BUKU AJAR

KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT

TRANSFORMASI KESEHATAN UNTUK KEHIDUPAN SEHAT DAN SEJAHTERA



Suhari | R Endro Sulistyono |
Primasari Mahardhika Rahmawati | Dwi Ochta Pebriyanti |
Amin Aji Budiman

Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Transformasi Kesehatan Untuk Kehidupan Sehat dan Sejahtera

Suhari
R Endro Sulistyono
Primasari Mahardhika Rahmawati
Dwi Ochta Pebriyanti
Amin Aji Budiman

UPA PENERBITAN
UNIVERSITAS JEMBER
2026

Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Transformasi Kesehatan Untuk Kehidupan Sehat dan Sejahtera

Penulis :
Suhari
R Endro Sulistyono
Primasari Mahardhika Rahmawati
Dwi Ochta Pebriyanti
Amin Aji Budiman

Layouter:
Amin Aji Budiman

Design Sampul :
Dinda Nofika Asmaning Diah

ISBN: 978-623-477-353-8

Cetakan Pertama: Oktober, 2026

Penerbit:
UPA Penerbitan Universitas Jember

Redaksi:
Jl. Kalimantan 37, Jember 68121
Telp. 0331-330224, psw. 0319
e-mail: upt-penerbitan@unej.ac.id

Distributor Tunggal:
Jember University Press
Jl. Kalimantan 37, Jember 68121
Telp. 0331-330224, psw. 0319

e-mail: upt-penerbitan@unej.ac.id

Hak Cipta dilindungi oleh Undang-Undang. Dilarang memperbanyak tanpa ijin tertulis dari penerbit, sebagian atau seluruhnya dalam bentuk apapun, baik cetak, photoprint, maupun microfilm.

PRAKATA

Puji syukur ke hadirat Allah Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan karunia-Nya buku ajar Keperawatan Kesehatan Masyarakat ini dapat disusun dengan baik. Buku ini hadir sebagai salah satu upaya akademik untuk mendukung proses pembelajaran, pengembangan ilmu pengetahuan, serta peningkatan kompetensi mahasiswa dan tenaga kesehatan dalam memahami konsep, prinsip, serta implementasi keperawatan kesehatan masyarakat secara komprehensif. Materi yang disajikan dalam buku ini dirancang secara sistematis agar mampu menjadi sumber belajar yang relevan, ilmiah, dan aplikatif sesuai dengan perkembangan kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat saat ini.

Keunggulan utama buku ajar ini terletak pada upaya integrasi hasil penelitian dan kegiatan pengabdian kepada masyarakat yang telah dilaksanakan oleh kelompok riset ke dalam substansi pembelajaran. Integrasi tersebut diharapkan dapat memperkuat keterkaitan antara teori, bukti ilmiah, dan praktik nyata di lapangan, sehingga pembaca tidak hanya memperoleh pemahaman konseptual, tetapi juga mampu melihat penerapan keilmuan keperawatan kesehatan masyarakat dalam konteks yang aktual. Buku ini juga disesuaikan dengan kurikulum terbaru universitas dan asosiasi, peninjauan kurikulum, serta kebijakan kesehatan sehingga diharapkan mampu menjadi media pembelajaran yang inovatif, kontekstual, dan berbasis *evidence* dalam mendukung pendidikan keperawatan.

Kami menyadari bahwa buku ajar ini masih memiliki keterbatasan, sehingga kritik dan saran yang konstruktif sangat diharapkan untuk penyempurnaan pada edisi berikutnya. Ucapan terima kasih disampaikan kepada seluruh pihak yang telah berkontribusi dalam penyusunan buku ini, Organisasi profesi, Asosiasi Perguruan Tinggi Vokasi, kelompok riset Densus yang telah menghasilkan berbagai penelitian dan kegiatan pengabdian sebagai landasan pengembangan materi serta dukungan literatur terkini.

Semoga buku ajar ini dapat memberikan manfaat bagi mahasiswa, dosen, praktisi keperawatan, serta seluruh pembaca dalam pengembangan keilmuan dan praktik keperawatan kesehatan masyarakat.

DAFTAR ISI

PRAKATA ..... **v**

DAFTAR ISI ..... **vii**

TINJAUAN MATA KULIAH ..... **viii**

BAB 1 KONSEP KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT **1**

BAB 2. TREND DAN ISSUE KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT **13**

BAB 3. KONSEP PEMBANGUNAN KESEHATAN **28**

BAB 4. TRANSFORMASI KESEHATAN **39**

BAB 5. KONSEP PUSKESMAS **49**

BAB 6. KONSEP INTEGRASI LAYANAN PRIMER **75**

BAB 7 KONSEP KLASTER IBU, ANAK DAN REMAJA **96**

BAB 8. KONSEP KLASTER MANAJEMEN PUSKESMAS **109**

BAB 9. KLASTER USIA DEWASA, LANSIA **125**

BAB 10. KLASTER PENANGGULANAGAN PENYAKIT MENULAR **141**

BAB 11. LINTAS KLASTER **153**

BAB 13. UKBM **186**

BAB 14. WINISHIELD SURVEY **202**

BAB 15. KAJIAN LITERATUR INTERVENSI PROGRAM KESEHATAN **236**

DAFTAR ISTILAH (GLOSARIUM) **249**

BIOGRAFI PENULIS **251**

TINJAUAN MATA KULIAH

Mata kuliah Keperawatan Kesehatan Masyarakat merupakan mata kuliah pada Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang termasuk dalam rumpun Keperawatan Komunitas dengan bobot 2 SKS (T=1, P=1) dan ditempuh pada semester 5. Mata kuliah ini dirancang untuk membekali mahasiswa dengan kemampuan memahami konsep pelayanan kesehatan masyarakat secara komprehensif melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif berbasis komunitas.

mata kuliah ini menitikberatkan pada pemahaman konsep pelayanan kesehatan masyarakat, konsep Puskesmas, pembangunan dan transformasi kesehatan, integrasi layanan primer (ILP), program kesehatan lokal-global, UKBM, hingga penerapan perawatan masyarakat berbasis riset. mahasiswa juga diarahkan untuk memahami berbagai isu dan tren kesehatan masyarakat yang berkembang pada tingkat lokal, nasional, maupun global sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas secara profesional.

Dalam proses pembelajaran, mahasiswa diharapkan mampu menguasai berbagai capaian pembelajaran mata kuliah (CPMK), antara lain:

1. Menjelaskan konsep pelayanan kesehatan masyarakat.
2. Menjelaskan konsep Puskesmas.
3. Menjelaskan konsep pembangunan dan transformasi kesehatan.
4. Menjelaskan trends, issue, dan penerapan keperawatan masyarakat berbasis riset.
5. Menjelaskan Integrasi Layanan Primer (ILP), klaster 1-2-3, dan lintas klaster.
6. Menjelaskan konsep program kesehatan lokal dan global.
7. Menjelaskan UKBM dan Winshield Survey.

Materi pembelajaran pada mata kuliah ini disusun secara sistematis dimulai dari pengantar keperawatan kesehatan

masyarakat, tren dan isu kesehatan masyarakat, pembangunan kesehatan, transformasi kesehatan, konsep Puskesmas, konsep ILP, klaster pelayanan kesehatan, program kesehatan lokal-global, UKBM, Winshield Survey, hingga kajian literatur intervensi program kesehatan. Metode pembelajaran yang digunakan meliputi diskusi, presentasi, praktikum, case method, penugasan video dan poster, pembelajaran mandiri, serta kajian literatur. Pendekatan ini dirancang untuk meningkatkan kemampuan berpikir kritis, analisis kasus, keterampilan komunikasi, dan kemampuan pemecahan masalah mahasiswa dalam konteks kesehatan masyarakat. Penilaian dilakukan melalui kuis, tugas, laporan praktikum, presentasi, UTS, dan UAS. Mata kuliah ini juga menggunakan berbagai referensi utama dan pendukung yang relevan dengan perkembangan keilmuan keperawatan komunitas, termasuk buku ajar internasional, jurnal penelitian, serta hasil riset dosen terkait kesehatan masyarakat, keluarga, penyakit menular, kesehatan lansia, pemberdayaan masyarakat, dan kesiapsiagaan bencana. Hal ini menunjukkan bahwa pembelajaran tidak hanya bersifat teoritis tetapi juga berbasis evidence based nursing dan perkembangan riset terkini.

BAB 1
KONSEP KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu memahami konsep keperawatan kesehatan masyarakat

1.1 Pendahuluan

Keperawatan kesehatan masyarakat merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan yang berfokus pada upaya peningkatan kesehatan masyarakat melalui pendekatan promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif. Keperawatan kesehatan masyarakat berkembang seiring dengan meningkatnya kebutuhan pelayanan kesehatan berbasis komunitas akibat perubahan pola penyakit, pertumbuhan penduduk, urbanisasi, kemajuan teknologi, serta meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap pentingnya kualitas hidup yang sehat (Pebriyanti et al., 2025).

Dalam praktiknya, keperawatan kesehatan masyarakat tidak hanya berorientasi pada individu yang sakit, tetapi juga memandang masyarakat sebagai suatu sistem yang harus dijaga kesehatannya secara menyeluruh. Pelayanan diberikan kepada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan mempertimbangkan faktor lingkungan, budaya, sosial, ekonomi, serta perilaku masyarakat yang mempengaruhi status kesehatan. Perawat kesehatan masyarakat dituntut memiliki kemampuan dalam melakukan pengkajian komunitas, identifikasi masalah kesehatan, penyuluhan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, hingga pengembangan program kesehatan berbasis kebutuhan masyarakat.

Kesehatan masyarakat tidak hanya bebas dari penyakit, tetapi mencakup kondisi sehat secara fisik, mental, dan sosial. Konsep tersebut menjadi landasan utama dalam keperawatan kesehatan masyarakat yang menempatkan masyarakat sebagai mitra aktif dalam mencapai derajat kesehatan optimal. Perawat komunitas memiliki peran penting dalam membantu masyarakat mengenali masalah kesehatan, meningkatkan kemampuan pemeliharaan kesehatan secara mandiri, serta membangun perilaku hidup sehat yang berkelanjutan (Gasper et al., 2024).

Perubahan epidemiologi penyakit dari penyakit menular menuju penyakit tidak menular juga memberikan tantangan besar bagi pelayanan keperawatan komunitas. Penyakit seperti hipertensi, diabetes mellitus, stroke, penyakit jantung, dan gangguan kesehatan mental memerlukan pendekatan pelayanan jangka panjang yang melibatkan keluarga dan masyarakat. Di Indonesia, keperawatan kesehatan masyarakat memiliki posisi strategis dalam mendukung pembangunan kesehatan nasional, khususnya melalui pelayanan primer di puskesmas, posyandu, sekolah, maupun pelayanan kesehatan berbasis rumah. Program-program seperti Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS), Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK), pencegahan stunting, pengendalian tuberkulosis, dan pelayanan lansia sangat membutuhkan keterlibatan aktif perawat komunitas (Azizah et al., 2018).

1.2 Konsep Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Pengertian Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Keperawatan kesehatan masyarakat merupakan suatu bidang pelayanan keperawatan yang menggabungkan ilmu keperawatan dengan ilmu kesehatan masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal. Fokus utama pelayanan ini

adalah pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan melalui pendekatan komunitas. Keperawatan kesehatan masyarakat adalah pelayanan keperawatan yang diarahkan kepada masyarakat dengan menekankan aspek promotif dan preventif tanpa mengabaikan aspek kuratif dan rehabilitatif (Gasper et al., 2024). Pendekatan ini dilakukan secara berkesinambungan melalui kerja sama lintas sektor dan partisipasi masyarakat. Keperawatan kesehatan masyarakat memandang manusia sebagai makhluk *biopsikososial* dan spiritual yang hidup dalam suatu lingkungan tertentu. Pelayanan kesehatan tidak hanya berfokus pada penyakit, tetapi juga pada faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan seperti perilaku, lingkungan, budaya, pendidikan, ekonomi, dan dukungan sosial.

Tujuan Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Tujuan utama keperawatan kesehatan masyarakat adalah meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatannya secara mandiri sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal.

Secara khusus, tujuan tersebut meliputi:

1. meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap pentingnya kesehatan,
2. mencegah terjadinya penyakit dan komplikasi,
3. meningkatkan kemampuan individu dan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit,
4. mengurangi angka kesakitan dan kematian,
5. meningkatkan kualitas hidup masyarakat,
6. menciptakan lingkungan yang sehat.

Keperawatan kesehatan masyarakat tidak hanya bertujuan menyembuhkan penyakit, tetapi lebih menitikberatkan pada upaya pencegahan dan pemberdayaan masyarakat agar mampu menjaga kesehatannya secara berkelanjutan.

Sasaran Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Sasaran pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat meliputi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat secara keseluruhan.

1. Individu

   Pelayanan diberikan kepada individu yang memiliki masalah kesehatan maupun individu sehat yang membutuhkan peningkatan status kesehatan. Misalnya edukasi tentang pola makan sehat, aktivitas fisik, atau kepatuhan pengobatan.
2. Keluarga

   Keluarga merupakan unit utama dalam masyarakat yang memiliki pengaruh besar terhadap perilaku kesehatan anggota keluarga. Pendekatan keluarga menjadi penting karena keluarga berperan dalam pengambilan keputusan kesehatan, perawatan anggota keluarga yang sakit, dan pembentukan perilaku hidup sehat.
3. Kelompok

   Pelayanan kelompok dilakukan pada kelompok tertentu yang memiliki karakteristik atau risiko kesehatan yang sama, seperti kelompok ibu hamil, lansia, remaja, penderita hipertensi, dan penderita diabetes mellitus.
4. Masyarakat

   Masyarakat sebagai sasaran pelayanan dipandang sebagai suatu sistem sosial yang memiliki potensi dan masalah kesehatan tertentu. Pelayanan dilakukan melalui pendekatan pemberdayaan masyarakat dan pengembangan program kesehatan komunitas.

Ruang Lingkup Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Ruang lingkup pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat sangat luas dan mencakup berbagai aspek kehidupan masyarakat.

1. Promosi Kesehatan

Promosi kesehatan dilakukan melalui pendidikan kesehatan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya perilaku hidup sehat. Kegiatan meliputi penyuluhan gizi, sanitasi lingkungan, kesehatan reproduksi, aktivitas fisik, dan pengendalian stres.

2. Pencegahan Penyakit
   Pencegahan dilakukan melalui imunisasi, deteksi dini penyakit, skrining kesehatan, pengendalian faktor risiko, dan *surveilans* kesehatan masyarakat.
3. Pelayanan Keperawatan di Rumah
   Home care diberikan kepada pasien yang memerlukan perawatan jangka panjang seperti lansia, pasien stroke, diabetes mellitus, dan pasien terminal.
4. Keperawatan Sekolah
   Pelayanan kesehatan dilakukan pada lingkungan sekolah untuk meningkatkan kesehatan anak usia sekolah melalui pendidikan kesehatan dan pemantauan status kesehatan siswa.
5. Keperawatan Kesehatan Kerja
   Pelayanan ditujukan untuk menjaga kesehatan pekerja dan mencegah penyakit akibat kerja.
6. Keperawatan Gerontik
   Pelayanan diberikan kepada kelompok lanjut usia untuk mempertahankan kualitas hidup dan kemandirian lansia.

Prinsip Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Keperawatan kesehatan masyarakat memiliki beberapa prinsip dasar yang menjadi pedoman dalam pelayanan. Pelayanan harus bersifat holistik, artinya memperhatikan aspek biologis, psikologis, sosial, budaya, dan spiritual masyarakat. Pelayanan juga harus mengutamakan upaya promotif dan preventif karena pencegahan penyakit lebih efektif dan ekonomis dibanding pengobatan. Prinsip lain adalah keterlibatan aktif masyarakat dalam

setiap program kesehatan. Masyarakat tidak hanya menjadi objek pelayanan tetapi juga subjek yang berperan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya sendiri. Pelayanan juga harus berkesinambungan, menggunakan pendekatan keluarga, dan memanfaatkan potensi sumber daya masyarakat yang ada.

Peran Perawat Kesehatan Masyarakat

Perawat kesehatan masyarakat memiliki berbagai peran penting dalam pelayanan kesehatan komunitas.

a. Sebagai Pemberi Asuhan Keperawatan
   Perawat memberikan pelayanan keperawatan secara langsung kepada individu, keluarga, dan masyarakat.
b. Sebagai Edukator
   Perawat memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat.
c. Sebagai Konselor
   Perawat membantu masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan dan pengambilan keputusan terkait kesehatan.
d. Sebagai Advokat
   Perawat memperjuangkan hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang layak.
e. Sebagai Kolaborator
   Perawat bekerja sama dengan tenaga kesehatan lain dan lintas sektor dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat.
f. Sebagai Peneliti
   Perawat melakukan penelitian untuk meningkatkan kualitas pelayanan berbasis *evidence-based practice.*

Tantangan Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Perubahan sosial dan perkembangan zaman memberikan berbagai tantangan bagi pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat.
Tantangan tersebut meliputi:

1. meningkatnya penyakit tidak menular,
2. rendahnya literasi kesehatan,
3. ketimpangan akses pelayanan kesehatan,
4. perubahan gaya hidup masyarakat,
5. masalah kesehatan mental,
6. perubahan iklim dan pencemaran lingkungan,
7. perkembangan teknologi informasi kesehatan.

Perawat komunitas dituntut untuk mampu beradaptasi dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat modern tanpa meninggalkan pendekatan *humanistik* dalam pelayanan kesehatan.

1.3 Rangkuman

Keperawatan kesehatan masyarakat merupakan pelayanan profesional yang mengintegrasikan ilmu keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan fokus pada peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui upaya promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Pelayanan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat dengan pendekatan holistik dan pemberdayaan masyarakat. Perawat komunitas memiliki berbagai peran penting sebagai pemberi asuhan, edukator, konselor, advokat, kolaborator, dan peneliti.

Evidence-based practice menjadi landasan penting dalam pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat modern agar intervensi yang dilakukan efektif, ilmiah, dan sesuai kebutuhan masyarakat.

1.4 Latihan Soal

1. Seorang perawat komunitas menemukan 35% warga Huntap Semeru masih membuang sampah di sungai meskipun sudah tersedia TPS. Berdasarkan teori Lawrence Green dan

riset Dwi Ochta Pebriyanti tentang sanitasi penyintas Semeru, intervensi prioritas adalah?

a. Menambah petugas kebersihan
b. Memberi sanksi warga
c. Edukasi dan pemberdayaan gotong royong sanitasi
d. Menutup akses sungai
e. Membagikan tempat sampah

2. Di wilayah pascabencana Semeru terjadi peningkatan diare akibat sanitasi buruk. Kepala puskesmas meminta program pembangunan kesehatan berbasis komunitas. Tindakan paling tepat?
   a. Kuratif massal
   b. Pembangunan rumah sakit baru
   c. STBM dan penguatan kader kesehatan
   d. Rujukan pasien diare
   e. Penyuluhan sekali setahun
3. Perawat menemukan warga memiliki pengetahuan baik tentang PHBS tetapi tetap melakukan BABS. Analisis faktor dominan menurut Lawrence Green adalah?
   a. Predisposisi
   b. Reinforcing
   c. Enabling
   d. Genetik
   e. Biologis
4. Hasil survei menunjukkan keluarga penyintas Semeru aktif kerja bakti membersihkan lingkungan. Perilaku tersebut menunjukkan pendekatan pembangunan kesehatan berupa?
   a. Hospital oriented
   b. Community empowerment
   c. Curative centered
   d. Individual treatment

e. Rehabilitative only

5. Seorang perawat ingin menurunkan PTSD pada penyintas bencana melalui pendekatan komunitas. Berdasarkan riset Pebriyanti tentang terapi hipnotik lima jari, sasaran utama program adalah?
   a. Infrastruktur
   b. Status ekonomi
   c. Kesehatan psikososial komunitas
   d. Penyediaan obat
   e. Pembangunan gedung

5. Dalam program sanitasi Huntap, warga tidak hadir saat penyuluhan karena bekerja di ladang. Prinsip pembangunan kesehatan yang paling tepat?
   a. Top-down planning
   b. Fleksibilitas berbasis kebutuhan masyarakat
   c. Sentralisasi pelayanan
   d. Pendekatan administratif
   e. Hukuman sosial

7. Perawat melakukan identifikasi masalah kesehatan komunitas pascabencana. Data paling penting untuk menentukan prioritas masalah sanitasi adalah?
   a. Jumlah kendaraan
   b. Jenis pekerjaan warga
   c. Angka penyakit berbasis lingkungan
   d. Struktur organisasi desa
   e. Tingkat urbanisasi

8. Kader kesehatan dilatih melakukan edukasi pengelolaan limbah rumah tangga. Strategi ini mencerminkan fungsi perawat komunitas sebagai?
   a. Administrator
   b. Kurator

c. Educator
d. Legislator
e. Auditor

9. Pemerintah membangun toilet umum, tetapi masyarakat enggan menggunakan karena budaya lama. Pendekatan paling efektif?
   a. Menambah jumlah toilet
   b. Pendekatan budaya dan tokoh masyarakat
   c. Menutup sungai
   d. Denda masyarakat
   e. Relokasi ulang warga
10. Perawat komunitas menilai keberhasilan program sanitasi pascabencana. Indikator outcome paling tepat adalah?
   a. Jumlah leaflet
   b. Jumlah kader
   c. Penurunan kasus diare
   d. Jumlah rapat
   e. Banyaknya poster

1.5 Bahan Diskusi

Pembangunan kesehatan dalam keperawatan komunitas merupakan upaya terencana untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam memelihara kesehatan secara mandiri melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Perawat komunitas memiliki peran penting dalam membantu masyarakat mengenali masalah kesehatan, meningkatkan kesadaran hidup sehat, serta memberdayakan keluarga dan komunitas agar mampu berpartisipasi aktif dalam menjaga kesehatan lingkungan dan mencegah penyakit.

Perubahan pola penyakit dari penyakit menular menuju penyakit tidak menular seperti diabetes mellitus, hipertensi, stroke,

dan gangguan kesehatan mental menyebabkan pelayanan kesehatan masyarakat harus lebih berfokus pada pendekatan jangka panjang berbasis keluarga dan komunitas. Dalam praktiknya, perawat komunitas tidak hanya memberikan pelayanan kesehatan, tetapi juga melakukan pendidikan kesehatan, konseling, advokasi, dan pemberdayaan masyarakat untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara berkelanjutan.

Pemberdayaan masyarakat menjadi salah satu strategi utama dalam pembangunan kesehatan karena keberhasilan program kesehatan sangat dipengaruhi oleh partisipasi aktif masyarakat. Dukungan keluarga, perubahan perilaku hidup sehat, sanitasi lingkungan, serta kolaborasi lintas sektor menjadi faktor penting dalam meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Pendidikan kesehatan berbasis komunitas juga terbukti mampu meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat dalam mencegah penyakit dan mengelola masalah kesehatan secara mandiri.

Tantangan pembangunan kesehatan saat ini semakin kompleks akibat perubahan gaya hidup, rendahnya literasi kesehatan, perkembangan teknologi, pencemaran lingkungan, dan meningkatnya penyakit kronis. Perawat kesehatan masyarakat dituntut mampu mengembangkan pelayanan berbasis *evidence-based practice*, memanfaatkan teknologi kesehatan, serta mempertahankan pendekatan humanistik dalam pelayanan kesehatan masyarakat.

1.6 Daftar Rujukan

Azizah, L. N., Istiqomah, I. N., Pebriyanti, D. O., Brigjen, J., & Lumajang, K. (2018). DIABETES MELLITUS MELALUI PROMOSI KESEHATAN Women ' s Empowerment On The Family Of Diabetes Mellitus Through Health Promotion. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Kesehatan*.

Gasper, I. A. V., Koch, N. Ma., TAhulending, A. A., Widyawati, P.Memah, H., J.Waraouw, H., W.Tangka, J., Adam, J. d'arc Z., Tuegeh, J., Ransun, D., Mukhils, S.Djaafar, N., & Montolalu, A. (2024). *Keperawatan Kesehatan Masyarakat* (L. O. Alifariki (ed.)). PT. Media Pustaka Indo.

Pebriyanti, D. O., Rondhianto, R, P. M., Suhari, & Sulistyono, R. E. (2025). *Fenomenologi Perilaku Masyarakat Penyintas Semeru Dalam Sanitasi Lingkungan di Huntap Semeru Damai Kabupaten Lumajang*. Penerbit Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta.

BAB 2. TREND DAN ISSUE KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)

1. Mengidentifikasi tren terkini (seperti teknologi digital, promosi kesehatan, dan EBP) dalam keperawatan kesehatan masyarakat.
2. **Menganalisis** isu-isu kritis (seperti SDM, kebijakan, AKI/AKB, stunting, dan PTM) yang mempengaruhi praktik keperawatan kesehatan masyarakat.
3. **Menjelaskan** implikasi tren dan isu tersebut terhadap peran perawat komunitas.
4. **Mengusulkan** strategi promotif-preventif berbasis bukti untuk menjawab tantangan kesehatan masyarakat, khususnya PTM.

2.1 Pendahuluan

Keperawatan kesehatan masyarakat (Public Health Nursing) menghadapi dinamika dan tantangan yang signifikan seiring dengan perubahan landscape kesehatan global. Praktik keperawatan kesehatan masyarakat harus beradaptasi dengan berbagai tren besar yang mempengaruhi sistem kesehatan, seperti beban ganda penyakit (menular dan tidak menular), kemajuan teknologi, serta tekanan anggaran dan infrastruktur. Perawat kesehatan masyarakat memegang peran kunci dalam mengatasi isu-isu utama seperti kesenjangan akses kesehatan, disparitas sosial ekonomi, dan kebutuhan edukasi kesehatan yang terus berkembang. Fokus utama dari keperawatan komunitas telah bergeser dari pendekatan kuratif ke arah strategi preventif yang lebih efektif dan ekonomis, yang menekankan pada deteksi dini dan modifikasi perilaku hidup sehat. Namun, realitas ini dihadang oleh tantangan kompleks seperti kekurangan tenaga kerja, pemotongan anggaran, dan kebutuhan infrastruktur yang mendesak. Oleh karena itu, sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan primer, perawat kesehatan masyarakat

dituntut untuk menjadi agen perubahan yang luwes, terampil dalam teknologi, dan vokal dalam memperjuangkan kesetaraan kesehatan bagi seluruh populasi (Gauba, 2022). Berikut beberapa trend dan issue keperawatan Kesehatan Masyarakat dibawah ini:

2.2 Trend Keperawatan Kesehatan Masyarakat

A. Transformasi Teknologi Digital (e-Health & m-Health)

1. Telemedicine

Salah satu tren paling terlihat adalah semakin kuatnya integrasi Sistem Informasi Kesehatan (SIK) dan telemedicine dalam layanan kesehatan. SIK berperan penting dalam mengelola data dan informasi kesehatan secara real-time, sehingga tenaga medis dapat mengambil keputusan dengan lebih cepat, akurat, dan efisien. Integrasi ini mengurangi duplikasi pemeriksaan, meminimalkan kesalahan klinis, serta meningkatkan keselamatan pasien. Di saat yang sama, telemedicine memfasilitasi layanan kesehatan jarak jauh sehingga akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan menjadi lebih luas, terutama bagi masyarakat di wilayah terpencil atau sulit dijangkau (Pratiwi & Arianty, 2025).

Tren ini berkembang seiring kemajuan teknologi informasi dan komunikasi yang mempermudah pertukaran data medis secara cepat dan aman. Telemedicine mampu memperluas jangkauan layanan kesehatan, mempercepat proses konsultasi, menekan biaya transportasi, serta meningkatkan kepuasan pasien. Teknologi ini juga mendukung kolaborasi antara berbagai tenaga medis secara jarak jauh, mempermudah pemantauan kondisi pasien secara real-time, dan mengurangi risiko penularan penyakit akibat kontak langsung di fasilitas kesehatan.

Hal ini juga menyoroti bahwa penerapan telemedicine masih menghadapi tantangan, seperti infrastruktur jaringan internet dan listrik yang belum merata, rendahnya literasi digital, serta kurangnya kepercayaan masyarakat terhadap layanan berbasis teknologi. Faktor kepercayaan sosial menjadi kunci penting, karena tanpa keyakinan dari masyarakat layanan ini sulit diadopsi secara luas, maka hal itu perlu Upaya dalam peningkatan infrastruktur, edukasi, serta sosialisasi agar masyarakat dapat memanfaatkan layanan ini secara optimal (Syamsuddin & Jusliani, 2024).

2. Aplikasi Kesehatan Mobile (m-Health)

Tren perawatan kesehatan masyarakat saat ini bergerak ke arah pemanfaatan teknologi digital, khususnya m-Health (mobile health). Pendekatan ini muncul karena berbagai tantangan dalam layanan kesehatan primer, terutama saat pandemi, yang membuat pelayanan langsung menjadi terbatas. Dalam konteks perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas), inovasi ini diarahkan untuk mendukung kegiatan home care berbasis keluarga, contohnya pada kasus Tuberkulosis (TBC). Hal ini dikembangkan sebuah prototipe aplikasi m-Health yang digunakan untuk membantu perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan, memantau perkembangan pengobatan, memeriksa kepatuhan minum obat, serta mengumpulkan data pasien dan keluarganya. Sistem ini memanfaatkan perangkat mobile (smartphone atau tablet) yang kemudian datanya diunggah dan diolah secara digital (Primadilla, 2022). Proses ini membuat alur pencatatan, pelaporan, dan pemantauan menjadi lebih cepat, rapi, dan dapat diakses kapan saja. m-Health memberikan solusi terhadap masalah pencatatan manual di Puskesmas yang

sering tercecer, tidak lengkap, dan sulit digunakan dalam evaluasi mutu pelayanan (Permatasari dkk., 2021)

3. Big Data dan Health Analytics

Big Data dan Health Analytics ini muncul sebagai respons terhadap tantangan *triple burden* yang dihadapi Indonesia, yaitu tingginya penyakit menular, meningkatnya penyakit tidak menular, dan kembalinya penyakit yang sebelumnya sudah terkendali. Salah satu tren utama adalah penggunaan *big data* untuk surveilans penyakit dan deteksi dini wabah. Data dari pencarian internet, media sosial, dan rekam medis digital dianalisis untuk memantau penyebaran penyakit secara real-time. Selain itu, *big data* juga digunakan untuk memprediksi risiko kesehatan Masyarakat dan mengevaluasi efektivitas program kesehatan., sehingga intervensi pencegahan dapat dilakukan lebih cepat dan tepat sasaran (Sulaiman dkk., 2023).

B. Pengembangan program Promosi Kesehatan

Posbindu Lansia (Pos Pembinaan Terpadu untuk Lansia) adalah program yang berperan penting dalam pemberdayaan kesehatan lansia. Selain menyediakan pemeriksaan kesehatan rutin, Posbindu Lansia juga berfungsi sebagai pusat penyuluhan dan edukasi kesehatan yang holistik. Melalui program ini, lansia dapat menerima informasi penting tentang pencegahan dan pengelolaan penyakit tidak menular (PTM). osbindu Lansia menyediakan layanan yang mencakup pemeriksaan tekanan darah, kadar gula darah, kolesterol, dan pemeriksaan fisik lainnya. Hal ini memungkinkan deteksi dini terhadap berbagai PTM yang sering terjadi pada lansia. Pemantauan Kesehatan Berkala ini membantu dalam pemantauan kondisi kesehatan lansia secara berkala, sehingga perubahan yang memerlukan intervensi medis dapat segera

ditangani.Posbindu Lansia juga berfungsi sebagai pusat edukasi yang memberikan informasi tentang pentingnya deteksi dini dan cara pengelolaan PTM. Lansia mendapatkan pengetahuan tentang faktor risiko, tanda-tanda awal penyakit, serta langkah-langkah pencegahan dan pengelolaan yang tepat. Edukasi yang diberikan di Posbindu Lansi tidak hanya meningkatkan pengetahuan tetapi juga memberdayakan lansia untuk lebih proaktif dalam menjaga kesehatan mereka. Mereka menjadi lebih sadar akan pentingnya menjalani gaya hidup sehat dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara rutin. Posbindu Lansia berperan penting dalam pemberdayaan kesehatan lansia melalui layanan pemeriksaan rutin dan edukasi kesehatan. Program ini tidak hanya membantu dalam deteksi dini dan pengelolaan PTM tetapi juga meningkatkan partisipasi dan kualitas hidup lansia dalam keluarga maupun lingkup Masyarakat (Vilasari dkk., 2024).

Edukasi Kesehatan dan Peningkatan Pengetahuan GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat) adalah inisiatif nasional yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat tentang pentingnya gaya hidup sehat dan pencegahan PTM. Edukasi kesehatan yang terfokus pada prinsip-prinsip GERMAS telah menunjukkan hasil yang signifikan dalam mengubah perilaku masyarakat menuju gaya hidup yang lebih sehat. Salah satu fokus utama GERMAS adalah mendorong masyarakat untuk menjalani gaya hidup yang lebih aktif. Ini termasuk rutin berolahraga, berjalan kaki, dan melakukan aktivitas fisik lainnya yang bermanfaat bagi kesehatan. GERMAS juga menekankan pentingnya pola makan sehat. Edukasi diberikan tentang konsumsi makanan bergizi, pengurangan asupan gula, garam, dan lemak, serta pentingnya mengonsumsi sayur dan buah setiap hari.

Edukasi kesehatan yang terfokus pada GERMAS telah terbukti efektif dalam meningkatkan pemahaman masyarakat tentang prinsip-prinsip hidup sehat dan pencegahan PTM. Evaluasi dan penyesuaian program secara berkala diperlukan untuk memastikan keberlanjutan dan efektivitasnya dalam mengubah perilaku masyarakat menuju gaya hidup yang lebih sehat. Inisiatif seperti GERMAS memainkan peran penting dalam menciptakan masyarakat yang lebih sadar kesehatan dan proaktif dalam menjaga kesejahteraan mereka (Vilasari dkk., 2024).

C. Pendekatan Berbasis Bukti (Evidence-Based Practice- EBP)

Sistem kesehatan Indonesia menghadapi beberapa masalah salah satunya yaitu proses pengambilan keputusan. Untuk meningkatkan kualitas layanan dan efisiensi pengelolaan sistem kesehatan, pengambilan keputusan yang tepat dan efektif sangat penting untuk dilakukan. Pendekatan berbasis bukti data, juga dikenal sebagai praktik berbasis bukti (EBP), menekankan penggunaan bukti ilmiah yang kuat, seperti hasil penelitian dan data kesehatan, dalam proses pengambilan keputusan dalam sistem Kesehatan yang bertujuan untuk memanfaatkan data untuk meningkatkan pengambilan keputusan berbasis bukti dalam sistem Kesehatan. Sistem kesehatan Indonesia dapat meningkatkan pemanfaatan data untuk pengambilan keputusan berbasis bukti dengan beberapa langkah yaitu perlu dilakukan integrasi data dari berbagai sumber data yang komprehensif dan terpadu, meningkatkan kapasitas sumber daya manusia dalam mengelola dan menganalisis data, serta kebijakan yang mendukung pemanfaatan data. Dengan hal tersebut sistem kesehatan Indonesia dapat memanfaatkan data secara efektif

untuk meningkatkan pengambilan keputusan berbasis bukti dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia (Zain dkk., 2024).

2.3 Issue Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Masalah Kesehatan merupakan suatu masalah yang sangat kompleks, yang saling berkaitan dengan masalah masalah lain diluar Kesehatan. Banyak factor yang mempengaruhi Kesehatan, diantaranya adalah pengetahuan dan sikap Masyarakat dalam merespon suatu penyakit. Sejak Indonesia meraih kemerdekaan 72 tahun lalu, perkembangan dunia Kesehatan di Indonesia semakin membaik. Hal tersebutterbukti dari banyaknya inovasi dunia Kesehatan yang di ciptakan, untuk meningkatkan Kesehatan Masyarakat. Namun meski perkembangannya cukup pesat, negara ini masih dilanda beberapa masalah Kesehatan yang terus meningkat. Masalah masalah ini masih menjadi beban dan tantangan utama dalam iso keperawatan Kesehatan masyarakat.

A. Issue Sumber daya

Tantangan utama Sumber Daya Manusia (SDM) Kesehatan di Masyarakat khususnya puskesmas meliputi tiga isu strategis. Pertama, masalah ketersediaan dan distribusi yang tidak merata. Meskipun jumlah tenaga kesehatan terus meningkat, belum mampu memenuhi kebutuhan di semua fasilitas kesehatan. Hanya 48,86% puskesmas yang memiliki sembilan jenis tenaga kesehatan sesuai standar, dengan disparitas tertinggi terjadi di wilayah Indonesia Timur. Selain itu, masih terjadi kekurangan tenaga di bidang promotif dan preventif seperti kesehatan masyarakat, gizi, sanitarian, dan penyuluh kesehatan.

Kedua, tantangan terkait kualitas SDM Kesehatan. Data menunjukkan bahwa tingkat kelulusan uji kompetensi nasional untuk lulusan kedokteran dan kedokteran gigi hanya sekitar 70%, sementara prodi keperawatan dan kebidanan bahkan lebih rendah. Hal ini mengindikasikan bahwa proses pendidikan masih belum optimal.

Ketiga, praktik task shifting dan multitasking yang sering terjadi akibat kurangnya tenaga. Task shifting atau pengalihan tugas dilakukan dengan memberi wewenang tambahan kepada tenaga kesehatan dengan kualifikasi lebih rendah, sementara multitasking memaksa tenaga kesehatan mengerjakan tugas di luar kompetensinya, seperti administrasi atau keuangan. Kondisi ini berisiko menurunkan kualitas pelayanan dan membebani tenaga kesehatan (Attriani, 2022).

B. Issue kebijakan dan pembiayaan

Isu utama kebijakan keperawatan kesehatan masyarakat yang terlihat adalah disparitas akses dan kualitas layanan kesehatan antar daerah. Meskipun Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah memperluas jangkauan layanan, kesenjangan masih sangat terasa, terutama di daerah terpencil dan permukiman padat. Puskesmas sebagai ujung tombak layanan kesehatan dasar sering kali tidak siap, baik dari segi sarana prasarana, tenaga kesehatan, maupun sistem rujukan yang efektif. Kurangnya koordinasi antar institusi dan keterbatasan sumber daya memperparah kondisi ini. Akibatnya, masyarakat di daerah sulit mendapatkan pelayanan yang berkualitas dan responsif, padahal hak atas kesehatan yang merata telah dijamin oleh undang-undang. Kebijakan kesehatan yang ada dinilai masih kurang responsif terhadap kebutuhan spesifik setiap daerah, sehingga

diperlukan penguatan sistem rujukan, peningkatan kapasitas fasilitas kesehatan primer, dan pengembangan sistem informasi terintegrasi agar layanan keperawatan kesehatan masyarakat dapat benar-benar merata dan terjangkau (Nasution dkk., 2024).

isu utama pembiayaan keperawatan kesehatan masyarakat yang mengemuka adalah ketiadaan atau ketidakjelasan mekanisme klaim pembiayaan untuk pelayanan keperawatan komunitas yang dilakukan secara virtual (telehealth). Di mana layanan *telehealth* yang mereka berikan untuk manajemen Penyakit Tidak Menular (PTM) tidak dapat ditagihkan kepada pemerintah. Akibatnya, beban kerja yang tinggi tidak diimbangi dengan penghargaan finansial yang memadai. Kondisi ini berpotensi menimbulkan masalah retensi tenaga keperawatan komunitas, karena perawat merasa tidak mendapat dukungan pendapatan yang setara dengan rekan mereka yang bekerja di rumah sakit dan ketiadaan skema klaim yang jelas juga dapat memengaruhi kualitas layanan dan keberlanjutan program promotif-preventif di tingkat primer (Handoyo dkk., 2021).

C. Issue angka kematian ibu dan bayi

Isu kematian ibu (AKI) dan kematian bayi (AKB) merupakan salah satu prioritas utama dalam agenda kesehatan nasional Indonesia. Pemerintah menargetkan penurunan kedua angka ini sebagai bagian dari komitmen mencapai Tujuan Pembangunan Berkelanjutan (SDGs) pada tahun 2030. Data yang diacu dari Profil Kesehatan Indonesia 2018 menunjukkan bahwa meskipun terjadi penurunan, jumlah kasusnya masih tergolong tinggi. Pada tahun 2015, Angka Kematian Ibu tercatat sebanyak 4.999 kasus, yang kemudian menurun

menjadi 1.712 kasus di pertengahan tahun 2017. Sementara itu, Angka Kematian Bayi juga mengalami penurunan dari 33.278 jiwa pada tahun 2015 menjadi 10.294 kasus di pertengahan 2017. Tantangan dalam menekan AKI dan AKB ini semakin kompleks khusunya bagi Masyarakat yang menghadapi kendala seperti infrastruktur kesehatan yang tidak memadai, hambatan geografis, dan rendahnya kesadaran Masyarakat (Andika dkk., 2024).

D. Issue Stunting

isu pencegahan stunting digambarkan sebagai salah satu masalah kesehatan prioritas nasional Indonesia. Stunting merupakan masalah gizi kronis yang disebabkan oleh kurangnya asupan gizi dalam waktu lama dan infeksi berulang, yang berdampak pada terganggunya pertumbuhan fisik dan kognitif anak. Indonesia pernah menempati peringkat ketiga dengan prevalensi stunting tertinggi di Asia pada tahun 2017. Meskipun terjadi penurunan dari 30,8% pada tahun 2018 menjadi 27,67% pada tahun 2019, angka ini masih jauh di atas batas toleransi WHO yaitu 20%. Pandemi COVID-19 memperburuk situasi ini karena menyebabkan banyaknya pemutusan hubungan kerja (PHK) dan penurunan daya beli masyarakat, terutama terhadap pangan bergizi, yang secara tidak langsung berpotensi meningkatkan angka stunting .

E. Issue PTM

Isu Penyakit Tidak Menular (PTM) merupakan salah satu tantangan kesehatan utama yang disebutkan dalam jurnal sebagai bagian dari enam agenda prioritas nasional kesehatan Indonesia tahun 2021. Pemerintah, melalui Kementerian Kesehatan, menempatkan peningkatan pengendalian PTM

setara dengan penanganan penyakit menular, penurunan angka kematian ibu dan bayi, serta pencegahan stunting. Prioritas ini menunjukkan beban kesehatan yang besar yang ditimbulkan oleh PTM, seperti diabetes, hipertensi, penyakit jantung, kanker, dan penyakit paru kronis, yang semakin membebani sistem kesehatan nasional. PTM sering dikaitkan dengan perubahan gaya hidup masyarakat, termasuk pola makan tidak sehat, kurang aktivitas fisik, konsumsi tembakau, dan konsumsi alkohol, yang kesemuanya memerlukan pendekatan preventif dan promotif yang kuat dari tenaga kesehatan Masyarakat (Rusyda, 2025).

2.4 Rangkuman

Keperawatan kesehatan masyarakat tengah menghadapi tantangan besar seiring berubahnya lanskap kesehatan global. Fokus utamanya telah bergeser dari pendekatan kuratif ke strategi preventif yang menekankan deteksi dini dan modifikasi perilaku hidup sehat. Perawat kesehatan masyarakat dituntut menjadi agen perubahan yang adaptif dan vokal memperjuangkan kesetaraan kesehatan. Beberapa tren signifikan yang sedang berlangsung adalah transformasi teknologi digital melalui telemedicine dan aplikasi m-Health yang memperluas jangkauan layanan, khususnya bagi daerah terpencil. Pemanfaatan big data juga berkembang untuk surveilans penyakit dan prediksi risiko kesehatan. Di sisi promosi kesehatan, program seperti Posbindu Lansia dan GERMAS berperan penting dalam pemberdayaan masyarakat dan edukasi hidup sehat, khususnya untuk pengendalian Penyakit Tidak Menular. Pendekatan berbasis bukti (EBP) semakin ditekankan untuk pengambilan keputusan yang efektif dalam sistem kesehatan. Namun demikian, berbagai isu

kritikal masih menghambat, seperti isu sumber daya, isu kebijakan dan pembiayaan, angka kematian ibu dan bayi, stunting serta pencegahan dan pengendalian PTM.

2.5 Latihan Soal

Pilihlah jawaban yang paling benar!

1. Fokus utama keperawatan kesehatan masyarakat saat ini telah bergeser ke arah...
   a. Pelayanan kuratif
   b. Strategi preventif
   c. Pengobatan di rumah sakit
   d. Layanan gawat darurat
2. Teknologi telemedicine dan m-Health sangat bermanfaat untuk...
   a. Menggantikan semua peran rumah sakit
   b. Memperluas jangkauan layanan ke daerah terpencil
   c. Menurunkan biaya operasional puskesmas
   d. Menyediakan obat-obatan gratis
3. Program Posbindu Lansia memiliki peran utama dalam...
   a. Memberikan suntik vitamin gratis
   b. Pemberdayaan dan deteksi dini penyakit pada lansia
   c. Merawat lansia yang sakit di rumah
   d. Menyediakan makanan gratis untuk lansia
4. Salah satu tantangan utama dalam penerapan telemedicine adalah...
   a. Kurangnya minat tenaga kesehatan
   b. Infrastruktur internet dan listrik yang belum merata
   c. Terlalu banyaknya pilihan aplikasi
   d. Harga smartphone yang mahal
5. Isu kesehatan yang merupakan prioritas nasional dan berkaitan dengan gangguan pertumbuhan pada anak adalah...
   a. HIV/AIDS
   b. Stunting

c. Diare
d. Demam Berdarah

2.6 Bahan Diskusi

Dengan semakin dominannya diabetes, hipertensi, dan kanker, bagaimana strategi perawat kesmas harus berubah dari fokus kuratif ke promotif dan preventif yang lebih kuat? Program intervensi seperti apa yang paling efektif untuk mengubah perilaku hidup tidak sehat?

2.7 Daftar Rujukan

Andika, F., Afriza, N., & Safitri, F. (2024). EDUKASI TENTANG ISU PERMASALAHAN KESEHATAAN DI INDONESIA UNTUK CALON TENAGA KESEHATAN MASYARAKAT DI PROVINSI ACEH PERSPEKTIF TANTANGAN. Jurnal Dinamika Sosial Dan Sains, 1(3), 670–676.

Attriani, A. N. (2022). Tantangan Dan Isu Strategis Sumber Daya Kesehatan Manusia Kesehatan Pada Puskesmas Di Indonesia. Jurnal Kesehatan Tambusai, 3(3), 363–368. https://doi.org/10.31004/jkt.v3i3.6102

Gauba, A. (2022). Trends and Issues in Public Health. WORLD JOURNAL OF ADVANCE World Journal of Advance HEALTHCARE RESEARCH, 4(5), 47–53.

Handoyo, L., Setiawan, A., & Fitriani, P. (2021). Situasi Pembiayaan Kesehatan Untuk Manajemen Penyakit Tidak Menular Di Pelayanan Primer Berbagai Negara Selama Pandemi Covid-19 Health. jurnal Manajemen Kesehatan Yayasan RS Dr. Soetomo, 7, 137–149.

Nasution, I. S., Khoirunnisa, F., Dewi, S. S., Siregar, A., & Ayu Stiawan, Y. A. (2024). Masalah Dan Isu Kebijakan Kesehatan

Di Indonesia. Jurnal Kesehatan Indra Husada, 12(1), 40–45. https://doi.org/10.36973/jkih.v12i1.586

Permatasari, A. D., Trihandini, I., Bahar, R. J., & Kurniawan, R. (2021). Manfaat Penggunaan Mobile Health (m-Health) Dalam Pencatatan dan Pelaporan Kesehatan Ibu. Jurnal Biostatistik, Kependudukan, dan Informatika Kesehatan, 1(2). https://doi.org/10.7454/bikfokes.v1i2.1010

Pratiwi, C. E., & Arianty, W. M. (2025). … Sistem Informasi Kesehatan dan Telemedicine: Solusi Inovatif Pelayanan Kesehatan di Era Digital Integration of Health Information System and Telemedicine …. Researchgate.Net, Query date: 2025-05-29 15:48:48. https://www.researchgate.net/profile/Cahaya-Pratiwi/publication/391008489_Integrasi_Sistem_Informasi_Kesehatan_dan_Telemedicine_Solusi_Inovatif_Pelayanan_Kesehatan_di_Era_Digital_Integration_of_Health_Information_System_and_Telemedicine_Innovative_Solutio

Primadilla, H. (2022). PEMANFAATAN m-HEALTH BERBASIS KEBUTUHAN SISTEM INFORMASI PADA UPAYA PERKESMAS: KASUS TBC. Journal of Telenursing (JOTING), 4, 225–236.

Rusyda, A. L. (2025). Exploring the Non-Communicable Disease Burden in Indonesia – Findings from the 2023 Health Survey. Indonesia Journal of Public Health Nutrition, 5(2). https://doi.org/10.7454/ijphn.v5i2.1064

Suhari, S., Sulistyono, R.E., **Rahmawati, P.M.**, Pebriyanti, D.O. (2025). Strategies to Increase Family Resilience to Disasters Based on Pentahelix Perspectives. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, *18(2).*

Sulaiman, T. W., Fitriansyah, R. B. A. R. A., & Ratsanjani4, M. H. (2023). Literature Review: Penerapan Big Data Dalam Kesehatan Masyarakat. Satukata: Jurnal Sains, Teknologi dan Kemasyarakatan, 1(3), 129–138. https://publish.ojs-indonesia.com/index.php/SATUKATA/index

Syamsuddin, S., & Jusliani, J. (2024). Implementasi Telemedicine dan Implikasinya terhadap Akses serta Kualitas Pelayanan Kesehatan di Komunitas Pedesaan: Mini Review. Jurnal Riset Sains dan Kesehatan Indonesia, 1(3), 117–123. https://doi.org/10.69930/jrski.v1i3.154

Vilasari, D., Ode, A. N., Sahilla, R., Febriani, N., & Purba, S. H. (2024). Peran Promosi Kesehatan Dalam Meningkatkan Kesadaran Masyarakat Terhadap Penyakit Tidak Menular (PTM) : Studi Literatur: Jurnal Kolaboratif Sains, 7(7), 2635–2648. https://doi.org/10.56338/jks.v7i7.5626

Zain, N. S., Ulya, N., Wasir, R., & Istanti, N. D. (2024). Memanfaatkan Data untuk Meningkatkan Pengambilan Keputusan Berbasis Bukti dalam Sistem Kesehatan Indonesia. Afiasi : Jurnal Kesehatan Masyarakat, 9(1), 25–34. https://doi.org/10.31943/afiasi.v9i1.352

BAB 3. KONSEP PEMBANGUNAN KESEHATAN

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep pembangunan kesehatan

3.1 Pendahuluan

Pembangunan kesehatan merupakan upaya terencana, terpadu, dan berkesinambungan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan menekankan pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat agar mampu hidup sehat secara mandiri. Pembangunan kesehatan dipengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan yang saling berkaitan dalam menentukan kualitas kesehatan masyarakat. Konsep ini memiliki hubungan erat dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs) khususnya tujuan ketiga yaitu *Good Health and Well-being* yang bertujuan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di semua usia melalui program kesehatan berbasis masyarakat seperti Posyandu, imunisasi, skrining kesehatan, dan edukasi kesehatan. Pembangunan kesehatan juga sejalan dengan konsep *Primary Health Care* (PHC) dari *World Health Organization* yang menekankan pemerataan akses pelayanan kesehatan dan pemberdayaan komunitas. Di Indonesia melalui Transformasi Sistem Kesehatan dan Integrasi Layanan Primer (ILP) yang bertujuan memperkuat pelayanan kesehatan primer secara terintegrasi, efektif dan berfokus pada kebutuhan masyarakat melalui penguatan Puskesmas, Posyandu, dan pelayanan promotif-preventif.

