelayanan kesehatan tersebut pada arus pinggir dari pembangunan.

Oleh karena itu, pemerintah sekarang harus segera merencanakan perubahan upaya kesehatan yang berorientasi pada Pembinaan Kesehatan Bangsa (Shaping The Health of The Nation) yaitu Upaya Kesehatan yang dalam jangka panjang dapat menjamin kemandirian dan ketahanan penduduk untuk

membentuk manusia Indonesia yang sehat dan membebaskan ketergantungan masyarakat Indonesia terhadap dokter dan obat.

Pemerintah menetapkan upaya kesehatan dalam GBHN tahun 1993 bahwa upaya kesehatan ditujukan pada Sumber Daya Manusia yang berkualitas dengan melakukan pembinaan kesehatan bangsa, yaitu upaya kesehatan jangka panjang yang akan menjamin kemandirian yang lebih besar dan akan meningkatkan ketahanan mental dan fisik penduduk, sehingga menciptakan SDM bangsa Indonesia yang berkualitas (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2005)

2.6 Kebijakan Kesehatan Baru

Dengan kebijakan baru dalam pembangunan kesehatan yaitu Paradigma Sehat, maka diharapkan benar-benar merupakan titik balik kebijakan Depkes dalam menangani kesehatan penduduk yang lebih menitik beratkan pada Pembinaan Kesehatan Bangsa (Shaping The Health of The Nation), dan bukan sekedar penyembuhan penyakit. Thomas Kuhn dalam bukunya “The Structure of Scientific Revolution” menyatakan bahwa: hampir pada setiap terobosan baru perlu didahului dengan perubahan paradigma untuk memecahkan atau merubah kebiasaan dan cara berpikir yang lama.

Upaya kesehatan di masa mendatang harus mampu menciptakan dan menghasilkan SDM Indonesia yang Sehat-Produktif. Sehingga obsesi upaya kesehatan harus dapat mengantarkan setiap penduduk memiliki status kesehatan yang optimal. Orientasi baru upaya kesehatan adalah Orientasi menyehatkan penduduk, suatu orientasi sehat-produktif, sebagai kebalikan dari orientasi pengobatan penyakit yang bersifat kuratif (Munijaya, 2009)

2.7 Konsekwensi/Implikasi dari Perubahan Paradigma

Untuk mendukung terselenggaranya paradigma sehat yang berorientasi pada upaya promotif preventif, proaktif, *community-centered*, partisipasi aktif dan pemberdayaan masyarakat, maka semua wahana, tenaga dan sarana

fasilitas yang ada sekarang perlu dilakukan penyesuaian atau bahkan reformasi baik di pemerintahan pusat maupun daerah. Pada masa krisis sekarang ini di mana obat dan pengobatan menjadi mahal, keluarga-keluarga dipaksa untuk dapat membuat keputusan yang bijak dalam membelanjakan uangnya yang terbatas oleh sebab itu sudah seharusnya pemerintah lebih menekankan pada pendidikan dan penyuluhan kesehatan agar masyarakat mampu menghindarkan diri dari penyakit, tidak mudah jatuh sakit, dan melaksanakan kebiasaan hidup sehat (Kementerian Kesehatan RI, 2009)

2.8 Indikator Kesehatan

WHO menyarankan agar sebagai indikator kesehatan penduduk harus mengacu pada kesehatan positif dan konsep holistik (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016a) yang terdiri dari 6 hal yaitu:

1. Melihat ada tidaknya kelainan pathofisiologis pada seseorang
2. Mengukur kemampuan fisik seseorang
3. Penilaian atas kesehatan sendiri
4. Indeks Masa Tubuh (BMI)
5. Kesehatan Mental
6. Kesehatan Spiritual

2.9 Tenaga Kesehatan

Peranan dokter, dokter gigi, perawat dan bidan dalam upaya kesehatan yang menekankan pengobatan penyakit adalah sangat penting. Mereka semua merupakan tulang punggung upaya pelayanan medis di Indonesia. Namun untuk pengelolaan upaya kesehatan dan pembinaan bangsa yang sehat, tenaga kesehatan yang ada tersebut ternyata tidak cukup. Membina kesehatan bangsa memerlukan pendekatan holistik yang lebih luas, menyeluruh, dan dilakukan kepada masyarakat secara kolektif tidak individual. Intervensi yang utama adalah Membina lingkungan yang menggalakkan upaya promotif, preventif ; Memperbaiki dan meningkatkan pelayanan kesehatan agar lebih efektif dan efisien ; Menyusun peraturan perundangan yang mendukung terciptanya upaya

pembinaan kesehatan bangsa. Untuk menangani kegiatan-kegiatan tersebut, disamping tenaga kesehatan yang telah ada diperlukan pula tenaga kesehatan yang memiliki wawasan, keterampilan dan ilmu pengetahuan yang berbeda dari sekedar dokter, dokter gigi, bidan dan perawat. Oleh karena itu tenaga kesehatan yang ada tersebut harus dilengkapi dengan disiplin ilmu yang berbasis community dan dapat membina dan mengembangkan serta merubah perilaku masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2016)

2.10 Kesehatan dan Komitmen Politik

Masalah kesehatan pada dasarnya adalah masalah politik, oleh karena itu untuk memecahkan masalah kesehatan diperlukan komitmen politik. Pembangunan sosial ekonomi yang baik diperlukan tenaga pembangunan yang sehat dan memiliki daya tahan tubuh yang tangguh. Dewasa ini masih terasa adanya anggapan bahwa unsur kesehatan penduduk tidak banyak berperan terhadap pembangunan sosial ekonomi. Para penentu kebijakan banyak yang beranggapan sektor kesehatan lebih merupakan sektor konsumtif ketimbang sektor produktif sebagai penyedia sumber daya manusia yang berkualitas, sehingga apabila ada alokasi dalam sektor ini kurang diperhatikan. Sementara itu para pakar kesehatan belum mampu memperlihatkan secara jelas manfaat investasi bidang kesehatan dalam menunjang pembangunan negara. Kesenjangan derajat kesehatan masyarakat antar wilayah perlu segera diatasi. Investasi yang selama ini lebih ditekankan pada penambahan fasilitas, peralatan dan tenaga medis perlu ditinjau kembali. Banyaknya Rumah Sakit, Puskesmas, Poliklinik, Bidan, Dokter, Perawat dll, bukan merupakan jaminan meningkatnya kesehatan penduduk. Oleh karena itu tidaklah berlebihan bila dikatakan bahwa pemecahan masalah kesehatan tidak bisa ditemukan di bangsal-bangsal rumah sakit ataupun ruang tunggu poliklinik atau puskesmas, melainkan di Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan juga gedung DPR. Pergeseran paradigma dari pelayanan medis ke pembangunan kesehatan dengan paradigma sehat memerlukan pembaharuan komitmen politik dari pemerintah (Maulana, 2009).

Bab 3

Pembangunan Berwawasan Kesehatan dan Kelestarian Lingkungan

3.1 Pendahuluan

Pembangunan bagi negara sejatinya merupakan proses perubahan menuju sesuatu yang lebih baik. Kondisi yang lebih baik dari keadaan semula menjadi tujuan dari dilaksanakannya pembangunan. Pembangunan yang dilakukan pun seyogyanya memperhatikan hal-hal penting yang mendukung setiap prosesnya (Mira R., 2018). Persoalan yang timbul adalah apabila dalam pelaksanaan pembangunan, terdapat aspek-aspek yang merasa dirugikan. Disini, muncul pertanyaan apakah pembangunan benar-benar membawa perubahan menuju ke arah yang lebih baik atau perubahan lebih baik yang dihasilkan oleh pembangunan juga dapat memberikan risiko yang dapat merugikan. Pembangunan adalah untuk membangun manusia. Pembangunan berwawasan lingkungan perlu mempertimbangkan dampak terhadap lingkungan dan pembangunanan berwawasan kesehatan perlu dipertimbangkan dampak kesehatan.

Pada dasarnya, kita perlu menyadari bahwa pembangunan yang kita jalankan adalah untuk membangun manusia. Kita tidak cukup hanya membangun gedung bertingkat, jembatan yang megah, dan jalan tol yang panjang jika masyarakat kita masih belum sehat dan anak-anak kita masih tengkes. Nah, sama dengan pembangunan berwawasan lingkungan yang perlu mempertimbangkan dampak terhadap lingkungan, pada pembangunan berwawasan kesehatan perlu dipertimbangkan aspek kesehatan.

Tidak boleh ada pabrik yang menimbulkan sesak napas pada penduduk sekitar atau limbah cair yang dibuang ke sungai menimbulkan gatal-gatal di masyarakat sekitar sungai. Untuk menindaklanjuti kebijakan pembangunan berwawasan lingkungan ini, pemerintah menerbitkan inpres (instruksi presiden) yang melibatkan 13 kementerian dan lembaga, di antaranya Kementerian Kesehatan, Kementerian Dalam Negeri, Kementerian Pekerjaan Umum dan Perumahan Rakyat (PUPR), Kementerian Pertanian, Bappenas, serta Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). Selain itu, dilibatkan juga gubernur dan bupati.

Masing-masing pihak berkontribusi untuk mendukung pembangunan yang berwawasan kesehatan. Misalnya, Kemenkes menyediakan puskesmas; Kementerian PUPR menyediakan air bersih dan jamban; Kementerian Pemuda dan Olah raga menyediakan lapangan olah raga; Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi menyediakan gerakan sarapan di sekolah; Kementerian Pertanian menyediakan sayur, buah, telur, daging, dan ikan untuk kebutuhan gizi masyarakat.

Pembangunan yang hanya mengutamakan pembangunan ekonomi dapat mengabaikan aspek kesehatan masyarakat. Sebagai contoh, kurangnya pemahaman akan pentingnya kesehatan jiwa menimbulkan ide agar rumah sakit jiwa yang lokasinya strategis di tengah kota dijadikan pertokoan saja. Mungkin saja dari segi ekonomis tindakan itu menguntungkan, tetapi masyarakat juga membutuhkan rumah sakit jiwa untuk membina dan mengobati masyarakat.

3.2 Konsep Pembangunan

Secara umum, kita dapat memberikan makna tentang pembangunan sebagai suatu proses perencanaan (social plan) yang dilakukan oleh birokrat perencanaan pembangunan untuk membuat perubahan sebagai proses peningkatan kesejahteraan bagi masyarakat (Kartono D.T.& Nurcholis, H. 2021). Pembangunan adalah hasil kegiatan dan program pemerintah yang dirancang untuk mendukung masyarakat mencapai kesejahteraan sosial, tujuan sosial ekonomi, demografi politik, dll. Dengan meningkatkan pembangunan. Implementasi adalah kebiasaan atau strategi yang ditujukan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan.

Konseptualisasi pembangunan merupakan proses perbaikan yang berkesinambungan pada suatu masyarakat menuju kehidupan yang lebih baik atau lebih sejahtera sehingga terdapat beberapa cara untuk menentukan tingkat kesejahteraan pada suatu negara. Tolok ukur pembangunan bukan hanya pendapatan per kapita, namun lebih dari itu harus disertai oleh membaiknya distribusi pendapatan, berkurangnya kemiskinan, dan mengecilnya tingkat pengangguran. Mengukur pembangunan dapat dilihat dari berbagai indikator utama, yakni kekayaan rata-rata, pemerataan, kualitas kehidupan, indeks pembangunan manusia (human development index), dan kerusakan lingkungan.

3.2.1 Tujuan Pembangunan

Tujuan utama pembangunan yang dilakukan oleh pemerintah adalah untuk meningkatkan taraf hidup masyarakat, untuk mencapainya perusahaan-perusahaan di berbagai bidang lebih berkembang. Namun, seringkali aspirasi dan niat baik tersebut tidak menjangkau seluruh masyarakat, terutama masyarakat pedesaan. Selain itu, banyak kerusakan lingkungan disebabkan oleh eksploitasi yang berlebihan untuk mencapai tujuan pembangunan tertentu dan juga dengan melanggar standar hidup masyarakat perkotaan.

Keberhasilan pembangunan memerlukan dukungan, perhatian dan partisipasi masyarakat dalam segala hal, dalam hal ini masyarakat pedesaan tidak terkecuali. Secara tidak langsung memengaruhi pembangunan seperti pembangunan masjid dan pengadaan tenaga kerja untuk madrasah dapat dilihat secara tidak langsung, ketika masjid dibangun, masyarakat dapat shalat berjamaah dan anak-anak dapat mengaji di masjid, kemudian akuisisi.

penggunaan komputer meningkatkan kesejahteraan penduduk desa dan siswa, karena efeknya dapat dilihat saat mereka tumbuh dan dewasa. Anak desa yang berpendidikan lebih kaya daripada anak desa yang tidak berpendidikan. Visi pembangunan secara umum adalah terwujudnya masyarakat yang maju, mandiri, sejahtera, dan adil, yang beriman kepada Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945 (Akram, P. 2021).

3.2.2 Model Pembangunan

Pembangunan sudah menjadi kata kunci bagi segala hal. Secara umum, pembangunan diartikan sebagai usaha untuk memajukan kehidupan masyarakat dan warganya; sering kali, kemajuan yang dimaksudkan terutama adalah kemajuan material. Maka, pembangunan acap kali diartikan sebagai kemajuan yang dicapai oleh satu masyarakat di bidang ekonomi; bahkan dalam beberapa situasi yang sangat umum pembangunan diartikan sebagai suatu bentuk kehidupan yang kurang diharapkan bagi ‘sebagian orang tersingkir dan sebagai ideologi politik yang memberikan keabsahan bagi pemerintah yang berkuasa.

Pembangunan sebenarnya meliputi dua unsur pokok: pertama, masalah materi yang mau dihasilkan dan dibagi, dan kedua, masalah manusia yang menjadi pengambil inisiatif, yang menjadi manusia pembangun. Bagaimanapun juga, pembangunan pada akhirnya harus ditujukan pada pembangunan manusia; manusia yang dibangun adalah manusia yang kreatif, dan untuk bisa kreatif ini manusia harus merasa bahagia, aman, dan bebas dari rasa takut. Pembangunan tidak hanya berurusan dengan produksi dan distribusi barang-barang material; pembangunan harus menciptakan kondisi manusia bisa mengembangkan kreativitasnya.

Sejarah mencatat munculnya paradigma baru dalam pembangunan seperti pertumbuhan dengan distribusi, kebutuhan pokok (basic needs) pembangunan mandiri (self-reliant development), pembangunan berkelanjutan dengan perhatian terhadap alam (ecodevelopment), pembangunan yang memperhatikan ketimpangan pendapatan menurut etnis (ethnodevelopment). Terdapat pula yang mengategorikan paradigma tersebut pada tiga model pembangunan, yakni *Economic Growth*, *Basic Needs* dan *People Centered*.

1. Model pembangunan yang berorientasi pada pertumbuhan (Economic growth) Teori ini menekankan pada kenaikan pendapatan nasional (perspektif ekonomi) dalam jangka waktu misal per tahun. Tingkat

pertumbuhan ekonomi tersebut akan secara langsung memengaruhi penyerapan tenaga kerja. Oleh karena itu, proses pembangunan menjadi terpusat pada produksi.

2. Model pembangunan kebutuhan dasar (Basic needs) mencoba memecahkan masalah kemiskinan secara langsung dengan memenuhi segala kebutuhan dasar masyarakat khususnya masyarakat miskin, misal dengan memenuhi kebutuhan sandang, pangan, perumahan, serta akses terhadap pelayanan publik seperti pendidikan, kesehatan, air bersih, transportasi, dan lain-lain.
3. Model pembangunan yang berpusat pada manusia (People centered) Fokus sentral proses pembangunan adalah peningkatan perkembangan manusia dan kesejahteraan manusia, persamaan dan sustainability sehingga model ini berwawasan lebih jauh dari sekedar angka pertumbuhan GNP atau pengadaan pelayanan sosial. Contoh dari model ini, adalah empowering/pemberdayaan. Pada proses ini pemerintah berperan sebagai fasilitator. Peranan pemerintah dalam hal ini adalah menciptakan lingkungan sosial yang memungkinkan manusia untuk berkembang, yaitu lingkungan sosial yang mendorong perkembangan manusia dan aktualisasi potensi manusia secara lebih besar.

3.3 Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Pembangunan kesehatan merupakan pembangunan nasional dengan tujuan peningkatan kesadaran, keinginan dan kemampuan hidup sehat bagi seluruh perorangan demi terwujudnya derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan adalah upaya semua potensi bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun pemerintah. Gerakan pembangunan berwawasan kesehatan merupakan inisiatif semua bangsa menetapkan perencanaan pembangunan yang berorientasi memajukan upaya promotif dan preventif dan tidak mengesampingkan upaya kuratif. Gerakan

pembangunan berwawasan kesehatan diberlakukan untuk semua seluruh masyarakat yang harus berpartisipasi secara aktif baik yang berupa kegiatan individu, keluarga, kelompok masyarakat, swasta ataupun instansi pemerintah.

Promotif yaitu upaya untuk meningkatkan status kesehatan dan menjaga dari yang menyebabkan penyakit dan masalah kesehatan. Upaya promotive bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan, menjaga kebugaran jasmani, mengatur menu gizi seimbang termasuk di dalamnya kegiatan rekreasi dan pembinaan mental spiritual. Upaya preventif dilaksanakan dengan cara mencegah penyakit dan masalah kesehatan lain, berupa pemberian imunisasi, perbaikan lingkungan baik perumahan, industri rumah tangga maupun industri perusahaan.

Untuk menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan untuk mencapai tujuan bangsa Indonesia seperti yang tercantum dalam pembukaan UUD 1945, dibutuhkan adanya dukungan dari Sistem Kesehatan Nasional sebagai pedoman dalam penyusunan Undang-Undang mengenai Kesehatan, kebijakan dan arah pelaksanaan pembangunan kesehatan. Dalam Sistem Kesehatan Nasional ada subsistem upaya kesehatan yaitu Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perorangan (UKP).

Pembangunan Berwawasan Kesehatan diarahkan untuk mencapai tujuan nasional sebagaimana diamanatkan dalam pembukaan Undang-Undang Dasar (UUD) 1945, yaitu: melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia; memajukan kesejahteraan umum; mencerdaskan kehidupan bangsa; dan ikut menciptakan ketertiban dunia berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Arah pembangunan berwawasan kesehatan juga sudah tercantum secara ringkas dalam Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional (RPJPN). Untuk dapat memberikan kejelasan yang lebih spesifik dari arah pembangunan kesehatan tersebut, maka dipandang perlu ditetapkan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan.

3.4 Tujuan Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Tujuan pembangunan berwawasan kesehatan adalah meningkatnya kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya melalui terciptanya masyarakat, bangsa dan negara Indonesia yang ditandai oleh penduduknya yang hidup dengan perilaku dan dalam lingkungan sehat, memiliki kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu, secara adil dan merata, serta memiliki derajat kesehatan yang setinggi-tingginya di seluruh wilayah Republik Indonesia.

3.5 Sasaran dan Upaya Pokok Pembangunan Berwawasan Kesehatan

Sasaran pembangunan berwawasan kesehatan yang akan dicapai pada tahap ini diusulkan dalam beberapa skenario. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan sasaran diutamakan bagi penduduk rentan, yakni ibu, bayi, anak, usia lanjut dan keluarga miskin yang dilaksanakan melalui peningkatan: Upaya Kesehatan; Pembiayaan Kesehatan; Sumber Daya Manusia Kesehatan; Obat dan Perbekalan Kesehatan, Pemberdayaan Masyarakat, dan Manajemen Kesehatan.

Upaya pokok tersebut dilakukan dengan memperhatikan dinamika kependudukan, epidemiologi penyakit, perubahan ekologi dan lingkungan, kemajuan IPTEK, globalisasi dan demokratisasi dengan semangat kemitraan, dan kerjasama lintas sektor. Pembangunan kesehatan diprioritaskan pada pemberdayaan dan kemandirian masyarakat, serta upaya kesehatan, khususnya upaya promotif dan preventif, yang ditunjang oleh pengembangan dan pemberdayaan SDM kesehatan.

Dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan tersebut diberikan perhatian khusus kepada pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin, daerah tertinggal, daerah bencana, daerah perbatasan, daerah terpencil termasuk pulau-pulau kecil, dengan memperhatikan kesetaraan gender. Untuk mencapai sasaran

pembangunan kesehatan pada tahun 2025, utamanya dalam upaya penurunan AKI dan AKB, daya dorong (driving forces) strategis berikut ini harus diupayakan secara konsisten (terutama bila skenario yang ditetapkan):

1. Adanya dukungan politis secara nasional dalam upaya penurunan AKI dan AKB.
2. Semua desa memiliki tenaga bidan yang berkualitas (competence), yang ditunjang dengan dukungan operasional yang memadai.
3. Semua Puskesmas telah memiliki tenaga dokter, tenaga paramedis dan non medis sesuai standar, dengan dukungan sarana dan biaya operasional yang memadai (institutional competence).
4. Terselenggaranya sistem pembiayaan kesehatan yang berdasarkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
5. Pemberdayaan masyarakat dalam upaya kesehatan ibu dan anak dapat lebih ditingkatkan.
6. Semua desa telah memiliki Pondok Bersalin Desa atau Poliklinik Desa yang dilengkapi dengan sarana dan biaya operasional yang memadai.
7. Semua Posyandu telah direvitalisasi dan aktif melak-sanakan kegiatan minimum sebulan sekali.
8. Semua Puskesmas mampu melaksanakan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Dasar (PONED).
9. Semua rumah sakit di kabupaten/kota mampu melak-sanakan Pelayanan Obstetrik dan Neonatal Komprehensif (PONEK).

3.6 Strategi Pembangunan Kesehatan

Untuk mencapai tujuan dan upaya pokok pembangunan kesehatan, maka strategi pembangunan kesehatan yang akan ditempuh sampai tahun 2025 adalah:

1. Pembangunan Nasional Berwawasan Kesehatan
Pembangunan kesehatan merupakan upaya untuk memenuhi salah satu hak dasar rakyat yang sangat fundamental. Pembangunan

kesehatan juga sekaligus sebagai investasi pembangunan nasional. Diharapkan setiap program pembangunan nasional yang terkait dengan pembangunan kesehatan, dapat memberikan kontribusi yang positif terhadap tercapainya nilai-nilai dasar pembangunan kesehatan.

Untuk terselenggaranya pembangunan berwawasan kesehatan, perlu dilaksanakan kegiatan advokasi, sosialisasi, orientasi, kampanye dan pelatihan, sehingga semua penyelenggara pembangunan nasional (stake-holders) memahami dan mampu melaksanakan pembangunan nasional berwawasan kesehatan.

2. Pemberdayaan Masyarakat dan Daerah

Masyarakat makin penting untuk berperan dalam pembangunan kesehatan. Masalah kesehatan perlu diatasi oleh masyarakat sendiri dan pemerintah. Selain itu, banyak permasalahan kesehatan yang wewenang dan tanggung jawabnya berada di luar sektor kesehatan. Untuk itu perlu adanya kemitraan antar berbagai stakeholders pembangunan kesehatan terkait. Pemberdayaan masyarakat pada hakekatnya adalah melibatkan masyarakat untuk aktif dalam pengabdian masyarakat (to serve), aktif dalam pelaksanaan advokasi kesehatan (to advocate), dan aktif dalam mengkritisi pelaksanaan upaya kesehatan (to watch).

3.7 Hambatan dalam pembangunan kesehatan

Masalah lain yang diperhatikan adalah masalah kemiskinan di Indonesia. Bila kita memperhatikan data terakhir dari BPS, berarti masih terdapat sekitar 76.800.000 penduduk miskin di Indonesia. Seperti diketahui kualitas pertumbuhan pembangunan suatu bangsa dapat dilihat juga dari Indeks Kemiskinan Manusia (IKM). Menurut UNDP nilai IKM Indonesia dewasa ini adalah 17,9 yang menduduki peringkat ke-33 dari 99 negara yang dinilai.

3.8 Pembangunan Kelestarian Lingkungan

Pembangunan memang diperlukan, namun tahun-tahun terakhir ada kekawatiran di mana kendala lingkungan akan membatasi pembangunan dan pembangunan dapat menyebabkan kerusakan yang serius terhadap lingkungan yang pada akhirnya akan merusak kualitas kehidupan. Persoalan-persoalan lingkungan menjadi kenyataan yang serius dan membutuhkan perhatian serius pula. Hubungan pembangunan dan lingkungan dapat dilihat dari dua tahap: Tahap Pertama, kualitas lingkungan yakni air yang aman dalam jumlah yang banyak serta udara yang sehat sebagai bagian dari kesejahteraan yang akan ditingkatkan. Apabila keuntungan yang didapat dengan naiknya pendapatan tetapi diikuti oleh biaya kesehatan yang harus dibayar karena kesehatan dan kualitas lingkungan terganggu sebagai akibat polusi, hal ini tidak dapat dikatakan bahwa pembangunan tersebut telah berhasil.

Tahap kedua, kerusakan lingkungan dapat mengurangi arti pembangunan dan produktivitas dimasa depan. Tanah yang makin berkurang kesuburannya, lapisan penyaring air tanah yang rusak, dan ekosistem yang rusak dapat menurunkan pendapatan di masa datang. Sehingga perlu diusahakan kebijaksanaan pertumbuhan pendapatan yang efisien dan merupakan pelengkap dari perlindungan lingkungan dan mengidentifikasi bagaimana menyeimbangkan faktor-faktor yang tidak semuanya dapat dimaksimumkan secara bersamaan. Yang paling penting adalah mengurangi kemiskinan dan meningkatkan pelayanan untuk lingkungan atau kebijaksanaan ekonomi yang dapat memberikan keuntungan yang besar terhadap lingkungan.

Pembangunan yang menghasilkan produktivitasnya yang tinggi biasanya tidak mempedulikan dampak terhadap lingkungannya sehingga lingkungan semakin rusak. Sumber-sumber alamnya semakin terkuras, sementara kecepatan bagi alam untuk melakukan rehabilitasi lebih lambat daripada kecepatan perusakan sumber alam tersebut. Mungkin juga pabrik-pabrik yang didirikan menghasilkan limbah kimia yang merusak alam sekitarnya, sehingga mengganggu kesehatan penduduk maupun segala makhluk hidup disekitarnya. Padahal sumber-sumber alam dan manusia itu adalah faktor utama yang menghasilkan pertumbuhan yang tinggi tersebut. Oleh karena itu, sering kali terjadi bahwa pembangunan yang dianggap berhasil ternyata tidak memiliki daya kelestarian yang memadai.

Akhirnya, kata yang paling akhir dengan melihat realita pembangunan dengan berwawasan kesehatan dan kelestarian lingkungan hidup harus menjadi pemikiran bersama setiap insan bangsa ini untuk lebih intensif dalam menjaga lingkungan walaupun modernisasi dan pembangunan harus terus dijalankan tapi paling tidak dampak negatifnya harus diminimalisir sehingga kelestarian lingkungan tetap terjaga dan kita bisa hidup sehat tanpa tercemar oleh bahan kimia. Walaupun ini sulit tetapi kita harus berusaha untuk menjaganya demi generasi bangsa masa depan yang mungkin tidak akan menikmati kelestariannya.

