

PARADIGMA BARU MANAJEMEN OCCUPATIONAL HEALTH NURSING DALAM PEMBELAJARAN COMMUNITY OF NURSING

New Paradigm of Occupational Health Nursing In Community Nursing

Syaifoel Hardy MN

Post Grad.Hospital & Healthcare Management
Occupational Health Chief Nurse-Qatar Petroleum, member of American Association of Occupational Health
Nurse (AAOHN), Registered Nurse of Qatar.

ABSTRAK

Occupational Health Nurse (OHN) adalah *registered nurse* yang secara independen mampu mengobservasi serta melakukan *assessment* terhadap kesehatan pekerja terkait dengan pekerjaan yang mereka lakukan, bahaya serta risikonya di tempat kerja (OSHA, 2009). Kompetensi yang mencakup pengetahuan, ketrampilan, training serta pengalaman *registered nurses* ini digolongkan dalam kemampuan mengenal dan mencegah efek yang diakibatkan oleh *hazards exposure* serta kepiawaian dalam menangani kasus-kasus penyakit atau luka yang disebabkan oleh kecelakaan kerja. Kecelakaan atau penyakit-penyakit sebagai dampak di tempat kerja ini perlu penanganan serius sebagaimana rekomendasi ILO (2010). Di samping itu, meningkatnya jumlah industri, di kota-kota besar, di negara-negara berkembang dan maju, menjadikan peranan *Occupational Health Nurses* semakin penting dan menantang di sektor industri (AAOHN, 2011). Permasalahan yang dihadapi oleh pendidikan perawat di Indonesia terkait dengan kompetensi ini adalah selama di bangku kuliah, perolehan materi *Occupational Health Nursing (OHN)* kurang proporsional, *up to date*, yang mengacu kepada *basic pillars*. Basic pillar ini meliputi *fitness to work, health promotion and protection, management of ill health, serta health surveillance*. Mengintegrasikan keempat pilar ini dalam Keperawatan Komunitas dapat dikategorikan sebagai sebuah paradigma baru pembelajaran selama di bangku kuliah. Konsep baru ini bertujuan menjadikan perawat Indonesia lebih professional serta siap dalam menghadapi era globalisasi di berbagai bidang industri di masa depan.

Kata kunci : Occupational health nursing, perawatan komunitas, basic pillars, paradigma.

ABSTRACT

Occupational Health Nurse (OHN) is *registered nurse* that independently assess towards health condition of employee related to the harm and risk factor in work place (OSHA, 2009). Competence that integrating knowledge, skill, training and also experience for registered nurses, grouped in understanding capability and avoiding impact that caused by hazards exposure and skillfulled in organize case diseases or wound that caused by work accident. Accidents and diseases as a result in workplace must be seriously organized as recommended by ILO (2010). In the other hand, increase manufacture in the big city, in developing countries, make Occupational Health Nurses more important and fourmos in manufacture (AAOHN, 2011). Problems that are faced nursing education in Indonesia correlated with competence in bachelor nursing science, perolehan materi Occupational Health Nursing (OHN) unproportional, up to date, that focused on basic pillars. Basic pillar including the fitness to work, health promotion and protection, management of ill health, also health surveillance. Integration of this four components in community nursing can be catagorized as new learning paradigm in study. This new concept aims to make Indonesian nurse more professional and get ready in facing new globalization era in any other field.

Key words: Occupational health nursing, community nurse, basic pillars, paradigm.

LATAR BELAKANG

Persaingan dalam dunia industri semakin ketat. Di dalam negeri maupun di dunia

internasional. Persaingan ini menuntut perusahaan mengoptimalkan potensi karyawannya. Karyawan yang berpotensi adalah karyawan yang tidak hanya memiliki

pengetahuan ketrampilan dan sikap sebagaimana yang diharapkan oleh perusahaan saja, namun juga memiliki kondisi badan serta jiwa yang sehat.

Tujuan setiap industri adalah lancarnya bisnis dengan perolehan keuntungan yang sebesar-besarnya. Tujuan semacam ini mustahil tercapai tanpa didukung oleh sumber daya manusia (SDM) yang maksimal dan prima. Perpaduan kompetensi dan kondisi fisik serta mental yang kuat inilah yang diharapkan mampu mendukung terealisasinya tujuan produksi suatu perusahaan.

International Labour Organization (ILO) dalam risetnya menyimpulkan rata-rata perhari, sebanyak 6000 buruh meninggal dunia (Suardi, 2005). Itu berarti setiap detik terdapat 1 orang yang meninggal dalam setiap 15 detik. Suardi (2005) juga menyebutkan bahwa kematian buruh pria lebih banyak dibanding wanita, karena pria lebih banyak yang bekerja di sektor industri di mana ekspose terhadap hazards/risk lebih banyak dibanding kaum wanita.

Lebih dari itu, angka kematian di tempat kerja ini belum termasuk yang meninggal karena sakit yang disebabkan oleh ekspose *hazards* di tempat kerjanya, semisal zat-zat kimia yang beracun (Suardi 2005). Meningginya angka kematian, baik karena kecelakaan ataupun kesakitan di tempat kerja ini, memperoleh perhatian serius ILO atau WHO sebagai badan dunia yang bertanggungjawab memberikan rekomendasi dalam penaggulangannya. Baik yang bersifat promotif, preventif, kuratif serta rehabilitatif (ILO, 2011, Online; WHO, 2011, Online).

Masih menurut ILO (2011, Online), tragedi kematian tersebut pada prinsipnya dapat dihindari melalui penerapan kegiatan preventif, inspeksi serta pelaporan. ILO mengadopsi tidak kurang dari 40 standard terkait dengan masalah keselamatan dan kesehatan kerja (K3) ini, yang dikenal dengan *Codes of Practice* (ILO, 2011, Online).

Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) adalah suatu program yang dikemas

untuk pekerja maupun pengusaha dan perusahaan sebagai upaya memaksimalkan produksi dengan cara mencegah timbulnya kecelakaan serta penyakit akibat kerja (Lestari & Trisuliyanti, n.d). Upaya ini dilaksanakan dengan cara mengenali hal-hal yang berpotensi menimbulkan kecelakaan dan penyakit akibat kerja serta tindakan antisipasi apabila terjadi kecelakaan dan penyakit (Lestari & Trisuliyanti, n.d). Dalam rekomendasi selanjutnya, amat penting peranan karyawan turut serta berpartisipasi aktif serta bekerjasama baik antara sesama karyawan maupun dengan manajemen. Bagi manajemen perusahaan, penyediaan informasi akan langkah-langkah K3 inipun perlu disampaikan melalui pelatihan yang tepat (ILO, 2011, Online).

Dengan begitu, perusahaan yang baik adalah perusahaan yang benar-benar menjaga keselamatan dan kesehatan kerja karyawannya. Karyawan sangat membutuhkan perlindungan keselamatan dan kesehatan kerjanya. Pemenuhan kebutuhan kesehatan ini akan menimbulkan rasa aman sewaktu melakukan tugas dan tanggung-jawabnya pada saat bekerja. Tenaga kerja yang sehat akan produktif.

Memperhatikan hal tersebut di atas, perawat, sebagai bagian integral profesi kesehatan, memiliki peranan yang vital dalam upaya K3. Perawat adalah tenaga profesional bidang kesehatan yang memiliki peranan yang amat besar dalam upaya peningkatan kesehatan kerja serta pencegahan kecelakaan atau penyakit yang ditimbulkan oleh pekerjaan. Mengingat perusahaan adalah bagian dari komunitas masyarakat dalam ruang lingkup industri, maka dalam pelayanan kesehatan yang menyeluruh, perawat perlu diikuti-sertakan program-program K3 dalam pelayanan kesehatan komunitas.