3.2 Konsep Pembangunan Kesehatan

Pengertian Konsep Pembangunan Kesehatan

Pembangunan kesehatan merupakan upaya yang dilakukan secara terencana, menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, serta kemampuan masyarakat dalam mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tidak hanya berfokus pada pengobatan penyakit tetapi juga menekankan upaya promotif dan preventif melalui pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat. Konsep pembangunan kesehatan memandang kesehatan sebagai hasil interaksi dari berbagai faktor seperti lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan sehingga diperlukan keterlibatan seluruh sektor dalam mewujudkan masyarakat yang sehat dan mandiri. Pembangunan kesehatan menjadi dasar dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan berbasis komunitas melalui pendidikan kesehatan, pencegahan penyakit, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, serta pemberdayaan masyarakat agar mampu menjaga kesehatannya secara mandiri (Nopiani, 2019). Manajemen kesehatan keluarga adalah cara untuk menyesuaikan dan mengintegrasikan proses keluarga, pengobatan penyakit, dan gejala sisa untuk mencapai tujuan kesehatan tertentu di sektor keluarga (Suhari et al., 2022)

Tujuan Pembangunan Kesehatan.

Tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan bertujuan menciptakan masyarakat yang produktif secara sosial dan ekonomi melalui peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, pencegahan penyakit,

perbaikan gizi, peningkatan sanitasi lingkungan, serta pemberdayaan masyarakat dalam menjaga kesehatannya secara mandiri. Pembangunan kesehatan juga bertujuan menurunkan angka kesakitan dan kematian, meningkatkan usia harapan hidup, serta mewujudkan pemerataan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat tanpa memandang status sosial maupun wilayah tempat tinggal. Pembangunan kesehatan menjadi bagian penting dalam pembangunan nasional karena masyarakat yang sehat akan memiliki kualitas hidup, produktivitas kerja, dan kesejahteraan yang lebih baik. Pembangunan kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab pemerintah dan tenaga kesehatan tetapi juga membutuhkan dukungan masyarakat dan kerja sama lintas sektor untuk mencapai tujuan kesehatan secara optimal (Syamsi & Lalla, 2024).

Faktor yang Mempengaruhi Pembangunan Kesehatan

Faktor yang mempengaruhi pembangunan kesehatan terdiri dari berbagai aspek dalam menentukan derajat kesehatan masyarakat. Faktor utama adalah lingkungan, baik lingkungan fisik, biologis, sosial, maupun budaya. Lingkungan yang tidak sehat seperti sanitasi buruk, kurangnya akses air bersih, pencemaran udara dan kepadatan penduduk dapat meningkatkan risiko penyakit menular maupun penyakit tidak menular. Lingkungan yang sehat mampu mendukung kualitas hidup masyarakat dan meningkatkan keberhasilan pembangunan kesehatan. Pembangunan kesehatan perlu memperhatikan perbaikan sanitasi lingkungan, penyediaan air bersih, dan pengendalian pencemaran sebagai bagian dari upaya promotif dan preventif (Siswanto et al., 2020).

Hubungan Pembangunan Kesehatan dengan SDGs.

Hubungan pembangunan kesehatan dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs) sangat erat karena kesehatan menjadi salah satu indikator utama dalam mewujudkan pembangunan berkelanjutan. SDGs merupakan agenda global yang disusun oleh Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dunia hingga tahun 2030. Fokus utama terdapat pada tujuan ketiga yaitu *Good Health and Well-being* yang bertujuan menjamin kehidupan sehat dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat di semua usia. Pembangunan kesehatan mendukung pencapaian SDGs melalui peningkatan pelayanan kesehatan, penurunan angka kematian ibu dan bayi, pengendalian penyakit menular dan tidak menular, peningkatan kesehatan mental, serta pemerataan akses pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Pembangunan kesehatan menjadi bagian penting dalam menciptakan masyarakat yang sehat, produktif, dan berkualitas (Zen et al., 2025).

Pelaksanaan pembangunan kesehatan dalam mendukung SDGs dilakukan melalui berbagai program kesehatan berbasis masyarakat seperti Posyandu, Posbindu, imunisasi, edukasi kesehatan, skrining penyakit, peningkatan sanitasi lingkungan, dan pemberdayaan masyarakat. Program ini bertujuan meningkatkan kualitas hidup masyarakat sekaligus mengurangi kesenjangan kesehatan antarwilayah maupun antarkelompok sosial. Perawat komunitas memiliki peran penting dalam mendukung pencapaian SDGs melalui promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemberdayaan keluarga, kunjungan rumah, dan pembinaan kader kesehatan. Pendekatan ini sejalan dengan kajian Suhari yang menekankan pentingnya pendekatan komunitas dan pemberdayaan masyarakat dalam meningkatkan ketahanan kesehatan masyarakat serta

kesiapsiagaan terhadap masalah kesehatan dan bencana (Zen et al., 2025).

Hubungan dengan Program Internasional (Primary Health Care)

Pembangunan kesehatan di Indonesia diwujudkan melalui integrasi SDGs ke dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN), Transformasi Sistem Kesehatan Indonesia serta penguatan Integrasi Layanan Primer (ILP). Program tersebut bertujuan memperkuat pelayanan kesehatan primer secara terintegrasi berdasarkan siklus hidup masyarakat agar pelayanan kesehatan menjadi lebih efektif, merata, dan berkelanjutan. Konsep ini sejalan dengan pendekatan *Primary Health Care* (PHC) dari *World Health Organization* yang menempatkan masyarakat sebagai pusat pelayanan kesehatan melalui kerja sama lintas sektor dan pemberdayaan komunitas. Pembangunan kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab pemerintah dan tenaga kesehatan, tetapi juga membutuhkan keterlibatan aktif masyarakat untuk mencapai tujuan pembangunan berkelanjutan secara optimal (Dalila et al., 2025).

Hubungan dengan Integrasi Layanan Primer (ILP).

Integrasi Layanan Primer (ILP) merupakan bagian dari transformasi pelayanan kesehatan primer di Indonesia yang bertujuan mendekatkan akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat secara komprehensif, terintegrasi, dan berkesinambungan berdasarkan siklus hidup. ILP dikembangkan untuk mengatasi pelayanan kesehatan yang sebelumnya berjalan secara terpisah berdasarkan program sehingga pelayanan menjadi lebih efektif, efisien, dan berpusat pada kebutuhan masyarakat. Pelayanan kesehatan tidak hanya berfokus pada pengobatan penyakit tetapi juga menekankan upaya promotif dan preventif

melalui penguatan Puskesmas, Posyandu, dan jejaring pelayanan kesehatan lainnya.

3.3 Rangkuman

Pembangunan kesehatan merupakan upaya terencana, terpadu, dan berkesinambungan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif dengan menekankan pemberdayaan individu, keluarga, dan masyarakat agar mampu hidup sehat secara mandiri. Pembangunan kesehatan dipengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan yang saling berkaitan dalam menentukan kualitas kesehatan masyarakat. Konsep ini memiliki hubungan dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs) khususnya tujuan ketiga yaitu *Good Health and Well-being* yang bertujuan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di semua usia melalui program kesehatan berbasis masyarakat seperti Posyandu, imunisasi, skrining kesehatan, dan edukasi kesehatan. Pembangunan kesehatan juga sejalan dengan konsep Primary Health Care (PHC) dari World Health Organization yang menekankan pemerataan akses pelayanan kesehatan dan pemberdayaan komunitas. Di Indonesia diwujudkan melalui Transformasi Sistem Kesehatan dan Integrasi Layanan Primer (ILP) yang bertujuan memperkuat pelayanan kesehatan primer secara terintegrasi, efektif, dan berfokus pada kebutuhan masyarakat melalui penguatan Puskesmas, Posyandu, dan pelayanan promotif-preventif.

3.4 Latihan Soal

1. Seorang perawat komunitas melakukan kunjungan rumah pada keluarga pasien hipertensi. Keluarga mengatakan tidak memahami jadwal kontrol dan penggunaan fasilitas kesehatan.

Berdasarkan riset Suhari, intervensi utama yang perlu diberikan perawat adalah edukasi kesehatan dan dukungan pengambilan keputusan keluarga. Apakah tujuan utama intervensi tersebut?

a. Mengurangi jumlah tenaga kesehatan
b. Meningkatkan motivasi keluarga menggunakan layanan kesehatan
c. Menurunkan biaya operasional Puskesmas
d. Membatasi akses keluarga ke fasilitas kesehatan
e. Mengurangi program promotive

2. Di wilayah binaan, banyak lansia hipertensi tidak rutin kontrol karena menganggap hipertensi tidak berbahaya bila tanpa gejala. Perawat komunitas merencanakan pendidikan kesehatan berbasis keluarga melalui Posbindu. Apa alasan utama intervensi tersebut?

a. Hipertensi hanya menyerang lansia
b. Pendidikan kesehatan meningkatkan perilaku preventif keluarga
c. Posbindu hanya berfungsi untuk pengobatan
d. Hipertensi tidak membutuhkan pengawasan
e. Keluarga tidak berpengaruh terhadap kepatuhan

3. Puskesmas menemukan cakupan kunjungan penderita TB rendah. Perawat komunitas melakukan home visit, edukasi keluarga, dan pemantauan minum obat secara berkala. Program kesehatan apakah yang sedang dioptimalkan?

a. Kuratif individual
b. Rehabilitatif rumah sakit
c. Preventif dan promotif berbasis komunitas
d. Pelayanan gawat darurat
e. Pelayanan estetika kesehatan

4. Di desa terpencil, masyarakat lebih memilih pengobatan tradisional dibanding kontrol hipertensi ke Puskesmas. Hasil

pengkajian menunjukkan rendahnya pengetahuan dan akses informasi kesehatan. Masalah utama pembangunan kesehatan pada kasus tersebut adalah?

a. Tingginya angka kelahiran
b. Kurangnya fasilitas hiburan
c. Rendahnya literasi kesehatan Masyarakat
d. Tingginya jumlah tenaga medis
e. Banyaknya rumah sakit swasta

5. Perawat mengevaluasi program kunjungan rumah pada pasien hipertensi. Setelah tiga bulan, keluarga mampu menjelaskan diet rendah garam, jadwal kontrol, dan kepatuhan obat meningkat. Indikator keberhasilan program paling tepat adalah?

a. Jumlah rumah sakit bertambah
b. Tingkat pengetahuan dan perilaku keluarga meningkat
c. Pendapatan keluarga meningkat
d. Jumlah pasien rawat inap meningkat
e. Penggunaan obat tradisional meningkat

6. Perawat komunitas diminta membuat inovasi program kesehatan untuk menurunkan kasus ISPA akibat sanitasi buruk di desa padat penduduk. Program paling efektif adalah?

a. Membagikan obat batuk gratis
b. Membuat lomba olahraga desa
c. Membentuk kader sanitasi dan edukasi PHBS rumah tangga
d. Menambah tempat parkir Puskesmas
e. Menutup akses air masyarakat

7. Program Indonesia Sehat menekankan pendekatan keluarga melalui kunjungan rumah dan pemantauan indikator kesehatan keluarga. Tujuan utama pendekatan keluarga adalah?

a. Memperbanyak rujukan rumah sakit
b. Mendekatkan pelayanan kesehatan ke Masyarakat
c. Mengurangi kegiatan promotive

d. Membatasi peran keluarga
e. Menghilangkan Posyandu

8. Perawat komunitas mengidentifikasi keluarga pasien diabetes tidak memahami diet dan aktivitas fisik yang tepat. Perawat kemudian memberikan konseling keluarga secara berkala. Makna utama intervensi tersebut adalah?
   a. Keluarga sebagai pusat pengambilan keputusan kesehatan
   b. Pasien tidak perlu mandiri
   c. Diabetes hanya dipengaruhi obat
   d. Konseling hanya untuk lansia
   e. Penyakit kronis tidak memerlukan dukungan keluarga
9. Saat posyandu, perawat menemukan balita belum imunisasi lengkap karena orang tua takut efek samping vaksin. Perawat memberikan edukasi berbasis bukti ilmiah. Tindakan tersebut termasuk upaya?
   a. Kuratif
   b. Rehabilitatif
   c. Promotif-preventif
   d. Paliatif
   e. Diagnostik invasif
10. Data Puskesmas menunjukkan angka diare tinggi pada daerah dengan sanitasi buruk dan air tidak layak konsumsi. Perawat menyimpulkan masalah dipengaruhi perilaku dan lingkungan. Faktor dominan penyebab masalah adalah?
    a. Genetik masyarakat
    b. Gaya arsitektur rumah
    c. Sanitasi lingkungan tidak memadai
    d. Kurangnya transportasi umum
    e. Tingginya penggunaan internet

3.5 Bahan Diskusi

Pembangunan kesehatan merupakan upaya terencana dan berkelanjutan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pendekatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Dalam keperawatan kesehatan masyarakat, pembangunan kesehatan berfokus pada pemberdayaan individu, keluarga, dan komunitas agar mampu menjaga kesehatan secara mandiri.

Keberhasilan pembangunan kesehatan dipengaruhi oleh faktor lingkungan, perilaku, pelayanan kesehatan, dan keturunan. Oleh karena itu, diperlukan kerja sama lintas sektor untuk menciptakan lingkungan yang sehat dan meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat. Perawat komunitas memiliki peran penting sebagai edukator dan motivator dalam meningkatkan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan.

Pembangunan kesehatan juga berkaitan erat dengan *Sustainable Development Goals* (SDGs), khususnya tujuan ketiga yaitu *Good Health and Well-being* yang bertujuan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat di semua usia. Program seperti Posyandu, imunisasi, edukasi kesehatan, dan skrining penyakit merupakan bentuk nyata pembangunan kesehatan berbasis masyarakat.

Pembangunan kesehatan sejalan dengan konsep *Primary Health Care* (PHC) dan Integrasi Layanan Primer (ILP) yang menekankan pemerataan akses pelayanan kesehatan, penguatan pelayanan primer, serta keterlibatan aktif masyarakat dalam menjaga kesehatan. Melalui pendekatan ini diharapkan tercipta masyarakat yang sehat, mandiri, dan produktif.

3.6 Daftar Rujukan

Dalila, E., Indriani, P. R., Hajar, S., Lestari, I. A., & Agustina, R. (2025). Implementasi Sustainable Development Goals (SDGs): Optimalisasi Peran Mahasiswa KKN dalam Meningkatkan

Kesehatan Masyarakat Melalui Kegiatan KKN di Desa Mekar Mulio. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Dan Riset Pendidikan*, *4*(1), 5291–5296.

Nopiani. (2019). Implementasi Program Pembangunan Di Bidang Kesehatan Dalam Meningkatkan Kualitas Kesehatan Masyarakat. *Jurnal Ilmi Sosial Dan Ilmu Politik*, *8*(3), 130–134.

Siswanto, Hendarwan, H., Kusumawardani, N., & Handayani, L. (2020). *Bunga Rampai Kinerja Pembangunan Kesehatan Di Indonesia Tantangan, Masalah dan Solusi*. Lembaga Penerbit Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (LPB) Katalog.

Suhari, Sulistyono, R. E., & Fibriansari, R. D. (2022). Manajemen Kesehatan Keluarga Pada Pasien Yang Menderita Hipertensi Di Masa Pandemi Covid-19 : Studi Kasus. *JPPNI*, *7*(2).

Syamsi, N., & Lalla, N. (2024). Nur Syamsi Norma Lalla. *Jurnal Pengabdian Masyarakat Edukasi Indonesia*, *1*, 9–14.

Zen, N. H., Mageiasti, L., & Yulhendri. (2025). *Analisis Penerapan Sdgs Dalam Pembangunan Berkelanjutan Di Indonesia : Tinjauan Literatur Dan Tantangan Implementasi*. *3*, 775–785.

BAB 4. TRANSFORMASI KESEHATAN

Capaian Pembelajaran Mata Kuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu memahami dan menginternalisasi kebijakan transformasi kesehatan sebagai landasan praktik keperawatan komunitas masa kini

4.1 Pendahuluan

Dunia kesehatan di Indonesia sedang berada pada titik balik sejarah yang paling menentukan. Pandemi COVID-19 yang melanda dunia beberapa tahun silam tidak hanya menjadi krisis kesehatan, tetapi juga menjadi cermin retak yang memperlihatkan rapuhnya sistem kesehatan di Indonesia. Urgensi transformasi kesehatan di Indonesia berakar pada evaluasi mendalam terhadap kerentanan sistem kesehatan nasional yang terpapar secara nyata selama pandemi COVID-19. Krisis global tersebut mengungkap adanya fragmentasi data kesehatan, ketimpangan akses layanan antarwilayah, serta ketergantungan yang tinggi terhadap produk farmasi dan alat kesehatan impor (Kemenkes RI, 2022). Selain tantangan pandemi, Indonesia juga menghadapi beban ganda penyakit (*double burden of diseases*), di mana angka penyakit menular masih menjadi ancaman sementara prevalensi penyakit tidak menular (PTM) terus meningkat secara signifikan akibat perubahan gaya hidup. Kondisi ini menuntut adanya perubahan radikal dari sistem yang semula berfokus pada aspek kuratif (mengobati) menjadi sistem yang lebih proaktif dan preventif guna menekan biaya kesehatan yang terus membengkak dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat (Kemenkes RI, 2024).

Di sisi lain, perkembangan teknologi digital dan tuntutan global terhadap standar pelayanan kesehatan memaksa Indonesia untuk melakukan modernisasi infrastruktur kesehatan secara menyeluruh. Kesenjangan distribusi tenaga kesehatan yang belum merata, terutama di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan (DTPK), menjadi alasan kuat perlunya pilar transformasi SDM untuk memastikan keadilan layanan bagi seluruh rakyat Indonesia

(Kemenkes RI, 2023). Oleh karena itu sebagai bentuk respons terhadap tantangan tersebut, Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan RI meluncurkan 6 Pilar Transformasi Kesehatan. Transformasi kesehatan bukan sekadar upaya perbaikan jangka pendek, melainkan sebuah desain ulang (*redesign*) sistem kesehatan yang mengintegrasikan layanan primer, memperkuat ketahanan sistem, serta memanfaatkan teknologi digital seperti platform SATU SEHAT, yaitu platform integrasi data kesehatan nasional yang dikembangkan Kementerian Kesehatan RI untuk menghubungkan sistem informasi berbagai fasilitas kesehatan (fasyankes) di Indonesia. Platform ini bertujuan menstandardisasi data, mempermudah pertukaran informasi medis, dan menghadirkan Rekam Medis Elektronik (RME) yang aman.

Pembangunan kesehatan pada hakekatnya adalah upaya yang dilakukan oleh seluruh komponen bangsa Indonesia dengan tujuan tersebut. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun bentuk komunikasinya beralih ke digital, inti dari struktur formal tetap berperan penting dalam mempertahankan kesehatan. setiap orang agar tercapai tingkat kesehatan masyarakat yang semakin tinggi. tingginya, sebagai investasi untuk pengembangan sumber daya manusia. yang produktif secara sosial dan ekonomis. Sasaran Pembangunan kesehatan yang akan dicapai pada tahun 2025 adalah meningkatnya kesehatan masyarakat secara umum. derajat kesehatan masyarakat yang ditunjukkan oleh meningkatnya umur harapan hidup meningkat, angka kematian ibu menurun, dan angka kematian bayi menurun juga. angka kematian bayi berkurang, serta penurunan jumlah bayi yang mengalami undernutrisi. balita. Ini sesuai dengan misi pertama Presiden, yaitu meningkatkan. kualitas manusia Indonesia. Pencapaian sasaran Pembangunan kesehatan tersebut bukan semata-mata tugas pemerintah tetapi merupakan tugas bersama seluruh komponen bangsa.

4.2 6 Pilar Transformasi Kesehatan Indonesia

Transformasi kesehatan merupakan upaya perbaikan sistem kesehatan, untuk mengatasi ketimpangan kesehatan, baik di dalam

negeri, maupun ketimpangan kesehatan antar negara. Transformasi kesehatan yang lebih kuat mampu diwujudkan dengan transformasi sistem kesehatan melalui 6 (enam) pilar transformasi kesehatan. Transformasi layanan primer bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan primer yang komprehensif dan berkualitas bagi seluruh penduduk Indonesia, baik perorangan maupun masyarakat (Kemenkes RI, 2022).

Transformasi kesehatan nasional Indonesia merupakan pergeseran fundamental dari sistem yang bersifat reaktif menjadi ekosistem kesehatan yang proaktif, preventif, dan berbasis teknologi tinggi. Inisiasi besar ini muncul sebagai respon sistemik terhadap kerapuhan arsitektur kesehatan yang terungkap selama krisis pandemi COVID-19, yang menuntut adanya reformasi menyeluruh. Fokus utama dari restrukturisasi ini adalah untuk mewujudkan visi Indonesia Emas 2045 melalui penguatan kualitas sumber daya manusia yang unggul dan sehat secara fisik maupun mental. Kualitas kesehatan masyarakat hari ini dipercaya akan menjadi penentu utama peradaban dan daya saing bangsa di masa depan.

Arsitektur transformasi ini diformulasikan ke dalam enam pilar strategis yang saling terintegrasi. Keenam pilar tersebut meliputi:

1. Transformasi Layanan Primer, yang memperkuat aktivitas promotif dan preventif serta standarisasi layanan berbasis siklus hidup.
2. Transformasi Layanan Rujukan, yang berfokus pada pemerataan akses medis spesialistik dan penguatan jejaring rumah sakit di seluruh pelosok nusantara.
3. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, yang bertujuan membangun kemandirian farmasi, alat kesehatan, dan kesiapsiagaan menghadapi kedaruratan.
4. Transformasi Pembiayaan Kesehatan, untuk menjamin ketersediaan dana yang transparan, efektif, efisien, dan berkeadilan.
5. Transformasi SDM Kesehatan, yang menangani masalah kekurangan dan ketidakmerataan distribusi tenaga medis.

6. Transformasi Teknologi Kesehatan, sebagai tuas strategis modernisasi melalui digitalisasi data SATUSEHAT dan revolusi bio-genomik melalui BGSi.

Landasan hukum transformasi ini telah diperkuat dengan disahkannya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, yang menyederhanakan berbagai regulasi demi percepatan implementasi di lapangan. Transformasi ini bukan sekadar program administratif kementerian, melainkan sebuah gerakan nasional yang membutuhkan sinergi antara pemerintah pusat, 38 gubernur, 514 bupati/wali kota, serta partisipasi aktif seluruh elemen masyarakat

4.3 Grand Design Transformasi Kesehatan Indonesia

Grand Design Transformasi Kesehatan Indonesia merupakan sebuah cetak biru (*blueprint*) perubahan sistemik yang diinisiasi oleh Kementerian Kesehatan RI untuk melakukan perombakan total pada arsitektur kesehatan nasional. Latar belakang utama dari transformasi ini adalah evaluasi mendalam pasca-pandemi COVID-19 yang menunjukkan bahwa sistem kesehatan Indonesia memerlukan penguatan pada sisi resiliensi, aksesibilitas, dan efisiensi (Kemenkes RI, 2022). Fokus utama dari rancangan besar ini adalah menggeser paradigma pelayanan kesehatan yang selama ini menitikberatkan pada aspek kuratif (mengobati orang sakit) menjadi paradigma preventif-promotif (menjaga orang tetap sehat) dengan mengintegrasikan layanan dari tingkat primer hingga rujukan (Kemenkes RI, 2024). Struktur utama dari Grand Design ini tertuang dalam 6 Pilar Transformasi Kesehatan, yang meliputi:

1. Transformasi Layanan Primer

Transformasi Layanan Primer merupakan pilar pertama dan paling krusial dalam 6 Pilar Transformasi Kesehatan Indonesia. Fokus utamanya adalah menata kembali pelayanan kesehatan di tingkat akar rumput (Puskesmas, Pustu, dan Posyandu) dengan mengedepankan upaya promotif dan preventif melalui pendekatan siklus hidup, bukan lagi sekadar berbasis program penyakit (Kemenkes RI, 2024).

Berikut adalah empat fokus utama dalam Transformasi Layanan Primer:

a. Edukasi Penduduk

Transformasi ini bertujuan menciptakan masyarakat yang mandiri dalam menjaga kesehatan. Perawat berperan penting dalam memberikan edukasi yang komprehensif mengenai penguatan peran kader, kampanye imunisasi, dan pola hidup sehat melalui gerakan GERMAS. Hal ini sejalan dengan perlunya peningkatan kompetensi komunikasi bagi tenaga kesehatan agar pesan edukasi dapat diterima dengan baik oleh masyarakat.

b. Pencegahan Primer

Pencegahan primer difokuskan pada perlindungan individu sebelum penyakit muncul. Langkah konkretnya meliputi penambahan jenis imunisasi rutin menjadi 14 vaksin (seperti PCV, HPV, dan Rotavirus) serta penguatan layanan kesehatan ibu dan anak (KIA) untuk memastikan tumbuh kembang yang optimal sejak dalam kandungan guna mencegah *stunting*.

c. Pencegahan Sekunder (Skrining Kesehatan)

Inilah perubahan paling signifikan, di mana negara hadir untuk mendeteksi penyakit lebih dini. Kemenkes melakukan standarisasi skrining kesehatan pada setiap tahap usia. Contohnya, skrining hipotiroid kongenital pada bayi, skrining penyakit tidak menular (PTM) seperti hipertensi dan diabetes pada usia dewasa, serta skrining geriatri terpadu pada lansia (Kemenkes RI, 2023).

d. Peningkatan Kapasitas dan Kapabilitas Layanan

Peningkatan ini dilakukan melalui Integrasi Layanan Primer (ILP). Dalam sistem ini, pelayanan di Puskesmas dan Pustu ditata ulang menjadi beberapa klaster (Ibu & Anak, Dewasa & Lansia, serta Penanggulangan Penyakit Menular). Tujuannya agar setiap orang yang datang ke fasilitas kesehatan mendapatkan paket layanan lengkap sesuai kelompok usianya secara terintegrasi (Kemenkes RI, 2022)

Penguatan edukasi penduduk, pencegahan primer (imunisasi), pencegahan sekunder (skrining), dan peningkatan kapasitas layanan primer melalui Integrasi Layanan Primer (ILP).

1. Transformasi Layanan Rujukan: Peningkatan akses dan mutu layanan rumah sakit di seluruh provinsi.
2. Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan: Kemandirian farmasi, alat kesehatan, dan kesiapsiagaan menghadapi krisis kesehatan.
3. Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan: Pengaturan regulasi pembiayaan yang efektif dan berkeadilan.
4. Transformasi SDM Kesehatan: Percepatan pemenuhan dan peningkatan kualitas tenaga kesehatan.
5. Transformasi Teknologi Kesehatan: Digitalisasi data melalui platform SATUSEHAT dan pengembangan bioteknologi (Kemenkes RI, 2023).

Bagi institusi pendidikan dan praktisi keperawatan, Grand Design ini bukan sekadar kebijakan administratif, melainkan tantangan untuk menyesuaikan standar kompetensi lulusan. Perawat, khususnya jenjang Diploma III, diharapkan menjadi motor penggerak pada pilar pertama (layanan primer) melalui peran mereka sebagai edukator dan komunikator kesehatan di masyarakat. Keselarasan antara kurikulum pendidikan keperawatan dengan enam pilar transformasi ini menjadi kunci utama agar lulusan memiliki kesiapan kerja yang relevan dengan kebutuhan sistem kesehatan masa depan.

4.4 Rangkuman

Transformasi Kesehatan Indonesia merupakan upaya perombakan sistemik melalui enam pilar strategis—layanan primer, rujukan, ketahanan kesehatan, pembiayaan, SDM, dan teknologi—yang bertujuan menggeser paradigma pelayanan dari kuratif menuju preventif-promotif. Melalui integrasi layanan primer (ILP) yang berbasis pada siklus hidup dan didukung oleh digitalisasi data melalui platform SATUSEHAT, sistem ini menuntut perawat untuk tidak hanya terampil secara klinis, tetapi juga adaptif terhadap

teknologi dan mampu berperan aktif dalam edukasi serta pemberdayaan masyarakat. Keberhasilan transformasi ini sangat bergantung pada kesiapan kompetensi tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan yang bermutu, terintegrasi, dan berkeadilan guna mewujudkan ketahanan kesehatan nasional yang lebih tangguh.

4.5 Latihan Soal

1. Berapakah jumlah pilar utama yang menjadi landasan dalam Transformasi Kesehatan Indonesia yang diluncurkan oleh Kementerian Kesehatan RI?
   a. 4 Pilar
   b. 5 Pilar
   c. 6 Pilar
   d. 7 Pilar
   e. 8 Pilar
2. Pilar manakah yang menitikberatkan pada penguatan edukasi penduduk, pencegahan primer, dan pencegahan sekunder?
   a. Pilar Transformasi Layanan Rujukan
   b. Pilar Transformasi Layanan Primer
   c. Pilar Transformasi Ketahanan Kesehatan
   d. Pilar Transformasi SDM Kesehatan
   e. Pilar Transformasi Teknologi Kesehatan
3. Platform digital yang mengintegrasikan data rekam medis elektronik dari berbagai fasilitas kesehatan di Indonesia disebut dengan?
   a. PeduliLindungi
   b. P-Care
   c. SATUSEHAT
   d. SIK-DA
   e. Simpus Digital
4. Apa tujuan utama dari Transformasi Layanan Rujukan dalam 6 Pilar Transformasi Kesehatan?
   a. Meningkatkan jumlah Posyandu

b. Pemerataan akses layanan spesialis untuk penyakit katastropik
c. Menurunkan harga obat-obatan
d. Mewajibkan penggunaan vaksin baru
e. Mengganti tenaga perawat dengan robot

5. Pendekatan pelayanan kesehatan dalam Integrasi Layanan Primer (ILP) bergeser dari berbasis program menjadi berbasis?
   a. Siklus Hidup
   b. Wilayah Geografis
   c. Status Ekonomi
   d. Jenis Asuransi
   e. Permintaan Pasien

6. Seorang perawat di Puskesmas melakukan skrining hipertensi dan diabetes pada kelompok usia produktif. Tindakan ini merupakan bagian dari pilar?
   a. Edukasi Penduduk
   b. Pencegahan Sekunder
   c. Pencegahan Tersier
   d. Pencegahan Primer
   e. Rehabilitasi Komunitas
7. Manakah yang termasuk dalam implementasi Pilar Transformasi Ketahanan Kesehatan?
   a. Digitalisasi rekam medis
   b. Penambahan kuota beasiswa dokter spesialis
   c. Produksi vaksin dan alat kesehatan dalam negeri
   d. Penerapan sistem rujukan satu pintu
   e. Pemberian bantuan iuran JKN
8. Dalam pilar Transformasi SDM Kesehatan, apa peran penting institusi pendidikan tinggi keperawatan?
   a. Mengurangi jumlah lulusan perawat
   b. Menghapus kurikulum keperawatan komunitas
   c. Menyesuaikan kurikulum dengan kebutuhan layanan primer dan digitalisasi
   d. Fokus hanya pada keterampilan medik bedah

e. Mewajibkan lulusan bekerja di luar negeri

9. Mengapa pilar Transformasi Pembiayaan Kesehatan dianggap penting dalam sistem kesehatan nasional?
   a. Untuk menaikkan premi asuransi swasta
   b. Kesiapan kompetensi digital dan adaptasi terhadap kebijakan baru
   c. Menghapuskan program JKN
   d. Membatasi pasien yang boleh berobat
   e. Mengharuskan pasien membayar tunai di setiap fasyankes
10. Berdasarkan penelitian Pebriyanti et al. (2023), tantangan utama perawat dalam era transformasi adalah?
   a. Kurangnya minat pasien untuk berobat
   b. Kesiapan kompetensi digital dan adaptasi terhadap kebijakan baru
   c. Terlalu banyaknya jumlah perawat di Puskesmas
   d. Tidak adanya dukungan dari Kementerian Kesehatan
   e. Kurangnya alat pelindung diri (APD) pasca pandemi

4.6 Bahan Diskusi

Puskesmas Sehat Jaya sedang berada dalam masa transisi menuju penerapan penuh Integrasi Layanan Primer (ILP). Ners Andi, seorang perawat komunitas, mendapati beberapa tantangan nyata di wilayah kerjanya:

1. Resistensi Teknologi: Puskesmas telah mewajibkan penggunaan platform SATUSEHAT untuk rekam medis elektronik. Namun, beberapa perawat senior merasa pengisian data digital memakan waktu lebih lama dibandingkan pencatatan manual, sehingga antrean pasien skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) menjadi menumpuk.
2. Paradigma Kuratif: Banyak warga usia dewasa (30-50 tahun) yang datang ke Puskesmas hanya saat mereka memiliki keluhan nyeri atau pusing (kuratif). Saat Ners Andi mengajak mereka untuk melakukan skrining kesehatan (cek gula darah dan tekanan darah rutin) sebagai bagian dari Pilar Layanan Primer, banyak warga

menolak dengan alasan "merasa sehat" dan "takut mengetahui penyakitnya".

3. Data Terfragmentasi: Masih ditemukan ketidaksinkronan data antara kunjungan rumah yang dilakukan kader dengan data di sistem SATUSEHAT, sehingga intervensi pencegahan seringkali tidak tepat sasaran.

Berdasarkan materi **6 Pilar Transformasi Kesehatan** yang telah dipelajari, diskusikan pertanyaan-pertanyaan berikut:

1. Analisis Pilar: Identifikasi minimal 3 pilar transformasi kesehatan yang berkaitan langsung dengan permasalahan di atas. Berikan alasannya!
2. Solusi Strategis: Bagaimana strategi Ners Andi untuk mengubah pola pikir warga dari paradigma kuratif (datang saat sakit) menjadi paradigma preventif (datang untuk skrining) sesuai dengan semangat Transformasi Layanan Primer?
3. Adaptasi Digital: Jika Anda menjadi rekan sejawat Andi, apa argumen yang akan Anda berikan kepada perawat senior untuk meyakinkan mereka bahwa digitalisasi melalui SATUSEHAT pada akhirnya akan mempermudah kerja perawat di masa depan? (Gunakan perspektif efisiensi data dan mutu pelayanan).
4. Kaitan dengan Mutu: Hubungkan kasus ini dengan pernyataan mengenai tantangan adaptasi kompetensi perawat. Apa saja kompetensi baru yang harus dimiliki Ners Andi agar transformasi ini berhasil di wilayahnya?

4.7 Daftar Rujukan (Gunakan Reference Manager)

Kementerian Kesehatan RI. (2023). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Layanan Primer. Kementerian Kesehatan RI.

BAB 5. KONSEP PUSKESMAS

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep Puskesmas

5.1 Pendahuluan

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan primer di Indonesia dan memiliki posisi yang sangat strategis dalam praktik keperawatan kesehatan masyarakat. Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan dengan menekankan pendekatan promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Karena itu, pembahasan tentang Puskesmas penting ditempatkan dalam buku ajar keperawatan kesehatan masyarakat, sebab hampir seluruh proses asuhan keperawatan komunitas berhubungan erat dengan peran, fungsi, dan jejaring pelayanan Puskesmas di tengah masyarakat.

Puskesmas tidak hanya berfungsi sebagai tempat masyarakat berobat, tetapi juga sebagai pusat pembangunan kesehatan di wilayah kerja yang berorientasi pada keluarga, kelompok, dan komunitas. Kementerian Kesehatan menegaskan bahwa Puskesmas berfokus pada terwujudnya wilayah kerja yang sehat, masyarakat yang berperilaku hidup sehat, serta kemudahan akses terhadap pelayanan kesehatan bermutu. Oleh sebab itu, pemahaman tentang Puskesmas perlu diawali dengan pengenalan terhadap konsep, tujuan, fungsi, prinsip penyelenggaraan, program pelayanan, serta kontribusinya dalam mendukung transformasi pelayanan kesehatan primer. Dengan landasan tersebut, pembahasan selanjutnya akan mengantarkan mahasiswa untuk memahami bagaimana Puskesmas menjadi arena utama penerapan keperawatan kesehatan masyarakat secara nyata dan berkesinambungan.

5.2 Konsep Puskesmas

Puskesmas (Pusat Kesehatan Masyarakat) adalah fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menyelenggarakan dan mengkoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif di wilayah kerjanya. Dalam ketentuan terbaru, pelayanan kesehatan primer di wilayah kecamatan dan desa/kelurahan dilaksanakan secara terkoordinasi oleh Puskesmas beserta jejaringnya. Artinya, Puskesmas bukan sekadar tempat berobat, tetapi institusi layanan primer yang menjadi pusat penggerak pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat di suatu wilayah. Istilah "fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama" menunjukkan bahwa Puskesmas adalah kontak pertama masyarakat dengan sistem pelayanan kesehatan. Dalam Permenkes No. 19 Tahun 2024 ditegaskan bahwa pelayanan kesehatan primer merupakan pelayanan yang terdekat dengan masyarakat dan menjadi kontak pertama pelayanan kesehatan. Karena itu, ketika seseorang atau keluarga mengalami masalah kesehatan, Puskesmas menjadi pintu masuk utama untuk mendapatkan penilaian awal, penanganan dasar, edukasi kesehatan, pemantauan, hingga keputusan apakah pasien cukup ditangani di tingkat primer atau perlu dirujuk ke fasilitas yang lebih tinggi.

Kata "menyelenggarakan dan mengkoordinasikan" juga sangat penting. Maknanya, Puskesmas tidak hanya memberi pelayanan langsung di dalam gedung, tetapi juga mengatur kesinambungan pelayanan melalui jejaring dan wilayah kerjanya. Regulasi menyebut bahwa Puskesmas memiliki tugas menyelenggarakan dan mengkoordinasikan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan aspek promotif dan preventif. Selain itu, Puskesmas memiliki kewenangan melakukan pembinaan terhadap unit pelayanan kesehatan tingkat desa/kelurahan, melakukan komunikasi, informasi, dan edukasi, melaksanakan penapisan

rujukan, rujukan dan rujuk balik, serta menerima rujukan horizontal dari fasilitas kesehatan tingkat pertama lainnya. Ini menunjukkan bahwa Puskesmas memegang fungsi koordinatif, bukan hanya fungsi pelayanan klinis dasar. Puskesmas memiliki ciri khas yang membedakannya dari fasilitas lain, yaitu berbasis wilayah kerja dan mengutamakan promotif-preventif. Secara normatif, tugas Puskesmas memang mencakup promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif, tetapi pelaksanaannya menempatkan promotif dan preventif sebagai prioritas. Tujuan pelayanan kesehatan primer yang diselenggarakan Puskesmas juga dirancang untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dalam setiap fase kehidupan, memperbaiki determinan kesehatan, dan memperkuat kesehatan perseorangan, keluarga, serta masyarakat. Dengan demikian, Puskesmas bekerja bukan hanya setelah penyakit muncul, tetapi juga sebelum penyakit terjadi, melalui pencegahan, deteksi dini, pembinaan perilaku hidup sehat, dan pemberdayaan masyarakat.

Peran Puskesmas sangat strategis karena menjadi simpul utama pelayanan kesehatan primer terintegrasi. Kementerian Kesehatan menjelaskan bahwa Puskesmas diarahkan untuk mewujudkan wilayah kerja yang sehat, masyarakat yang berperilaku hidup sehat, mudah mengakses pelayanan kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, dan mencapai derajat kesehatan setinggi-tingginya. Regulasi juga menegaskan bahwa Puskesmas berperan dalam membangun masyarakat yang waspada terhadap kejadian luar biasa dan penyakit menular berpotensi wabah melalui surveilans. Dengan posisi tersebut, Puskesmas berfungsi sebagai penghubung antara pelayanan individu, kesehatan keluarga, kesehatan komunitas, surveilans, serta jejaring rujukan. pengertian Puskesmas harus dipahami lebih luas daripada sekadar bangunan atau unit layanan. Puskesmas adalah pusat pelaksanaan asuhan

kesehatan primer berbasis komunitas. Di sanalah berbagai kegiatan keperawatan masyarakat dijalankan, seperti pengkajian keluarga, kunjungan rumah, pembinaan kelompok risiko, edukasi kesehatan, posyandu, surveilans sederhana, dan koordinasi lintas program maupun lintas sektor. Jadi, bila dirumuskan secara sederhana, Puskesmas adalah garda terdepan pelayanan kesehatan primer yang bertanggung jawab atas kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya, baik melalui pelayanan langsung maupun melalui pengorganisasian jejaring kesehatan secara terintegrasi.

Sejarah dan Perkembangan Puskesmas di Indonesia

Sejarah lahirnya Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) di Indonesia merupakan tonggak penting dalam evolusi sistem kesehatan nasional, menandai transisi dari pelayanan yang fragmentaris menuju pendekatan yang terintegrasi. Cikal bakal institusi ini dapat ditarik mundur hingga tahun 1951 melalui gagasan visioner Dr. Johannes Leimena dan Dr. Abdoel Patah yang dikenal luas dalam literatur kesehatan masyarakat sebagai "Bandung Plan" (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Pada masa awal kemerdekaan tersebut, pelayanan kesehatan dasar masih beroperasi secara terpecah-pecah ke dalam berbagai unit sektoral—seperti Balai Pengobatan (BP), Balai Kesejahteraan Ibu dan Anak (BKIA), serta unit pemberantasan penyakit menular—tanpa adanya koordinasi wilayah yang kuat. Melalui Bandung Plan, konsep fundamental mengenai penyatuan antara upaya kuratif (pengobatan) dan preventif (pencegahan) di bawah satu atap tata kelola mulai direalisasikan, menjadi embrio dari sistem kesehatan primer di tanah air (Mubarak et al., 2015). Gagasan integrasi tersebut akhirnya menemukan bentuk institusionalnya secara resmi pada Rapat Kerja Nasional (Rakernas) Kesehatan I yang diselenggarakan pada bulan November 1968. Momentum historis inilah yang secara yuridis dan

konseptual melahirkan istilah "Puskesmas" (Effendy, 1998). Melalui konsensus dalam Rakernas tersebut, disepakati sebuah model operasional di mana Puskesmas ditetapkan sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan dasar (fasilitas tingkat pertama) yang berkedudukan di tingkat kecamatan. Kebijakan ini merupakan langkah progresif negara pada masanya untuk mendekatkan akses layanan kesehatan kepada masyarakat, mengubah pendekatan sentralistik rumah sakit menjadi pelayanan berbasis kewilayahan yang lebih responsif terhadap kebutuhan masyarakat lokal (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Eksistensi Puskesmas mengalami akselerasi fisik yang masif, terutama pada dekade 1970-an melalui program Instruksi Presiden (Inpres) Kesehatan yang menargetkan pembangunan minimal satu Puskesmas di setiap kecamatan di seluruh pelosok nusantara (Mubarak et al., 2015). Selama lebih dari lima dekade, institusi ini terus berevolusi secara regulasi, puncaknya dengan diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 yang mempertegas fungsi kemandirian Puskesmas. Kini, di era Transformasi Kesehatan, sejarah Puskesmas tengah menulis babak baru melalui kebijakan Integrasi Layanan Primer (ILP). Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. HK.01.07/MENKES/2015/2023, Puskesmas direposisi untuk kembali pada khitahnya: menjadi pusat komando yang proaktif memantau status kesehatan wilayah, mengoordinasikan Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Posyandu, serta mengelola layanan secara terpadu berbasis siklus hidup manusia (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Tujuan, Fungsi, dan Peran Puskesmas

Tujuan penyelenggaraan Puskesmas, sebagaimana diletakkan dalam kerangka pelayanan kesehatan primer terintegrasi, ada tiga. Pertama, memenuhi kebutuhan kesehatan pada setiap fase

kehidupan, mulai dari ibu, bayi dan anak, remaja, dewasa, sampai lanjut usia. Kedua, memperbaiki determinan kesehatan, yaitu faktor sosial, ekonomi, komersial, dan lingkungan yang memengaruhi derajat kesehatan. Ketiga, memperkuat kesehatan perseorangan, keluarga, dan masyarakat agar lebih mandiri dalam menjaga kesehatan. Tujuan ini menunjukkan bahwa Puskesmas tidak hanya berorientasi pada penyakit, tetapi pada keseluruhan siklus hidup dan faktor-faktor yang membentuk status kesehatan masyarakat. tujuan itu diarahkan untuk mewujudkan wilayah kerja yang sehat, yaitu masyarakat yang berperilaku hidup sehat, mudah mengakses pelayanan kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, dan memiliki derajat kesehatan setinggi-tingginya pada tingkat individu, keluarga, kelompok, maupun masyarakat. Karena itu, keberhasilan Puskesmas tidak cukup diukur dari banyaknya pasien yang berobat, tetapi juga dari perubahan perilaku sehat, akses layanan, kualitas lingkungan, dan peningkatan status kesehatan di wilayah kerjanya.

Puskesmas mempunyai tugas menyelenggarakan dan mengoordinasikan pelayanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif di wilayah kerjanya. Dalam melaksanakan tugas itu, Puskesmas memiliki fungsi penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer di wilayah kerjanya. Artinya, Puskesmas bukan hanya tempat pelayanan individual di dalam gedung, tetapi juga pusat koordinasi pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat di satu wilayah administratif tertentu beserta jejaringnya.

Puskesmas menyelenggarakan dua ranah besar, yaitu upaya kesehatan perseorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Pada upaya kesehatan perseorangan, Puskesmas berwenang memberikan pelayanan kesehatan dasar yang komprehensif, berkesinambungan, bermutu, dan mengintegrasikan faktor biologis, psikologis, sosial, serta budaya; melakukan komunikasi, informasi, dan edukasi;

melaksanakan penapisan rujukan; serta menjamin kesinambungan pelayanan melalui rujukan dan rujuk balik. Pada upaya kesehatan masyarakat, Puskesmas berwenang melakukan pemantauan wilayah setempat, analisis masalah kesehatan masyarakat, penyusunan perencanaan kegiatan, sistem kewaspadaan dini, pemberdayaan masyarakat, advokasi kesehatan, dan koordinasi dengan sektor lain untuk memperbaiki determinan kesehatan. Fungsi ini menegaskan bahwa Puskesmas bekerja pada dua level sekaligus. Di satu sisi, Puskesmas menangani pasien secara langsung sebagai individu atau keluarga. Di sisi lain, Puskesmas bertanggung jawab membaca situasi kesehatan wilayah, membina Posyandu dan unit pelayanan di desa/kelurahan, menggerakkan masyarakat, serta membangun kerja sama lintas sektor. Karena itu, fungsi Puskesmas bersifat klinis sekaligus komunitas.

Puskesmas berperan mewujudkan wilayah kerja yang sehat dengan masyarakat yang berperilaku hidup sehat, mudah mengakses pelayanan kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, dan memiliki derajat kesehatan setinggi-tingginya. Selain itu, Puskesmas juga berperan membangun masyarakat yang waspada terhadap kejadian luar biasa dan penyakit menular berpotensi wabah melalui surveilans. Dengan demikian, peran strategis Puskesmas tidak hanya sebagai pemberi layanan, tetapi juga sebagai penggerak kesehatan masyarakat dan penjaga kewaspadaan kesehatan wilayah. Puskesmas berperan menumbuhkan perilaku hidup sehat melalui komunikasi, informasi, edukasi, penggerakan komunitas, dan pembudayaan Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. Dalam praktik, peran ini tampak pada penyuluhan, konseling, kelas ibu hamil, edukasi gizi, pembinaan remaja, dan kegiatan pemberdayaan kader. Fokus promotif ini penting karena Puskesmas ditugaskan mengutamakan peningkatan kesehatan, bukan hanya menangani penyakit setelah muncul.

Puskesmas berperan melakukan pencegahan penyakit dan masalah kesehatan melalui imunisasi, skrining, deteksi dini, pemantauan wilayah setempat, sistem kewaspadaan dini dan respons penanggulangan penyakit, pembinaan lingkungan sehat, serta pelacakan faktor risiko pada individu maupun komunitas. Peran preventif ini sangat penting karena Puskesmas adalah kontak pertama masyarakat dengan sistem pelayanan kesehatan, sehingga upaya pencegahan harus dimulai sedekat mungkin dengan tempat tinggal masyarakat.

Puskesmas berperan memberikan pelayanan kesehatan dasar secara komprehensif dan berkesinambungan kepada pasien, termasuk pemeriksaan, penatalaksanaan kasus dasar, pemantauan pengobatan, pencatatan rekam medis, hingga penapisan rujukan bila diperlukan. Peran kuratif Puskesmas bukan menggantikan rumah sakit, tetapi memastikan masalah kesehatan dasar ditangani secara tepat di tingkat pertama dan hanya kasus yang memerlukan pelayanan lanjutan yang dirujuk. Karena itu, Puskesmas juga berfungsi sebagai gatekeeper dalam pelayanan primer bersama jejaringnya.

Puskesmas berperan membantu pemulihan dan mempertahankan fungsi kesehatan individu setelah sakit agar mampu kembali beraktivitas seoptimal mungkin. Peran ini dilakukan melalui tindak lanjut pengobatan, edukasi perawatan mandiri, pemantauan kepatuhan, kunjungan rumah, dukungan keluarga, dan koordinasi rujuk balik. Walaupun pelayanan rehabilitatif di Puskesmas berada pada tingkat dasar, fungsinya penting untuk menjamin kesinambungan pelayanan dan mencegah kekambuhan atau komplikasi. Regulasi terbaru juga menempatkan pelayanan paliatif dalam cakupan Puskesmas, sehingga pendekatannya makin menekankan kesinambungan asuhan. Puskesmas bekerja melalui upaya kesehatan perseorangan dan

masyarakat; sedangkan peran menunjukkan kontribusi nyatanya sebagai penggerak perilaku sehat, pencegah penyakit, penyedia layanan dasar, penghubung rujukan, pembina jejaring desa/kelurahan, dan pelaksana surveilans wilayah. Itulah sebabnya Puskesmas menjadi arena utama praktik keperawatan komunitas di Indonesia. Sebagai fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP), Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) merupakan tulang punggung (backbone) sistem kesehatan nasional di Indonesia. Dalam paradigma keperawatan komunitas, Puskesmas adalah "laboratorium lapangan" sekaligus pusat komando bagi perawat untuk mengimplementasikan asuhan yang berpusat pada masyarakat (community-centered care).

Tujuan Puskesmas

Tujuan utama didirikannya Puskesmas adalah untuk mewujudkan wilayah kerja yang sehat, yang sering dikonseptualisasikan sebagai "Kecamatan Sehat". Secara spesifik, Puskesmas bertujuan mewujudkan masyarakat yang:

1) Memiliki Perilaku Sehat: Masyarakat secara mandiri sadar, mau, dan mampu menerapkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) dalam kesehariannya.
2) Mampu Menjangkau Pelayanan Kesehatan Bermutu: Memastikan tidak ada hambatan geografis, finansial, maupun sosial bagi warga untuk mendapatkan layanan dasar yang berkualitas.
3) Hidup dalam Lingkungan Sehat: Mendorong terciptanya sanitasi lingkungan yang layak, perumahan sehat, dan pengendalian vektor penyakit.
4) Memiliki Derajat Kesehatan Optimal: Menurunkan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian (mortalitas), serta

meningkatkan usia harapan hidup masyarakat di wilayah kerjanya.