Bab 4

Pemanasan Global dan Dampaknya pada Kesehatan

4.1 Pendahuluan

Pemanasan global menjadi salah satu permasalahan lingkungan yang dialami secara global yang mendapat perhatian serius di seluruh dunia. Fenomena ini merujuk pada peningkatan suhu rata-rata permukaan bumi akibat peningkatan konsentrasi gas rumah kaca di atmosfer. Pemanasan global memiliki dampak yang luas dan serius terhadap lingkungan, ekosistem, manusia, dan ekonomi global. Pemanasan global adalah suatu proses perubahan suhu rata-rata permukaan bumi yang disebabkan oleh peningkatan konsentrasi gas-gas rumah kaca di atmosfer. Gas-gas ini, seperti karbon dioksida (CO₂), metana (CH₄), dan nitrogen oksida (NO_x), diproduksi oleh aktivitas manusia seperti pembakaran bahan bakar fosil, deforestasi, dan pertanian intensif. Dampak pemanasan global tidak hanya terbatas pada perubahan iklim dan lingkungan, tetapi juga memengaruhi kesehatan manusia dalam berbagai cara.

Dampak dari pemanasan global sangat beragam dan merugikan. Salah satu dampak yang paling terlihat adalah peningkatan suhu rata-rata global, yang mengakibatkan pencairan es di Kutub Utara dan Selatan serta naiknya permukaan air laut. Hal ini berpotensi menyebabkan banjir, terutama di daerah

pesisir, serta mengancam ekosistem laut dan kehidupan laut. Selain itu, perubahan iklim yang cepat dapat mengakibatkan cuaca ekstrem, seperti gelombang panas yang lebih sering dan intens, kekeringan yang lebih parah, dan badai yang lebih kuat.

4.2 Dampak Pemanasan Global terhadap Kesehatan

Pemanasan global mampu memengaruhi kualitas udara. Penyinaran matahari yang lebih kuat dapat memicu pembentukan ozon di permukaan bumi, yang dapat berdampak buruk pada kesehatan pernapasan manusia. Penyakit seperti asma, bronkitis, dan penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) dapat menjadi lebih parah karena polusi udara yang lebih tinggi.

Pemanasan global adalah fenomena perubahan suhu rata-rata Bumi yang disebabkan oleh peningkatan emisi gas rumah kaca di atmosfer. Perubahan iklim yang terkait dengan pemanasan global telah memiliki dampak yang signifikan pada kualitas udara di seluruh dunia. Kualitas udara akibat pemanasan global terhadap kesehatan manusia fokus pada jenis-jenis polutan yang relevan, dampak kesehatan yang ditimbulkan, serta upaya-upaya untuk mengatasi masalah ini.

4.2.1 Jenis-jenis Polutan Udara Akibat Pemanasan Global

Efek yang dapat ditimbulkan oleh pemanasan global adalah meningkatnya polutan di udara bebas (Schraufnagel and Wei, 2020), (Nordahl et al., 2023):

1. Partikulat Udara (PM_{2.5} dan PM₁₀). Partikulat udara adalah butiran-butiran kecil yang terapung di udara dan dapat terhirup oleh manusia. PM_{2.5} (partikulat berukuran 2,5 mikrometer atau lebih kecil) dan PM₁₀ (partikulat berukuran 10 mikrometer atau lebih kecil) adalah jenis partikulat utama yang dapat membawa polutan berbahaya. Pemanasan global dapat memengaruhi distribusi dan komposisi partikulat ini, yang pada gilirannya memengaruhi kualitas udara.
2. Ozon Troposferik (O₃). Ozon troposferik adalah polutan udara yang terbentuk oleh reaksi kimia antara oksida nitrogen (NO_x) dan

senyawa organik volatil (VOC) di bawah pengaruh sinar matahari. Peningkatan suhu akibat pemanasan global dapat meningkatkan pembentukan ozon permukaan, yang merupakan polutan yang berbahaya bagi kesehatan manusia.

3. Oksida Nitrogen (NO_x). NO_x adalah emisi dari kendaraan bermotor, industri, dan pembangkit listrik. Pemanasan global dapat memengaruhi pola sirkulasi atmosfer, yang pada gilirannya memengaruhi distribusi NO_x di udara. NO_x berkontribusi pada pembentukan ozon permukaan dan dapat mengiritasi saluran pernapasan manusia.
4. Senyawa Organik Volatil (VOC). VOC adalah senyawa kimia yang mudah menguap ke udara dan berasal dari berbagai sumber termasuk proses industri, kendaraan, dan tumbuhan. Mereka berkontribusi pada pembentukan ozon troposferik dan dapat berinteraksi dengan polutan lainnya untuk membentuk partikulat udara yang berbahaya.

4.2.2 Dampak Kualitas Udara yang Buruk Akibat Pemanasan Global pada Kesehatan

Masalah kesehatan yang dapat muncul akibat polusi udara akibat pemanasan global dapat terjadi pada beberapa sistem.

Dampak Gangguan Saluran Pernapasan

Salah satu dampak paling nyata dari kualitas udara yang buruk akibat pemanasan global adalah gangguan pada saluran pernapasan manusia. Partikulat udara dan ozon dapat memasuki saluran pernapasan dan menyebabkan iritasi, batuk, asma, dan bahkan meningkatkan risiko infeksi saluran pernapasan atas dan bawah. Anak-anak dan orang dewasa dengan penyakit pernapasan kronis seperti asma dan Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK) adalah kelompok rentan yang paling terpengaruh.

Pemanasan global adalah perubahan suhu rata-rata di Bumi yang disebabkan oleh peningkatan emisi gas rumah kaca. Fenomena ini telah memiliki dampak yang signifikan pada lingkungan, termasuk pengaruhnya terhadap gangguan saluran pernapasan manusia.

Jenis Gangguan Saluran Pernapasan yang Rentan (Pawankar et al., 2020) (Trianisa, Purnomo and Kasiwi, 2020):

1. Asma
Pemanasan global telah terkait dengan peningkatan kejadian asma. Partikulat udara dan peningkatan kadar ozon permukaan dapat memicu serangan asma pada individu yang sudah memiliki penyakit ini.
2. Penyakit Paru Obstruktif Kronis (PPOK)
PPOK adalah gangguan saluran pernapasan kronis yang termasuk bronkitis kronis dan emfisema. Polusi udara yang dihasilkan oleh pembakaran fosil, seperti asap kendaraan bermotor, dapat memperburuk kondisi PPOK.
3. Infeksi Saluran Pernapasan
Pemanasan global dapat menciptakan kondisi yang lebih hangat dan lembab yang mendukung pertumbuhan mikroorganisme penyebab infeksi seperti virus influenza. Hal ini dapat mengakibatkan peningkatan kasus infeksi saluran pernapasan.

Dampak Kardiovaskular

Polusi udara yang buruk juga memiliki dampak serius pada sistem kardiovaskular. Paparan jangka panjang terhadap partikulat udara dan ozon dapat meningkatkan risiko penyakit jantung koroner, serangan jantung, stroke, dan tekanan darah tinggi. Polutan udara dapat memicu peradangan, memengaruhi fungsi pembuluh darah, dan berkontribusi pada pembentukan plak aterosklerosis.

Jenis Penyakit Kardiovaskular yang Terpengaruh (Ravivarma D, 2021):

1. Hipertensi: Peningkatan suhu dan efek stres panas dapat menyebabkan tekanan darah naik. Hipertensi adalah faktor risiko utama untuk penyakit kardiovaskular seperti stroke dan penyakit jantung.
2. Penyakit Jantung Iskemik: Pemanasan global dapat meningkatkan risiko penyakit jantung iskemik, yang mencakup angina dan serangan

jantung. Peningkatan suhu dapat meningkatkan kebutuhan oksigen oleh jantung, yang dapat memicu serangan jantung pada individu yang rentan.

3. Stroke: Perubahan iklim dan gelombang panas dapat menyebabkan dehidrasi dan peningkatan viskositas darah, yang meningkatkan risiko pembekuan darah dan stroke.
4. Gangguan Irama Jantung: Suhu yang ekstrem dapat memicu gangguan irama jantung seperti fibrilasi atrium, yang meningkatkan risiko stroke dan gagal jantung.

Peningkatan Risiko Kematian

Penelitian epidemiologi telah menunjukkan bahwa polusi udara yang buruk akibat pemanasan global berkontribusi pada peningkatan risiko kematian prematur. Orang-orang yang tinggal di daerah-daerah dengan polusi udara tinggi memiliki risiko lebih tinggi untuk mengalami penyakit serius dan memiliki harapan hidup yang lebih pendek (Agius, England and Calleja, 2021).

Kondisi yang dapat memicu kematian:

1. Kematian Langsung Akibat Panas Berlebihan
Peningkatan suhu yang ekstrem dapat menyebabkan kematian langsung akibat panas berlebihan. Ini terutama berlaku pada daerah dengan suhu yang sudah tinggi dan tingkat kelembaban yang rendah.
2. Kematian Akibat Penyakit Menular
Perubahan iklim yang dipicu oleh pemanasan global dapat memengaruhi pola penyebaran penyakit menular seperti malaria dan demam dengue. Penyakit-penyakit ini dapat menyebabkan kematian jika tidak diobati atau diobati terlambat.
3. Kematian Akibat Bencana Alam
Peningkatan kejadian bencana alam terkait iklim dapat mengakibatkan kerusakan fisik, kehilangan nyawa, dan kematian akibat luka-luka. Hal ini terutama berdampak pada daerah yang rentan terhadap bencana.

Dampak pada Kesehatan Anak-anak

Anak-anak adalah kelompok rentan terhadap dampak kualitas udara yang buruk akibat pemanasan global. Paparan polusi udara dapat mengganggu perkembangan paru-paru mereka, meningkatkan risiko asma, dan berdampak negatif pada perkembangan kognitif mereka.

Dampak Pemanasan Global pada Kesehatan Anak (Agius, England and Calleja, 2021):

1. Penyakit Terkait Panas

Anak-anak yang terpapar panas ekstrem berisiko mengalami panas berlebihan atau heatstroke. Kondisi ini dapat mengakibatkan kematian jika tidak segera diobati. Anak-anak juga mungkin mengalami kejang panas dan dehidrasi yang serius.

2. Masalah Pernapasan

Peningkatan polusi udara akibat pemanasan global dapat memperburuk kondisi pernapasan anak-anak yang sudah ada, seperti asma. Polusi udara juga dapat menyebabkan peningkatan kejadian infeksi saluran pernapasan atas pada anak-anak.

3. Gangguan Kesehatan Mental

Anak-anak mungkin mengalami dampak psikologis pemanasan global, termasuk kecemasan, ketakutan akan perubahan iklim yang ekstrem, dan gangguan tidur. Ketidakpastian tentang masa depan lingkungan mereka juga dapat berdampak buruk pada kesejahteraan mental mereka.

4. Penyakit Menular

Perubahan iklim dapat memengaruhi pola penyebaran penyakit menular. Anak-anak sering kali lebih rentan terhadap penyakit seperti malaria dan demam dengue, dan 5.

Efek pada Ibu Hamil

Ibu hamil yang terpapar polusi udara yang buruk dapat mengalami risiko komplikasi kehamilan seperti bayi lahir prematur, berat lahir rendah, dan gangguan perkembangan pada janin.

Dampak Pemanasan Global pada Kesehatan Ibu Hamil (Tsymbalyuk et al., 2022),

1. Kecemasan dan Stres

Ibu hamil dapat mengalami tingkat kecemasan yang lebih tinggi terkait dengan ketidakpastian perubahan iklim dan cuaca ekstrem. Stres yang berkepanjangan dapat berdampak negatif pada kesehatan ibu dan perkembangan bayi yang dikandungnya.

2. Komplikasi Kehamilan

Peningkatan suhu dan panas ekstrem dapat menyebabkan komplikasi kehamilan seperti preeklampsia, yang merupakan tekanan darah tinggi selama kehamilan. Kondisi ini dapat berbahaya bagi kesehatan ibu dan bayi.

3. Risiko Kematian Akibat Panas Berlebihan

Ibu hamil lebih rentan terhadap panas berlebihan (heatstroke), yang dapat menyebabkan kematian jika tidak segera diobati.

4. Gangguan Pernapasan

Peningkatan polusi udara akibat pemanasan global dapat memicu gangguan pernapasan pada ibu hamil, seperti asma atau peningkatan risiko infeksi saluran pernapasan atas.

5. Kelaparan dan Kekurangan Nutrisi

Perubahan iklim yang memengaruhi produksi pangan dapat menyebabkan kekurangan nutrisi pada ibu hamil, yang dapat meningkatkan risiko bayi yang lahir dengan berat badan rendah atau cacat lahir. Perubahan iklim dapat meningkatkan risiko mereka terinfeksi.

Dampak pada Kulit

Paparan polusi udara dapat secara langsung berdampak pada tubuh manusia, terlebih kulit sebagai pelindung pertama tubuh.

Hal yang dapat terjadi pada kulit manusia akibat paparan polusi udara akibat pemanasan global (Williams, 2021), (Balasubramanian, 2023):

1. Dehidrasi Kulit

Peningkatan suhu dan eksposur yang lebih lama terhadap sinar matahari dapat menyebabkan dehidrasi kulit. Ini dapat membuat kulit menjadi kering, kasar, dan pecah-pecah.

2. Peningkatan Paparan UV

Perubahan iklim dapat mengakibatkan peningkatan intensitas sinar Ultraviolet (UV) dari matahari. Paparan UV yang berlebihan dapat menyebabkan kerusakan kulit jangka panjang, seperti penuaan dini, hiperpigmentasi, dan risiko kanker kulit.

3. Reaksi Kulit Sensitif

Perubahan suhu yang tiba-tiba dan ekstrem serta polusi udara yang semakin buruk akibat pemanasan global dapat memicu reaksi kulit sensitif, seperti ruam, kemerahan, atau iritasi.

4. Peningkatan Risiko Kanker Kulit

Peningkatan paparan UV dapat meningkatkan risiko kanker kulit, terutama jika langkah-langkah perlindungan dari sinar matahari tidak diambil dengan serius.

5. Peningkatan Alergi Kulit

Peningkatan kadar karbon dioksida dalam atmosfer dapat memengaruhi komposisi tanaman dan meningkatkan produksi serbuk sari, yang dapat memicu alergi kulit seperti dermatitis kontak.

Gangguan Kesehatan Mental

Dampak pemanasan global juga dapat memengaruhi kesejahteraan mental manusia. Perubahan iklim yang cepat dan ekstrem dapat menyebabkan kecemasan, depresi, dan stres pada individu yang merasakannya. Selain itu, peristiwa cuaca ekstrem seperti badai, banjir, dan kebakaran hutan dapat menyebabkan trauma psikologis yang berkepanjangan. Pemanasan global adalah fenomena perubahan iklim yang telah menjadi masalah serius di seluruh dunia. Selain dampaknya yang jelas terhadap lingkungan fisik, pemanasan global juga memiliki pengaruh yang semakin dikenal terhadap kesehatan mental manusia.

4.2.3 Dampak Pemanasan Global terhadap Vektor Penyakit

Salah satu dampak paling nyata dari pemanasan global adalah peningkatan penyebaran penyakit menular. Perubahan iklim memengaruhi persebaran vektor penyakit seperti nyamuk yang membawa penyakit malaria, demam berdarah, dan Zika. Peningkatan suhu juga memperpanjang musim nyamuk, meningkatkan risiko penularan penyakit ini. Selain itu, perubahan iklim dapat memengaruhi pola hujan, yang pada gilirannya memengaruhi penyebaran penyakit melalui air seperti kolera dan diare (Hastuty et al., 2019)(Wahyuni and Suranto, 2021).

Pemanasan global adalah fenomena perubahan suhu rata-rata planet Bumi yang disebabkan oleh peningkatan konsentrasi gas-gas rumah kaca di atmosfer. Perubahan iklim yang terkait dengan pemanasan global telah menciptakan berbagai dampak ekologis, sosial, dan kesehatan, termasuk pengaruh signifikan pada penyakit menular (Rossiello and Szema, 2019).

1. Malaria

Malaria adalah penyakit menular yang disebabkan oleh parasit *Plasmodium* yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Anopheles*. Pemanasan global memiliki dampak langsung pada penyebaran malaria karena nyamuk *Anopheles* sangat sensitif terhadap perubahan suhu. Beberapa dampak pemanasan global terhadap malaria meliputi:

- a. Peningkatan Penyebaran: Peningkatan suhu memperluas wilayah geografis yang cocok bagi nyamuk *Anopheles*, yang pada gilirannya meningkatkan risiko penularan malaria di daerah yang sebelumnya terbebas dari penyakit ini.
- b. Peningkatan Kasus: Dalam iklim yang lebih hangat, nyamuk *Anopheles* mengalami siklus hidup yang lebih cepat, yang dapat menghasilkan peningkatan kasus malaria dalam populasi manusia.
- c. Perubahan Musim: Pemanasan global juga memengaruhi pola musim hujan dan kemarau, yang berdampak pada kepadatan populasi nyamuk *Anopheles* dan ketersediaan tempat perindukan mereka.

2. Demam Berdarah Dengue

Demam berdarah dengue adalah penyakit yang disebabkan oleh virus dengue yang ditularkan melalui gigitan nyamuk *Aedes aegypti*. Pemanasan global juga memiliki dampak signifikan pada penyebaran penyakit ini:

- a. Peningkatan Keberlanjutan Nyamuk: Pemanasan global dapat memperpanjang musim nyamuk *Aedes aegypti* dan meningkatkan reproduksi mereka, yang pada akhirnya mengarah pada peningkatan penyebaran virus dengue.
- b. Ekspansi Wilayah Penyebaran: Wilayah penyebaran nyamuk pembawa virus dengue dapat berkembang ke daerah yang sebelumnya tidak terpengaruh oleh penyakit ini, termasuk daerah dengan iklim yang lebih sejuk.
- c. Perubahan Pola Penyakit: Pemanasan global juga dapat mengubah pola epidemiologi demam berdarah dengue, meningkatkan kemungkinan adanya wabah yang lebih besar dan lebih sering.

3. Zika Virus

Virus Zika, yang ditularkan oleh nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus*, telah menjadi masalah kesehatan global setelah wabah besar-besaran di Amerika Selatan pada tahun 2015. Pemanasan global berkontribusi pada penyebaran Zika dengan cara berikut:

- a. Perluasan Wilayah Nyamuk Pembawa: Pemanasan global memperluas wilayah geografis di mana nyamuk *Aedes aegypti* dan *Aedes albopictus* dapat bertahan hidup, meningkatkan risiko penularan Zika di wilayah yang lebih luas.
- b. Peningkatan Suhu: Peningkatan suhu mempercepat siklus hidup nyamuk, yang dapat memicu peningkatan jumlah gigitan nyamuk dan penyebaran virus Zika.
- c. Perubahan Perilaku Manusia: Cuaca yang lebih hangat dapat mendorong perilaku manusia, seperti lebih sering berada di luar ruangan dan menggunakan pakaian yang lebih ringan, yang meningkatkan risiko gigitan nyamuk dan penularan Zika.

4.2.4 Kelompok yang Rentan Terdampak Pemanasan Global

Dampak perubahan cuaca akibat pemanasan global dapat terdampak pada penduduk di seluruh belahan dunia, terdapat beberapa kelompok pendudukan yang lebih rentan terimbas oleh masalah cuaca (Abbas and Rehman, 2023):

1. Anak-Anak

Anak-anak adalah kelompok rentan yang sangat terpengaruh oleh pemanasan global. Mereka lebih rentan terhadap panas berlebihan dan penyakit menular yang dipengaruhi oleh perubahan iklim. Kekurangan nutrisi yang disebabkan oleh kerusakan tanaman juga dapat memiliki dampak jangka panjang pada kesehatan anak-anak.

2. Orang Tua

Orang tua, terutama yang memiliki masalah kesehatan yang sudah ada, seperti penyakit jantung atau diabetes, adalah kelompok rentan terhadap panas berlebihan. Mereka juga dapat mengalami kesulitan dalam menghadapi bencana alam atau perubahan iklim yang memengaruhi ketersediaan makanan dan air.

3. Orang Tua yang Rentan

Orang tua yang hidup di daerah yang rentan terhadap bencana alam terkait iklim, seperti banjir atau badai, dapat berisiko tinggi mengalami kematian atau kerugian properti yang signifikan.

4. Masyarakat Miskin

Masyarakat miskin seringkali lebih rentan terhadap dampak pemanasan global karena mereka memiliki akses terbatas terhadap perawatan kesehatan yang memadai, air bersih, dan pangan. Mereka juga mungkin tinggal di daerah yang lebih berisiko terkena bencana alam.

4.3 Upaya untuk Mengatasi Masalah Kualitas Udara yang Buruk Akibat Pemanasan Global

Banyak upaya yang telah dilakukan oleh pemerintahan Indonesia maupun dunia untuk mengatasi masalah yang mengakibatkan buruknya kualitas udara yang diakibatkan oleh pemanasan global (Zannah, 2019) (Khambali, 2019) (Mulyani, 2021):

1. Reduksi Emisi Gas Rumah Kaca:

Upaya utama dalam mengatasi masalah kualitas udara yang buruk akibat pemanasan global adalah mengurangi emisi gas rumah kaca. Ini mencakup langkah-langkah untuk mengurangi penggunaan bahan bakar fosil, mempromosikan energi bersih, dan mengembangkan teknologi ramah lingkungan.

2. Pengendalian Pencemar:

Regulasi dan pengawasan yang ketat terhadap sumber-sumber utama pencemar seperti pabrik dan kendaraan bermotor sangat penting untuk mengurangi paparan polusi udara.

3. Pendidikan Masyarakat:

Pendidikan masyarakat tentang bahaya kualitas udara yang buruk dan cara melindungi diri mereka sendiri adalah langkah penting dalam mengatasi masalah ini.

4. Penggunaan Teknologi Pembersih:

Teknologi pembersih udara seperti filter udara dalam ruangan dan kendaraan yang ramah lingkungan dapat membantu mengurangi paparan polutan.

5. Pengendalian Vektor Penyakit:

Usaha yang dapat dilakukan dengan mengoptimalkan hutan mangrove. Hutan mangrove bermanfaat pada berberapa bagian. Manfaat di bidang ekologi yaitu dari aspek fisika dapat meredam gelombang, menahan lumpur dan mampu menjadi pelindung pantai dari hantaman erosi hal ini karen hutan mangrove memiliki sistem

perakaran yang kuat dan kokoh. Pada Aspek biologi dari ekosistem mangrove mampu berperan sebagai daerah asuhan dan pemijahan. Sedangkan dari aspek kimia adanya hutan mangrove dapat menyerap bahan pencemar khususnya bahan organik serta pemasok bahan organik di perairan, akar mangrove dapat menyerap karbon di atmosfer dan menyimpannya dalam biomassa dan sedimen, hal-hal di atas menunjukkan mangrove sangat berperan dalam mitigasi perubahan iklim global.

Bab 5

Program Pemerintah dalam Mengatasi Kematian Ibu, Bayi dan Anak

5.1 Umum

Salah satu unsur dalam menciptakan kesejahteraan bangsa yaitu dengan mewujudkan suatu program pembangunan secara menyeluruh dan terperinci. Program pembangunan dapat dilakukan melalui berbagai macam aspek, salah satunya program pembangunan kesehatan masyarakat. Program pembangunan kesehatan masyarakat bertujuan untuk memperbaiki status kesehatan masyarakat dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Hal tersebut sejalan dengan tujuan dari Sistem Kesehatan Nasional Tahun 2009 yang berbunyi bahwa setiap kegiatan dan upaya yang dilakukan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya harus dilakukan dengan prinsip non diskriminatif, perlindungan, partisipatif dan berkelanjutan.

Pembangunan berkelanjutan pada program kesehatan masyarakat saat ini sangat diperlukan, terlebih untuk mengatasi angka kematian ibu dan bayi di Indonesia. Menurut Kepala BKKBN angka kematian ibu dan bayi di Indonesia

masih terbilang cukup tinggi. Menurut *World Health Organization* (WHO) 75% kematian ibu hamil dan melahirkan disebabkan oleh adanya pendarahan saat melahirkan, infeksi dan tekanan darah tinggi pada ibu saat masa kehamilan.

Kemajuan tingkat kesehatan di Indonesia dapat digambarkan melalui tingkat Angka Kematian Bayi (AKB). Angka kematian Bayi merupakan salah satu indikator kesehatan pada *Sustainable Development Goals* (SDGs) atau pembangunan berkelanjutan yang menjadi indikator pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN). Tujuan pada SDGs untuk menurunkan angka kematian ibu dan bayi terdapat pada goal ketiga yaitu Good Health and Well-being diharapkan pembangunan berkelanjutan tersebut dapat menurunkan angka kematian bayi yang telah ditargetkan pada tahun 2030, setiap negara diharapkan berpartisipasi dalam upaya menekan angka kematian bayi menjadi 12/1000 Kelahiran Hidup (KH). Disamping itu, pemerintah Indonesia sendiri telah berupaya membuat program yang dapat menurunkan angka kematian ibu dan bayi, program yang telah dibuat oleh pemerintah di antaranya Program Jaminan Persalinan yang telah diluncurkan sejak tahun 2011.

5.2 Permasalahan Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak

Kematian Ibu merupakan kematian seorang wanita saat hamil, melahirkan, atau 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lamanya kehamilan melainkan disebabkan oleh hal-hal yang berhubungan langsung dengan kehamilan dan bukan karena kecelakaan atau faktor kebetulan.. Adapun faktor penyebab kematian ibu disebabkan oleh 2 faktor, yaitu faktor penyebab langsung dan tidak langsung. Penyebab langsung meliputi eklampsia, perdarahan, aborsi, infeksi, dan partus lama. Penyebab tidak langsungnya meliputi status wanita dalam berkeluarga, keberadaan anak, sosial dan budaya, pendidikan, ekonomi, dan kondisi geografis suatu daerah. Angka Kematian Ibu (AKI) menjadi tolak ukur yang penting dalam mengukur tingkat kesehatan negara dan keberhasilan program kesehatan yang telah dilaksanakan.

Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia masih merupakan yang tertinggi di Asia Tenggara serta masih jauh dari target untuk menurunkan AKI menjadi 183 per 100.000 Kelahiran Hidup pada tahun 2024 dan kurang dari kurang dari 70 per 100.000 KH pada tahun 2030. Kondisi ini mengisyaratkan perlunya upaya yang lebih strategis dan komprehensif, karena untuk mencapai target AKI turun menjadi 183 per 100.000 KH tahun 2024 diperlukan paling tidak penurunan kematian ibu sebesar 5,5 % per tahun.

Penyebab kematian langsung kematian ibu adalah gangguan hipertensi dalam kehamilan, pendarahan obstetrik, komplikasi non obstetrik, komplikasi obstetrik lainnya, infeksi yang berkaitan dengan kehamilan dan penyebab lain. Penyebab kematian ibu ini menunjukkan bahwa kematian maternal dapat dicegah apabila cakupan pelayanan diikuti dengan mutu pelayanan yang baik, peningkatan capaian pelayanan kesehatan ibu yang tidak disertai dengan perbaikan angka kematian ibu, mengindikasikan belum optimalnya kualitas pelayanan maternal.

Fenomena tiga terlambat masih terjadi, yakni terlambat pengambilan keputusan untuk dirujuk ke fasyankes yang tepat, terlambat sampai ke tempat rujukan, dan terlambat ditangani dengan tepat. Untuk itu, harus dibangun sinergi dan sistem rujukan yang kuat antara Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) atau Puskesmas dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKRTL) atau Rumah Sakit, termasuk peningkatan kompetensi SDM pelayanan maternal. Penguatan Puskesmas PONED (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Dasar) dan RS PONEK (Pelayanan Obstetri Neonatal Emergency Komprehensif) 24 jam selama 7 hari perlu dilakukan termasuk kemampuan SDM untuk memberikan pelayanan PONED dan PONEK. Selain itu Rumah Sakit juga perlu melakukan audit kematian khususnya maternal perinatal untuk mengetahui penyebab kematian ibu dan bayi baru lahir serta melakukan intervensi sesuai penyebabnya.