Sebagai tenaga kesehatan profesional yang menduduki prosentase terbesar di Indonesia, dibanding tenaga kesehatan lainnya (Direktorat Jendral Bina Upaya

Kesehatan, 2011), kepemilikan kompetensi yang terkait dengan K3 sangat perlu, sebagaimana yang disarankan oleh WHO (2011, Online). Sayangnya, tujuan ini, belum maksimal tercapai (Hennessy at all, 2006). Dari segi pendidikan, dibutuhkan desain kurikulum tertentu yang terkait dengan integrasi OHN yang proporsional dalam materi Komunitas Keperawatan.

Artikel ini bertujuan untuk menganalisa sejauh mana kebutuhan isi materi *occupational health nursing* (OHN) yang perlu diselipkan dalam Mata Kuliah Komunitas Keperawatan (*Community of Nursing*) sebagai sebuah paradigma baru dalam pengkayaan kompetensi perawat Indonesia di era pesatnya dunia industri ini.

METODE

Metode penulisan ini adalah studi literatur yang digabungkan dengan pengalaman empirikal dari penulis yang telah bertahun-tahun menjadi seorang perawat kesehatan kerja (*occupational health nurse*) di luar negeri.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Current Situation

Menurut data PUSDIKNAKES PPSDM yang termuat dalam Profil Kesehatan Indonesia (Pusdiknakes PPSDM Kesehatan Depkes, 2008), jumlah insitusi pendidikan keperawatan di bawah naungan Kementerian Kesehatan RI sebanyak 636. Jumlah ini akan terus berkembang. Tendensi ini ada, karena belum adanya kontrol terhadap pertumbuhan dan perkembangan perguruan tinggi di Indonesia (Harian Kompas, 21 April 2010). Kompas (21 April 2010) juga menyebutkan bahwa perguruan tinggi swasta di Indonesia jumlahnya naik pesat. Saat ini mencapai 3.017 institusi, mulai dari akademi, sekolah tinggi, institut, hingga universitas.

Di Jawa Timur (Jatim) saja, terdapat 1.516 Perguruan tinggi, mencakup seluruh

jenis jenjang, terdiri atas universitas, sekolah tinggi, akademi dan politeknik (Koordinator Perguruan Tinggi Swasta Jawa Timur, 2009). Dalam data tersebut tidak disebutkan rincian jurusannya. Di beberapa perguruan tinggi negeri di Jawa Timur (Universitas Airlangga, Brawijaya dan Jember), memberlakukan program Sarjana Keperawatan (Unair, Online, 2011; UB, Online, 2011; Unej, Online, 2011). Sedangkan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES), rata-rata tersedia di hampir seluruh kabupaten di Jatim yang jumlahnya saat ini 141 Sekolah Tinggi. Namun angkanya tidak kurang dari 29 buah (20 %) dari total perguruan tinggi yang ada di Jatim.

Dari jumlah tersebut, setiap angkatan rata-rata berjumlah dua kelas, masing-masing 40 mahasiswa. Jadi, setiap tahunnya, tidak kurang dari 2.320 lulusan yang bergelar sarjana keperawatan di Jatim. Jumlah lulusan sebanyak ini tentu saja tidak dapat ditampung seluruhnya di lembaga-lembaga yang murni memberikan pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, klinik atau balai kesehatan baik negeri ataupun swasta. Karena, kemampuan Pemerintah mengangkat mereka menjadi Pegawai Negeri Sipil (PNS) amat terbatas.

Sebagai gambaran, menurut Azhary (2009), dalam *The Portrait of Indonesian Hospital Business*. Disebutkan bahwa jumlah rumah sakit (RS) pada tahun 2008 adalah 1.320 (Kementerian Kesehatan, 2009). Jumlah ini mengalami peningkatan sebanyak 86 buah RS dibanding tahun 2003. Dari jumlah tersebut, 657 di antaranya dimiliki oleh pihak swasta (49,7 %). Itu berarti dalam lima tahun terjadi peningkatan jumlah RS sebanyak 10%. Sementara, jumlah lulusan pendidikan jurusan keperawatan semakin bertambah bahkan melebihi 100% dibanding angkatan sebelumnya setiap tahun. Ketimpangan ini disebabkan peningkatan jumlah lembaga pendidikan yang relative amat pesat.

Peningkatan jumlah lembaga pendidikan ini, masih menurut Kompas (21 April 2010), ternyata tidak dimbangi dengan kualitas lulusan. Penyelenggara pendidikan

mengabaikan kualitas. Kehadiran Perguruan Tinggi Swasta (PTS) yang tidak memenuhi standar kualitas, hanya akan menambah beban bangsa. Apalagi, saat ini, Indonesia menghadapi meningkatnya pengangguran intelektual yang sebagian disumbang oleh perguruan tinggi (Kompas, 21 April 2010).

Membengkaknya jumlah lembaga pendidikan keperawatan ini sebagai indikasi bahwa profesi ini banyak diminati oleh masyarakat. Masyarakat menilai bahwa kebutuhan akan pelayanan kesehatan tidak bakal surut. Sebaliknya, meningkat tajam. Ini lantaran jumlah penduduk yang juga semakin tinggi dibarengi dengan meningkatnya kebutuhan mereka akan pelayanan kesehatan, baik kuantitas maupun kualitasnya.

Kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat perlu disadari termasuk di dunia industri. Tingginya angka kecelakaan kerja serta penyakit yang diakibatkan oleh pekerjaan sebagaimana yang dikemukakan oleh Lestari dan Trisyulianti (n.d) di atas, menunjukkan bahwa perhatian masyarakat dan pemilik industri (pengusaha) akan masalah ini masih belum maksimal.

Data yang diperoleh dari Kementerian Perdagangan (2009), menyebutkan jumlah perusahaan yang ada di Indonesia sebanyak 24.468. Dari jumlah tersebut, terdapat 3.636.347 yang berstatus sebagai Tenaga Kerja Produksi dan sebanyak 708.827 sebagai Tenaga Kerja lainnya.

Di Jatim, pada tahun yang sama, terdapat 6.183 perusahaan, 781.593 pekerja produksi dan 154.289 tenaga kerja lainnya (Kemendag, 2009). Tidak disebutkan dalam data tersebut terinci apakah tenaga perawat yang bekerja di sektor industri termasuk dalam kategori tenaga produksi atau tidak.

Perusahaan di atas, sebagaimana rekomendasi ILO, tentu membutuhkan pelayanan kesehatan yang memadai dari sudut pandang K3. Tujuan setiap bisnis adalah perolehan keuntungan yang ditunjang oleh pekerja yang sehat. Tanpa dukungan tenaga

kerja yang sehat, tujuan bisnis perusahaan tidak akan tercapai. Tujuan ini selaras dengan tujuan K3 yakni melindungi pekerja dan orang lain di tempat kerja, menjamin agar setiap sumber produksi dapat dipakai secara aman dan efisien, serta menjamin proses produksi berjalan lancar (Indarwati, n.d).

Guna memenuhi tujuan tersebut, seorang perawat membutuhkan pemenuhan persyaratan kompetensi yang terkait dengan K3. Kompetensi di sini menyangkut pengetahuan, ketrampilan, sikap, pelatihan serta pengalaman yang memadai. Temuan Hennessy, Hicks, Hilian & Kawongal (2006), mengisyaratkan bahwa perawat yang bekerja di sektor industri hanya mendapatkan training secara lokal (di tempat kerja). Ditambah lagi pemahaman yang masih kurang dari sebagian besar pemilik perusahaan akan pentingnya K3. Itulah sebabnya mengapa praktik OHN di industri seringkali diidentikan hanya dengan pertolongan pertama pada kecelakaan (P3K) yang terlalu sempit perspektifnya.