Fungsi Puskesmas

Untuk mencapai tujuan tersebut, Puskesmas menyelenggarakan dua fungsi fundamental yang berjalan secara simultan dan berkesinambungan:

1) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Tingkat Pertama

   UKM adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah penyakit pada tatanan kelompok atau komunitas. Fokus utamanya adalah promotif dan preventif. Dalam keperawatan komunitas, fungsi ini diterjemahkan melalui program penyuluhan kesehatan, imunisasi massal, perbaikan gizi masyarakat, hingga pengendalian penyakit menular.
2) Penyelenggaraan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) Tingkat Pertama

   UKP adalah kegiatan yang bersifat asuhan medis klinis atau keperawatan individu dengan fokus pada kuratif dan rehabilitatif. Ini mencakup pelayanan rawat jalan, gawat darurat dasar, persalinan, dan rawat inap tingkat pertama (pada Puskesmas tertentu).

Di era ILP, batas kaku antara fungsi UKM dan UKP mulai dilebur dalam sistem klaster berbasis siklus hidup. Perawat tidak lagi bekerja terpisah antara perawat komunitas (UKM) dan perawat klinis (UKP), melainkan berkolaborasi dalam satu klaster untuk memberikan asuhan yang paripurna kepada pasien dan keluarganya.

Peran Puskesmas

Dalam dinamika masyarakat modern, peran Puskesmas semakin meluas. Peran strategis ini menjadi ranah aksi bagi perawat kesehatan masyarakat:

1) Sebagai Pusat Penggerak Pembangunan Berwawasan Kesehatan: Puskesmas berperan mengadvokasi lintas sektor (Camat, Kepala Desa, Dinas Pekerjaan Umum) agar setiap kebijakan pembangunan di wilayah tersebut (seperti tata ruang desa, pasar, sanitasi) selalu mempertimbangkan dampak kesehatan.
2) Sebagai Pusat Pemberdayaan Masyarakat: Puskesmas tidak beroperasi secara paternalistik, melainkan menjadi fasilitator. Perawat memberdayakan individu, keluarga, dan tokoh masyarakat agar mandiri mengatasi masalah kesehatannya sendiri, salah satunya melalui pembentukan dan pembinaan kader Posyandu.
3) Sebagai Pusat Pelayanan Kesehatan Strata Pertama: Menjadi garda terdepan sistem rujukan (gatekeeper). Puskesmas harus mampu menangani 144 diagnosis penyakit dasar secara tuntas agar beban rumah sakit rujukan dapat diminimalisasi.
4) Sebagai Koordinator Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) - Peran Baru Era ILP: Puskesmas kini berperan sebagai pusat data kesehatan (dashboard) kecamatan. Puskesmas mengoordinasikan Puskesmas Pembantu (Pustu) di tingkat desa dan Posyandu di tingkat dusun untuk melakukan skrining, pencatatan real-time, dan kunjungan rumah berbasis data wilayah.

Kedudukan Puskesmas dalam Sistem Pelayanan Kesehatan

Dalam arsitektur sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, kedudukan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) menempati

posisi yang sangat strategis dan fundamental. Keberhasilan pembangunan kesehatan di suatu wilayah sangat bergantung pada optimalisasi peran Puskesmas sebagai fondasi sistem. Secara konseptual dan regulasi, kedudukan Puskesmas dapat ditinjau dari tiga dimensi utama:

1. Kedudukan Berdasarkan Hierarki Pelayanan (Fasilitas Tingkat Pertama)

   Puskesmas berkedudukan sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yaitu kontak pertama (first point of contact) bagi masyarakat yang membutuhkan pelayanan medis dasar maupun intervensi kesehatan masyarakat. Dalam konteks Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), kedudukan ini menjadikan Puskesmas sebagai Gatekeeper (penjaga gawang). Puskesmas bertugas melakukan penapisan (skrining), memberikan penanganan medis dasar secara paripurna, dan hanya merujuk pasien ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKRTL) atau Rumah Sakit apabila masalah kesehatan tersebut di luar kewenangan dan kompetensi dasar (membutuhkan pelayanan spesialistik).
2. Kedudukan Berdasarkan Tata Kelola Administratif (Unit Pelaksana Teknis)

   Secara birokrasi dan administratif, Puskesmas berkedudukan sebagai Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) di bawah naungan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Puskesmas merupakan perpanjangan tangan dari Dinas Kesehatan dalam mengeksekusi kebijakan-kebijakan kesehatan daerah di tingkat kecamatan. Puskesmas bertanggung jawab langsung kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, baik dalam hal pelaporan indikator kesehatan wilayah, manajemen sumber daya manusia (termasuk penempatan perawat), maupun

pengelolaan anggaran kesehatan (seperti dana Bantuan Operasional Kesehatan/BOK).

3. Kedudukan dalam Era Transformasi Kesehatan (Koordinator Jejaring Integrasi Layanan Primer)

   Di era implementasi Integrasi Layanan Primer (ILP) saat ini, kedudukan Puskesmas mengalami reposisi yang signifikan. Puskesmas kini tidak hanya berkedudukan sebagai pelaksana mandiri, tetapi sebagai Pusat Komando dan Koordinator Jejaring Pelayanan Primer di wilayah kerjanya. Puskesmas bertindak sebagai "Hub" (pusat kendali) yang membina, mengarahkan, dan mengintegrasikan layanan di bawahnya, yaitu Puskesmas Pembantu (Pustu) di tingkat desa/kelurahan dan Posyandu di tingkat dusun/RT/RW. Kedudukan ini menempatkan Puskesmas sebagai titik pusat pengolahan data dari Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Data yang dikumpulkan oleh kader dan perawat di lapangan akan bermuara di Puskesmas untuk dianalisis guna merumuskan intervensi berbasis klaster (siklus hidup) yang tepat sasaran.

Wilayah Kerja dan Sasaran Pelayanan Puskesmas

Dalam keperawatan kesehatan masyarakat, efektivitas sebuah intervensi sangat ditentukan oleh ketepatan perawat dalam mengenali di mana mereka bekerja dan siapa yang mereka layani. Puskesmas didesain mengemban tanggung jawab wilayah, yang mengharuskan perawat komunitas memiliki perspektif population health (kesehatan populasi) secara komprehensif.

1. Cakupan Wilayah Kerja Puskesmas

Secara administratif, cakupan wilayah kerja sebuah Puskesmas umumnya meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Penentuan batas wilayah ini ditetapkan oleh Pemerintah Daerah (Bupati/Wali Kota) dengan mempertimbangkan tiga faktor utama:

kepadatan penduduk, luas wilayah geografis, dan aksesibilitas (keterjangkauan) fasilitas ke rumah warga. Dalam era Integrasi Layanan Primer (ILP), konsep wilayah kerja ini tidak lagi terpusat hanya di gedung Puskesmas kecamatan, melainkan dipecah menjadi jejaring spasial yang lebih mikro melalui Pemantauan Wilayah Setempat (PWS): Tingkat Kecamatan: Puskesmas sebagai pusat komando, rujukan awal, dan analisis data wilayah. Tingkat Desa/Kelurahan: Puskesmas Pembantu (Pustu) bertindak sebagai koordinator kesehatan tingkat desa yang dikelola oleh minimal satu perawat dan satu bidan. Tingkat Dusun/RT/RW: Posyandu sebagai titik terdepan pelayanan skrining dan edukasi berbasis kedekatan kultural oleh kader.

2. Karakteristik Masyarakat Binaan

Masyarakat binaan di suatu wilayah Puskesmas bukanlah entitas yang homogen. Mereka adalah kelompok yang dinamis dengan latar belakang sosiokultural, demografi, dan epidemiologi yang beragam. Sebagai peneliti komunitas, saya selalu menekankan pentingnya pengkajian karakteristik ini sebelum merumuskan intervensi: Karakteristik Demografi: Meliputi piramida penduduk (proporsi usia balita, usia produktif, dan lansia), tingkat pendidikan, dan mata pencaharian dominan (petani, buruh pabrik, atau pekerja kerah putih). Karakteristik Sosiokultural: Mencakup norma, nilai, kepercayaan lokal tentang sehat-sakit, agama, serta pola interaksi sosial (keguyuban). Pendekatan asuhan keperawatan di wilayah dengan budaya patriarki yang kuat tentu akan berbeda dengan wilayah yang lebih egaliter. Karakteristik Lingkungan Fisik: Kondisi perumahan, akses air bersih, pengelolaan limbah, dan tingkat polusi yang secara langsung menjadi determinan status kesehatan warga.

3. Sasaran Pelayanan Berdasarkan Siklus Hidup (Pendekatan ILP)

Paradigma lama Puskesmas yang menyasar program penyakit (misal: sasaran program TBC, sasaran program Malaria) kini telah

bertransformasi. Melalui sistem klaster ILP, sasaran pelayanan komunitas kini dikategorikan berdasarkan Siklus Hidup Manusia. Perawat bertugas memastikan kontinuitas asuhan pada setiap fase kritis ini:

Ibu Hamil, Bersalin, Nifas, Bayi, dan Balita (Klaster 2)

Fokus asuhan komunitas pada kelompok ini adalah pencegahan stunting, penurunan Angka Kematian Ibu (AKI) dan Angka Kematian Bayi (AKB), pemantauan tumbuh kembang (SDIDTK), serta optimalisasi cakupan imunisasi dasar lengkap.

Anak Usia Sekolah dan Remaja (Klaster 2)

Kelompok yang sering terabaikan ini kini menjadi sasaran utama. Isu komunitas yang ditangani perawat meliputi kesehatan reproduksi, pencegahan anemia (terutama pada remaja putri), edukasi bahaya NAPZA, perundungan (bullying), dan kesehatan mental remaja.

Usia Dewasa/Produktif (Klaster 3)

Fokus pada usia produktif adalah skrining Penyakit Tidak Menular (PTM) sedini mungkin. Perawat aktif melakukan deteksi hipertensi, diabetes melitus, obesitas, hingga deteksi dini kanker (seperti IVA test untuk kanker serviks) di tempat kerja maupun Posbindu.

Lanjut Usia / Lansia (Klaster 3)

Dengan meningkatnya usia harapan hidup, lansia menjadi kelompok sasaran vital. Asuhan keperawatan gerontik di komunitas difokuskan pada pemeliharaan kemandirian (Activity of Daily Living), manajemen penyakit kronis komorbid, serta pencegahan sindrom geriatri (seperti risiko jatuh dan demensia).



Kelompok Risiko Tinggi (Vulnerable/High-Risk Groups)

Di luar siklus hidup normatif, perawat komunitas memiliki tanggung jawab moral dan profesional untuk memberikan perhatian khusus pada kelompok marginal atau berisiko tinggi di wilayah kerjanya. Mereka adalah: Keluarga miskin ekstrim dengan masalah gizi buruk, Penderita penyakit menular endemis (TBC parah, HIV/AIDS, Kusta) yang berisiko mengalami stigma sosial, Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat, terutama yang berisiko mengalami pasung, Kelompok pekerja sektor informal dengan risiko bahaya keselamatan dan kesehatan kerja (K3) yang tinggi, seperti buruh tani akibat paparan pestisida atau penambang pasir.

Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Meliputi prinsip pertanggungjawaban wilayah, pemberdayaan masyarakat, aksesibilitas, pemerataan, keterpaduan, dan kesinambungan pelayanan.

Struktur Organisasi Puskesmas

Menguraikan susunan organisasi, kepala puskesmas, tenaga kesehatan, dan pembagian tugas dalam pelayanan.

Program Pokok Puskesmas

Membahas program esensial seperti KIA, imunisasi, gizi, kesehatan lingkungan, pengendalian penyakit, promosi kesehatan, dan pengobatan dasar. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP). Menjelaskan perbedaan, ruang lingkup, dan pelaksanaan kedua jenis upaya tersebut di Puskesmas.

Pelayanan Keperawatan di Puskesmas

Menguraikan bentuk pelayanan keperawatan komunitas, keluarga, individu, home visit, asuhan keperawatan, dan tindak lanjut kasus.

Peran Perawat dalam Puskesmas

Membahas peran perawat sebagai pemberi asuhan, edukator, konselor, advokat, kolaborator, koordinator, dan agen perubahan. Puskesmas dan Keperawatan Kesehatan Masyarakat Menjelaskan keterkaitan Puskesmas dengan pendekatan keluarga, komunitas, pemberdayaan masyarakat, dan pelayanan berbasis wilayah. Kegiatan Puskesmas di Luar Gedung. Membahas posyandu, kunjungan rumah, penyuluhan, pembinaan desa/kelurahan, sekolah sehat, dan surveilans masyarakat. Pemberdayaan Masyarakat dalam Pelayanan Puskesmas. Menjelaskan peran kader kesehatan, tokoh masyarakat, UKBM, dan partisipasi masyarakat dalam peningkatan derajat kesehatan.

Sistem Rujukan di Puskesmas

Sistem rujukan kesehatan adalah penyelenggaraan pelayanan kesehatan yang mengatur pelimpahan tugas dan tanggung jawab pelayanan kesehatan secara timbal balik, baik vertikal maupun horizontal (Kementerian Kesehatan RI, 2019). Dalam ekosistem Puskesmas, rujukan tidak hanya bermakna mengirim pasien ke rumah sakit, tetapi juga mencakup koordinasi pengiriman spesimen, rujukan pengetahuan (konsultasi medik), dan rujukan masalah kesehatan masyarakat.

1. Jenis-Jenis Rujukan

Berdasarkan lingkup pelayanannya, rujukan di Puskesmas dibagi menjadi dua kategori besar:

Rujukan Medis (Upaya Kesehatan Perseorangan - UKP):

Fokus pada pemulihan kesehatan dan pengobatan. Ini mencakup transfer pasien untuk mendapatkan diagnosis yang lebih akurat, tindakan pembedahan, atau perawatan spesialis di Rumah Sakit (FKRTL). Rujukan ini bersifat vertikal (ke tingkat yang lebih tinggi) atau horizontal (antar Puskesmas jika salah satu memiliki alat/fasilitas yang dibutuhkan).

Rujukan Kesehatan (Upaya Kesehatan Masyarakat - UKM):

Ini adalah ciri khas keperawatan komunitas. Rujukan kesehatan mencakup pelimpahan tanggung jawab untuk menangani masalah kesehatan masyarakat di wilayah tertentu. Contohnya: rujukan sampel air ke Labkesda, rujukan investigasi wabah (KLB), atau rujukan penanganan gizi buruk di suatu desa ke lintas sektor tingkat kecamatan.

2. Alur Rujukan dalam Era Integrasi Layanan Primer (ILP)

Transformasi ILP membawa perubahan fundamental dalam hierarki rujukan, di mana koordinasi dimulai dari unit terkecil di masyarakat:

Level Masyarakat (Posyandu): Kader melakukan skrining. Jika ditemukan hasil yang tidak normal (misal: tekanan darah tinggi atau balita dengan berat badan tidak naik), kader merujuk warga ke Pustu atau Puskesmas.
Level Desa (Puskesmas Pembantu/Pustu): Perawat atau bidan di Pustu melakukan pemeriksaan lebih lanjut. Jika kondisi memerlukan penanganan dokter atau alat penunjang diagnostik (seperti EKG atau Laboratorium), pasien dirujuk ke Puskesmas.
Level Kecamatan (Puskesmas): Puskesmas bertindak sebagai gatekeeper. Di sini dilakukan penanganan tuntas untuk 144 diagnosa. Jika kondisi pasien membutuhkan asuhan spesialistik, Puskesmas menerbitkan rujukan elektronik melalui sistem informasi kesehatan (seperti Primary Care BPJS) ke Rumah Sakit.

3. Peran Perawat sebagai Care Coordinator
Dalam sistem rujukan, perawat komunitas memiliki peran strategis sebagai "jembatan" asuhan. Perawat memastikan bahwa:
Stabilisasi Pre-Rujukan: Pasien dalam kondisi stabil sebelum dipindahkan (terutama pada kasus kegawatdaruratan).
Rujukan Balik (Back Referral): Saat pasien kembali dari Rumah Sakit ke komunitas (misal: pasien pasca-stroke), perawat di Puskesmas/Pustu menerima informasi medis untuk melanjutkan asuhan keperawatan di rumah (home care).
Administrasi dan Digitalisasi: Memastikan data pasien terintegrasi dalam sistem informasi kesehatan sehingga rekam medis dapat diakses secara berkesinambungan di setiap level.
Membahas alur rujukan, rujukan vertikal dan horizontal, serta peran Puskesmas dalam koordinasi pelayanan lanjutan.

a. Manajemen Puskesmas
   Menguraikan perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, evaluasi, pencatatan, dan pelaporan program.

b. Mutu Pelayanan dan Keselamatan Pasien di Puskesmas
   Membahas indikator mutu, standar pelayanan, kepuasan pasien, dan upaya keselamatan pasien di pelayanan primer.
c. Masalah dan Tantangan Puskesmas
   Menjelaskan kendala SDM, sarana prasarana, cakupan wilayah, beban kerja, dan tantangan pelayanan di era modern.
d. Inovasi dan Transformasi Pelayanan Puskesmas
   Membahas digitalisasi, integrasi layanan primer, pendekatan keluarga, dan penguatan layanan berbasis komunitas.
e. Studi Kasus Keperawatan di Puskesmas
   Berisi contoh kasus nyata untuk menghubungkan teori dengan praktik pelayanan keperawatan masyarakat di Puskesmas.

5.3 Rangkuman

Puskesmas adalah pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi kontak awal masyarakat dengan sistem kesehatan, sekaligus penanggung jawab pelayanan kesehatan primer di wilayah kerjanya melalui upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang terkoordinasi bersama jejaringnya. Puskesmas melayani masyarakat baik di dalam gedung ataupun di luar gedung seperti mengelola kesehatan keluarga dan masyarakat melalui pengkajian wilayah, pencegahan penyakit, deteksi dini, edukasi, surveilans, pembinaan UKBM, hingga rujukan bila diperlukan. Puskesmas dalam sistem kesehatan nasional menjadi garda terdepan untuk mewujudkan akses layanan yang dekat, merata, berkesinambungan, dan sesuai kebutuhan masyarakat. Puskesmas menjadi lokus utama pelaksanaan ILP. ILP merupakan bagian dari transformasi layanan primer yang menata ulang pelayanan agar tidak lagi terfragmentasi per program atau hanya berfokus pada penyakit, tetapi menjadi pelayanan terintegrasi berbasis siklus hidup/klaster. Dengan pendekatan ini, masyarakat

yang datang ke Puskesmas diharapkan memperoleh paket layanan yang lebih komprehensif sesuai tahap kehidupannya, dan integrasi tersebut juga diperluas ke Puskesmas Pembantu (Pustu) serta Posyandu agar kesinambungan layanan dari komunitas sampai fasilitas primer semakin kuat. Jadi, secara sederhana, bila Puskesmas adalah institusinya, maka ILP adalah pendekatan pengorganisasian layanannya supaya pelayanan primer lebih utuh, proaktif, dan berorientasi pada kebutuhan individu, keluarga, dan komunitas. hubungan Puskesmas dan ILP sangat erat karena keduanya sama-sama menekankan pelayanan berbasis wilayah, promotif-preventif, dan kesinambungan asuhan. Perawat di Puskesmas tidak hanya berperan memberi asuhan individual, tetapi juga melakukan skrining, edukasi, kunjungan rumah, pemantauan kelompok risiko, pemberdayaan kader, dan koordinasi lintas program. Melalui ILP, peran tersebut menjadi lebih terarah karena pelayanan disusun secara terpadu menurut kebutuhan siklus hidup dan jejaring layanan komunitas sehingga Puskesmas semakin kuat sebagai pusat praktik keperawatan kesehatan masyarakat di lapangan.

5.3 Latihan Soal

1. Seorang perawat baru di Puskesmas diminta menjelaskan kepada mahasiswa praktik tentang kedudukan Puskesmas dalam sistem pelayanan kesehatan. Ia menekankan bahwa Puskesmas adalah tempat pertama masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan dasar sebelum dirujuk ke fasilitas lanjutan. Istilah yang paling tepat untuk kedudukan tersebut adalah …
   a. Pelayanan tersier
   b. Fasilitas rujukan akhir
   c. Fasilitas pelayanan tingkat pertama
   d. Pelayanan subspesialistik
   e. Pusat rehabilitasi lanjutan

2. Di wilayah kerja Puskesmas, perawat menemukan bahwa banyak warga datang berobat hanya saat sakit, sementara kegiatan penyuluhan, skrining hipertensi, dan kelas ibu hamil kurang diminati. Kepala Puskesmas meminta perawat menjelaskan fungsi utama Puskesmas yang seharusnya lebih ditekankan pada kondisi tersebut. Fungsi yang paling tepat adalah …
   a. Kuratif dan rehabilitatif
   b. Promotif dan preventif
   c. Diagnostik dan operatif
   d. Spesialistik dan rujukan
   e. Paliatif dan terminal
3. Seorang perawat komunitas di Puskesmas mendapat data bahwa cakupan kunjungan balita menurun dalam 3 bulan terakhir. Setelah ditelusuri, banyak ibu mengatakan lokasi posyandu terlalu jauh dan jadwalnya sering berubah. Tindakan awal perawat yang paling tepat adalah …
   a. Menunggu evaluasi tahunan
   b. Menambah obat di apotek
   c. Mengajukan rujukan balita ke RS
   d. Mengkoordinasikan posyandu dengan kader
   e. Menutup kegiatan posyandu sementara
4. Di Puskesmas, seorang pasien diabetes datang dengan luka kaki ringan. Setelah pemeriksaan, dokter menyatakan pasien dapat dirawat jalan. Perawat kemudian memberi edukasi perawatan kaki, diet, minum obat teratur, dan jadwal kontrol. Peran Puskesmas pada kasus ini paling tepat adalah …
   a. Pusat bedah mayor
   b. Fasilitas isolasi khusus
   c. Pelayanan primer berkelanjutan
   d. Pelayanan subspesialis
   e. Pusat transplantasi
5. Perawat Puskesmas melakukan pengkajian wilayah dan menemukan dua masalah utama: kasus ISPA balita

meningkat di dusun padat penduduk, dan kunjungan lansia ke posbindu rendah. Setelah diskusi tim, diketahui dusun padat memiliki ventilasi rumah buruk dan banyak anggota keluarga merokok di dalam rumah. Analisis yang paling tepat untuk prioritas intervensi awal adalah …

a. Fokus pada lansia karena usianya lebih tua
b. Fokus pada ISPA karena faktor risikonya jelas
c. Menunda intervensi sampai data satu tahun lengkap
d. Memilih masalah berdasarkan keluhan kader
e. Mengutamakan pembelian alat nebulizer

6. Dalam rapat mini lokakarya, perawat melaporkan bahwa ibu hamil risiko tinggi di satu desa sering terlambat dirujuk. Setelah dianalisis, penyebabnya adalah transportasi sulit, keluarga kurang paham tanda bahaya, dan komunikasi bidan-keluarga belum optimal. Berdasarkan fungsi Puskesmas, langkah yang paling tepat adalah …
   a. Menghentikan ANC di desa
   b. Menyerahkan seluruh kasus ke rumah sakit
   c. Memperkuat edukasi, jejaring rujukan, dan koordinasi lintas sektor
   d. Mengurangi kunjungan rumah
   e. Menunda tindak lanjut sampai anggaran baru
7. Seorang kepala ruang meminta perawat memilih program yang paling efektif untuk meningkatkan pengendalian hipertensi di wilayah kerja Puskesmas. Pilihannya adalah: menambah poster di ruang tunggu, membuka layanan satu hari penuh tanpa skrining aktif, melakukan posbindu rutin dengan kunjungan rumah bagi pasien tidak patuh, membeli alat baru tanpa pelatihan, atau hanya menunggu pasien datang kontrol. Program yang paling layak dipilih adalah …
   a. Poster di ruang tunggu
   b. Layanan pasif satu hari penuh
   c. Posbindu rutin dan kunjungan rumah
   d. Pembelian alat tanpa pelatihan
   e. Menunggu pasien datang sendiri

8. Perawat mengevaluasi program TB di Puskesmas. Ditemukan bahwa penemuan kasus rendah, tetapi angka putus obat justru meningkat setelah pasien didiagnosis. Dari beberapa usulan, tindakan yang paling tepat untuk memperbaiki mutu layanan adalah …
   a. Menambah kursi ruang tunggu
   b. Menyederhanakan pencatatan tanpa edukasi
   c. Menguatkan PMO, kunjungan rumah, dan konseling kepatuhan
   d. Mengurangi pelacakan kontak serumah
   e. Memusatkan layanan hanya di hari Senin
9. Di wilayah kerja Puskesmas, angka anemia remaja putri tinggi, kepatuhan minum tablet tambah darah rendah, dan banyak siswi mengaku takut efek samping. Kepala Puskesmas meminta perawat menyusun rancangan intervensi berbasis sekolah. Rencana paling komprehensif adalah …
   a. Membagikan leaflet sekali saja
   b. Menunggu program kabupaten
   c. Edukasi sekolah, pemantauan, dan kolaborasi guru-kader
   d. Merujuk semua siswi ke rumah sakit
   e. Menghentikan distribusi tablet tambah darah

10. Perawat koordinator diminta menyusun program untuk menurunkan diare pada balita di daerah bantaran sungai. Hasil pengkajian menunjukkan sebagian keluarga masih memakai air tidak layak, jamban belum memadai, dan ibu belum konsisten cuci tangan pakai sabun. Rancangan program Puskesmas yang paling tepat adalah …
    a. Pengobatan massal tanpa edukasi
    b. Penyuluhan tunggal di aula kecamatan
    c. Intervensi sanitasi, edukasi keluarga, dan pemantauan kader
    d. Rujukan seluruh balita ke RS

e. Pemberian vitamin tiap 6 bulan saja

5.4 Bahan Diskusi

Puskesmas "Sumber Sehat" membawahi beberapa dusun pedesaan dengan akses jalan yang cukup sulit, terutama saat musim hujan. Dalam tiga bulan terakhir, perawat program TB bersama perawat komunitas menemukan peningkatan suspek TB, tetapi beberapa pasien datang terlambat memeriksakan diri. Salah satu kasus adalah Tn. S, 38 tahun, buruh tani, yang sudah batuk lebih dari satu bulan, berat badan menurun, dan sering berkeringat malam. Ia baru datang ke Puskesmas setelah sebelumnya mencoba pengobatan alternatif dan membeli obat batuk sendiri di warung. Hasil pemeriksaan awal mengarah pada TB paru dan ia diminta mengikuti pengobatan teratur. Saat kunjungan rumah, perawat menemukan rumah Tn. S sempit, ventilasi kurang baik, dua anak tidur sekamar dengannya, dan anggota keluarga belum memahami etika batuk maupun pentingnya penggunaan masker. Istri Tn. S mengaku takut tetangga mengetahui penyakit suaminya karena khawatir dikucilkan. Tn. S sendiri kadang enggan kontrol karena ongkos transportasi, merasa pelayanan lama, dan belum yakin pengobatan harus dijalani sampai tuntas ketika gejala mulai berkurang. Kader desa menyampaikan bahwa masih ada warga yang menganggap TB sebagai "penyakit memalukan" atau "penyakit keturunan," sehingga sebagian pasien menunda ke Puskesmas. Di sisi lain, petugas Puskesmas mengatakan pelacakan kontak serumah belum optimal, edukasi belum konsisten, dan kunjungan rumah terbatas karena wilayah binaan luas. Penelitian Sulistyono, dkk (2020) pada tenaga profesional Puskesmas di wilayah rural menemukan dua kelompok hambatan utama penanganan TB, yaitu hambatan dari sisi pasien dan dari sisi fasilitas pelayanan kesehatan. Penelitian beliau dari perspektif pasien juga menemukan tujuh tema pencegahan

penularan TB di pedesaan: persepsi tentang TB, pengobatan alternatif, penggunaan alat pelindung diri, modifikasi lingkungan, kepatuhan berobat, pembatasan interaksi, dan peningkatan asupan makanan; studi lain yang melibatkan beliau pada pasien MDR-TB menyoroti hambatan berupa biaya, mutu layanan, fasilitas yang kurang memadai, komunikasi pasien-petugas yang tidak efektif, stigma, dan kurangnya dukungan sosial.

Instruksi diskusi

1) Identifikasi masalah utama pada kasus dari sudut pandang pasien, keluarga, lingkungan rumah, dan Puskesmas.
2) Analisis faktor mana yang termasuk hambatan dari aspek pasien dan mana yang termasuk hambatan dari aspek pelayanan/fasilitas kesehatan.
3) Jelaskan peran perawat Puskesmas yang paling menonjol pada kasus, misalnya sebagai edukator, care provider, counselor, case finder, atau kolaborator.
4) Jelaskan bagaimana perawat dapat melibatkan kader, keluarga, dan tokoh masyarakat untuk mengurangi stigma serta meningkatkan kepatuhan pengobatan.
5) Menurut kelompok Anda, intervensi mana yang harus diprioritaskan lebih dulu: peningkatan pengetahuan pasien, perbaikan dukungan keluarga, kunjungan rumah, atau penguatan sistem tindak lanjut Puskesmas? Jelaskan alasannya.

5.5 Daftar Rujukan

Kementerian Kesehatan RI. (2023). Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Layanan Primer. Kementerian Kesehatan RI.

BAB 6. KONSEP INTEGRASI LAYANAN PRIMER

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep Integrasi Layanan Primer (ILP).

6.1 Pendahuluan

Implementasi Integrasi Layanan Primer (ILP) merupakan pilar pertama transformasi kesehatan yang bertujuan menata kembali struktur pelayanan kesehatan di Indonesia. Pelayanan kesehatan mengalami pergeseran yaitu berfokus pada rakyat (*people-centered*) melalui penguatan siklus hidup sehingga tidak hanya berfokus pada penyakit (*disease-centered*). Perawat kesehatan komunitas memiliki tanggung jawab besar untuk memastikan bahwa setiap tingkatan, mulai dari Puskesmas, Pustu, hingga Posyandu, beroperasi dalam satu kesatuan koordinasi yang mampu mendeteksi risiko kesehatan masyarakat sejak dini melalui skrining yang terstandarisasi.

ILP menuntut transformasi peran perawat untuk menjadi manajer kesehatan wilayah. Perawat diharapkan memiliki kompetensi mengelola data berbasis wilayah, melakukan advokasi kebijakan di tingkat desa, serta mengorkestrasi peran kader dalam pemantauan wilayah setempat (PWS). Riset keperawatan komunitas terkini menunjukkan bahwa keberhasilan ILP sangat bergantung pada kemampuan perawat dalam mengintegrasikan intervensi keperawatan dengan teknologi digital guna memantau status kesehatan warga secara real-time dan akurat.

ILP mempertegas identitas keperawatan komunitas sebagai profesi yang adaptif dan solutif. Perawat bukan lagi elemen pendukung melainkan aktor intelektual yang menggerakkan pilar transformasi SDM kesehatan melalui kepemimpinan di masyarakat. Topik ini akan menggali konsep tentang ILP serta nilai-nilai

profesionalisme keperawatan dalam sistem layanan primer sehingga upaya kesehatan promotif dan preventif bukan sekedar slogan melainkan pondasi kokoh bagi ketahanan nasional yang berkelanjutan.

6.2 Konsep Integrasi Layanan Primer

Konsep "integrasi layanan primer" dalam perawatan kesehatan mengacu pada koordinasi sistematis layanan kesehatan untuk meningkatkan efisiensi, aksesibilitas, dan hasil pasien. Integrasi ini sangat penting untuk memperkuat sistem kesehatan dan mencapai cakupan kesehatan universal (UHC). Literatur tentang integrasi layanan primer menyoroti berbagai model, strategi, dan hasil di berbagai konteks, terutama berfokus pada integrasi layanan perawatan primer dan sekunder. Bagian berikut memberikan eksplorasi terperinci tentang aspek-aspek kunci integrasi layanan utama berdasarkan makalah penelitian yang disediakan.

Definisi dan Filosofi Dasar

Integrasi Layanan Primer (ILP) adalah upaya untuk mengkoordinasikan berbagai layanan kesehatan primer dengan fokus pada kebutuhan masyarakat berdasarkan siklus hidup, bukan lagi berdasarkan program penyakit secara terfragmentasi. Ada 3 Filosofi Utama pelaksanaan ILP yaitu

1) People-Centered: Layanan mengikuti kebutuhan manusia dari dalam kandungan hingga lansia. Filosofi ini menandai pergeseran paradigma dari disease-centered (fokus pada penyakit) menjadi people-centered. Perawat tidak lagi melihat pasien hanya sebagai pengidap diagnosa tertentu, melainkan sebagai individu yang berada dalam rentang siklus hidup. Pelayanan didesain sedemikian rupa untuk mengikuti kebutuhan perkembangan manusia, mulai dari masa kehamilan, bayi, balita, remaja, usia dewasa, hingga lansia.

Artinya, ketika seseorang datang ke fasilitas kesehatan, perawat tidak hanya menangani keluhan utamanya saja, tetapi juga melakukan skrining kesehatan menyeluruh yang sesuai dengan usianya. Fokusnya adalah memastikan setiap individu mendapatkan intervensi yang relevan dengan tahap pertumbuhannya demi mencapai kualitas hidup yang optimal.

2) *Comprehensive:* Upaya kesehatan yang dilakukan meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan komprehensif menegaskan bahwa intervensi kesehatan tidak boleh berhenti pada pengobatan saja. Dalam ILP, perawat komunitas harus mampu mengintegrasikan empat pilar upaya kesehatan secara seimbang. Pendekatan ini memastikan bahwa beban penyakit di masyarakat dapat ditekan sejak hulu. Sebagai peneliti, kita melihat bahwa pendekatan komprehensif ini jauh lebih efektif secara biaya (cost-effective) dibandingkan hanya fokus pada aspek kuratif di rumah sakit.
3) *Continuity of Care*: Menjamin kesinambungan layanan antar tingkatan fasilitas (Puskesmas, Pustu, Posyandu).

   Filosofi ini bertujuan untuk menghapus sekat-sekat antar tingkatan fasilitas kesehatan. Continuity of care menjamin bahwa pasien tidak "terlepas" saat berpindah dari satu unit pelayanan ke unit lainnya. Dalam sistem ILP, terdapat alur rujukan dan koordinasi yang kuat antara Puskesmas di tingkat kecamatan, Pustu di tingkat desa, hingga Posyandu di tingkat dusun. Perawat berperan sebagai integrator yang memastikan data kesehatan pasien mengalir secara berkesinambungan. Jika seorang pasien hipertensi ditemukan saat skrining di Posyandu, ia harus dipastikan mendapatkan penanganan di Pustu atau Puskesmas, dan pasca-pengobatan, status kesehatannya tetap dipantau melalui kunjungan rumah oleh

kader atau perawat. Inilah yang kita sebut sebagai pelayanan kesehatan yang tanpa putus

Perkembangan ILP

Indonesia sebenarnya sudah memiliki fondasi layanan primer yang kuat melalui Puskesmas yang diresmikan dalam Rakernas Kesehatan I tahun 1968. Namun, selama puluhan tahun, pelayanan di Puskesmas cenderung bersifat fragmentasi. Pelayanan dipisahkan berdasarkan unit-unit program (Program TB, Program Malaria, Program KIA) yang seringkali bekerja secara mandiri tanpa koordinasi yang kuat. Akibatnya, satu pasien yang memiliki beberapa masalah kesehatan harus berpindah-pindah meja pelayanan, yang membuat pelayanan menjadi tidak efisien. Pandemi menjadi titik balik (turing point). Krisis ini menunjukkan bahwa sistem kesehatan primer kita sangat rapuh dalam hal deteksi dini dan pemantauan wilayah. Pemerintah menyadari bahwa Puskesmas tidak bisa bekerja sendiri di tingkat kecamatan; perlu ada penguatan hingga ke tingkat desa dan rumah tangga yang lebih terintegrasi untuk menciptakan ketahanan kesehatan nasional.

Pada tahun 2022, Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin menetapkan 6 Pilar Transformasi Kesehatan. ILP menjadi agenda utama dalam Pilar Pertama (Transformasi Layanan Primer). Dimulai fase Pilot Project (Uji Coba) di 9 lokus (wilayah) di Indonesia yang mewakili karakteristik perkotaan, perdesaan, dan daerah terpencil yang bertujuan menguji efektivitas sistem klaster dan penguatan Pustu (Puskesmas Pembantu).

ILP secara resmi diluncurkan secara nasional pada Agustus 2023 melalui Kick-Off Integrasi Layanan Primer. Pemerintah mengeluarkan Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi

Layanan Primer. Pada fase ini, pemerintah mulai melakukan standarisasi 25 keterampilan dasar bagi kader Posyandu. Reorganisasi Puskesmas menjadi sistem 4 Klaster mulai diwajibkan secara bertahap di seluruh Indonesia. Saat ini, ILP berada pada tahap akselerasi dan ekspansi. Fokus utama pemerintah dan peneliti di bidang keperawatan adalah: Digitalisasi (Penggunaan aplikasi ASIK untuk mencatatkan data kesehatan warga secara langsung di lapangan oleh perawat dan kader); Revitalisasi Pustu (Mengubah citra Pustu yang dulunya sering tutup atau kekurangan staf menjadi unit yang aktif dengan minimal satu perawat dan satu bidan); dan Perubahan Budaya Kerja (Mengalihkan fokus petugas kesehatan dari "menunggu pasien" menjadi "aktif menjangkau wilayah" melalui Pemantauan Wilayah Setempat).

Keterkaitan ILP, Transformasi Kesehatan, dan PHC

WHO menjelaskan bahwa Primary Health Care (PHC) adalah pendekatan *whole-of-society* yang bertujuan memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat sedekat mungkin dengan kehidupan sehari-hari dengan tiga komponen utama: layanan kesehatan terintegrasi sepanjang daur hidup, kebijakan lintas sektor untuk determinan kesehatan, serta pemberdayaan individu, keluarga, dan komunitas.

WHO juga membedakan bahwa *primary care* adalah inti layanan klinisnya, sedangkan PHC lebih luas karena mencakup fungsi kesehatan masyarakat dan aksi lintas sektor. PHC adalah filosofi besarnya, transformasi kesehatan Indonesia adalah agenda reformasinya, dan ILP adalah salah satu cara operasional untuk mewujudkannya di layanan primer.

Kementerian Kesehatan menempatkan layanan primer sebagai pilar pertama dari 6 pilar Transformasi Kesehatan

Indonesia. Di halaman resmi Kemenkes, transformasi layanan primer difokuskan pada penguatan promotif-preventif, perbaikan skrining, dan peningkatan kapasitas layanan primer. Empat fokus operasionalnya adalah edukasi penduduk, pencegahan primer, pencegahan sekunder melalui skrining, serta peningkatan kapasitas dan kapabilitas layanan primer melalui revitalisasi puskesmas, posyandu, dan kunjungan rumah.

ILP (Integrasi Layanan Primer) dalam Permenkes Nomor 19 Tahun 2024 didefiniskan sebagai pelayanan kesehatan primer disebut sebagai salah satu pilar transformasi kesehatan yang difokuskan pada pemenuhan kebutuhan kesehatan berdasarkan siklus hidup, yang mudah diakses dan terjangkau pada tingkat individu, keluarga, dan masyarakat. Regulasi itu juga menegaskan bahwa pelayanan primer diselenggarakan secara terintegrasi di puskesmas beserta jaringan/jejaringnya, dan didukung oleh puskesmas, unit layanan di desa/kelurahan, posyandu, serta kunjungan rumah oleh kader.

PHC memberi arah normatif dan filosofis: layanan harus berpusat pada manusia, komprehensif, dekat dengan masyarakat, lintas sektor, dan memberdayakan komunitas. Transformasi kesehatan Indonesia menerjemahkan arah itu menjadi kebijakan nasional, dengan layanan primer sebagai pilar pertama. ILP kemudian menerjemahkan pilar layanan primer itu ke dalam desain pelayanan sehari-hari, misalnya dengan pendekatan siklus hidup, integrasi puskesmas–pustu/jejaring–posyandu, kunjungan rumah, dan penekanan pada promotif-preventif serta skrining.

PHC tidak hanya bicara cara menata layanan di puskesmas, tetapi juga mencakup penanganan determinan kesehatan melalui kebijakan lintas sektor dan pemberdayaan masyarakat. Sementara itu, ILP lebih spesifik pada pengintegrasian layanan primer agar kebutuhan kesehatan sepanjang daur hidup bisa

dilayani secara utuh, tidak terpecah-pecah per program. Artinya, ILP adalah instrumen penting untuk mewujudkan PHC, tetapi ILP bukan seluruh PHC.

PHC = konsep, Transformasi Kesehatan Indonesia = kebijakan nasional, ILP = model implementasi di layanan primer. Dengan rumus ini, mahasiswa biasanya lebih mudah memahami mengapa ILP bukan sekadar perubahan alur puskesmas, tetapi bagian dari reformasi sistem kesehatan Indonesia yang ingin menggeser layanan dari yang terfragmentasi dan kuratif menjadi lebih terintegrasi, berbasis keluarga/komunitas, dan promotif-preventif.

Integrasi Layanan Primer (ILP), Transformasi Kesehatan, dan Primary Health Care (PHC) memiliki keterkaitan yang sangat erat dan saling mendasari. Secara konseptual, ILP adalah wujud pendekatan nyata dari Primary Health Care di Indonesia, yang dijalankan sebagai fondasi utama dalam mewujudkan pilar pertama Transformasi Kesehatan nasional.

Berikut adalah rincian keterkaitannya:

1. Keterkaitan ILP dengan Transformasi Kesehatan
   Wujud Pilar Pertama: Kementerian Kesehatan RI menggulirkan 6 pilar transformasi sistem kesehatan, di mana pilar prioritas pertama adalah Transformasi Pelayanan Kesehatan Primer. ILP diluncurkan secara resmi pada tahun 2023 sebagai kerangka kerja dan pendekatan baru untuk mewujudkan transformasi tersebut
2. Reorganisasi Layanan secara Menyeluruh: Transformasi kesehatan mensyaratkan penataan kembali layanan agar mampu melayani seluruh penduduk. ILP mengubah cara kerja fasilitas kesehatan dari yang sebelumnya terpisah berbasis program penyakit menjadi terintegrasi berdasarkan siklus hidup manusia (seperti klaster ibu dan anak, klaster usia dewasa, dan lansia)

3. Fokus Implementasi: Melalui ILP, transformasi layanan primer direalisasikan melalui 4 fokus utama: edukasi penduduk dengan penguatan peran kader, pencegahan primer seperti imunisasi, pencegahan sekunder melalui skrining penyakit terstandar, serta peningkatan kapasitas jaringan layanan primer.

Keterkaitan ILP dengan Primary Health Care (PHC)

WHO merekomendasikan pendekatan Primary Health Care (PHC) melalui integrasi pelayanan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, dan kebijakan lintas sektor. Pemerintah Indonesia menerapkan konsep PHC global ini melalui sistem ILP. Praktik PHC tidak dapat dijalankan secara eksklusif hanya oleh Puskesmas Oleh karena itu, ILP memperkuat PHC dengan membangun jejaring yang mendekatkan akses kesehatan hingga ke tingkat paling dasar; mulai dari kecamatan (Puskesmas), desa/kelurahan (Puskesmas Pembantu/Pustu), hingga dusun/RT/RW (Posyandu terintegrasi dan kunjungan rumah oleh kader). Nilai utama PHC adalah pelayanan yang berpusat pada individu (people-centred). ILP mewujudkannya dengan memastikan masyarakat mendapatkan paket layanan yang komprehensif meliputi upaya promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif yang tidak terfragmentasi. ILP adalah kendaraan operasional yang digunakan oleh pemerintah Indonesia untuk mentransformasi sistem kesehatannya (Transformasi Kesehatan) agar sesuai dengan standar pelayanan dasar yang ideal (Primary Health Care), sehingga layanan kesehatan menjadi lebih efisien, komprehensif, dan mudah dijangkau oleh setiap keluarga.

Tiga Pilar Utama ILP

Dalam implementasinya, ILP berdiri di atas tiga pilar besar yang merombak struktur pelayanan di Indonesia:

1) Penerapan Siklus Hidup: Pelayanan dikelompokkan menjadi klaster (Ibu & Anak, Usia Dewasa & Lansia, Penularan Penyakit).
2) Perluasan Layanan Kesehatan hingga Tingkat Desa/Kelurahan: Penguatan peran Pustu (Puskesmas Pembantu) dan Labkesda.
3) Penguatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS): Penggunaan dashboard data digital untuk memantau kesehatan warga di suatu wilayah secara real-time.

Tren dan Model Integrasi

Analisis Bibliometri: Peningkatan yang signifikan dalam publikasi tentang integrasi perawatan kesehatan primer telah diamati sejak 2014, dengan puncaknya pada tahun 2024. Penelitian ini mengidentifikasi tiga kelompok utama: aspek operasional, kapasitas organisasi, dan strategi kolaboratif, menekankan sentralitas integrasi perawatan kesehatan primer dalam diskusi ini(Mansur et al., 2025)]. Model Komparatif: Model integrasi sangat bervariasi antara negara berpenghasilan tinggi dan berpenghasilan menengah rendah. Negara-negara berpenghasilan tinggi sering fokus pada kebijakan dan kerangka teoritis, sementara negara-negara berpenghasilan menengah rendah menekankan implementasi dan hasil praktis, sering mengabaikan pengalaman pekerja kesehatan(Kumar, 2023)].

Implementasi dan Tantangan

Integrasi dalam Praktek: Integrasi layanan perawatan primer melibatkan adaptasi dengan kebutuhan masyarakat setempat dan mengembangkan bentuk organisasi baru. Pendekatan ini lebih efektif dalam memenuhi kebutuhan pasien dan masyarakat tetapi membutuhkan pertimbangan dimensi integrasi yang cermat agar selaras dengan tujuan spesifik(Dózsa & Borbás, 2015).

Integrasi Primer-Sekunder: Di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, upaya integrasi sering ditantang oleh sistem kesehatan yang terfragmentasi. Namun, beberapa negara telah membuat langkah dalam mengintegrasikan perawatan primer dan sekunder, yang penting untuk sistem pemberian kesehatan yang efektif(Hasan et al., 2020)].

Tata Kelola dan Strategi

Model Tata Kelolaan: Integrasi yang berhasil membutuhkan kombinasi elemen seperti perencanaan bersama, teknologi informasi terintegrasi, dan keterlibatan pasien. Elemen-elemen ini sangat penting untuk menyiapkan inisiatif integrasi fleksibel yang dapat beradaptasi dengan kondisi lokal(Nicholson et al., 2013)].

Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Integrasi: Di Inggris, integrasi dalam organisasi perawatan primer lebih dipengaruhi oleh sikap profesional kesehatan daripada oleh ukuran organisasi. Memahami faktor-faktor ini sangat penting untuk mempromosikan integrasi lebih lanjut(Simoens & Scott, 2005).

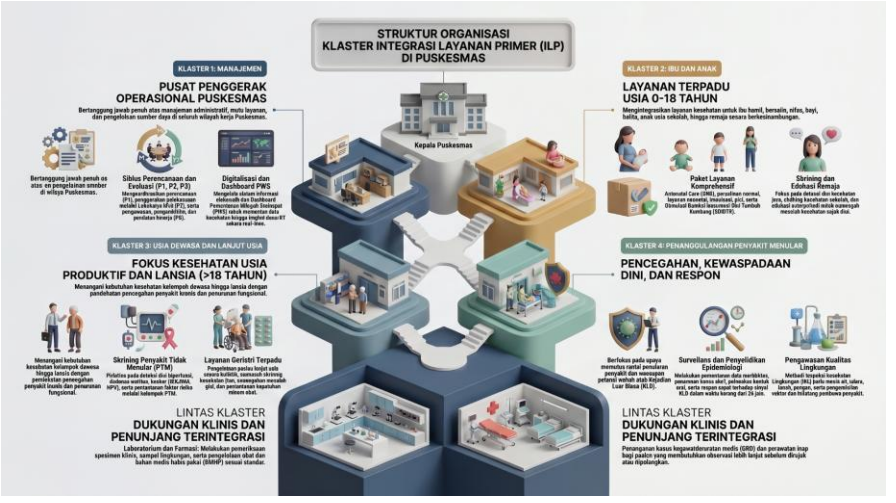
Hasil dan Efektivitas

Kompleksitas dan Hasil: Strategi integrasi sering menghasilkan hasil yang bervariasi, dengan beberapa penelitian menunjukkan efek positif pada output layanan dan yang lain menunjukkan tidak ada manfaat yang signifikan dibandingkan dengan program vertikal. Ketidakkonsistenan ini menyoroti perlunya penelitian yang lebih ketat untuk mengevaluasi strategi integrasi(Cj et al., 2004).

Integrasi Klinis: Pengalaman dokter keluarga dengan integrasi klinis mengungkapkan banyak faktor yang mempengaruhi koordinasi layanan. Wawasan ini sangat penting untuk mengembangkan intervensi yang meningkatkan integrasi

perawatan tanpa meningkatkan kompleksitas sistem(Tseng et al., 2023).

Meskipun integrasi layanan kesehatan primer secara luas diakui sebagai bermanfaat, itu bukan tanpa tantangan. Kompleksitas integrasi, terutama di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah, sering menghasilkan layanan yang terfragmentasi karena program vertikal yang terpisah. Selain itu, kurangnya definisi dan hasil yang konsisten dalam literatur menunjukkan bahwa penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memahami dampak penuh dari strategi integrasi. Pembuat kebijakan dan penyedia layanan kesehatan harus mempertimbangkan sisi penawaran dan permintaan dari integrasi layanan untuk memastikan efektivitas dan keberlanjutannya(Cj & Garner, 2006)] (Cj et al., 2004).



Klaster	Nama Klaster	Fokus Pelayanan
Klaster 1	Manajemen	Ketatausahaan, manajemen SDM, logistik, dan keuangan.
Klaster 2	Ibu dan Anak	Pelayanan ibu hamil, bersalin, nifas, bayi, balita, dan remaja.
Klaster 3	Dewasa dan Lansia	Pelayanan usia produktif dan lanjut usia, termasuk skrining PTM.
Klaster 4	Penanggulangan Penyakit Menular	Surveilans, imunisasi, dan pengendalian vektor.
Lintas Klaster	Farmasi & Gawat Darurat	Mendukung kebutuhan klinis di seluruh klaster.

Tingkatan Pelayanan (Network of Care)

ILP mempertegas jejaring pelayanan dari pusat hingga ke rumah tangga:

1) Puskesmas (Kecamatan): Sebagai koordinator dan pemberi layanan spesialistik/rujukan awal.
2) Pustu (Desa/Kelurahan): Dijalankan oleh perawat dan bidan untuk memberikan layanan dasar dan mengoordinasikan kader.
3) Posyandu (RW/Dusun): Fokus pada skrining dasar dan edukasi kesehatan (dijalankan oleh 5 kader yang terstandardisasi).
4) Kunjungan Rumah: Dilakukan oleh kader untuk memastikan seluruh warga mendapatkan akses layanan, terutama bagi mereka yang tidak bisa datang ke fasilitas kesehatan.

Indikator Keberhasilan ILP

Keberhasilan ILP diukur melalui peningkatan cakupan skrining kesehatan (seperti deteksi dini kanker serviks, diabetes, dan

hipertensi) serta menurunnya angka kematian ibu dan anak akibat intervensi yang terlambat.

Peran Perawat dan Transformasi

Sebagai tenaga kesehatan yang paling dekat dengan masyarakat, perawat memiliki peran krusial:

1) Case Manager: Mengoordinasikan asuhan keperawatan antar klaster untuk pasien dengan komorbiditas.
2) Data Analyst (PWS): Menganalisis data kesehatan wilayah untuk menentukan intervensi prioritas (misal: angka stunting atau hipertensi di satu RW).
3) Health Educator: Memberdayakan masyarakat dan melatih kader agar memiliki 25 keterampilan dasar kesehatan.