Indikator kematian anak yang direfleksikan melalui angka kematian balita, angka kematian bayi, dan angka kematian neonatal, menunjukkan perbaikan sejak tahun 1990. Penyebab kematian neonatal terbanyak adalah komplikasi kejadian intrapartum, gangguan respiratori dan kardiovaskuler, Berat Badan Lahir Rendah (BBLR), prematur, kelainan kongenital dan infeksi. Kematian neonatal dan balita juga paling banyak terjadi di rumah sakit. Penyebab utama kematian bayi adalah gangguan yang terjadi pada masa perinatal, kelahiran kongenital dan genetik, pneumonia, diare dan infeksi gastrointestinal lainnya, viral hemorrhagic fever, meningitis, gangguan undernutrisi dan metabolik.

5.3 Program dan Upaya Pemerintah dalam Meningkatkan Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak

Program perencanaan pembangunan nasional dalam menurunkan angka kematian ibu dan bayi di Indonesia terus ditingkatkan oleh pemerintah. Program tersebut harus dijalankan berdasarkan UU No 25 tahun 2004 yang merupakan bentuk tata cara perencanaan pembangunan yang dapat menghasilkan program pembangunan dalam jangka panjang, jangka menengah dan jangka tahunan yang dilaksanakan oleh pemerintah daerah hingga pemerintah pusat. Program perencanaan pembangunan dalam upaya menurunkan angka kematian ibu dan kematian bayi perlu disusun secara sistematis dan terpadu. Beberapa program telah dilakukan sebagai upaya menurunkan angka kematian ibu dan kematian bayi di Indonesia namun, masih belum mencapai target yang ditentukan oleh pemerintah dan badan kesehatan dunia maupun nasional. Oleh sebab itu, hingga saat ini pemerintah masih berupaya menangani permasalahan kesehatan pada ibu dan anak, terlebih negara Indonesia merupakan negara berkembang dan banyak daerah yang masih sulit mendapatkan fasilitas kesehatan yang layak.

Arah kebijakan dan strategi pembangunan kesehatan nasional (2020-2024) merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari Rencana Pembangunan Jangka Panjang Bidang Kesehatan (RPJPK) tahun 2005-2025. Dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2020-2024, sasaran yang ingin dicapai adalah meningkatkan derajat kesehatan dan status gizi masyarakat melalui upaya kesehatan dan pemberdayaan masyarakat yang didukung perlindungan finansial dan pemerataan pelayanan kesehatan. Salah satu agenda utama *Sustainable Development Goals* (SDGs) adalah menurunkan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). Keberhasilan SDGs ini tidak dapat dilepaskan dari peranan penting pemerintah.

Dalam rangka menurunkan AKI dan AKB upaya yang dilakukan Kementerian Kesehatan adalah dengan memastikan bahwa setiap ibu memiliki akses dalam memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas, yang meliputi pelayanan kesehatan ibu hamil, pertolongan persalinan oleh tenaga kesehatan terlatih, perawatan masa nifas bagi ibu dan bayi, perawatan khusus dan rujukan apabila

terdapat komplikasi, serta pelayanan KB. Berdasarkan Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 tahun 2023 dalam memberikan pelayanan kesehatan ibu, bayi dan anak terdapat beberapa upaya pemerintah di antaranya sebagai berikut:

1. Upaya kesehatan ibu dan anak untuk melahirkan anak yang sehat, cerdas dan berkualitas serta menurunkan angka kematian ibu yang dilakukan pada masa sebelum hamil, masa kehamilan, persalinan dan pasca persalinan
2. Setiap ibu berhak memperoleh akses ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang sesuai standar, aman, bermutu dan terjangkau
3. Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab menyediakan Pelayanan Kesehatan ibu yang sesuai dengan, aman, bermutu dan terjangkau
4. Upaya Kesehatan ibu menjadi tanggung jawab dan kewajiban bersama bagi keluarga, masyarakat, Pemerintah Daerah dan Pemerintah Pusat
5. Upaya kesehatan bayi dan anak ditujukan untuk menjaga bayi, anak tumbuh dan berkembang dengan sehat, cerdas dan berkualitas serta menurunkan angka kesakitan, kematian dan kedisabilitas bayi dan anak
6. Upaya Kesehatan bayi dan anak dilakukan sejak masih dalam kandungan, dilahirkan, setelah dilahirkan sampai usia sebelum 18 tahun
7. Upaya kesehatan bayi dan anak termasuk skrining bayi baru lahir dan skrining kesehatan lainnya
8. Pemerintah Pusat, pemerintah daerah, keluarga dan masyarakat bertanggung jawab atas penyelenggaraan upaya kesehatan bayi, anak yang sesuai dengan standar, aman, bermutu dan terjangkau

Adapun program pelayanan yang telah ditetapkan adalah sebagai berikut:

1. Pelayanan kesehatan ibu hamil
2. Pelayanan imunisasi tetanus bagi wanita usia subur dan ibu hamil
3. Pemberian tablet tambah darah

4. Pelayanan kesehatan ibu bersalin
5. Pelayanan kesehatan ibu nifas
6. Penyelenggaraan kelas ibu hamil
7. Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)
8. Pelayanan KB
9. Optimalisasi kegiatan Posyandu
10. Pemeriksaan HIV dan Hepatitis B
11. Program *Expanding Maternal and Neonatal Survival* (EMAS) yang diadakan pemerintah menitikberatkan pertolongan gawat darurat pada ibu yang akan melahirkan dengan menggunakan teknologi untuk menghubungkan antara ibu dan rumah sakit rujukan saat akan melahirkan.
12. Pembinaan dan Pengembangan Kader dari masyarakat

Sedangkan menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 Tahun 2014 program upaya peningkatan kesehatan anak terdiri dari:

1. Pelayanan kesehatan janin dalam kandungan
2. Pelayanan Kesehatan bayi baru lahir
3. Pelayanan Kesehatan bayi, balita, anak prasekolah
4. Pelayanan Kesehatan anak usia sekolah dan remaja
5. Perlindungan kesehatan anak

Bab 6

Peran Perawat dalam Mengatasi Kematian Ibu, Bayi dan Anak

6.1 Pendahuluan

Upaya peningkatan kesehatan ibu, bayi dan anak adalah upaya di bidang kesehatan yang menyangkut pelayanan dan pemeliharaan ibu hamil, ibu bersalin, ibu menyusui, bayi dan anak balita serta anak prasekolah

Kesehatan ibu, bayi dan anak merupakan harapan masa depan bagi semua orang. Dari dahulu hingga sekarang ini masalah kesehatan ibu dan anak masih kurang diperhatikan yang dipengaruhi oleh beberapa faktor tertentu, situasi dan kondisinya. Masalah kesehatan ibu dan anak merupakan masalah yang perlu diperhatikan lebih karena masalah itu merupakan yang memengaruhi generasi muda yang akan terbentuk.

6.2 Faktor-faktor yang Memengaruhi Kesehatan Ibu, Bayi dan Anak

Berikut faktor-faktor yang memengaruhi Kesehatan ibu, bayi dan anak:

1. Faktor Kesehatan

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

2. Faktor Kebudayaan

Pengaruh budaya sangat menentukan status kesehatan anak, di mana terdapat keterkaitan secara langsung antar budaya dan pengetahuan. Budaya dimasyarakat dapat juga menimbulkan penurunan kesehatan ibu dan anak, misalnya terdapat beberapa budaya budaya dimasyarakatnya padahal justru budaya tersebut menurunkan kesehatan.

3. Faktor Keluarga

Faktor keluarga dapat menentukan keberhasilan status kesehatan anak dan dukungan kepada ibu. Pada anak, peningkatan status kesehatan anak juga terkait langsung dengan peran dan fungsi keluarga terhadap anaknya, seperti membesarkan anak, memberikan dan menyediakan makanan, melindungi kesehatan, memberikan perlindungan secara psikologis, dll

6.3 Definisi dalam Menjadi Penyebab Kematian Ibu

Kematian ibu adalah kematian dari setiap wanita waktu hamil, persalinan dan dalam 90 hari sesudah berakhirnya kehamilan oleh sebab apapun, tanpa memperhitungkan tuanya kehamilan dan tindakan yang dilakukan untuk mengakhiri kehamilan (WHO). Angka Kematian Ibu (AKI) adalah banyaknya kematian perempuan pada saat hamil atau selama 42 hari sejak terminasi

kehamilan tanpa memandang lama dan tempat persalinan, yang disebabkan karena kehamilannya/pengelolaannya, dan bukan karena sebab-sebab lain, per 100.000 kelahiran hidup

Beberapa faktor yang menyebabkan kematian ibu, yaitu:

1. Penyebab langsung

a. Faktor Reproduksi (Usia)

Dalam kurun reproduksi sehat dikenal bahwa usia aman untuk kehamilan dan persalinan adalah 20-30 tahun. Kematian maternal pada wanita hamil dan melahirkan pada usia dibawah 20 tahun ternyata 2-5 kali lebih tinggi daripada kematian maternal yang terjadi pada usia 20-29 tahun. Kematian maternal meningkat kembali setelah usia 30-35 tahun.

b. Komplikasi Obstetri

Penyebab Kematian Ibu adalah perdarahan, eklamsia, atau gangguan akibat tekanan darah tinggi saat kehamilan, partus lama, komplikasi, aborsi, dan infeksi. Perdarahan, yang biasanya tidak biasa diperkirakan dan terjadi secara mendadak, bertanggung jawab atas 28% kematian ibu, sebagian besar kasus perdarahan dalam masa nifas terjadi karena perdarahan post partum, retensio plasenta dan atonia uteri. Hal ini mengindikasikan kurang baiknya manajemen tahap ketiga proses kelahiran dan pelayanan emergensi obstetric dan perawatan neonatal yang tepat waktu.

1) Perdarahan Post Partum adalah perdarahan yang terjadi dalam 24 jam setelah persalinan berlangsung. Perdarahan post partum dibagi menjadi dua bagian yaitu:

a) Perdarahan post partum primer

Perdarahan post partum primer terjadi dalam 24 jam pertama. Penyebab utama perdarahan post partum primer adalah atonia uteri, retensio plasenta, sisa plasenta, dan robekan jalan lahir. Terbanyak dalam 2 jam pertama

b) Perdarahan Post Partum sekunder

- [1]. Berdasarkan post partum sekunder terjadi 24 jam pertama, penyebab utama perdarahan post partum sekunder adalah robekan jalan lahir dan sisa plasenta dan membran.
- [2]. Perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri atau sisa plasenta sering berlangsung banyak dan cepat, renjatan karena perdarahan banyak segera akan disusul dengan kematian maternal, jika masalah ini dapat diatasi secara tepat dan tepat oleh tenaga yang terampil dan fasilitas pelayanan kesehatan dan memadai

2) Eklamsia

Eklamsia merupakan penyebab utama kedua kematian ibu, yaitu 13 % kematian ibu di Indonesia (rata-rata dunia 12%). Pemantauan kehamilan secara teratur sebenarnya dapat menjamin akses terhadap perawatan yang sederhana dan murah yang dapat mencegah kematian ibu karena eklamsia.

3) Aborsi yang tidak aman

Aborsi yang tidak aman bertanggung jawab terhadap 11% kematian ibu di Indonesia (rata-rata dunia 13%) kematian ini sebenarnya dapat dicegah jika perempuan mempunyai akses terhadap informasi pelayanan kontrasepsi serta perawatan terhadap komplikasi aborsi.

4) Prevalensi pemakai alat-alat kontrasepsi

Kontrasepsi modern memainkan peran penting untuk menurunkan kehamilan yang tidak diinginkan SDKI, 2022-2023 menunjukkan bahwa kebutuhan yang tidak terpenuhi (unmet need) dalam pemakaian kontrasepsi masih tinggi, yaitu 9% dan tidak mengalami banyak perubahan sejak 1997. Angka pemakaian kontrasepsi (contraceptive Prevalence Rate) di Indonesia naik dari 50,5 % pada 1992 menjadi

54,2% pada 2002. Untuk indicator yang sama, SDKI 2002-2003 menunjukkan angka 60,3 %.

5) Sepsis

Sepsis sebagai factor penting lain penyebab kematian ibu karena kebersihan (hygiene) yang buruk pada saat persalinan atau karena penyakit menular akibat hubungan sek yang tidak diobati. Sepsis ini berkontribusi pada kematian ibu (rata-rata dunia 15%). Deteksi dini terhadap infeksi selama kehamilan, persalinan yang bersih, dan perawatan selama nifas yang benar dapat menanggulangi masalah ini. Partus lama, yang berkontribusi bagi 9% kematian ibu (rata-rata dunia 8%) sering diusebabkan oleh disporporsi *cephalopelviv*, kelainan letak dan gangguan kontraksi uterus

6) Pertolongan persalinan oleh petugas kesehatan terlatih

Pola Penyebab kematian diatas menunjukkan pelayanan menunjukkan bahwa pelayanan obstetric dan neonatal darurat serta pertolongan persalinan oleh kesehatan tenaga terlatih menjadi sangat penting dalam upaya penurunan kematian ibu. Walaupun sebagian perempuan sebagian besar perempuan bersalin di rumah, tenaga terlatih dapat membantu mengenali kegawatan medik dan membantu keluarga untuk mencari perawatan darurat. Proporsi persalinan yang ditolong bolah tenaga kesehatan yang terlatih terus meningkat dari 40,7% pada 1992 terjadi 68,4% pada 2002 akan tetapi proporsi ini bervariasi antar provinsi dengan sulawesi tenggara, sebagai yang terendah yaitu, 35%, dan DKI Jakarta yang tertinggi yaitu 96% 2002. Proporsi ini juga berbeda cukup jauh mengikuti tingkat pendapatan. Pada ibu dengan pendapatan lebih tinggi 89,2% kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan sementara pada golongan pendapatan rendah 21,3%. Hal ini menunjukkan tidak meratanya akses finansial terhadap pelayanan kesehatan dan tidak meratanya distribusi tenaga terlatih terutama bidan.

2. Penyebab tidak langsung

Risiko kematian ibu dapat diperparah oleh adanya anemia dan penyakit menular seperti malaria, *Tuberculosis* (TB), hepatitis, dan HIV/AIDS. Anemia pada ibu hamil mempunyai dampak kesehatan terhadap ibu dan anak dalam kandungan, meningkatkan risiko keguguran, kelahiran premature, bayi dengan BBLR, serta sering menyebabkan kematian ibu dan bayi baru lahir. Factor lain yang berkontribusi adalah Kekurangan Energi Kronik (KEK).

Tingkat social tinggi, tingkat pendidikan, faktor budaya, dan akses terhadap sarana kesehatan dan transportasi juga berkontribusi secara tidak langsung terhadap kematian dan kesakitan ibu. Situasi ini diidentifikasi sebagai 3 T (terlambat)

- a. Terlambat deteksi bahaya dini selama kehamilan, persalinan dan nifas serta dalam mengambil keputusan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ibu dan neonatal
 - b. Terlambat merujuk ke fasilitas kesehatan karena kondisi geografis dan sulitnya transportasi
 - c. Terlambat mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai di tempat rujukan
- ## 3. Penyebab kematian juga bisa bersumber dari aspek medis, sosial, budaya, dan agama:
- a. Aspek medis meliputi:
 - Perdarahan (45,2%, eklamsia (12,9%), komplikasi aborsi (11,1%), sepsis postpartum (9,6%), persalinan lama (6,5%), anemia (1,6%) dan penyebab tidak langsung (14,1%)
 - b. Aspek sosial antara lain:
 - 1) Suami atau keluarga tidak mengetahui dan tidak tanggap terhadap kondisi setiap ibu hamil yang berisiko
 - 2) Sikap individualistic masyarakat yang menganggap kelahiran adalah tanggung jawab keluarga saja
 - 3) Anggaran untuk kesehatan ibu hamil dan ibu bersalin dalam rumah tangga masih dianggap tidak penting

- 4) Pelayanan persalinan yang tidak terjangkau oleh masyarakat kurang mampu
- c. Aspek Agama, antara lain:
 - 1) Menganggap krisis selama persalinan merupakan hal yang biasa karena meninggal setelah bersalin adalah mati syahid
 - 2) Menganggap hamil dan bersalin sebagai kodrat perempuan: tidak memperlakukan khusus bumil dan bulin
 - 3) Jarangnya kajian agama yang memperbaharui anggapan tentang peran suami/masyarakat dalam membantu bumil dan bulin
 - 4) Saling memimpin agama yang cenderung mempunyai banyak anak (melakukan 4 terlalu: sering, muda, banyak, tua)
- d. Aspek Budaya:
 - 1) Terlalu banyak tabu yang merugikan bumil dan bulin, baik dalam makan maupun sikap
 - 2) Hamil dan persalinan dianggap peristiwa yang alami yang biasa
 - 3) Suami tidak sensitif: beban kerja rumah tangga bumil dan bulin dan tanggung jawabnya mencari nafkah
 - 4) Adanya bias gender: proses pengambilan keputusan masih di tangan laki-laki, yakni suami, bapak, mertua, bahkan untuk keperluan pemeriksaan kehamilan.

6.4 Definisi dan Penyebab Kematian Bayi dan Anak

Sebagian besar penyebab kematian bayi adalah masalah yang terjadi pada bayi baru lahir/neonatal (umur 0-28 hari). Masalah neonatal ini meliputi asfiksia (kesulitan bernafas saat lahir), bayi baru lahir rendah (BBLR) dan infeksi. Diare dan pneumonia merupakan penyebab kematian berikutnya pada bayi dan balita, disamping penyakit lainnya serta kontribusi masalah gizi.

Kematian anak 91-4 Tahun) disini adalah penduduk yang berusia satu sampai menjelang 5 tahun atau tepatnya 1 sampai dengan 4 tahun 11 bulan 29 hari. angka kematian anak mencerminkan kondisi kesehatan lingkungan yang langsung memengaruhi tingkat kesehatan anak. Angka kematian anak akan tinggi bila terjadi keadaan salah gizi atau gizi buruk, kebersihan diri dan kebersihan buruk.

Ada beberapa Masalah kesehatan pada bayi dan anak, yaitu:

1. Masalah pada neonatus

Masalah utama penyebab kematian pada bayi dan balita pada masa neonates (0-28 hari). Komplikasi yang menjadi penyebab kematian terbanyak adalah asfiksia, bayi berat lahir rendah dan infeksi. Komplikasi ini sebetulnya dapat dicegah dan ditangani namun terkendala oleh akses ke pelayanan kesehatan, kemampuan tenaga kesehatan, keadaan social ekonomi, system rujukan yang belum berjalan dengan baik, terlambatnya deteksi dini dan kesadaran orang tua untuk mencari pertolongan kesehatan.

2. Penyakit infeksi

Adalah penyakit infeksi, diare dan pneumonia, pencegahan deteksi dini serta penanganan yang cepat dan tepat dapat menekan kematian yang diakibatkan penyakit ini diare erat kaitannya dengan perilaku hidup bersih dan sehat, ketersediannya air bersih serta sanitasi dasar. Pneumonia berkaitan erat dengan indoor and outdoor pollution (polusi di dalam dan diluar ruangan) ventilasi, kepadatan hunian, jenis bahan bakar yang dipakai, kebiasaan merokok, status gizi dan status imunisasi dan lama pemberian ASI.

3. Gizi Kurang dan gizi buruk

Gangguan pertumbuhan akibat gizi buruk tidak hanya terjadi di daerah yang kurang pangan Tidak hanya juga terjadi pada keluarga dengan kondisi social ekonomi rendah.

4. Penyebab kematian pada bayi secara tidak langsung, antara lain social ekonomi rendah, pendidikan ibu, kondisi social budaya yang tidak mendukung, kedudukan dan peran perempuan yang tidak

mendukung, akses sulit, serta perilaku perawatan bayi dan anak yang tidak sehat

6.5 Upaya Pemerintah Terkait Kebijakan untuk menurunkan Angka Kematian Ibu, Bayi dan Anak

Pemerintah berupaya untuk menurunkan angka kematian ibu, bayi dan anak, di antaranya:

1. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan pemerintah pelayanan kesehatan
Salah satu upaya adalah dengan meletakkan dasar pelayanan kesehatan pada sector pelayanan dasar
2. Meningkatkan status gizi masyarakat
Meningkatkan status gizi dapat memperbaiki status kesehatan, dengan pemerintah gizi yang baik diharapkan dapat memperbaiki status kesehatan
3. Meningkatkan peran serta masyarakat
Upaya yang dilakukan melalui peran serta masyarakat dengan program kesehatan seperti; pelayanan imunisasi, penyediaan air bersih, sanitasi lingkungan, perbaikan gizi, dll
4. Meningkatkan manajemen kesehatan
Beberapa kegiatan pemerintah dalam mengatasi kematian ibu, bayi dan anak:
 - a. Mendorong bpara ibu melakukan pemeriksaan kehamilan dan nifas pada bidan atau petugas kesehatan lainnya
 - b. Mendorong para ibu melahirkan ditolong oleh petugas kesehatan
 - c. Mempersiapkan suami ibu hamil untuk mendukung kehamilan dan persalinan
 - d. Mendorong diadakannya tabuli

- e. Mempersiapkan angkutan bayi ibu hamil atau ambulance desa
- f. Mempersiapkan calon donor darah
- g. Mendorong para ibu dan petugas kesehatan menggunakan buku KIA sebagai sumber informasi dan alat untuk pemeriksaan dan pencatatan kesehatan ibu dan anak
- h. Mendorong para ibu mengikuti kelas para ibu hamil dan ibu balita
- i. Membantu kesiagaan petugas kesehatan

6.6 Peran Perawat dalam Mendukung Pemerintah dalam Mengatasi Kematian Ibu, Bayi Dan Anak

Peran perawat adalah segenap kewenangan yang dimiliki oleh perawat untuk menjalankan tugas dan fungsinya sesuai dengan kompetensi yang dimilikinya. Secara umum peran perawat dibagi menjadi:

1. Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan
Peran ini dapat dilakukan perawat dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan.
2. Peran sebagai advokasi pasien
Peran ini dilakukan perawat dalam membantu pasien dan keluarganya dalam menginterpretasikan berbagai informasi dari pemberi pelayanan atau informasi lain khususnya dalam pengambilan persetujuan atas tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Juga dapat berperan mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien yang meliputi hak atas pelayanan sebaik-baiknya, hak atas informasi tentang penyakitnya dan hak privasi.
3. Peran educator
Peran ini dilakukan dengan membantu pasien dalam meningkatkan tingkat pengetahuan kesehatan, gejala penyakit bahkan tindakan yang

diberikan, sehingga terjadi perubahan perilaku dari pasien setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

4. Peran Koordinator

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

5. Peran kolaborator

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

6. Peran konsultan

Perawat berperan sebagai tempat konsultasi terhadap masalah atau tindakan keperawatan yang tepat untuk diberikan.

7. Peran pembaharu

Peran ini dapat dilakukan dengan mengadakan perencanaan, kerjasama, perubahan yang sistematis dan terarah sesuai dengan metode pemberian pelayanan keperawatan

Peran perawat dalam membantu pemerintah mengatasi kematian ibu, anak dan bayi, antara lain:

1. Hindari 4 T

Perawat memberikan pengetahuan mengenai 4T adalah terlalu tua, terlalu muda, terlalu banyak dan terlalu dekat. 4T seringkali menjadi pemicu kematian ibu sehingga harus dihindari.

2. Laksanakan Antenatal Care (ANC)

ANC dilakukan sebagai upaya untuk memelihara dan scrining risiko kehamilan secara dini sehingga akan dilakukan intervensi yang tepat dan segera apabila ditemukan permasalahan pada kehamilan ibu. ANC yang baik yaitu: min 1 kali pada trimester 1, min 1 kali

trimester 2, dan min 2 kali trimester 3. Berikut standar pelayanan ANC yang dapat dilakukan perawat kepada ibu hamil:

- a. Menimbang berat badan
- b. Menukur tekanan darah
- c. Mengukur tinggi fundus uteri
- d. Memberikan imunisasi TT
- e. Memberikan tablet zat besi
- f. Tes terhadap penyakit menular seksual
- g. Temu wicara dalam rangka persiapan rujukan

3. Pemenuhan gizi Ibu Hamil

Pola konsumsi yang baik oleh ibu hamil harus dilakukan untuk menunjang kesehatan baiksaat hamil, melahirkan hingga menyusui. Makan dengan pola gizi seimbang lebih banyak daripada sebelum hamil, disarankan untuk bertanya tentang makanan bergizi saat pemeriksaan kehamilan.

4. Perawatan Diri Sehari-hari

- a. Mandi 2x sehari dengan sabun
- b. Gosok gigi setelah sarapan dan sebelum tidur
- c. Memotong kuku setidaknya 1x seminggu
- d. Setelah kanadungan 4 bulan, seringlah dielus – elus perut dan ajak bicara bayi di dalam kandungannya
- e. Kurangin kerja berat
- f. Istirahat berbaring minimal 1 jam di siang hari
- g. Sebaiknya ibu tidur pakai kelambu, jangan memakai obat nyamuk bakar/semprot

5. Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan

Persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan akan lebih melaksanakan standar pelayanan minimal persalinan sehingga dapat meminimalisir kejadian berisiko ketika persalinan

6. Pemberian ASI Eksklusif Pada Bayi

ASI merupakan makanan yang mengandung zat gizi sempurna bagi bayi. ASI akan membuat imunitas bayi menjadi optimal, sehingga mencegah dari berbagai penyakit. Bayi hanya diberikan ASI saja dari

umur 0 – 6 bulan, usia 6 bulan keatas dilanjutkan ASI hingga umur 2 tahun sembari didampingi dengan makanan pendamping ASI (MPASI)

7. Pelaksanaan Desa Siaga

Desa siaga adalah desa yang penduduknya memiliki kesiapan sumber daya dan kemampuan untuk mengatasi masalah mandiri dalam rangka mewujudkan desa sehat. Ciri-ciri desa siaga:

- a. Memiliki pemimpin dan atau tokoh masyarakat yang peduli terhadap kesehatan
- b. Memiliki organisasi kemasyarakatan yang peduli kepada kesehatan masyarakat desa
- c. Memiliki berbagai upaya kesehatan bersumber masyarakat
- d. Memiliki Poskesdes yang berfungsi memberikan pelayanan kesehatan dasar
- e. Memiliki system surveilans (gizi, penyakit, kesling, PHBS) yang berbasis masyarakat
- f. Memiliki system kegawatdaruratan
- g. Memiliki system pembiayaan kesehatan (mandiri) berbasis masyarakat

Perawat sebagai ujung tombak tenaga kesehatan di masyarakat tentu harus juga dipersiapkan dalam pelaksanaan desa siaga:

1. Sebagai pemberi pelayanan baik langsung maupun tidak langsung dengan pendekatan pada proses keperawatan
2. Sebagai pendidik, perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada klien yang berisiko tinggi atau dan kader kesehatan

Bab 7

Peran Perawat dalam Mengatasi Kejadian Luar Biasa di Bidang Kesehatan dan Kasus- kasus Penyakit Baru

7.1 Pendahuluan

Sistem Pelayanan Kesehatan yang merevolusi dasar pemikiran perlindungan sosial yang ada. Hal ini menekankan bahwa, penting untuk melatih para profesional yang terintegrasi ke dalam “pengetahuan”, dan juga bersiap menghadapi perubahan saat ini dan masa depan dalam profesi keperawatan. Tinjauan dilakukan berdasarkan klasifikasi dan analisis Sistem Kesehatan dan Keperawatan. Hal ini memungkinkan pembangunan dua kategori tematik. Yang pertama adalah “Layanan Kesehatan” yang membahas kursus pelatihan kesehatan untuk pencegahan, sedangkan yang kedua berkaitan dengan Pendidikan Keperawatan, yang merupakan kerangka kerja berbasis kompetensi.