Dari kesimpulan Hennessy dkk.(2006), terlihat jelas bahwa selama di bangku kuliah, mata kuliah *occupational health nursing* ini belum diberikan secara memadai. Demikian pula dengan pengalaman praktis selama kuliah. Tentunya, semua ini terjadi karena sejumlah alasan. Satu di antaranya yang paling besar menurut Hennessy dkk.(2006) adalah persepsi yang berbeda.

Kurikulum

Kurikulum berasal dari Bahasa Latin „*Currer*’ yang berarti ‘*running, race a course or run away*’ (Basavanthappa, 2003). Menerapkan kurikulum bagi sebuah lembaga pendidikan memang berarti harus lari, mengejar target. Menurut Franklin Bobbit, kurikulum adalah susunan pengalaman belajar terarah yang digunakan oleh sekolah untuk membentangkan kemampuan individual anak didik (Depdiknas, 2007). Sedangkan Ralph Tyler menegaskan bahwa kurikulum adalah

seluruh pengalaman belajar yang direncanakan dan diarahkan oleh sekolah untuk mencapai tujuan pendidikannya (Depdiknas, 2007). Ringkasnya, kurikulum dikemas guna membekali kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor untuk mencapai tujuan.

Pendidikan keperawatan yang didasari kurikulum yang standar akan membantu pencapaian tujuan maksimal dalam mencetak perawat yang berkualitas sebagaimana harapan setiap lembaga penyelenggara pendidikan. Kurikulum ini menjadi fondasi dalam penyelenggaraan pendidikan yang menjadi acuan organisasi, pengajar dan peserta didik.

Menurut Surat Keputusan Menteri Pendidikan dan Kebudayaan Republik Indonesia Nomor 239/U/199 Tentang Kurikulum yang berlaku secara nasional Program Diploma III Keperawatan, menyebutkan bahwa jumlah satuan kredit semester (SKS) Mata Kuliah Perawatan Komunitas berjumlah 9 SKS. Distribusi mata kuliah tersebut terbagi dalam tiga kelompok, Perawatan Komunitas 1, 2 dan 3. Itu berarti setiap Perawatan Komunitas memperoleh 3 SKS dalam setiap pemberian pada semester tertentu. Keputusan ini berlaku sejak permulaan tahun akademik 1999/2000.

Dalam pelaksanaan di lapangan, antara insituti pendidikan yang satu ternyata berbeda dengan lainnya terkait dengan bobot SKS materi kuliah ini (Poltekkes Pontianak, 2011, Online; Poltekkes Makassar, 2011, Online). Demikian pula di tingkat program sarjana keperawatan (Unpad, 2010, Online; STIKKU, 2010, Online). Ini adalah indikasi bahwa tidak semua perguruan tinggi memberlakukan jumlah SKS untuk mata kuliah ini. Termasuk rincian sub mata kuliah yang diajarkan dalam kategori Keperawatan Komunitas.

Sebagai contoh, satu satu perguruan tinggi (Unair, 2010, Online) yang mengidentifikasi 30 materi kuliah dalam seluruh program pengajaran, tidak satupun

menyebut secara spesifik *Occupational Health Nursing*. Akan tetapi jelas terlihat di insituti lain (STIKKU, 2011, Online). Dalam website nya disebutkan materi ini terdiri dari beberapa kajian mendasar tentang konsep keselamatan pasien (*patient safety, negligence, malpractice* dan *abuse*, penegakkan keselamatan pasien di rumah sakit, hygiene lingkungan kerja bagi perawat, pencegahan infeksi nosokomial dan iatrogenic, penerapan prinsip kewaspadaan universal, stress dan kecelakaan kerja (STIKKU, 2011, Online).

Ini sebagai bukti nyata adanya kesenjangan dalam penerapan kurikulum. Akibatnya, hasil akhir pendidikan tidak bakal sama.

Tenaga Dosen

Menurut Heidgerken (2008) mengajar adalah kegiatan yang amat mulia bagi manusia. Fungsi sejati seorang guru terefleksi pada pengalaman anak-anak didiknya yang dipengaruhi oleh intsrukturnya. Seorang guru keperawatan memasuki dunia sasaran didiknya, memberikan inspirasi kepada mereka untuk menyintai dan menghargai keperawatan-bahkan mengubah minat, tujuan, sikap, kebiasaan, kemampuan serta ketrampilan mereka (Heidgerken, 2008).

Di tingkat perguruan tinggi, dosen adalah nama panggilan pengganti guru. Tugasnya, berdasarkan pendidikan dan keahliannya melaksanakan pendidikan pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat (UNUD, 2007, Online). Dosen yang mengajarkan Occupational Health Nursing, sesuai aturan dalam kurikulum, diemban oleh mereka yang memiliki keahlian dan latar belakang Keperawatan Komunitas (Unpad, 2010, Online; Unair, 2010, Online, STIKKU, 2011, Online,). Di beberapa perguruan tinggi saat ini sudah ada program spesialisasi K3 (UI, 2011, Online,; UGM, 2011, Online, Unhas, 2011, Online,).

Hanya saja, tim pengajar keperawatan komunitas sejauh ini rata-rata dipegang oleh dosen-dosen dengan latar belakang sarjana keperawatan umum (SKp) atau pasca sarjana jurusan komunitas (Unpad, 2010, Online; UI, 2011, Online). Dari 11 pengajar yang ada dalam Tim, satu orang dosen yang memiliki spesialisasi perawatan komunitas (Unpad, 2010, Online).

Disimak dari kebutuhan mahasiswa, kompetensi yang diharapkan dari para pengajar ini masih perlu ditinjau kembali. Mengingat kebutuhan pasar akan perawat yang kompeten di bidang K3 makin bertambah. Ditambah lagi perbandingan dosen-mahasiswa saat ini masih tinggi, yakni 1:20 (Soebekti, Y, 2011, *Pers. Comm.*). Dengan sendirinya, pembinaan mahasiswa oleh dosen yang kompeten atau ahli K3 yang efektif, menjadi sebuah kebutuhan yang layak.

Laboratorium

Semua prosedur keperawatan membutuhkan laboratorium. Laboratorium keperawatan bisa digunakan untuk berbagai kepentingan kuliah dalam kurikulum keperawatan. Kepentingan lainnya adalah untuk tujuan *problem-solving activities*; guna kepentingan ilmiah, pembahasan gizi, tindakan keperawatan; atau untuk *clinical setting* seperti rumah sakit atau *occupational health nursing* (Heidgerken, 2008).

Laboratorium keperawatan bagi mahasiswa merupakan laboratorium terpadu yang merupakan tempat praktikum yang memberikan gambaran tentang berbagai kegiatan keperawatan dan tidak terbatas hanya pada kegiatan rumah sakit (*hospital image*), klinik atau balai kesehatan saja. Laboratorium diharapkan memungkinkan akses setiap kegiatan yang terkait dengan industri sekalipun.

Hanya saja, konsep laboratorium sejauh ini masih lebih menekankan kepada peran perawat secara klinis di rumah sakit.

Sehingga, alat-alat yang ada di laboratorium secara otomatis penyediaannya disesuaikan dengan kebutuhan tersebut (UMM, 2011, Online.). Sebagai contoh, mata kuliah Praktikum Medical Surgical, keperawatan jiwa dan keperawatan gawat darurat. Meskipun keperawatan komunitas termasuk di dalamnya, namun belum menyentuh esensi *occupational health nursing*.

Ini membuktikan bahwa familiarisasi konsep *occupational health nursing* belum menyentuh bidang laboratorium keperawatan. Berbeda dengan perguruan tinggi yang menyelenggarakan program K3. Di mana mereka menyediakan laboratorium K3 sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari *occupational health nursing*, yang sekaligus memfasilitasi segala kepentingan termasuk informasi dan penelitian (Laboratorium UI, 2011, Online). Laboratorium ini digunakan sebagai laboratorium rujukan, lembaga penunjang pengembangan keilmuan K3, di samping statusnya terakreditasi, baik dalam skala nasional maupun internasional.