6.3 Rangkuman

Integrasi Layanan Primer (ILP) di Indonesia adalah model penataan pelayanan kesehatan dasar yang menjadi bagian dari pilar pertama Transformasi Kesehatan Indonesia, dengan tujuan memperkuat layanan promotif dan preventif, memperbaiki skrining, serta meningkatkan kapasitas layanan primer agar kebutuhan kesehatan masyarakat dapat dipenuhi lebih dekat, lebih mudah diakses, dan lebih berkesinambungan. ILP menata pelayanan puskesmas dan jejaringnya berdasarkan siklus hidup dan kebutuhan individu, keluarga, serta komunitas, sehingga layanan tidak lagi berjalan terpisah-pisah per program, melainkan terintegrasi melalui puskesmas, pustu, posyandu, dan kunjungan rumah. Arah ini sejalan dengan konsep Primary Health Care (PHC) dari WHO yang menekankan pelayanan yang berpusat pada kebutuhan masyarakat, mencakup promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan paliatif sedekat mungkin dengan kehidupan sehari-hari masyarakat.

6.4 Latihan Soal

1. Kepala puskesmas sedang menata ulang pelayanan agar sesuai dengan ILP. Kondisi sebelumnya, pelayanan masih terpisah per program sehingga pasien dari satu keluarga harus datang ke beberapa poli berbeda di hari berbeda. Tindakan yang paling sesuai dengan prinsip ILP adalah …
   a. Mempertahankan poli berdasarkan program agar petugas tetap fokus pada target masing-masing
   b. Menggabungkan seluruh layanan hanya di ruang pengobatan umum
   c. Menyusun pelayanan berbasis siklus hidup dalam sistem klaster, memperkuat jejaring pustu-posyandu, dan menggunakan data wilayah untuk tindak lanjut
   d. Mengurangi kegiatan promotif agar petugas fokus pada tindakan kuratif
   e. Menyerahkan seluruh skrining kesehatan kepada rumah sakit
2. Hasil pengkajian di suatu desa ditemukan masalah: remaja putri banyak anemia, ibu hamil risiko tinggi meningkat, dan cakupan imunisasi balita menurun. Jika puskesmas menerapkan ILP, klaster yang paling utama mengoordinasikan masalah tersebut adalah …
   a. Klaster Manajemen
   b. Klaster Ibu dan Anak
   c. Klaster Usia Dewasa dan Lansia
   d. Klaster Penanggulangan Penyakit Menular
   e. Lintas Klaster
3. Di wilayah kerja puskesmas terjadi peningkatan kasus TB disertai kondisi rumah padat dan sanitasi buruk. Klaster yang paling tepat menjadi leading sector untuk penanganan masalah tersebut adalah …

a. Klaster Manajemen
b. Klaster Ibu dan Anak
c. Klaster Usia Dewasa dan Lansia
d. Klaster Penanggulangan Penyakit Menular
e. Lintas Klaster

4. Seorang pasien datang untuk pemeriksaan DM. Dokter meminta pemeriksaan gula darah, perawat menyiapkan edukasi, lalu pasien menebus obat dan hasilnya dicatat pada sistem pelaporan. Dalam struktur ILP, komponen yang menaungi laboratorium, farmasi, dan pencatatan pelaporan adalah …
   a. Klaster Manajemen
   b. Klaster Ibu dan Anak
   c. Klaster Usia Dewasa dan Lansia
   d. Klaster Penanggulangan Penyakit Menular
   e. Lintas Klaster
5. Perawat puskesmas menemukan satu keluarga dengan ibu nifas yang tidak kontrol, balita berat badan tidak naik, dan kakek hipertensi tidak minum obat teratur. Tindakan perawat yang paling mencerminkan peran dalam ILP adalah …
   a. Menunggu keluarga datang sendiri ke puskesmas agar pelayanan lebih efisien
   b. Fokus pada balita saja karena paling berisiko
   c. Melakukan kunjungan rumah, skrining kebutuhan seluruh anggota keluarga, edukasi, koordinasi lintas klaster, dan tindak lanjut berkesinambungan
   d. Merujuk seluruh anggota keluarga ke rumah sakit
   e. Menunda intervensi sampai lokakarya mini berikutnya

6. Seorang mahasiswa bertanya tentang perbedaan ILP dengan pola pelayanan primer sebelumnya. Jawaban yang paling tepat adalah …
   a. ILP sama saja dengan sistem lama, hanya nama programnya diganti
   b. ILP mengurangi layanan promotif agar tenaga kesehatan fokus kuratif
   c. ILP mengubah layanan yang semula cenderung terkotak per program menjadi lebih terintegrasi berbasis siklus hidup dan jejaring wilayah
   d. ILP menghapus peran posyandu dalam layanan primer
   e. ILP hanya berlaku di rumah sakit tipe C dan D
7. Puskesmas A mengaku sudah menerapkan ILP. Namun hasil telaah menunjukkan belum ada SK pembagian klaster, belum ada SOP layanan per klaster, pustu belum aktif, dan posyandu masih hanya melayani balita. Kesimpulan yang paling tepat adalah …
   a. Puskesmas sudah memenuhi indikator ILP karena posyandu masih berjalan
   b. Puskesmas belum optimal menerapkan ILP karena elemen tata kelola dan integrasi jejaring belum terpenuhi
   c. Puskesmas cukup menambah tenaga medis tanpa perlu mengubah sistem
   d. Puskesmas hanya perlu menambah jam buka loket
   e. Puskesmas cukup memperbanyak kegiatan pengobatan umum
8. Pada lokakarya mini, data PWS menunjukkan kunjungan dewasa dan lansia rendah, padahal kasus hipertensi dan DM tinggi. Keputusan manajerial yang paling sesuai dengan ILP adalah …

a. Membiarkan kondisi karena target program lain lebih penting
b. Menggunakan data PWS untuk merancang skrining aktif, edukasi, dan penjadwalan layanan dewasa-lansia sampai tingkat pustu/posyandu
c. Menghentikan pencatatan karena memperberat kerja petugas
d. Menunggu instruksi rumah sakit rujukan
e. Mengalihkan seluruh kasus kronis ke fasilitas swasta

9. Seorang ibu datang bersama anak balita dan neneknya. Ibu hamil ingin ANC, anak perlu imunisasi, nenek ingin kontrol osteoartritis dan tekanan darah. Prinsip pelayanan ILP yang paling tepat pada situasi ini adalah …
   a. Semua anggota keluarga dilayani di poli penyakit umum saja
   b. Ibu diminta datang hari lain agar pelayanan tidak terlalu ramai
   c. Keluarga dilayani sesuai kebutuhan siklus hidup masing-masing secara terkoordinasi, dengan dukungan lintas klaster bila diperlukan
   d. Anak balita didahulukan, anggota keluarga lain ditunda bulan depan
   e. Nenek langsung dirujuk tanpa asesmen primer
10. Sebuah puskesmas menilai implementasi ILP di desanya. Mereka menemukan kader hanya fokus menimbang balita, tidak ada kunjungan rumah, tidak ada integrasi data keluarga, dan lansia jarang tersentuh pelayanan. Interpretasi yang paling tepat adalah …
    a. Desa sudah berhasil menerapkan ILP

b. Desa baru menerapkan sebagian kecil layanan primer dan belum memenuhi pendekatan ILP yang komprehensif
c. Desa cukup menambah alat timbang agar ILP berhasil
d. Desa tidak perlu posyandu karena sudah ada pustu
e. Desa cukup memperbanyak penyuluhan di sekolah

6.5 Bahan Diskusi

Di wilayah kerja sebuah puskesmas perdesaan ditemukan satu keluarga dengan ayah terdiagnosis tuberkulosis paru yang masih batuk, kadang tidak memakai masker di rumah, memilih berobat tambahan non medis karena merasa lebih cepat sembuh, dan sesekali terlambat minum OAT karena mual; istrinya yang sedang hamil mulai membatasi interaksi dengan suami karena takut tertular, anak balitanya mengalami penurunan berat badan, sementara kakek yang tinggal serumah memiliki batuk lama tetapi belum pernah diskrining. Di sisi lain, pelayanan puskesmas masih berjalan terpisah: program TB hanya fokus pada obat dan pelaporan, pelayanan KIA tidak terhubung dengan penelusuran kontak serumah, posyandu belum aktif melakukan edukasi keluarga, dan kunjungan rumah belum rutin dilakukan karena petugas merasa beban administrasi lebih mendesak. Kondisi ini menjadi semakin kompleks karena masyarakat setempat masih dipengaruhi nilai budaya, kebiasaan, dan persepsi yang membuat sebagian keluarga lebih menerima saran tokoh lokal dibanding edukasi formal petugas kesehatan. Mahasiswa diminta menganalisis apakah masalah utama pada kasus ini terletak pada kepatuhan pasien semata, atau justru pada belum optimalnya Integrasi Layanan Primer (ILP) yang seharusnya mengoordinasikan klaster penyakit menular, KIA, dewasa-lansia, jejaring posyandu, serta peran perawat dalam pendekatan

keluarga dan komunitas. Hasil penelitian Sulistyono menunjukkan bahwa pada pasien TB di wilayah rural masih terdapat persoalan pengetahuan dan kesadaran pencegahan penularan, meski pasien telah berupaya melalui penggunaan alat pelindung, modifikasi lingkungan, pembatasan interaksi, kepatuhan berobat, dan peningkatan asupan makan, sehingga dibutuhkan edukasi, supervisi rutin petugas, dukungan keluarga, kader, dan kolaborasi lintas sektor, sementara penelitian lain dari beliau juga menunjukkan bahwa promosi kesehatan berbasis budaya berpengaruh signifikan terhadap peningkatan efikasi diri masyarakat dalam pencegahan tuberkulosis.

6.6 Pertanyaan

1. Dari kasus tersebut, apa masalah inti yang paling menentukan buruknya hasil pelayanan: perilaku pasien, kondisi keluarga, budaya setempat, atau fragmentasi layanan primer? Jelaskan prioritas analisis Anda.
2. Jika ditinjau dari konsep Integrasi Layanan Primer (ILP), bagian mana dari pelayanan yang menunjukkan bahwa puskesmas masih bekerja dengan pola lama yang terpisah-pisah, dan bukan dengan pendekatan terintegrasi berbasis keluarga serta siklus hidup?
3. Bagaimana mahasiswa menganalisis hubungan antara TB paru pada ayah, kehamilan istri, status gizi balita, dan dugaan kontak serumah pada lansia sebagai satu masalah keluarga yang seharusnya ditangani lintas klaster dalam ILP?
4. Berdasarkan temuan Sulistyono, pasien TB di area rural sering menghadapi persoalan pengetahuan yang belum memadai, kepatuhan yang tidak stabil, penggunaan pengobatan alternatif, pembatasan interaksi sosial, serta upaya pencegahan yang belum konsisten. Dari semua faktor

itu, mana yang paling berisiko memperpanjang penularan pada kasus ini, dan mengapa?

5. Dalam kasus ini, bagaimana peran perawat seharusnya dikembangkan: hanya sebagai pelaksana program TB, atau sebagai koordinator asesmen keluarga, edukator, pelaksana kunjungan rumah, pelacak kontak, dan penghubung antar-klaster? Jelaskan argumentasi Anda.
6. Penelitian Sulistyono juga menunjukkan adanya hambatan dari sisi layanan, seperti akses geografis, keterbatasan tenaga, beban kerja, promosi kesehatan yang belum optimal, dan perlunya pendekatan kepada tokoh berpengaruh atau penyembuh tradisional. Dari sudut pandang ILP, intervensi sistem apa yang paling realistis dilakukan lebih dulu oleh puskesmas?
7. Bagaimana mahasiswa menilai pengaruh budaya lokal dan kepercayaan masyarakat terhadap keputusan pasien TB untuk berobat, patuh minum OAT, memakai masker, mengatur sputum, dan menerima edukasi dari petugas kesehatan?
8. Jika Anda menjadi tim puskesmas, bagaimana menyusun rencana tindak lanjut ILP yang tidak hanya berfokus pada penyembuhan pasien TB, tetapi juga mencegah penularan, melindungi ibu hamil dan balita, menelusuri kontak serumah, serta memperkuat jejaring pustu–posyandu–kunjungan rumah?
9. Apakah kasus ini lebih tepat dipandang sebagai masalah penyakit menular semata, atau sebagai masalah kesehatan keluarga dan komunitas? Jelaskan implikasi jawaban Anda terhadap penetapan klaster ILP dan prioritas intervensi.
10. Menurut Anda, indikator apa yang paling tepat digunakan untuk menilai bahwa penerapan ILP pada kasus ini berhasil:

kepatuhan OAT, penemuan kontak serumah, peningkatan pengetahuan keluarga, fungsi posyandu, kunjungan rumah, atau kombinasi beberapa indikator? Jelaskan dasar analisisnya.

6.6 Daftar Rujukan

Mansur, S. A., Ahmad, B., Nara, N., Ibrahim, M. A., Sangkala, S., & Amir, Y. (2025). Research Trends on Primary Healthcare Integration: A Bibliometric Analysis. Deleted Journal, 4, 765. https://doi.org/10.56294/hl2025765

Sulistyono, R. E., Susanto, T., & Tristiana, R. D. (2020). Patients Experience and Perception in Preventing Tuberculosis Transmission in Rural Areas: A Qualitative Research. Jurnal Keperawatan Padjadjaran, 8(1), 21-30.

Sulistyono, R. E., Susanto, T., & Tristiana, R. D. (2019). Barriers in Tuberculosis Treatment in Rural Areas (Tengger, Osing and Pandalungan) in Indonesia Based on Public Health Center Professional Workers Perspectives: a Qualitative Research. Jurnal Ners, 14(1), 62.

Tseng, L. O., Kim, G. G., Newton, C., Ho, J. W. Y., Hall, D., Lee, E. J., Howard, C., Poureslami, I., Vasarhelyi, K., Lacaille, D., & Mitton, C. (2023). Primary Care Family Physicians' Experiences with Clinical Integration: A Scoping Review of Qualitative and Mixed Reviews. International Journal of Integrated Care. https://doi.org/10.5334/ijic.icic23636

BAB 7 KONSEP KLASTER IBU, ANAK DAN REMAJA

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep Ibu, Anak dan Remaja

7.1 Pendahuluan

Dalam konteks sistem kesehatan nasional Indonesia, Puskesmas memegang peranan penting sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan primer yang berorientasi pada komunitas. Penguatan dan pengembangan layanan primer di tingkat Puskesmas menjadi kunci utama dalam mencapai target kesehatan masyarakat yang berkelanjutan dan inklusif. Bab ini menyajikan kajian komprehensif mengenai konsep, strategi, dan praktik integrasi layanan primer di Puskesmas yang berfokus pada klaster Ibu, Anak, dan Remaja (IAR). Pendekatan ini didasarkan pada prinsip continuum of care, yang menekankan pentingnya kesinambungan layanan dari kehamilan hingga masa nifas, serta perawatan anak dan remaja secara holistik dan berkesinambungan.

Signifikansi topik ini tidak dapat dipandang sebelah mata mengingat beban masalah kesehatan ibu, anak, dan remaja yang terus meningkat di Indonesia. Data epidemiologis menunjukkan bahwa angka kematian maternal dan neonatal masih cukup tinggi, sementara prevalensi stunting dan penyakit tidak menular pada remaja semakin mengkhawatirkan. Oleh karena itu, integrasi layanan di tingkat Puskesmas menjadi solusi strategis untuk meningkatkan cakupan layanan, memperkuat sinergi antar program seperti Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), imunisasi, serta promosi kesehatan remaja.

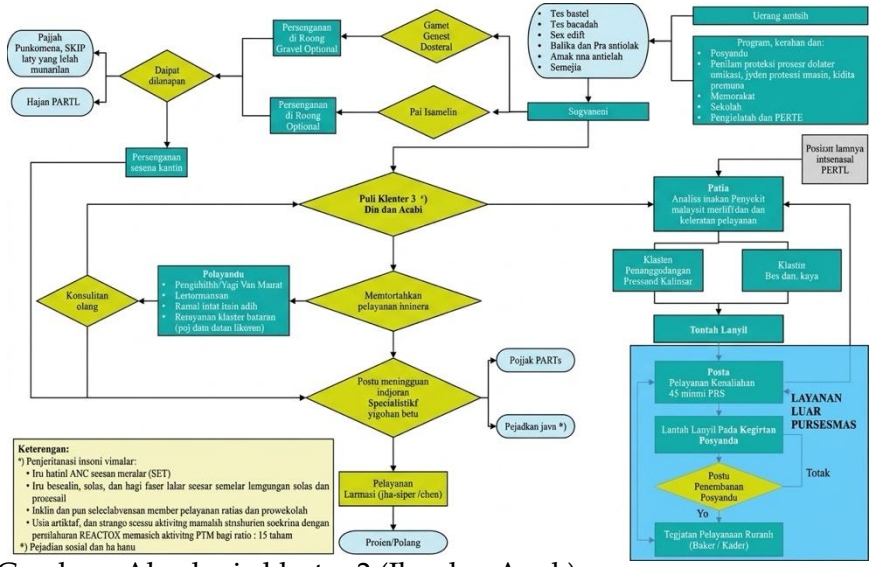
Landasan teoritis bab ini mengacu pada model manajemen layanan berbasis klaster yang menekankan kolaborasi lintas

program dan sektor. Konsep integrasi layanan primer juga didukung oleh teori community-based nursing yang menempatkan masyarakat sebagai mitra aktif dalam proses perawatan dan pencegahan penyakit. Selain itu, pendekatan interprofessional collaboration menjadi fondasi dalam membangun tim multidisiplin yang mampu memberikan pelayanan holistik.

Terminologi kunci yang akan dibahas meliputi 'integrasi layanan primer', 'continuum of care', 'klaster layanan', 'tata kelola layanan', serta 'monitoring dan evaluasi'. Definisi operasional dari istilah-istilah ini akan dijelaskan secara rinci agar mahasiswa memiliki pemahaman yang sama dalam mengaplikasikan konsep tersebut di lapangan. Aplikasi praktis dari materi ini sangat relevan dengan tantangan nyata di lapangan. Melalui studi kasus implementasi jalur pelayanan terpadu di Puskesmas tertentu, mahasiswa akan diajak memahami proses perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi keberhasilan integrasi layanan IAR. Pendekatan metodologi yang digunakan meliputi analisis literatur, studi kasus, serta latihan pengembangan rencana kerja berbasis bukti.

Perkembangan terkini menunjukkan bahwa integrasi layanan primer berbasis klaster mampu meningkatkan efisiensi sumber daya, mempercepat deteksi dini risiko kesehatan, serta meningkatkan partisipasi masyarakat dalam program-program kesehatan. Tren ini didukung oleh inovasi teknologi seperti sistem informasi berbasis digital dan telemedicine yang memudahkan koordinasi antar unit layanan. Namun demikian, tantangan tetap ada seperti keterbatasan SDM yang kompeten, tata kelola yang belum optimal, serta hambatan komunikasi antar program. Peluang besar terletak pada penguatan kapasitas tenaga kesehatan melalui pelatihan berkelanjutan dan penguatan jejaring komunitas.

Bab ini juga akan mengulas perkembangan terbaru dalam kebijakan nasional terkait integrasi layanan primer serta rekomendasi praktis untuk penguatan praktik keperawatan di tingkat diploma. Dengan pemahaman mendalam ini, mahasiswa diharapkan mampu merancang jalur pelayanan terpadu yang efektif dan efisien sesuai kebutuhan lokal serta mampu melakukan monitoring dan evaluasi secara mandiri. Secara keseluruhan, bab ini bertujuan membangun fondasi pengetahuan yang kokoh bagi mahasiswa keperawatan dalam mengimplementasikan konsep integrasi layanan primer di Puskesmas berbasis klaster IAR. Dengan demikian, mereka akan mampu berkontribusi secara aktif dalam meningkatkan kualitas layanan kesehatan masyarakat secara holistik dan berkelanjutan.



Gambar. Alur kerja klaster 2 (Ibu dan Anak)

Alur kerja klaster 2 menurut KMK Nomor 2015 Tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer sebagai berikut :

1. **Pelayanan Kesehatan Dalam Puskesmas**

a. Petugas mengarahkan pasien dengan kondisi gawat darurat, seperti kegawatdaruratan maternal dan neonatal serta kasus kegawatdaruratan pada anak ke ruang tindakan/gawat darurat atau ruang bersalin untuk mendapatkan penanganan segera.
b. Bila bukan termasuk kasus gawat darurat, petugas registrasi mengarahkan pasien ke ruang pelayanan klaster 2 (ibu dan anak) untuk mendapatkan pemeriksaan (anamnesis dan pemeriksaan fisik) serta penanganan yang komprehensif (promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif) sesuai paket layanan pada klaster 2.
c. Apabila pelayanan tidak dapat diberikan secara lengkap pada saat kunjungan karena kondisi pasien atau hal lainnya, petugas melakukan penjadwalan pelayanan pada waktu dan tempat yang disepakati bersama pasien. Misalnya pada balita sakit, imunisasi dilakukan setelah balita sehat di Posyandu.
d. Bila pasien membutuhkan pelayanan lainnya maka dapat dilakukan rujukan internal untuk diberikan pelayanan yang diperlukan seperti tindakan medis, laboratorium, rawat inap dan pelayanan di klaster lainnya. Setelah mendapatkan pelayanan yang sesuai, pasien dapat kembali ke petugas klaster 2 untuk konsultasi kembali jika diperlukan.
e. Bila pasien telah menyelesaikan seluruh pelayanan, maka dapat menuju pelayanan farmasi (jika ada resep dokter) dan pulang.
f. Bila pasien membutuhkan layanan spesialistik/rujukan lainnya, maka dirujuk ke FKRTL dan fasilitas lainnya (misalnya rujukan sosial dan hukum).

g. Petugas klaster 2 mencatat seluruh pelayanan yang dilakukan ke dalam sistem informasi dan melakukan PWS melalui analisis beban penyakit yang meliputi morbiditas dan cakupan pelayanan dengan memanfaatkan dashboard situasi kesehatan.
h. Data untuk PWS juga dapat berasal dari faskes lainnya di wilayah kerja Puskesmas
i. Hasil PWS yang membutuhkan tindak lanjut di tingkat desa/ kelurahan diinformasikan ke petugas di Pustu.

2. Pelayanan Kesehatan Luar Puskesmas

a. Petugas Pustu bersama kader Posyandu menindaklanjuti hasil PWS dalam bentuk kegiatan di Pustu, Posyandu, dan kunjungan rumah.
b. Petugas Pustu dan kader Posyandu melakukan evaluasi hasil kunjungan rumah (hasil kunjungan rutin maupun tindak lanjut PWS).
c. Kader Posyandu menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan ibu dan anak pada hari buka Posyandu didampingi oleh tenaga kesehatan.
d. Kader Posyandu melakukan kunjungan rumah untuk menemukan ibu (hamil, bersalin, nifas), dan anak (bayi, balita, anak prasekolah, anak usia sekolah, dan remaja) yang belum mendapatkan pelayanan kesehatan, tidak melakukan kunjungan ulang, ketidakpatuhan pengobatan, dan memiliki tanda bahaya serta memberikan edukasi sesuai kebutuhan sasaran.

Pelayanan Kesehatan Ibu

Fokus pelayanan kesehatan ibu di Klaster 2 mengutamakan kesinambungan layanan mulai dari masa kehamilan hingga nifas.

Secara lengkap paket pelayanan kesehatan pada ibu hamil, bersalin dan nifas dilaksanakan untuk mencegah dan menangani permasalahan kehamilan termasuk status gizi ibu, persalinan dan nifas berisiko, meliputi:

Pelayanan Ibu hamil, bersalin dan nifas					
Sasaran Masalah Kesehatan	**Pelayanan Kesehatan**	**Unit Pemberi Pelayanan**			
		Puskesmas (Kecamatan)	**Pustu (Desa/ Kelurahan)**	**Posyandu (Dusun/RT/RW)**	**Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)**
• Status gizi ibu hamil, kehamilan, persalinan dan nifas beresiko • Penyakit menular	ANC Terpadu	ANC K1, K2, K3, K4, K5 dan K6 plus USG oleh dokter	ANC K2, K3, K4 dan K6 Ibu hamil normal sudah direkomendasikan oleh dokter		Edukasi, pendataan ibu hamil, deteksi ibu hamil beresiko (4T), pemantauan dan pendampingan sesuai nasihat dokter, konseling KB, sweeping serta edukasi tanda bahaya kehamilan dan rujukan fasyankes sesuai kebutuhan
	Kelas Ibu hamil	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu hamil di Posyandu	Fasilitasi pelaksanaan kelas ibu hamil di Posyandu	Kelas ibu hamil: edukasi tanda bahaya, risiko penyulit kehamilan, senam ibu hamil, sharing session, pemantauan TTD (Zat besi, Asam Folat)	Edukasi menggunakan Buku KIA, mengikuti kelas ibu hamil

Pelayanan Ibu hamil, bersalin dan nifas					
Sasaran Masalah Kesehatan	Pelayanan Kesehatan	Unit Pemberi Pelayanan			
		Puskesmas (Kecamatan)	Pustu (Desa/ Kelurahan)	Posyandu (Dusun/RT/RW)	Kunjungan Rumah (Rumah/ Masyarakat)
	Pemberian MT ibu hamil KEK	Pemantauan status gizi dan asupan, edukasi, PMT, monitoring	Edukasi gizi seimbang dan pemberian PMT pemulihan	Edukasi gizi seimbang dan PMT pemulihan	Edukasi gizi seimbang, monitoring PMT, mematuhi nasihat dokter
	Persalinan Normal	Persalinan normal dan penyiapan serta stabilisasi rujukan bila diperlukan		-	-
	Pelayanan Nifas (KF 1-4 dan KN 1-3)	Pelayanan nifas dan pelayanan KB pasca persalinan	Pelayanan nifas bagi ibu dan bayi baru lahir kondisi normal termasuk kunjungan nifas dan pelayanan KB pasca persalinan	Edukasi ASI Ekslusif, PMBA dan kelas ibu balita	Sweeping, pemantauan kondisi, pendampingan dan pemenuhan layanan esensial sesuai nasihat dokter, edukasi tanda bahaya Ibu dan Bayi baru lahir dan rujukan fasyankes sesuai kebutuhan
Pelayanan Nifas (KF 1-4 dan KN 1-3)	Pelayanan nifas dan pelayanan KB pasca persalinan	Pelayanan nifas bagi ibu dan bayi baru lahir kondisi normal termasuk kunjungan nifas dan pelayanan KB pasca persalinan	Edukasi ASI Ekslusif, PMBA dan kelas ibu balita	Sweeping, pemantauan kondisi, pendampingan dan pemenuhan layanan esensial sesuai nasihat dokter, edukasi tanda bahaya Ibu dan Bayi baru lahir dan rujukan fasyankes sesuai kebutuhan	
Pelayanan pengobatan	Sesuai tata laksana penyakit didukung oleh penunjang laboratorium	-	-	-	

a. Antenatal 0 etiologi dan rujukan bila diperlukan.
   1. Ibu hamil KEK diberikan tambahan asupan gizi dengan jumlah energi 500 kkal, dapat berupa pemberian Makanan Tambahan (MT) selama minimal 90 hari. Pemberian MT dilakukan di Puskesmas, Pustu atau Posyandu.
   2. Kader melakukan kunjungan rumah untuk memberikan edukasi, pemantauan dan pendampingan tambahan

asupan gizi ibu hamil dengan KEK dan kekurangan berat badan.
3. Pemberian tambahan asupan gizi mengacu pada protokol pemberian makanan tambahan bagi ibu hamil KEK.

Pelayanan Kesehatan Bayi dan Balita (0 - 59 Bulan)

Klaster 2 mengambil alih seluruh pemantauan neonatus, bayi, dan balita yang sebelumnya terpisah. Pemantauan Tumbuh Kembang dan Pencegahan Stunting Fokus utama Klaster 2 untuk anak adalah memantau kelayakan tumbuh kembang dan menghapus stunting. Puskesmas mengimplementasikan pemantauan menggunakan buku KIA, instrumen SDIDTK (Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang), imunisasi dasar dan lanjutan, serta pedoman MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit).

1. Kunjungan Neonatal (KN1 - KN3): Pemantauan tali pusat, pencegahan hipotermia, ikterus neonatorum, dan skrining Hipotiroid Kongenital (SHK).
2. Pemantauan Tumbuh Kembang: Meliputi penimbangan berat badan, pengukuran panjang/tinggi badan, lingkar kepala. Data dimasukkan ke dalam Kurva Pertumbuhan WHO.
3. Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang (SDIDTK): Dilakukan sesuai jadwal umur anak untuk mendeteksi penyimpangan motorik, bahasa, dan kognitif.
4. Imunisasi Dasar dan Lanjutan: Pemberian imunisasi rutin lengkap sesuai jadwal Kementerian Kesehatan (BCG, Polio, DPT-HB-Hib, PCV, Rotavirus, Campak-Rubella, dll).
5. **Manajemen Terpadu Balita Sakit (MTBS):** Algoritma klinis untuk menangani penyakit tersering pada balita (pneumonia, diare, malaria, campak, malnutrisi).

Fokus utama Klaster 2 untuk anak adalah memantau kelayakan tumbuh kembang dan menghapus stunting. Puskesmas mengimplementasikan pemantauan menggunakan buku KIA, instrumen SDIDTK (Stimulasi, Deteksi, dan Intervensi Dini Tumbuh Kembang), imunisasi dasar dan lanjutan, serta pedoman MTBS (Manajemen Terpadu Balita Sakit).Pembentukan Harga Diri Anak sejak Dini seperti penelitian yang dilakukan oleh Budiman dkk (2026) banyak membahas isu terkait "Harga Diri Rendah" dan skema diri individu. Dalam konsep ILP anak, Puskesmas berfungsi sebagai pusat edukasi *parenting*. Petugas kesehatan membimbing orang tua agar memberikan stimulasi verbal dan emosional yang positif. Anak-anak yang tumbuh di lingkungan penuh konflik atau pengabaian sangat berisiko mengalami defisit regulasi emosi dan harga diri rendah kronis di kemudian hari. Oleh karena itu, deteksi dini masalah psikososial pada keluarga balita merupakan intervensi pencegahan gangguan jiwa masa depan.

Pelayanan Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja

Skrining Kesehatan Fisik Remaja Melalui kerangka PKPR (Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja) di Klaster 2, Puskesmas melakukan pendekatan kuratif dan preventif. Intervensi fisik utama meliputi pemberian Tablet Tambah Darah (TTD) untuk mencegah anemia pada remaja putri, skrining obesitas, penglihatan/pendengaran, dan edukasi terkait kesehatan reproduksi.

Masa remaja adalah fase krusial dalam siklus hidup terkait perkembangan fisik (pubertas) dan psikologis.

a. Skrining Kesehatan Berkala: Meliputi pemeriksaan ketajaman indera (penglihatan dan pendengaran), status gizi (mencegah obesitas dan anemia pada remaja putri).
b. Pemberian Tablet Tambah Darah (TTD): Program intervensi untuk remaja putri untuk mencegah anemia, yang merupakan

investasi jangka panjang untuk mencegah ibu hamil KEK dan bayi stunting.

c. Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja (PKPR): Konseling mengenai kesehatan reproduksi, pencegahan infeksi menular seksual (IMS), pencegahan pernikahan dini, HIV/AIDS, dan pencegahan penyalahgunaan NAPZA.
d. Skrining Kesehatan Jiwa: Menggunakan instrumen seperti *Strength and Difficulties Questionnaire* (SDQ) untuk mendeteksi dini masalah emosional dan perilaku pada remaja.

Tantangan Era Digital pada Kesehatan Mental Remaja Disrupsi teknologi mengubah peta kerentanan kesehatan masyarakat primer. Masalah terbesar bagi remaja saat ini bukan hanya penyakit menular fisik, melainkan epidemi kesepian dan gangguan mental akibat interaksi digital yang tidak sehat.Penelitian Budiman (2026) menemukan bahwa kelelahan digital (*digital burnout*) berkontribusi langsung secara signifikan terhadap tingginya rasa kesepian (*loneliness*) pada remaja (Gen Z), di mana nilai harga diri (*self-esteem*) bertindak sebagai mediator pelindung. Implikasinya dalam pelayanan Puskesmas:

a. Puskesmas harus mulai menyertakan indikator intensitas penggunaan media sosial dan *digital burnout* dalam skrining anak sekolah (UKS) dan di dalam gedung.
b. Perawat Klaster 2 dapat merancang intervensi kelompok di sekolah-sekolah yang bertujuan meningkatkan *self-esteem* (harga diri) remaja untuk membentengi mereka dari bahaya depresi akibat *cyberbullying* dan kesepian eksistensial.
c. *Evidence-based practice* dari Universitas Jember ini membuktikan bahwa layanan primer tidak bisa lagi mengabaikan disrupsi digital sebagai penyebab komorbiditas mental pada anak usia sekolah.

7.2 Latihan Soal

1. Seorang ibu hamil usia 30 tahun datang ke puskesmas untuk pemeriksaan kehamilan trimester III. Hasil pemeriksaan menunjukkan tekanan darah 150/100 mmHg, Hb 9 g/dL, dan ibu mengeluh pusing. Di puskesmas tersedia layanan gizi, laboratorium, dan konseling kesehatan. Pendekatan pelayanan sesuai ILP yang paling tepat adalah?
   A. Memberikan tablet Fe lalu memulangkan ibu
   B. Meminta ibu kontrol kembali satu bulan lagi
   C. Memberikan pelayanan terintegrasi meliputi pemeriksaan, konseling gizi, dan rujukan bila diperlukan
   D. Hanya fokus pada pemeriksaan tekanan darah
   E. Menyarankan ibu istirahat total di rumah
2. Seorang balita usia 2 tahun datang ke posyandu. Berat badan tidak naik selama 2 bulan berturut-turut. Anak sering sakit batuk pilek dan ibu mengatakan anak sulit makan. Dalam konsep ILP, kader dan tenaga kesehatan melakukan penilaian status gizi dan edukasi keluarga. Langkah prioritas yang paling tepat adalah?
   A. Memberikan antibiotik segera
   B. Menyarankan ibu membeli vitamin di apotek
   C. Melakukan penilaian tumbuh kembang dan intervensi gizi terpadu
   D. Menunggu hingga bulan berikutnya
   E. Memberikan susu formula tinggi kalori tanpa pemeriksaan lanjut
3. Seorang remaja putri usia 15 tahun datang ke puskesmas mengeluh mudah lelah dan pusing saat sekolah. Hasil pemeriksaan Hb 10 g/dL. Remaja juga mengaku sering mengonsumsi makanan cepat saji dan jarang makan sayur. Intervensi sesuai pendekatan ILP adalah?

A. Memberikan obat sakit kepala saja

B. Memberikan tablet tambah darah dan edukasi gizi seimbang

C. Menyarankan istirahat selama satu minggu

D. Melarang remaja mengikuti kegiatan olahraga

E. Memberikan antibiotik dan vitamin C

4. Seorang bayi baru lahir usia 3 hari dibawa ibunya ke puskesmas untuk kunjungan neonatal. Bayi tampak sehat, menyusu kuat, dan berat badan normal. Petugas melakukan pemeriksaan fisik, edukasi ASI eksklusif, imunisasi, dan konseling tanda bahaya. Prinsip ILP yang diterapkan pada kasus tersebut adalah:

   A. Pelayanan kuratif terpisah

   B. Pelayanan berbasis rujukan rumah sakit

   C. Pelayanan kesehatan terintegrasi dan berkesinambungan

   D. Pelayanan khusus imunisasi saja

   E. Pelayanan administratif kesehatan

5. Petugas puskesmas menemukan seorang remaja laki-laki usia 17 tahun merokok dan sering bolos sekolah. Dari hasil kunjungan keluarga diketahui komunikasi orang tua dan anak kurang baik. Dalam pendekatan ILP dilakukan kolaborasi dengan sekolah, keluarga, dan kader kesehatan. Tujuan utama pendekatan tersebut adalah?

   A. Memberikan hukuman kepada remaja

   B. Mengurangi beban kerja puskesmas

   C. Memberikan pelayanan kesehatan yang berpusat pada individu dan keluarga

   D. Memindahkan tanggung jawab kepada sekolah

   E. Menghindari konseling kesehatan mental

7.3 Daftar Rujukan (Gunakan Reference Manager)

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer

Krüger C, Huss G, Yasmin F, Weigel R.

The "Pocket book of primary health care for children and adolescents": WHO standards for improving paediatric and adolescent primary care in Europe, Central Asia and worldwide.

Frontiers in Pediatrics. 2024;12:1462303. DOI: 10.3389/fped.2024.1462303

Adolescent and young adult-friendly primary health care services in low- and middle-income countries: a scoping review.

Discover Health Systems. 2025;5(1):7. DOI: 10.1007/s44155-025-00150-3

Improving Integration of Behavioral Health Into Primary Care for Adolescents and Young Adults. Journal of Adolescent Health. 2020. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2020.05.024

BAB 8. KONSEP KLASTER MANAJEMEN PUSKESMAS

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep Klaster Manajemen Kesehatan

8.1 Pendahuluan

Klaster Manajemen Puskesmas merupakan salah satu komponen utama dalam Integrasi Layanan Primer (ILP) yang berfungsi mengelola, mengoordinasikan, dan memastikan seluruh pelayanan kesehatan di Puskesmas berjalan secara efektif, efisien, terintegrasi, dan berkesinambungan (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Dalam pendekatan ILP, Klaster Manajemen tidak hanya berperan sebagai pengelola administrasi, tetapi juga menjadi pusat koordinasi seluruh klaster pelayanan kesehatan. Klaster ini bertanggung jawab terhadap perencanaan program, pengorganisasian pelayanan, pengelolaan sumber daya, monitoring evaluasi, serta penguatan mutu pelayanan kesehatan primer. Klaster Manajemen menjadi fondasi utama keberhasilan implementasi Integrasi Layanan Primer karena seluruh kegiatan pelayanan kesehatan membutuhkan dukungan sistem manajemen yang baik. Tanpa pengelolaan yang optimal, integrasi pelayanan antar klaster tidak dapat berjalan secara maksimal. Menurut Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas, manajemen Puskesmas merupakan rangkaian kegiatan yang bekerja secara sistematis untuk menghasilkan luaran Puskesmas yang efektif dan efisien melalui fungsi perencanaan, pelaksanaan, pengendalian, pengawasan, dan pertanggungjawaban.

Tujuan

Tujuan utama Klaster Manajemen adalah memastikan seluruh pelayanan kesehatan di Puskesmas berjalan secara terintegrasi dan berkualitas.

Tujuan khusus Klaster Manajemen meliputi:

1) Mengoptimalkan Tata Kelola Puskesmas
   Klaster Manajemen bertujuan menciptakan tata kelola pelayanan kesehatan yang baik melalui sistem kerja yang terstruktur, transparan, dan akuntabel.
2) Mengintegrasikan Seluruh Program Pelayanan
   Melalui Klaster Manajemen, seluruh program kesehatan dapat dikolaborasikan sehingga pelayanan menjadi lebih efektif dan tidak berjalan sendiri-sendiri.
3) Meningkatkan Efektivitas dan Efisiensi Pelayanan
   Pengelolaan sumber daya manusia, logistik, sarana, dan pembiayaan dilakukan secara optimal agar pelayanan berjalan efektif dan efisien.
4) Meningkatkan Mutu Pelayanan Kesehatan
   Klaster Manajemen memastikan pelayanan kesehatan sesuai standar mutu dan keselamatan pasien.
5) Mendukung Pencapaian Target Program Kesehatan

Klaster Manajemen membantu pencapaian indikator kesehatan nasional seperti:

A. penurunan angka kematian ibu dan bayi,
B. penurunan stunting,
C. pengendalian penyakit menular,
D. pengendalian penyakit tidak menular.

(Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Fungsi Klaster Manajemen Puskesmas

A. Fungsi Perencanaan

Perencanaan dilakukan untuk menentukan:

1. target pelayanan,
2. kebutuhan SDM,
3. kebutuhan logistik,
4. pembiayaan program,
5. strategi implementasi pelayanan.

Perencanaan dilakukan berdasarkan:

1. analisis situasi kesehatan wilayah,
2. data epidemiologi,
3. kebutuhan masyarakat,
4. capaian indikator kesehatan.

Menurut Azwar (2017), perencanaan kesehatan merupakan proses penyusunan kegiatan kesehatan secara sistematis untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan yang optimal.

B. Fungsi Pengorganisasian

Pengorganisasian bertujuan membagi tugas dan tanggung jawab tenaga kesehatan sesuai kompetensi masing-masing.

Dalam pendekatan lintas klaster, pengorganisasian meliputi:

1. pembentukan tim ILP,
2. penentuan koordinator klaster,
3. pembagian wilayah kerja,
4. koordinasi lintas profesi.

Pengorganisasian yang baik akan meningkatkan koordinasi pelayanan dan mempercepat proses pengambilan keputusan.

C. Fungsi Pelaksanaan

Fungsi pelaksanaan dilakukan melalui:

1. penyelenggaraan pelayanan kesehatan,

2. koordinasi antarprogram,
3. pelaksanaan kegiatan promotif dan preventif,
4. integrasi pelayanan kesehatan.

Pelaksanaan program harus mengacu pada standar pelayanan kesehatan dan pedoman ILP yang ditetapkan Kementerian Kesehatan.

D. Fungsi Pengawasan dan Pengendalian

Klaster Manajemen melakukan pengawasan terhadap:

1. pelaksanaan program,
2. penggunaan anggaran,
3. mutu pelayanan,
4. pencapaian indikator kesehatan.

Pengawasan bertujuan memastikan seluruh kegiatan berjalan sesuai rencana dan standar pelayanan.

E. Fungsi Monitoring dan Evaluasi

Monitoring dan evaluasi dilakukan secara berkala untuk:

1. menilai keberhasilan program,
2. mengidentifikasi hambatan,
3. menentukan tindak lanjut perbaikan,
4. meningkatkan kualitas pelayanan.

Monitoring dapat dilakukan secara:

1. harian,
2. mingguan,
3. bulanan,
4. triwulan,
5. tahunan.

(Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Komponen Klaster Manajemen

Manajemen Sumber Daya Manusia (SDM)

Manajemen SDM meliputi:

1. perencanaan kebutuhan tenaga kesehatan,
2. pembagian tugas,
3. peningkatan kompetensi,
4. pelatihan tenaga kesehatan,
5. penilaian kinerja pegawai.

SDM merupakan faktor penting dalam keberhasilan implementasi ILP karena pelayanan lintas klaster membutuhkan kerja sama multidisiplin.

Menurut WHO (2021), tenaga kesehatan yang kompeten dan terkoordinasi menjadi kunci utama keberhasilan pelayanan kesehatan primer.

Manajemen Logistik

Manajemen logistik bertujuan memastikan:

1. obat,
2. vaksin,
3. alat kesehatan,
4. bahan medis habis pakai,
5. dan sarana pelayanan

tersedia secara cukup dan tepat waktu.

Pengelolaan logistik meliputi:

1. perencanaan kebutuhan,
2. pengadaan,
3. penyimpanan,
4. distribusi,
5. pencatatan,
6. pelaporan.

Manajemen logistik yang baik akan mendukung kelancaran pelayanan kesehatan.

Manajemen Keuangan

Pengelolaan keuangan dilakukan untuk memastikan penggunaan anggaran berjalan efektif, efisien, transparan, dan akuntabel.

Sumber pembiayaan Puskesmas dapat berasal dari:

1. APBN,
2. APBD,
3. BOK,
4. JKN,
5. dana desa,
6. dan sumber lain yang sah.

Manajemen keuangan meliputi:

1. penyusunan anggaran,
2. penggunaan dana,
3. pelaporan,
4. evaluasi pembiayaan program.

Manajemen Sistem Informasi

Sistem informasi kesehatan sangat penting dalam pelaksanaan ILP karena seluruh data pelayanan harus terintegrasi.

Manajemen sistem informasi meliputi:

1. pencatatan pelayanan,
2. pelaporan program,
3. analisis data kesehatan,
4. integrasi data digital,
5. penggunaan aplikasi SATUSEHAT.

Menurut Kementerian Kesehatan RI (2023), digitalisasi pelayanan kesehatan menjadi bagian penting dalam transformasi layanan primer.

Manajemen Mutu Pelayanan

Manajemen mutu bertujuan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.

Kegiatan manajemen mutu meliputi:

1. audit internal,
2. survei kepuasan pasien,
3. peningkatan mutu berkelanjutan,
4. manajemen risiko,
5. evaluasi standar pelayanan.

Mutu pelayanan menjadi indikator penting keberhasilan Puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan primer.

8.2 Peran Klaster Manajemen dalam Integrasi Layanan Primer

Klaster Manajemen memiliki peran yang sangat strategis dalam keberhasilan implementasi Integrasi Layanan Primer (ILP) di Puskesmas. Dalam sistem pelayanan kesehatan primer, Klaster Manajemen berfungsi sebagai pusat pengelolaan, pengendalian, koordinasi, dan pengawasan seluruh pelayanan kesehatan agar berjalan secara efektif, efisien, terintegrasi, dan berkesinambungan (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Implementasi ILP membutuhkan kerja sama lintas program, lintas profesi, dan lintas sektor sehingga diperlukan sistem manajemen yang mampu menghubungkan seluruh komponen pelayanan kesehatan. Tanpa adanya pengelolaan yang baik, pelayanan kesehatan akan berjalan sendiri-sendiri dan menyebabkan fragmentasi pelayanan yang dapat menurunkan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat.

Menurut WHO (2021), penguatan sistem manajemen pelayanan kesehatan primer merupakan salah satu faktor utama dalam meningkatkan akses pelayanan kesehatan, efektivitas pelayanan, dan keselamatan pasien. Oleh karena itu, Klaster Manajemen

menjadi fondasi utama dalam mendukung keberhasilan transformasi layanan primer di Indonesia.

Berikut merupakan pembahasan mengenai peran Klaster Manajemen dalam Integrasi Layanan Primer.

A. Sebagai Pusat Koordinasi

Klaster Manajemen berperan sebagai pusat koordinasi seluruh klaster pelayanan kesehatan di Puskesmas agar pelayanan berjalan secara terintegrasi dan saling mendukung (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Dalam pendekatan ILP, pelayanan kesehatan tidak lagi dilakukan secara terpisah antarprogram, melainkan harus dilaksanakan melalui koordinasi lintas klaster. Oleh sebab itu, Klaster Manajemen memiliki tanggung jawab untuk memastikan seluruh unit pelayanan bekerja secara sinkron dan terarah.

Koordinasi tersebut meliputi:

1. koordinasi antar tenaga kesehatan,
2. koordinasi antar program pelayanan,
3. koordinasi kegiatan lapangan,
4. koordinasi sistem rujukan internal,
5. serta koordinasi pelaporan dan evaluasi program.

Sebagai contoh, dalam pelayanan ibu hamil risiko tinggi diperlukan koordinasi antara:

1. dokter,
2. bidan,
3. tenaga gizi,
4. laboratorium,
5. promosi kesehatan,
6. kader kesehatan,
7. dan rumah sakit rujukan.

Klaster Manajemen memastikan seluruh pelayanan tersebut berjalan dalam satu sistem pelayanan yang terintegrasi sehingga pasien mendapatkan pelayanan yang cepat dan komprehensif. Selain itu, koordinasi juga dilakukan dalam pelaksanaan kegiatan Posyandu Integrasi Layanan Primer (ILP), di mana berbagai program seperti:

1. imunisasi,
2. gizi,
3. kesehatan ibu dan anak,
4. skrining penyakit tidak menular,
5. promosi kesehatan,
6. dan kesehatan lingkungan

dilaksanakan secara bersama-sama dalam satu kegiatan pelayanan. Menurut WHO (2020), koordinasi pelayanan kesehatan primer yang baik mampu meningkatkan efisiensi pelayanan serta memperkuat kesinambungan pelayanan kesehatan masyarakat.

Manfaat fungsi koordinasi:

1. mengurangi tumpang tindih program,
2. mempercepat pelayanan,
3. meningkatkan efektivitas pelayanan,
4. memperkuat kerja tim,
5. dan meningkatkan kepuasan masyarakat.

B. Sebagai Pengendali Program

Klaster Manajemen memiliki fungsi penting sebagai pengendali seluruh program pelayanan kesehatan di Puskesmas. Pengendalian program dilakukan untuk memastikan seluruh kegiatan pelayanan berjalan sesuai target, indikator, standar pelayanan, dan kebijakan kesehatan nasional (Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019).

Dalam implementasi ILP, banyak program kesehatan yang harus dijalankan secara bersamaan seperti:

1. program KIA,
2. imunisasi,
3. gizi,
4. penyakit tidak menular,
5. tuberkulosis,
6. HIV/AIDS,
7. kesehatan jiwa,
8. kesehatan lingkungan,
9. dan promosi kesehatan.

Klaster Manajemen memastikan seluruh program tersebut berjalan secara terintegrasi dan tidak berjalan sendiri-sendiri.
Fungsi pengendalian program meliputi:

1. pemantauan capaian indikator,
2. pengawasan pelaksanaan kegiatan,
3. monitoring penggunaan anggaran,
4. evaluasi program,
5. serta tindak lanjut perbaikan program.

Sebagai contoh, jika cakupan imunisasi di wilayah kerja menurun, maka Klaster Manajemen akan melakukan:

1. analisis penyebab masalah,
2. koordinasi lintas program,
3. evaluasi pelayanan,
4. penguatan edukasi masyarakat,
5. dan perencanaan tindak lanjut.

Menurut Azwar (2017), pengendalian program kesehatan sangat penting untuk memastikan pelayanan kesehatan berjalan efektif dan mencapai tujuan pembangunan kesehatan masyarakat.

Klaster Manajemen juga bertugas memastikan pencapaian indikator program nasional seperti:

1. penurunan angka kematian ibu,
2. penurunan stunting,
3. peningkatan cakupan imunisasi,
4. pengendalian PTM,
5. dan eliminasi tuberkulosis.

Manfaat fungsi pengendalian program:

1. meningkatkan capaian program,
2. mempercepat identifikasi masalah,
3. meningkatkan efisiensi pelayanan,
4. dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

C. Sebagai Pengelola Sumber Daya

Klaster Manajemen memiliki tanggung jawab dalam mengelola seluruh sumber daya yang dimiliki Puskesmas agar digunakan secara optimal dan efisien (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Sumber daya tersebut meliputi:

a. sumber daya manusia,
b. logistik kesehatan,
c. sarana prasarana,
d. pembiayaan,
e. dan sistem informasi kesehatan.

1. Pengelolaan SDM

Klaster Manajemen mengatur:

a. pembagian tugas tenaga kesehatan,
b. jadwal pelayanan,
c. pengembangan kompetensi,
d. pelatihan tenaga kesehatan,

e. dan evaluasi kinerja pegawai.

Pengelolaan SDM sangat penting karena implementasi ILP membutuhkan kerja sama multidisiplin antar tenaga kesehatan. Menurut WHO (2021), SDM kesehatan yang kompeten dan terkoordinasi menjadi faktor utama keberhasilan pelayanan kesehatan primer.

2. Pengelolaan Logistik

Klaster Manajemen memastikan ketersediaan:

a. obat,
b. vaksin,
c. alat kesehatan,
d. bahan medis habis pakai,
e. dan sarana pelayanan.

Manajemen logistik meliputi:

a. perencanaan kebutuhan,
b. pengadaan,
c. penyimpanan,
d. distribusi,
e. pencatatan,
f. dan pelaporan logistik kesehatan.