Kode Etik Dewan Perawat Internasional (ICN) (2021) menyoroti pentingnya perilaku etis dan moral perawat dalam praktik keperawatan. Moralitas berkaitan dengan tindakan individu yang benar atau membedakan antara benar dan salah, baik dan buruk, serta prinsip etika. Untuk mencegah kerusakan pada pasien dan menjaga integritas moral, perawat profesional harus terlibat dalam tindakan etis dan moral.

Tekanan dan cedera moral dapat terjadi ketika perawat mengalami situasi yang sulit secara etis dan moral. Tekanan moral didefinisikan sebagai gejala psikologis yang terjadi ketika perawat mengetahui tindakan yang secara moral benar untuk dilakukan tetapi tidak mampu melaksanakannya. Sementara itu, paparan kronis terhadap tekanan moral dapat berkembang menjadi cedera moral, yang bermanifestasi sebagai masalah kesehatan mental dan fungsi yang buruk. Akibatnya, kesejahteraan dan kemampuan perawat dalam memberikan perawatan pasien yang berkualitas akan terganggu.

7.2 Peran Perawat

Peran perawat Indonesia dalam mengatasi dampak bencana adalah peningkatan keterampilan, kemampuan diri, minat dan bakat, intelektual, kerjasama atau tim dan motivasi perlu dipersiapkan untuk mendukung penanggulangan bencana; secara psikologis perawat perlu dipersiapkan berupa kemampuan kognitif, intelektual, minat, sikap, pendidikan, keterampilan klinis, dan pemahaman penyelamatan dengan prinsip-prinsip dasar dukungan psikososial, (Doondori, A. K., & Paschalia, Y. P. (2021). Perawat adalah pahlawan tanpa tanda jasa yang mengambil peran kepemimpinan dan melakukan peran di luar lingkup praktik keperawatan yang biasa mereka lakukan.

Perawat mempunyai tugas sebuah panggilan, untuk menjawab panggilan merawat pasien. Ini adalah pengambilan keputusan yang mendasar jawab telepon, pergi ke tempat kerja, dan lakukan pekerjaan sebaik mungkin, sambil memberikan dukungan keuangan kepada keluarga. Ya, itu berisiko dan tidak pasti, serta menimbulkan kecemasan. Tapi itu juga mulia dan terhormat. Dan dibutuhkan, esensial, penting, dan unik. Setiap hari keputusan Anda penting. Momen dalam sejarah ini adalah momen yang menentukan, dan terus menjawab panggilan tersebut karena tempat kerja membutuhkan Anda.

Kepemimpinan yang efektif dalam keperawatan sangat penting untuk menciptakan lingkungan kerja yang menyenangkan, meningkatkan produktivitas kerja di kalangan perawat, dan memastikan pemberian layanan asuhan keperawatan berkualitas tinggi. Gaya kepemimpinan ini menjadi lebih penting dalam lingkungan kerja dengan tingkat ketajaman dan tekanan tinggi seperti ruang gawat darurat, di mana perawat sering menghadapi situasi yang sensitif terhadap waktu, kompleks, dan kritis yang memerlukan pengambilan keputusan dan kerja tim yang cepat. Dalam keadaan yang menuntut seperti ini, kepemimpinan yang efektif, khususnya kepemimpinan transformasional, dapat memainkan peran penting dalam membimbing dan mendukung staf keperawatan, memungkinkan mereka untuk menavigasi tantangan ini dan mempertahankan pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas.

Kepemimpinan transformasional adalah jenis kepemimpinan yang menekankan pada membangun hubungan yang kuat dan mendorong pertumbuhan dan motivasi di antara para pengikutnya. Menurut Bass dan Avolio, kepemimpinan transformasional mencakup beberapa elemen kunci yang berkontribusi terhadap efektivitasnya dalam keperawatan.

1. Pertama, melalui motivasi inspiratif, pemimpin menginspirasi dan memotivasi perawat, menanamkan tujuan dan dedikasi untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi.
2. Kedua, stimulasi intelektual melibatkan pemimpin yang mendorong pemikiran kritis dan pemecahan masalah inovatif di kalangan perawat, membekali mereka untuk beradaptasi dengan situasi yang berubah dengan cepat.
3. Ketiga, pertimbangan individual mengharuskan para pemimpin mengenali beragam kebutuhan dan kekuatan pengikut mereka, mendorong pertumbuhan profesional dan kepuasan kerja mereka.
4. Terakhir, pengaruh ideal melibatkan pemimpin yang menginspirasi kepercayaan dan rasa hormat, menetapkan budaya keunggulan dan keselamatan pasien dalam lingkungan layanan kesehatan (Labrague, L. J. (2023).

Kepuasan kerja diakui secara luas sebagai faktor signifikan yang memengaruhi hasil perawat dan keselamatan pasien. Pemimpin transformasional secara efektif menginspirasi dan memotivasi perawat dengan menetapkan visi yang

menarik, mendorong lingkungan kerja yang menyenangkan, dan memberikan contoh standar etika yang tinggi, sehingga menanamkan rasa makna dalam pekerjaan mereka. Melalui tindakan ini, pemimpin transformasional mengakui dan mendukung kebutuhan unik dan pertumbuhan setiap perawat, menciptakan suasana nilai dan penghargaan yang meningkatkan kepuasan kerja. Perilaku ini secara kolektif berkontribusi terhadap penciptaan iklim kerja yang menguntungkan, yang selanjutnya menumbuhkan kepuasan kerja di kalangan perawat. Tingkat kepuasan kerja yang tinggi, pada gilirannya, diketahui menumbuhkan keterlibatan tinggi, motivasi, dan komitmen perawat yang memberikan asuhan keperawatan yang aman dan berkualitas. Laporan penelitian menunjukkan bahwa perawat yang sangat puas lebih cenderung untuk secara aktif terlibat dalam pembelajaran berkelanjutan dan pengembangan profesional, tetap mengikuti perkembangan praktik berbasis bukti dan memberikan perawatan yang aman dan berbasis bukti.

7.3 Beberapa peran Perawat dalam Mengatasi Kejadian Luar Biasa di Bidang Kesehatan

Perawat adalah pahlawan tanpa tanda jasa yang mengambil peran kepemimpinan dan melakukan peran di luar lingkup praktik keperawatan yang biasa mereka lakukan. Saat kejadian luar biasa dan kasus-kasus penyakit baru, peran perawat sangat penting berpraktik di masa yang luar biasa. Ketika pandemi Covid 19 ada perasaan mendesak yang nyata dari media bahwa pandemi global COVID-19 terjadi saat ini, bersamaan dengan penutupan pemerintahan, tidak hanya mengancam perekonomian kita, namun yang terpenting, kesehatan dan penyediaan layanan kesehatan bagi negara kita.

Laporan ICN baru-baru ini mendokumentasikan bahwa kekurangan perawat di seluruh dunia diperburuk tidak hanya oleh pandemi COVID-19 namun juga oleh serangkaian dampak negatif terhadap kesejahteraan perawat (misalnya, gangguan stres pasca-trauma, kelelahan, tekanan moral, cedera moral). Beberapa negara telah melaporkan dampak negatif dari pandemi ini.

Pandemi ini mengakibatkan tingginya stres pasca trauma, gangguan mood, dan cedera moral pada perawat yang memengaruhi kesejahteraan mereka.

Kurangnya dukungan administratif dan kekurangan Alat Pelindung Diri (APD) meningkatkan kelelahan, tekanan moral, dan gejala PTSD. Selain itu, tinjauan sistematis menemukan bahwa merawat pasien COVID-19, lingkungan kerja yang buruk, dan tekanan moral semuanya terkait dengan niat berpindah perawat yang cepat selama pandemi. Oleh karena itu, kemampuan tenaga keperawatan dan sistem layanan kesehatan di seluruh dunia untuk pulih dan membangun kembali cukup terganggu.

Kita hidup di masa yang luar biasa. Kaum milenial yang mengeluh bahwa hal seperti ini tidak seharusnya terjadi. Sebelumnya seluruh kota ditutup seperti kota hantu. Namun, mengingat kembali 20 tahun terakhir, perawat dengan berani menerima panggilan untuk berpraktik di masa yang tidak menentu, dan ya, dalam kondisi buruk. Serangan teroris, bencana alam, dan situasi pertempuran muncul dalam pikiran. Dalam setiap peristiwa yang menantang ini, perawat adalah pahlawan tanpa tanda jasa yang mengambil peran kepemimpinan dan melakukan peran di luar lingkup praktik keperawatan yang biasa mereka lakukan.

Informasi mengenai pandemi penyakit virus corona 2019 (COVID-19) membanjiri dan terus mengubah realitas dan norma kehidupan sehari-hari. Rentetan informasi menyerang kita, atau setidaknya menentang apa yang kita ketahui sebagai kebenaran minggu lalu. Informasi dalam jumlah besar dapat diakses dalam bentuk cetak atau pada saluran berita berkelanjutan yang tersedia dalam berbagai bentuk dan format untuk dikonsumsi. Halaman web, platform media sosial, dan surat elektronik membombardir kita selama krisis yang berkembang pesat. Informasi ini mungkin bersifat faktual dan disajikan oleh para ahli yang dihormati, atau mungkin hanya sekedar opini. Hal ini dapat terselubung sebagai sinisme atau sensasional untuk mendorong reaksi, baik untuk membangkitkan kepatuhan yang lebih bijaksana terhadap pembatasan dan mandat baru, atau lebih lanjut menumbuhkan kekhawatiran dan ketakutan.

Perawat tidak kebal terhadap perasaan kewalahan, frustrasi, khawatir, dan bingung. Tidak peduli seberapa besar identitas seorang perawat dapat diartikulasikan dengan menjadi seorang perawat, kenyataannya adalah bahwa seorang perawat adalah seseorang yang pertama atau anggota keluarga, bertanggung jawab terhadap diri sendiri dan orang lain dalam hubungan yang benar-benar penting. Bagaimana perawat dapat menangani permasalahan mendasar dalam merawat diri sendiri dan orang yang dicintai serta menyelesaikan konflik yang melekat pada kompleksitas dan tantangan tuntutan di tempat kerja? Ada daya tarik yang paradoks untuk merawat diri

sendiri dan keluarga serta tetap berkomitmen terhadap komunitas (kolega kita, pasien, dan keluarga mereka). Ini bukan pekerjaan seperti biasa.

Perawat mempunyai tugas, meskipun sebuah panggilan, untuk menjawab panggilan untuk merawat pasien. Ini adalah pengambilan keputusan yang mendasar jawab telepon, pergi ke tempat kerja, dan lakukan pekerjaan Anda sebaik mungkin, sambil memberikan dukungan keuangan kepada keluarga Anda. Ya, itu berisiko dan tidak pasti, serta menimbulkan kecemasan. Tapi itu juga mulia dan terhormat. Dan Anda dibutuhkan, esensial, penting, dan unik. Setiap hari keputusan Anda penting. Momen dalam sejarah ini adalah momen yang menentukan, dan Anda terus menjawab panggilan tersebut. Tempat kerja membutuhkan Anda.

Kebijaksanaan dalam mempromosikan perawatan diri tidak bisa dilebih-lebihkan. Sangat penting bagi perawat (dan kolega kita di bidang kesehatan, dalam banyak peran penting dan saling bersinggungan) secara aktif bekerja pada metode rutin dan inovatif dalam menjaga dan meningkatkan kesehatan dan memanfaatkan semua peluang untuk memperkuat pikiran, tubuh, dan jiwa.

Perawatan diri harus diperluas ke unit pribadi, keluarga di rumah, karena dukungan dan kualitas hidup kekuatan inti perawat berasal dari keluarga sendiri. Kebutuhan ada saat ini dan akan terus meningkat di masa depan terkait kesehatan keluarga, pasien, serta komunitas lokal dan global. Kebutuhan keluarga serta pasien, dapat dipenuhi dengan lebih mudah dan normal seiring dengan meredanya pandemi. Jaga diri, istirahat yang cukup, gizi, olah raga, dan pembinaan rohani tidak bisa ditunda untuk hari lain dan berikan perhatian khusus pada bagian perawatan diri.

Selain perawatan diri, perluas hubungan di tempat kerja. Keluarlah dari zona, baik itu politik, teritorial, atau kelompok kerja. Mengapa ini membantu? Saat ini kita semua adalah satu komunitas, komunitas yang terus berkembang. Rekan kerja yang mungkin membuat anda frustrasi atau kesal bisa jadi sumber pelipur lara. Dan Anda mungkin bisa menjadi sumber penghiburan bagi mereka. Kemungkinan-kemungkinan baru muncul dengan sendirinya. Carilah teman, mentor, dan/atau penasihat untuk melewati situasi sulit, dan berbagi kekhawatiran dan kemenangan.

Tetap berinvestasi dan berkomitmen untuk saling mendukung dan menghadapi tantangan dunia kerja yang berubah dengan cepat bersama-sama. Humor dapat menjadi hal yang penting dalam menghadapi permasalahan saat ini dan perubahan prioritas yang muncul Jika memungkinkan. Pertahankan hubungan

yang sehat dan hindari orang-orang negatif dan tidak produktif yang hanya akan menjatuhkan Anda. Carilah bimbingan dan pembaruan spiritual. Ini saat yang tepat untuk berdoa. Ada banyak sumber daya, hotline untuk intervensi krisis ketika dan jika kewalahan. Akses aplikasi telepon seperti aplikasi Calm, dan cari penawaran untuk membantu meditasi dan latihan pernapasan.

Beberapa peran perawat dalam mengatasi kejadian luar biasa di bidang kesehatan dan kasus-kasus penyakit baru yaitu:

1. Tsunami Asia yang terjadi pada tanggal 26 Desember 2004 merupakan salah satu bencana alam terbesar di dunia. Gelombang Tsunami tersebut diawali dengan gempa bumi yang berkekuatan 9,0 skala richter. Tsunami menyapu wilayah di India, Sri Lanka, Thailand, Maladewa, Afrika Timur dan Aceh Indonesia. Sebanyak 226.000 jiwa dinyatakan meninggal dunia. Tentunya dengan banyaknya korban saat itu menuntut profesi perawat agar dapat merawat korban dan keluarga dalam kondisi pasca bencana. Saat ini bagi profesi keperawatan, sebaiknya terus mengembangkan ilmu pengetahuan, khususnya berkaitan dengan masalah kebencanaan sehingga praktik keperawatan komunitas terus membaik dan berkualitas, (Tirtana, F. A., & Satria, B. (2018).
2. Pada tanggal 11 September 2001, Amerika Serikat diserang. Di New York City, perawat melakukan peran keperawatan yang diperluas dalam beragam dimensi. Entah mereka keluar dari kereta bawah tanah dekat Rumah Sakit St Vincent untuk bekerja di unit gawat darurat, berharap ada yang selamat, atau mereka terjebak di gedung apartemen yang hampir bersebelahan dengan *World Trade Center*, mereka berfungsi sebagai perawat pertama dalam merawat masyarakat. Dalam kegelapan, di kompleks apartemen dengan puing-puing segar, jelaga, dan asap, para perawat ini memandu para ibu dan anak-anak menuruni 20 anak tangga gelap menuju tempat yang aman. Listrik padam, dan suara menenangkan serta otoritas dari mereka yang mengidentifikasi diri mereka sebagai perawat membawa mereka keluar ke tempat yang lebih aman.

3. Pada bulan Agustus 2005, Badai Katrina menyebabkan banjir besar, dan ketika banjir mulai melanda, perawat di unit perawatan pasca anestesi (PACU) mendapati peran mereka sangat berbeda karena tidak ada listrik untuk ventilator, dan menggunakan masker bag valve untuk pasien saat mereka menunggu bersama untuk diselamatkan.
4. Pada musim panas 2011, perawat dimobilisasi ke Unit Medis Multinasional Peran 3 Organisasi Perjanjian Atlantik Utara di Kandahar, Afghanistan, di mana kader perawat militer internasional menjadi anggota tim untuk bekerja sebagai perawat perawatan kritis trauma pasca anestesi. Hanya dalam 5 hari, perawat beralih ke peran perawatan trauma kritis baru yang diperluas dengan bantuan rekan perawat unit perawatan intensif (ICU) yang berpengalaman. Tim ICU dan trauma benar-benar membangun kekuatan dari rekan perawat yang beragam dan meminimalkan kelemahan yang lain. Setiap orang (perawat, petugas medis, dan dokter) berbagi keterampilan dan keahlian kompetensi perawatan kritis kompleks yang unik untuk merawat cedera paling parah yang bisa dibayangkan. Setiap hari, perawat menjadi lebih percaya diri di ICU dan menyesuaikan diri tidak hanya dengan rumah sakit, tetapi juga kehidupan militer di Afghanistan. Ironisnya sekarang, perawat mengajar perawat di rumah sakit sipil untuk mengangkut pasien COVID-19 dengan aman dari unit gawat darurat ke unit biocontainment, menggunakan pengetahuan dan keterampilan dari pelatihan korps perawat cadangan dalam keterampilan perang biologis militer. Para perawat menuntut pendidikan dan pelatihan tentang COVID-19 agar mereka siap berpraktik di masa yang tidak menentu ini.

Meskipun masih dalam tahap awal perjuangan, situasi COVID-19 terus berkembang. Harap diingat bahwa perawat mungkin diminta untuk beradaptasi dengan lingkungan kerja baru di mana kita telah mengurangi staf, meningkatkan kebutuhan pasien yang akut, dan di beberapa rumah sakit di seluruh negeri, tekanan yang luar biasa pada ketersediaan pasokan utama. Kebiasaan baru keluarga, pengunjung, dan bahkan beberapa staf telah membawa pembersih tangan, tisu basah, masker bedah, dan bahkan baju isolasi. Penimbunan persediaan ini pasti menyebabkan lebih banyak stres di

antara perawat. Kini perawat dihadapkan pada penjumlahan peralatan dan perlengkapan yang berharga karena mereka ditantang untuk membuat keputusan sulit dalam merawat pasien secara etis.

Perawat telah belajar bahwa pengalaman dari serangan penyakit yang belum pernah terjadi sebelumnya. Bencana alam seperti Badai Katrina, serta situasi pertempuran telah menunjukkan bahwa upaya medis dan asuhan keperawatan terhadap korban massal akibat bencana menimbulkan dilema etika yang belum pernah terjadi sebelumnya. Menurut Holt, penting untuk mengembangkan pedoman etika konsensus nasional bagi para praktisi yang merawat korban massal atau pasien dalam kondisi ekstrem. Yang terpenting, etika pelayanan perlu dikembangkan terlebih dahulu dan bukan selama atau setelah krisis sehingga pedoman etika konsensus nasional ini disebarluaskan seiring dengan perluasan cakupan praktik, perubahan standar pelayanan, dan prioritas triase korban pasien selama krisis.

Bab 8

Program Pemerintah dalam Penanggulangan Penyakit Menular

8.1 Pendahuluan

Epidemi bertanggungjawab terhadap angka kematian mortalitas baik sebagian atau seluruh kelompok masyarakat. Pengendalian penyakit menular tetap menjadi perhatian utama bagi para penyedia pelayanan kesehatan. Munculnya patogen baru, munculnya kembali patogen lama serta adanya patogen resisten terhadap obat menciptakan tantangan luar biasa di seluruh dunia.

Perbaikan status kesehatan masyarakat sudah terjadi, namun penyakit infeksi dan penyakit menular masih terus berlanjut mengancam sebagai beban ganda.

8.2 Rantai Transmisi

Transmisi sering dikonsepkan sebagai rantai dengan 6 (enam) tautan. Terdiri dari agen infeksi, reservoir, portal keluar, mode transmisi, portal masuk dan kerentanan host.

1. Agen Infeksi

Proses penularan berbeda untuk setiap agen infeksius. Agen infeksius bertindak berbeda tergantung pada sifat intrinsik dan interaksi dengan host nya manusia. Dan yang terpenting adalah bagaimana agen berinteraksi dengan inangnya dan cara kerjanya dalam tubuh, misalnya *Mycobacterium Tuberculosis* bisa membunuh sel.

2. Reservoir

Lingkungan di mana patogen hidup dan berkembang biak. Bisa berupa manusia, hewan, arthropoda, tumbuhan, tanah, air atau bahan organik lainnya.



Gambar 8.1: Rantai Transmisi

3. Portal keluar dan masuk

Agen meninggalkan Host manusia melalui portal keluar dan menyerang melalui portal masuk. Portal keluar meliputi sekret pernafasan, sekresi vagina, air mani, air liur, eksudat lesi, darah dan kotoran.

4. Mode transmisi (cara penularan)

Penularan dapat secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung artinya agen infeksi dari host/reservoir yang terinfeksi ke portal masuk yang sesuai di host manusia melalui kontak fisik seperti sentuhan, gigitan, ciuman atau kontak seksual.

Tidak langsung artinya penyebaran infeksi melalui transmisi diluar host. Kemungkinan terkena fomites atau vektor. Fomites berupa benda, bahan atau zat mati yang bertindak sebagai agen transportasi untuk mikroba.

5. Kerentanan host

Tidak semua manusia memiliki kerentanan yang sama terhadap atau berisiko terjangkitnya infeksi atau perkembangan penyakit menular. Status kesehatan merupakan faktor penting dalam hal ini. Perilaku pribadi tertentu memengaruhi kerentanan, begitu juga dengan adanya garis pertahanan yang sehat.

8.3 Gambaran Penyakit Menular

Penyakit menular yang masih menjadi prioritas kebijakan Kementerian kesehatan RI yaitu HIV/AIDS, Tuberkulosis, Malaria, Demam Berdarah, Influenza dan Flu Burung. Sekalipun demikian, Indonesia belum sepenuhnya dapat mengendalikan penyakit *Neglected Disease* seperti kusta, filariasis, leptospirosis, dll.

8.4 Sasaran dan Target Pencegahan dan Pengendalian penyakit Menular

Sasaran pembangunan kesehatan yang akan dicapai tahun 2025 adalah meningkatnya derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya umur harapan hidup, menurunnya angka kematian bayi,

menurunnya angka kematian ibu dan menurunkan prevalensi gizi kurang pada balita.

8.4.1 Pencegahan dan pengendalian penyakit menular bersumber binatang

Indikator:

1. Persentase kabupaten/kota yang melakukan pengendalian vektor terpadu sebesar 80%
2. Jumlah kabupaten/kota dengan API $<1/1000$ penduduk sebanyak 400 kabupaten/kota
3. Kasus endemis *Filaria* dapat menurunkan angka mikro filarial menjadi $<1\%$ sebanyak 75 kabupaten/kota
4. Kasus DBD dengan Index ratio <49 per100.000 penduduk sebesar 65%

8.4.2 Pencegahan dan pengendalian penyakit menular langsung

1. Persentase cakupan penemuan kasus baru kusta tanpa cacat sebesar 95%
2. Angka keberhasilan pengobatan TB paru BTA positive minimal 85% sebesar 90%
3. Angka kasus HIV yang diobati sebesar 95%
4. Persentase kabupaten/kota yang 50% puskesmasnya melakukan pemeriksaan dan tata laksana *Pneumonia* melalui program MTBS sebesar 60%
5. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan kegiatan deteksi dini dari hepatitis B pada kelompok berisiko sebesar 80%

8.5 Arah Kebijakan, Strategi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular di Indonesia

Arah kebijakan, pencegahan dan pengendalian penyakit menular fokus pada tiga hal penting:

1. Penguatan pelayanan kesehatan primer

Hal ini dititikberatkan pada Puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan masyarakat yang berfungsi meningkatkan dan memberdayakan masyarakat, melaksanakan upaya kesehatan masyarakat dan memantau; mendorong pembangunan berwawasan kesehatan. Khusus peningkatan sumber daya manusia kesehatan di Puskesmas lebih diutamakan pada ketersediaan lima jenis tenaga kesehatan selain dokter, perawat dan bidan adalah tenaga kesehatan masyarakat, kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga kefarmasian dan analis kesehatan.

Sedangkan penjangkauan daerah terpencil dan perbatasan dilakukan dengan pendekatan metode berbasis team kesehatan. Metode ini diarahkan pada upaya promotif dan preventif agar menekan risiko kejadian penyakit menular sekaligus mengedukasi masyarakat agar selalu memelihara perilaku hidup bersih dan sehat.

2. Penerapan pendekatan keberlanjutan pelayanan

Pendekatan ini dilaksanakan melalui peningkatan cakupan, mutu dan keberlangsungan upaya pencegahan penyakit dan pelayanan kesehatan ibu, bayi, balita, anak sekolah, remaja, usia kerja dan usia lanjut. Adapun penyakit menular dalam konteks Continuum of care tidak hanya dilakukan intervensi pada saat dirawat di Rumah Sakit, namun diintervensi di tatanan hulu atau di masyarakat saat sebelum sakit atau setelah sakit. Sehingga intervensi bukan hanya pada individu yang sakit namun pada anggota keluarga yang berisiko sakit. Seperti kasus TBC dikenal dengan istilah kontak serumah dengan penderita.

3. Intervensi berbasis risiko kesehatan

Diarahkan pada program khusus dalam menangani permasalahan kesehatan pada usia bayi, balita, usia lanjut dan ibu hamil, kelompok pengungsi dan keluarga miskin yang sangat berisiko terpapar penyakit menular.

Sasaran strategis:

- a. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi kualitas kesehatan lingkungan sebesar 40%
- b. Penurunan kasus penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (P3DI) tertentu sebesar 4%
- c. Kabupaten/kota yang mampu melaksanakan kesiapsiagaan dalam penanggulangan kedaruratan kesehatan masyarakat berpotensi wabah sebesar 100%

Strategi pencegahan dan Pengendalian penyakit menular, yaitu:

1. Perluasan cakupan akses masyarakat (termasuk skrining cepat bila ada dugaan potensi meningkatnya kejadian penyakit menular seperti Mas Blood Survey untuk Malaria) dalam memperoleh pelayanan kesehatan terkait penyakit menular terutama di daerah perbatasan, kepulauan dan terpencil
2. Peningkatan mutu penyelenggaraan penanggulangan penyakit menular dibutuhkan strategi inovasi yang disesuaikan dengan karakteristik dan kemampuan daerah termasuk kearifan budaya lokal setempat
3. Mendorong keterlibatan masyarakat dalam membantu pengendalian penyakit melalui community based surveillance untuk melakukan pengamatan terhadap hal hal yang dapat menyebabkan masalah kesehatan dan melaporkan kepada petugas kesehatan agar dapat dilakukan respon di situ sehingga permasalahan kesehatan tidak terjadi.
4. Meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam pengendalian penyakit menular seperti tenaga epidemiologi, sanitasi dan laboratorium termasuk perawat komunitas

5. Peningkatan peran daerah khususnya kabupaten atau kota yang menjadi daerah pintu masuk negara dalam mendukung implementasi pelaksanaan International health Regulation untuk upaya cegah tangkal terhadap masuk dan keluarnya penyakit yang berpotensi menimbulkan kedaruratan kesehatan masyarakat.
6. Menjamin ketersediaan obat dan vaksin serta alat diagnostic cepat untuk pengendalian penyakit menular secara cepat.