Memang, kepentingan laboratorium bagi kegiatan *occupational health nursing* tidak harus selengkap atau berstatus sebagai laboratorium rujukan. Minimal, bisa menyediakan sarana-sarana yang menunjang pembelajaran praktikum empat *basic pillar occupational health nursing: fitness to work, health promotion, health surveillance* dan *management of ill health*. Komponen ini adalah bagian yang perlu dalam pendidikan *occupational health nursing* (Oakley, 2003).

Koordinasi

Pelayanan keperawatan menggunakan pendekatan integral dan komprehensif guna mencapai tujuannya. Pendekatan yang komprehensif ini dalam pelaksanaannya membutuhkan kerjasama atau koordinasi dari berbagai elemen. Bukan hanya dari profesi kesehatan saja yang terlibat guna mencapai

tujuannya. Akan tetapi unsur-unsur terkait lainnya, seperti Pemerintah dan swasta. Tidak terkecuali dalam pengajaran Keperawatan Komunitas, di mana komponen masyarakat itu cakupannya luas. Tujuannya, agar suatu organisasi atau kegiatan, peraturan dan tindakan yg akan dilaksanakan tidak saling bertentangan atau simpang siur.

Koordinasi bisa dilakukan dengan unit lain secara horizontal atau vertikal untuk mencapai tujuan keperawatan komunitas. Pelayanan keperawatan di bawah payung komunitas, termasuk occupational health nursing harus mengorganisasikan aktivitasnya melalui kelompok-kelompok sehingga tujuan pelayanan keperawatan akan tercapai.

Prinsip koordinasi ini selaras dengan definisi *Community Health Nursing* menurut *American Public Health Affairs* (Bavasanthappa, 2003). Bahwa, *'To accomplish this goal, public health nurses work with groups, families and individuals, as well as in multidisciplinary teams and programs* (p. 67).

Menurut Yumi (2011, *Pers.Com*), koordinasi secara horizontal dan vertikal demi pencapaian tujuan pembelajaran yang terkait dengan occupational health nursing ini tidak gampang. Hal ini disebabkan berbagai hal, misalnya birokrasi, tidak adanya kebijakan perusahaan yang jelas, pelayanan kesehatan bukan sebagai bagian utama dalam agenda perusahaan, serta kesadaran akan pentingnya K3 yang masih minim (Yumi, 2011, *Pers. Comm*).

Analisa Masalah

"Care demands leading to the development of cost-effective, high-quality and innovative systems of community health care that are accessible to all citizens" (Nuntaboot, 2006). Menurut WHO, terdapat pergeseran paradigma keperawatan seiring dengan peningkatan jumlah penduduk dan beragamnya berbagai masalah kesehatan di dunia, di mana pelayanan kesehatan tidak

hanya terbatas pada pelayanan di RS, Puskesmas, Klinik atau balai kesehatan. Pelayanan kesehatan juga merambat ke komunitas, tidak terkecuali dunia industri (2010, Online).

Pergeseran ini tentu saja menimbulkan masalah. Minimal, persepsi sasaran pelayanan kesehatan dan perubahan strategi pendekatan terhadap mereka. Oleh sebab itu, dari berbagai situasi yang sudah diuraikan dalam bab sebelumnya, di bawah ini akan diuraikan analisa permasalahan yang dihadapi, sesuai dengan prioritasnya.

Concept of Community Health Nursing

Istilah komunitas yang berasal dari kata 'Community' telah didefinisikan dalam berbagai cara. Di antaranya adalah: *'Community is a group of people who live together, who belong together, so that they share, not ties or that particular interest, but as a whole set of interests, wide enough and complete enough to include their lives'* (Basavanthappa, 2008, p.2). Definisi ini, sebenarnya sudah jelas, bahwa cakupan Perawatan Komunitas adalah pelayanan kesehatan kepada semua kelompok masyarakat tanpa terkecuali, termasuk kelompok masyarakat yang tinggal dan bekerja di wilayah industri. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Bavasanthappa dalam bukunya *Community Health Nursing*, skopnya adalah individual, keluarga, kelompok dan komunitas (2008).

Sedangkan tujuannya adalah memberikan dukungan serta merawat, bukan hanya kepada individual, namun juga keluarga (Basavantahppa, 2008). Dengan demikian, dari pengertian serta tujuan di atas bisa disimpulkan bahwa penekanan keperawatan komunitas terletak pada *'health promotion, health maintenance, disease, prevention and treatment of minor illments and restoration of health and rehabilitation* (Basavanthappa, 2008, p. 72).

Guna mencapai tujuan ini, keperawatan komunitas membutuhkan sejumlah prinsip-prinsip dasar, di antaranya sebagaimana yang diusulkan oleh Basavanthappa (2008) adalah: 1) Pelaksanaannya berdasarkan kebutuhan dan fungsi dalam program kesehatan yang menyeluruh; 2) Maksud dan tujuannya hendaknya jelas dalam pelayanan; 3) Kelompok yang terorganisasi atau perwakilannya adalah bagian integral dari program kesehatan komunitas; 4) Keperawatan komunitas tersedia bagi seluruh lapisan masyarakat tanpa membedakan asal, sosial budaya, ekonomi, umur, jenis kelamin, politik serta bangsa; 5) Keperawatan komunitas mengakui keluarga dan komunitas adalah bagian dari unit pelayanan; 6) Pendidikan kesehatan dan pelayanan konsultasi adalah bagian integral dari keperawatan komunitas; 7) Penerima jasa pelayanan kesehatan perlu diikuti-sertakan dalam perencanaan terkait dengan tujuan bagi pemeliharaan kesehatan; 8) Perawat komunitas harus kualified; 9) Keperawatan komunitas harus dilandaskan pada kebutuhan pasien dan kelangsungan pelayanan kepada pasien yang tepat; 10) Evaluasi pelayanan kesehatan ini harus dikerjakan secara periodik dan kontinyu, 11) Perawat komunitas berfungsi sebagai bagian terpenting dari tim kesehatan; 12) Perawat komunitas membantu mengarahkan pasien yang membutuhkan dukungan finansial; 13) Community health agency perlu menyediakan program kelangsungan pendidikan bagi perawat (Bavasanthappa, 2008).

Dari konsep dasar serta prinsip-prinsip di atas, tidak ada pernyataan satu pun yang menyinggung bahwa konsep occupational health nursing mencakup dunia kerja atau industri. Meskipun demikian, ditengok dari definisinya, secara eksplisit tersirat. Karena kelompok manusia yang berada, tinggal dan bekerja di wilayah industri, disebut sebagai komunitas.

Prioritas Masalah

Dalam silabus pengajaran program sarjana Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (2011, Online), disebutkan bahwa kelompok keilmuan perawatan komunitas ini fokus pada area-area khusus, meliputi keperawatan kesehatan sekolah, keperawatan kesehatan kerja, keperawatan di rumah (*"homecare"*), keperawatan jiwa masyarakat, jaminan mutu layanan keperawatan komunitas dan isu/kecenderungan dalam keperawatan komunitas, dengan penekanan pada peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, dan pemeliharaan kesehatan.

Area yang luas ini, tentu saja distribusinya membutuhkan pemerataan. Dari enam buah fokus area, jika disama-ratakan, layanan keperawatan kesehatan kerja (K3) mendapatkan porsi sebanyak 16.6%. Itu sama halnya dengan jatah pengajaran OHN dalam silabus komunitas keperawatan 16.6% dari seluruh SKS yang bervariasi antara 6-9 SKS. Atau, sama dengan 1-1,5 SKS teralokasi untuk mata kuliah OHN.