3. Pengelolaan Pembiayaan

Klaster Manajemen juga bertanggung jawab terhadap penggunaan anggaran pelayanan kesehatan secara efektif dan transparan. Pembiayaan dapat berasal dari:

a. APBN,
b. APBD,
c. BOK,
d. JKN,
e. dana desa,

f. dan sumber lainnya.

Pengelolaan pembiayaan yang baik akan meningkatkan efektivitas pelayanan kesehatan primer.

Manfaat pengelolaan sumber daya:

a. meningkatkan efisiensi pelayanan,
b. mengurangi pemborosan,
c. meningkatkan kualitas pelayanan,
d. dan memastikan pelayanan berjalan optimal.

D. Sebagai Penjamin Mutu

Klaster Manajemen memiliki peran penting dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan agar tetap sesuai standar pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien (Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019). Mutu pelayanan kesehatan merupakan tingkat kesempurnaan pelayanan dalam memenuhi kebutuhan masyarakat sesuai standar profesi dan standar pelayanan kesehatan (Azwar, 2017). Dalam implementasi ILP, mutu pelayanan menjadi sangat penting karena pelayanan dilakukan secara lintas program dan melibatkan banyak tenaga kesehatan.

Klaster Manajemen melakukan berbagai upaya peningkatan mutu seperti:

1. penyusunan standar operasional prosedur (SOP),
2. audit internal,
3. monitoring indikator mutu,
4. survei kepuasan pasien,
5. evaluasi pelayanan,
6. dan peningkatan mutu berkelanjutan.

Sebagai contoh, pada pelayanan pasien hipertensi, mutu pelayanan dinilai dari:

1. ketepatan diagnosis,
2. kepatuhan pemberian terapi,
3. edukasi pasien,
4. pemantauan tekanan darah,
5. dan tindak lanjut pelayanan.

Menurut WHO (2021), pelayanan kesehatan primer yang berkualitas harus:

1. aman,
2. efektif,
3. berpusat pada pasien,
4. tepat waktu,
5. Efisien,
6. dan berkeadilan.

Manfaat fungsi penjamin mutu

1. meningkatkan keselamatan pasien,
2. meningkatkan kepuasan masyarakat,
3. memperkuat kualitas pelayanan,
4. dan meningkatkan kepercayaan masyarakat terhadap Puskesmas.

E. Sebagai Penghubung Lintas Sektor

Pelayanan kesehatan primer tidak dapat berjalan optimal tanpa dukungan lintas sektor. Oleh karena itu, Klaster Manajemen memiliki peran sebagai penghubung antara Puskesmas dengan berbagai sektor di luar kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Kerja sama lintas sektor dilakukan dengan:

1. pemerintah desa,
2. sekolah,
3. kader kesehatan,
4. PKK,
5. organisasi masyarakat,
6. tokoh masyarakat,
7. dan fasilitas kesehatan lainnya.

Koordinasi dengan Pemerintah Desa

Pemerintah desa memiliki peran penting dalam:

1. mendukung pembiayaan kesehatan,
2. pemberdayaan masyarakat,
3. pengembangan Posyandu,
4. dan pelaksanaan program kesehatan desa.

Koordinasi dengan Sekolah

Kerja sama dengan sekolah dilakukan dalam:

1. pelaksanaan UKS,
2. skrining kesehatan siswa,
3. edukasi kesehatan reproduksi,
4. imunisasi sekolah,
5. dan kesehatan remaja.

Koordinasi dengan Kader Kesehatan

Kader kesehatan membantu:

1. edukasi masyarakat,
2. pendampingan keluarga,
3. pemantauan ibu hamil,
4. pemantauan balita,
5. pelaporan kesehatan masyarakat.

Koordinasi dengan Organisasi Masyarakat

Organisasi masyarakat membantu meningkatkan partisipasi masyarakat dalam kegiatan kesehatan. Menurut UNICEF Indonesia (2022), kolaborasi lintas sektor sangat penting dalam memperkuat pelayanan kesehatan primer terutama dalam percepatan penurunan stunting dan peningkatan kesehatan masyarakat.

Manfaat kerja sama lintas sektor:

1. memperkuat pemberdayaan masyarakat,
2. meningkatkan cakupan pelayanan,
3. mempercepat pencapaian target kesehatan,
4. dan meningkatkan efektivitas program kesehatan.

8.3 Daftar Rujukan (Gunakan Reference Manager)

Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas.

Azwar, A. (2017). *Pengantar Administrasi Kesehatan.*

Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Pedoman Implementasi Integrasi Layanan Primer.*

World Health Organization. (2021). *Integrated People-Centred Health Services.*

Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 tentang Puskesmas.

BAB 9. KLASTER USIA DEWASA, LANSIA

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep klaster penanggulangan penyakit menular

9.1 Pendahuluan

Klaster usia dewasa dan lansia dalam ILP merupakan bagian dari transformasi pelayanan kesehatan primer berbasis siklus hidup. Pelayanan ini tidak lagi berjalan terpisah berdasarkan program, tetapi diintegrasikan melalui Puskesmas, Pustu, Posyandu, sistem informasi kesehatan, dan kunjungan rumah. Fokus utamanya adalah penguatan promotif-preventif, pemberdayaan individu dan komunitas, serta keterpaduan pelayanan perorangan dan Masyarakat (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Pada kelompok dewasa, masalah kesehatan utama berkaitan dengan faktor risiko PTM seperti hipertensi, diabetes, obesitas, merokok, kurang aktivitas fisik, pola makan tidak sehat, stres, dan rendahnya pemeriksaan kesehatan rutin. Karena capaian skrining usia produktif masih dapat rendah akibat kurangnya kesadaran, rasa takut terhadap hasil pemeriksaan, dan hambatan akses, pelayanan tidak cukup hanya menunggu pasien datang, tetapi perlu menjangkau masyarakat melalui edukasi, kader, Posyandu/Posbindu, dan pendekatan keluarga (Nurfadilah & Rizqi, 2025). Pada kelompok lansia, pelayanan perlu lebih komprehensif karena lansia rentan mengalami penyakit degeneratif, penurunan mobilitas, gangguan kognitif, malnutrisi, risiko jatuh, dan ketergantungan aktivitas harian. Skrining PTM yang dikombinasikan dengan edukasi dan senam lansia menjadi strategi komunitas yang efektif untuk deteksi dini dan pemeliharaan fungsi lansia sesuai kemampuan fisiknya (Kumalasari et al., 2024). Dengan demikian, perawat komunitas

berperan sebagai edukator, koordinator layanan, konselor keluarga, pemantau kepatuhan, serta penghubung antara pasien, keluarga, kader, dan fasilitas kesehatan.

9.2. Konsep Klaster Dewasa dan Lansia

1) Definisi Klaster 3 dalam ILP

Klaster 3 dalam ILP merupakan pelayanan kesehatan primer untuk kelompok dewasa usia 18–59 tahun dan lansia usia 60 tahun ke atas. Pelayanan ini berbasis siklus hidup, sehingga pemeriksaan tidak hanya berfokus pada keluhan utama, tetapi juga mencakup deteksi faktor risiko kesehatan secara menyeluruh. Pada usia dewasa, pelayanan meliputi pemeriksaan tekanan darah, status gizi, gula darah, perilaku merokok, aktivitas fisik, kesehatan jiwa, kesehatan reproduksi, dan edukasi kesehatan. Pada lansia, pelayanan diperluas dengan penilaian fungsi fisik, risiko jatuh, status nutrisi, fungsi kognitif, dukungan keluarga, serta kebutuhan perawatan jangka panjang (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Transformasi pelayanan melalui ILP bertujuan mengatasi pola layanan lama yang terpisah-pisah berdasarkan program penyakit, seperti hipertensi, diabetes, kesehatan jiwa, kesehatan reproduksi, dan lansia. Dalam pendekatan klaster, pasien dilayani berdasarkan siklus hidupnya, kemudian petugas melakukan skrining, pemeriksaan, penatalaksanaan, pencatatan, dan tindak lanjut sesuai kebutuhan kesehatan. Model ini membuat pelayanan lebih menyeluruh, memudahkan petugas mengenali masalah kesehatan pasien, serta memperjelas alur rujukan dan pemantauan. Keberhasilan klaster juga tidak hanya bergantung pada tenaga kesehatan di Puskesmas, tetapi membutuhkan peran kader Posyandu ILP dalam melakukan skrining awal, memberikan edukasi, dan menggerakkan masyarakat. (Manglapy et al., 2025).

2) Alur Pelayanan Terintegrasi

Alur pelayanan terintegrasi Klaster 3 dimulai dari pendaftaran pasien di Puskesmas atau Pustu, kemudian dilanjutkan dengan skrining awal seperti pengukuran tekanan darah, berat badan, tinggi badan, indeks massa tubuh, gula darah sesuai indikasi, serta identifikasi perilaku berisiko. Pada lansia, skrining ditambah dengan penilaian risiko jatuh, aktivitas sehari-hari, status gizi, dan fungsi kognitif. Setelah itu, petugas mengelompokkan pasien berdasarkan risiko: pasien normal diberi edukasi dan jadwal kontrol, pasien dengan faktor risiko mendapat pemeriksaan lanjutan dan konseling, sedangkan pasien dengan kondisi gawat darurat segera ditangani atau dirujuk. Dengan alur ini, Puskesmas dan Pustu menjadi pintu masuk, pusat koordinasi, dan tempat pemantauan kesehatan berkelanjutan. (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Pelatihan kader dalam skrining PTM usia produktif dan lansia memperlihatkan bahwa alur lima meja Posbindu/Posyandu dapat diperkuat dengan simulasi, praktik, dan komitmen kader sehingga proses deteksi dini di komunitas berjalan lebih sistematis (Manglapy et al., 2025).

3) Paket Pelayanan Esensial

Paket pelayanan esensial Klaster 3 adalah intervensi minimal yang diberikan kepada dewasa dan lansia saat kontak dengan layanan primer. Pada usia dewasa, layanan mencakup anamnesis, pengukuran tekanan darah, status gizi, gula darah atau HbA1c sesuai indikasi, skrining merokok, aktivitas fisik, konsumsi alkohol, kesehatan jiwa, serta kesehatan reproduksi bagi calon pengantin dan pasangan usia subur. Pada lansia, pelayanan diperluas dengan penilaian fungsi sehari-hari, risiko jatuh, kebutuhan alat bantu, status kognitif, dukungan keluarga, dan kemampuan perawatan diri. Penilaian ADL penting karena berkaitan dengan kemandirian lansia dalam aktivitas seperti makan, mandi, berpakaian, berjalan,

menggunakan toilet, dan mengendalikan eliminasi. (Saputra et al., 2024).

Tabel 4.1 Contoh Paket Pelayanan Esensial Klaster Dewasa dan Lansia

Komponen Pelayanan	Usia Dewasa (18–59 tahun)	Lansia (≥60 tahun)
Skrining fisik dasar	Tekanan darah, IMT, lingkar perut, keluhan utama.	Tekanan darah, IMT, status mobilitas, keluhan utama, tanda penurunan fungsi.
Skrining metabolik	GDS/HbA1c sesuai indikasi, kolesterol bila tersedia.	GDS/HbA1c, kolesterol, pemantauan komplikasi dan polifarmasi.
Kesehatan jiwa	SRQ-20, stres kerja, kecemasan, perilaku berisiko.	SRQ-20 bila sesuai, dukungan sosial, kesepian, depresi, perubahan perilaku.
Kesehatan reproduksi	Catin, PUS, IVA/Pap smear sesuai sasaran, edukasi prakonsepsi.	Edukasi kesehatan seksual lansia bila relevan, pencegahan kekerasan/penelantaran.
Geriatri	Belum menjadi fokus utama kecuali ada disabilitas.	ADL/Barthel, risiko jatuh, MNA, AMT/MMSE, kebutuhan LTC.
Intervensi komunitas	Edukasi GERMAS, berhenti merokok, diet seimbang, aktivitas fisik.	Senam lansia, latihan beban ringan, dukungan keluarga, home visit, telenursing.

Masalah Kesehatan Usia Dewasa

1) Skrining Penyakit Tidak Menular (PTM)

PTM seperti hipertensi, diabetes, obesitas, penyakit jantung, stroke, kanker serviks, dan kanker payudara sering tidak bergejala, sehingga skrining aktif perlu dilakukan di komunitas (Nurfadilah & Rizqi, 2025).

a. Hipertensi dan diabetes: dilakukan dengan pengukuran tekanan darah serta pemeriksaan GDS, gula darah puasa, atau HbA1c sesuai indikasi (Intening et al., 2025).

b. Obesitas: dilakukan dengan pengukuran berat badan, tinggi badan, IMT, dan lingkar perut karena obesitas berhubungan dengan berbagai PTM (Hartini et al., 2024)

c. Kanker serviks dan payudara: dilakukan melalui IVA/Pap smear, pemeriksaan payudara klinis, dan edukasi SADARI untuk deteksi dini (Ririn et al., 2023).

2) Kesehatan Jiwa dan Perilaku Berisiko

Kesehatan jiwa pada usia dewasa dapat dipengaruhi oleh tekanan pekerjaan, konflik keluarga, masalah ekonomi, penyakit kronis, dan penggunaan zat. Gangguan seperti kecemasan, depresi, gangguan tidur, sulit konsentrasi, dan hilang minat dapat menurunkan produktivitas serta kepatuhan pengobatan. Dalam layanan primer, skrining menggunakan SRQ-20 penting untuk mendeteksi dini masalah kesehatan jiwa dan menentukan tindak lanjut berupa edukasi, konseling, atau rujukan. Skrining ini perlu disertai komunikasi terapeutik agar masyarakat memahami bahwa pemeriksaan kesehatan jiwa bukan untuk memberi label, tetapi untuk membantu mengenali masalah lebih awal. (Mawaddah et al., 2024).

Perilaku berisiko pada usia dewasa meliputi merokok, konsumsi alkohol, kurang aktivitas fisik, pola makan tinggi gula-garam-lemak,

penggunaan obat tanpa pengawasan, dan kurang tidur. Perilaku tersebut perlu dikaji karena berkaitan dengan PTM dan kesehatan jiwa. Edukasi berhenti merokok, misalnya, harus dilakukan secara bertahap dengan menilai tingkat ketergantungan, motivasi, dukungan keluarga, dan lingkungan kerja. Edukasi diet seimbang juga perlu disesuaikan dengan kebiasaan makan lokal agar tidak terasa sulit dilakukan. Dalam konteks GERMAS, perawat komunitas dapat mendorong aktivitas fisik minimal yang realistis seperti jalan kaki, peregangan, senam kelompok, dan pengurangan duduk terlalu lama (Intening et al., 2025).

3) Kesehatan Reproduksi

Kesehatan reproduksi pada usia dewasa mencakup pelayanan calon pengantin, pasangan usia subur, wanita usia subur, dan laki-laki dewasa. Skrining calon pengantin penting untuk mendeteksi faktor risiko yang dapat memengaruhi kesehatan ibu, bayi, dan keluarga. Edukasi prakonsepsi perlu meliputi gizi, anemia, imunisasi, penyakit menular, penyakit kronis, kesiapan psikologis, dan perencanaan kehamilan (Hartini et al., 2024).

Masalah Kesehatan pada Lansia

1) Pengkajian Paripurna Pasien Geriatri (P3G)

P3G adalah pengkajian lansia secara menyeluruh yang mencakup aspek medis, fungsional, psikologis, sosial, gizi, kognitif, dan lingkungan. Pengkajian ini penting karena lansia sering memiliki beberapa masalah sekaligus, seperti hipertensi, diabetes, nyeri sendi, gangguan penglihatan, kelemahan otot, gangguan tidur, depresi, dan penurunan daya ingat (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Penilaian fungsional dilakukan menggunakan ADL atau Barthel Index untuk mengetahui kemampuan lansia dalam makan, mandi, berpakaian, berjalan, menggunakan toilet, dan mengontrol

eliminasi. Hasil ADL membantu menentukan tingkat kemandirian serta kebutuhan dukungan keluargarga (Saputra et al., 2024).

Risiko jatuh perlu dinilai melalui riwayat jatuh, gaya berjalan, alat bantu, obat-obatan, penglihatan, kondisi rumah, dan kekuatan otot. Penilaian ini penting karena riwayat jatuh dan cara berjalan berhubungan dengan tingkat risiko jatuh pada lansia (Setiawati et al., 2025). Intervensi sederhana seperti menata rumah, menghilangkan karpet licin, memasang pegangan kamar mandi, dan latihan keseimbangan dapat mencegah kejadian jatuh. Status gizi lansia dapat dikaji menggunakan Mini Nutritional Assessment (MNA) untuk mendeteksi malnutrisi, risiko malnutrisi, atau kelebihan berat badan. Hasil skrining dapat menjadi dasar edukasi gizi, pemantauan makan, dan dukungan keluarga (Riskyana & Kumala, 2023). Fungsi kognitif juga perlu dinilai dengan AMT atau MMSE karena gangguan memori dapat memengaruhi kepatuhan obat, keamanan, dan kemandirian lansia.

2) Manajemen Penyakit Degeneratif

Penyakit degeneratif pada lansia meliputi hipertensi, diabetes melitus, osteoartritis, penyakit jantung, stroke, gangguan ginjal, penglihatan, dan pendengaran. Penyakit ini membutuhkan pengelolaan jangka panjang, sehingga perawat berperan membantu lansia memahami penyakit, mengenali tanda bahaya, patuh minum obat, mengatur diet, melakukan aktivitas fisik aman, dan kontrol rutin. Dukungan keluarga sangat penting dalam manajemen penyakit degeneratif karena dapat membantu mengingatkan obat, mendampingi kontrol, mengatur makanan, dan memantau kondisi lansia di rumah. Penelitian menunjukkan bahwa dukungan keluarga berhubungan dengan kepatuhan minum obat hipertensi pada lansia, sehingga keluarga perlu dilibatkan dalam perawatan penyakit kronis (Wanta et al., 2024).

Perawat komunitas dapat membantu melalui kunjungan rumah, konseling keluarga, pemantauan tekanan darah/gula darah, evaluasi obat, edukasi diet, dan penyusunan jadwal aktivitas. Penguatan fungsi keluarga dan self-care behaviour melalui Posdaya juga dapat membantu lansia hipertensi dan diabetes dalam membuat jadwal obat, menu sehat, aktivitas fisik, pemantauan tekanan darah dan gula darah, serta penggunaan aplikasi layanan Kesehatan (Solida et al., 2024). Manajemen kesehatan keluarga juga diperlukan karena keluarga berperan dalam membantu pasien hipertensi menjalankan pengobatan, diet, dan kontrol kesehatan secara berkelanjutan (Suhari, Sulistyono, R. E., & Fibriansari, 2022)

3) Program Lansia Mandiri

Program lansia mandiri bertujuan mempertahankan kemandirian, mencegah ketergantungan, dan meningkatkan kualitas hidup lansia melalui Posyandu lansia, karang lansia, kelompok senam, edukasi penyakit kronis, kunjungan rumah, dan dukungan keluarga. Kegiatan ini tidak hanya berfokus pada pemeriksaan kesehatan, tetapi juga mendorong lansia tetap aktif secara fisik, sosial, dan mental. Skrining PTM yang dipadukan dengan senam lansia dapat meningkatkan keterlibatan lansia dalam menjaga kesehatannya(Kumalasari et al., 2024).

Karang lansia atau kelompok pendukung lansia berfungsi mencegah isolasi sosial, menjadi tempat berbagi pengalaman, memperoleh informasi kesehatan, dan memperkuat dukungan komunitas. Pemberdayaan keluarga dan komunitas melalui Posdaya juga dapat meningkatkan pengetahuan serta perilaku perawatan diri lansia hipertensi dan diabetes(Solida et al., 2024). Long Term Care (LTC) berbasis masyarakat diberikan bagi lansia dengan penurunan fungsi, disabilitas, atau ketergantungan. Perawatan dapat dilakukan di rumah dengan dukungan keluarga, kader, perawat, Puskesmas,

dan jejaring sosial, mencakup keamanan rumah, nutrisi, kebersihan diri, mobilisasi, pencegahan luka tekan, stimulasi kognitif, serta dukungan psikososial (Saputra et al., 2024).

Intervensi Keperawatan dan Edukasi Berbasis Komunitas

1) Pemberdayaan Keluarga

Pemberdayaan keluarga merupakan inti keperawatan komunitas pada klaster dewasa dan lansia karena keluarga berperan dalam mengingatkan obat, menyiapkan makanan, mendampingi kontrol, dan mendukung perubahan gaya hidup. Pendekatan Family-Centered Care menempatkan keluarga sebagai mitra perawatan, sehingga perawat perlu menilai peran, hambatan, dan kemampuan keluarga dalam merawat pasien (Wanta et al., 2024).

Pada lansia difabel atau gangguan kognitif, keluarga perlu dilatih menjaga keamanan rumah, mencegah jatuh, membantu mobilisasi, menjaga nutrisi, dan mencegah stres caregiver. Perawat perlu membantu keluarga menemukan solusi realistis sesuai kondisi ekonomi, budaya, dan kemampuan keluarga (Setiawati et al., 2025).

2) Edukasi Gizi dan Aktivitas Fisik

Edukasi gizi pada dewasa dan lansia perlu disesuaikan dengan masalah kesehatan, ekonomi, kebiasaan makan, dan kondisi fisik. Pada dewasa berisiko PTM, edukasi menekankan pengurangan gula, garam, lemak, minuman manis, serta peningkatan konsumsi sayur dan buah. Pada lansia, edukasi gizi perlu memperhatikan nafsu makan, masalah gigi, kesulitan mengunyah atau menelan, penyakit kronis, dan risiko malnutrisi yang dapat dikaji dengan MNA(Riskyana & Kumala, 2023). Aktivitas fisik dalam GERMAS harus disesuaikan dengan kemampuan individu. Dewasa dapat melakukan jalan cepat, bersepeda, senam, latihan kekuatan, atau aktivitas rumah tangga aktif, sedangkan lansia dapat melakukan

senam lansia, latihan rentang gerak, latihan keseimbangan, jalan kaki pendek, dan latihan beban ringan. Senam lansia yang dipadukan dengan skrining PTM dapat membantu mempertahankan kebugaran dan interaksi sosial lansia (Kumalasari et al., 2024).

3) Telenursing untuk Monitoring

Telenursing adalah pelayanan keperawatan jarak jauh melalui telepon, WhatsApp, video call, chatbot, atau aplikasi kesehatan untuk edukasi, pengingat obat, pemantauan gejala, dan tindak lanjut. Pada klaster dewasa dan lansia, telenursing membantu pasien penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes, dan tuberkulosis agar lebih patuh minum obat, kontrol rutin, serta memahami diet, aktivitas fisik, tanda bahaya, dan jadwal kunjungan ulang. Pelaksanaannya harus memperhatikan literasi digital, privasi, ketersediaan telepon, serta keterlibatan keluarga atau caregiver. Telenursing hanya menjadi alat pendukung pemantauan, bukan pengganti pemeriksaan klinis langsung. (Mulyati & Safariyah, 2024)

9.3 Rangkuman

Klaster usia dewasa dan lansia dalam ILP adalah pelayanan kesehatan primer terpadu berbasis siklus hidup untuk dewasa 18–59 tahun dan lansia ≥60 tahun. Pelayanan ini mencakup skrining, edukasi, pemeriksaan, intervensi, tindak lanjut, serta kerja sama antara Puskesmas, Pustu, Posyandu, kader, keluarga, dan kunjungan rumah. Pada dewasa, fokus pelayanan meliputi deteksi dini PTM, skrining kesehatan jiwa dengan SRQ-20, edukasi perilaku sehat, dan pelayanan kesehatan reproduksi. Pada lansia, pelayanan mencakup pengkajian geriatri, penilaian aktivitas harian, risiko jatuh, status gizi, fungsi kognitif, serta dukungan keluarga dalam mengelola penyakit degeneratif. Intervensi keperawatan komunitas

menekankan pemberdayaan keluarga, edukasi gizi, aktivitas fisik sesuai kemampuan, penguatan kader, dan telenursing untuk meningkatkan kemandirian, mencegah komplikasi, serta menjaga kualitas hidup dewasa dan lansia.

9.4 Latihan Soal

1. Seorang laki-laki usia 45 tahun datang ke Puskesmas untuk keluhan mudah lelah. Dalam alur Klaster 3, tindakan awal yang paling tepat dilakukan petugas adalah...

a. Langsung merujuk ke rumah sakit tanpa skrining

b. Melakukan skrining terpadu seperti tekanan darah, IMT, gula darah, dan perilaku berisiko

c. Memberikan antibiotik karena keluhan mudah lelah selalu disebabkan infeksi

d. Meminta pasien datang ke loket penyakit kronis yang berbeda

e. Mengabaikan karena usia 45 tahun belum termasuk kelompok risiko

2. Tujuan utama Klaster 3 dalam Integrasi Layanan Primer adalah...

a. Memisahkan pelayanan dewasa dan lansia berdasarkan jenis penyakit

b. Mengurangi kegiatan promotif dan preventif di Puskesmas

c. Mengintegrasikan pelayanan dewasa dan lansia berdasarkan siklus hidup

d. Memindahkan semua pelayanan lansia ke rumah sakit

e. Memberikan obat tanpa pemeriksaan risiko

3. Pemeriksaan yang paling tepat untuk skrining awal diabetes melitus di layanan primer adalah...

a. Tes pendengaran

b. Gula darah sewaktu atau HbA1c sesuai indikasi dan ketersediaan

c. Rontgen tulang belakang

d. Tes buta warna

e. Pemeriksaan tinggi fundus uteri

4. Instrumen SRQ-20 digunakan dalam Klaster 3 untuk...

a. Menilai risiko jatuh lansia

b. Menilai status gizi lansia

c. Skrining masalah kesehatan jiwa

d. Mengukur tekanan darah

e. Menentukan stadium kanker payudara

5. Seorang calon pengantin perempuan datang ke Puskesmas. Pelayanan yang sesuai dengan kesehatan reproduksi pranikah adalah...

a. Hanya memberikan surat keterangan tanpa edukasi

b. Skrining kesehatan, edukasi prakonsepsi, gizi, anemia, dan perencanaan kehamilan sehat

c. Menganjurkan menunda semua pemeriksaan sampai hamil

d. Memberikan obat tanpa anamnesis

e. Melakukan pemeriksaan hanya pada calon pengantin laki-laki

6. Instrumen ADL/Barthel Index pada lansia digunakan untuk menilai...

a. Kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari

b. Kadar gula darah tiga bulan terakhir

c. Risiko kanker serviks

d. Kebiasaan merokok

e. Kadar hemoglobin calon pengantin

7. Seorang lansia sering hampir jatuh saat berjalan dan memiliki riwayat jatuh satu bulan lalu. Intervensi keperawatan komunitas yang paling tepat adalah...

a. Menganjurkan lansia tidak bergerak sama sekali

b. Menilai risiko jatuh, mengevaluasi lingkungan rumah, dan mengajarkan latihan keseimbangan aman

c. Mengabaikan karena jatuh merupakan proses normal lansia

d. Memberi diet tinggi gula

e. Menghentikan semua aktivitas sosial lansia

8. Mini Nutritional Assessment (MNA) digunakan untuk...

a. Skrining status gizi lansia

b. Menilai kepatuhan minum obat

c. Menentukan tekanan darah

d. Mendeteksi kanker payudara

e. Mengukur kadar alkohol

9. Prinsip Family-Centered Care pada pasien lansia hipertensi adalah...

a. Keluarga tidak dilibatkan agar pasien lebih mandiri

b. Keluarga dilibatkan untuk mendukung obat, diet, kontrol, dan pemantauan kondisi pasien

c. Semua keputusan hanya ditentukan oleh kader

d. Pasien dilarang berdiskusi dengan keluarga

e. Perawat hanya fokus mencatat tekanan darah

10. Telenursing dalam pengelolaan penyakit kronis di komunitas paling tepat digunakan untuk...

a. Menggantikan seluruh pemeriksaan klinis

b. Memberi pengingat obat, edukasi, dan pemantauan jarak jauh sesuai kebutuhan

c. Menghapus peran keluarga

d. Menentukan diagnosis pasti tanpa data klinis

e. Mengurangi komunikasi antara pasien dan perawat

9.5 Bahan Diskusi

Diskusikan bagaimana Puskesmas di wilayah Anda dapat mengubah pelayanan yang sebelumnya terpisah berdasarkan

program menjadi alur Klaster 3 yang terintegrasi. Bahas siapa saja petugas yang perlu terlibat, bagaimana peran Pustu dan Posyandu, serta bagaimana pencatatan hasil skrining dapat digunakan untuk tindak lanjut pasien dewasa dan lansia.Diskusikan hambatan yang mungkin menyebabkan rendahnya capaian skrining PTM pada usia produktif. Pertimbangkan faktor pengetahuan, ketakutan terhadap hasil pemeriksaan, jarak fasilitas kesehatan, jam kerja masyarakat, stigma penyakit, serta ketersediaan kader. Setelah itu, rancang strategi edukasi komunitas yang realistis untuk meningkatkan partisipasi masyarakat. Diskusikan kasus lansia dengan hipertensi, diabetes, risiko jatuh, dan mulai sering lupa minum obat. Susun rencana intervensi keperawatan berbasis keluarga yang mencakup pengkajian ADL, risiko jatuh, status gizi, fungsi kognitif, edukasi diet, jadwal obat, pemantauan tekanan darah/gula darah, telenursing, serta rujukan bila diperlukan. Diskusikan bagaimana program karang lansia, senam lansia, Posdaya, dan Long Term Care berbasis masyarakat dapat dikembangkan di daerah dengan sumber daya terbatas. Identifikasi potensi kerja sama dengan kader, keluarga, pemerintah desa, organisasi masyarakat, dan fasilitas kesehatan.

9.6 Daftar Rujukan

Hartini, L., Zelpita, V., & Anggraini, D. (2024). *PENGARUH EDUKASI KESEHATAN CALON PENGANTIN TENTANGKEHAMILAN SEHAT DI KANTOR URUSAN AGAMA KOTA BENGKULU*. *12*(1), 201–207.

Intening, V. R., Rianita, M., & Sinaga, E. (2025). *Optimalisasi Peran Usia Produktif dalam Manajemen Risiko Penyakit Tidak Menular (PTM) Melalui Edukasi Kesehatan di Wilayah*. 33–46.

Kementerian Kesehatan RI. (2023). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.*

Kumalasari, I., MaksukMaksuk, Yusuf, S. B., Alfariz, M. R., Suryani, M. N., Kurniawati, A., & MardanilaMardanila. (2024). *Upaya Komprehensif Mengendalikan Masalah Kesehatan Lansia Melalui Skrining PTM dan Senam Lansia*. *6*(4).

Manglapy, Y. M., Fani, T., Muthoharo, N. A., & Kusuma, E. J. (2025). *Penguatan Kader Posyandu ILP dalam Skrining PTM UsiaProduktif dan Lansia*. *5*(207), 91–97. https://doi.org/10.47575/apma.v5i2.716

Mawaddah, N., Suhartanti, I., Ariyanti, F. W., Abidah, R. S., & Nurwidji. (2024). *Implementasi Upaya Promotif Kesehatan Jiwa untuk Meningkatkan Derajat Kesehatan Jiwa Masyarakat dan Menurunkan Stigma di Wilayah Kabupaten Mojokerto*. *3*(3), 323–333.

Mulyati, R. S., & Safariyah, E. (2024). *Pengaruh telenursing WhatsApp chatbot terhadap kepatuhan minum obat (OAT) di Puskesmas Benteng Kota Sukabumi. 2*(1).

Nurfadilah, D., & Rizqi, A. (2025). *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Rendahnya Capaian Skrining Usia Produktif (15-59) Tahun dalam Pencegahan Penyakit Tidak Menular (PTM) di UPTD Puskesmas Kadugede Tahun 2024*. *2018*, 2015–2019.

Ririn, Putri, A. E., & Sari, P. P. (2023). *EDUKASI DAN SKRINNING PEMERIKSAAN IVA PADA WANITA USIA SUBUR DALAM UPAYA PENCEGAHAN TERJADINYA*

MASALAH KESEHATAN REPRODUKSI PADA WANITADI PUSKESMAS ULAK KARANG PADANG.

Riskyana, C. D., & Kumala, M. (2023). *Status gizi lansia panti werdha hana dan sasana tresna werdha ria pembangunan dengan mna dan imt*. *29*(1).

Saputra, A. U., Fauziah, N. A., & Saputra, J. E. (2024). *Effectiveness of Cognitive Function and Activity of Daily Living (ADL) on Elderly Independence Efektivitas Fungsi Kognitif dan Activity of Daily Living (ADL) pada Kemandirian Lansia*. *5*(2).

Setiawati, E., Eldrian, F., Rosmaini, & Ilham, M. A. (2025). *Analisis Hubungan TingkatRisiko Jatuh Dan Faktor-Faktor Risiko Jatuh Pasien-Lansia Di Puskesmas Kota-Padang*.

Solida, A., Sari, R. E., Wisudariani, E., Wardiah, R., & Hidayati, F. (2024). *Kolaborasi : Jurnal Hasil Kegiatan Kolaborasi Pengabdian Masyarakat Penguatan Fungsi Keluarga dan Self Care Behaviour Lansia Hipertensi dan Diabetes Melitus melalui Posdaya Strengthening Family Functions and Self Care Behavior in the Elderly with Hyperten*. https://doi.org/https://doi.org/10.62383/kolaborasi.v2i4.371

Suhari, Sulistyono, R. E., & Fibriansari, R. D. (2022). *Manajemen Kesehatan Keluarga Pada Pasien Yang Menderita Hipertensi Di Masa Pandemi Covid-19 : Studi Kasus. JPPNI, 7(2).*

Wanta, M. V. M., Karepouwan, J. G., Avril, Sigar, E. E., Caroline, A., & Pitoy, F. F. (2024). *Dukungan Keluarga Dan Kepatuhan Minum Obat Hipertensi Pada*. *10*(March),12–27. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.52365/10.52365/jnc.v10i1.978

BAB 10. KLASTER PENANGGULANAGAN PENYAKIT MENULAR

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep klaster penanggulangan penyakit menular

10.1 Pendahuluan

Ancaman penyakit menular di era kontemporer telah mengalami evolusi yang sangat dinamis; ia tidak lagi sekadar menjadi masalah patologis klinis, melainkan telah bermutasi menjadi tantangan ekologis dan ancaman ketahanan kesehatan nasional. Pengalaman dari pandemi global COVID-19, fenomena perubahan iklim yang memperluas peta geospasial vektor penyakit, hingga ancaman patogen zoonosis yang melintasi batas spesies manusia dan hewan (One Health), menyadarkan kita bahwa penanganan penyakit menular tidak bisa lagi menggunakan pendekatan reaktif yang parsial. tingginya angka morbiditas akibat tuberkulosis, HIV/AIDS, demam berdarah dengue (DBD), hingga kemunculan kembali penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I) berakar kuat pada determinan sosial, mobilitas populasi, dan degradasi kualitas lingkungan binaan.

Transformasi Layanan Primer (ILP) menetapkan Klaster Penanggulangan Penyakit Menular (Klaster 4) sebagai pilar pertahanan kewilayahan di tingkat Puskesmas. Kebaruan filosofis dan operasional yang paling radikal dari klaster ini adalah menghilangkan sekat-sekat program eksklusif yang selama puluhan tahun mewarnai sistem kesehatan. Paradigma lama program penanganan TB, kusta, malaria, atau HIV beroperasi secara terpisah dengan manajemennya masing-masing, kini melalui Klaster 4, seluruh upaya surveilans epidemiologi, imunisasi, pengendalian

vektor, dan respons KLB dilebur menjadi satu kesatuan komando. Klaster ini bersifat lintas-sektoral dan saling memotong (*cross-cutting*) dengan klaster siklus hidup (Klaster 2 dan 3), memastikan bahwa rantai penularan dapat diputus dan di investigasi secara holistik, mulai dari klaster ibu hamil hingga lansia.

Hadirnya klaster ini mereposisi peran profesional dari sekadar administrator pelaksana program menjadi "detektif penyakit" dan manajer risiko wilayah. Kebaruan praktik ini sangat didukung oleh transformasi digital melalui integrasi Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) dengan platform SatuSehat dan aplikasi ASIK. Perawat komunitas bersama dengan jaringan kader di Pustu dan Posyandu kini dapat melakukan pelacakan kontak (*contact tracing*) dan penemuan kasus aktif secara *real-time* berbasis pemetaan geospasial desa. Bab ini akan membedah secara mendalam bagaimana manajemen Klaster Penanggulangan Penyakit Menular beroperasi, serta bagaimana perawat mengorkestrasi intervensi berbasis komunitas untuk mencegah ledakan wabah sebelum ia terjadi.

Klaster ini berfungsi sebagai unit pelayanan di Puskesmas yang fokus pada pengendalian penyakit menular serta kesehatan lingkungan untuk melindungi masyarakat di wilayah kerja terkait. Pencegahan, deteksi dini (surveilans), respons penyakit menular, dan pengawasan kesehatan lingkungan

Penyakit Menular dipisahkan karena sifatnya yang memerlukan penanganan khusus seperti surveilans, pelacakan kontak (*tracing*), dan pengendalian lingkungan untuk mencegah wabah di masyarakat

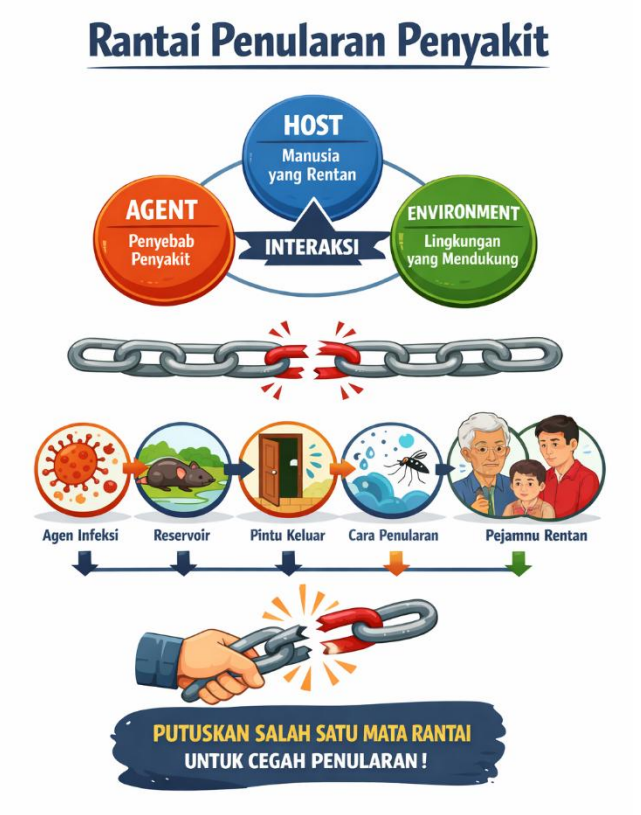
10.2 Konsep Klaster Penyakit Menular

Pengertian penyakit menular

Penyakit menular adalah penyakit yang disebabkan oleh mikroorganisme seperti virus, bakteri, jamur, atau parasit yang dapat berpindah dari satu individu ke individu lain, baik secara langsung maupun tidak langsung.

Unsur penyebab penyakit menular

Munculnya penyakit tidak hanya disebabkan oleh kuman, tetapi juga dipengaruhi oleh interaksi antara:



Agent: penyebab penyakit

Host: manusia yang rentan

Environment: lingkungan yang mendukung penularan

Rantai Penularan Infeksi (Chain of Infection)

Proses terjadinya penyakit menular bukanlah peristiwa acak, melainkan sebuah siklus sistematis yang membutuhkan enam elemen yang saling terhubung secara berurutan.



1. Agen Infeksi (Infectious Agent)

Agen infeksi adalah mikroorganisme penyebab penyakit. Ada empat kelompok utama yaitu bakteri (misal: *Mycobacterium tuberculosis*), virus (misal: Dengue, HIV, SARS-CoV-2), jamur, dan parasit (misal: *Plasmodium* penyebab malaria). Karakteristik Kritis: Kemampuan agen untuk menyebabkan penyakit bergantung pada patogenisitas (kemampuan menimbulkan penyakit), virulensi (tingkat keparahan penyakit yang ditimbulkan), dan dosis infeksius (jumlah patogen yang dibutuhkan untuk membuat orang sakit).

2. Reservoir (Sumber Infeksi)

Reservoir adalah "habitat alami" di mana agen infeksi hidup, tumbuh, dan berkembang biak secara mandiri. Reservoir bisa berupa: Manusia: Bisa berupa kasus klinis (orang yang sakit dan bergejala) atau carrier (pembawa sifat yang tidak bergejala tetapi dapat menularkan, seperti pada kasus tifoid). Hewan: Sumber penyakit zoonosis (seperti anjing/kera pada rabies, kelelawar pada Nipah virus). Ini sangat relevan dengan pendekatan One Health. Lingkungan: Air, tanah, atau permukaan benda mati (fomite) (misal: genangan air kotor tempat bakteri Leptospira bertahan hidup).

3. Pintu Keluar (*Portal of Exit*)

Ini adalah jalur agen infeksi meninggalkan reservoirnya. Perawat penting dalam mengetahui pintu keluar untuk menentukan alat pelindung diri (APD) dan manajemen limbah medis. Saluran Pernapasan: Melalui batuk, bersin, atau bicara (sumber utama penyakit TB, COVID-19, difteri). Saluran Pencernaan: Melalui feses atau muntahan (kolera, polio, rotavirus). Darah atau Cairan Tubuh: Melalui luka, jarum suntik, atau cairan reproduksi (HIV, Hepatitis B)

4. Cara Penularan (Mode of Transmission)

Ini adalah "kendaraan" yang mengangkut agen dari pintu keluar menuju inang yang baru. Terdapat dua rute utama: Transmisi Langsung (Direct): Kontak fisik langsung (sentuhan, gigitan, hubungan seksual) atau paparan droplet (percikan ludah) dalam jarak dekat (kurang dari 1-2 meter). Transmisi Tidak Langsung (Indirect): * Airborne (Udara): Partikel sangat kecil yang melayang di udara jarak jauh (TB, campak). Vehicle-borne (Benda Mati): Melalui makanan, air minum yang terkontaminasi, atau jarum suntik bergantian. Vector-borne (Vektor/Serangga): Penularan melalui makhluk hidup lain seperti nyamuk Aedes aegypti (DBD) atau lalat.

5. Pintu Masuk (Portal of Entry)

Jalur agen infeksi berhasil menembus pertahanan tubuh pejamu baru. Seringkali, pintu masuk ini sama dengan pintu keluar.

Contohnya: Virus flu keluar dari saluran pernapasan penderita, menyebar di udara, dan masuk melalui saluran pernapasan (hidung/mulut) orang yang sehat. Agen lain mungkin masuk melalui kulit yang tidak utuh (luka) atau selaput lendir (mata, alat kelamin).

6. Pejamu Rentan (Susceptible Host)

Mata rantai terakhir adalah individu yang tidak memiliki kekebalan atau resistensi yang cukup untuk melawan agen infeksi yang masuk. Dalam kerangka Integrasi Layanan Primer (ILP), kerentanan ini sangat dipengaruhi oleh fase Siklus Hidup: Bayi dan balita rentan karena sistem imun belum matang. Lansia rentan karena penurunan fungsi imun (senesensi imun). Faktor Risiko Lain: Status gizi buruk (stunting), adanya penyakit penyerta (komorbiditas seperti diabetes atau HIV), kelelahan kronis, dan tingkat stres tinggi. Penanggulangan dilakukan dengan memutus salah satu mata rantai ini.

10.3 Rangkuman

Di era Integrasi Layanan Primer (ILP), Klaster Penanggulangan Penyakit Menular dan Kesehatan Lingkungan di Puskesmas diposisikan bukan hanya untuk menangani pasien yang sudah sakit, tetapi untuk bekerja secara proaktif melalui surveilans, penemuan kasus, penyelidikan epidemiologi, respons KLB/wabah, pengendalian vektor, imunisasi respons wabah, pelayanan kesehatan lingkungan, dan komunikasi antarpribadi agar rantai penularan bisa diputus lebih cepat; perubahan ini sejalan dengan paradigma ILP yang menata layanan primer dari model berbasis program menjadi layanan yang terintegrasi, promotif-preventif, berbasis siklus hidup, dan diperluas lewat jejaring Puskesmas–Pustu–Posyandu serta kunjungan rumah sehingga fokusnya tidak lagi hanya “mengobati yang datang”, tetapi juga membaca risiko

wilayah, menjangkau kelompok rentan, dan menindaklanjuti faktor lingkungan serta perilaku yang memicu penularan.

10.4 Latihan Soal

1. Seorang perawat puskesmas menemukan dalam dua minggu terakhir ada peningkatan warga dengan batuk lebih dari 2 minggu di satu dusun. Selama ini puskesmas hanya menunggu pasien datang sendiri, dan belum ada pendataan kontak serumah. Dalam kajian ILP klaster 4, tindakan awal yang paling tepat adalah...
   A. menunggu rekap bulanan selesai
   B. melakukan penemuan kasus aktif
   C. memberi antibiotik pada semua suspek
   D. merujuk semua warga yang batuk
   E. menyampaikan imbauan lewat pengeras suara
2. Di wilayah pedesaan, beberapa pasien TB berhenti berobat sebelum tuntas. Hasil kajian menunjukkan adanya stigma, jarak layanan yang jauh, biaya transportasi, dan kendala pemeriksaan penunjang. Tim ILP klaster 4 diminta menyusun prioritas intervensi. Langkah paling tepat adalah...
   A. menambah jumlah poster TB
   B. mengurangi jadwal kontrol pasien
   C. memusatkan edukasi pada pasien saja
   D. memperbaiki akses layanan dan pendampingan
   E. menyerahkan pemantauan pada keluarga penuh
3. Di satu RW ditemukan 3 kasus demam berdarah dalam 6 hari. Warga meminta fogging malam itu juga. Namun, hasil pemeriksaan lapangan menunjukkan banyak tempat penampungan air terbuka dan belum ada data sebaran rumah kasus. Langkah yang paling tepat adalah...

A. langsung fogging seluruh wilayah
B. menunggu hasil laboratorium lengkap
C. melakukan penyelidikan epidemiologi
D. merujuk semua penderita ke RS
E. menutup posyandu selama seminggu

4. Di sebuah pondok pesantren, 10 santri mengalami demam, mual, lemah, dan sebagian tampak ikterik. Mereka memakai dapur dan sumber air yang sama. Tim klaster 4 datang untuk melakukan kajian awal.Tindakan yang paling tepat adalah...
   A. membuat definisi kasus dan line list
   B. memberi vitamin pada semua santri
   C. menutup pesantren sampai 1 bulan
   D. memindahkan semua santri ke puskesmas
   E. mengganti menu makan tanpa investigasi
5. Dua anak di desa terkonfirmasi campak. Cakupan imunisasi dasar di wilayah itu rendah, dan beberapa kontak dekat belum lengkap imunisasinya. Dalam kajian ILP klaster 4, langkah yang paling tepat adalah...
   A. observasi sampai muncul kasus baru
   B. fokus pada terapi simptomatik
   C. memberi vitamin A saja
   D. membatasi kunjungan keluarga
   E. melakukan pelacakan kontak dan ORI
6. Pasca banjir, beberapa warga datang dengan demam, nyeri betis, dan riwayat bekerja di sawah tergenang tanpa alas kaki. Sebagian petugas hanya fokus pada pengobatan individual. Dalam pendekatan ILP klaster 4, tindakan yang paling sesuai adalah...
   A. menunggu semua hasil lab keluar
   B. membagikan antibiotik ke seluruh dusun
   C. melakukan fogging di area banjir

D. menyelidiki faktor pajanan dan lingkungan
E. menutup area persawahan sementara

7. Saat kunjungan rumah, perawat menemukan pasien TB kadang tidak minum obat teratur, masih tidur sekamar dengan balita, ventilasi rumah buruk, dan lebih percaya ramuan tradisional. Dalam komunikasi antarpribadi (sulistyono, 2020), respons perawat yang paling tepat adalah ...
   A. meminta pasien berhenti memakai ramuan
   B. menekankan ventilasi, masker, dan obat
   C. melaporkan keluarga karena tidak patuh
   D. menyarankan isolasi total di rumah
   E. menunda edukasi sampai dahak negatif
8. Puskesmas melakukan skrining penyakit menular di sekolah dasar karena ada peningkatan siswa dengan batuk lama. Kepala sekolah meminta indikator sederhana untuk menilai apakah kegiatan itu efektif. Indikator yang paling tepat adalah...
   A. jumlah siswa yang izin olahraga
   B. banyaknya surat rujukan yang dibuat
   C. peningkatan suspek yang ditemukan dini
   D. jumlah obat batuk yang dibagikan
   E. banyaknya siswa yang memakai masker
9. Seorang pekerja migran pulang dari daerah endemis malaria dan mengalami demam. Dua tetangganya yang sering memancing malam di rawa juga mengeluh demam. Wilayah itu sudah lama tidak melaporkan malaria lokal. Fokus kajian klaster 4 yang paling tepat adalah...
   A. menilai riwayat perjalanan dan pajanan
   B. menganggap kasus sebagai flu musiman
   C. memberi antibiotik untuk seluruh kontak

D. menunggu kasus tambahan dalam 1 bulan
E. melakukan penyuluhan umum di balai desa

10. Enam bulan setelah ILP berjalan, jumlah skrining penyakit menular meningkat. Namun laporan sering terlambat, kader bingung mengisi format, dan petugas merasa tugas bertambah. Kepala puskesmas meminta solusi yang paling tepat. Pilihan terbaik adalah...
    A. mengurangi semua kegiatan lapangan
    B. memindahkan pencatatan ke rumah sakit
    C. menghentikan format pelaporan lama
    D. menambah supervisi dan pelatihan petugas
    E. menunda evaluasi sampai akhir tahun

10.5 Bahan Diskusi

Puskesmas "Harapan Sehat" berada di wilayah semi-rural dengan satu pondok pesantren besar. Dalam 2 bulan terakhir, petugas menemukan 4 pasien TB paru terkonfirmasi dari desa sekitar pesantren. Dua pasien berobat tidak teratur. Satu pasien adalah penjaga kantin pesantren yang masih aktif berinteraksi dengan santri setiap hari. Hasil kunjungan rumah menunjukkan rumah pasien lembab, ventilasi kurang baik, kamar tidur dipakai bersama 4 anggota keluarga, dan pasien hanya memakai masker saat kontrol ke puskesmas. Di sisi lain, petugas puskesmas mengeluhkan beberapa masalah: pencatatan kontak serumah belum rapi, kunjungan rumah terbatas karena tenaga sedikit, pasien merasa malu karena takut dicap membawa penyakit menular, dan keluarga lebih percaya nasihat tokoh agama daripada edukasi dari petugas. Kepala puskesmas ingin menjalankan pendekatan ILP klaster 4 yang lebih kuat, tetapi anggaran terbatas. Ia mempertimbangkan dua strategi: edukasi dan pengingat minum obat melalui telepon genggam/WhatsApp, dan membentuk santri peduli TB di pesantren

sebagai mitra edukasi, pengingat, dan pengawas perilaku pencegahan penularan.

Saat wawancara, pasien mengatakan: "Saya pakai masker kalau ke puskesmas saja."; "Kalau buka jendela, rumah terasa dingin."; "Saya kadang malas minum obat karena mual."; dan "Saya lebih nyaman kalau yang mengingatkan itu orang yang saya percaya."

Temuan ini sejalan dengan studi Sulistyono dkk. tahun 2020 bahwa sebagian pasien belum konsisten menjalankan etika batuk, penggunaan masker, dan kontrol lingkungan rumah; sebagian tindakan pencegahan dilakukan, tetapi pengetahuan, kesadaran, dan supervisi masih menjadi masalah.