8.6 Strategi Khusus

1. HIV/AIDS dan PMS
 - a. Peningkatan jumlah fasilitas pelayanan kesehatan menjadi 700 fasilitas
 - b. Penyediaan reagen tes HIV sebanyak 4.000.000 untuk diagnostic
 - c. Penyegaran tenaga kesehatan dalam penanganan ODHIV secara daring tiap 2 pekan
 - d. Edukasi penggunaan kondom
 - e. Penyediaan kondom bagi ODHIV dan pasangan
2. Hepatitis
 - a. Penguatan surveilans aktif dan penemuan kasus aktif
 - b. Peningkatan kapasitas pengelola program
 - c. Optimalisasi integrasi lintas program
 - d. Optimalisasi kemitraan dengan LSM, akademisi, mitra dalam dan luar negeri, lintas program dan sektor.
3. Tuberkulosis
 - a. Penguatan kepemimpinan program TBC di kabupaten/kota
 - b. Peningkatan akses layanan TOSS-TBC yang bermutu
 - c. Pengendalian faktor risiko
 - d. Peningkatan kemitraan melalui Forum Koordinasi TBC
 - e. Peningkatan kemandirian masyarakat dalam penanggulangan TBC
 - f. Penguatan sistem kesehatan

Bab 9

Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Menular

9.1 Penyakit Menular di Indonesia

Penyakit menular yang ada di Indonesia sangatlah beragam dan mencakup berbagai jenis penyakit, mulai dari penyakit yang umum hingga penyakit yang punya tingkat keseriusan dan kefatalan di kalangan masyarakat (Marbun, 2020).

Berikut ini akan dijelaskan gambaran umum dari beberapa jenis penyakit menular yang sering ditemui di masyarakat Indonesia:

1. Tuberkulosis (TB) adalah penyakit bakteri yang menyebar melalui udara dan dapat menyerang paru-paru dan organ tubuh lainnya. Indonesia memiliki tingkat infeksi TB yang cukup tinggi, dan penanganan TB yang tepat sangat penting untuk menghentikan penyebarannya (Anggiareni, dkk. 2023).

2. Leptospirosis adalah penyakit yang disebabkan oleh bakteri yang dapat ditemukan di air yang terkontaminasi oleh urine hewan. Orang dapat terinfeksi melalui kontak dengan air atau tanah yang terkontaminasi. Leptospirosis dapat mengakibatkan gejala seperti demam, mual, muntah, dan sakit kepala.
3. Campak adalah penyakit yang terkadang menjadi wabah di beberapa wilayah Indonesia. Campak adalah penyakit yang sangat menular dan dapat menyebabkan komplikasi serius, terutama pada anak-anak.
4. Influenza adalah penyakit yang disebabkan oleh virus influenza dan dapat menyebar dengan cepat di antara populasi. Wabah flu biasanya terjadi di musim hujan. Vaksinasi flu tahunan direkomendasikan untuk kelompok yang rentan.
5. Demam Berdarah Dengue (DBD) adalah penyakit yang disebabkan oleh virus yang dibawa oleh nyamuk *Aedes aegypti*. Indonesia sering mengalami wabah DBD, terutama selama musim hujan. Gejala DBD termasuk demam tinggi, nyeri sendi dan otot, serta berpotensi mengancam nyawa jika tidak ditangani dengan baik.
6. Malaria adalah penyakit yang disebabkan oleh parasit yang dibawa oleh nyamuk *Anopheles*. Meskipun insiden malaria telah menurun di beberapa wilayah Indonesia, masih ada risiko terinfeksi di daerah-daerah tertentu, terutama di bagian timur Indonesia.
7. HIV/AIDS meskipun di Indonesia masih relatif rendah dibandingkan dengan beberapa negara lain, penyakit ini tetap merupakan masalah kesehatan penting. Upaya pencegahan dan edukasi terus dilakukan untuk mengendalikan penyebaran HIV/AIDS
8. COVID-19 pandemi yang menyebar ke seluruh dunia termasuk Indonesia. Penyakit ini disebabkan oleh virus SARS-CoV-2 dan telah menimbulkan dampak signifikan terhadap kesehatan masyarakat dan ekonomi Indonesia. Vaksinasi dan langkah-langkah pencegahan lainnya terus dilakukan untuk mengendalikan penyebaran virus (Maryani dkk, 2021).

Perawat sebagai tenaga kesehatan memegang peranan penting dalam melakukan langkah pencegahan dalam mengendalikan penyebaran penyakit

menular di kalangan masyarakat. Program Pencegahan dan pengendalian penyakit menular di kalangan masyarakat dapat meliputi edukasi kepada masyarakat terkait personal hygiene, pemberian vaksin, pengobatan yang tepat, dan program rehabilitative yang tepat bagi yang sudah sembuh atau dalam tahap pemulihan.

9.2 Kebijakan Kesehatan dalam Penanggulangan Penyakit Menular di Indonesia

Kebijakan kesehatan yang dikeluarkan oleh pemerintah Indonesia dalam menangani penyakit menular di Indonesia dapat bervariasi tergantung pada waktu dan situasi penyakit tersebut terjadi, terutama jika adanya perubahan dalam ancaman penyakit menular tertentu yang mewabah di kalangan masyarakat (Marbun, 2020).

Berikut dijelaskan beberapa kebijakan umum dalam bidang kesehatan yang diterapkan pemerintah Indonesia dalam menangani penyakit menular di kalangan masyarakat di Indonesia:

1. Peraturan Kesehatan Publik
Pemerintah mengeluarkan peraturan kesehatan publik seperti kewajiban memakai masker, menjaga jarak sosial, dan pembatasan kapasitas dalam pertemuan publik.
2. Program Preventif dan Edukasi Kesehatan
Pemerintah Indonesia sering kali meluncurkan kampanye edukasi dan kesadaran masyarakat untuk meningkatkan pemahaman tentang penyakit menular, termasuk cara penularannya dan langkah-langkah pencegahan yang harus diambil.
3. Vaksinasi
Program vaksinasi nasional diperluas untuk melindungi warga dari penyakit menular tertentu. Ini termasuk vaksinasi untuk anak-anak, dewasa, dan kelompok rentan seperti lansia.

4. Kontrol dan Pengendalian Penyebaran/Penularan

Langkah-langkah pengendalian termasuk isolasi kasus positif, pelacakan kontak, dan karantina bagi mereka yang terpapar. Hal ini bertujuan untuk memutus rantai penularan penyakit.

5. Pemeriksaan Dini dan Tes Massal

Pemerintah dapat mengadakan pemeriksaan dan tes massal untuk mengidentifikasi kasus-kasus yang mungkin terinfeksi, bahkan jika mereka tidak menunjukkan gejala.

6. Kebijakan Perjalanan

Pemerintah dapat menerapkan pembatasan perjalanan atau tindakan karantina bagi mereka yang datang dari daerah-daerah dengan penyebaran penyakit tinggi.

7. Peringatan Dini dan Respons Cepat

Pemerintah mempersiapkan sistem peringatan dini untuk mendeteksi peningkatan kasus penyakit menular dan meresponsnya dengan cepat untuk membatasi penyebaran penyakit.

8. Kerja sama International

Pemerintah Indonesia juga berpartisipasi dalam kerja sama internasional untuk memerangi penyakit menular, termasuk berkontribusi pada upaya global seperti vaksinasi melalui COVAX.

9. Riset dan Pengembangan Obat/Vaksin

Pemerintah mendukung penelitian dan pengembangan obat serta vaksin untuk penyakit menular tertentu.

10. Sistem Pemantauan Status Kesehatan

Pemerintah Meningkatkan infrastruktur kesehatan, kapasitas laboratorium, dan perawatan medis agar lebih siap menghadapi wabah (Maryani dkk, 2021).

Kebijakan pemerintah Indonesia dalam bidang kesehatan ini dapat berubah sesuai dengan perkembangan situasi dan lokasi penyebaran dari jenis penyakit menular yang menjadi ancaman masyarakat. Pemerintah Indonesia biasanya bekerja sama dengan berbagai lembaga kesehatan, organisasi kesehatan Internasional, dan sektor swasta dalam melaksanakan langkah-langkah dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat.

9.3 Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Menular

Perawat sebagai tenaga kesehatan memainkan peran yang sangat penting dalam penanggulangan penyakit menular. Peran perawat dapat mencakup berbagai aspek dalam upaya pencegahan, pengendalian, dan penanganan penyakit menular di kalangan masyarakat (Romiko, 2020).

Berikut dijelaskan beberapa peran utama perawat dalam penanggulangan dan penanganan penyakit menular di kalangan masyarakat:

1. Edukasi Kesehatan
 - a. Perawat memberikan edukasi kepada pasien, keluarga, dan masyarakat tentang penyakit menular, termasuk cara penularannya, gejala, dan langkah-langkah pencegahan.
 - b. Perawat memberikan informasi tentang vaksinasi dan imunisasi yang tersedia untuk mencegah penyakit menular.
2. Promosi Kesehatan

Perawat meningkatkan layanan kesehatan yang baik dalam masyarakat, termasuk imunisasi, kebersihan tangan, dan tindakan pencegahan lainnya untuk mengurangi risiko penyakit menular.
3. Pencegahan Infeksi
 - a. Perawat melakukan tindakan pencegahan infeksi di lingkungan perawatan, termasuk sterilisasi peralatan medis, penggunaan alat pelindung diri (APD), dan praktik kebersihan tangan yang baik.
 - b. Perawat melakukan pengawasan dan pemantauan pada pasien terkait tanda-tanda infeksi dan memberikan perawatan yang sesuai untuk mencegah penularan penyakit.
4. Pelacakan Kasus
 - a. Perawat melakukan pelacakan kontak pasien yang terinfeksi untuk mencegah penyebaran penyakit lebih lanjut.
 - b. Perawat melakukan pelaporan kasus penyakit menular kepada otoritas kesehatan setempat sesuai peraturan yang berlaku.

5. Perawatan Pasien

- a. Perawat memberikan perawatan medis kepada pasien yang terinfeksi penyakit menular, termasuk pemberian obat-obatan dan perawatan suportif.
- b. Perawat memantau kondisi pasien secara berkala dan menyesuaikan perawatan sesuai kebutuhan.

6. Isolasi dan Karantina

- a. Perawat melakukan penilaian dan merawat pasien dengan penyakit menular untuk memastikan mereka diisolasi atau dikarantina sesuai dengan protokol yang berlaku.
- b. Perawat turut menjaga keamanan dan melakukan penertiban pasien, staf medis, dan masyarakat umum dengan mematuhi pedoman isolasi dan karantina.

7. Kolaborasi Tim

Perawat bekerja sama dengan anggota tim medis lainnya, seperti dokter, ahli epidemiologi, dan petugas kesehatan masyarakat, untuk merencanakan, mengkoordinasikan, dan melaksanakan upaya pengendalian penyakit menular.

8. Penelitian

Perawat melibatkan diri dalam melakukan penelitian dan pengembangan untuk memahami penyakit menular lebih baik, mengembangkan strategi pencegahan yang lebih efektif, dan meningkatkan perawatan pasien.

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang handal dalam penanggulangan penyakit menular. Perawat memiliki peran penting dalam upaya penanganan penyakit menular lokal, nasional dan global terutama dalam mengendalikan penyakit menular dalam situasi wabah dan pandemi di kalangan masyarakat. Perawat berperan sebagai ujung tombak dalam perawatan pasien dan dalam melindungi individu, keluarga, dan masyarakat dari penyebaran penyakit menular.

9.4 Proses Keperawatan dalam Penanganan Penyakit Menular

Proses keperawatan dalam penanganan penyakit menular meliputi serangkaian langkah dari pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan yang dirancang untuk menjalankan program kesehatan dalam bentuk promosi kesehatan, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dalam kalangan masyarakat (Marbun, 2020). Perawat dalam proses keperawatan merancang intervensi-intervensi keperawatan yang bertujuan untuk mencegah penyebaran penyakit, merawat pasien yang terinfeksi, dan memberikan program rehabilitatif pada pasien.

Di bawah ini dijelaskan tahapan dalam proses keperawatan penanganan penyakit menular, tahapannya adalah sebagai berikut ini:

1. Pengidentifikasian Penyakit
 - a. Diagnosa penyakit menular dengan menganalisis gejala, riwayat medis pasien, dan hasil tes laboratorium yang relevan.
 - b. Menilai tingkat penyebaran penyakit untuk mengukur sejauh mana dampaknya pada pasien dan masyarakat.
2. Isolasi dan Karantina
 - a. Mengisolasi pasien yang terinfeksi untuk mencegah penyebaran penyakit kepada orang lain.
 - b. Mengkarantina individu yang telah terpapar penyakit tetapi belum menunjukkan gejala, jika diperlukan.
3. Perawatan Medis
 - a. Merawat pasien sesuai dengan pedoman perawatan yang telah ditentukan untuk penyakit menular tertentu.
 - b. Memberikan obat-obatan atau terapi yang diperlukan untuk mengendalikan atau mengobati penyakit tersebut.
4. Manajemen Gejala
 - a. Mengatasi gejala seperti demam, nyeri, batuk, atau sesak napas dengan pemberian obat yang sesuai.
 - b. Memberikan dukungan nutrisi dan hidrasi yang diperlukan untuk memperkuat sistem kekebalan tubuh pasien. (Lestari, 2023)

5. Pencegahan Penularan Penyakit
 - a. Menggunakan tindakan pencegahan infeksi, seperti penggunaan masker, sarung tangan, dan perlengkapan pelindung diri lainnya oleh petugas kesehatan.
 - b. Mengedukasi pasien dan keluarga tentang tindakan yang dapat mereka ambil untuk mencegah penyebaran penyakit. (Habibi dkk, 2017).
6. Pemantauan dan Evaluasi
 - a. Memantau kondisi pasien secara teratur, termasuk pengukuran suhu tubuh dan pemantauan gejala.
 - b. Melakukan tes diagnostik berulang jika diperlukan untuk mengukur perkembangan penyakit.
7. Edukasi Pasien dan Keluarga
 - a. Memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya tentang penyakit, cara penularannya, dan tindakan yang harus diambil untuk mencegah penyebaran.
 - b. Mendukung pasien dalam menjalani perawatan dan mematuhi rekomendasi medis.
8. Pelaporan dan Kolaborasi
 - a. Melaporkan kasus penyakit menular kepada otoritas kesehatan yang berwenang.
 - b. Berkolaborasi dengan tim kesehatan dan otoritas kesehatan masyarakat untuk mengendalikan penyebaran penyakit di tingkat komunitas.
9. Pemantauan Epidemiologi
 - a. Melakukan surveilans epidemiologi untuk mengidentifikasi klaster atau penyebaran penyakit yang lebih luas.
 - b. Melakukan penelusuran kontak untuk mengidentifikasi individu yang mungkin telah terpapar dan mengkarantina mereka jika perlu.
10. Pemulihan dan Rencana Tindak Lanjut
 - a. Memantau pemulihan pasien dan memberikan perawatan lanjutan jika diperlukan.

- b. Melakukan penelusuran pasca-terapi untuk memastikan tidak ada penularan lanjutan (Desyline dkk, 2022).

Proses keperawatan dalam penanganan dan pengendalian penyakit menular sangatlah penting untuk mengurangi dampak penyakit tersebut pada individu dan masyarakat secara keseluruhan. Kecepatan dalam identifikasi, isolasi, perawatan, dan pencegahan penularan adalah kunci dalam mengendalikan penyebaran penyakit menular.

9.5 Intervensi Keperawatan dalam Penanganan Penyakit Menular

Penanganan dan pengendalian penyakit menular melibatkan berbagai intervensi keperawatan yang bertujuan untuk mengendalikan penyebaran penyakit, merawat pasien, dan melakukan program rehabilitasi dalam pemulihan pasien (Anggriani UT, dkk. 2020).

Berikut adalah beberapa intervensi keperawatan yang pada umumnya dilakukan dalam penanganan dan pengendalian penyakit menular:

1. Edukasi Pasien

Perawat memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang penyakit menular, cara penularannya, dan langkah-langkah pencegahan yang harus diikuti. Ini membantu pasien memahami pentingnya kepatuhan terhadap perawatan dan tindakan pencegahan.

2. Isolasi

Perawat memastikan pasien dengan penyakit menular diisolasi sesuai dengan pedoman yang berlaku. Hal ini bertujuan untuk mencegah penyebaran infeksi kepada orang lain.

3. Praktik Kebersihan

Perawat mendorong praktik kebersihan tangan yang baik, penggunaan Alat Pelindung Diri (APD), dan teknik sterilisasi yang tepat saat merawat pasien. Ini membantu mencegah penyebaran infeksi (Herlina, 2020).

4. Manajemen Gejala

Perawat memberikan perawatan yang sesuai untuk mengelola gejala penyakit, seperti memberikan obat-obatan, terapi cairan, dan tindakan lain yang dapat membantu meredakan gejala.

5. Pemberian Vaksinasi

Perawat mendorong vaksinasi jika tersedia untuk mencegah infeksi atau untuk mengurangi keparahan penyakit jika seseorang terinfeksi.

6. Monitong dan Evaluasi

Perawat melakukan pemantauan berkala terhadap kondisi pasien, termasuk pengukuran suhu, tekanan darah, dan parameter vital lainnya. Hal ini membantu dalam mendeteksi perubahan kondisi pasien dengan cepat.

7. Pengobatan Antibiotik dan Antiviral

Penyakit menular yang disebabkan oleh bakteri atau virus, perawat akan berkolaborasi dengan dokter dalam memberikan pengobatan antibiotik atau antiviral sesuai dengan pedoman pengobatan yang tepat.

8. Perawatan Psikososial

Perawat memberikan dukungan emosional dan psikososial kepada pasien dan keluarganya, terutama dalam situasi yang sulit seperti pandemi. Ini termasuk konseling, dukungan kelompok, atau bantuan psikologis.

9. Pengontrolan Infeksi di Fasilitas Kesehatan

Perawat memastikan bahwa fasilitas kesehatan mengikuti protokol kontrol infeksi yang ketat untuk mencegah penularan penyakit antara pasien dan staf medis.

10. Pemberian Konseling Pencegahan

Perawat memberikan konseling pencegahan kepada pasien dan keluarganya, termasuk mengidentifikasi kontak dekat yang mungkin terpapar dan memberikan informasi tentang tindakan yang harus dilakukan pasien dan keluarganya.

11. Pelaporan Kasus

Perawat melakukan pelaporan kasus penyakit menular kepada otoritas kesehatan setempat sesuai dengan hukum dan peraturan yang berlaku

12. Pengawasan Karantina

Perawat Memantau pasien yang harus menjalani karantina atau isolasi mandiri untuk memastikan kepatuhan mereka terhadap peraturan karantina.

Perawat dalam memberikan intervensi keperawatan kepada pasien dalam penanganan penyakit menular harus disesuaikan dengan jenis penyakit, keparahan, dan kebutuhan individu pasien. Selain itu, perawat juga harus berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya untuk memastikan perawatan yang efektif dan holistik bagi pasien yang terkena penyakit menular. (Kisham dkk, 2023).

Bab 10

Program Pemerintah dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

10.1 Pendahuluan

Penyebab kematian tertinggi di Indonesia pada masa sebelum pandemi adalah Penyakit Tidak Menular (PTM). Penyakit Tidak Menular dapat mengakibatkan hilangnya hari produktif bagi penderita dan pendamping. Penyebab kematian tertinggi adalah penyakit jantung koroner, diikuti kanker dan Diabetes mellitus dengan komplikasi, tuberculosis, kemudian PPOK (Penyakit Paru Obstruktif Kronis) (Kemenkes RI, 2020).

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan menunjukkan hasil penelitiannya bahwa saat ini perkembangan PTM di Indonesia kian mengkhawatirkan (Kemenkes RI, 2020). PTM meningkat tajam seiring dengan perubahan gaya hidup dan perilaku tidak sehat di masyarakat (Kemenkes RI, 2017). Peningkatan tren PTM ini diikuti oleh pergeseran pola penyakit, jika dahulu penyakit jenis ini biasanya dialami oleh kelompok usia lanjut, saat ini mulai mengancam kelompok usia produktif dan sekarang trennya mulai naik pada usia 10 sampai 14 tahun (Kemenkes RI, 2020).

Faktor risiko utama PTM adalah faktor metabolik (tekanan darah tinggi, gula darah tinggi, obesitas, dislipidemia, gangguan fungsi ginjal, malnutrisi pada maternal dan anak), faktor perilaku (perilaku diet, merokok, risiko kesehatan kerja, kurang aktivitas fisik, konsumsi alkohol), dan faktor lingkungan (polusi udara, kekerasan, kemiskinan) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Penanganan kasus PTM membutuhkan waktu yang tidak sebentar, biaya yang besar dan teknologi tinggi. Peningkatan kasus PTM secara signifikan dapat menambah beban masyarakat dan pemerintah. Saat ini diketahui bahwa tren PTM semakin meningkat, dan menyerap biaya terbesar dalam JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) (Kemenkes RI, 2020).

Kasus PTM memang tidak ditularkan namun mematikan dan mengakibatkan individu menjadi tidak atau kurang produktif. PTM dapat dicegah dengan mengendalikan faktor risiko melalui deteksi dini. Upaya Pencegahan dan Pengendalian PTM di Indonesia perlu dikelola dengan baik. Dalam hal ini Pemerintah telah membuat kebijakan untuk pengendalian PTM ini (Direktorat P2PTM, 2019). Untuk menanggulangi masalah PTM, maka upaya intervensi yang komprehensif dan holistik harus dilakukan, yakni promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, sebagai kesatuan continuum of care. Pendekatan strategis untuk menurunkan beban PTM adalah peningkatan upaya promotif dan preventif melalui pembudayaan GERMAS, pemberdayaan masyarakat dalam pengendalian faktor risiko PTM, dan peningkatan aksi multisektoral (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

10.2 Target Indikator Pencapaian Sasaran Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Berdasarkan Sasaran Aksi Program (RAP) tahun 2020-2024 Ditjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit RI, Sasaran kegiatan ini adalah menurunnya angka kesakitan dan kematian akibat penyakit tidak menular; meningkatnya pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular. Indikator pencapaian sasaran tersebut adalah:

1. Jumlah Kab/kota yang melakukan deteksi dini faktor risiko PTM $\geq$ 80% Populasi usia $\geq$ 15 tahun sebanyak 514 kabupaten/kota

2. Jumlah kabupaten/kota yang menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) sebanyak 514 kabupaten/kota
3. Jumlah kabupaten/kota yang menyelenggarakan layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) sebanyak 350 kabupaten/kota
4. Jumlah kabupaten/kota yg melakukan pelayanan terpadu (Pandu) PTM di $\geq 80\%$ Puskesmas sebanyak 514 kabupaten/kota
5. Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan deteksi dini gangguan indera pada $\geq 40\%$ populasi sebanyak 514 kabupaten/kota
6. Jumlah kabupaten/kota yang melakukan deteksi dini penyakit kanker di $\geq 80\%$ populasi usia 30-50 tahun sebanyak 514 kabupaten/kota

10.3 Kebijakan dan Strategi Penanganan PTM

Berikut disampaikan kebijakan dan strategi penanganan PTM yang disarikan dari Buku Pedoman Manajemen Penyakit Tidak Menular yang dikeluarkan oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit-Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan RI Tahun 2019 (Direktorat P2PTM, 2019).

Kebijakan

Kebijakan pemerintah dalam penanganan PTM, sebagai berikut:

1. Meningkatkan advokasi kebijakan yang berpihak terhadap program kesehatan dan sosialisasi P2PTM (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular).
2. Melaksanakan upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif secara komprehensif.
3. Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia.
4. Mengembangkan dan memperkuat sistem surveilans.
5. Penguatan jejaring dan kemitraan melalui pemberdayaan masyarakat.

Strategi

Adapun strategi penanganan PTM, adalah:

1. Meningkatkan advokasi kebijakan yang berpihak terhadap program kesehatan dan sosialisasi P2PTM. Strateginya meliputi:
 - a. Mendorong penguatan komitmen dari pengambil kebijakan untuk
 - b. mendukung program P2PTM terutama dalam alokasi sumber daya daerah.
 - c. Memberikan informasi dan pemahaman potensial produktivitas serta potensial ekonomi yang hilang akibat P2PTM kepada para pengambil kebijakan lintas sektor.
 - d. Menumbuhkan kesadaran bahwa masalah kesehatan adalah
 - e. tanggung jawab bersama.
 - f. Mendorong advokasi lintas sektor untuk mewujudkan pembangunan berwawasan kesehatan (Health in All Policy = HiAP).
2. Melaksanakan upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif secara komprehensif. Strateginya meliputi:
 - a. Menyebarkan secara masif sosialisasi pencegahan dan pengendalian faktor risiko PTM kepada seluruh masyarakat.
 - b. Meningkatkan kemandirian masyarakat melalui penerapan budaya perilaku CERDIK.
 - c. Melakukan deteksi dini dan tindak lanjut dini faktor risiko PTM baik di Posbindu maupun di fasilitas pelayanan kesehatan.
 - d. Melakukan penguatan tata laksana kasus sesuai standar.
 - e. Meningkatkan program peningkatan kualitas hidup (perawatan paliatif) sesuai ketentuan.
3. Meningkatkan kapasitas sumber daya manusia. Strateginya meliputi:
 - a. Meningkatkan kapasitas SDM sesuai jenjang fasilitas pelayanan kesehatan dan kompetensi didukung dengan penganggaran pusat maupun secara mandiri oleh daerah.
 - b. Mendorong ketersediaan SDM secara kualitas maupun kuantitas.

- c. Mendorong pemanfaatan SDM yang ada di masyarakat baik dilingkup awam, akademisi, pegawai pemerintah dan swasta maupun organisasi profesi.
- 4. Mengembangkan dan memperkuat sistem surveilans
 - a. Melakukan pencatatan dan pelaporan sesuai ketentuan.
 - b. Mengoptimalkan dan mengintegrasikan sistem informasi yang dibangun oleh pusat maupun yang diupayakan oleh daerah.
 - c. Melakukan evaluasi dan menindaklanjuti hasil pendataan secara berkala dan dijadikan bahan pengambilan keputusan secara berjenjang untuk perbaikan program.
 - d. Mendorong dilakukannya penelitian PTM yang diperlukan.
- 5. Penguatan jejaring dan kemitraan melalui pemberdayaan masyarakat. Strateginya meliputi:
 - a. Melibatkan peran serta tokoh masyarakat dan kelompok potensial lainnya.
 - b. Mengintegrasikan kegiatan program dalam pelaksanaan hari-hari besar yang di wilayah masing-masing untuk meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap P2PTM terutama pencegahan terhadap faktor risiko (mis. melakukan deteksi dini faktor risiko massal pada hari-hari besar).
 - c. Berkoordinasi dengan lintas program terkait untuk memastikan ketersediaan sarana prasarana, obat dan SDM, penerapan mutu pelayanan meliputi akreditasi dan tatalaksana kasus sesuai standar.
 - d. Berkoordinasi dan menguatkan kemitraan dengan pihak swasta lainnya.