Pada bagian terdahulu sudah dipaparkan bahwa terdapat empat permasalahan terbesar yang dihadapi oleh penyelenggara pendidikan dalam pengajaran occupational health nursing. Keempat masalah tersebut adalah kurikulum, dosen, laboratorium serta manajemen dalam koordinasi.

Jadi, dalam proses penempatan prioritas masalah ini sebenarnya terdapat dua golongan besar. Yang pertama, terkait dengan seberapa besar porsi OHN dalam pengajaran keperawatan komunitas. Yang kedua, kenyataan yang dihadapi oleh dunia pendidikan keperawatan di Indonesia dalam pengajaran keperawatan komunitas.

Memprioritaskan masalah yang ada dalam pengajaran OHN membutuhkan analisa tujuan. Lewat identifikasi tujuan pembelajaran dapat diketahui mana yang lebih diutamakan atau diprioritaskan (Heidgerken, 2007). Dari bagian terdahulu juga disebutkan,

bahwa implementasi kurikulum pendidikan keperawatan di Indonesia belum sepenuhnya baku. Dari institusi yang satu ke lainnya, di sana-sini masih terdapat perbedaan yang disebabkan berbagai hal. Misalnya kondisi geografi, fasilitas dan sarana, hingga kebutuhan masyarakat sekitar. Komunitas pedalaman berbeda dengan perkotaan. Daerah industri tentu saja tidak sama dengan pertanian. Fleksibilitas penerapan kurikulum di berbagai sekolah itu adalah wajar (Heifgerken, 2007).

Dengan demikian mana yang terpenting serta pantas menduduki peringkat teratas dalam pendidikan ini yang perlu penyelesaian, bergantung kepada situasi dan kondisi yang berbeda. Dari satu kampus ke kampus lain tidaklah sama. Namun demikian, prinsip tujuan pengajarannya tetap sama. Yaitu pencapaian tujuan akhir pengajaran keperawatan komunitas dengan mengikutsertakan OHN secara proporsional.

Strengths, Weaknesses, Opportunity

Sejak insepinya, kurikulum pendidikan keperawatan di Indonesia mengalami banyak perubahan. Mulai dari tahun 50-an, di mana jenjang pendidikan keperawatan kita waktu itu masih setingkat dengan sekolah menengah atas. Hingga program doktoral yang sekarang sudah muncul (UI, 2011, Online). Selama itu pula berbagai kritik dan ketidakpuasan tidak dapat dihindarkan.

Menurut Basavanthappa (2008) kritik dan ketidakpuasan terhadap kurikulum tersebut tertuju pada konten (isi) serta pengorganisasiannya, yang meliputi: penekanannya kurang sesuai dengan kebutuhan peserta didik; materi yang diberikan tergolong kurang atau malah berlebihan serta tidak berorientasi kepada pengertian yang diharapkan dari peserta didik; kurikulum tidak menekankan kepada aktivitas; kurikulum keperawatan hanya berorientasi kepada rumah sakit; sebaliknya, kurang memberikan proporsi yang tepat pada

administrasi, pendidikan, penelitian serta program keperawatan berkelanjutan; kurangnya korelasi antara teori dengan praktik; serta mahasiswa kurang mendapatkan pengalaman untuk bertanggungjawab dalam pengambilan keputusan.

Namun demikian, beberapa aspek yang bisa dikategorikan sebagai pendukung (*strengths*) bisa terwujudnya program pengajaran OHN dalam kurikulum pendidikan keperawatan kita adalah: 1) Definisi perawatan komunitas (Basavanthappa, 2008) yang secara otomatis mengikutsertakan OHN; 2) Jumlah dalam kurikulum, meskipun 1.5 SKS keperawatan komunitasnya, akan tetapi fleksibilitas dalam kurikulum bisa memungkinkan penambahan aspek-aspek OHN yang dirasa penting serta sesuai dengan kebutuhan bisa dimasukkan; 3) Kompetensi dosen yang meski langka untuk mendapatkan lulusan program pasca sarjana jurusan K3, akan tetapi pemahaman terhadap pentingnya OHN sebagai bagian dari keperawatan komunitas tidak diragukan. Hal ini disebabkan selama kuliah, pengenalan program K3 sudah diberikan (UI, 2011, Online). Kompetensi penguasaan keperawatan komunitas ini juga dibuktikan dengan adanya syarat kelulusan di mana minimal mahasiswa harus mendapatkan nilai 'C' (skala 60-69) (Universitas Jember, 2007, Online); 4) Tersedianya lapangan praktik K3 yang cukup memadai. Sebagaimana yang dijelaskan pada bagian terdahulu, bahwa terjadi peningkatan jumlah industri yang pesat terutama di kota-kota setiap tahunnya, terutama sejak Orde Baru (Kementrian Perdagangan, 2009, Online; Tambunan, 2006).

Penanggulangan Masalah

Integrated Program

Guna membangun komunitas yang sehat, dibutuhkan strategi. Strategi yang sehat meliputi tiga dimensi (Stanhope & Lancaster,

2004), yaitu dimensi status, struktur, dan proses. Dimensi status mengacu kepada pencegahan primer dan sekunder, sebab tujuannya adalah untuk mencegah penyakit atau ancaman pada tahap awal. Dimensi kedua, struktur adalah *direct intervension* pada layanan kesehatan dan dimensi demografi.

Memadukan ketiga dimensi ini sebagai sebuah integral adalah salah satu prinsip dasar yang pada dasarnya bisa diterapkan dalam pembelajaran OHN pada mahasiswa program keperawatan. Melalui pendekatan ini, akan menghemat waktu selain lebih efektif. Hanya saja, guna mencapai tujuan ini, diperlukan komunikasi. Utamanya jika penyampaian materi ini dipisahkan menjadi beberapa pokok bahasan, namun diajarkan oleh dosen yang berbeda.

Inilah salah satu teknik pengajaran yang disarankan agar perolehan tujuan instruksional maksimal yang berorientasi pada kerjasama antara mahasiswa dengan dosen (Heidgerken, 2008). *'The lecture is viewed not only as a means of presenting information, but also as a method of effecting learning. It requires the teacher not only to talk, but also to work with the students.'* (p.423). Dengan kata lain, dosen diharapkan mampu menciptakan suasana yang kondusif, termasuk bekerjasama secara integral dengan sesama dosen dalam proses belajar-mengajar.

Prinsip integrasi kedua adalah memadukan *primary care services* dengan *Occupational health services*. Menurut Griffith & Strasser (2010), disebutkan bahwa mengintegrasikan layanan kesehatan dengan memadukan occupational health di tempat kerja menunjukkan angka keberhasilan secara finansial. *'When quality health care is more convenient, more cost-effective, and less stressful for employees via on-site primary care services, the company and its employees can reap countless health benefits* (p.523).

Prinsip integrasi ini sekaligus membuktikan bahwa dalam pembelajaran OHN, mestinya bisa dipadukan dengan pembelajaran mata kuliah lain. Tidak perlu harus secara terpisah. Misalnya, dalam pengajaran *Medical Surgical Nursing*, perawat memiliki risiko luka karena jarum atau pisau yang dikenal dengan *Blood Borne Pathogen* (BBP). Jika terkena jarum, harus ada upaya-upaya untuk mengatasi atau penaggulangannya. Prinsip-prinsip seperti ini adalah bagian dari *Health Risk Assessment* yang diajarkan di dalam mata kuliah OHN. Mengintegrasikan OHN dalam mata kuliah lain sangat positif.

Persoalannya, seperti yang disarankan pula oleh Heidgerken (2008), perlu komunikasi efektif antara dosen yang memberikan materi kuliah yang terkait *primary care* dengan dosen keperawatan komunitas.