Data tambahan tahap 2 Hasil telaah tim puskesmas: belum ada sistem pengingat obat berbasis pesan singkat/WhatsApp; belum ada kader khusus di pesantren; tokoh pesantren terbuka untuk kerja sama jika pendekatan tidak menyalahkan pasien; petugas laboratorium hanya datang pada hari tertentu, sehingga pemeriksaan suspek sering tertunda. Hambatan seperti ini konsisten dengan temuan Sulistyono dkk. tahun 2019 bahwa masalah TB di rural area tidak hanya ada pada pasien, tetapi juga pada sisi layanan kesehatan.

Pertanyaan pemicu diskusi

1) Dari sudut pandang ILP klaster 4, masalah inti apa yang paling mendesak pada kasus ini?
2) Hambatan mana yang termasuk aspek pasien, mana yang termasuk aspek fasilitas/layanan, dan mana yang termasuk aspek lingkungan sosial-budaya?
3) Mengapa kasus ini tidak cukup diselesaikan hanya dengan memberi OAT dan penyuluhan satu kali?
4) Bagaimana mahasiswa memetakan intervensi klaster 4 ke dalam komponen: penemuan kasus, komunikasi

antarpribadi, kesehatan lingkungan, dan tindak lanjut komunitas?

5) Apakah pemanfaatan telepon genggam/WhatsApp realistis untuk konteks ini? Intervensi apa saja yang bisa dimasukkan tanpa menambah beban petugas secara berlebihan?
6) Bagaimana bentuk kolaborasi dengan santri agar bukan sekadar relawan simbolik, tetapi benar-benar membantu pencegahan penularan dan keberlanjutan pengobatan?
7) Bagaimana melibatkan tokoh agama/pengasuh pesantren tanpa menimbulkan stigma pada pasien?
8) Jika Anda menjadi tim puskesmas, indikator keberhasilan apa yang akan dipakai dalam 1–3 bulan pertama?
9) Risiko etik apa yang mungkin muncul pada penggunaan teknologi dan pelibatan santri?

BAB 11. LINTAS KLASTER

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep Lintas KLaster

11.1 Pendahuluan

Pelayanan kesehatan primer merupakan fondasi utama dalam sistem kesehatan nasional. Di Indonesia, Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) menjadi ujung tombak dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat dan pelayanan kesehatan perseorangan tingkat pertama. Dalam perkembangannya, tantangan kesehatan masyarakat semakin kompleks akibat perubahan pola penyakit, peningkatan penyakit tidak menular, masalah kesehatan ibu dan anak, stunting, penyakit menular, serta meningkatnya kebutuhan pelayanan kesehatan yang berkesinambungan.

Sebelum adanya pendekatan Integrasi Layanan Primer (ILP), pelayanan kesehatan di Puskesmas umumnya berjalan secara programatik dan terpisah antarunit pelayanan. Setiap program memiliki target, pencatatan, pelaporan, serta mekanisme kerja sendiri-sendiri sehingga menimbulkan fragmentasi pelayanan. Kondisi tersebut mengakibatkan pelayanan menjadi kurang efektif, tidak efisien, dan kurang berorientasi pada kebutuhan masyarakat secara menyeluruh.

Transformasi kesehatan yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia menempatkan transformasi layanan primer sebagai salah satu pilar utama pembangunan kesehatan nasional. Dalam transformasi tersebut dikembangkan pendekatan Integrasi Layanan Primer (ILP) yang bertujuan memperkuat pelayanan kesehatan primer melalui pendekatan terintegrasi berbasis siklus hidup.

Pendekatan lintas klaster menjadi bagian penting dalam implementasi ILP. Pendekatan ini menekankan kolaborasi antarunit pelayanan, antarprogram, dan antarprofesi kesehatan dalam

memberikan pelayanan kesehatan yang komprehensif dan berkesinambungan. Pelayanan tidak lagi dilakukan secara terpisah, tetapi saling terhubung berdasarkan kebutuhan pasien dan keluarga.

Pendekatan lintas klaster juga memperkuat koordinasi pelayanan mulai dari promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif. Melalui pendekatan tersebut diharapkan masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang lebih mudah diakses, lebih cepat, lebih efektif, dan lebih berkualitas.

Selain itu, pendekatan lintas klaster mendukung upaya pencapaian indikator kesehatan nasional seperti penurunan angka kematian ibu dan bayi, percepatan penurunan stunting, pengendalian penyakit tidak menular, peningkatan cakupan imunisasi, serta penguatan deteksi dini penyakit.

Dalam implementasinya, lintas klaster melibatkan berbagai komponen pelayanan seperti klaster manajemen, klaster ibu dan anak, klaster usia sekolah dan remaja, klaster usia dewasa dan lansia, serta klaster penanggulangan penyakit menular. Seluruh klaster tersebut bekerja secara kolaboratif untuk memastikan pelayanan kesehatan berjalan secara terintegrasi.

Oleh karena itu, pemahaman mengenai konsep lintas klaster menjadi sangat penting bagi tenaga kesehatan, pengelola program, kader kesehatan, dan seluruh pemangku kepentingan dalam mendukung keberhasilan implementasi Integrasi Layanan Primer di Puskesmas.

11.2 Definisi

Lintas klaster adalah pendekatan kolaboratif antarunit pelayanan, antarprogram, dan antarprofesi kesehatan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan primer secara terintegrasi dan berkesinambungan berdasarkan kebutuhan pasien dan siklus hidup (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2023).

Pendekatan lintas klaster bertujuan menghilangkan sekat-sekat pelayanan yang sebelumnya berjalan secara terpisah. Melalui pendekatan ini, pasien dapat memperoleh berbagai jenis pelayanan kesehatan dalam satu alur pelayanan yang terkoordinasi (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Sebagai contoh, seorang ibu hamil yang datang ke Puskesmas tidak hanya mendapatkan pemeriksaan kehamilan, tetapi juga memperoleh:

a. Skrining status gizi,
b. Pemeriksaan laboratorium,
c. Edukasi kesehatan,
d. Imunisasi,
e. Skrining penyakit menular,
f. Konseling kesehatan mental,
g. Dan tindak lanjut keluarga berisiko.

Pelayanan tersebut dilakukan melalui kerja sama berbagai klaster pelayanan secara terintegrasi.

Menurut WHO (2020), pelayanan kesehatan primer terintegrasi merupakan pendekatan pelayanan yang mengutamakan koordinasi antar layanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan keselamatan pasien.

11.3 Konsep Dasar Lintas Klaster

a. Pelayanan Terintegrasi

   Pelayanan terintegrasi merupakan konsep utama dalam pendekatan lintas klaster pada Integrasi Layanan Primer (ILP). Pelayanan kesehatan diberikan secara menyeluruh dan terpadu tanpa adanya pemisahan antarprogram pelayanan kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2023). Sebelum diterapkannya ILP, pelayanan kesehatan di Puskesmas umumnya berjalan secara terpisah sesuai program masing-masing, seperti program KIA, gizi, imunisasi, penyakit tidak menular, dan kesehatan lingkungan. Kondisi tersebut menyebabkan pelayanan menjadi kurang efektif karena pasien harus berpindah dari satu layanan ke layanan lain untuk mendapatkan pelayanan yang lengkap.

Melalui pelayanan terintegrasi, seluruh pelayanan kesehatan dikolaborasikan dalam satu alur pelayanan yang terkoordinasi. Pendekatan ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sekaligus mempermudah akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan primer.

Sebagai contoh, seorang ibu hamil yang datang ke Puskesmas tidak hanya mendapatkan pemeriksaan antenatal care (ANC), tetapi juga memperoleh pemeriksaan status gizi, pemeriksaan laboratorium, edukasi kesehatan, skrining anemia, imunisasi tetanus, hingga konseling kesehatan mental. Seluruh pelayanan tersebut dilakukan secara terpadu oleh berbagai tenaga kesehatan dalam satu kunjungan pelayanan.

Pelayanan terintegrasi memiliki beberapa manfaat penting, antara lain:

1. meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan,
2. mengurangi waktu tunggu pasien,
3. mempercepat deteksi dini penyakit,
4. meningkatkan kepuasan masyarakat,
5. memperkuat koordinasi antar tenaga kesehatan,
6. dan meningkatkan efektivitas program kesehatan.

Menurut WHO (2021), pelayanan kesehatan terintegrasi mampu meningkatkan kesinambungan pelayanan dan memperkuat sistem kesehatan primer karena seluruh kebutuhan pasien dapat ditangani secara menyeluruh dalam satu sistem pelayanan.

Dalam implementasi lintas klaster, pelayanan terintegrasi juga mendukung pencapaian target program nasional seperti percepatan penurunan stunting, pengendalian penyakit tidak menular, peningkatan imunisasi, dan penurunan angka kematian ibu dan bayi.

b. Berbasis Siklus Hidup

Pelayanan dilakukan berdasarkan tahapan kehidupan mulai dari ibu hamil, bayi, balita, remaja, dewasa, hingga lansia (WHO, 2018).

Pendekatan berbasis siklus hidup merupakan konsep pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai tahapan kehidupan manusia mulai dari masa kehamilan hingga lanjut usia (WHO, 2018). Pendekatan ini digunakan dalam lintas klaster untuk memastikan setiap kelompok usia mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan dan risiko kesehatannya.

Pendekatan berbasis siklus hidup menempatkan individu sebagai pusat pelayanan kesehatan. Pelayanan tidak hanya diberikan ketika seseorang sakit, tetapi dilakukan secara berkelanjutan sejak masa awal kehidupan hingga usia lanjut. Tahapan pelayanan berbasis siklus hidup meliputi:

A. Masa Kehamilan

Pelayanan difokuskan pada:

1. pemeriksaan kehamilan,
2. pencegahan anemia,
3. pemantauan status gizi,
4. deteksi risiko tinggi,
5. edukasi persalinan aman.

Pelayanan pada tahap ini sangat penting karena kondisi kesehatan ibu akan memengaruhi kesehatan janin dan bayi yang dilahirkan.

B. Bayi dan Balita

Pelayanan meliputi:

1. imunisasi dasar lengkap,
2. pemantauan tumbuh kembang,
3. pemberian vitamin A,

4. pencegahan stunting,
5. edukasi pola asuh.

Tahap ini merupakan periode emas pertumbuhan anak sehingga memerlukan perhatian khusus.

C. Remaja

Pelayanan kesehatan remaja mencakup:

1. edukasi kesehatan reproduksi,
2. skrining anemia,
3. kesehatan mental,
4. pencegahan perilaku berisiko,
5. edukasi gizi seimbang.

D. Dewasa

Pelayanan usia dewasa lebih difokuskan pada:

1. deteksi dini penyakit tidak menular,
2. pengendalian faktor risiko,
3. promosi gaya hidup sehat,
4. pemeriksaan kesehatan berkala.

E. Lansia

Pelayanan lansia meliputi:

1. pengelolaan penyakit kronis,
2. rehabilitasi sederhana,
3. home care,
4. peningkatan kualitas hidup lansia.

Pendekatan berbasis siklus hidup memiliki kelebihan karena pelayanan kesehatan dapat dilakukan secara lebih terencana, tepat sasaran, dan berkesinambungan. Risiko penyakit dapat dideteksi lebih dini sehingga penanganan dapat dilakukan lebih cepat.

Menurut WHO (2018), pendekatan siklus hidup mampu meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat secara jangka

panjang karena pelayanan diberikan sejak awal kehidupan dan dilakukan secara terus-menerus.

c. Berorientasi Keluarga

Pelayanan kesehatan tidak hanya fokus pada individu tetapi juga mempertimbangkan kondisi keluarga sebagai unit terkecil masyarakat (UNICEF Indonesia, 2022).

Konsep berorientasi keluarga menempatkan keluarga sebagai pusat pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan tidak hanya fokus pada individu yang sakit, tetapi juga memperhatikan kondisi keluarga sebagai unit terkecil dalam masyarakat (UNICEF Indonesia, 2022).

Keluarga memiliki pengaruh besar terhadap status kesehatan anggota keluarganya. Pola makan, lingkungan rumah, perilaku hidup bersih dan sehat, pola asuh anak, hingga kepatuhan pengobatan sangat dipengaruhi oleh kondisi keluarga.

Dalam pendekatan lintas klaster, pelayanan kesehatan dilakukan dengan mempertimbangkan faktor-faktor keluarga seperti:

1. kondisi ekonomi,
2. sanitasi lingkungan,
3. pendidikan keluarga,
4. pola pengasuhan,
5. akses pelayanan kesehatan,
6. serta faktor risiko kesehatan keluarga.

Sebagai contoh, ketika ditemukan balita stunting, maka pelayanan tidak hanya diberikan kepada anak tersebut, tetapi juga dilakukan:

1. edukasi kepada orang tua,
2. pemeriksaan kondisi sanitasi rumah,
3. pemantauan status gizi keluarga,

4. pendampingan keluarga berisiko,
5. serta kunjungan rumah oleh tenaga kesehatan dan kader.

Pendekatan keluarga juga diterapkan dalam Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) yang menekankan pentingnya kunjungan keluarga dan identifikasi masalah kesehatan keluarga secara menyeluruh.

Manfaat pelayanan berorientasi keluarga antara lain:

1. meningkatkan efektivitas intervensi kesehatan,
2. memperkuat dukungan keluarga,
3. meningkatkan kepatuhan pengobatan,
4. mempercepat perubahan perilaku hidup sehat,
5. serta meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat.

Menurut UNICEF Indonesia (2022), pendekatan keluarga sangat efektif dalam memperkuat pelayanan kesehatan primer terutama dalam upaya pencegahan stunting, peningkatan imunisasi, dan pengendalian penyakit menular.

d. Kolaborasi Multidisiplin

Pelaksanaan lintas klaster melibatkan dokter, perawat, bidan, tenaga gizi, sanitarian, tenaga promosi kesehatan, analis laboratorium, dan kader kesehatan (Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019).

Kolaborasi multidisiplin merupakan kerja sama berbagai tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan secara terpadu (Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019). Dalam pendekatan lintas klaster, pelayanan kesehatan tidak dapat dilakukan hanya oleh satu profesi, tetapi membutuhkan keterlibatan berbagai disiplin ilmu kesehatan.

Tenaga kesehatan yang terlibat dalam lintas klaster meliputi:

1. dokter,
2. perawat,

3. bidan,
4. ahli gizi,
5. sanitarian,
6. tenaga promosi kesehatan,
7. analis laboratorium,
8. tenaga farmasi,
9. kader kesehatan,
10. dan tenaga kesehatan lainnya.

Setiap profesi memiliki tugas dan fungsi masing-masing namun tetap bekerja secara terkoordinasi untuk mencapai tujuan pelayanan kesehatan yang optimal.

Contoh kolaborasi multidisiplin:

1. dokter melakukan diagnosis dan terapi,
2. bidan melakukan pemeriksaan kehamilan,
3. ahli gizi memberikan konseling gizi,
4. sanitarian melakukan pemeriksaan sanitasi lingkungan,
5. promkes memberikan edukasi kesehatan,
6. kader melakukan pemantauan keluarga.

Kolaborasi multidisiplin memberikan banyak manfaat, yaitu:

1. meningkatkan kualitas pelayanan,
2. mempercepat penanganan masalah kesehatan,
3. meningkatkan keselamatan pasien,
4. memperkuat koordinasi pelayanan,
5. meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan.

Menurut WHO (2021), pelayanan kesehatan primer yang efektif memerlukan kerja sama multidisiplin agar pelayanan dapat memenuhi seluruh kebutuhan kesehatan masyarakat secara komprehensif.

Namun demikian, implementasi kolaborasi multidisiplin juga menghadapi tantangan seperti:

1. perbedaan persepsi antarprofesi,

2. komunikasi yang kurang efektif,
3. keterbatasan SDM,
4. dan beban kerja yang tinggi.

Oleh karena itu, diperlukan penguatan koordinasi tim dan peningkatan komunikasi antar tenaga kesehatan.

e. Continuum of Care

Pelayanan kesehatan dilakukan secara berkesinambungan mulai dari promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif (WHO, 2021).

Continuum of care atau kesinambungan pelayanan merupakan konsep pelayanan kesehatan yang dilakukan secara berkelanjutan mulai dari promotif, preventif, kuratif, hingga rehabilitatif (WHO, 2021).

Pendekatan ini menekankan bahwa pelayanan kesehatan tidak berhenti setelah pasien mendapatkan pengobatan, tetapi harus terus dilakukan pemantauan dan tindak lanjut agar kondisi kesehatan pasien tetap optimal.

A. Pelayanan Promotif

Pelayanan promotif bertujuan meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai kesehatan melalui:

1. edukasi kesehatan,
2. penyuluhan,
3. promosi perilaku hidup bersih dan sehat,
4. kampanye kesehatan.

B. Pelayanan Preventif

Pelayanan preventif bertujuan mencegah terjadinya penyakit melalui:

1. imunisasi,
2. skrining kesehatan,
3. deteksi dini penyakit,
4. pemeriksaan kesehatan berkala.

C. Pelayanan Kuratif

Pelayanan kuratif dilakukan untuk mengobati penyakit melalui:

1. pemeriksaan medis,
2. pengobatan,
3. tindakan medis,
4. rujukan pelayanan.

D. Pelayanan Rehabilitatif

Pelayanan rehabilitatif bertujuan memulihkan kondisi kesehatan pasien melalui:

1. fisioterapi,
2. rehabilitasi sederhana,
3. home care,
4. pendampingan penyakit kronis.

Dalam pendekatan lintas klaster, continuum of care memastikan pasien memperoleh pelayanan secara terus-menerus sesuai kebutuhan kesehatannya.

Sebagai contoh, pasien hipertensi tidak hanya diberikan obat, tetapi juga mendapatkan:

1. edukasi diet sehat,
2. pemantauan tekanan darah,
3. konseling aktivitas fisik,
4. kunjungan rumah,
5. dan pemantauan kepatuhan pengobatan.

Menurut WHO (2021), kesinambungan pelayanan sangat penting dalam pengendalian penyakit kronis dan peningkatan kualitas hidup masyarakat.

Tujuan

a. Mengurangi Fragmentasi Pelayanan

Sebelum adanya ILP, berbagai program kesehatan berjalan secara terpisah sehingga masyarakat harus mengakses

banyak layanan berbeda (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Pendekatan lintas klaster bertujuan menyatukan pelayanan tersebut agar lebih terintegrasi.

b. Meningkatkan Efektivitas Pelayanan

Kolaborasi antar klaster memungkinkan pelayanan menjadi lebih cepat dan tepat sasaran karena seluruh tenaga kesehatan bekerja secara terkoordinasi (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2023).

c. Meningkatkan Efisiensi Sumber Daya

Integrasi pelayanan membantu optimalisasi penggunaan SDM, sarana prasarana, logistik, dan pembiayaan kesehatan (Azwar, 2017).

d. Memperkuat Deteksi Dini Penyakit

Pendekatan lintas klaster memungkinkan deteksi dini faktor risiko dan penyakit dilakukan lebih cepat melalui skrining terpadu (WHO, 2020).

e. Meningkatkan Kepuasan Masyarakat

Pelayanan kesehatan yang terintegrasi memudahkan masyarakat memperoleh pelayanan yang lengkap dalam satu kunjungan (UNICEF Indonesia, 2022).

6. Mendukung Program Prioritas Nasional

Pendekatan lintas klaster mendukung percepatan penurunan stunting, pengendalian penyakit tidak menular, peningkatan imunisasi, serta penurunan angka kematian ibu dan bayi (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

Bentuk Lintas Klaster

A. Kolaborasi Antarprofesi

Pelaksanaan lintas klaster melibatkan berbagai profesi kesehatan seperti:

1. dokter,

2. perawat,
3. bidan,
4. ahli gizi,
5. tenaga kesehatan lingkungan,
6. tenaga promosi kesehatan,
7. analis laboratorium (Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019).

Masing-masing profesi memiliki tugas dan tanggung jawab yang berbeda namun tetap bekerja secara terkoordinasi dalam memberikan pelayanan kesehatan.

B. Integrasi Pelayanan Klinik

Pelayanan klinik dilakukan secara terpadu melalui:

1. ANC terpadu,
2. Posyandu ILP,
3. skrining PTM terpadu,
4. pelayanan lansia terintegrasi (Kementerian Kesehatan RI, 2023).

C. Rujukan Internal

Pasien dapat dirujuk antar klaster di dalam Puskesmas sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan tanpa prosedur yang rumit (Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat, 2023).

11.3 Contoh soal

1. Seorang ibu hamil usia 35 tahun datang ke puskesmas untuk pemeriksaan ANC. Ibu memiliki riwayat diabetes melitus dan hasil pemeriksaan gula darah sewaktu 240 mg/dL. Dalam kunjungan tersebut dilakukan pemeriksaan kehamilan, edukasi gizi, konseling aktivitas fisik, dan konsultasi dokter.

   Prinsip ILP yang paling tepat pada kasus tersebut adalah:

   A. Pelayanan berdasarkan jenis penyakit saja

   B. Pelayanan kuratif di rumah sakit

C. Pelayanan terintegrasi lintas program dan siklus hidup
D. Pelayanan khusus ibu hamil risiko tinggi
E. Pelayanan administratif kesehatan

2. Seorang balita usia 18 bulan mengalami berat badan tidak naik selama 3 bulan. Saat dilakukan kunjungan rumah, petugas menemukan bahwa ibu balita mengalami anemia dan keluarga memiliki keterbatasan akses pangan bergizi.
   Intervensi paling sesuai dengan pendekatan ILP adalah:
   A. Memberikan antibiotik pada balita
   B. Memberikan PMT tanpa edukasi keluarga
   C. Melakukan intervensi gizi keluarga secara terpadu dan pemantauan tumbuh kembang
   D. Menyarankan rawat inap segera
   E. Menunda intervensi sampai hasil laboratorium lengkap keluar
3. Seorang remaja laki-laki usia 16 tahun datang ke puskesmas karena sulit tidur, menarik diri dari lingkungan sosial, dan prestasi sekolah menurun. Petugas melakukan skrining kesehatan mental, konseling, melibatkan keluarga, dan berkoordinasi dengan sekolah.
   Pendekatan ILP yang diterapkan adalah:
   A. Pelayanan kesehatan berbasis rumah sakit
   B. Pelayanan kuratif tunggal
   C. Pelayanan terfragmentasi antarprogram
   D. Pelayanan kesehatan primer yang terintegrasi dan berpusat pada keluarga
   E. Pelayanan kesehatan khusus penyakit menular
4. Seorang bayi usia 9 bulan datang ke posyandu untuk imunisasi campak. Saat pemeriksaan ditemukan bayi mengalami keterlambatan perkembangan motorik dan ibu belum memahami pemberian MP-ASI yang tepat.

Tindakan sesuai konsep ILP adalah:

A. Memberikan imunisasi saja

B. Menunda pelayanan sampai bayi dirujuk

C. Memberikan imunisasi, skrining perkembangan, dan edukasi MP-ASI dalam satu kunjungan

D. Fokus pada penyuluhan gizi tanpa imunisasi

E. Menyarankan ibu datang ke layanan lain di hari berbeda

5. Dalam satu keluarga terdapat nenek usia 65 tahun hipertensi, ibu hamil trimester II, dan anak usia 2 tahun dengan status gizi kurang. Tim puskesmas melakukan kunjungan keluarga dan memberikan pelayanan sesuai kebutuhan masing-masing anggota keluarga.

   Tujuan utama pendekatan ILP pada kasus tersebut adalah:

   A. Mengurangi jumlah kunjungan puskesmas

   B. Memberikan pelayanan berdasarkan usia secara terpisah

   C. Memberikan pelayanan kesehatan komprehensif berbasis keluarga dan siklus hidup

   D. Memprioritaskan pelayanan pada lansia saja

   E. Mengutamakan pelayanan administratif kesehatan keluarga

11.4 Daftar Rujukan (Gunakan Reference Manager)

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer*. Jakarta: Kemenkes RI.

World Health Organization. (2022). *Pocket Book of Primary Health Care for Children and Adolescents: Guidelines for Health Promotion, Disease Prevention and Management from the Newborn Period to Adolescence*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Krüger, C., Huss, G., Yasmin, F., & Weigel, R. (2024). The "Pocket book of primary health care for children and adolescents": WHO standards for improving paediatric and adolescent primary care in Europe, Central Asia and worldwide. *Frontiers in Pediatrics, 12*, 1462303. https://doi.org/10.3389/fped.2024.1462303

World Health Organization & United Nations Children's Fund (UNICEF). (2018). *Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO.

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Pedoman Pelaksanaan Transformasi Layanan Primer*. Jakarta: Kemenkes RI.

Tylee, A., Haller, D. M., Graham, T., Churchill, R., & Sanci, L. A. (2007). Youth-friendly primary-care services: How are we doing and what more needs to be done? *The Lancet, 369*(9572), 1565–1573. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60371-7

Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet, 369*(9569), 1302–1313. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7

Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L. C. H., et al. (2017). Early childhood development coming of age: Science through the life course. *The Lancet, 389*(10064), 77–90. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31389-7

Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., et al. (2013). Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: What can be done and at what cost? *The Lancet, 382*(9890), 452–477. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly, 83*(3), 457–502. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x

BAB 12. KONSEP PROGRAM KESEHATAN LOKAL GLOBAL

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep program kesehatan lokal - global

12.1 Pendahuluan

Konsep program kesehatan lokal–global dalam keperawatan kesehatan masyarakat merupakan pendekatan yang mengintegrasikan kebutuhan kesehatan masyarakat di tingkat lokal dengan kebijakan dan isu kesehatan dunia secara global. Perkembangan globalisasi, urbanisasi, perubahan iklim, mobilitas penduduk, serta meningkatnya penyakit menular dan tidak menular menyebabkan masalah kesehatan tidak lagi terbatas pada wilayah tertentu, melainkan menjadi tantangan bersama antarnegara. Pelayanan kesehatan masyarakat membutuhkan strategi yang mampu menghubungkan kondisi lokal masyarakat dengan agenda kesehatan internasional seperti *Sustainable Development Goals* (SDGs), *Universal Health Coverage* (UHC), serta program promosi kesehatan global. Dalam konteks keperawatan komunitas, perawat memiliki peran penting sebagai pemberi asuhan, edukator, advokat, sekaligus penggerak pemberdayaan masyarakat agar mampu meningkatkan derajat kesehatannya secara mandiri dan berkelanjutan. Berbagai penelitian dalam bidang keperawatan komunitas menunjukkan bahwa keberhasilan program kesehatan sangat dipengaruhi oleh partisipasi masyarakat, pendekatan budaya lokal, dan kolaborasi lintas sektor dalam mendukung pembangunan kesehatan masyarakat.

Program kesehatan lokal–global menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif melalui penguatan pelayanan kesehatan primer berbasis masyarakat. Pendekatan ini diwujudkan melalui

berbagai program seperti Usaha Kesehatan Sekolah (UKS), Sanitasi Total Berbasis Masyarakat (STBM), program kesehatan ibu dan anak, pengendalian penyakit menular maupun penyakit tidak menular, serta kesiapsiagaan bencana berbasis komunitas. Penelitian-penelitian dalam keperawatan kesehatan masyarakat menunjukkan bahwa edukasi kesehatan, pemberdayaan kader kesehatan, peningkatan perilaku hidup bersih dan sehat, serta keterlibatan keluarga memiliki pengaruh signifikan terhadap peningkatan kualitas kesehatan masyarakat. Perkembangan teknologi kesehatan digital, *telehealth*, dan sistem informasi kesehatan turut memperkuat implementasi program kesehatan lokal–global dengan memperluas akses pelayanan kesehatan hingga ke daerah terpencil dan kelompok rentan. Konsep kesehatan lokal–global menjadi landasan penting dalam pengembangan praktik keperawatan kesehatan masyarakat yang adaptif, kolaboratif, dan berorientasi pada keberlanjutan pelayanan kesehatan.

12.2 Definisi Kesehatan Lokal

Kesehatan lokal merupakan kondisi kesehatan masyarakat pada suatu wilayah tertentu yang dipengaruhi oleh faktor sosial, budaya, ekonomi, lingkungan, perilaku, dan sistem pelayanan kesehatan setempat. Fokus kesehatan lokal adalah penyelesaian masalah kesehatan berdasarkan kebutuhan masyarakat di wilayah tertentu seperti desa, kecamatan, kabupaten, atau kota. Kesehatan lokal menitikberatkan pada pelayanan kesehatan primer, pemberdayaan masyarakat, sanitasi lingkungan, kesehatan keluarga, kesehatan ibu dan anak, pengendalian penyakit berbasis wilayah, dan partisipasi masyarakat dalam pembangunan kesehatan. Strategi kesehatan komunitas harus berbasis kebutuhan masyarakat lokal dan memperhatikan kesetaraan akses kesehatan bagi seluruh kelompok masyarakat (Individuals, 2020).

Definisi Kesehatan Global

Kesehatan global adalah bidang ilmu dan praktik kesehatan yang bertujuan meningkatkan derajat kesehatan seluruh masyarakat dunia melalui kerja sama internasional, pendekatan multidisiplin, dan penanganan masalah kesehatan lintas negara.

Kesehatan global tidak hanya berkaitan dengan penyakit menular internasional, tetapi juga mencakup perubahan iklim, migrasi, kemiskinan, kesehatan lingkungan, pandemi, ketahanan pangan, dan ketimpangan akses layanan kesehatan.

Kesehatan global sangat erat dengan konsep *health equity* atau keadilan kesehatan, yaitu memberikan kesempatan yang adil kepada semua orang untuk mencapai kesehatan optimal tanpa hambatan sosial maupun ekonomi. Dalam konteks globalisasi, masalah kesehatan suatu negara dapat memengaruhi negara lain. Pandemi COVID-19 menjadi contoh nyata bahwa masalah kesehatan lokal dapat berkembang menjadi isu kesehatan global (WHO, 2020).

Konsep Program Kesehatan Lokal–Global

Program kesehatan lokal–global adalah upaya kesehatan yang dirancang berdasarkan kebutuhan masyarakat setempat, tetapi tetap selaras dengan agenda kesehatan dunia seperti SDGs, *Universal Health Coverage, Primary Health Care, dan Health in All Policies*. Pendekatan ini menempatkan masalah lokal misalnya stunting, TB, kesehatan ibu-anak, penyakit tidak menular, sanitasi, dan kesiapsiagaan bencana sebagai bagian dari sistem kesehatan global yang saling terhubung.

Dalam praktiknya, program kesehatan lokal–global harus berbasis data, memperhatikan budaya masyarakat, melibatkan lintas sektor, dan memiliki indikator keberhasilan yang dapat dibandingkan dari tingkat desa, kabupaten/kota, nasional, hingga global. WHO menekankan bahwa *Health in All Policies* mendukung

aksi lintas pemerintah untuk menangani determinan sosial kesehatan dan mendorong keadilan kesehatan (WHO, 2023).

Perspektif Kesehatan Lokal (Agrinursing)

Kekhasan pemikiran terletak pada penguatan akar lokal, terutama di wilayah agrikultur dan pesisir (Pebriyanti et al., n.d.):

1. Pemberdayaan Masyarakat: Menggunakan pendekatan komunitas untuk memandirikan warga dalam mengelola kesehatan mereka secara mandiri.
2. Kearifan Lokal: Mengintegrasikan nilai budaya masyarakat (seperti budaya Pendalungan atau Using di wilayah Jember-Lumajang) dalam intervensi medis agar lebih diterima masyarakat.
3. Konsep Agronursing: Fokus pada masalah kesehatan yang spesifik terjadi di lingkungan pertanian, seperti trauma kerja petani atau penyakit akibat pestisida.

Karakteristik Program Kesehatan Lokal–Global

Program kesehatan lokal–global memiliki karakteristik yang membedakannya dari program kesehatan konvensional (WHO, 2020) :

1. Berbasis Kebutuhan Masyarakat
   Program dirancang berdasarkan masalah nyata di masyarakat melalui survei epidemiologi, analisis situasi, dan partisipasi komunitas.
2. Mengutamakan Keadilan Kesehatan
   Program berupaya mengurangi kesenjangan kesehatan antar kelompok masyarakat, terutama kelompok rentan dan marginal.
3. Bersifat Multisektor
   Program melibatkan sektor kesehatan, pendidikan, lingkungan, sosial, ekonomi, dan pemerintahan.

4. Mengutamakan Pemberdayaan Masyarakat
   Masyarakat berperan sebagai mitra dalam perencanaan, pelaksanaan, monitoring, dan evaluasi program.
5. Berbasis Bukti Ilmiah
   Program menggunakan data epidemiologi, penelitian kesehatan masyarakat, serta rekomendasi WHO dan jurnal ilmiah internasional.
6. Berkelanjutan
   Program dirancang agar tetap berjalan melalui dukungan kebijakan, pembiayaan, kaderisasi, dan kepemilikan masyarakat.
7. Adaptif terhadap Perubahan Global
   Program mampu menyesuaikan diri dengan perubahan situasi seperti pandemi, urbanisasi, perubahan iklim, dan perkembangan teknologi kesehatan.

Prinsip Program Kesehatan Lokal–Global

Prinsip utama program kesehatan lokal–global meliputi kesesuaian konteks lokal, berbasis bukti, partisipatif, adil, terintegrasi lintas sektor, berkelanjutan, dan dapat dievaluasi. Program tidak boleh hanya meniru model global, tetapi harus diadaptasi dengan kondisi sosial, ekonomi, budaya, geografis, dan kapasitas sistem kesehatan lokal.

Program kesehatan yang baik dimulai dari analisis masalah, pemetaan kelompok rentan, penetapan prioritas, perencanaan bersama masyarakat, pelaksanaan kolaboratif, monitoring, evaluasi, dan perbaikan berkelanjutan. Dalam konteks pelayanan kesehatan primer, aksi multisektor terbukti berperan pada level kebijakan, koordinasi operasional, serta pelaksanaan layanan berbasis masyarakat untuk mendukung UHC dan hasil kesehatan yang lebih merata (Id et al., 2023).

Keadilan Kesehatan / Health Equity

Keadilan kesehatan berarti setiap orang memiliki kesempatan yang sama untuk mencapai derajat kesehatan optimal, tanpa hambatan akibat status ekonomi, pendidikan, gender, wilayah tempat tinggal, disabilitas, usia, pekerjaan, atau kondisi sosial lainnya. Keadilan berbeda dengan kesamaan; kelompok yang lebih rentan memerlukan dukungan lebih besar agar dapat memperoleh hasil kesehatan yang setara.

Dalam program kesehatan masyarakat, *health equity* diwujudkan melalui pemetaan kelompok rentan, akses layanan yang terjangkau, komunikasi risiko yang inklusif, pelayanan yang ramah budaya, serta indikator evaluasi yang memisahkan data berdasarkan wilayah, usia, jenis kelamin, status sosial ekonomi, dan kelompok risiko. Kajian tentang sistem pelayanan kesehatan menunjukkan bahwa pendekatan kesehatan populasi dan equity dibutuhkan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat secara menyeluruh (Brushett et al., 2021).

Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan masyarakat adalah proses meningkatkan kemampuan individu, keluarga, dan komunitas agar mampu mengenali masalah kesehatan, mengambil keputusan, mengelola sumber daya, dan berpartisipasi aktif dalam program kesehatan. Masyarakat bukan hanya sasaran program, tetapi juga mitra perencana, pelaksana, pengawas, dan *evaluator*.

Contoh pemberdayaan masyarakat meliputi kader posyandu, *peer educator* remaja, kelompok ibu hamil, desa siaga, bank sampah kesehatan lingkungan, komunitas peduli TB, serta forum warga untuk perencanaan kesehatan desa. Tinjauan sistematis menunjukkan bahwa partisipasi masyarakat dalam pengembangan

layanan kesehatan penting dalam perencanaan, implementasi, monitoring, dan evaluasi program (Koh et al., 2019).

Kolaborasi Lintas Sektor

Kolaborasi lintas sektor adalah kerja sama antara sektor kesehatan dengan pendidikan, sosial, lingkungan, pertanian, transportasi, agama, media, swasta, akademisi, dan pemerintah daerah. Banyak masalah kesehatan tidak dapat diselesaikan oleh sektor kesehatan saja karena akar masalahnya berada pada determinan sosial seperti kemiskinan, sanitasi, pangan, perumahan, pendidikan, pekerjaan, dan lingkungan.

Contohnya, pencegahan stunting memerlukan sektor kesehatan, pangan, pertanian, pendidikan, perlindungan sosial, dan sanitasi. Pengendalian DBD memerlukan kesehatan, lingkungan, sekolah, kelurahan, dan masyarakat. Pilar *Health in All Policies* meliputi tata kelola dan akuntabilitas, kepemimpinan, cara kerja, serta sumber daya dan pembiayaan (WHO, 2023).

Keberlanjutan Program Kesehatan

Keberlanjutan program kesehatan adalah kemampuan program untuk terus berjalan, memberikan manfaat, dan beradaptasi meskipun dukungan awal, proyek, atau pendanaan eksternal telah selesai. Program berkelanjutan harus memiliki kepemilikan lokal, dukungan kebijakan, pembiayaan yang realistis, kapasitas SDM, integrasi ke sistem layanan rutin, dan mekanisme evaluasi. Sebuah kajian tentang keberlanjutan program kesehatan masyarakat menekankan bahwa intervensi lebih berpeluang berlanjut bila fleksibel, relatif murah, dapat dilakukan dengan sumber daya lokal atau relawan, dan didukung bukti efektivitas (Scheirer et al., 2012).

Pendekatan Promotif dan Preventif

Pendekatan promotif bertujuan meningkatkan pengetahuan, sikap, perilaku, dan lingkungan yang mendukung kesehatan. Pendekatan preventif bertujuan mencegah penyakit sebelum terjadi atau sebelum menjadi berat. Keduanya menjadi inti kesehatan masyarakat karena lebih efektif dan efisien dibanding hanya berfokus pada pengobatan.

Contoh promotif adalah edukasi gizi seimbang, aktivitas fisik, kesehatan reproduksi, PHBS, literasi kesehatan, dan kampanye berhenti merokok. Contoh preventif adalah imunisasi, skrining hipertensi, deteksi dini kanker serviks, surveilans penyakit menular, pengendalian vektor, sanitasi, dan pencegahan kecelakaan kerja. Kajian tentang kapasitas komunitas untuk pencegahan dan promosi kesehatan menegaskan pentingnya penguatan kapasitas masyarakat dalam program berbasis komunitas (Birgel et al., 2023).

Dampak Globalisasi terhadap Kesehatan

Globalisasi merupakan proses meningkatnya hubungan dan ketergantungan antarnegara melalui perdagangan, teknologi, komunikasi, transportasi, migrasi, dan pertukaran informasi. Dalam bidang kesehatan, globalisasi memberikan dampak positif maupun negatif terhadap sistem kesehatan, pola penyakit, teknologi kesehatan, mobilitas penduduk, serta pemerataan akses pelayanan kesehatan. WHO menjelaskan bahwa globalisasi memengaruhi determinan sosial kesehatan seperti ekonomi, pendidikan, pekerjaan, lingkungan, pangan, dan akses layanan kesehatan. Dampak tersebut dapat meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat, tetapi juga dapat memperbesar ketimpangan kesehatan antarwilayah dan kelompok sosial.

Perubahan Pola Penyakit

Globalisasi menyebabkan perubahan pola penyakit dari dominasi penyakit menular menuju peningkatan penyakit tidak menular (PTM) seperti diabetes mellitus, hipertensi, obesitas, kanker, dan penyakit jantung. Perubahan gaya hidup modern, urbanisasi, konsumsi makanan cepat saji, kurang aktivitas fisik, merokok, serta stres menjadi faktor utama peningkatan PTM di berbagai negara. Globalisasi juga mempercepat penyebaran penyakit menular lintas negara akibat meningkatnya perjalanan internasional dan perdagangan global. Pandemi COVID-19 menunjukkan bagaimana penyakit lokal dapat berkembang menjadi ancaman kesehatan global dalam waktu singkat. Menurut jurnal *Globalization and Disease*, globalisasi mempercepat perpindahan penyakit karena meningkatnya arus manusia, barang, dan transportasi internasional. Penyakit menular dapat menyebar lebih cepat dibandingkan masa sebelumnya akibat mobilitas global yang sangat tinggi. WHO juga menjelaskan bahwa globalisasi memengaruhi transisi epidemiologi melalui perubahan pola konsumsi, lingkungan kerja, dan urbanisasi yang berdampak terhadap meningkatnya penyakit kronis serta gangguan kesehatan mental.

Perkembangan Teknologi Kesehatan

Globalisasi mempercepat perkembangan teknologi kesehatan melalui pertukaran ilmu pengetahuan, digitalisasi layanan kesehatan, telemedicine, kecerdasan buatan, big data kesehatan, rekam medis elektronik, robotik medis, dan inovasi farmasi.

Perkembangan teknologi memberikan dampak positif berupa:

1. peningkatan akses informasi kesehatan,
2. percepatan diagnosis,
3. peningkatan kualitas pelayanan,

4. efisiensi sistem kesehatan,
5. perluasan layanan telehealth ke daerah terpencil.

Perkembangan teknologi juga dapat memperbesar kesenjangan kesehatan akibat perbedaan akses internet, literasi digital, biaya teknologi, dan distribusi fasilitas kesehatan. Kajian dalam jurnal *Digital Health Technologies and Inequalities* menunjukkan bahwa penggunaan teknologi kesehatan digital masih dipengaruhi oleh faktor usia, pendidikan, ekonomi, wilayah geografis, dan kemampuan digital masyarakat. Kesenjangan digital menyebabkan sebagian kelompok masyarakat sulit memperoleh manfaat teknologi kesehatan modern. WHO menekankan pentingnya digital *equity* agar transformasi teknologi kesehatan tidak memperbesar ketimpangan pelayanan kesehatan antar kelompok masyarakat.

Mobilitas Penduduk

Globalisasi meningkatkan mobilitas penduduk melalui migrasi internasional, perjalanan wisata, urbanisasi, tenaga kerja migran, perdagangan internasional, dan transportasi modern. Mobilitas ini memberikan dampak besar terhadap kesehatan masyarakat. Dampak positif mobilitas penduduk meliputi:

1. Pertukaran ilmu kesehatan,
2. Peningkatan ekonomi,
3. Transfer teknologi kesehatan,
4. Peningkatan akses layanan kesehatan internasional.

Namun mobilitas penduduk juga meningkatkan risiko:

1. Penyebaran penyakit menular,
2. Masalah kesehatan migran,
3. Stres psikososial,
4. Kepadatan penduduk perkotaan,
5. Masalah sanitasi dan lingkungan.

Penelitian tentang mobilitas dan penyebaran penyakit menunjukkan bahwa pola perjalanan manusia berperan besar dalam penyebaran penyakit infeksi secara cepat antarwilayah dan antarnegara. WHO juga menyatakan bahwa migrasi global memerlukan sistem surveilans kesehatan yang kuat dan kerja sama internasional untuk pengendalian penyakit lintas batas.

Ketimpangan Akses Kesehatan

Dampak utama globalisasi adalah meningkatnya ketimpangan akses kesehatan antarnegara maupun di dalam suatu negara. Kelompok masyarakat dengan ekonomi tinggi lebih mudah memperoleh layanan kesehatan modern, teknologi medis, obat-obatan, dan informasi kesehatan dibandingkan kelompok miskin dan wilayah terpencil.

Ketimpangan kesehatan dipengaruhi oleh:

1. Kemiskinan,
2. Pendidikan,
3. Akses teknologi,
4. Lokasi geografis,
5. Infrastruktur kesehatan,
6. Distribusi tenaga kesehatan,
7. Kebijakan kesehatan.

Ketidakadilan sosial menjadi penyebab utama kesenjangan kesehatan global. Perbedaan harapan hidup, angka kematian ibu, status gizi, dan akses layanan kesehatan masih sangat besar antara negara maju dan berkembang maupun antara wilayah perkotaan dan pedesaan (WHO, 2020).

12.3 Rangkuman

Konsep program kesehatan lokal–global dalam keperawatan kesehatan masyarakat merupakan pendekatan yang mengintegrasikan kebutuhan kesehatan masyarakat lokal dengan isu dan kebijakan kesehatan global seperti SDGs dan *Universal Health Coverage* (UHC). Pendekatan ini menekankan upaya promotif dan preventif melalui pelayanan kesehatan primer, pemberdayaan masyarakat, serta kolaborasi lintas sektor.

Kesehatan lokal berfokus pada penyelesaian masalah kesehatan masyarakat di wilayah tertentu berdasarkan kondisi sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan setempat. Sementara itu, kesehatan global bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dunia melalui kerja sama internasional dan penanganan masalah kesehatan lintas negara seperti pandemi, perubahan iklim, dan ketimpangan kesehatan.

Program kesehatan lokal–global memiliki karakteristik berbasis kebutuhan masyarakat, mengutamakan keadilan kesehatan, bersifat multisektor, berbasis bukti ilmiah, berkelanjutan, dan adaptif terhadap perubahan global. Prinsip utama program meliputi partisipasi masyarakat, kolaborasi lintas sektor, keberlanjutan, dan pendekatan promotif serta preventif.

Globalisasi memberikan dampak besar terhadap kesehatan, seperti perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan, meningkatnya mobilitas penduduk, dan ketimpangan akses kesehatan. Diperlukan sistem kesehatan yang kolaboratif, berkeadilan, dan mampu menghubungkan kebutuhan lokal dengan tantangan kesehatan global untuk meningkatkan kualitas hidup masyarakat secara berkelanjutan.

12.4 Latihan Soal

1. Seorang perawat komunitas melakukan edukasi PHBS dan pemberdayaan kader di desa stunting tinggi. Program disusun berdasarkan kebutuhan masyarakat dan melibatkan lintas sektor. Konsep utama program tersebut adalah …
   a. Pelayanan kuratif
   b. Kesehatan lokal–global
   c. Asuhan individual
   d. Keperawatan klinik
   e. Pelayanan rehabilitatif
2. Puskesmas bekerja sama dengan sekolah, tokoh agama, dan pemerintah desa dalam program pencegahan DBD berbasis masyarakat. Tujuan utama kolaborasi tersebut adalah
   a. Mengurangi biaya pelayanan
   b. Meningkatkan pelayanan rujukan
   c. Mengatasi determinan kesehatan
   d. Mempermudah administrasi program
   e. Menambah tenaga kesehatan
3. Perawat menemukan angka hipertensi meningkat akibat pola makan tinggi garam dan kurang aktivitas fisik. Perawat merancang senam rutin dan edukasi gizi. Pendekatan yang digunakan adalah …
   a. Kuratif–rehabilitatif
   b. Promotif–preventif
   c. Diagnostik–terapeutik
   d. Paliatif–restoratif
   e. Rujukan–rehabilitatif
4. Desa pesisir mengalami peningkatan diare akibat sanitasi buruk. Program sebelumnya gagal karena masyarakat tidak dilibatkan dalam perencanaan. Penyebab utama kegagalan program adalah …

a. Kurangnya dana desa
b. Tidak ada kader kesehatan
c. Lemahnya pemberdayaan masyarakat
d. Rendahnya angka pendidikan
e. Kurangnya fasilitas rumah sakit

5. Perawat mengevaluasi program kesehatan digital di daerah terpencil. Program efektif di kota tetapi tidak optimal di desa karena jaringan internet terbatas. Kesimpulan evaluasi paling tepat adalah …
   a. Teknologi kesehatan harus dihentikan
   b. Program digital efektif untuk semua wilayah
   c. Program perlu disesuaikan konteks lokal
   d. Desa tidak membutuhkan teknologi kesehatan
   e. *Telehealth* hanya untuk rumah sakit
6. Kasus TB meningkat pada pekerja migran di wilayah perbatasan. Perawat diminta menyusun program berbasis kesehatan lokal–global. Intervensi terbaik adalah …
   a. Menambah ruang rawat inap
   b. Membentuk sistem surveilans lintas wilayah
   c. Meningkatkan tarif pelayanan
   d. Membatasi mobilitas penduduk
   e. Menambah jumlah dokter spesialis
7. WHO menekankan bahwa setiap orang memiliki kesempatan yang sama mencapai kesehatan optimal tanpa hambatan sosial maupun ekonomi. Konsep tersebut disebut …
   a. Universal precaution
   b. Health promotion
   c. Health equity
   d. Primary nursing
   e. Case finding

8. Penelitian Suhari menunjukkan keberhasilan program kesehatan masyarakat dipengaruhi keterlibatan kader dan keluarga dalam edukasi kesehatan komunitas. Makna utama temuan tersebut adalah …
   a. Program berbasis rumah sakit lebih efektif
   b. Partisipasi masyarakat meningkatkan keberhasilan program
   c. Pengobatan lebih penting dari pencegahan
   d. Kader menggantikan tenaga kesehatan
   e. Program kesehatan cukup dilakukan pemerintah
9. Perawat menemukan remaja desa banyak merokok akibat pengaruh media sosial. Perawat melibatkan peer educator untuk edukasi kesehatan. Strategi tersebut menunjukkan prinsip
   a. Individual care
   b. Empowerment
   c. Hospital centered
   d. Curative care
   e. Isolation program
10. Pandemi meningkatkan penggunaan telehealth, namun lansia kesulitan mengakses layanan karena rendah literasi digital. Masalah utama pada kasus tersebut adalah …
   a. Kekurangan tenaga medis
   b. Ketimpangan akses kesehatan
   c. Rendahnya angka kesakitan
   d. Kelebihan fasilitas kesehatan
   e. Tingginya biaya obat

12.5 Bahan Diskusi

Konsep program kesehatan lokal–global dalam keperawatan kesehatan masyarakat menekankan pentingnya menghubungkan kebutuhan kesehatan masyarakat lokal dengan isu kesehatan dunia seperti SDGs dan *Universal Health Coverage* (UHC). Pendekatan ini

bertujuan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui pelayanan kesehatan primer, pemberdayaan masyarakat, dan kolaborasi lintas sektor.

Kesehatan lokal berfokus pada masalah kesehatan masyarakat sesuai kondisi sosial, budaya, ekonomi, dan lingkungan setempat, sedangkan kesehatan global berkaitan dengan penanganan masalah kesehatan lintas negara seperti pandemi, perubahan iklim, dan ketimpangan akses kesehatan. Dalam praktiknya, program kesehatan lokal–global diwujudkan melalui kegiatan promotif dan preventif seperti Posyandu, UKS, STBM, imunisasi, edukasi kesehatan, dan pengendalian penyakit berbasis masyarakat.

Perawat kesehatan masyarakat memiliki peran penting sebagai edukator, advokat, dan pemberdaya masyarakat dalam meningkatkan perilaku hidup sehat dan partisipasi masyarakat. Selain itu, perkembangan teknologi kesehatan digital dan telehealth membantu memperluas akses pelayanan kesehatan hingga ke daerah terpencil.

Globalisasi juga membawa dampak terhadap perubahan pola penyakit, meningkatnya mobilitas penduduk, perkembangan teknologi kesehatan, dan ketimpangan akses pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan sistem kesehatan yang adil, kolaboratif, dan berkelanjutan agar kebutuhan kesehatan masyarakat lokal dapat terhubung dengan tantangan kesehatan global secara efektif.