10.4 Manajemen Terpadu Program PTM

Program penanggulangan PTM perlu dilakukan secara terpadu agar memperoleh hasil yang optimal. Berikut disampaikan tentang manajemen terpadu program PTM yang disarikan dari sumber Buku Pedoman Manajemen

Penyakit Tidak Menular yang dikeluarkan oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit-Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan RI Tahun 2019 (Direktorat P2PTM, 2019), sebagai berikut:

10.4.1 Program Deteksi Dini Faktor Risiko PTM Di POSBINDU

1. Pengertian

- a. Deteksi dini faktor risiko PTM di Posbindu adalah upaya kesehatan berbasis masyarakat (UKBM) yang dilaksanakan di pos pembinaan terpadu (Posbindu). (Lebih jelas tentang Posbindu dapat dipelajari dari pedoman Umum Posbindu PTM (Kemenkes RI, 2016) dan petunjuk teknis Posbindu PTM (Kemenkes RI, 2012)).
- b. Kegiatan deteksi dini faktor risiko PTM di POSBINDU meliputi:
 - 1) Pengukuran tekanan darah.
 - 2) Pengukuran gula darah.
 - 3) Pengukuran indeks massa tubuh.
 - 4) Wawancara perilaku berisiko.
 - 5) Edukasi perilaku gaya hidup sehat.

2. Dasar Hukum/Pedoman

- a. Instruksi Presiden No.1 tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
- b. Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 tahun 2015 tentang penanggulangan Penyakit Tidak Menular.
- c. Petunjuk Teknis Posbindu PTM.
- d. Buku Pintar Kader.
- e. Buku Monitoring Faktor Risiko PTM.

3. Sasaran deteksi dini faktor risiko PTM di POSBINDU

- a. Setiap warga negara berusia 15 tahun keatas di suatu desa/kelurahan/institusi.

- b. Sasaran pemeriksaan gula darah adalah setiap warga negara berusia 40 tahun ke atas atau kurang dari 40 tahun yang memiliki faktor risiko obesitas dan atau hipertensi.
- 4. Pelaksana: Kader terlatih
- 5. Capaian Kinerja
Capaian kinerja diukur dari persentase desa/kelurahan yang melaksanakan kegiatan posbindu PTM di suatu wilayah.

10.4.2 Program Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas (GENTAS)

- 1. Pengertian
 - a. Kegiatan Gerakan Nusantara Tekan Angka Obesitas (GENTAS) adalah suatu gerakan yang melibatkan masyarakat dalam rangka pencegahan obesitas sebagai faktor risiko PTM.
 - b. Kegiatan GENTAS, meliputi:
 - 1) Pengukuran Indeks Massa Tubuh (Berat Badan, Lingkar perut dan tinggi badan); dengan kriteria:
 - a) lingkar perut laki-laki < 90 cm
 - b) lingkar perut wanita < 80 cm
 - c) IMT ≥ 25 kg/m²
 - 2) Wawancara perilaku berisiko.
 - 3) Edukasi perilaku gaya hidup sehat.
- 2. Dasar Hukum/Pedoman
 - a. Instruksi Presiden No.1 tahun 2017 tentang Gerakan Masyarakat Hidup Sehat.
 - b. Buku RENSTRA RPJMN 2015-2019.
 - c. Peraturan Menteri Kesehatan no 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.
- 3. Sasaran GENTAS
Setiap warga negara umur 15 tahun keatas yang berada di wilayah tersebut
- 4. Pelaksana
 - a. Dokter

- b. Perawat
 - c. Kader Terlatih
 - d. Pengelola Program Puskesmas
 - e. Masyarakat.
5. Capaian Kinerja
- Capaian kinerja GENTAS diukur dari persentase warga negara yang berusia yang diperiksa Indeks Massa Tubuh (IMT) dan atau Lingkar Perut di suatu wilayah.

10.4.3 Program Pelayanan Terpadu (PANDU) PTM

1. Pengertian
 - a. Kegiatan PANDU PTM adalah kegiatan penemuan dan penanganan kasus PTM dan manajemen faktor risiko PTM di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) secara terpadu.
 - b. Kegiatan manajemen faktor risiko meliputi pemeriksaan:
 - 1) perilaku merokok.
 - 2) obesitas.
 - 3) TD > 120/80 mmHg.
 - 4) gula darah sewaktu > 200 mg/dL.
 - 5) kolesterol atau kolesterol rata-rata.
 - 6) wanita usia 30-50 tahun atau wanita yang pernah berhubungan seksual.
 - c. Penanganan penyandang PTM dan Program Rujuk Balik (PRB)
2. Dasar Hukum/Pedoman
 - a. Permenkes No 71 tahun 2013 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.
 - b. Permenkes No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas.
 - c. Peraturan Menteri Kesehatan No.29 Tahun 2017 tentang perubahan Peraturan Menteri Kesehatan No. 34 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim

- d. KMK Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
 - e. Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia No 11 tahun 2012 tentang Standar Kompetensi Dokter Indonesia.
 - f. Pedoman Pengendalian PTM terpadu.
3. Sasaran
Setiap warga negara yang menyandang dan memiliki faktor risiko PTM yang berkunjung ke FKTP
 4. Pelaksana
 - a. Dokter
 - b. Perawat
 - c. Bidan
 5. Capaian Kinerja
Capaian kinerjanya diukur dari persentase Puskesmas yang melakukan pelayanan PTM secara terpadu.

10.4.4 Program Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Di Sekolah

Merokok adalah faktor risiko keempat yang berkontribusi terhadap DALYs lost. Prevalensi perokok pada remaja (usia 10-18 tahun) telah naik dari 7,2% pada tahun 2013 (Riskesdas 2013) menjadi 9,1% pada tahun 2018 (Riskesdas 2018). Angka ini semakin menjauh dari target RPJMN 2029 yakni sebesar 5,4% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020). Prevalensi perokok lebih tinggi pada penduduk miskin, tinggal di perdesaan, dan kelompok usia yang lebih tua. Harus diwaspadai penggunaan rokok elektrik pada remaja, karena uap rokok elektrik mengandung zat-zat toksik yang berbahaya untuk kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Sebagai upaya menurunkan prevalensi perokok, termasuk perokok pemula (remaja), perlu dilakukan upaya 1) mengadopsi Konvensi Kerangka Kerja WHO tentang Pengendalian Tembakau, 2) menerapkan Kawasan Tanpa Rokok (KTR), 3) program stop merokok (quit smoking), 4) menaikkan cukai dan harga rokok (pemberlakuan sin tax), dan 5) pelarangan iklan, promosi dan sponsor rokok (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Berikut ini diuraikan tentang Program Penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) Di Sekolah yang disarikan dari sumber Buku Pedoman Manajemen Penyakit Tidak Menular yang dikeluarkan oleh Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit-Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Kementerian Kesehatan RI Tahun 2019 (Direktorat P2PTM, 2019).

1. Pengertian

- a. Kegiatan penerapan Kawasan Tanpa Rokok (KTR) di sekolah adalah suatu kegiatan pencegahan perilaku merokok pada warga sekolah.
- b. Kegiatannya, meliputi:
 - 1) Penetapan KTR.
 - 2) Pembentukan satgas.
 - 3) Memenuhi 8 indikator penerapan KTR.

2. Dasar Hukum/Pedoman

- a. Peraturan Pemerintah No. 109 tahun 2012 tentang Pengamanan Bahan Yang Mengandung Zat Adiktif Berupa Produk Tembakau Bagi Kesehatan.
- b. PerMenkes No 40 tahun 2013 tentang Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok Bagi Kesehatan.
- c. Permendikbud No 64 tahun 2015 tentang Kawasan Tanpa Rokok di Lingkungan Sekolah.
- d. Petunjuk Teknis Upaya Berhenti Merokok di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tahun 2016.
- e. Petunjuk Teknis Konseling Berhenti Merokok pada anak usia sekolah/Madrasah bagi guru pembina Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M) tahun 2016.
- f. Peraturan bersama Menkes & Mendagri No 188/Menkes/PB/I/2011 tentang Pedoman Pelaksanaan KTR.
- g. Pedoman Teknis Penegakan Hukum KTR tahun 2015.
- h. Hidup Sehat Tanpa Rokok tahun 2017.
- i. Pedoman Penyakit Terkait Rokok tahun 2018.

3. Sasaran

Setiap warga yang berada di sekolah (siswa, guru, penjaga sekolah, penjaja makanan dan pengunjung lainnya) di SD, SMP, SMA, dan sederajat di suatu wilayah.

4. Pelaksana

- a. Satgas Propinsi (meliputi unsur-unsur: dinas pendidikan, dinas kesehatan, satpol PP, bagian hukum pemda, kanwil agama).
- b. Satgas Kab/Kota (meliputi unsur-unsur: dinas pendidikan, dinas kesehatan, satpol PP, bagian hukum pemda, kanwil agama).
- c. Satgas sekolah (meliputi unsur: Guru BK, Satpam, Kader Murid).

5. Capaian Kinerja

- a. Provinsi: Menentukan jumlah kab/kota yang minimal 50% sekolah yang ada di wilayahnya telah menerapkan KTR.
- b. Kab/kota: Menentukan jumlah sekolah di wilayahnya yang telah menerapkan KTR.

10.4.5 Program Layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM)

1. Pengertian

- a. Kegiatan Layanan Upaya Berhenti Merokok (UBM) adalah pemberian konseling kepada perokok untuk berhenti merokok di FKTP dan di sekolah.
- b. Kegiatannya, meliputi:
 - 1) Identifikasi klien
 - 2) Evaluasi dan motivasi.
 - 3) Penentuan pilihan terapi yang akan diberikan
 - 4) Penyusunan rencana untuk menindaklanjuti/follow up yang sudah dilakukan

2. Dasar Hukum/Pedoman

- a. PerMenkes No 40 tahun 2013 tentang Peta Jalan Pengendalian Dampak Konsumsi Rokok Bagi Kesehatan.
- b. Petunjuk Teknis Upaya Berhenti Merokok di Fasilitas Pelayanan Kesehatan tahun 2016.

- c. Petunjuk Teknis Konseling Berhenti Merokok pada anak usia sekolah/Madrasah bagi guru pembina Usaha Kesehatan Sekolah/Madrasah (UKS/M) tahun 2016.
 - d. Buku Saku Hidup Sehat Tanpa Rokok tahun 2017.
- 3. Sasaran
Setiap warga negara perokok yang berkunjung ke klinik UBM.
- 4. Pelaksana
 - a. Dokter
 - b. Perawat
 - c. Bidan
 - d. Guru Bimbingan dan Konseling (BK).
- 5. Capaian Kinerja
 - a. Provinsi: Jumlah kab/kota yang memiliki puskesmas dengan layanan UBM.
 - b. Kab/kota: Jumlah puskesmas yang memiliki layanan UBM.

10.4.6 Program Deteksi Dini Kanker

- 1. Pengertian
 - a. Kegiatan Deteksi Dini Kanker adalah kegiatan deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim pada wanita usia 30-50 tahun atau wanita yang pernah berhubungan seksual, yang dilakukan di FKTP.
 - b. Kegiatan ini meliputi:
 - 1) Pemeriksaan Payudara Klinis (SADANIS).
 - 2) Pemeriksaan Inspeksi Visual Asam Asetat (IVA).
- 2. Dasar Hukum/Pedoman
 - a. Permenkes 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.
 - b. KMK Nomor HK.02.02/MENKES/514/2015 tentang Panduan Praktik Klinis bagi dokter di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.
 - c. Peraturan Menteri Kesehatan No.29 Tahun 2017 tentang perubahan Peraturan Menteri Kesehatan No. 34 Tahun 2015

tentang Penanggulangan Kanker Payudara dan Kanker Leher Rahim.

- d. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 30/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker.
3. Sasaran
Setiap warga negara wanita usia 30-50 tahun atau wanita yang pernah berhubungan seksual.
4. Pelaksana
 - a. Dokter
 - b. Bidan
5. Capaian Kinerja
Persentase Puskesmas yang melaksanakan deteksi dini kanker payudara dan kanker leher rahim pada wanita usia 30-50 tahun atau wanita yang aktif secara seksual.

10.4.7 Program Pengendalian Thalasemia

1. Pengertian
 - a. Kegiatan Deteksi Dini Thalasemia adalah suatu gerakan skrining pada kelompok risiko Thalasemia.
 - b. Kegiatan ini meliputi:
 - 1) Identifikasi populasi berisiko.
 - 2) Pemeriksaan laboratorium (Hb, Ht, MCV dan hapus darah tepi).
2. Dasar Hukum/Pedoman
 - a. Permenkes No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas.
 - b. Permenkes 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular
 - c. Pedoman Pengendalian Penyakit Thalasemia di FKTP.
3. Sasaran
Setiap warga negara yang merupakan saudara kandung penderita Thalasemia.
4. Pelaksana
 - a. Dokter

- b. Perawat
 - c. Analis Teknik Lab Medik (ATLM).
5. Capaian Kinerja
- Terselenggaranya skrining dan deteksi dini thalasemia di Puskesmas pada 10 provinsi dengan prevalensi thalasemia terbanyak.

10.4.8 Program Deteksi Dini dan Rujukan Kasus Katarak

1. Pengertian
 - a. Kegiatan Deteksi Dini dan Rujukan Kasus Katarak adalah kegiatan pengukuran gangguan tajam penglihatan di UKBM dan FKTP
 - b. Kegiatan ini meliputi:
 - 1) Metode hitung jari.
 - 2) Pemeriksaan Tumbling-E di UKBM.
 - 3) Pemeriksaan gangguan tajam penglihatan di FKTP.
2. Dasar Hukum/Pedoman
 - a. Permenkes No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas.
 - b. Permenkes 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.
 - c. Permenkes No 29 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Mata di Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
 - d. Buku Pedoman Penanggulangan Gangguan Indera (RPM).
3. Sasaran

Setiap warga negara berusia 40 tahun keatas di suatu wilayah.

4. Pelaksana
 - a. Dokter
 - b. Perawat
 - c. Kader Terlatih
5. Capaian Kinerja
 - a. Provinsi: Persentase Kab/Kota dengan paling kurang 10% Puskesmas yang melakukan deteksi dini dan rujukan kasus katarak.

- b. Kab/Kota: Persentase Puskesmas yang melakukan deteksi dini dan rujukan kasus katarak.

10.4.9 Program Layanan Kesehatan Inklusi Disabilitas

1. Pengertian

- a. Program Layanan Kesehatan Inklusi Disabilitas merupakan pelayanan kesehatan inklusif bagi penyandang disabilitas, hal ini terjadi jika seluruh lapisan masyarakat termasuk penyandang disabilitas mendapatkan pelayanan kesehatan secara sama. Layanan Kesehatan Inklusif Disabilitas dilakukan untuk mencapai kesetaraan hak-hak asasi manusia bagi penyandang disabilitas dan memastikan partisipasi penuh, serta akses terhadap pelayanan kesehatan.
- b. Kegiatan ini meliputi:
 - 1) Advokasi dan sosialisasi kepada pemangku kepentingan dan nakes.
 - 2) Peningkatan kapasitas petugas dan kader.
 - 3) Pemberdayaan keluarga dan penyandang disabilitas.
 - 4) Pemenuhan standar layanan kesehatan bagi penyandang disabilitas, seperti gedung, sarana prasarana dan petugas serta kader yang terlatih.

2. Dasar Hukum/Pedoman

- a. Undang-Undang No. 8 Tahun 2016 tentang Penyandang Disabilitas.
- b. Permenkes No 75 tahun 2014 tentang Puskesmas.
- c. Permenkes 71 tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular.
- d. Buku Pedoman Penanggulangan Gangguan Fungsional (RPM).
- e. Peta Jalan Layanan Kesehatan Inklusi Disabilitas.
- f. Pedoman dan Modul Rehabilitasi Bersumberdaya Masyarakat.

3. Sasaran

Setiap warga negara penyandang disabilitas yang berkunjung ke FKTP.

4. Pelaksana
 - a. Dokter
 - b. Tenaga kesehatan
 - c. Kader terlatih
5. Capaian Kinerja
 - a. Provinsi: Persentase Kab/Kota yang memiliki minimal 10% Puskesmas ramah Disabilitas.
 - b. Kab/Kota: Persentase Puskesmas yang ramah Disabilitas.

10.5 Monitoring dan Evaluasi Program PTM

Monitoring dan evaluasi perlu dilakukan pada pelaksanaan program penanggulangan PTM.

Monitoring merupakan upaya yang dilakukan secara rutin untuk mengidentifikasi pelaksanaan dari berbagai komponen program, waktu pelaksanaan dan kemajuan dalam mencapai tujuan program. Tujuan monitoring adalah untuk menyediakan umpan balik dan indikasi awal tentang bagaimana kegiatan dilaksanakan, serta pencapaian kerja dari waktu ke waktu (Direktorat P2PTM, 2019). Monitoring dilakukan dengan cara menggali untuk mendapatkan informasi secara reguler berdasarkan indikator tertentu, dengan maksud mengetahui apakah kegiatan yang sedang berlangsung sesuai dengan perencanaan dan prosedur yang telah disepakati. Indikator monitoring mencakup esensi aktivitas dan target yang ditetapkan pada perencanaan program (Direktorat P2PTM, 2019). Jika monitoring dilakukan dengan baik maka akan sangat bermanfaat dalam memastikan pelaksanaan kegiatan tetap sesuai pedoman dan perencanaan program, dan juga memberikan informasi kepada pengelola program apabila terjadi hambatan dan penyimpangan, serta sebagai masukan dalam melakukan evaluasi.

Evaluasi adalah tahapan yang berkaitan erat dengan kegiatan monitoring. Kegiatan evaluasi dapat menggunakan data yang disediakan melalui kegiatan monitoring. Evaluasi sebaiknya merupakan bagian yang tidak terpisahkan dalam menyusun suatu perencanaan. Evaluasi diarahkan untuk mengendalikan

dan mengontrol ketercapaian tujuan. Evaluasi berhubungan dengan hasil informasi tentang nilai serta memberikan gambaran tentang manfaat suatu kebijakan (Direktorat P2PTM, 2019). Evaluasi bertujuan untuk mengetahui apakah program itu mencapai sasaran yang diharapkan atau tidak. Evaluasi lebih menekankan pada aspek hasil yang dicapai (output). Evaluasi baru bisa dilakukan jika program itu telah berjalan setidaknya dalam suatu periode (tahapan), sesuai dengan tahapan rancangan dan jenis program yang dibuat dalam perencanaan dan dilaksanakan. Pembinaan dan pengawasan program PTM dilakukan secara berjenjang dari Pusat, Provinsi, Kabupaten/Kota, Kecamatan dan Desa/Kelurahan.

Bab 11

Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

11.1 Pendahuluan

Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan masalah kesehatan dunia dan Indonesia yang sampai sejauh ini masih menjadi pusat perhatian dalam dunia kesehatan karena merupakan salah satu penyebab dari kematian. PTM merupakan penyakit yang tidak bisa ditularkan dari orang ke orang lain, penyakit ini sering dianggap remeh dan masyarakat kurang memperhatikan betapa bahayanya risiko yang ditimbulkan dari penyakit tidak menular. Terdapat empat tipe utama PTM yaitu penyakit kardiovaskular, kanker, penyakit pernapasan kronis, dan diabetes (Kemenkes RI, 2021). Menurut WHO, kematian akibat penyakit tidak menular (PTM) diperkirakan akan terus meningkat di seluruh dunia dan diprediksi pada tahun 2030 yang akan datang akan ada 52 juta jiwa kematian akibat penyakit tidak menular. Di Indonesia sendiri juga mengalami eskalasi PTM yang begitu tinggi dan tidak menentu. Hasil riset kesehatan dasar tahun 2007 dan 2013 menunjukkan bahwa adanya kenaikan dan peningkatan terhadap prevalensi penyakit tidak menular seperti

prevalensi penyakit stroke terjadi peningkatan dari 8.3 per mil pada tahun 2007 meningkat menjadi 12,1 pada tahun 2013, dari data tersebut diketahui bawasannya 61 % dari total kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskular, kanker, dan penyakit PTM lainnya (Kemenkes RI, 2018).

Pemerintah harus bersungguh-sungguh dan berupaya lebih keras dalam menurunkan lonjakan prevalensi Penyakit Tidak Menular (PTM). Perlu keterlibatan peran aktif seluruh masyarakat tidak hanya pemerintah saja, tetapi juga melibatkan petugas kesehatan (dokter, perawat, ahli gizi, dll). Bersama-sama bekerjasama secara sinergi untuk menurunkan prevalensi PTM. Peran perawat dalam mengurangi dari Penyakit Tidak Menular (PTM) sangat penting dan sangat diperlukan di masyarakat mulai dari menengah ke atas.

Keberhasilan tenaga kesehatan khususnya peran perawat untuk penanggulangan penyakit tidak menular sangat diharapkan dalam menurunkan kejadian yang terus melonjak akibat penyakit tidak menular. Diharapkan juga masyarakat dapat memahami dan mengetahui secara mendalam bagaimana melakukan monitoring dan pemantauan terhadap penyakit tidak menular jika ada anggota keluarganya yang menderita. Selain itu, sistem pelayanan keperawatan telah diupayakan untuk pelayanan yang lebih mudah diakses, meningkatkan perawatan diri, kemandirian masyarakat, tersedia proses deteksi dini masalah kesehatan dan terjamin pemerataan dalam pelayanan kesehatan baik.

11.2 Penyakit Tidak Menular (PTM)

Definisi penyakit tidak menular (PTM) adalah penyakit yang diakibatkan oleh perubahan pada organ tubuh manusia itu sendiri maupun penyakit degenerative (factor usia). Dengan demikian dapat diketahui bahwa penyakit tidak menular tidak disebabkan oleh bakteri, virus maupun kuman. Di antara penyakit tidak menular meliputi stroke, diabetes, hipertensi dan penyakit lainnya. jenis penyakit ini akan berkembang secara perlahan dalam jangka waktu yang lama, sehingga akan mengganggu produktivitas dan aktivitas seseorang.

Penyakit tidak menular (PTM) merupakan suatu kondisi penyakit kronis yang tidak bisa ditularkan dari orang ke orang. Penyakit tidak menular sering disebabkan oleh faktor keturunan serta gaya hidup yang tidak sehat. Seseorang

yang tidak menjaga pola Kesehatan dengan baik akan rentan terserang penyakit tidak menular. Penyakit tidak menular tidak hanya diderita oleh kalangan lanjut usia tetapi sudah menyerang pada usia dewasa muda yang disebabkan oleh pola hidup yang tidak terkendali (Siswanto, Y., & Lestari, 2020). Penyakit Tidak Menular (PTM) juga memiliki hubungan dengan perubahan pola dan perilaku hidup sehat yang diakibatkan dari kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, modernisasi, globalisasi, perubahan demografi, serta pertumbuhan dan perkembangan populasi (Asmin, E. Tahitu., dkk 2021)

11.2.1 Golong Penyakit Tidak Menular (PTM)

Berikut adalah contoh beberapa penyakit yang tergolong sebagai penyakit tidak menular (Siswanto, Y., & Lestari, 2020):

1. Penyakit Kardiovaskuler (Cardiovascular Diseases) termasuk penyakit jantung koroner, stroke, dan hipertensi. Faktor risiko utama meliputi pola makan yang tidak sehat, kurangnya aktivitas fisik, merokok, konsumsi alkohol berlebihan, dan obesitas.
2. Penyakit Diabetes (Diabetes Mellitus) terutama diabetes tipe 2, yang seringkali terkait dengan obesitas dan ketidakseimbangan gula darah. Gaya hidup yang tidak sehat dan faktor genetik dapat berperan dalam risiko diabetes.
3. Kanker (Cancer) kanker dapat berkembang dalam berbagai organ dan sistem tubuh. Faktor risiko kanker meliputi konsumsi tembakau, alkohol, paparan sinar matahari berlebihan, serta faktor genetik.
4. Penyakit Paru-paru Kronis (Chronic Respiratory Diseases) termasuk penyakit paru obstruktif kronis (COPD) dan asma. merokok, paparan polusi udara, dan paparan zat berbahaya seperti asbes merupakan faktor risiko utama.
5. Penyakit Ginjal (Chronic Kidney Diseases) kondisi ini sering berkembang secara perlahan dan dapat disebabkan oleh tekanan darah tinggi, diabetes, dan infeksi ginjal kronis.
6. Penyakit Autoimun (Autoimmune Diseases) termasuk lupus, rheumatoid arthritis, dan multiple sclerosis. Ini adalah penyakit di mana sistem kekebalan tubuh menyerang jaringan tubuh sendiri.

7. Gangguan mental (Mental Health Disorders) ini termasuk depresi, kecemasan, dan gangguan kejiwaan lainnya. Faktor-faktor psikososial dan genetik dapat berperan dalam perkembangan gangguan mental.
8. Obesitas (Obesity) adalah faktor risiko utama untuk berbagai penyakit tidak menular, termasuk penyakit kardiovaskular, diabetes, dan beberapa jenis kanker.
9. Penyakit Neurologis (Neurological Diseases) termasuk Alzheimer's, Parkinson's, dan epilepsi. Faktor usia dan genetik sering berperan dalam risiko penyakit ini.

11.2.2 Faktor Penyebab Penyakit Tidak Menular (PTM)

Penyakit tidak menular (PTM) adalah jenis penyakit yang tidak disebabkan oleh infeksi atau penularan dari orang ke orang. Penyakit ini berkembang secara lambat dan berlangsung dalam jangka waktu yang lama. Ada banyak faktor yang dapat menyebabkan penyakit tidak menular, dan faktor ini sering saling terkait.

Berikut adalah beberapa faktor penyebab utama penyakit tidak menular (Siswanto, Y., & Lestari, 2020):

1. Faktor gaya hidup
 - a. Merokok: merokok adalah penyebab utama penyakit jantung, penyakit paru-paru dan kanker
 - b. Konsumsi alkohol berlebihan: konsumsi alkohol berlebihan dapat menyebabkan kerusakan organ tubuh, seperti hati dan meningkatkan risiko penyakit jantung dan kanker.
 - c. Kurangnya aktivitas fisik: gaya hidup yang kurang aktif atau duduk terlalu lama meningkatkan risiko obesitas, diabetes dan penyakit jantung
2. Polusi lingkungan, polusi udara, air dan tanah dapat berkontribusi pada risiko penyakit seperti penyakit pernapasan, penyakit kardiovaskular dan kanker

3. Pola makan yang tidak baik, diet yang kaya lemak jenuh, gula tambahan, dan garam dapat meningkatkan risiko obesitas, diabetes, penyakit jantung dan tekanan darah tinggi
4. Obesitas, kelebihan berat badan atau obesitas adalah faktor risiko utama untuk sejumlah penyakit tidak menular, termasuk diabetes tipe 2, penyakit jantung, dan beberapa jenis kanker.
5. Faktor genetik, riwayat keluarga dan faktor genetik dapat memengaruhi kerentanan seseorang terhadap penyakit tertentu.
6. Stres dan kesehatan mental, stress yang berkepanjangan dan masalah kesehatan mental dapat berkontribusi pada perkembangan penyakit jantung, gangguan kekebalan tubuh, dan gangguan lainnya
7. Usia, risiko penyakit tidak menular cenderung meningkat seiring bertambahnya usia, meskipun penyakit ini dapat memengaruhi orang dari segala usia
8. Ketidaksetaraan sosial dan ekonomi, orang yang kurang memiliki akses ke layanan kesehatan, pendidikan dan lingkungan yang sehat cenderung lebih rentan terhadap penyakit tidak menular
9. Konsumsi makanan dan minuman berbahaya, mengonsumsi makanan cepat saji, minuman bersoda, dan makanan dengan tambahan bahan kimia berbahaya dapat meningkatkan risiko penyakit
10. Kurang pemahaman dan kesadaran, kurangnya pemahaman tentang risiko penyakit tidak menular dan cara pencegahannya dapat menyebabkan perilaku yang tidak sehat.