Masa Depan Keperawatan, Masa Depan Occupational Health Nursing

Tahun 2010 lalu, Pemerintah, melalui Kementrian Kesehatan mencanangkan Gerakan Pembangunan Berwawasan Kesehatan, yang dilandasi paradigma sehat. Paradigma yang berasal dari kata Bahasa Inggris (Oxford, 2005, p.1099) *'paradigm'* adalah cara pandang, pola pikir atau model. Paradigma pembangunan kesehatan yang diharapkan di sini adalah pembangunan kesehatan yang bersifat holistik. Yaitu, melihat masalah kesehatan secara menyeluruh.

Upaya pembangunan di sini dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor, dan upayanya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan. Secara makro paradigma sehat berarti semua sektor memberikan kontribusi positif bagi pengembangan perilaku dan lingkungan sehat (Dinkes Sulsel, 2010, Online). Sedangkan secara mikro berarti pembangunan kesehatan lebih menekankan upaya promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif (Dinkes Sulsel, 2010, Online).

Mengacu kepada paradigma sehat di atas, dipadukan dengan rencana ke depan Pemerintah terhadap peningkatan kualitas kesehatan masyarakat, di mana upaya promotif yang merupakan salah satu pilar penting dalam keperawatan komunitas secara umum dan OHN secara khusus, maka secara tidak langsung menunjukkan betapa masa depan profesi keperawatan memegang andil besar di dalamnya.

Pada tahun 2009, jumlah perawat Indonesia diperkirakan sekitar 500.000 orang, atau sekitar 60% dari total tenaga kesehatan yang ada (Kompas, 8 Juni 2009). Angka ini akan terus berkembang. Sebagaimana diketahui bahwa jumlah penyelenggara pendidikan keperawatan di Indonesia lebih dari 600 buah. Itu berarti tidak kurang dari 30.000 orang per tahun diluluskan jika per tahun setiap institusi menghasilkan 50 orang lulusan.

Tendensi ini mengisyaratkan bahwa perawat mampu dan seharusnya memainkan peranan fundamental dalam pelayanan kesehatan, sebagaimana disampaikan oleh Burgel (2011). Kemampuan perawat Indonesia di berbagai aspek pelayanan kesehatan amat dibutuhkan guna mendukung tercapainya program Indonesia Sehat. Oleh karena tantangan ini, maka perawat harus berkembang.

Perkembangan jumlah perawat di Indonesia ini seiring dengan tuntutan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang makin meningkat. Baik pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif serta rehabilitatif. Di rumah sakit, puskesmas, klinik, balai kesehatan hingga pelayanan kesehatan di perusahaan. Baik negeri maupun swasta.

Tenaga kesehatan, termasuk perawat, yang bekerja di setiap sektor pelayanan kesehatan memiliki risiko keselamatan selama kerjanya. Risiko yang terkait dengan pekerjaan dalam kategori tenaga kesehatan ini, bahkan sudah dikenal sejak tahun 1700 oleh Bernardino Ramazzini (Hasselhorn,

Toomingas, Lagerstrom, 1999), yang menyebutkan bahwa '*Hazards at work among health care workers are extremely diverse*' (p. ix).

Pasien-pasien yang terinfeksi berat merefleksikan panorama epidemiologis dalam sebuah komunitas. Beberapa contoh yang kita ketahui adalah kasus-kasus Hepatitis B virus, Hepatitis C dan HIV, TBC serta Difteri. Risiko ini sudah tentu perlu diidentifikasi segera, disamping langkah-langkah preventif yang adekuat seperti vaksinasi, higienis, serta penggunaan alat-alat pelindung harus diimplementasikan.

Belum lagi dominasi petugas kesehatan umumnya perempuan yang mana kurang memiliki otot yang kuat, sementara terkadang dituntut dalam pekerjaannya menggunakan otot, misalnya sewaktu memindahkan pasien. Atau, petugas kesehatan yang sedang hamil. Tidak lepas kemungkinannya ada kasus-kasus seperti diabetes, hipertensi, *over weight* dan *hypercholesterol* di tempat kerja. Mereka semua menghadapi risiko selama menjalankan pekerjaan.

Ringkasnya, petugas kesehatan akan terkespose secara biologis, kimia, fisik, psikologis dan special hazards lainnya (Hasselhorn, Toomingas, Lagerstrom, 1999).

Terlepas dari risiko tersebut di atas, pelayanan kesehatan harus berjalan terus. Namun begitu, kelangsungan pelayanan kesehatan ini harus didukung langkah-langkah preventif yang memberikan rasa aman kepada petugas kesehatan. *Preventive actions have proved to be fruitful and effective in many situations involving safety and health of health care workers and their patients* (Hasselhorn, Toomingas, Lagerstrom, 1999, p. x). Contoh yang bisa diambil di sini adalah upaya menjaga hygiene perseorangan atau vaksinasi. Ini adalah '*major tasks of occupational health system*' (p.x).

Rentetan langkah-langkah tersebut di atas adalah sebagian dari tugas dan tanggungjawab Occupational Health

profesional (Hasselhorn, Toomingas, Lagerstrom, 1999). Sebagaimana pula yang disarankan oleh *American Association of Occupational Health Nurse* (AAOHN, 2011), yang mengidentifikasi 11 standar praktis profesional, yang mencakup seluruh aspek peran, tugas dan tanggungjawab OHN. AAOHN '*describes a competent level of performance with regard to the nursing process and professional roles of the occupational and environmental health nurse, mulai dari 'assessment, identification, planning, evaluation collaboration untill ethics* (2011, Online). Dengan demikian, kebutuhan terhadap perawat yang terjun di *primary care* selaras dengan kebutuhan akan *occupational health nurse* di masa depan.

Management Pengajaran Occupational Health Nursing

Di Inggris, pendidikan keperawatan untuk jurusan ini sudah ada. Bahkan dari program setingkat diploma (Kenny, 2003). Jumlah perguruan tinggi yang menyelenggarakan program ini sebanyak 13 buah (Kenny, 2003).

Di Amerika Serikat AAOHN menyelenggarakan Online Learning (AAOHN, 2011, Online). Di Indonesia, belum memiliki kedua program ini. Namun demikian, bukan berarti kebutuhan akan OHN tidak ada. Ini berarti bahwa negara-negara Barat, sudah mengenal jauh persoalan K3 dalam dunia keperawatan.

Perusahaan-perusahaan minyak dan gas yang ada di Indonesia yang bertaraf internasional seperti *Chevron, British Petroleum, Total, Halliburton, Shell, Exxon Mobil* dan *Conoco Philip* adalah beberapa nama perusahaan yang beroperasi di berbagai wilayah dan memberlakukan standar occupational health internasional (Dirjen Migas KESDM, 2011, Online).

Salah satu contoh standar internasional yang diberlakukan dalam manajemen mereka

yang paling umum adalah *Occupational Health Safety Administration* (OSHA). Standar ini sangat populer di Amerika Serikat, yang terkait dengan occupational health (OSHA, 2011, Online).

Dari sudut pandang ilmu keperawatan, salah satu standar internasional yang berlaku adalah *American Board of Occupational Health Nursing* (ABOHN) yang memberikan serifikasi bagi OHN (2008, Online). Kedua lembaga ini menjadi rekomendasi bagi occupational health profesional, karena *standard requirement* nya telah diakui oleh badan dunia. '*ABOHN was founded to set professional standards and conduct occupational health nursing specialty certification*.

Oleh karena itulah, dalam penerapan kurikulum yang perlu diajarkan dalam program pendidikan keperawatan, mengacu kepada standar internasional sangat dibutuhkan. Hanya saja, penerapan kurikulum OHN yang terintegrasi dalam mata kuliah kePerawatan Komunitas, tentu saja tidak dapat disejajarkan dengan program murni OHN sebagaimana yang ada di Amerika Serikat atau Inggris.