12.6 Bahan Rujukan

Birgel, V., Decker, L., Röding, D., & Walter, U. (2023). Community capacity for prevention and health promotion : a scoping review on underlying domains and assessment methods. *BMC Systematic Reviews*, 1–12. https://doi.org/10.1186/s13643-023-02314-1

Brushett, S., Caldwell, H. A. T., Cameron, E. S., Carrea, C., Embrett, M., Fierlbeck, K., Hajizadeh, M., Kirk, S. F. L., Rothfus, M., Sampalli, T., & Sim, M. (2021). Strategies and indicators to address health equity in health service and delivery systems: a scoping review protocol. *Wolters Kluwer*. https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00001

Id, R. B. K., Erku, D., Endalamaw, A., Wolka, E., Nigatu, F., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2023). Multisectoral actions in primary health care : A realist synthesis of scoping review. *PLOS ONE*, 1–18. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0289816

Individuals, H. and more resilient communities and. (2020). Community health strategy Healthier and more resilient. *International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*.

Koh, H., Seng, C. K., & Id, H. L. (2019). Community participation in health services development, implementation, and evaluation : A systematic review of empowerment, health , community , and process outcomes. *PLOS ONE*, 1–25.

Pebriyanti, D. O., Rondhianto, Primasari Mahardhika R, Suhari, & R. Endro Sulistyono. (n.d.). *Fenomenologi Perilaku Masyarakat Penyintas Semeru Dalam Sanitasi Lingkungan di HUNTAP Semeru Damai Kabupaten Lumajang*.

Scheirer, M. A., Princeton, & W, N. J. (2012). Sustainability of public health programs. *American Public Health Association*, *102*(5), 2011–2012. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300498

WHO. (2020). Engagement and participation for health equity. *World Health Organization*.

WHO. (2023). *Working together for equity and healthier populations*.

BAB 13. UKBM

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep Wihshield Survey dalam praktik keperawatan kesehatan komunitas

13.1 Pendahuluan

Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat atau UKBM adalah bentuk partisipasi masyarakat dalam menjaga kesehatan secara mandiri dengan dukungan tenaga kesehatan. Dalam era ILP, UKBM menjadi bagian dari jejaring pelayanan primer yang menghubungkan keluarga, Posyandu, Pustu, dan Puskesmas. Perannya penting untuk mendeteksi dini masalah kesehatan seperti penyakit menular, PTM, masalah gizi, kesehatan remaja, kesehatan kerja, lansia, dan kelompok rentan melalui pemberdayaan masyarakat di tingkat keluarga dan komunitas. Dalam keperawatan komunitas, UKBM dan pemberdayaan masyarakat penting karena perawat berperan sebagai pemberi asuhan, pendidik, fasilitator, pembina kader, penghubung rujukan, dan pengelola data komunitas. Perawat perlu memahami struktur Posyandu Terintegrasi, kemampuan kader, hasil kunjungan rumah, serta inovasi promosi kesehatan sesuai kebutuhan masyarakat. Peran perawat dalam ILP mencakup kegiatan promotif, preventif, dan kuratif pada individu, keluarga, serta kelompok Masyarakat (Hardianti et al., 2024)

Dalam era ILP, pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan siklus hidup, sehingga kegiatan seperti Posyandu KIA, Posbindu PTM, Posyandu Lansia, dan layanan remaja diarahkan menjadi Posyandu Terintegrasi. Posyandu ini melayani ibu hamil, bayi-balita, anak sekolah, remaja, dewasa, dan lansia dalam satu sistem layanan. Perubahan ini membutuhkan reorganisasi kader, pencatatan digital, rujukan sederhana, dan pemantauan wilayah

setempat, dengan Pustu sebagai pembina UKBM di tingkat desa atau kelurahan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

13.2 Transformasi dan Reorganisasi UKBM

1. Revitalisasi Posyandu

Revitalisasi Posyandu merupakan perubahan dari Posyandu berbasis program, seperti Posyandu Balita, Posbindu PTM, Posyandu Remaja, dan Posyandu Lansia, menjadi Posyandu Terintegrasi yang melayani seluruh siklus hidup. Perubahan ini bertujuan mengurangi fragmentasi layanan agar masyarakat dapat memperoleh edukasi, skrining, pemantauan, dan tindak lanjut awal di satu titik layanan komunitas. Kader tetap berperan dalam pemberdayaan, edukasi, pendataan, pengukuran dasar, skrining sederhana, dan penghubung rujukan, sedangkan tindakan klinis tetap dilakukan tenaga kesehatan di Pustu atau Puskesmas. Sebelum ILP, beberapa Posyandu masih terbatas pada penimbangan balita dan pencatatan manual sehingga data mudah hilang serta sulit diakses kembali (Hesti et al., 2025).

Revitalisasi Posyandu juga menuntut kader bekerja berdasarkan data sasaran, seperti ibu hamil, balita, remaja, dewasa berisiko PTM, lansia, penyandang disabilitas, dan keluarga yang perlu pemantauan khusus. Data tersebut digunakan untuk menentukan sasaran yang perlu diundang ke Posyandu, dikunjungi rumah, atau dirujuk ke Pustu/Puskesmas. Pada layanan lansia, keberhasilan Posyandu ILP dipengaruhi oleh cakupan kunjungan, pengetahuan, dukungan keluarga, jarak, dan motivasi masyarakat dalam memanfaatkan layanan (Febrianto et al., 2025).Manfaat revitalisasi Posyandu adalah akses layanan menjadi lebih dekat, pelayanan lebih komprehensif untuk seluruh anggota keluarga, dan deteksi dini masalah kesehatan lebih mudah dilakukan. Melalui penguatan kader, edukasi masyarakat, peningkatan kualitas layanan, dan pemanfaatan media digital, ILP menjadi strategi penting untuk memperkuat pelayanan kesehatan dasar berbasis komunitas (Waliyanti et al., 2025).

2. Struktur Posyandu Era Baru

Dalam praktiknya, struktur Posyandu era baru membutuhkan pembagian peran yang jelas. Kader Posyandu bertanggung jawab menggerakkan masyarakat, melakukan pendataan sasaran, membantu layanan dasar sesuai keterampilan, melakukan edukasi, mencatat hasil kegiatan, dan melakukan kunjungan rumah. Perawat dan bidan di Pustu membina kader, memvalidasi data, melakukan layanan yang memerlukan kewenangan klinis, serta menindaklanjuti hasil skrining. Puskesmas melakukan koordinasi, supervisi, penyediaan logistik, pengelolaan mutu, dan evaluasi capaian wilayah. Penelitian kesiapan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan Posyandu Prima terintegrasi menggambarkan bahwa kesiapan sumber daya, sarana prasarana, perencanaan, pencatatan pelaporan, dan dukungan program merupakan komponen penting agar Posyandu terintegrasi dapat berjalan baik (Hardianti et al., 2024).

3. Legalitas dan Kelembagaan

Legalitas UKBM semakin kuat karena Posyandu diakui sebagai lembaga kemasyarakatan desa/kelurahan yang membantu pelayanan sosial dasar, termasuk kesehatan. Posyandu menjadi wadah partisipasi masyarakat yang dibina Pokja Posyandu, disahkan kepala daerah, dan melibatkan lintas sektor sehingga perlu direncanakan, dibiayai, dipantau, dan dievaluasi bersama (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2023).

Penguatan kelembagaan Posyandu juga didukung oleh Permendagri Nomor 13 Tahun 2024 tentang Pos Pelayanan Terpadu. Regulasi ini menegaskan bahwa Posyandu merupakan bagian dari sistem kelembagaan desa/kelurahan dalam pelayanan dasar. Bagi keperawatan komunitas, legalitas ini penting agar kader mendapat pembinaan, penugasan, pengakuan, dan dukungan yang jelas. Legalitas Posyandu juga berkaitan dengan perlindungan dan akuntabilitas kader. Kader perlu memahami batas kewenangan, sedangkan tenaga kesehatan perlu menghargai peran kader sebagai

penggerak masyarakat. Meski Posyandu telah diakui sebagai bagian dari sistem pelayanan kesehatan nasional berbasis masyarakat, masih terdapat tantangan terkait status kelembagaan dan perlindungan hukum kader (Wicaksono, 2025).

Pemberdayaan Kader Posyandu Terintegrasi

1. Dua Puluh Lima Keterampilan Dasar Kader

Pemberdayaan kader Posyandu Terintegrasi bertumpu pada penguasaan 25 keterampilan dasar kader yang mencakup keterampilan pengelolaan Posyandu, layanan bayi-balita, ibu hamil dan menyusui, usia sekolah dan remaja, usia dewasa dan lansia, serta pencatatan dan pelaporan. Keterampilan ini menjadi standar peningkatan kapasitas kader agar Posyandu mampu memberikan layanan promotif dan preventif secara lebih menyeluruh sesuai siklus hidup (Dhamayani & Sugiyanto, 2025). Keterampilan kader meliputi menyiapkan tempat dan alat, mengatur alur layanan, mengidentifikasi sasaran, melakukan pengukuran dasar, memberikan edukasi kesehatan, mencatat hasil layanan, serta melakukan tindak lanjut. Edukasi yang diberikan mencakup ASI, MP-ASI, imunisasi, tanda bahaya ibu hamil, anemia remaja, gizi seimbang, pencegahan PTM, dan dukungan kemandirian lansia (Hartono et al., 2025).

2. Tanda Kecakapan Kader

Tanda Kecakapan Kader adalah bentuk penghargaan dan pengakuan terhadap penguasaan keterampilan dasar kader Posyandu. Kemenkes membaginya menjadi tiga tingkat, yaitu Kader Purwa, Kader Madya, dan Kader Utama. Kader Purwa menguasai keterampilan dasar pengelolaan Posyandu dan layanan balita, Kader Madya menguasai layanan balita serta ibu hamil/menyusui, sedangkan Kader Utama menguasai layanan seluruh siklus hidup. Sistem ini membantu kader berkembang secara bertahap sesuai kemampuan dan pengalaman (Kemenkes RI, 2023).

Tanda kecakapan juga berfungsi sebagai alat manajemen kader karena Pustu dan Puskesmas dapat menentukan pembagian tugas,

kebutuhan pendampingan, dan prioritas pelatihan. Kader dengan kemampuan lebih tinggi dapat membantu koordinasi layanan, mendampingi kader baru, dan mendukung pemantauan wilayah. Penelitian menunjukkan sebagian besar kader sudah siap pada beberapa keterampilan, termasuk layanan usia dewasa dan lansia, sehingga sistem kecakapan dapat mendukung pembagian peran yang lebih tepat (Inayah et al., 2025)

3. Peran Perawat sebagai Pembina atau Coach

Perawat komunitas berperan sebagai coach bagi kader Posyandu Terintegrasi, bukan hanya pemberi instruksi. Perawat membantu kader memahami tujuan layanan, mendemonstrasikan keterampilan, mengamati praktik, memberi umpan balik, dan menyusun perbaikan sesuai kemampuan kader. Peran ini penting karena kader memiliki latar belakang pendidikan dan pengalaman yang berbeda, sehingga kebutuhan pembinaannya juga berbeda (Hardianti et al., 2024; Hartono et al., 2025). Teknik pembinaan dapat dilakukan melalui tahapan orientasi, demonstrasi, praktik terbimbing, observasi, umpan balik, dan evaluasi berkala. Perawat dapat melatih kader dalam pengukuran dasar, wawancara skrining, edukasi kesehatan, pencatatan, serta tindak lanjut hasil kunjungan rumah (Dhamayanti & Sugiyanto, 2025).

Sebagai coach, perawat perlu menciptakan suasana belajar yang aman, tidak menyalahkan kader saat terjadi kesalahan, dan menggunakan diskusi kasus agar kader memahami kondisi sosial keluarga. Penguatan kader penting karena keberhasilan ILP bergantung pada kesiapan kader, pemahaman layanan siklus hidup, dan kemampuan menggunakan pencatatan digital (Waliyanti et al., 2025; Zulfita et al., 2025).

Kunjungan Rumah dan Pemantauan Wilayah Setempat

1. Manajemen Kunjungan Rumah

Kunjungan rumah adalah kegiatan terjadwal oleh kader atau tenaga kesehatan untuk menjangkau keluarga yang tidak hadir ke Posyandu, memiliki risiko kesehatan, atau membutuhkan edukasi

lanjutan. Dalam ILP, kunjungan rumah menjadi penghubung antara layanan komunitas dan kondisi nyata keluarga, karena kader dapat melihat langsung lingkungan rumah, perilaku kesehatan, dukungan keluarga, kepatuhan pengobatan, dan hambatan akses layanan. Manajemen kunjungan rumah dimulai dari penentuan sasaran prioritas berdasarkan data Posyandu, PIS-PK, catatan Puskesmas, dan laporan masyarakat. Sasaran dapat berupa ibu hamil belum lengkap ANC, balita bermasalah gizi, remaja berisiko anemia, dewasa dengan hipertensi/diabetes, lansia yang tidak hadir Posyandu, anggota keluarga difabel, atau pasien penyakit menular yang perlu pemantauan. Pelaksanaan kunjungan rumah harus memperhatikan etika, seperti memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan, menjaga kerahasiaan, meminta izin, dan tidak menghakimi. Kader dapat melakukan wawancara singkat, edukasi, pengingat kontrol, serta melaporkan tanda bahaya kepada perawat Pustu atau Puskesmas. Hasil kunjungan harus ditindaklanjuti agar menjadi dasar deteksi dini, edukasi, motivasi, dan rujukan (Kemenkes RI, 2023).

2. Penggunaan Dashboard PWS

Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) adalah proses mengumpulkan, mengolah, dan menggunakan data wilayah untuk melihat cakupan layanan, masalah kesehatan, serta kebutuhan intervensi. Dalam era ILP, PWS dikembangkan menjadi dashboard situasi kesehatan yang menampilkan data dari Puskesmas, Pustu, Posyandu, dan kunjungan rumah hingga tingkat desa/kelurahan, dusun, RT, atau RW. Perawat dan kader menggunakan dashboard PWS untuk menentukan prioritas masalah. Misalnya, jika banyak warga belum skrining tekanan darah, Posyandu dapat menambah layanan cek tekanan darah dan edukasi PTM. Jika cakupan lansia rendah, kader dapat melakukan kunjungan atau sweeping sasaran. Dengan data PWS, intervensi menjadi lebih tepat karena berdasarkan bukti wilayah, bukan perkiraan. PWS juga membantu koordinasi lintas sektor karena masalah kesehatan sering

memerlukan dukungan desa, sekolah, tempat kerja, dan masyarakat. Data PWS dapat digunakan dalam lokakarya mini, musyawarah desa, atau pertemuan lintas sektor untuk membahas cakupan layanan, pola penyakit, masalah kesehatan, dan rencana tindak lanjut (Kemenkes RI, 2023).

3. Tindak Lanjut Hasil Skrining

Hasil skrining di keluarga dan Posyandu perlu ditindaklanjuti dengan alur yang jelas. Hasil dapat dikelompokkan menjadi normal, berisiko, dan tanda bahaya. Hasil normal tetap diberi edukasi dan jadwal skrining ulang, hasil berisiko diarahkan untuk konseling atau pemeriksaan ulang di Pustu, sedangkan tanda bahaya harus segera dirujuk ke Puskesmas atau fasilitas kesehatan yang lebih mampu. Kader tidak melakukan diagnosis, tetapi mencatat hasil, memberi edukasi awal, melaporkan ke perawat atau bidan Pustu, serta memastikan sasaran tetap terpantau agar tidak hilang dari tindak lanjut. (Kemenkes RI, 2023). Tindak lanjut juga membutuhkan komunikasi keluarga yang baik karena sebagian warga enggan datang ke Pustu akibat merasa tidak sakit, takut biaya, tidak ada pendamping, atau kurang percaya pada layanan kesehatan. Kader perlu menjelaskan bahwa hasil skrining bukan diagnosis, melainkan tanda perlunya pemeriksaan lanjutan untuk mencegah penyakit menjadi lebih berat (Hardianti et al., 2024; Waliyanti et al., 2025).

Inovasi UKBM dalam Promosi Kesehatan

1. Penerapan GERMAS di Tingkat RT/RW

GERMAS atau Gerakan Masyarakat Hidup Sehat merupakan inovasi promosi kesehatan yang dapat diterapkan di tingkat RT/RW melalui kegiatan sederhana, murah, dan mudah dilakukan warga. Dalam kerangka UKBM, GERMAS tidak cukup dipahami sebagai slogan, tetapi sebagai gerakan kolektif untuk memperbaiki perilaku sehari-hari. Fokus awal yang paling mudah diterapkan adalah aktivitas fisik, konsumsi sayur dan buah, serta cek kesehatan rutin. Kegiatan ini dapat dikaitkan dengan Posyandu Terintegrasi, misalnya hari buka Posyandu diawali dengan senam bersama,

edukasi isi piringku, pemeriksaan tekanan darah dan berat badan, serta komitmen keluarga untuk mengurangi rokok dan minuman manis (Sutarno et al., 2024)

Perawat dan kader dapat menjadikan GERMAS sebagai kegiatan lintas UKBM. Posyandu Terintegrasi dapat menjadi tempat skrining dan edukasi, Pos UKK dapat mendorong budaya keselamatan dan kesehatan kerja, UKS dapat menanamkan perilaku hidup bersih dan sehat sejak sekolah, sedangkan kelompok lansia dapat mempertahankan aktivitas fisik dan dukungan sosial. Dengan cara ini, promosi kesehatan tidak berdiri sendiri, melainkan menjadi budaya komunitas. Kegiatan seperti cek kesehatan rutin, konsumsi sayur-buah, tidak merokok, dan aktivitas fisik perlu diulang terus-menerus karena perubahan perilaku membutuhkan dukungan sosial, contoh nyata, dan lingkungan yang memudahkan pilihan sehat (Lestari et al., 2023).

2. UKBM Khusus: Pos UKK dan UKS

Selain Posyandu Terintegrasi, UKBM khusus seperti Pos UKK dan UKS tetap penting dalam ILP. Pos UKK berfokus pada pekerja sektor informal yang berisiko mengalami kecelakaan kerja, paparan bahan berbahaya, kelelahan, stres, dan penyakit akibat kerja, sehingga perlu edukasi, skrining, dan pembinaan K3 di komunitas (Sifai et al., 2023).

UKS berperan dalam pemberdayaan kesehatan di sekolah melalui pendidikan kesehatan, pelayanan sederhana, pembinaan lingkungan sehat, skrining anemia remaja, edukasi gizi, kesehatan jiwa, kebersihan diri, dan pencegahan perilaku berisiko. Penyuluhan UKS terbukti dapat meningkatkan pengetahuan siswa tentang perilaku hidup bersih dan sehat (Lestari et al., 2023). Pos UKK dan UKS perlu terhubung dengan PWS serta sistem rujukan agar hasil temuan, seperti remaja berisiko anemia atau pekerja dengan tekanan darah tinggi, dapat ditindaklanjuti oleh Pustu atau Puskesmas. Dengan begitu, UKBM khusus menjadi bagian dari integrasi layanan primer, bukan kegiatan yang berjalan sendiri (Prasetyo et al., 2024).

3. Digitalisasi UKBM

Digitalisasi UKBM merupakan salah satu unsur penting dalam ILP karena data komunitas harus tersedia cepat, akurat, dan dapat digunakan untuk mengambil keputusan. Aplikasi Sehat IndonesiaKu atau ASIK digunakan untuk pencatatan layanan luar gedung oleh tenaga kesehatan dan kader, termasuk kegiatan Posyandu dan kunjungan rumah. Dalam petunjuk teknis ILP, pencatatan layanan luar gedung menggunakan ASIK bagi tenaga kesehatan dan kader, WhatsApp Kementerian Kesehatan bagi kader, serta aplikasi pihak ketiga yang terintegrasi dengan standar Satu Sehat. Data layanan luar gedung kemudian terintegrasi dengan pencatatan dalam gedung menjadi dashboard monitoring berdasarkan wilayah kerja (Kemenkes RI, 2023).

Manfaat digitalisasi bagi kader adalah memudahkan pencatatan, mengurangi risiko kehilangan dokumen, mempercepat rekapitulasi, dan membantu menemukan sasaran yang perlu tindak lanjut. Studi tentang edukasi ASIK bagi kader Posyandu Bina Bhakti Kota Surakarta menjelaskan bahwa ASIK merupakan aplikasi terpusat untuk pencatatan dan pemantauan pelayanan kesehatan luar gedung, digunakan oleh tenaga kesehatan primer termasuk kader Posyandu untuk mencatat layanan imunisasi, bayi balita, remaja, usia sekolah, ibu hamil, dan skrining PTM. Edukasi penggunaan ASIK diperlukan agar kader mampu mencatat data secara lebih efisien dan meningkatkan akurasi data kesehatan (Nurkalis et al., 2025). Namun, digitalisasi masih menghadapi tantangan seperti keterbatasan kemampuan kader menggunakan gawai, jaringan internet, dan kekhawatiran terhadap kerahasiaan data. Karena itu, perawat dan petugas Pustu perlu memberi pendampingan teknis, simulasi pengisian, serta memastikan pencatatan dilakukan sesuai etika dan tetap diikuti tindak lanjut nyata di lapangan (Zulfita et al., 2025).

13.3 Rangkuman

UKBM di era ILP mengalami transformasi dari kegiatan berbasis program menjadi layanan komunitas terintegrasi berbasis siklus hidup. Posyandu Terintegrasi melayani ibu hamil, bayi balita, usia sekolah dan remaja, dewasa, serta lansia dalam satu sistem pelayanan yang terhubung dengan Pustu dan Puskesmas. Pustu berperan sebagai pembina UKBM di desa/kelurahan melalui pelayanan dalam dan luar gedung, pendampingan Posyandu, kunjungan rumah, PWS, serta penggunaan data untuk menentukan intervensi. Penguatan legalitas melalui regulasi Posyandu memperjelas kedudukan Posyandu sebagai lembaga kemasyarakatan yang mendukung pelayanan dasar bidang Kesehatan. Pemberdayaan kader menjadi kunci keberhasilan ILP. Kader perlu menguasai 25 keterampilan dasar, mendapatkan tanda kecakapan Purwa, Madya, dan Utama, serta dibina secara berkelanjutan oleh perawat dan tenaga kesehatan. Perawat berperan sebagai coach yang melatih, mensupervisi, memberi umpan balik, dan membantu kader memahami batas kewenangan. Kunjungan rumah dan PWS menjadi mekanisme untuk mendeteksi risiko kesehatan keluarga, memetakan wilayah rawan, dan memastikan hasil skrining ditindaklanjuti melalui rujukan ke Pustu atau Puskesmas. Inovasi UKBM seperti GERMAS, Pos UKK, UKS, dan ASIK mendukung promosi kesehatan, pemberdayaan kelompok khusus, serta pencatatan data real-time yang dapat dipakai untuk perencanaan wilayah.

13.4 Latihan Soal Pilihan Ganda

1. Seorang perawat Pustu sedang menjelaskan perubahan Posyandu di era ILP kepada kader. Ia menekankan bahwa Posyandu tidak lagi hanya melayani balita atau lansia secara terpisah, tetapi seluruh siklus hidup. Makna utama perubahan tersebut adalah...

a. Posyandu hanya boleh melayani ibu hamil

b. Posyandu menjadi layanan terintegrasi untuk ibu hamil, anak, remaja, dewasa, dan lansia

c. Posyandu tidak lagi membutuhkan kader

d. Posyandu hanya berfungsi sebagai tempat pengobatan

e. Posyandu diganti sepenuhnya oleh Puskesmas

2. Dalam struktur ILP, Pustu memiliki peran penting di tingkat desa/kelurahan. Peran Pustu yang paling sesuai sebagai pembina UKBM adalah...

a. Menghapus kegiatan Posyandu

b. Membina kader, mendampingi Posyandu, melakukan kunjungan rumah, dan mendukung PWS

c. Menggantikan seluruh tugas kader

d. Hanya melayani pasien rawat inap

e. Membatasi kegiatan UKBM di masyarakat

3. Kader Posyandu Terintegrasi diminta menguasai 25 keterampilan dasar. Tujuan utama standar keterampilan tersebut adalah...

a. Membuat kader melakukan diagnosis medis

b. Meningkatkan kemampuan kader dalam layanan dasar promotif-preventif sepanjang siklus hidup

c. Mengurangi peran tenaga kesehatan

d. Mengubah kader menjadi dokter desa

e. Menghapus pencatatan layanan

4. Seorang kader telah menguasai pengelolaan Posyandu, pelayanan balita, pelayanan ibu hamil dan menyusui, serta satu keterampilan pilihan. Berdasarkan sistem tanda kecakapan, kader tersebut termasuk...

a. Kader Utama

b. Kader Madya

c. Kader Purwa

d. Kader Pelaksana Rumah Sakit

e. Kader Rujukan Nasional

5. Perawat sedang melatih kader melakukan pengukuran tekanan darah dan pencatatan hasil skrining. Perawat mendemonstrasikan, mengamati kader praktik, lalu memberi umpan balik. Peran perawat tersebut adalah...

a. Evaluator keuangan

b. Coach atau pembina kader

c. Petugas administrasi desa

d. Pasien simulasi

e. Pengawas nonkesehatan

6. Kader melakukan kunjungan rumah kepada lansia yang tidak hadir Posyandu selama dua bulan. Ia menemukan lantai licin, obat hipertensi tidak diminum teratur, dan keluarga belum memahami jadwal kontrol. Tindakan paling tepat adalah...

a. Mendiagnosis penyakit baru

b. Memberi edukasi awal, mencatat temuan, dan melaporkan kepada perawat Pustu untuk tindak lanjut

c. Mengabaikan karena bukan hari Posyandu

d. Memberikan obat baru tanpa resep

e. Meminta lansia berhenti kontrol

7. Dashboard PWS menunjukkan cakupan skrining tekanan darah pada usia dewasa rendah di salah satu RW. Tindak lanjut yang paling tepat adalah...

a. Membiarkan karena warga tidak mengeluh

b. Merencanakan edukasi PTM, mengundang sasaran, dan menambah layanan cek tekanan darah di Posyandu/kunjungan rumah

c. Menghapus data RW tersebut

d. Menghentikan kegiatan kader

e. Membuat rujukan semua warga ke rumah sakit tanpa skrining

8. Contoh penerapan GERMAS di tingkat RT/RW yang paling sesuai adalah...

a. Menganjurkan warga tidak beraktivitas fisik

b. Senam bersama, konsumsi buah-sayur, tidak merokok, dan cek kesehatan rutin

c. Membatasi akses air bersih

d. Mengganti Posyandu dengan kegiatan hiburan saja

e. Hanya membagikan obat tanpa edukasi

9. Pos UKK dalam kerangka UKBM terutama ditujukan untuk...

a. Meningkatkan kesehatan dan keselamatan kerja terutama pada pekerja sektor informal

b. Menggantikan seluruh layanan rumah sakit

c. Mengurus administrasi sekolah saja

d. Melayani persalinan di rumah

e. Membatasi pekerja datang ke Puskesmas

10. Aplikasi Sehat IndonesiaKu atau ASIK dalam UKBM era ILP digunakan terutama untuk...

a. Permainan edukasi kader

b. Pencatatan dan pemantauan layanan luar gedung seperti Posyandu dan kunjungan rumah secara digital

c. Menghapus kebutuhan data kesehatan

d. Membuat diagnosis otomatis tanpa tenaga kesehatan

e. Menggantikan semua pertemuan kader

13.5 Bahan Diskusi

Diskusikan bagaimana Posyandu di wilayah tempat tinggal Anda dapat diubah dari Posyandu berbasis program menjadi Posyandu Terintegrasi yang melayani seluruh siklus hidup. Identifikasi sasaran yang paling sulit dijangkau, misalnya remaja, usia dewasa produktif, pekerja informal, atau lansia, lalu jelaskan strategi kader dan perawat untuk meningkatkan kehadiran mereka. Diskusikan peran perawat sebagai coach bagi kader. Menurut Anda, keterampilan apa yang paling sulit dikuasai kader dalam 25

keterampilan dasar, apakah pengukuran, edukasi, pencatatan digital, atau tindak lanjut rujukan? Berikan alasan dan contoh bentuk pendampingan yang dapat dilakukan oleh perawat Pustu atau Puskesmas. Diskusikan penggunaan data PWS dan ASIK dalam perencanaan program kesehatan desa. Bagaimana data hasil Posyandu dan kunjungan rumah dapat digunakan untuk menentukan wilayah rawan kesehatan? Apa risiko jika data tidak lengkap atau kader belum terampil menggunakan aplikasi? Usulkan solusi agar digitalisasi UKBM tetap mudah, aman, dan bermanfaat bagi masyarakat.

13.6 Daftar Rujukan

Dhamayani, S., & Sugiyanto. (2025). *EVALUASIKOMPETENSI KADER POSYANDU DALAM PELAKSANAAN TATA KELOLA INTEGRASI LAYANAN PRIMER BINAAN PUSKESMAS NGEMPLAK I KABUPATEN SLEMAN*. *9*(1), 107–121. https://doi.org/https://doi.org/10.47431/jirreg.v9i1.632

Febrianto, V. S., Nurvinanda, R., & Maryana. (2025). FAKTOR - FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KUNJUNGAN LANSIA KE POSYANDU INTEGRASI LAYANAN PRIMER SIKLUS HIDUP DI RW. 002 KAMPUNG TEGALREJO KELURAHAN SUNGAI BARU KECAMATAN MENTOK TAHUN 2024. *Jurnal Penelitian Keperawatan, 11(1):1-12*. https://doi.org/10.32660/jpk.v11i1.791

Hardianti, S., Jenderal, U., Yani, A., Artikel, I., Primer, L., & Education, J. (2024). *Kesiapan tenaga kesehatan dalam pelaksanaan posyandu prima terintegrasi perkesmas di puskesmas kota purwakarta*. *12*(3), 464–471. https://doi.org/https://doi.org/10.37081/ed.v12i3.6299

Hartono, R., Rusli, Amir, A., Andini, M., & Hasanah, B. U. (2025). *Pendampingan Kader Posyandu Dalam Peningkatan 25*

Keterampilan Dasar di Kecamatan Biringkanaya. *6*(2), 157–162. https://doi.org/https://doi.org/10.32382/mirk.v6i1.1888

Hesti, N., Iswandy, E., Kurniadi, T., Amir, A. B. T., Kebidanan, S., Kesehatan, F., Mercubaktijaya, U., Kesehatan, S. I., Kesehatan, F., & Mercubaktijaya, U. (2025). *Optimalisasi Peran dan Keterampilan Kader Posyandu melalui Integrasi Layanan (Primer , Komplementer , dan Digitalisasi) untuk Meningkatkan Kesehatan Sepanjang Daur Kehidupan*. *5*(5), 335–340. https://doi.org/https://doi.org/10.55382/jurnalpustakamitra.v5i5.1296

Inayah, Z., Farikha, N., Ayuningtyas, R., Ziyad, M. F., Studi, P., Masyarakat, K., Kesehatan, F., & Gresik, U. M. (2025). *PELAKSANAAN PROGRAM INTEGRASI LAYANAN PRIMER (ILP) DI KELURAHAN SINGOSARI ANALYSIS OF POSYANDU CADRES ' READINESS FOR THE IMPLEMENTATION OF THE PRIMARY HEALTH CARE INTEGRATION PROGRAM (ILP) IN SINGOSARI*. https://doi.org/10.35971/jjhsr.v7i3.33039

Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2023). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/2015/2023 tentang Petunjuk Teknis Integrasi Pelayanan Kesehatan Primer*. Jakarta: Kemenkes RI.

Lestari, A., Rafi'ah, Maliga, I., & Hasifa, H. (2023). *Pemanfaatan Program Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) Dalam Upaya Peningkatan Kesehatan Masyarakat di Sekolah Dasar Negeri Songkar Utilization Of The School Health Business Program (UKS) In Efforts To Improve Public Health in Songkar State Elementary Scho*. *2*(2), 1–9. https://doi.org/https://doi.org/10.58374/10.58374/jmmn.v2i2.141

Nurkalis, U., Ayu, N., Amir, R., Ismali, A., & Arum, N. (2025). *Edukasi Aplikasi Sehat IndonesiaKu (ASIK) Sebagai Upaya Peningkatan Kapasitas Kader Posyandu Bina Bhakti , Kota Surakarta*. *3*(5), 2109–2116. https://doi.org/https://doi.org/10.59837/jpmba.v3i5.2660

Prasetyo, E., Ulfa, M., Mubaroq, M. H., & Informal, S. (2024). *Optimalisasi Peran Pos UKK (Upaya Kesehatan Kerja) pada Pekerja Sektor Informal di Kabupaten Kudus*. *1*, 78–84. https://doi.org/https://doi.org/10.70109/jupenkes.v1i1.11

Sifai, I. A., Permatasari, I., & Pramitasari, R. (2023). *Inisiasi Pembentukan Pos Upaya Kesehatan Kerja pada Pekerja Rumah Makan di Kecamatan Ngaliyan Kota Semarang*. *3*(6), 1819–1828. https://doi.org/https://doi.org/10.54082/jamsi.981

Sutarno, Tajudin, T., & Suryanti. (2024). *PERAN GERMAS DALAM MENGATASI MENINGKATNYA RISIKO PENYAKIT TIDAK MENULAR DI RW 15 SIDAKAYA, CILACAP JAWA TENGAH*. *6*(2), 41–50. https://doi.org/https://doi.org/10.36423/jec.v6i2.2089

Waliyanti, E., Amalia, Y. D., Ummah, M. K., Ners, P., Yogyakarta, U. M., Brawijaya, J., & Promotif, D. (2025). *Peningkatan Kapasitas Kader Posyandu dalam Integrasi Layanan Primer (ILP) di Posyandu Teratai 1 Padukuhan Kalirandu , Bangunjiwo*. *14*(3), 4548–4557. https://doi.org/https://doi.org/10.22236/solma.v14i3.19481

Wicaksono, E. N. (2025). *Legalitas Operasional Posyandu Berbasis Masyarakat dalam Perspektif UU No . 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan*. *06*. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.36722/jaiss.v6i3.4753

BAB 14. WINISHIELD SURVEY

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)
Mahasiswa mampu menjelaskan konsep Wihshield Survey dalam praktik keperawatan kesehatan komunitas

14.1 Pendahuluan

Pemahaman komprehensif terhadap dinamika lingkungan fisik dan sosial masyarakat merupakan fondasi utama sebelum merumuskan intervensi kesehatan. Sebagai akademisi dan peneliti, saya kerap menekankan bahwa asuhan keperawatan yang efektif tidak lahir dari asumsi klinis di belakang meja, melainkan dari pengamatan objektif dan sistematis di lapangan. Sebuah komunitas bukanlah sekumpulan individu semata, melainkan sebuah ekosistem kompleks yang derajat kesehatannya sangat dikendalikan oleh tata letak geografis, ketersediaan fasilitas sanitasi, kondisi perumahan, hingga batas-batas wilayah. Oleh karena itu, langkah pertama dan paling krusial bagi seorang perawat komunitas adalah melakukan pemetaan lingkungan secara langsung guna menangkap realitas epidemiologis masyarakat yang sebenarnya.

Metode investigasi awal yang paling empiris dan teruji untuk melakukan pemetaan ruang spasial tersebut adalah Windshield Survey. Secara konseptual, Windshield Survey merupakan teknik observasi terstruktur di mana perawat melakukan pengamatan dengan mengelilingi wilayah binaan—baik menggunakan kendaraan maupun berjalan kaki—untuk mengumpulkan data primer terkait elemen-elemen subsistem komunitas. Melalui observasi inderawi yang tajam, perawat dapat mengidentifikasi faktor risiko lingkungan, mengamati pola interaksi warga, mendeteksi area rawan penyakit, dan melihat langsung infrastruktur penunjang kesehatan. Data visual yang diperoleh dari survei ini

menjadi evidence-based (bukti nyata) yang sangat berharga dalam menyusun diagnosis keperawatan komunitas yang akurat, tajam, dan sesuai dengan konteks lokal.

Dalam arsitektur transformasi kesehatan saat ini, pelaksanaan Windshield Survey memiliki keterikatan yang sangat strategis dengan keberhasilan implementasi Integrasi Layanan Primer (ILP). Salah satu pilar operasional ILP adalah penguatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) hingga ke tingkat desa dan dusun melalui optimalisasi Puskesmas Pembantu (Pustu) dan Posyandu. Dalam hal ini, Windshield Survey bertindak sebagai instrumen vital bagi perawat—yang kini berperan sebagai manajer wilayah—untuk memetakan kantong-kantong risiko kesehatan sebelum data tersebut divisualisasikan dalam dashboard PWS. Dengan penguasaan medan yang diperoleh melalui Windshield Survey, perawat beserta kader dapat merancang rute penjangkauan (kunjungan rumah) yang lebih presisi, memastikan bahwa pelayanan berbasis siklus hidup dalam ILP benar-benar menjangkau populasi rentan, dan mendistribusikan layanan kesehatan secara adil tanpa ada satu pun warga yang tertinggal.

Dalam praktik keperawatan kesehatan masyarakat, komunitas bukan sekadar kumpulan individu, melainkan sebuah ekosistem dinamis di mana faktor lingkungan, sosial, dan budaya saling berinteraksi memengaruhi status kesehatan. Sebagai perawat, pemahaman mendalam terhadap kondisi nyata di lapangan menjadi langkah esensial yang tidak bisa ditawar sebelum merumuskan diagnosis maupun intervensi keperawatan. Pengumpulan data dasar yang akurat dan komprehensif tidak dapat hanya bergantung pada telaah dokumen atau laporan sekunder di belakang meja; ia membutuhkan kehadiran fisik dan observasi langsung untuk menangkap realitas epidemiologis yang sesungguhnya. Di sinilah tahapan pengkajian awal menjadi sangat krusial untuk memetakan

berbagai determinan kesehatan yang tersebar di suatu wilayah binaan.

Windshield survey hadir sebagai salah satu instrumen observasi primer yang paling tajam dan empiris dalam metodologi keperawatan komunitas. Secara konseptual, metode ini merupakan teknik pengamatan spasial dan visual yang dilakukan dengan mengelilingi suatu wilayah geografis—baik menggunakan kendaraan maupun berjalan kaki—untuk mengidentifikasi elemen-elemen subsistem komunitas secara langsung. Melalui pengamatan terstruktur, perawat dapat menilai indikator-indikator esensial seperti kepadatan pemukiman, kelayakan sanitasi lingkungan, mobilitas warga, hingga ketersediaan fasilitas layanan publik. Sebagai seorang akademisi dan peneliti, saya memandang metode ini bukan sebatas rutinitas administratif pengumpulan data, melainkan fondasi analitis berbasis bukti (evidence-based) yang memungkinkan perawat untuk menangkap "nadi" kehidupan masyarakat secara objektif dan sistematis.

Relevansi windshield survey menjadi semakin strategis di era Transformasi Kesehatan saat ini, khususnya dalam mengawal implementasi Integrasi Layanan Primer (ILP). Salah satu pilar operasional utama dalam ILP adalah penguatan Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) yang berfokus pada pendekatan siklus hidup hingga ke tingkat desa, dusun, dan rumah tangga. Dalam konteks kebijakan ini, windshield survey berfungsi sebagai instrumen navigasi awal bagi perawat komunitas—yang kini direposisi sebagai manajer kesehatan wilayah di tingkat Puskesmas Pembantu (Pustu)—untuk memetakan kantong-kantong risiko kesehatan sebelum data tersebut divisualisasikan dalam dashboard digital. Dengan memadukan ketajaman pemetaan lapangan dan sistem layanan terintegrasi, perawat dapat merancang strategi penjangkauan yang presisi, memastikan bahwa pelayanan

kesehatan yang promotif dan preventif benar-benar hadir secara proaktif bagi masyarakat yang paling membutuhkan.

Survei kaca depan adalah alat penting dalam keperawatan kesehatan masyarakat, memberikan gambaran visual komunitas untuk mengidentifikasi sumber daya terkait kesehatan dan kesenjangan dalam layanan. Metode ini memungkinkan perawat untuk mengumpulkan data yang menginformasikan perencanaan intervensi yang disesuaikan dengan kebutuhan spesifik masyarakat. Dengan mengemudi melalui komunitas, perawat dapat mengamati berbagai faktor seperti kondisi perumahan, ketersediaan fasilitas kesehatan, dan kondisi kehidupan umum, yang penting untuk perencanaan kesehatan masyarakat yang efektif. Bagian berikut mempelajari secara spesifik survei kaca depan, aplikasinya, dan implikasinya dalam keperawatan kesehatan masyarakat.

Tujuan dan Metodologi Survei Kaca Depan

Survei kaca depan dirancang untuk memberikan penilaian visual yang komprehensif tentang lingkungan dan sumber daya masyarakat. Metode ini membantu perawat memahami kebutuhan dan sumber daya kesehatan masyarakat, yang sangat penting untuk merencanakan intervensi yang efektif(Guin, 2020).

Survei melibatkan mengemudi melalui komunitas untuk mengamati dan mencatat berbagai faktor lingkungan dan sosial, seperti kualitas perumahan, ketersediaan layanan publik, dan tanda-tanda keterlibatan masyarakat(Guin, 2020)].

Aplikasi dalam Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Survei kaca depan digunakan untuk mengidentifikasi kesenjangan kesehatan dan kesenjangan sumber daya dalam masyarakat. Misalnya, di Coral Gables, Miami, survei kaca depan menyoroti isu-isu seperti kemiskinan dan gaya hidup menetap, yang

menginformasikan strategi untuk meningkatkan hasil kesehatan melalui kompetensi budaya dan aksesibilitas(Uribe, n.d.)].

Teknik ini telah disesuaikan untuk proyek-proyek pendidikan kesehatan, seperti mendorong perempuan di lingkungan tertentu untuk menjalani pemeriksaan kesehatan secara teratur, menunjukkan keserbagunaannya dalam mengatasi masalah kesehatan tertentu(Callan, 1971).

Implikasi untuk Intervensi Kesehatan Masyarakat

Data yang dikumpulkan dari survei kaca depan berperan penting dalam merumuskan intervensi kesehatan yang ditargetkan. Dengan memahami lingkungan masyarakat, perawat dapat mengembangkan strategi yang mengatasi risiko kesehatan tertentu dan mempromosikan gaya hidup yang lebih sehat (Guin, 2020) (Uribe, n.d.).

Survei kaca depan juga mendukung pengembangan program pendidikan kesehatan masyarakat dengan mengidentifikasi area di mana intervensi pendidikan paling dibutuhkan(Callan, 1971).

Tantangan dan Pertimbangan

Sementara survei kaca depan memberikan wawasan yang berharga, mereka juga memiliki keterbatasan. Sifat subjektif dari pengamatan dapat menyebabkan bias, dan survei mungkin tidak menangkap kompleksitas penuh kebutuhan kesehatan suatu komunitas(Bender et al., 2009).

Selain itu, efektivitas intervensi berdasarkan survei kaca depan tergantung pada kemampuan perawat untuk menafsirkan data secara akurat dan mengintegrasikannya dengan alat penilaian kesehatan masyarakat lainnya(Bender et al., 2009).

14.2 Konsep Winshield Survey

Definisi Windshield Survey

Ada beberapa definisi winshield survey berdasarkan tokoh

Anderson dan McFarlane (Model Community as Partner)	windshield survey merupakan padanan (ekuivalen) dari pemeriksaan fisik (inspeksi) pada individu, namun diterapkan pada skala komunitas. Survei ini mengkaji inti komunitas (core) dan delapan subsistem kehidupan masyarakat (lingkungan fisik, pendidikan, keamanan dan transportasi, politik dan pemerintahan, pelayanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi, serta rekreasi) melalui pengamatan visual terstruktur.
Stanhope dan Lancaster (Public Health Nursing)	windshield survey merupakan metode observasi langsung yang merupakan langkah awal dalam pengkajian komunitas. Metode ini mengharuskan perawat berkeliling di suatu area—baik menggunakan mobil, transportasi umum, maupun berjalan kaki—untuk mengumpulkan data primer mengenai karakteristik masyarakat, kondisi geografis, dan determinan sosial yang mempengaruhi kesehatan.
Allender, Rector, dan Warner (Community & Public Health Nursing)	windshield survey merupakan pengamatan visual lingkungan (visual assessment) untuk mengidentifikasi variabel lingkungan dan spasial yang berkontribusi terhadap morbiditas dan mortalitas. Fokusnya adalah melihat apa yang nyata dan ada di lapangan (seperti sanitasi, polusi, ketersediaan trotoar, hingga ketersediaan pasar sehat) untuk memvalidasi data sekunder yang mungkin sudah dimiliki perawat.

Benang merah definisi windshield survey berdasarkan pendapat tokoh tersebut adalah metode pengkajian primer

keperawatan komunitas berbasis observasi spasial dan visual yang terstruktur, bertujuan untuk mengidentifikasi determinan lingkungan, fisik, dan sosial budaya yang memengaruhi status kesehatan populasi di suatu wilayah geografis tertentu.

Perkembangan Windshield Survey dalam Keperawatan Komunitas

Metodologi windshield survey tidaklah statis. adanya evolusi yang signifikan dalam cara perawat komunitas melakukan pengkajian ini, sejalan dengan kemajuan teknologi dan pergeseran paradigma kesehatan. Perkembangannya dapat dibagi ke dalam tiga fase utama:

1. Fase Klasik dan Konvensional (Pra-1990an)

Pada masa awal perkembangannya, windshield survey dilakukan secara sangat harfiah dan manual. Perawat berkendara mengelilingi wilayah, seringkali ditemani rekan yang bertugas mencatat di atas kertas (paper-based). Observasi bertumpu pada panca indera perawat tanpa alat bantu yang kompleks. Data yang dihasilkan seringkali sangat naratif dan sangat bergantung pada subjektivitas pengamat saat itu.

2. Fase Konseptualisasi dan Sistematisasi (1990an - 2000an)

Seiring berkembangnya teori keperawatan, windshield survey menjadi jauh lebih terstruktur dan berbasis instrumen. Penggunaan kuesioner observasi yang baku, seperti checklist berdasarkan 8 Subsistem Roda Pengkajian Komunitas dari Anderson & McFarlane.Perawat mulai memadukan observasi lapangan dengan wawancara informal kepada tokoh masyarakat (kader, ketua RT/RW) yang dijumpai di jalan, yang dikenal sebagai metode observasi partisipatoris. Fotografi analog atau digital dasar mulai digunakan sebagai bukti lampiran dokumentasi asuhan.

3. Fase Digital, Spasial, dan Virtual (Era Kontemporer)

Di era modern, metodologi ini mengalami disrupsi teknologi yang melahirkan konsep Virtual Windshield Survey dan pemetaan geospasial presisi. Perawat peneliti kini memadukan hasil observasi lapangan dengan software pemetaan spasial untuk melihat sebaran penyakit (misalnya, menandai titik rumah dengan kasus demam berdarah yang berdekatan dengan genangan air). Memanfaatkan teknologi seperti Google Earth dan Google Street View. Sebelum benar-benar turun ke lapangan, perawat dapat melakukan "tur virtual" untuk memahami topografi, tata letak jalan, dan batasan wilayah secara akurat. Hal ini sangat menghemat waktu dan sumber daya. Dalam riset keperawatan bencana atau komunitas di area yang sulit dijangkau, pengamatan udara dengan drone menjadi ekstensi modern dari windshield survey. Saat ini, pencatatan hasil observasi lapangan tidak lagi berakhir di lembar kertas asuhan mahasiswa, melainkan didigitalisasi melalui smartphone/tablet dan diintegrasikan langsung dengan dashboard Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) atau aplikasi ASIK (Aplikasi Sehat IndonesiaKu), sehingga intervensi dapat dilakukan secara real-time berbasis klaster siklus hidup.

Dalam keperawatan kesehatan masyarakat, pengkajian komunitas merupakan tahap awal yang sangat penting karena perawat tidak hanya menilai individu, tetapi juga menilai komunitas sebagai klien. Pada konteks ini, community health needs assessment dipahami sebagai proses sistematis untuk mengidentifikasi dan menganalisis kebutuhan serta aset kesehatan masyarakat agar prioritas masalah dapat ditentukan, intervensi direncanakan, lalu tindakan dilakukan secara tepat. Di dalam proses itu, windshield survey termasuk salah satu metode pengumpulan data primer yang sering digunakan bersama forum publik, wawancara, fokus grup, survei, dan observasi partisipatif.

Secara konsep, windshield survey adalah observasi langsung terhadap kondisi komunitas yang dilakukan dari kendaraan sambil mengamati lingkungan melalui "kaca depan" secara sistematis. Metode ini dipakai untuk menangkap gambaran cepat tentang karakteristik komunitas yang memengaruhi kesehatan, misalnya kondisi perumahan, adanya polusi, taman dan area rekreasi, sarana transportasi, fasilitas kesehatan dan pelayanan sosial, industri, toko bahan pangan, sekolah, serta institusi keagamaan. Dalam praktiknya, metode ini sering dibandingkan dengan walking survey; bila windshield survey lebih cocok untuk wilayah yang luas dan aspek yang tampak dari jalan, maka walking survey lebih sesuai untuk hal-hal yang sulit terlihat dari kendaraan bergerak.

Nilai utama windshield survey dalam keperawatan komunitas terletak pada kemampuannya memberi gambaran awal yang cepat, relatif objektif, dan mudah dibandingkan antarwilayah. Melalui observasi ini, perawat dapat memperoleh "rasa" atau feel terhadap komunitas, melihat perbedaan antar lingkungan, mengenali aset yang sering dianggap biasa oleh warga, dan memperkirakan kebutuhan umum maupun masalah yang lebih spesifik pada dimensi fisik, sosial, dan ekonomi. Karena itu, metode ini sangat berguna sebagai pintu masuk sebelum perawat melakukan pengkajian yang lebih mendalam.

Namun, hasil windshield survey tidak boleh dibaca hanya sebagai daftar apa yang tampak di jalan. Data tersebut harus dianalisis dengan lensa sosial-budaya dan determinan sosial kesehatan. Healthy People 2030 membagi determinan sosial kesehatan ke dalam lima ranah besar, yaitu stabilitas ekonomi, akses dan mutu pendidikan, akses dan mutu pelayanan kesehatan, lingkungan permukiman dan lingkungan binaan, serta konteks sosial dan komunitas. CDC juga menegaskan bahwa kondisi tempat orang lahir, tumbuh, bekerja, tinggal, beribadah, dan menua sangat

mempengaruhi luaran kesehatan, bahkan berkontribusi pada ketimpangan kesehatan. Artinya, ketika perawat melihat rumah padat, jalan rusak, minim transportasi, atau tidak adanya toko pangan sehat, yang dibaca bukan sekadar kondisi fisik, tetapi juga struktur risiko kesehatan di komunitas tersebut.

Dalam materi pengkajian komunitas, komponen windshield survey umumnya dibagi ke dalam dua kelompok besar, yaitu inti komunitas dan subsistem komunitas. Inti komunitas mencakup batas geografis wilayah, sejarah singkat perkembangan lingkungan, gambaran demografi penduduk, keberagaman etnis atau budaya, serta nilai dan keyakinan yang tercermin dari keberadaan tempat ibadah, simbol budaya, penanda sejarah, atau ekspresi identitas lokal. Subsistem komunitas meliputi lingkungan fisik, layanan kesehatan dan sosial, keadaan ekonomi, transportasi, dan keselamatan. Kerangka seperti ini membantu perawat mengubah pengamatan yang semula tampak acak menjadi data yang terstruktur dan dapat dianalisis.

Pada bagian inti komunitas, perawat perlu memperhatikan batas wilayah yang jelas agar area pengamatan tidak kabur. Setelah itu, perawat menilai sejarah lingkungan secara kasat mata: apakah ini permukiman lama, kawasan baru berkembang, wilayah industri, atau area transisi urban-rural. Demografi juga penting; misalnya, apakah lebih banyak terlihat lansia, anak-anak, keluarga muda, pekerja harian, atau kelompok rentan seperti orang tanpa rumah. Keberagaman etnis dapat dikenali dari bahasa pada papan nama, jenis usaha, tempat ibadah, festival lokal, atau simbol budaya. Nilai dan keyakinan masyarakat juga tampak dari bagaimana ruang publik dirawat, apakah ada kebun, taman, mural, monumen, atau justru penanda konflik sosial dan eksklusi. Semua itu memberi petunjuk tentang identitas kolektif, kohesi sosial, dan prioritas hidup masyarakat.