Oleh karena itu dengan mengelola faktor-faktor ini dengan cara mempromosikan atau meningkatkan pola gaya hidup sehat, menghindari paparan polusi, memantau faktor risiko genetik, merupakan kunci utama untuk mengurangi dan menghindari terjadinya penyakit tidak menular. Selain itu Pendidikan dan kesadaran tentang pentingnya pencegahan juga sangat penting dalam mengatasi masalah kesehatan yang ditimbulkan dari penyakit tidak menular

11.3 Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

Definisi perawat menurut para ahli dapat bervariasi, tetapi pada umumnya perawat adalah seorang profesional kesehatan yang bertanggung jawab untuk memberikan perawatan, perhatian dan dukungan kepada individu yang membutuhkan perawatan medis atau perawatan kesehatan.

Berikut adalah beberapa definisi perawat menurut beberapa ahli (Budiono, 2016).

1. American Nurses Association (ANA)
Perawat adalah seorang profesional yang dilatih secara formal dalam ilmu keperawatan dan bertanggung jawab untuk memberikan perawatan kesehatan kepada individu, keluarga, dan masyarakat.
2. Florence Nightingale
Florence Nightingale, salah satu pendiri profesi perawat modern, mendefinisikan perawat sebagai "seseorang yang memiliki perhatian terhadap orang sakit, tahu apa yang perlu dilakukan, dan dapat melakukannya, serta melakukan segala yang diperlukan, selama ada yang perlu dilakukan."
3. International Council of Nurses (ICN)
Perawat adalah seorang profesional dalam ilmu keperawatan yang memberikan perawatan yang komprehensif, berperan dalam promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan, dan pemeliharaan kesehatan.
4. Virginia A. Henderson
Salah satu perawat terkenal dalam sejarah keperawatan, Henderson, menggambarkan perawat sebagai "seseorang yang membantu individu, keluarga, dan kelompok untuk mencapai kesejahteraan maksimal mereka melalui pemenuhan kebutuhan dasar".

5. Martha Rogers

Rogers adalah seorang teoritikus keperawatan yang menggambarkan perawat sebagai “seseorang yang membantu individu dalam pencapaian potensi maksimal mereka melalui perawatan yang berfokus pada pemahaman holistik tentang kesehatan.”

6. Dorothea Orem: Orem mengembangkan teori keperawatan *Orem's Self-Care Deficit Theory* yang menyatakan bahwa perawat adalah "seseorang yang membantu individu dalam memenuhi kebutuhan perawatan mereka ketika individu tidak mampu melakukan itu sendiri

11.3.1 Peran dan Tanggung Jawab Perawat

Perawat memiliki peran dan tanggung jawab yang sangat penting dalam sistem pelayanan kesehatan. Secara umum perawat berperan dan bertanggung jawab dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga dan masyarakat. Perawat juga harus menjalankan tugasnya dengan etika dan profesionalisme yang tinggi serta mematuhi pedoman praktik keperawatan yang berlaku. Perawat bertanggungjawab untuk melindungi hak-hak pasien, menjaga kerahasiaan informasi medis dan menyediakan pelayanan keperawatan yang aman dan berkualitas. Keterlibatan perawat dalam perawatan pasien seringkali menciptakan hubungan yang kuat antara pasien dan penyedia perawatan kesehatan, sehingga peran mereka sangat berpengaruh dalam memengaruhi hasil kesehatan pasien.

Berikut adalah peran dan tanggung jawab perawat, menurut beberapa ahli (Potter, P. A., & Perry, 2016):

1. Perawatan Pasien

- a. Memberikan perawatan fisik, seperti pemberian obat, perawatan luka, dan tindakan medis lainnya.
- b. Memantau kondisi pasien, seperti tekanan darah, denyut jantung, suhu tubuh, dan gejala lainnya.
- c. Menyusun rencana perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

2. Pendidikan Pasien.

- a. Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang kondisi kesehatan, pengobatan, dan tindakan yang diperlukan.

- b. Membantu pasien memahami cara menjaga kesehatan dan mencegah penyakit.
- 3. Advokasi Pasien
 - a. Menjadi perwakilan pasien dalam tim perawatan medis.
 - b. Melindungi hak-hak pasien dan memastikan mereka mendapatkan perawatan yang layak.
- 4. Kolaborasi dengan Tim Kesehatan
 - a. Bekerja sama dengan dokter, ahli terkait, dan tenaga kesehatan lainnya untuk menyusun rencana perawatan yang komprehensif.
 - b. Memberikan laporan kondisi pasien kepada tim medis.
- 5. Manajemen Data Kesehatan
 - a. Merekam informasi medis pasien dengan akurat.
 - b. Menyimpan catatan perawatan yang lengkap dan up-to-date.
- 6. Mengelola Krisis
 - a. Bertindak cepat dan efisien dalam situasi darurat atau krisis medis.
 - b. Memberikan pertolongan pertama kepada pasien yang memerlukan.
- 7. Promosi Kesehatan
 - a. Mendorong gaya hidup sehat dan pencegahan penyakit.
 - b. Terlibat dalam program-program edukasi masyarakat.
- 8. Asuhan Holistik
 - a. Memperhatikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dalam perawatan pasien.
 - b. Memahami kebutuhan unik setiap pasien.

11.3.2 Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

Perawat memainkan peran yang sangat penting dalam penanggulangan Penyakit Tidak Menular (PTM). Penyakit tidak menular merupakan kategori penyakit yang umumnya berkembang secara lambat dan berkelanjutan akibat faktor-faktor seperti gaya hidup, pola makan, aktivitas fisik, dan faktor lingkungan. Pada umumnya, perawat memiliki peran dalam penanggulangan penyakit tidak menular di antaranya pencegahan dan edukasi hingga perawatan

dan pengelolaan kasus. Dalam hal ini, kerjasama tim kesehatan yang baik dan pendekatan yang holistik sangat penting dalam pemberian perawatan yang efektif kepada pasien dengan penyakit tidak menular (Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, 2018), peran perawat terbagi menjadi tujuh bagian diantaranya:

1. Care Giver

Dalam menjalankan tugasnya sebagai pemberi asuhan, maka perawat berperan:

- a. Memberikan pelayanan keperawatan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat sesuai diagnosis masalah yang terjadi.
- b. Memperhatikan individu dalam konteks sesuai kehidupan pasien.
- c. Perawat menggunakan proses keperawatan untuk mengidentifikasi diagnosis keperawatan.

2. Client Advocate

Tugas perawat sebagai pembela pasien memiliki peran sebagai berikut:

- a. Bertanggung jawab membantu pasien dan keluarga dalam menginterpretasikan informasi dari berbagai pemberi pelayanan dan dalam memberikan informasi lain yang diperlukan untuk mengambil persetujuan (inform concern) atas tindakan keperawatan yang diberikan kepadanya.
- b. Mempertahankan dan melindungi hak-hak pasien, harus dilakukan karena pasien yang sakit dan dirawat di rumah sakit akan berinteraksi dengan banyak petugas kesehatan. Perawat adalah anggota tim kesehatan yang paling lama kontak dengan pasien, sehingga diharapkan perawat harus mampu membela hak-hak pasien.

3. Conselor

Perawat berperan sebagai konseling yakni:

- a. Mengidentifikasi perubahan pola interaksi pasien terhadap keadaan sehat sakitnya.
- b. Perubahan pola interaksi merupakan "dasar" dalam kemampuan adaptasinya.

- c. Memberikan konseling atau bimbingan penyuluhan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu.
 - d. Pemecahan masalah difokuskan pada masalah keperawatan
 - e. Mengubah perilaku hidup sehat (perubahan pola interaksi)
4. Educator
- Proses pengajaran mempunyai empat komponen yaitu: (1) Pengkajian; (2) perencanaan; (3) Pelaksanaan (4); evaluasi. Pada peran ini perawat diharapkan mampu melakukan hal hal berikut.
- a. Dapat dilakukan pasien atau keluarga, tim késehatan lain, baik secara spontan pada saat berinteraksi maupun formal (sudah di siapkan terlebih dahulu).
 - b. Membantu pasien meningkatkan pengetahuan
 - c. Dasar pelaksanaan perawat adalah intervensi dalam proses keperawatan.
5. Collabolator
- Peran Sebagai Kolaborator Perawat disini dilakukan karena perawat bekerja melalui tim kesehatan yang terdiri dari dokter fisioterapis, ahli gizi, dan lain-lain dengan berupaya mengidentifikasi pelayanan keperawatan yang diperlukan termasuk diskusi atau tukar pendapat dalam penentuan bentuk pelayanan selanjutnya dalam kaitannya membantu mempercepat penyembuhan pasien.
6. Coordinator
- Peran ini dilaksanakan dengan mengarahkan, merencanakan serta mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sehingga pemberian pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan pasien.
- Tujuan Perawat sebagai koordinator adalah:
- a. Untuk memenuhi asuhan kesehatan secara efektif, efisien dan menguntungkan pasien.
 - b. Pengaturan waktu dan seluruh aktivitas atau penanganan pada pasien.

- c. Menggunakan keterampilan perawat untuk merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan, dan mengontrol.

7. Change Agent

Pembawa perubahan adalah seseorang yang berinisiatif membantu pasien membuat perubahan pada dirinya atau pada sistem. Mengidentifikasi masalah, mengkaji, motivasi pasien dan membantu pasien untuk berubah, menunjukkan alternatif, menggali kemungkinan hasil dari alternatif, mengkaji sumber daya menunjukkan peran, membantu, membina dan mempertahankan hubungan.

11.3.3 Fungsi Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

Menurut (Cahyati, Y, Soemantri,dkk 2021) Fungsi suatu pekerjaan yang harus dilaksanakan sesuai dengan perannya. Dalam melaksanakan tugasnya perawat memiliki tiga fungsi yaitu perawat independen, dependen, dan interdependen.

1. Fungsi Independen

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

2. Fungsi Dependen

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatannya atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Sehingga sebagai tindakan pelimpahan tugas yang diberikan perawat spesialis kepada perawat umum, atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

3. Fungsi Interdependen

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara tim satu dengan lainnya fungsi ini dapat terjadi apa bila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang mempunyai penyakit kompleks.

11.3.4 Mengidentifikasi Pentingnya Kontribusi Perawat dalam Mengurangi Prevalensi Penyakit Tidak Menular

Prevalensi penyakit tidak menular terus meningkat, yang disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain kurangnya edukasi kepada masyarakat, minimnya pengetahuan, hingga kurangnya dukungan keluarga (Nadilla et al., 2021). Maka dari itu, kontribusi perawat dalam mengurangi prevalensi penyakit tidak menular sangatlah besar. Mengurangi prevalensi PTM diperlukan seorang edukator ataupun pendidik, perawat dapat membantu pasien untuk mengenal kesehatan dan prosedur asuhan keperawatan yang perlu dilakukan guna memulihkan dan memelihara kesehatan, sehingga pasien dapat meningkatkan pengetahuan mengenai penyakit tidak menular, pasien dapat melaksanakan pola hidup sehat (Manoppo, Erick johans,dkk 2018) dan seorang perawat juga dapat memberikan edukator mengenai program pemerintah dalam pengendalian penyakit tidak menular yakni CERDIK.

Kegiatan CERDIK harus dilakukan secara rutin dan berkesinambungan, sebagai berikut:

1. C: Cek kondisi Kesehatan anda secara rutin dan teratur
2. E: Enyahkan asap rokok dan polusi udara lainnya
3. R: Rajin aktivitas fisik dengan gerak olahraga
4. D: Diet yang sehat dengan kalori seimbang (rendah gula, garam, lemak, dan kaya serat)
5. I: Istirahat yang cukup dan utamakan keselamatan
6. K: Kendalikan stress dan tindak kekerasan (Nina Indriawati, 2018)

Melalui program pemerintah CERDIK dapat ketahui bahwa cek kesehatan secara rutin dan teratur merupakan hal yang penting dalam upaya mengurangi prevalensi penyakit tidak menular. Skrining sangat dianjurkan karena bertujuan untuk mendeteksi dini penyakit tidak menular. Kontribusi perawat diperlukan untuk mempromosikan pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular (Nadilla et al., 2021). Sehingga dapat menumbuhkan kesadaran Masyarakat untuk melakukan skrinning sejak dini agar dapat mendeteksi adanya penyakit tidak menular, dan dapat mempelajari mengenai cara pencegahan apabila muncul gejala penyakit tidak menular (Issabella, C. M., & Prabandari, 2021)

Kontribusi perawat dapat memperkuat atau mendorong pasien untuk patuh berobat. Hal ini sesuai dengan penelitian yang menunjukkan adanya hubungan

antara kontribusi perawat dengan kepatuhan dalam menjalani pengobatan, dengan adanya pelayanan yang baik maka terbentuklah sikap positif dari pasien. Perilaku perawat yang rama dan segera mengobati pasien tanpa menunggu lama-lama, serta perawat menjelaskan mengenai obat yang diberikan dan seberapa pentingnya minum obat secara teratur merupakan sebuah dukungan dan kontribusi perawat yang dapat berpengaruh dalam kepatuhan berobat pasien

Namun, berbagai kontribusi perawat tidak akan berarti tanpa adanya bantuan dari keluarga pasien/penderita. Maka dari itu, tugas seorang perawat memberikan edukasi kepada keluarga, sehingga keluarga dapat memberikan dukungan positif kepada penderita. Perhatian keluarga mulai dari mengantarkan penderita ke pelayanan Kesehatan, membantu pembiayaan berobat, mengingatkan minum obat maka dapat menjadikan penderita lebih patuh. Serta keluarga juga dapat menjadi motivator satu sama lain sehingga dapat saling mengingatkan untuk hidup lebih sehat dan melakukan aktivitas-aktivitas positif bersama-sama (Violita, F., Thaha, I. L. M., & Dwinata, 2015)

11.4 Upaya Pencegahan, dan Dukungan Perawat terhadap Individu yang Terkena Dampak PTM (Penyakit Tidak Menular)

11.4.1 Peran Perawat dalam Upaya Pencegahan pada PTM (Penyakit Tidak Menular)

Beberapa penyakit tidak menular (PTM) seperti penyakit jantung, stroke, dan kanker, sekarang menduduki peringkat yang tinggi di antara penyebab utama kematian di tingkat nasional. Walau tidak menular, kejadian penyakit tersebut cukup besar (epidemi). Selain itu, sifat kronis dari sebagian besar penyakit tersebut dapat menghabiskan sumber daya masyarakat secara cepat. Perawat dapat memberikan kontribusi bermakna dalam pencegahan dan pengendalian penyakit. Selain itu, perawat dapat menyediakan lingkungan yang pro-kesehatan fisik, ekonomi, dan sosial yang di dalamnya setiap orang atau masyarakat akan lebih mudah mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi (McKenzie, J. F., Pinger, R. R., & Kotecki, 2007).

Perawat memerlukan suatu intervensi untuk mengoptimalkan implementasi gerakan masyarakat melalui edukasi ke masyarakat mengenai pencegahan dan pengendalian PTM dan pelatihan deteksi dini PTM kepada masyarakat khususnya kader kesehatan untuk mampu menilai risiko PTM di masyarakat, misalnya melalui posbindu PTM. Dengan tujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan sikap masyarakat mengenai penyakit tidak menular dan meningkatkan skill kader kesehatan dalam menilai status gizi masyarakat secara antropometrik agar mampu mendeteksi masyarakat yang berisiko menderita PTM (Kusuma, 2022)

Berikut upaya yang dapat dilakukan oleh perawat atau kader kesehatan terhadap individu yang terdampak PTM.

1. Pencegahan Primer Penyakit Tidak Menular (PTM)

Pencegahan primer adalah upaya perawat dalam memodifikasi faktor risiko atau mencegah berkembangnya faktor risiko, sebelum dimulainya perubahan patologis, dilakukan pada tahap suseptibel dan induksi penyakit, dengan tujuan mencegah atau menunda terjadinya kasus baru penyakit. Contoh pencegahan primer pada penyakit yang disebabkan oleh rokok tembakau adalah modifikasi perilaku penghentian kebiasaan merokok, larangan tayangan iklan rokok, label peringatan bahaya merokok pada bungkus rokok, penerapan area bebas dari asap rokok dan pengenalan cukai rokok. Contoh lain pada penyakit dengan abnormalitas genetik adalah penelusuran kelainan genetik, misalnya skrining dengan tes darah sederhana pada neonatus untuk mendeteksi fenilketonuria, penyakit metabolisme yang dapat diatasi dengan menghindari gula dalam diet (Kusuma, 2022).

Upaya pencegahan primer (PTM) mencakup persediaan makanan dan energi yang adekuat, kesempatan yang baik dalam pendidikan, pekerjaan, perumahan, dan layanan komunitas yang efisien. Selain dasar-dasar tersebut, perawat maupun kader kesehatan dapat membentuk komunitas yang menyediakan program promosi kesehatan, pendidikan kesehatan, layanan kesehatan medis, serta perlindungan terhadap bahaya lingkungan dan pekerjaan. Selain itu, setiap individu dapat mempraktikkan upaya pencegahan dengan mendapatkan tingkat pendidikan yang mencakup pengetahuan tentang kesehatan dan proses perjalanan penyakit anggota keluarga lain. Serta dapat bertanggung jawab dalam segala aspek kehidupan sosial, keluarga, maupun individu sendiri (McKenzie, J. F., Pinger, R. R., & Kotecki, 2007).

2. Pencegahan Sekunder Penyakit Tidak Menular (PTM)

Pencegahan sekunder merupakan upaya perawat dalam pencegahan pada fase penyakit asimtomatis/subklinis melalui deteksi dini (early detection). Jika deteksi tidak dilakukan dini dan terapi tidak diberikan segera maka akan terjadi gejala klinis yang merugikan. Deteksi dini penyakit sering disebut “skrining”. Skrining adalah identifikasi yang menduga adanya penyakit atau kecacatan yang belum diketahui dengan menerapkan suatu tes, pemeriksaan, atau prosedur lainnya, yang dapat dilakukan dengan cepat. Tes skrining memilah orang-orang yang tampaknya mengalami penyakit dari orang-orang yang tampaknya tidak mengalami penyakit. Contoh pencegahan sekunder pada penyakit kanker leher rahim adalah dengan hapusan pap smear, contoh lain untuk pencegahan kanker payudara adalah dengan skrining dengan mamografi

Upaya pencegahan sekunder yang dapat dilakukan perawat maupun kader kesehatan selain meliputi pelaksanaan skrining massal untuk penyakit kronis juga bisa melakukan upaya penemuan kasus, dan penyediaan fasilitas, perlengkapan, serta tenaga kesehatan yang memadai bagi masyarakat. Selain itu, kontribusi individu dalam pencegahan sekunder penyakit tidak menular meliputi skrining pribadi seperti pemeriksaan sendiri payudara atau testis, bemocult test, Pap test, dsb (McKenzie, J. F., Pinger, R. R., & Kotecki, 2007).

3. Pencegahan Tersier Penyakit Tidak Menular

Pencegahan tersier adalah upaya pencegahan progresi penyakit ke arah berbagai akibat penyakit yang lebih buruk, dengan tujuan memperbaiki kualitas hidup pasien. Pencegahan tersier biasanya dilakukan oleh para dokter dan sejumlah profesi kesehatan lainnya (misalnya, fisioterapis). Pencegahan tersier dibedakan dengan pengobatan (cure), meskipun batas perbedaan itu tidak selalu jelas. Jenis intervensi yang dilakukan sebagai pencegahan tersier bisa saja merupakan pengobatan. Tetapi dalam pencegahan tersier, target yang ingin dicapai lebih kepada mengurangi atau mencegah terjadinya kerusakan jaringan dan organ, mengurangi sekulae, disfungsi, dan keparahan akibat penyakit, mengurangi komplikasi penyakit, mencegah serangan ulang penyakit, dan memperpanjang hidup. Sedang target pengobatan adalah menyembuhkan pasien dari gejala dan tanda klinis yang telah terjadi.

Sebagai contoh, perbaikan yang sedang saja dalam pengendalian glukose darah dapat membantu mencegah retinopati, neuropati, dan penyakit ginjal pada orang dengan diabetes. Menurunkan tekanan darah bisa mengurangi

komplikasi kardiovaskuler (penyakit jantung dan stroke) sebesar 50%, dan mengurangi risiko retinopati, neuropati, dan penyakit ginjal. Menurunkan berbagai lemak (lipid) darah, yakni kolesterol darah, lowdensity lipoproteins (LDL), dan trigliserida, dapat menurunkan komplikasi kardiovaskuler sebesar 50% pada orang dengan diabetes.

Upaya pencegahan tersier penyakit tidak menular yang dilakukan perawat, kader kesehatan, dan instansi kesehatan bagi individu serta masyarakat berupa penyediaan fasilitas, layanan, dan tenaga medis kedaruratan yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan pendudukan yang di dalamnya upaya pencegahan primer dan sekunder sudah tidak ampuh, contohnya mencakup layanan ambulans rumah sakit, dokter umum dan spesialis, perawat, dsb. Bagi individu dapat menerapkan atau merubah perilaku gaya hidup sehat dan bersih, seperti kepatuhan mengikuti pengobatan yang resepkan, program olahraga, dan diet (McKenzie, J. F., Pinger, R. R., & Kotecki, 2007).

11.4.2 Upaya Dukungan Perawat pada Individu yang Terkena Dampak PTM (Penyakit Tidak Menular)

Kementerian Kesehatan RI (2020), menyatakan bahwa dukungan kesehatan jiwa dan psikososial yang bisa di berikan perawat kepada individu yang terkena dampak Penyakit Tidak Menular

1. Peningkatan Imunitas (Promosi Kesehatan)
 - a. Peningkatan Imunitas Fisik
 - 1) Makanan seimbang (karbohidrat, protein, sayur, buah-buahan yang mengandung vitamin dan mineral), jika diperlukan tambahan vitamin.
 - 2) Minum air yang cukup, orang dewasa 2 liter per hari.
 - 3) Olahraga minimal 30 menit sehari
 - 4) Berjemur di pagi hari seminggu dua kali.
 - 5) Tidak merokok dan tidak minum alkohol.
 - b. Peningkatan Kesehatan Jiwa dan Psikososial

Kondisi kesehatan jiwa dan kondisi optimal dari psikososial dapat ditingkatkan melalui

- 1) Emosi positif: gembira, senang dengan cara melakukan kegiatan dan hobi yang disukai, baik sendiri maupun bersama keluarga atau teman.
 - 2) Pikiran Positif: menjauhkan dari informasi hoax, mengenang semua pengalaman yang menyenangkan, bicara pada diri sendiri tentang hal yang positif (positive self-talk), responsif (mencari solusi) terhadap kejadian, dan selalu yakin bahwa penyakit tidak menular yang di derita segera teratasi, dsb.
2. Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial
- a. Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial oleh Individu Sikap mental menghadapi situasi ini dapat berupa;
 - 1) Sikap reaktif
 - 2) Sikap responsif
 - b. Pencegahan Masalah Kesehatan Jiwa dan Psikososial dalam Keluarga.

Kegiatan keluarga yang konstruktif semakin menguatkan ikatan emosional dan keluarga semakin harmonis. Keluarga dapat merencanakan 5 Benar ;

 - 1) Belajar
 - 2) Beribadah
 - 3) Bermain
 - 4) Bercakap-cakap
 - 5) Berkreasi bersama
3. Dukungan Kesehatan Jiwa dan Psikososial pada Individu yang Terkena Dampak PTM (Penyakit Tidak Menular)
- a. Upaya Promotif Kesehatan Jiwa dan Psikososial
 - 1) Mengurangi stresor (mengurangi membuka dan mendengarkan berita hoax tentang penyakitnya.)
 - 2) Relaksasi fisik (Tarik nafas dalam, olahraga secara rutin, dsb.)
 - 3) Berpikir positif Afirmasi, hipnotik 5 jari, dan penghentian pikiran.)
 - 4) Mempertahankan dan meningkatkan hubungan interpersonal

11.5 Dampak dari Peningkatan Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular di Masyarakat

Peran perawat dalam menanggulangi meningkatnya penyakit tidak menular sangat dibutuhkan, dengan cara meningkatkan pelayanan keperawatan dapat memberikan dampak positif bagi perilaku masyarakat. Dampak yang timbul dari peningkatan peran perawat dalam penanggulangan penyakit tidak menular di masyarakat, antara lain: (Harwijayanti, 2022)

1. Segi pendidikan atau educator, peran perawat sebagai educator yaitu dapat menambah pengetahuan masyarakat atau pasien mengenai bagaimana perawat dan bagaimana cara terbaik penanggulangan terhadap penyakit tidak menular. Peran perawat ini juga dapat merubah masyarakat dari yang tidak tahu menjadi tahu, kemudian bertahap menjadi mau bahkan dapat secara mandiri untuk mengendalikan suatu faktor yang dapat menimbulkan masalah kesehatan atau penyakit tidak menular tersebut. Selain itu, dari peran perawat dari segi pendidikan atau educator ini masyarakat dapat lebih memproteksi diri dan dapat lebih mengenali bagaimana tanda dan gejala dari penyakit tidak menular tersebut.
2. Promosi kesehatan, peran perawat sebagai promosi kesehatan yaitu terciptanya perubahan dalam menurunkan faktor-faktor risiko yang dapat menyebabkan penyakit tidak menular. Promosi Kesehatan ini juga memungkinkan setiap masyarakat dapat meningkatkan kontrol terhadap beberapa faktor dengan tujuan untuk mencapai derajat kesehatan yang maksimal.
3. Sebagai care giver, peran perawat sebagai care giver yaitu dapat meningkatkan kepuasan dari masyarakat. Peran ini dilakukan berdasarkan pelayanan kesehatan dalam menanggulangi penyakit tidak menular yang dilakukan oleh perawat itu sendiri. Semakin baik pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat semakin meningkat pula kepuasan dari masyarakat tersebut.

4. Advokat pasien, peran perawat sebagai advokat pasien yaitu masyarakat tidak akan mengalami ketakutan atau kecemasan karena perawat akan melindungi kesejahteraannya. Selain itu, perawat juga akan membantu masyarakat untuk memahami semua informasi mengenai penyakit tidak menular.
5. Pelatihan dan konseling, peran perawat sebagai pelatihan dan konseling yaitu meningkatnya kesadaran diri masyarakat untuk mau mengendalikan penyakit tidak menular. Pengendalian ini sendiri juga dapat mewujudkan kualitas hidup masyarakat yang baik. Selain itu, pelatihan dan konseling dapat menekan, menurunkan, bahkan mengantisipasi penyakit tidak menular. (Harwijayanti, 2022).

Kesimpulan peran perawat dalam penanggulangan penyakit tidak menular adalah bahwa perawat memiliki tanggung jawab yang penting dalam mencegah, mengelola, dan mendukung pasien yang mengalami penyakit-penyakit seperti diabetes, penyakit jantung, kanker, dan lainnya. Dengan memberikan edukasi kepada pasien, mempromosikan gaya hidup sehat, melakukan pemantauan kondisi pasien, serta berperan dalam perencanaan pengobatan dan pemulihan, perawat dapat membantu mengurangi beban penyakit tidak menular di masyarakat. Kolaborasi antara perawat, tenaga medis lainnya, dan pihak terkait sangat penting dalam menciptakan pendekatan komprehensif dalam penanganan penyakit-penyakit ini.