Jumlah SKS yang terbatas misalnya, menuntut dosen yang megajarkan mata kuliah ini harus cermat dalam memprioritaskan aspek yang perlu diajarkan. Bagaimanapun juga, seperti yang dikemukakan oleh Hasselhorn dkk. (1999) serta fleksibilitas kurikulum (Heidgerken, 2008), tidak menutup kemungkinan jika dalam mata kuliah OHN, aspek-aspek terpenting dan praktis serta dibutuhkan di lapangan, lebih diutamakan daripada konsep OHN secara menyeluruh.

Berikut ini adalah aktivitas umum yang biasa dilakukan oleh perawat yang bekerja di industri menurut standard AAOHN (2011): 1) Observation and assessment of both the worker and the work environment; 2) Interpretation and evaluation of the worker's medical and occupational history, subjective complaints, and physical examination, along

with any laboratory values or other diagnostic screening tests, industrial hygiene and personal exposure monitoring values; 3) Interpretation of medical diagnosis to workers and their employers; 4) Identification of abnormalities; 5) Description of the worker's response to the exposures; 6) Management of occupational and non-occupational illness and injury; 7) Documentation of the injury or illness; 7) Assessing the work environment for potential health and safety problems; 8) Designing, developing and delivering new initiatives, policies and procedures on health education/promotion and accident/disease prevention; 9) Conducting a range of assessments and inspections, in conjunction with regulations, such as display screen equipment (DSE), personal protective equipment (PPE) and the control of substances hazardous to health (COSHH); 10) Delivering health and safety training; 11) Communicating safety concerns to appropriate managers; 12) Maintaining employee health records and preparing accident reports; 13) Conducting accident investigations; 14) Investigating the causes of common injuries; 15) Providing pre-employment medicals/physicals, including hearing and vision screening, and health and fitness advice; 16) Maintaining first-aid kits, ordering new supplies and destroying out-of-date items as necessary; 17) Assisting injured employees returning to work from medical leave; 18) Monitoring employee exposure to hazardous chemicals; 19) Contacting doctors and/or hospitals, as necessary, to arrange further treatment; 20) Keeping up to date with legal and professional changes associated with occupational health and safety; 21) Using expertise to ensure organizations meet legislative requirements. Dari aktivitas berdasarkan AAOHN tersebut jika diringkas bisa dikelompokkan dalam lima Unit Mata Kuliah (Tabel 1).

Dalam praktiknya, aktivitas umum OHN yang kemudian diringkas dan dikelompokkan dalam lima unit kerja, terbukti

lebih fokus, karena mengarah kepada tujuan, yang diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap peningkatan produktivitas karyawan (Qatar Petroleum, Unpub, 2011).

Meskipun penerapan pembagian kerja OHN di atas sempat dilakukan di sebuah perusahaan minyak dan gas, namun pembagian unit tersebut secara umum dapat diterapkan di berbagai macam industri yang pada gilirannya membantu perawat yang bekerja mampu mengidentifikasi kegiatan OHN lebih rinci.

Memang, masih dibutuhkan alat ukur dan penelitian lebih lanjut guna mengetahui seberapa efektif dan efisien pembagian unit di atas dalam kerja. Yang jelas, melalui prinsip yang sama, mestinya bisa diimplementasikan dalam proses belajar mengajar, sebagai sebuah paradigma baru.

KESIMPULAN DAN SARAN

Menurut data dari *The U.S. Bureau of Labor Statistics* (RRSTAR, 2011, Online), diperkirakan angka kesempatan kerja dunia keperawatan bakal melonjak mulai tahun 2011 ke atas. Tendensi yang sama terjadi di belahan dunia lain, termasuk di Indonesia. Hal ini seiring dengan bertambahnya jumlah penduduk yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Sementara kebutuhan akan perawat ini meningkat tajam, diharapkan akan terjadi perubahan pula dalam dunia industri.

Di samping perubahan akan jumlah perawat dan meningkatnya kebutuhan terhadap mereka, diramalkan pula bahwa jumlah perawat yang bekerja di rumah sakit akan berkurang (RRSTAR, 2011, Online). Sebaliknya, perawat yang bekerja di *nursing homes* dan *home health care*, makin meningkat. Tidak terkecuali di industri.

Gejala ini, perlu mendapatkanantisipasi dari penyelenggara pendidikan keperawatan yang di Indonesia jumlahnya semakin menanjak dari tahun ke tahun. Mengantisipasi perawat yang bekerja di luar RS perlu penanganan serius dengan berpedoman kepada kurikulum yang diharapkan

menyesuaikan diri dengan kebutuhan pasar. Penekanan hanya kepada *hospital or clinical-oriented curriculum*, tidak bakal menjawab tantangan. Oleh sebab itu, seperti yang diusulkan oleh Heidgerken (2008), kurikulum hendaknya fleksibel.

Fleksibilitas ini penting karena dengan kurikulum yang lentur, selain hemat waktu, bisa dihindarkan membengkaknya jumlah pengangguran tenaga terdidik termasuk lulusan fakultas keperawatan. Sebaliknya, lulusan jurusan keperawatan diharapkan mampu menembus industri yang jumlahnya juga makin besar. Apalagi di era globalisasi ini, di mana Indonesia membuka kesempatan investor asing untuk menanam modalnya di Indonesia. Tidak terkecuali di bidang kesehatan. Mestinya, tantangan ini perlu mendapatkan perhatian yang serius dari kalangan akademik.

Salah satu cara efektif guna mencapai tujuan tersebut, sekaligus memberikan hawa baru bagi dosen mata kuliah keperawatan

Komunitas adalah mengintegrasikan materi occupational health nursing dengan lebih fokus dan terarah. Program tersebut bukan hanya harus mengacu kepada standar internasional saja, namun harus pula disesuaikan dengan kebutuhan di lapangan.

Secara praktis, materi OHN yang jatahnya rata-rata diberikan dengan jumlah bobot SKS hanya sebanyak 1,5, bisa meliputi 5 unit sub mata kuliah, yaitu penekanan hanya diberikan kepada program-program besar yang sesuai dengan kebutuhan di lapangan.

Pendekatan ini bisa saja bukan satu-satunya pilihan yang tepat. Namun, sejauh ini, program *fitness to work, health surveillance, health promotion dan management of ill health* adalah program andalan dunia internasional, yang sudah diterapkan oleh perusahaan-perusahaan raksasa, khususnya di sektor minyak dan gas, dikenal sebagai induk program *occupational health*.

Tabel 1. Pengelompokan Aktivitas Perawat Berdasarkan AAOHN

Unit	Sub Mata Kuliah
1.	Fitness to Work
2.	Health Surveillance & Health Rich Assesment
3.	Health Promotion and Protection
4.	Management of Ill Health (Case Management, Occupational Injury & Illness)
5.	Occupational Health Administration

DAFTAR PUSTAKA

- American Association of Occupational Health Nurse (AAOHN), 2011, *Standard of Practice*, [Online], Available at URL: <https://www.aaohn.org/for-your-practice-items/standards-of-occupational-and-environmental-health-nursing.html>, Accessed on 25 November 2011.
- Azhary, M.E, 2009, Economic Review, *The Portrait of Indonesian Hospital*, No. 218.
- Basavanthappa, B.T. 2003, Nursing Education, *Curriculum Concept*, Jaypee, 2nd Edition, pp. 119-151.