Pada subsistem komunitas, lingkungan fisik menjadi domain yang sangat kaya makna. Perawat mengamati jenis rumah, kepadatan bangunan, kualitas sanitasi, ketersediaan ruang hijau, kondisi udara, air, drainase, kebersihan, pencahayaan, dan aksesibilitas bagi penyandang disabilitas. Layanan kesehatan dan sosial dinilai dari ada tidaknya puskesmas, klinik, rumah sakit, apotek, posyandu, praktik dokter gigi, layanan kesehatan masyarakat, penitipan anak, tempat penampungan, bantuan pangan, dan bentuk dukungan sosial lain. Kondisi ekonomi dapat dibaca dari keberadaan pertokoan, pasar, pusat kerja, industri, usaha kecil, atau justru banyak toko gadai dan tanda-tanda kerentanan ekonomi. Transportasi dan keselamatan dilihat dari ketersediaan kendaraan umum, jalur pejalan kaki, jalur sepeda, kondisi lalu lintas, pemadam kebakaran, polisi, serta tanda-tanda keamanan atau kriminalitas. Dari seluruh indikator itu, perawat mulai dapat menghubungkan lingkungan dengan risiko penyakit, hambatan akses layanan, dan peluang promosi kesehatan.

Pelaksanaan windshield survey yang baik harus diawali dengan persiapan yang sistematis. Tim perlu menentukan siapa yang melakukan observasi, pertanyaan apa yang ingin dijawab, area mana yang akan disurvei, kapan survei dilakukan, dan instrumen apa yang dipakai. Community Tool Box merekomendasikan penggunaan peta, daftar tilik, pencatatan lapangan, identitas petugas, pembagian peran bila bekerja dalam tim, serta perhatian serius pada keselamatan. Dalam pendidikan keperawatan, pelatihan singkat sebelum turun lapangan penting agar semua pengamat memiliki persepsi yang sama terhadap indikator yang dinilai, sehingga hasil observasi tidak terlalu dipengaruhi subjektivitas masing-masing.

Saat pelaksanaan, kendaraan sebaiknya dijalankan dengan kecepatan sedang, melintasi jalan utama maupun jalan kecil, dan berhenti pada interval tertentu untuk menuliskan hasil pengamatan. Jika fokus pengkajian adalah penggunaan ruang oleh masyarakat, maka observasi sebaiknya dilakukan lebih dari satu kali pada waktu yang berbeda, misalnya pagi, siang, sore, hari kerja, dan akhir pekan. Hal ini penting karena aktivitas komunitas sangat dipengaruhi waktu. Sebuah lingkungan mungkin tampak sepi pada pagi hari, tetapi sangat aktif dan padat pada sore hari. Dalam banyak situasi, kombinasi windshield survey dan walking survey justru memberi gambaran yang lebih utuh.

Secara ilmiah, windshield survey sebaiknya tidak berdiri sendiri. Bab komunitas pada NCBI menempatkannya sebagai salah satu metode data primer yang perlu dipadukan dengan data sekunder dan metode lain seperti wawancara, fokus grup, dan survei. Temuan ini sejalan dengan tinjauan scoping tahun 2023 yang menunjukkan bahwa penilaian kebutuhan dan aset kesehatan komunitas makin banyak menggunakan pendekatan campuran (mixed methods) serta pendekatan partisipatif untuk memasukkan suara warga, terutama kelompok rentan dan kurang beruntung. Dengan kata lain, windshield survey sangat berguna untuk orientasi lapangan dan pembacaan konteks, tetapi validitas keputusan keperawatan akan jauh lebih kuat bila hasil observasi ditriangulasi dengan data epidemiologi, statistik wilayah, dan persepsi masyarakat.

Setelah data terkumpul, tahap berikutnya adalah analisis dan perumusan diagnosis komunitas. Dalam keperawatan komunitas, diagnosis komunitas merupakan pernyataan ringkas hasil analisis data pengkajian. Komponennya meliputi masalah, populasi atau kelompok rentan yang terdampak, efek masalah terhadap populasi tersebut, dan indikator yang menunjukkan bahwa masalah itu

memang ada di komunitas. Jadi, windshield survey bukan tujuan akhir, melainkan bahan mentah untuk menyusun diagnosis komunitas yang lebih tajam. Sebagai contoh, bila perawat menemukan lingkungan padat, sampah terbuka, drainase buruk, banyak balita bermain di sekitar genangan, dan akses puskesmas jauh, maka observasi tersebut dapat mengarah pada diagnosis komunitas terkait risiko penyakit berbasis lingkungan dan rendahnya akses pelayanan kesehatan dasar pada keluarga dengan anak kecil.

Kelebihan windshield survey adalah cepat, murah, praktis, dan mampu memberi gambaran menyeluruh pada wilayah luas. Metode ini juga memudahkan perbandingan antarkawasan dan membantu perawat mengenali fokus intervensi. Akan tetapi, keterbatasannya juga jelas. Karena berbasis apa yang tampak dari jalan, metode ini cenderung kurang menangkap masalah yang tersembunyi, seperti kekerasan dalam rumah tangga, stigma, kualitas relasi sosial, atau hambatan budaya yang tidak terlihat. Selain itu, hasil dapat berubah menurut waktu observasi, dipengaruhi sudut pandang pengamat, dan pada area tertentu terkendala keselamatan. Karena perawat komunitas juga kerap dianggap sebagai "orang luar", aspek kepercayaan, negosiasi peran, dan kerahasiaan tetap harus dijaga saat pengkajian dilanjutkan ke tahap interaksi dengan warga.

windshield survey sangat baik digunakan untuk melatih mahasiswa berpikir epidemiologis dan ekologis. Mahasiswa belajar bahwa penyakit tidak muncul secara acak, melainkan terkait dengan tempat tinggal, pekerjaan, akses pangan, transportasi, budaya, keamanan, dan kebijakan lokal. Karena itu, saat mengajarkan topik ini, dosen sebaiknya tidak berhenti pada deskripsi "apa yang terlihat", tetapi mendorong mahasiswa menjawab pertanyaan yang lebih ilmiah: apa arti temuan itu bagi kesehatan, kelompok mana

yang paling terdampak, determinan sosial apa yang dominan, aset komunitas apa yang dapat diberdayakan, dan intervensi keperawatan apa yang paling realistis. Cara berpikir seperti inilah yang membedakan observasi biasa dari pengkajian komunitas yang benar-benar bernilai keperawatan.

windshield survey adalah metode observasi sistematis yang sangat penting dalam keperawatan kesehatan masyarakat karena mampu memberikan gambaran awal tentang struktur, fungsi, aset, dan masalah kesehatan komunitas. Metode ini paling kuat bila diposisikan sebagai bagian dari community health needs assessment, dibaca melalui kerangka determinan sosial kesehatan, lalu dipadukan dengan data sekunder dan masukan warga. Dengan demikian, hasilnya tidak berhenti sebagai catatan lapangan, tetapi berubah menjadi dasar diagnosis komunitas, perencanaan intervensi, advokasi, dan promosi kesehatan yang lebih tepat sasaran dan berorientasi pada pemerataan kesehatan

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
Batas Wilayah	Nama wilayah RT/RW/kelurahan/desa batas utara, selatan, timur, barat ciri batas nyata, misalnya sungai, jalan raya, rel, pasar, atau kawasan industri	hal pertama yang ditulis adalah batas wilayah komunitas: batas administratif, batas alam, atau batas sosial yang memisahkan satu komunitas dari komunitas lain. Ini penting karena pengkajian komunitas harus jelas

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
		"siapa" yang dinilai, "di mana" lokasinya, dan "sampai batas mana" pengamatan dilakukan. Tanpa batas yang jelas, data bisa tercampur dengan wilayah tetangga dan analisis menjadi tidak akurat
Sejarah	· Riwayat Wilayah · Perkembangan	Sejarah komunitas menggambarkan bagaimana wilayah itu terbentuk dan berkembang. Pengkajian sejarah tidak harus selalu berupa kronologi resmi panjang; yang dinilai adalah petunjuk tentang apakah wilayah itu permukiman lama, kawasan baru, daerah relokasi, daerah industri, daerah pesisir, atau wilayah yang berkembang cepat. Lama keberadaan komunitas berpengaruh terhadap stabilitas

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
		sosial, kecukupan fasilitas, dan jenis kebutuhan kesehatan masyarakat. Komunitas baru mungkin masih minim layanan, sedangkan komunitas lama bisa memiliki fasilitas banyak tetapi tidak selalu sesuai kebutuhan penduduk saat ini.
Demografi	· Jumlah penduduk · Pertumbuhan penduduk · Usia dari kelompok tani · Tingkat pendidikan · Status pekerjaan · Tingkat penghasilan · Usia produktif · Kepadatan penduduk	Demografi berisi gambaran tentang siapa anggota komunitas tersebut. Data yang diamati dapat meliputi usia, jenis kelamin, komposisi keluarga, kepadatan penduduk, jenis hunian, dan kelompok rentan yang terlihat. Literatur keperawatan komunitas menekankan bahwa data umur, jenis kelamin, ras/etnis,

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
		pendidikan, pendapatan, hunian, dan kepadatan populasi sangat penting karena akan mempengaruhi kebutuhan pelayanan kesehatan. Misalnya, komunitas dengan banyak lansia akan berbeda kebutuhan kesehatannya dibanding komunitas yang didominasi keluarga muda
Kelompok Etnis	· Ragam budaya · Aktivitas kebudayaan · Keserasian perbedaan etnis dan budaya	Etnisitas bukan hanya soal suku mayoritas, tetapi juga tanda-tanda budaya yang hidup di komunitas. Dalam panduan windshield survey, indikator etnisitas dapat dilihat dari restoran atau toko khas, bahasa pada papan nama, perayaan budaya, dan bentuk interaksi sosial. Literatur juga menegaskan bahwa etnisitas tercermin

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
		dalam kebiasaan, keyakinan, dan nilai yang dapat memengaruhi praktik kesehatan dan penerimaan intervensi kesehatan. Karena itu, perawat perlu peka terhadap latar budaya komunitas saat menilai kebutuhan dan merancang tindakan
Nilai dan Keyakinan	· Ragam Agama · Aktifitas keagamaan · Jumlah tempat ibadah	Bagian ini menilai hal-hal yang diyakini penting oleh masyarakat, termasuk agama, norma, orientasi keluarga, kebersihan, gotong royong, atau sikap terhadap kesehatan. Panduan windshield survey menyarankan pengamat melihat keberadaan tempat ibadah, simbol keberagaman, penanda budaya, area yang dirawat dengan baik, taman,

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
		seni, dan dukungan keluarga atau kelompok anak-muda. Nilai dan keyakinan berfungsi sebagai panduan perilaku anggota komunitas, sehingga sangat memengaruhi apakah suatu program kesehatan akan diterima atau ditolak.
DATA SUBSISTEM *Data subsistem adalah kategori informasi pendukung yang diamati untuk memahami faktor-faktor eksternal yang memengaruhi kesehatan masyarakat di suatu wilayah.*		
1. Lingkungan fisik	· Luas wilayah · Kebersihan dan penataan wilayah · Batas wilayah · Bahaya lingkungan · Stressor lingkungan	Subsistem ini menilai bagaimana komunitas terlihat dan terasa secara fisik. Panduan CASN memasukkan kualitas udara, flora, jenis perumahan, ruang terbuka hijau, sanitasi, kondisi bangunan, aksesibilitas, air, dan keindahan alam sebagai elemen utama. Dalam keperawatan, lingkungan fisik

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
		sangat penting karena berkaitan langsung dengan risiko penyakit menular, cedera, penyakit berbasis lingkungan, stres, dan kualitas hidup. Kondisi hunian padat, bangunan tidak sehat, atau sanitasi buruk dapat menjadi petunjuk awal masalah kesehatan masyarakat.
2. Pelayanan Kesehatan Sosial	· Status kesehatan · Pelayanan kesehatan · Fasyankes · Angka morbiditas · Angka keskitan · Penyakit endemik	Bagian ini menilai apakah komunitas memiliki sumber daya formal untuk menjaga kesehatan dan kesejahteraan, seperti rumah sakit, puskesmas, klinik, dokter, dokter gigi, layanan kesehatan masyarakat, serta layanan sosial seperti bantuan pangan, penitipan anak, shelter, dan bantuan sosial. Dalam pengkajian

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
		komunitas, subsistem ini penting karena menunjukkan akses, jangkauan, dan dukungan yang tersedia bagi warga, khususnya kelompok rentan
3. Ekonomi	· Status ekonomi · Kegiatan perekonomian · Angka Kemiskinan	Subsistem ekonomi menggambarkan daya hidup ekonomi komunitas: apakah wilayah berkembang, stagnan, atau tampak menurun. CASN menyarankan pengamat melihat industri, toko, tempat kerja, lokasi belanja, tanda-tanda kesempatan kerja, serta tanda-tanda masalah ekonomi seperti toko barang bekas, pegadaian, atau layanan bagi warga dengan kesulitan finansial. Dalam keperawatan komunitas, ekonomi penting karena kemiskinan

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
		berhubungan dengan hambatan akses layanan, gizi, perumahan sehat, dan perilaku pencegahan penyakit
4. Transportasi dan keamanan	· Jalur transportasi · Kemudahan Transportasi · Transportasi umum	Dalam model ini, transportasi dan keselamatan dikelompokkan bersama. Panduan pengkajian menilai bagaimana warga bergerak di dalam komunitas, apakah tersedia bus, kendaraan pribadi, sepeda, trotoar, jalur sepeda, transportasi bagi disabilitas, serta layanan pelindung seperti polisi dan pemadam. Selain itu dinilai pula kondisi jalan, lalu lintas, dan rasa aman. Subsistem ini penting karena memengaruhi akses warga ke sekolah, kerja, layanan kesehatan, serta

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
		risiko kecelakaan dan kekerasan
5. Politik dan Pemerintahan	· Bentuk pemerintahan · Struktur pemerintahan · Pejabat struktural	Subsistem ini menilai struktur pemerintahan lokal, partisipasi warga, dan tanda aktivitas politik. Panduan pengkajian memasukkan tanda seperti poster, rapat warga, bentuk yurisdiksi pemerintahan, dan sejauh mana masyarakat terlibat dalam pengambilan keputusan. Dalam keperawatan komunitas, ini penting karena program kesehatan sering berhasil atau gagal tergantung dukungan aparatur lokal, kebijakan, dan keterlibatan tokoh masyarakat.

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
6. Komunikasi	· Bahasa · Alat komunikasi	Subsistem komunikasi menilai bagaimana informasi beredar dalam komunitas, baik secara formal maupun informal. Panduan menyebut area berkumpul warga, papan pengumuman, koran, televisi, telepon genggam, radio, komputer, dan pengumuman acara komunitas. Dalam praktik keperawatan, subsistem ini sangat penting karena menentukan cara terbaik menyampaikan pendidikan kesehatan: apakah melalui grup WhatsApp, pengumuman masjid, kader, rapat RT, atau kunjungan rumah

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
7. Pendidikan	· Status Pendidikan · Sarana Pendidikan · Jumlah Sekolah	Subsistem pendidikan menilai ketersediaan dan mutu akses pendidikan di komunitas: sekolah, perpustakaan, taman baca, lembaga kursus, akses komputer, bahkan pendidikan orang dewasa. Dalam panduan CASN, pengkaji juga diminta melihat kondisi sekolah dan keberadaan program pendidikan tambahan. Pendidikan penting karena tingkat pendidikan berkaitan dengan perilaku pencegahan, literasi kesehatan, dan kemampuan memahami informasi kesehatan
8. Rekreasi	· Tempat wisata · Persentase rekreasi	Rekreasi menilai tempat dan aktivitas yang dipakai warga untuk bermain,

KOMPONEN	OBSERVASI	DATA
DATA INTI *komponen dasar yang menggambarkan karakteristik penduduk dan sejarah wilayah.*		
		berolahraga, bersosialisasi, atau menikmati waktu luang. Dalam panduan, yang diamati antara lain tempat bermain anak, bentuk rekreasi utama, siapa yang berpartisipasi, fasilitas yang tersedia, kondisinya, serta apakah biayanya terjangkau. Dari sisi keperawatan, rekreasi penting karena berkaitan dengan aktivitas fisik, kesehatan mental, interaksi sosial, dan kualitas hidup

PERSEPSI		
· Penduduk	· Persepsi terhadap bermasyarakat · Terhadap lingkungan	Dalam format Community as Partner untuk windshield/walking survey, setelah bagian community

PERSEPSI		
		core dan 8 subsystems, ada bagian terpisah bernama Perceptions. Di sana ditulis dua hal: (1) residents atau persepsi penduduk, dan (2) your perceptions atau persepsi pengkaji. Pada lembar CASN, bagian ini muncul setelah recreation, bukan di dalam salah satu subsistem. persepsi penduduk diletakkan pada bagian Perceptions – Residents. Isi yang ditulis misalnya: bagaimana warga memandang komunitasnya, apa kekuatannya, apa masalahnya, dan

PERSEPSI		
		apa harapan mereka. Bahkan panduan CASN secara eksplisit menuliskan pertanyaan seperti: how do people feel about the community, what do they identify as its strengths, dan problems
· Tenaga Kesehatan	· Persepsi terhadap lingkungan · Persepsi terhadap bermasyarakat	

14.3 Rangkuman

.Windshield survey dalam praktik keperawatan masyarakat merupakan metode pengkajian awal komunitas yang dilakukan melalui observasi sistematis terhadap lingkungan, baik dari kendaraan maupun yang kemudian dapat dilanjutkan dengan observasi langsung di lapangan, untuk memperoleh gambaran menyeluruh tentang kondisi kehidupan masyarakat, potensi kesehatan, serta masalah yang mungkin mempengaruhi derajat

kesehatan warga. Melalui metode ini, perawat menilai data inti komunitas seperti batas wilayah, sejarah perkembangan, karakteristik demografi, etnisitas, serta nilai dan keyakinan masyarakat, kemudian mengkaji delapan subsistem penting yang meliputi lingkungan fisik, pelayanan kesehatan dan sosial, ekonomi, transportasi dan keselamatan, politik dan pemerintahan, komunikasi, pendidikan, serta rekreasi. Hasil pengamatan tersebut membantu perawat memahami bagaimana komunitas berfungsi, mengenali kelompok rentan, melihat ketersediaan sumber daya, menilai faktor risiko lingkungan, dan menemukan kesenjangan layanan yang dapat berdampak pada kesehatan masyarakat. windshield survey berfungsi sebagai teknik melihat kondisi fisik wilayah serta sebagai dasar untuk menyusun analisis masalah kesehatan komunitas, menentukan prioritas kebutuhan, merancang intervensi keperawatan komunitas, serta membangun program promotif, preventif, kuratif sederhana, dan rehabilitatif yang lebih sesuai dengan kondisi nyata masyarakat. Oleh karena itu, windshield survey menjadi bagian penting dalam proses keperawatan masyarakat karena memberikan data awal yang cepat, sistematis, kontekstual, dan berguna sebagai landasan untuk pengkajian lanjutan, wawancara, validasi data, hingga penetapan diagnosis keperawatan komunitas secara tepat.

14.4 Latihan Soal

1. Seorang perawat komunitas melakukan windshield survey di wilayah binaan. Ia mencatat bahwa batas utara wilayah adalah sungai, batas selatan jalan raya, mayoritas penduduk adalah keluarga muda dengan anak usia sekolah, dan terdapat satu kelompok etnis yang dominan dengan aktivitas keagamaan rutin di masjid setempat. Data yang paling tepat dikategorikan sebagai data inti komunitas adalah …

A. Drainase, jalan, dan sanitasi
B. Demografi, etnisitas, dan nilai keyakinan
C. Transportasi, keselamatan, dan rekreasi
D. Politik, komunikasi, dan ekonomi
E. Pendidikan, pelayanan kesehatan, dan lingkungan

2. Saat melakukan windshield survey, perawat menemukan jalan utama beraspal baik, tetapi gang sempit tidak memiliki lampu penerangan, tidak ada trotoar, dan warga lebih banyak menggunakan sepeda motor untuk mencapai puskesmas. Data tersebut paling tepat dimasukkan ke dalam subsistem …
   A. Rekreasi
   B. Komunikasi
   C. Pendidikan
   D. Transportasi dan keselamatan
   E. Politik dan pemerintahan

3. Seorang perawat mengkaji komunitas padat penduduk. Hasil windshield survey menunjukkan rumah berhimpitan, saluran drainase terbuka, sampah menumpuk di sudut gang, banyak balita bermain tanpa alas kaki, dan posyandu berada cukup jauh dari area paling padat. Masalah keperawatan komunitas yang paling prioritas adalah …
   A. Risiko isolasi sosial
   B. Risiko konflik keluarga
   C. Risiko penyakit berbasis lingkungan
   D. Gangguan komunikasi masyarakat
   E. Ketidakefektifan rekreasi warga

4. Perawat telah menyelesaikan windshield survey dan menemukan bahwa lingkungan tampak cukup bersih dari

jalan utama, tetapi belum memperoleh data tentang alasan rendahnya kunjungan ibu hamil ke puskesmas. Agar analisis kebutuhan komunitas lebih valid, tindakan terbaik berikutnya adalah …

A. Menyusun diagnosis akhir
B. Melakukan wawancara warga dan petugas
C. Langsung menjalankan penyuluhan massal
D. Menghentikan pengkajian lapangan
E. Mengganti data observasi dengan asumsi

5. Dalam satu wilayah, perawat menemukan hasil windshield survey berupa permukiman padat, satu posyandu aktif, banyak warung makanan cepat saji, minim ruang bermain anak, dan komunikasi warga sangat aktif melalui grup WhatsApp RT. Program yang paling tepat disusun berdasarkan data tersebut adalah …

A. Rujukan massal ke rumah sakit
B. Pemeriksaan laboratorium seluruh warga
C. Edukasi gizi keluarga berbasis kader
D. Penutupan warung sekitar sekolah
E. Pengadaan ambulans komunitas

14.5 Bahan Diskusi

Mahasiswa mendapat tugas melakukan windshield survey di sebuah desa pertanian yang berada cukup jauh dari rumah sakit rujukan. Dari hasil pengamatan awal, mahasiswa menemukan permukiman padat pada beberapa dusun, sebagian rumah memiliki ventilasi kurang baik, masih ada warga yang melakukan MCK di sungai, pengelolaan sampah rumah tangga belum optimal, dan beberapa jalan lingkungan sempit serta sulit dijangkau kendaraan roda empat. Di balai desa terdapat papan informasi posyandu dan

jadwal imunisasi, tetapi tidak terlihat materi edukasi TB yang menonjol. Warga tampak aktif berinteraksi di warung dan mushola, namun saat diwawancarai singkat beberapa keluarga mengatakan bahwa batuk lama sering dianggap "batuk biasa karena udara dingin" atau "penyakit turunan," sehingga sebagian warga lebih dulu mencoba pengobatan alternatif sebelum memeriksakan diri ke puskesmas. Salah satu kader juga menyampaikan bahwa ada warga yang sedang minum obat TB tetapi jarang memakai masker di rumah karena merasa malu jika tetangga tahu. Petugas puskesmas pembantu menyebutkan bahwa penemuan kasus aktif belum berjalan optimal, pemeriksaan awal masih sangat bergantung pada sputum, sedangkan foto toraks harus dilakukan di rumah sakit kabupaten yang letaknya jauh. Dalam rapat kecil dengan perangkat desa, mahasiswa juga memperoleh informasi bahwa sebagian pasien kerap terlambat kontrol karena biaya transportasi, dukungan keluarga yang tidak konsisten, dan komunikasi petugas-pasien yang belum selalu efektif. Berdasarkan hasil windshield survey dan informasi singkat tersebut, mahasiswa diminta mengidentifikasi masalah kesehatan prioritas, menilai data inti dan subsistem komunitas yang paling bermasalah, lalu merancang langkah pengkajian lanjutan dan intervensi keperawatan komunitas yang realistis. Skenario ini sengaja dibuat sejalan dengan temuan Sulistyono dkk. bahwa hambatan penanganan TB di pedesaan muncul dari dua sisi besar, yaitu faktor pasien dan faktor fasilitas pelayanan kesehatan; studi lain oleh tim yang sama juga menemukan tujuh tema pada upaya pencegahan penularan dari perspektif pasien, termasuk persepsi terhadap TB, pengobatan alternatif, penggunaan alat pelindung diri, modifikasi lingkungan, kepatuhan berobat, pembatasan interaksi, dan peningkatan asupan makanan, serta menegaskan bahwa pengetahuan dan kesadaran pasien masih menjadi isu penting. Studi lainnya menyebutkan

bahwa hambatan yang muncul dari perspektif pasien meliputi hambatan finansial, layanan yang kurang baik, fasilitas rumah sakit yang tidak memadai, komunikasi pasien-petugas yang tidak efektif, stigma, dan kurangnya dukungan sosial.

Arah diskusi CBL

1) Data apa saja dari inti komunitas dan 8 subsistem yang sudah tampak dari kasus, dan data apa yang masih kurang.
2) Temuan mana yang dapat diperoleh melalui windshield survey, dan temuan mana yang harus diperdalam melalui on foot survey, wawancara, atau key informant interview.
3) Masalah prioritas apa yang paling mendesak: risiko penularan TB di rumah, keterlambatan deteksi, hambatan akses pelayanan, stigma, atau ketidakpatuhan pengobatan.
4) Bagaimana mahasiswa membedakan faktor pasien dan faktor fasilitas/layanan sebagaimana pola temuan penelitian Sulistyono dkk.
5) Intervensi komunitas apa yang paling realistis dilakukan perawat: edukasi batuk efektif dan etika batuk, skrining kontak serumah, optimalisasi kader, advokasi transport rujukan, kunjungan rumah, atau penguatan komunikasi petugas-pasien.
6) Bagaimana perawat memanfaatkan aset komunitas seperti kader, balai desa, mushola, kelompok tani, dan posyandu untuk membangun program TB berbasis masyarakat.
7) Indikator keberhasilan apa yang bisa dipakai untuk mengevaluasi intervensi dalam 1–3 bulan.

14.7 Daftar Rujukan

Ernstmeyer K, Christman E, editors. Nursing: Mental Health and Community Concepts [Internet]. 2nd edition. Eau Claire

(WI): Chippewa Valley Technical College; 2025 Nov 1. CHAPTER 16, COMMUNITY ASSESSMENT. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK616972/

Guin, N. B. (2020). Windshield and Walking Surveys in Community Health Nursing. International Journal of Science and Research. https://doi.org/10.21275/sr201022161001

Sulistyono, R. E., Susanto, T., & Tristiana, R. D. (2019). Barriers in Tuberculosis Treatment in Rural Areas (Tengger, Osing and Pandalungan) in Indonesia Based on Public Health Center Professional Workers Perspectives: a Qualitative Research. Jurnal Ners, 14(1), 62-68. https://doi.org/10.20473/jn.v14i1.10270

BAB 15. KAJIAN LITERATUR INTERVENSI PROGRAM KESEHATAN

Capaian Pembelajaran Matakuliah (CPMK)

1. Menganalisis Konsep Dasar dan Konteks Intervensi Kesehatan Masyarakat
2. Mengevaluasi Bukti-Bukti Efektivitas dari Berbagai Jenis Intervensi
3. Mengkritisi Isu Keberlanjutan Program Kesehatan Masyarakat
4. Mengaplikasikan Temuan Kajian Literatur untuk Perencanaan Program

15. 1 Pendahuluan

Kesehatan masyarakat merupakan fondasi utama bagi pembangunan dan kesejahteraan suatu bangsa. Tantangan kesehatan global, seperti meningkatnya beban penyakit tidak menular (PTM), wabah penyakit menular, serta kesenjangan akses terhadap layanan kesehatan, menuntut pendekatan yang sistematis dan terstruktur. Dalam konteks ini, intervensi program kesehatan masyarakat muncul sebagai strategi kunci yang dirancang untuk mempromosikan kesehatan, mencegah penyakit, dan melindungi populasi secara keseluruhan. Berbeda dengan pendekatan kuratif yang berfokus pada individu, intervensi kesehatan masyarakat bersifat proaktif dan populasi-based, menargetkan determinan kesehatan yang lebih luas, seperti faktor perilaku, sosial, lingkungan, dan kebijakan.

Efektivitas suatu intervensi program kesehatan masyarakat tidak dapat diukur hanya dari output jangka pendek, tetapi juga dari outcome dan dampak jangka panjang terhadap status kesehatan komunitas. Namun, kompleksitas dalam merancang, mengimplementasikan, dan mengevaluasi program-program tersebut sering kali menjadi kendala karena faktor-faktor seperti keterlibatan komunitas, keberlanjutan program, konteks sosial-

budaya, dan alokasi sumber daya sangat mempengaruhi keberhasilan sebuah intervensi. Pentingnya untuk melakukan sintesis terhadap bukti-bukti yang telah ada guna memahami pola keberhasilan, tantangan, dan faktor-faktor penentu efektivitas dari berbagai jenis intervensi.

15. 2 Kajian Literatur Intervensi Program Kesehatan Masyarakat

Penulis	Judul	Metode	Hasil Penelitian
(Rahmawati, 2025)	Strategi Intervensi Peningkatan Ketaatan Minum Obat Antihipertensi: Tinjauan Pustaka	Penelusuran artikel dilakukan dengan pendekatan untuk Scoping Review	Intervensi peningkatan ketaatan minum obat, paling banyak dilakukan melalui metode edukasi, dengan apoteker memegang peran utama. Pemanfaatan teknologi serta kombinasi metode edukasi dengan metode lain (misal, sistem pengingat) perlu dikembangkan di penelitian selanjutnya dengan mempertimbangkan kebutuhan pasien.
(Wijayanti dkk., 2023)	Inovasi Sosial pada Penanganan Stunting: Penerapan Konsep Bapak Asuh Anak Asuh di Tambakdahan Subang Jawa Barat	Metode kualitatif, sementara data dan informasi diurai secara deskriptif analitis.	Kolaborasi merupakan rekomendasi strategis pada implementasi program BAAS Kabupaten Subang. Kasus di Tambakdahan membuktikan strategi yang tepat untuk mewujudkan tata kelola kolaboratif yang efektif adalah dengan mengakomodasi penerapan inovasi sosial sehingga tujuan publik yang strategis yaitu percepatan penurunan stunting yang memerlukan keterlibatan dan kerjasama berbagai pihak dapat tercapai.

Penulis	Judul	Metode	Hasil Penelitian
(Liatre dkk., 2025)	Efektivitas Intervensi Pendidikan Kesehatan Dalam Meningkatkan Kesadaran Gizi Pada Ibu Hamil : Systematic Literature Review	Systematic Literature Review menjadi pendekatan yang tepat untuk mengumpulkan dan mengevaluasi berbagai penelitian yang relevan secara kritis dan menyeluruh. Dengan metode ini, data dan temuan dari berbagai studi dapat dianalisis secara komprehensif, sehingga diperoleh kesimpulan yang lebih valid dan reliabel.	Hasil menunjukkan bahwa intervesi pendidikan kesehatan, baik melalui metode tatap muka, media digital, maupun audiovisual, secara umum efektif dalam meningkatkan pengetahuan, sikap, dan perilaku gizi ibu hamil. Pendekatan yang interaktif, berkelanjutan, dan disertai dukungan dari tenaga kesehatan serta lingkungan sosial terbukti memberikan hasil yang lebih optimal. Dengan demikian, pendidikan kesehatan merupakan strategi penting yang perlu terus dikembangkan secara kontekstual dan holistik untuk mendorong perubahan perilaku gizi ibu hamil secara berkelanjutan
(Safrina & Putri, 2022)	Hubungan Pemberian Makanan Tambahan (PMT) dengan Resiko Kejadian Stunting Pada Balita	Jenis penelitian adalah quasi experimental.	Hasil uji paired sample t-test diperoleh nilai p-value lebih kecil dari nilai sig (α) (0,00 < 0,05). Artinya terdapat perbedaan rata-rata TB/U balita sebelum dan sesudah PMT. Kesimpulan yaitu terdapat hubungan antara PMT dengan resiko kejadian stunting pada balita. Saran yaitu agar ibu balita dapat dengan rutin memberikan PMT berupa hasil olahan dari daun kelor dan ikan lumi-lumi agar

Penulis	Judul	Metode	Hasil Penelitian
			terhindarnya anak dari kejadian stunting.
(Keswara & Hastuti, 2017)	Efektifitas Pemberian Tablet Fe Terhadap Peningkatan Kadar Hb Pada Ibu Hamil	Metode yang digunakan yaitu menggunakan Penelitian analitik, menggunakan pendekatan quasi eksperimen dengan *one group pretest-posttest design*	Hasil penelitian menunjukan rata-rata kadar ibu hamil sebelum pemberian tablet Fe 10.530, standar deviasi : 1.1298, kadar Hb tertinggi : 12,2 dan terendah : 8,0. Rata-rata kadar Hb ibu hamil setelah diberikan tablet Fe selama 1 bulan diperoleh rata-rata kadar ibu hamil adalah 12.145, standar deviasi 0,6591, kadar Hb tertinggi : 13,6 dan terendah : 10,8. Ada perbedaan kadar Hb pada ibu hamil setelah mengkonsumsi tablet Fe selama 1 bulan dengan dosis 60 mg/hari dengan *p*=<0,001. Disarankan kepada petugas kesehatan agar dapat meningkatkan pelayanan kesehatan kepada ibu hamil khususnya dalam pemberian tablet Fe dengan membuat kartu kontrol untuk mengontrol kepatuhan konsumsi tablet Fe.

Penulis	Judul	Metode	Hasil Penelitian
(Anggraeni dkk., 2024)	Tinjauan Literatur: Evaluasi Pelaksanaan Program GERMAS Nasional	Penelitian ini menggunakan metode *literature review* dengan menggumpulkan dan mengkaji penelitian-penelitian yang sebelumnya, yaitu mencari informasi terkait dengan evaluasi program Gerakan Masyarakat Hidup Sehat (GERMAS) beserta pelaksanaannya dari berbagai artikel referensi.	Berdasarkan hasil literatur terhadap 10 artikel tentang evaluasi pelaksanaan program GERMAS di Indonesia dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan GERMAS di Indonesia sudah terlaksna namun, masih terdapat beberapa indikator yang belum mencapai target seperti aktifitas fisik, konsumsi buah dan sayur, dan melakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala. Dalam implementasi program GERMAS masih ditemukan masalah, seperti kurangnya kesadaran masyarakat mengenai GERMAS, kurangnya koordinasi lintas sektor, kurangnya keterpautan dan dukungan *stakeholder* terhadap program GERMAS, faktor ekonomi, kesulitan masyarakat dalam memahami program GERMAS. Evaluasi program ini sangat

Penulis	Judul	Metode	Hasil Penelitian
			penting dilakukan untuk meningkatkan efektivitas program GERMAS dalam meningkatkan derajat kesehatan yang baik di Indonesia. Pentingnya peran serta masyarakat dalam penerapan GERMAS sebagai upaya pembiasaan masyarakat untuk menjaga pola hidup bersih dan sehat. Penggunaan alat promosi kesehatan dalam pelaksanaan kampanye GERMAS harus disesuaikan dengan tingkat pendidikan masyarkat agar masyarakat dapat paham dan lebih mengerti. Selain itu peningkatkan komitmen dan mengalakkan budaya gotong royong dari berbagai lintas sektor serta pemerintah agar mendukung program GERMAS.
(Hartono dkk., 2020)	Literatur Riview: Sistem Pelaksanaan Program	Metode yang digunakan yaitu literatur review	hasil kajian *literatur review* terkait pelaksanaan Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) di

Penulis	Judul	Metode	Hasil Penelitian
	Indonesia Sehat Dengan Pendekatan Keluarga (Pis-Pk) Di Puskesmas		puskesmas yang ditinjau dari unsur sistem, dapat disimpulkan: *Input*: Elemen *input* yang meliputi tenaga, dana, sarana dan metode berpengaruh terhadap pelaksanaan kegiatan PIS-PK melalui pengambilan data berupa survei keluarga sehat. Pendataan Indeks Keluarga Sehat (IKS) yang diperoleh berpengaruh pula pada kualitas capaian yang dihasilkan (*output*) dan pemanfaatan data dikemudian hari (*outcome*). *Process:* Pelaksanaan kegiatan PIS-PK dipuskesmasdapat berjalan dengan baik jika adanyakomunikasi, kerjasama antara pihak puskesmas dan lintas sektor terkait, pembentukan pengorganisasian internal oleh pihak puskesmas, monitoring dan evaluasi. *Output:* Puskesmas melalui Program Indonesia Sehat dengan Pendekatan Keluarga (PIS-PK) telah berupaya untuk meningkatkan jangkauan sasaran pelayanan kesehatan dengan

Penulis	Judul	Metode	Hasil Penelitian
			melalukan kunjungan/pendataan keluarga sehat. Meskipun masih terdapat puskesmas yang belum mencapai target pendataan PIS-PK (100%).
(Pandie & Handayani, 2023)	Literature Review: Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Provinsi Jawa Timur	Penelitian ini merupakan penelitian Traditional Literature Review	Sebagian besar pelaksanaan program PTM di Jawa Timur adalah berbasis Posbindu PTM, hasil pelaksanaan program ditemukan belum sepenuhnya maksimal. Capaian program menunjukkan adanya makna positif yang dialami oleh masyarakat, namun belum semua artikel mencantumkan indikator capaian program sebagai acuan mengukur keberhasilan program. Masih ditemukan berbagai kendala pelaksanaan program yang sama dari tahun 2017 hingg 2022, kendala yang sering muncul adalah terbatasnya kualitas SDM, belum efektik tindak promosi kesehatan, belum maksimal upaya deteksi dini PTM. Karena penelitian ini hanya bersifat Literature Review, diharapkan peneliti selanjutnya melakukan penelitian secara langsung agar dapat melihat kondisi yang sebenarnya terjadi di lapangan. Masyarakat

Penulis	Judul	Metode	Hasil Penelitian
			diharapkan dapat meningkatkan kesadaran pentingnya menjaga kesehatan serta berpartisipasi dalam menggunakan pelayanan Pandu PTM yang telah tersedia di masing-masing daerah. Program yang telah ada diharapkan secara berkala dilakukan pengawasan dan evaluasi sehingga pemerintah dan tenaga kesehatan dapat meninjau kesesuaian capaian dan target sasaran program.

Penulis	Judul	Metode	Hasil Penelitian
(Shabira dkk., 2021)	Literature Review: Analisis Posyandu Sebagai Bentuk Implementasi Pemberdayaan Masyarakat	Penyusunan artikel ini menggunakan metode literature review atau tinjauan Pustaka.	Posyandu diklasifikasikan menjadi empat tingkatan yakni, Posyandu Pratama, Posyandu Madya, Posyandu Purnama, dan Posyandu Mandiri. Posyandu juga merupakan program yang memiliki daya ungkit yang besar dan berfokuskan terhadap penurunan kematian bayi, balita, dan angka kelahiran melalui program kesehatan ibu dan anak (KIA), keluarga berencana (KB), perbaikan gizi, imunisasi, dan penanggulangan diare. Secara kuantitas perkembangan jumlah Posyandu di Indonesia sangat baik. Namun, secara kualitas program Posyandu pada beberapa tahun terakhir mengalami stagnasi (tidak aktif) karena berbagai faktor, lalu masih banyak para ibu rumah tangga produktif (usia subur) yang kurang memahami mengenai kesehatan Ibu dan anak. Beberapa solusi yang ditemukan dan diharapkan dapat meningkatkan kinerja Posyandu dan mengurangi permasalahan Posyandu di Indonesia seperti pelatihan kaderisasi, peningkatan jangkauan pelayanan, optimalisasi kegiatan, peningkatan perhatian khusus pada

Penulis	Judul	Metode	Hasil Penelitian
			kelompok sasaran, penguatan dukungan pendampingan serta pembinaan oleh tokoh masyarakat dan tenaga kesehatan, dan yang terakhir peningkatan peran serta masyarakat dan kemitraan

15.3. Rangkuman

Berdasarkan kajian literatur, intervensi program kesehatan masyarakat terbukti efektif ketika mengedepankan pendekatan edukasi yang interaktif dan berkelanjutan, didukung oleh kolaborasi multipihak dan inovasi sosial.

Namun, tantangan seperti keterbatasan SDM, koordinasi yang lemah, dan partisipasi masyarakat yang rendah sering mengancam keberlanjutan program. Oleh karena itu, keberhasilan jangka panjang dengan komitmen yang kuat, sistem monitoring yang konsisten, serta pendekatan yang memberdayakan komunitas.

15.4 Bahan Diskusi

Bagaimana Mencegah Program Kesehatan Masyarakat Sekadar Menjadi Proyek Seremonial? Strategi Membangun keberlanjutan di Tengah Tantangan Sumber Daya dan Partisipasi.

15.5 Daftar Rujukan

Anggraeni, E. P., Putriyanti, C. E., & Jaelan. (2024). Tinjauan Literatur: Evaluasi Pelaksanaan Program GERMAS Nasional. *Jurnal Kesehatan*, *13*(2), 168–175.

Hartono, B., Setianie, N., Suryani, L., Amalia, A., & Wijaya, M. (2020). LITERATUR RIVIEW: SISTEM PELAKSANAAN PROGRAM INDONESIA SEHAT DENGAN PENDEKATAN KELUARGA (PIS-PK) DI PUSKESMAS. *Jurnal Ilmiah AVICENNA*, *15*, 91–96.

Keswara, U. R., & Hastuti, Y. (2017). Efektifitas Pemberian Tablet Fe Terhadap Peningkatan Kadar Hb Pada Ibu Hamil. *Jurnal Dunia Kesmas*, *6*(1), 17–21.

Liatre, Antika, S., Sartika, S., Rahmayani, & Imelda. (2025). Efektivitas Intervensi Pendidikan Kesehatan Dalam Meningkatkan Kesadaran Gizi Pada Ibu Hamil : Systematic Literature Review. *DIAGNOSA : Jurnal Hasil Riset dan Pengembangan Ilmu Kesehatan*, *1*(1), 11–19.

Pandie, J. I., & Handayani, D. (2023). Literature Review: Pelaksanaan Program Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular di Provinsi Jawa Timur. *Jenggala*, *2*(2), 8–13.

Rahmawati, R. (2025). Strategi Intervensi Peningkatan Ketaatan Minum Obat Antihipertensi: Sebuah Tinjauan Pustaka. *Berkala Ilmiah Kedokteran dan Kesehatan Masyarakat (Scientific Periodical*

Journal Of Medicine And Public Health), *3*(1), 131–141. https://doi.org/10.20885/bikkm.vol3.iss1.art13

Safrina, S., & Putri, E. S. (2022). Hubungan Pemberian Makanan Tambahan (Pmt) Dengan Resiko Kejadian Stunting Pada Balita. *Jurnal Biology Education*, *10*(1), 78–90. https://doi.org/10.32672/jbe.v10i1.4119

Shabira, N. I. N. S., Rodzali, M. A. I. M. J., Amanda, N. M. R. A., & Septa Katmawanti. (2021). Literature Review: Analisis Posyandu Sebagai Bentuk Implementasi Pemberdayaan Masyarakat. *Prosiding Seminar Nasional STARWARS IKM UM*, 72–77. http://conference.um.ac.id/index.php/starwars/article/view/2959%0Ahttp://conference.um.ac.id/index.php/starwars/article/download/2959/1590

Wijayanti, F., Yudha, R., Carolina, C., & Saparita, R. (2023). Inovasi Sosial pada Penanganan Stunting: Penerapan Konsep Bapak Asuh Anak Stunting di Tambak Dahan, Subang, Provinsi Jawa Barat. *Sosio Konsepsia: Jurnal Penelitian dan Pengembangan Kesejahteraan Sosial*, *12*(2), 26–36. https://doi.org/10.33007/ska.v12i2.3239

DAFTAR ISTILAH (GLOSARIUM)

ASIK	**:** Aplikasi Sehat IndonesiaKu yang dikembangkan oleh Kementerian Kesehatan RI untuk mempermudah pencatatan dan pemantauan data kesehatan masyarakat secara individu dan real-time
Case finding	**:** upaya kesehatan untuk menemukan penderita penyakit atau kasus baru di tengah masyarakat agar dapat segera ditangani
ILP	**:** pendekatan pelayanan kesehatan yang menyelaraskan, mengoordinasikan, dan menyatukan berbagai layanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jejaringnya berdasarkan siklus hidup, bertujuan mendekatkan akses layanan yang komprehensif kepada masyarakat
Klaster	**:** Pembagian unit kerja di Puskesmas yang mengelompokkan pelayanan kesehatan berdasarkan siklus hidup dan fungsi manajemen, bukan lagi berdasarkan program atau penyakit
KLB	**:** timbulnya atau meningkatnya kejadian kesakitan dan/atau kematian yang bermakna secara epidemiologi pada suatu daerah dalam kurun waktu tertentu
PWS	: alat manajemen kesehatan yang digunakan untuk memantau cakupan program kesehatan di suatu wilayah kerja (seperti Puskesmas) secara terus-menerus

Tranformasi **:** perubahan mendasar rupa, bentuk, sifat, fungsi, atau struktur secara menyeluruh

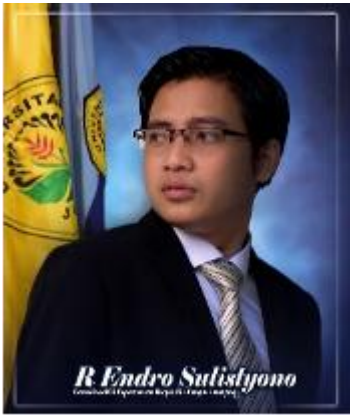
BIOGRAFI PENULIS

Dr. Suhari, A.Per, Pen, MM



Penulis sebagai Doktor kebencanaan yang memiliki profesi keperawatan dan sebagai ketua DPD PPNI kabupaten Lumajang sekaligus anggota Ikatan Ahli Bencana Indonesia (IABI), sehari-hari penulis berkegiatan dalam mengembangkan ilmu keperawatan di bidang komunitas dan program Puskesmas termasuk eradikasi TB Baru, sementara ini penulis mengamati banyak pasien penyintas bencana secara otomatis drop out penyakit TB Paru.

R Endro Sulistyono, S.Kep., Ns., M.Kep



Penulis lahir di Lumajang 27 Februari 1988. Lulusan S1 dan S2 Keperawatan Unair peminatan Keperawatan Medikal Bedah. Penulis aktif sebagai dosen pengampu mata kuliah keperawatan keluarga dan komunitas serta aktif dalam berbagai organisasi diantaranya PPNI, IPKKI, AIPViKI, Forum Lumajang Sehat. Ketertarikannya dengan topik tuberkulosis dengan pendekatan budaya mendorong untuk menghasilkan publikasi diantaranya santri melawan tuberkulosis; Menyibak Mitos TB, Sukseskan TOSS TB: Sebuah Tantangan Eliminasi TB Pascapandemi Covid; Barrier tuberculosis.

Primasari Mahardhika Rahmawati, S.Kep., Ners., M.Kep



Penulis Adalah staf pengajar di prodi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang. Penulis menempuhpendidikan S1 Ilmu Keperawatan tahun 2005 di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember. Pada tahun 2017, penulis menyelesaikan Pendidikan S2 di program Magister Keperawatan fakultas keperawatan universitas brawijaya malang, selain sebagai pengajar penulis aktif pada organisasi profesi diantaranya PPNI dan IPKJI serta aktif di kegiatan penelitian pengabdian Masyarakat serta menulis artikel diberbagai jurnal, baik jurnal nasional maupun internasional.

Dwi Ochta Pebriyanti, S.KM., M.KKK



Penulis merupakan dosen tetap Prodi D3 Keperawatan FKep Unej. Lahir di Lumajang, 8 Februari 1983. Studi yang ditempuh adalah Sarjana Kesehatan Masyarakat Unej, S2 Unair Prodi Kesehatan dan Keselamatan Kerja. Buku yang dipublikasikan diantaranya: Buku Ajar K3 RS, Keluarga Siaga Merespon Bencana, Manajemen Psikososial pada PTSD Paska Bencana, Buah untuk Penyakit Jantung, Modul Praktikum Manajemen Patient Safety, dan Buku Ajar Kesehatan Lingkungan.

Amin Aji Budiman, S.Kep., Ners., M.Kep



Penulis lahir di Cilacap,. Lulusan D3 Keperawatan Stikes Serulingmas Cilacap, Sarjana Keperawatan dan Ners Universitas Harapan Bangsa Purwokerto serta Pendidikan Magister S2 Keperawatan peminatan Keperawatan Jiwa di Universitas Brawijaya. Penulis adalah dosen di Prodi D3 Keperawatan UNEJ. Penulis aktif menulis artikel ilmiah, pengajaran maupun kegiatan pengabdian masyarakat. Bidang Fokus keahlian adalah masalah kesehatan jiwa remaja.

Buku ajar Keperawatan Kesehatan Masyarakat: Transformasi Kesehatan untuk Masyarakat Sehat dan Sejahtera disusun sebagai bahan ajar kolaboratif dan partisipatif yang mengintegrasikan pembelajaran, penelitian, dan pengabdian kepada masyarakat. Buku ini membahas konsep Pengantar keperawatan kesehatan masyarakat trend dan issue keperawatan kesehatan masyarakat, konsep pembangunan kesehatan, transformasi kesehatan, konsep puskesmas, konsep ILP, klaster ibu, anak, remaja, konsep klaster manajemen puskesmas, klaster usia dewasa, lansia, klaster penanggulangan penyakit menular, lintas klaster, konsep program kesehatan lokal-global, UKBM, winshield survey, kajian literatur intervensi program kesehatan. Materi disusun agar mahasiswa tidak hanya memahami teori, tetapi juga mampu menganalisis masalah kesehatan masyarakat berdasarkan data, konteks sosial, budaya, lingkungan, dan kebutuhan masyarakat.

Buku ini mengacu pada arah pengembangan kurikulum pendidikan tinggi keperawatan yang berorientasi pada capaian pembelajaran lulusan, kompetensi, KKNI, OBE, MBKM, serta kebutuhan dunia kerja dan masyarakat. Buku ini menempatkan mahasiswa sebagai pembelajar aktif melalui studi kasus, diskusi komunitas, pembelajaran berbasis masalah, refleksi praktik, dan integrasi hasil riset terbaru dalam bidang kesehatan masyarakat. Pendekatan ini mendukung pembentukan perawat yang profesional, kritis, komunikatif, adaptif, dan mampu menjalankan fungsi edukator, advokat, peneliti, serta penggerak perubahan di masyarakat.

Buku ajar ini selaras dengan agenda transformasi kesehatan Indonesia yang mencakup transformasi layanan primer, layanan rujukan, ketahanan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, dan teknologi kesehatan. Fokus utama buku diarahkan pada penguatan layanan promotif dan preventif, surveilans berbasis komunitas, literasi kesehatan, kolaborasi lintas sektor, serta pemanfaatan teknologi untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan.

Anggota APPTI No. 002115.1.05.2020
Anggota IKAPI No. 127/JTI/2018

Jember University Press
Jl. Kalimantan 37 Jember 68121
Telp. 0331-330224. psw. 0319
upt-penerbitan@unej.ac.id

ISBN 978-623-477-353-8
9 786234 773538