Daftar Pustaka

- Abbas, A. and Rehman, A. (2023) 'Global Warming: A Neglected Conundrum from One Health Perspective', *International Journal of Agriculture and Biosciences*, 1(1), pp. 45–51. Available at: <https://doi.org/10.47278/book.oht/2023.08>.
- Agius, J., England, K. and Calleja, N. (2021) 'The effect of global warming on mortality', *ELSEVIER*, 155(January).
- Akram P. (2021). Teori Pembangunan : Gamedia blog. <https://www.gamedia.com/literasi/teori-pembangunan/> tanggal 20 September 2023.
- Anggiareni, S., Wardhani, U.C. and Muharni, S., (2023) Hubungan Peran Perawat Edukator dengan Kepatuhan Pasien TB Paru dalam Pengobatan di RSUD Kabupaten Bintan Tahun 2022. *Nursing Update: Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan* P-ISSN: 2085-5931 e-ISSN: 2623-2871, 14(1), pp.255-265.
- Anggriani Utama, T., Sukmawati, S. and Dianty, F.E., (2020) Pengalaman perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien terinfeksi Covid-19. *Jurnal Ilmu Keperawatan Indonesia (JIKPI)*, 1(2).
- Arantika M, (2016), Asuhan Kebidanan Kedaruratan Maternal Neonatal, FIK Alma Ata.
- Arfiana, Arum Lusiana (2016). Buku Ajar Asuhan Neonatus, Bayi, Balita, dan Anak Prasekolah. Rohima Press : Yogyakarta.
- Ari, Sulistyawati dan Esty Nugraheny. (2010). Asuhan Kebidanan pada Ibu Bersalin. Jakarta: Salemba Medika.

- Asih, Yusari. (2017). Pengaruh Pijat Oksitosin Terhadap Produksi ASI Pada Ibu Nifas. *Jurnal Keperawatan*. XIII(2): 209-214. Asri. H dan Clervo C. P. 2010. *Asuhan Persalinan Normal*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Asmin, E., Tahitu, R., Que, B. J., Astuty, E., & Risiko, F. (2021) 'Penyuluhan penyakit tidak menular pada masyarakat', *Journal, C. D*, 2(3), pp. 940–944.
- Astuti, Hutari Puji (2014). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Ibu I*. Rohima Press : Yogyakarta.
- Astuti, Sri. dkk. (2017). *Asuhan Ibu dalam Masa Kehamilan*. Jakarta: Erlangga.
- Ayuningtyas, D. (2014). *Kebijakan Kesehatan: Prinsip dan Praktik*. Rajawali Press.
- Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2022). *Pedoman Perencanaan dan Penganggaran Terintegrasi Kesehatan Reproduksi (PPT-KESPRO) Untuk Percepatan Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI)*
- Baety, Anggraeni (2016) *Kehamilan & Persalinan Panduan Praktik Pemeriksaan*. Graha Ilmu : Yogyakarta
- Balasubramanian, T.. (2023) 'Global warming and health hazard to Indian farmers', *Journal of Agrometeorology*, 25(1)(March 2023), pp. 105–112.
- Budiono, S. B. (2016) *Konsep Dasar Keperawatan*.. Jakarta: Bumi Medika.
- Cahyati, Y., Soemantri, I., Cahyati, A., Rosdiana, I., Iman, A. T., & Puruhita, T. K. A. (2021) . *Penatalaksanaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Pedoman Bagi Kader Dan Masyarakat)*. Jogjakarta: Deepublish Cv Budi Utama.
- CDC, (2015). *Definition of Policy* [WWW Document]. URL <https://www.cdc.gov/policy/paeo/process/definition.html>
- Departemen Kesehatan. (1992). *Undang – undang Kesehatan RI No. 23 Tahun 1992*.
- Depkes RI. (2019). *Pedoman program perencanaan persalinan dan pencegahan komplikasi (P4K) dengan stiker*. Jakarta: Depkes RI.
- Desyline, M., Muin, M. and Andriany, M., (2022) *Pelaksanaan Program Infeksi Menular Seksual oleh Perawat Pemasayarakatan di Lapas Jawa Tengah: Studi Kasus*. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 4(2), pp.721-731.

- Direktorat P2PTM (2019) 'Buku Pedoman Penyakit Tidak Menular', Kementerian Kesehatan RI, p. 101. Available at: http://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/VHcrbkVobjRzUDN3UCs4eUJ0dVBndz09/2019/03/Buku_Pedoman_Manajemen_PTM.pdf.
- Doondori, A. K., & Paschalia, Y. P. (2021). Peran Perawat dalam Penanggulangan Bencana. *JKP (Jurnal Kesehatan Primer)*, 6(1), 63-70.
- Fajri Madani, J, Rahmayanti, Tania, Alma Zahra, Kazhima, A, Dwi I. Novita. (2022). Analisis Implementasi UU No 25 Tahun 2004 Tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional Dalam Mewujudkan Pencapaian Penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB). *JOURNAL JIKKI*. Vol 2 No 3 <https://journal.amikveteran.ac.id/index.php/jikki>
- Guesdon-Caltero, C., Cherchem, N., Frota, M. A., & Rolim, K. M. C. (2019). Système de santé et de soins infirmiers en France. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 293-302.
- Habibi, H., Nurdyyanah, N., Surahmawati, S. and Chaerunnisa, N., (2017) Gambaran Pengelolaan Pelayanan Kesehatan Berdasarkan Fungsi Manajemen pada Program Pengendalian Penyakit Menular (P2M) di Puskesmas Tamangapa Makassar Tahun 2016. *Al-Sihah: The Public Health Science Journal*.
- Hartono, B. (2010). Promosi Kesehatan Di Puskesmas Dan Rumah Sakit. Rineka Cipta.
- Harwijayanti, B. P. (2022) 'Pelatihan Kader Penyakit Tidak Menular Wanita Usia Subur Di Masa Pandemi Covid-19.', *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 13(1). Available at: <https://doi.org/10.26751/jikk.v13i1.1280>.
- Hastuty, G. et al. (2019) 'Peran Hutan Mangrove Dalam Ekosistem Perairan Terestris Sebagai Pengendali Penyakit Skenario Pemanasan Global the Role of the Mangrove Forest in Water Terestic Ecosystem As a Disease Control of Dengue Hemorrhagic Fever (Dhf) Under', *Prosiding Seminar Nasional Hari Air Dunia*, pp. 66–74.
- Herlina, S., (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dewasa Dengan Pneumonia: Study Kasus. *Indonesian Journal of Health Development*, 2(2), pp.102-107.

- Iacono, m. V. (2020). Nurses in conflict: providing care in extraordinary times. *Journal of perianesthesia nursing*, 35(3), 239-240.
- Issabella, C. M., & Prabandari, F. H. (2021) 'Skrining Penyakit Tidak Menular Pada Masyarakat Condongcatur Depok Sleman.', *Abdimas: Community Health*, 2(2), pp. 61–71. Available at: <https://doi.org/10.30590/jach.v2n2.315>.
- Kemendes RI (2012) 'Petunjuk Teknis Pos Pembinaan Terpadu Penyakit Tidak Menular (Posbindu PTM)', Ditjen Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan, Kementerian Kesehatan RI, pp. 1–39. Available at: <http://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/2016/10/Petunjuk-Teknis-Pos-Pembinaan-Terpadu-Penyakit-Tidak-Menular-POSBINDU-PTM-2013.pdf>.
- Kemendes RI (2016) 'Pedoman-Umum-Pos-Pembinaan-Terpadu-Penyakit-Tidak-Menular.pdf', p. 28. Available at: <http://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/2016/10/Pedoman-Umum-Pos-Pembinaan-Terpadu-Penyakit-Tidak-Menular.pdf>.
- Kemendes RI (2017) 'Rencana Aksi Nasional Pencegahan Dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular', Kementerian Kesehatan RI, pp. 1–166. Available at: http://p2p.kemkes.go.id/wp-content/uploads/2017/12/P2PTM_RAK2017.pdf.
- Kemendes RI (2018) Laporan Nasional Riskesda 2018, Pusdatin. Available at: Kemendes.Go.Id.
- Kemendes RI (2020) 'Penyakit Tidak Menular Kini Ancam Usia Muda', 2020, p. 1. Available at: <https://www.kemkes.go.id/article/view/20070400003/penyakit-tidak-menular-kini-ancam-usia-muda.html>.
- Kemendes RI (2021) Profil Kesehatan Indonesia 2021, Pusdatin. Available at: Kemendes.Go.Id.
- Kemendes, 2020. Pokok-pokok RENSTRA KEMENKES 2020-2024.
- Kementerian Kesehatan RI. (2019). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 4 Tahun 2019 Tentang Standart Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standart Minimal Bidang Kesehatan.<http://yankes.kemkes.go.id>

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2020) 'Rencana Aksi Program (RAP) Tahun 2020-2024', Kementerian Kesehatan RI, 2(1/Mei), pp. 1–33.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2005). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 65 Tahun 2005 Tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016a). Pedoman Umum Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016b). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2016 Tentang Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2009). Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2014) Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2014 tentang Upaya Kesehatan Anak . <https://peraturan.bpk.go.id>
- Kementerian Kesehatan RI. (2016). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas.
- Kementerian Kesehatan RI. (2023). Undang-Undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. <https://peraturan.bpk.go.id>
- Kementerian Kesehatan. (2022). Rencana Aksi Kegiatan 2020-2024. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular.
- Khambali (2019) Pemanasan Global dan Gangguan Kesehatan serta Mitigasinya, HAKLI Provinsi Jawa Timur. Available at: https://jurusankebidanan.poltekkesdepkes-sby.ac.id/wp-content/uploads/2020/01/25.Pnrgg_.pdf.
- Kisham, N.K., Rahmi, S., Vilsyah, R.F., Azzahra, K.M. and Sadarang, R.A., (2023) Evaluasi pemberdayaan program pencegahan dan pengendalian penyakit menular tuberculosis di Puskesmas Bontamarannu Kabupaten Gowa. *Sociality: Journal of Public Health Service*, pp.102-111.

- Kusuma, Y. L. hadi (2022) Pedoman Penyelenggaraan Pos Pembinaan Terpadu–Penyakit Tidak Menular (POSBINDU-PTM) Dengan Pendanaan Dana Desa.
- Labrague, L. J. (2023). Relationship between transformational leadership, adverse patient events, and nurse-assessed quality of care in emergency units: The mediating role of work satisfaction. *Australasian Emergency Care*.
- Lestari, T.R.P., (2023) Penanggulangan Penyakit Menular Di Puskesmas: Studi Kasus di Kabupaten Belu Povinsi Nusa Tenggara Timur. *Kajian*, 22(4), pp.317-328.
- Mamaril, M. E. (2020). Perianesthesia Nurses Called to Practice in Extraordinary Times. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 35(3), 241-242.
- Manoppo, erick johans, Masi, gresty m, & Silolonga, W. (2018) ‘Hubungan Peran Perawat Sebagai Edukator Dengan Kepatuhan Penatalaksanaan Hipertensi Di Puskesmas Tahuna Timur’, *Jurnal Keperawatan*, 6(1), pp. 1–8.
- Manuaba. (2010). Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB untuk Pendidikan Bidan Edisi Kedua. Jakarta: EGC.
- Marbun, N.C.P., (2020) Strategi Pencegahan dan Pengendalian Dalam Upaya Pemutusan Rantai Infeksi di Rumah Sakit.
- Maryam Hanina (2021). Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan. Kompasiana platform blog. <https://www.kompasiana.com/symaryamhanina/619895edc26b772e7019b6b2/gerakan-pembangunan-berwawasan-kesehatan-siapa-saja-yang-terlibathttps://www.gramedia.com/literasi/teori-pembangunan/> tanggal 20 September 2023.
- Maryani, H., Kristiana, L., Paramita, A., Andarwati, P. and Izza, N., (2021) Pengelompokan Provinsi berdasarkan Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular untuk Upaya Pengendalian Penyakit dengan Pendekatan Multidimensional Scaling (MDS). *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan*, 24(3), pp.213-225.
- Massie, R.G.A., (2009). KEBIJAKAN KESEHATAN: PROSES, IMPLEMENTASI, ANALISIS DAN PENELITIAN. *Bul. Penelit. Sist. Kesehat.* 12.

- Maulana, H. (2009). Promosi Kesehatan. EGC.
- McKenzie, J. F., Pinger, R. R., & Kotecki, J. F. (2007) Kesehatan Masyarakat: Suatu Pengantar. Edited by (P. Widyastuti. (ed.); 4th ed.). EGC.
- Mira R. (2018). Kebijakan Pembangunan Berkelanjutan Yang Berwawasan Lingkungan Di Indonesia. Jurnal KELOLA : Jurnal Ilmu Sosial Vol 1 No 1 Tahun 2018.
- Mulyani, A.S. (2021) 'Pemanasan Global, Penyebab, Dampak dan Antisipasinya', Artikel Pengabdian Masyarakat, pp. 1–27.
- Munijaya. (2009). Manajemen Kesehatan. EGC.
- Nadilla et al. (2021) Skrining Penyakit Tidak Menular. Angewandte Chemie International Edition, 6(11), 951–952., 1, 2013–2015.
- Nies, Ewen. (2019). Keperawatan Kesehatan Komunitas dan Keluarga. Singapore : Elsevier. Edisi Pertama Indonesia.
- Nina Indriawati, dkk. (2018) 'Skrining Dan Pedampingan Pencegahan Penyakit Tidak Menular di Masyarakat.', Journal.Poltekkes Kemenkes Smg.Ac.Id, 14(1), pp. 50–54.
- Nordahl, S.L. et al. (2023) 'Greenhouse Gas and Air Pollutant Emissions from Composting', Environmental Science and Technology, 57(6), pp. 2235–2247. Available at: <https://doi.org/10.1021/acs.est.2c05846>.
- Pawankar, R. et al. (2020) 'Asia Pacific Association of Allergy Asthma and Clinical Immunology White Paper 2020 on climate change, air pollution, and biodiversity in Asia-Pacific and impact on allergic diseases', Asia Pacific Allergy, 10(1), p. e11. Available at: <https://doi.org/10.5415/apallergy.2020.10.e11>.
- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2016) Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. EGC.
- Pratiwi, A. M., & Fatimah. (2019). Patologi Kehamilan: Memahami Berbagai Penyakit dan Kompilasi Kehamilan. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Purnama, N.P., Manesanulu, R.S., Sibarani, E.F., (2022). PROSES PERUMUSAN KEBIJAKAN KESEHATAN: PERUMUSAN MASALAH, FORMULASI, IMPLEMENTASI, MONITORING,

DAN EVALUASI: LITERATURE REVIEW. JARSI J. Adm. RS Indones. 1.

- Ravivarma D (2021) ‘A study to assess the effectiveness of structured teaching program on knowledge regarding cardiopulmonary resuscitation in adult nursing student’, Research gate, 32(9), pp. 30–36.
- Rismalinda. (2015). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Kehamilan. Jakarta: TIM.
- Romiko, R., (2020) Analisis Kepatuhan Perawat Terhadap Pencegahan Dan Pengendalian Infeksi Di Rumah Sakit Muhammadiyah Palembang. Masker Medika, 8(1), pp.201-215.
- Rossiello, M.R. and Szema, A. (2019) ‘Health Effects of Climate Change-induced Wildfires and Heatwaves’, Cureus, 11(5). Available at: <https://doi.org/10.7759/cureus.4771>.
- Sampoerno. (1999). Paradigma Sehat, Seminar Reformasi Pembangunan Kesehatan Yang Berwawasan Paradigma Sehat. Universitas Diponegoro.
- Schraufnagel, D.E. and Wei, P.F. (2020) ‘Global Alliance against Chronic Respiratory Diseases symposium on air pollution: Overview and highlights’, Chinese Medical Journal, 133(13), pp. 1546–1551. Available at: <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000000877>.
- Siswanto, Y., & Lestari, I. P. (2020) ‘Pengetahuan Penyakit Tidak Menular Dan Faktor Risiko Perilaku Pada Remaja.’, Pro Health Jurnal Ilmiah Kesehatan, 2(1), pp. 1–6.
- Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P., & Lynn, P. (2018) Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik. Jakarta: Salemba Medika.
- Tirtana, F. A., & Satria, B. (2018). Kesiapsiagaan taruna dalam menghadapi bencana tsunami di balai pendidikan dan pelatihan. Idea Nursing Journal, 9(1).
- Trianisa, K., Purnomo, E.P. and Kasiwi, A.N. (2020) ‘Pengaruh Industri Batubara Terhadap Polusi Udara dalam Keseimbangan World Air Quality Index in India’, Jurnal Sains Teknologi & Lingkungan, 6(2), pp. 156–168. Available at: <https://doi.org/10.29303/jstl.v6i2.154>.
- Trihono, A. (2005). Manajemen Puskesmas Berbasis Paradigma Sehat (1st ed.). CV. Sagung Seto.

- Tsymbalyuk, V.I. et al. (2022) 'Reproductive Health Under Global Warming', *Medicni Perspektivi*, 27(4), pp. 4–12. Available at: <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.4.271113>.
- Violita, F., Thaha, I. L. M., & Dwinata, I. (2015) 'Faktor Yang Berhubungan Dengan Kepatuhan Minum Obat Hipertensi Di Wilayah Kerja Puskesmas Segeri.', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699.
- Wahyuni, H. and Suranto, S. (2021) 'Dampak Deforestasi Hutan Skala Besar terhadap Pemanasan Global di Indonesia', *JiIP: Jurnal Ilmiah Ilmu Pemerintahan*, 6(1), pp. 148–162. Available at: <https://doi.org/10.14710/jiip.v6i1.10083>.
- Warjadin aliyanto, r. (2014). Pengetahuan ibu hamil tentang P4K pada antenatal care. *jurnal keperawatan vol X*, no.1 .
- WHO. (1981). A PARADIGM FOR HEALTH: A FRAMEWORK FOR NEW PUBLIC HEALTH ACTION.
- Williams, M.L. (2021) 'Global warming, heat-related illnesses, and the dermatologist', *International Journal of Women's Dermatology*, 7(1), pp. 70–84. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.ijwd.2020.08.007>.
- Willis Dwi Pangesti, D. (2019). Edukasi P4K pada kelompok ibu hamil Desa Ledug sebagai upaya peningkatan pengetahuan kehamilan yang aman
- Zannah, R. (2019) Upaya masyarakat dalam mengurangi dampak pemanasan global di desa krangkeng kecamatan krangkeng kabupaten indramayu.

Biodata Penulis



Annisa Rahmi Galleryzki lahir di Mataram, 27 Mei 1994. Setelah lulus S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Brawijaya, penulis melanjutkan Magister Keperawatan peminatan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia. Penulis tercatat sebagai dosen departemen keperawatan dasar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKes Kapanjen). Pengalaman mengajar dan menjadi dosen mendukung penulis dalam proses penyelesaian buku ini sehingga layak dijadikan buku pendamping dalam pembelajaran keperawatan dasar.



Veronica Yeni Rahmawati lahir di Kediri, pada 24 November 1988. Penulis memulai karirnya sejak menamatkan pendidikan profesi Ners pada tahun 2012 dari Universitas Airlangga Surabaya. Karir dimulai sebagai dosen pengajar di STIKes Husada Jombang (2012-2014). Sejak tahun 2015 hingga sekarang Penulis aktif sebagai dosen keperawatan maternitas di STIKes RS Husada Jakarta. Tahun 2016 penulis melanjutkan kuliah Magister dan Spesialis Keperawatan Maternitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan lulus pada tahun 2019. Penulis aktif melakukan tridharma perguruan tinggi dengan melaksanakan pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

Email: vero@stikesrshusada.ac.id



Kuswanto. SKp. MHKes, nama panggilan Pak Kus, lahir di Karanganyar pada tanggal 28 Desember 1973. Menyelesaikan kuliah di Akper Solo dan mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan pada tahun 1996, Sarjana Keperawatan pada tahun 2002 dan Magister Hukum Kesehatan pada tahun 2012. Pada tahun 2013 diangkat menjadi Dosen di Poltekkes Kemenkes Semarang sampai sekarang.



Imanuel Sri Mei Wulandari, M.Kep. Saat ini bekerja sebagai dosen Fakultas Ilmu Keperawatan di Universitas Advent Indonesia. Menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan pada tahun 2016 di Universitas Padjadjaran Bandung, dengan peminatan Keperawatan Medikal Bedah.

Mengampu mata kuliah Keperawatan Dasar, Metodologi Keperawatan, Keperawatan Medikal Bedah I, Sistem Informasi Keperawatan.

Aktif dalam penelitian dan penerbitan jurnal keperawatan. Telah menulis beberapa buku kolaborasi baik dengan dosen eksternal maupun dosen internal. Adapun buku yang telah diterbitkan Keperawatan Medikal Bedah Sistem Respirasi, Keperawatan Sistem Pencernaan, Medikal Entrepreneurship, Dasar-dasar Keperawatan: Konsep untuk mahasiswa Keperawatan.

E-mail: ariimanuel@unai.edu



Ns. Lilis Kamilah, S.Kep., M.Kep. Lahir di Sukabumi tanggal 12 Mei 1965. Menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners di Universitas Indonesia pada tahun 2004 dan telah menyelesaikan Pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2016. Penulis saat ini sebagai Dosen Tetap di Prodi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RSPAD Gatot Soebroto.



Ns. Ita, S.Kep., M.Kep., Lahir di Jakarta, tanggal 9 Oktober 1981. Tahun 1999 penulis menyelesaikan Sekolah Perawat Kesehatan di Rumah Sakit RSAB Harapan Kita. Tahun 2005 penulis menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta, dilanjutkan dengan Program Studi Ners pada tahun 2006. Tahun 2016 penulis melanjutkan S2 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta dengan peminatan Manajemen Keperawatan. Pada tahun 2007 sampai sekarang penulis menjadi dosen tetap Yayasan di Prodi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. Penulis mengajar beberapa mata kuliah diantaranya sebagai pengampu mata kuliah manajemen keperawatan, keperawatan dasar, dan kebijakan kesehatan. Tahun 2020 sampai sekarang menjabat sebagai Ketua Program Studi D3 Keperawatan STIKes RSPAD Gatot Soebroto Jakarta. Tahun 2015 sampai sekarang selama dua periode kepengurusan penulis aktif sebagai pengurus dalam organisasi Asosiasi Pendidikan Vokasi Keperawatan Indonesia (AIPViKI) Regional 3 DKI Jakarta.



Hardiyati, S.Kep, Ns., M.Kep., Lahir Di Polman Sulbar Pada Tahun 1982. Penulis Meraih Gelar Master Pada Magister Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran Bandung Tahun 2017. Saat Ini Penulis Aktif Sebagai Salah Satu Dosen Pengajar Di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Mamuju. Sebelum Menjabat Sebagai Dosen, Penulis Pernah Bekerja Sebagai Perawat Pelaksana Di RSUD Mamuju Tahun 2006-2008, Penulis Juga Sebagai Dosen Di Stikes Fatima Mamuju Dari Tahun 2006

Sampai Sekarang, Penulis Lulus CPNS Tahun 2008 Dan Bertugas Di Dinas Kesehatan Provinsi Sulbar. Penulis Pernah Menjabat Sebagai Sekertaris Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Mamuju Sekaligus PUMK Jurusan Tahun 2012-2015. Peraih Program Magang Klinik Dosen Poltekkes Kemenkes Di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta Dari Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan Kementerian Kesehatan RI Tahun 2019. Peraih 10 Besar Dosen Berprestasi Poltekkes Kemenkes Se-Indonesia Tahun 2023. Penulis Juga Sebagai Anggota Dan Aktif Pada Kegiatan

IPKJI. Sebagai Ketua DPK PPNI Poltekkes Kemenkes Mamuju Sulbar, Serta Sebagai Ketua Divisi Penelitian Dan Sistim Informasi Dan Komunikasi Ppni Kabupaten Mamuju.



Ns. Dely Maria P, MKep., Sp.Kep.Kom lahir di Pontianak tanggal 25 Desember 1978. Penulis bertempat tinggal di Bekasi. Menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan di Poltekkes Cirebon (tahun 2000) kemudian melanjutkan ke jenjang S1 di STIK Sint Carolus (2004) dan Magister Spesialis Keperawatan Komunitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2015).

Penulis memulai karirnya sebagai dosen tetap di Akper Yatna Yuana Lebak Rangkasbitung tahun 2004-2006, Akademi Kesehatan Yayasan Rumah Sakit Jakarta (2007 – Juni 2021). Saat ini aktif di Prodi D3 Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia.

Penulis merupakan pengurus IPKKI DKI Jakarta (Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia) dari tahun 2017 – sekarang. Berkontribusi di dunia keperawatan dengan menjadi pembicara dalam pelatihan dan workshop yang diadakan oleh Suku Dinas Kesehatan dan PPNI, dan aktif sebagai penulis buku keperawatan.



Natalia Elisa Rakinaung, S.Kep., Ns., MNS. lahir pada tanggal 10 Maret 1987. Lulus S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado tahun 2009 lulus Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado tahun 2010 dan lulus Master Nursing of Science dengan Peminatan Family and Community Health Nursing di Kasetsart University, Thailand pada tahun 2015. Saat ini penulis adalah dosen tetap di Program Studi Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.



Dyah Widodo, lahir di Malang pada tanggal 07 Juli 1966, terlahir dari ibu bernama Supiyah (almarhumah) dan bapak Pardi (almarhum). Telah menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar Negeri Ngaglik 1 Batu tahun 1979, Sekolah Menengah Pertama Negeri 1 Batu tahun 1982, SMA PPSP IKIP Malang tahun 1984, Akademi Keperawatan Depkes Malang tahun 1987, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia Jakarta tahun 1998, Magister Kesehatan Minat Jiwa Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya tahun 2003, dan Program Doktor

Ilmu Lingkungan Universitas Brawijaya Malang tahun 2019.

Saat ini penulis aktif sebagai dosen tetap Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Malang.

Penulis aktif pada organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) DPD PPNI Kota Malang sebagai Anggota Dewan Pertimbangan periode tahun 2022-2027, Anggota organisasi Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) Jawa Timur dan anggota Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat (IAKMI) Kota Malang serta anggota Asosiasi Dosen Indonesia (ADI).



Budiono SKp M.Kes, Lahir di Kediri, 12 Juli 1969, Menyelesaikan Pendidikan S1 di PSIK – FK Unpad Th 1998, dan S2- Biomedik di Universitas Hasanuddin Th 2006. Bekerja sebagai Dosen Pengajar di Akper/STIKES Panakkukang Makassar 1994 – 2000, Poltekkes Kemenkes Kendari 2000 – 2016, Poltekkes Kemenkes Malang 2016 - sekarang

Pengantar Kebijakan Kesehatan untuk Mahasiswa Keperawatan

Buku ini diharapkan mampu menjadi tambahan referensi bagi pengembangan ilmu keperawatan, khususnya Ilmu Keperawatan Dasar dalam memahami kebijakan kesehatan nasional dan peran perawat dalam mendukung pemerintah dalam kebijakan tersebut.

Buku ini banyak mengulas tentang :

Bab 1 Konsep Dasar Kebijakan Kesehatan Nasional

Bab 2 Paradigma Sehat

Bab 3 Pembangunan Berwawasan Kesehatan dan Kelestarian Lingkungan

Bab 4 Pemanasan Global dan Dampaknya pada Kesehatan

Bab 5 Program Pemerintah dalam Mengatasi Kematian Ibu, Bayi dan Anak

Bab 6 Peran Perawat dalam Mengatasi Kematian Ibu, Bayi dan Anak

Bab 7 Peran Perawat dalam Mengatasi Kejadian Luar Biasa di Bidang Kesehatan dan Kasus-kasus Penyakit Baru

Bab 8 Program Pemerintah dalam Penanggulangan Penyakit Menular

Bab 9 Peran Perawat dalam Penanggulangan Penyakit Menular

Bab 10 Program Pemerintah dalam Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

Bab 11 Peran Perawat dalam Penanggualangan Penyakit Tidak Menular



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

ISBN 978-623-342-981-8