- Burgel, B.J, 2011, *The Future of Nursing- Opportunities for Occupational Health Nursing*, AAOHN Journal , May 2011, Volume59, no. 5, pp. 207-211.
- Depdiknas, 2007, Pusat Kurikulum Badan Penelitian pengembangan, *Laporan Pelaksanaan Bantuan Profesional Pengembangan Kurikulum TPK Provinsi Maluku Melalui Kurikulum*, pp.1-52.
- Dinkes Sulsel, 2010, *Pedoman Perilaku Hidup Bersih dan Sehat*, [Online], Available at URL: <http://dinkes-sulsel.go.id/new/images/pdf/pedoman/pedoman%20phbs.pdf>, Accessed on 25 November 2011.

- Direktorat Jendral Bina Upaya Kesehatan, 2011, *Jumlah Institusi Diknakes Non-Poltekes Menurut kepemilikan Kumulatif Sampai Dengan Desember Tahun 2008*, Pusdiknakes PPSDM Kesehatan Depkes.
- Dirjen Migas KESDM, 2011, Directorate General of Oil and Gas, Company List, [Online], Available at URL: <http://www.migas.esdm.go.id/?newlang=english#>, Accessed on 25 November 2011.
- Griffith K , Strasser P.B. 2011, Integrating Primary care with Occupational Health Services, *AAOHN Journal*, Volume 58, No. 12, pp.519-523.
- Hasselhorn H.M, Toomingas A, Lagerstrom M. 1999, *Occupational Health for Health Care Workers: A Practical Guide*, Alsvier, pp.6-214.
- Heidgerken, L.E, *Teaching and Learning in Schools of Nursing*, Basic Considerations for Teaching in the School of Nursing, 3rd edition, Konark Publisher PVT LTD, pp.21-28.
- Hennessy D, Hicks C, Hilan A., Kawonal Y., 2006, The Training and Development Needs of Nurses in Indonesia, *Human Resource for Health*, Pubmed Central, 23 April, 2006.
- ILO, 2011, *World Day for Safety and Health at Work*, Online, Online, Available at <http://www.ilo.org/safework/events/safeday/lang—en/index.htm>, Access on 18 November 2011.
- Indarwati R, n.d., *Asuhan Keselamatan dan Kesehatan Kerja*.
- Kementerian Perdagangan, 2009, *Jumlah Perusahaan dan Tenaga Kerja Menurut Propinsi*, Online, Available at www.kemendag.go.id, Access on 18 November 2011 at http://www.kemendag.go.id/addon/statistik_industri/file/IB_sembilan.pdf
- Kompas, 21 April 2010, *Jumlah PTS Naik Pesat*.
- Koordinator Perguruan Tinggi Swasta Jawa Timur, 2009, *Jumlah Perguruan Tinggi Swasta di Jawa Timur menurut Kabupaten/Kota dan Jenisnya*, [Online], Available at URL: [http://jatim.bps.go.id/wp-content/uploads/images/Tabel%205.1.9\(Kopertis\)-2010\(ok\).pdf](http://jatim.bps.go.id/wp-content/uploads/images/Tabel%205.1.9(Kopertis)-2010(ok).pdf), Accessed on 27 November 2011.
- Lestari T. & Erlin Trisuliyanti, n.d, *Hubungan Keselamatan dan Kesehatan Kerja (K3) dengan Produktivitas Kerja Karyawan (Studi Kasus: Bagian Pengolahan PTPN VIII Gunung Mas, Bogor)*.
- Nuntaboot K. Nurses of the community, by the community, and for the community in Thailand. *Regional Health Forum*, 2006, 10(1):11–28
- Oakley, K. 2003, Occupational Health Nursing, *The Education of Occupational Health Nurse; Setting up Occupational Health Services*, 2nd Edition, Whurr Publishers, London, pp. 31-73.
- Occupational Safety and Health Administration (OSHA), 2011, Occupational safety and Health Standards, [Online], Available at URL: http://www.osha.gov/pls/oshaweb/owastand.display_standard_group?p_toc_level=1&p_part_number=1910, Accessed on 25 November 2011.
- Poltekkes Makassar, Prodi Keperawatan, Total Kurikulum Jurusan, Online, Available at URL: http://www.poltekkes-mks.ac.id/index.php?option=com_content&view=article&id=18%3Aprofil-jurusan-program-studi-keperawatan&catid=4%3Ajurusan-keperawatan&Itemid=13&limitstart=1, Accessed on 19 November 2011.
- Poltekkes Pontianak, 2010, Distribusi Mata Kuliah Jurusan Keperawatan; Online, Available at <http://www.poltekkes-pontianak.ac.id/info-akademik/distribusi-mata-kuliah-jurusan-keperawatan>; Accessed on 19 November 2011.

- PUSDIKNAKES PPSDM Kesehatan Depkes, 2008, Jumlah *Institusi Diknakes Non-Poltekes* Menurut kepemilikan Kumulatif Sampai Dengan Desember Tahun 2008, Online, Available at URL <http://www.depkes.go.id/downloads/publikasi/Profil%20Kesehatan%20Indonesia%202008.pdf>, Access on 18 November 2011
- Qatar Petroleum, Unpub, 2011, *Procedure: Occupational Health Nursing Clinical Protocols*.
- RRSTAR, 2011, Nursing Trends to Watch for in 2011 and Beyond, [Online], Available at URL: <http://www.rrstar.com/healthyrockford/x1471445121/Nursing-industry-trends-to-watch-for-in-2011-and-beyond>, Accessed on 26 November 2011.
- Stanhope and Lancaster, 2004, *Community & Public Health Nursing*. Sixth edition. Mosby: New Jersey
- STIKKU, 2011, Deskripsi Mata Kuliah Program Studi Ilmu Keperawatan, Online, Available at <http://www.stikku.ac.id/program-studi-distikku/s1-ilmu-keperawatan/deskripsi-mata-kuliah-program-studi-s1-keperawatan/>, accessed on 19 November 2011
- Suardi, R., 2005, *Sistem Manajemen Keselamatan dan Kesehatan Kerja*, PPM, Jakarta.
- WHO, 2011, Occupational Health, Online, http://www.who.int/occupational_health/en/index.html, Access on 18 November 2011.
- Tambunan, T. 2006, The Development of Industry and Industrialization Policy in Indonesia Since the New Governance Era tp the Post Crisis Period, Kadin Indonesia-Jetro, November 2006, pp. 1-6.
- Universitas Airlangga (Unair), 2010, Fakultas Keperawatan, Download Mata kuliah, Keperawatan Jiwa dan Komunitas, Online, Available at <http://ners.unair.ac.id/materikuliah.ners.php>, Accessed on 19 November 2011.
- Universitas Indonesia (UI), 2011, Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan, [Online], Available at URL: http://www.fik.ui.ac.id/index.php?m=berita&s=list&id_kategori=4&id_sub_kategori=5, Accessed on 24 November 2011.
- Universitas Jember (Unej), 2007, Program Studi Ilmu Keperawatan, Ujian dan Evaluasi, [Online], Available at URL: http://www.freewebs.com/ners_uj/ujianevaluasi.htm, Accessed on 24 November 2011.
- Universitas Pajajaran (Unpad), 2010, Fakultas Ilmu Keperawatan, Pedoman Penyelenggaraan Pendidikan Tahun Akademik 2010/2011, Online, Available at URL: <http://www.unpad.ac.id/wp-content/uploads/2005/10/Fakultas-Ilmu-Keperawatan1.pdf>, Accessed on 19 November 2011.
- Universitas Udayana (Unud), 2007, *Pembinaan Karir Jabatan Dosen*, Unpub, Online, Available at URL: <http://usph.files.wordpress.com/2007/08/jenjang-dosen.pdf>, Accessed on 19 November 2011.
- WHO, 2010, A Framework for a Community Health Nursing Education, *Core Concept Underlying Community Health Nursing Practice*, Regional Office of South East Asia, India, pp.1-39.