

MODUL
BAHAN AJAR CETAK
KEPERAWATAN

KEPERAWATAN KELUARGA DAN KOMUNITAS



» Siti Nur Kholifah
NS. Wahyu Widagdo



KEPERAWATAN KELUARGA
DAN KOMUNITAS

Pusdik SDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120
Telp. 021 726 0401, Fax. 021 726 0485, Email. pusdiknakes@yahoo.com



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

MODUL
BAHAN AJAR CETAK
KEPERAWATAN

KEPERAWATAN KELUARGA DAN KOMUNITAS

» Siti Nur Kholifah
NS. Wahyu Widagdo



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Hak Cipta © dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Desember 2016

Penulis : *Ns. Wahyu Widagdo, M.Kep, Sp.Kom*

Pengembang Desain Instruksional : *Santi Dewiki*

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : *Bangun Asmo Darmanto*

Tata Letak : *Ari Akbar Perdana*

Jumlah Halaman : 208

DAFTAR ISI

PENGANTAR MATA KULIAH	viii
BAB I: KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT	1
Topik 1.	
<i>Primary Health Care (PHC)</i>	3
Latihan	7
Ringkasan	7
Tes 1	8
Topik 2.	
Sistem Kesehatan Nasional	10
Latihan	19
Ringkasan	20
Tes 2	20
Topik 3.	
Konsep Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	23
Latihan	29
Ringkasan	30
Tes 3	30
Topik 4.	
Konsep Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)	33
Latihan	41
Ringkasan	42
Tes 4	43
KUNCI JAWABAN TES	45
DAFTAR PUSTAKA	46
BAB II: KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA DAN KOMUNITAS	48
Topik 1.	
Konsep Keperawatan Keluarga	50
Latihan	55
Ringkasan	56
Tes 1	57

Topik 2.	
Konsep Keperawatan Komunitas	59
Latihan	71
Ringkasan	72
Tes 2	72
KUNCI JAWABAN TES	75
DAFTAR PUSTAKA	76
BAB III: PENGKAJIAN DAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA	77
Topik 1.	
Pengkajian Keperawatan Keluarga	79
Latihan	91
Ringkasan	92
Tes 1	92
Topik 2.	
Diagnosis Keperawatan Keluarga	95
Latihan	99
Ringkasan	99
Tes 2	100
KUNCI JAWABAN TES	103
DAFTAR PUSTAKA	104
BAB IV: PERENCANAAN, PELAKSANAAN DAN EVALUASI KEPERAWATAN KELUARGA	105
Topik 1.	
Perencanaan Keperawatan Keluarga	107
Latihan	112
Ringkasan	113
Tes 1	113
Topik 2.	
Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Keluarga	116
Latihan	122
Ringkasan	123
Tes 2	123

Topik 3.	
Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga	126
Latihan	128
Ringkasan	129
Tes 3	129
KUNCI JAWABAN TES	132
DAFTAR PUSTAKA	133
BAB V: PENGKAJIAN DAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN KOMUNITAS	134
Topik 1.	
Pengkajian Keperawatan Komunitas	136
Latihan	148
Ringkasan	149
Tes 1	150
Topik 2.	
Analisis Data Komunitas Dan Diagnosis Keperawatan Komunitas	152
Latihan	157
Ringkasan	157
Tes 2	158
KUNCI JAWABAN TES	160
DAFTAR PUSTAKA	161
BAB VI: PERENCANAAN, IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN KOMUNITAS	162
Topik 1.	
Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Sensori Persepsi Halusinasi	164
Latihan	170
Ringkasan	171
Tes 1	172
Topik 2.	
Implementasi Keperawatan Komunitas	174
Latihan	184
Ringkasan	185
Tes 2	186

Topik 3	
Evaluasi Keperawatan Komunitas	188
Latihan	192
Ringkasan	194
Tes 3	194
KUNCI JAWABAN TES	197
DAFTAR PUSTAKA	198

Pengantar Mata Kuliah

Mata Kuliah Keperawatan keluarga dan Komunitas merupakan menguraikan tentang konsep kesehatan masyarakat/komunitas, konsep keluarga, konsep komunitas, konsep keperawatan keluarga, konsep keperawatan komunitas, pengkajian keperawatan keluarga, diagnosis keperawatan keluarga, perencanaan keperawatan keluarga, tindakan keperawatan keluarga, evaluasi keperawatan keluarga, pengkajian keperawatan komunitas, diagnosis keperawatan komunitas, perencanaan keperawatan komunitas, tindakan keperawatan komunitas, dan evaluasi keperawatan komunitas.

Dengan mempelajari materi mata kuliah ini secara seksama, maka di akhir proses pembelajaran mandiri, Anda diharapkan mampu memeragakan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas.

Untuk mencapai kompetensi umum tersebut, sebelumnya secara khusus Anda diharapkan dapat:

1. menjelaskan konsep kesehatan masyarakat/komunitas;
2. menjelaskan konsep keluarga;
3. menjelaskan konsep komunitas;
4. menjelaskan konsep keperawatan keluarga;
5. menjelaskan konsep keperawatan komunitas;
6. melakukan pengkajian keperawatan keluarga;
7. merumuskan diagnosis keperawatan keluarga;
8. menyusun perencanaan keperawatan keluarga, melaksanakan tindakan keperawatan keluarga;
9. melakukan evaluasi keperawatan keluarga;
10. melakukan pengkajian keperawatan komunitas;
11. merumuskan diagnosis keperawatan komunitas;
12. menyusun perencanaan keperawatan komunitas;
13. melaksanakan tindakan keperawatan komunitas dan melakukan evaluasi keperawatan komunitas.

Selanjutnya, untuk mencapai kompetensi di atas, materi dikemas dalam 15 (lima belas) modul terdiri dari 6 (Enam) modul teori dan 9 (Sembilan) modul praktikum dengan susunan sebagai berikut.

Modul 1	Konsep Kesehatan Masyarakat
Modul 2	Konsep Keperawatan Keluarga dan Komunitas
Modul 3	Konsep Pengkajian Keperawatan keluarga dan Diagnosis Keperawatan Keluarga
Modul 4	Perencanaan Keperawatan Keluarga, Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Keluarga dan Evaluasi Keperawatan Keluarga
Modul 5	Pengkajian dan Diagnosis Keperawatan Komunitas
Modul 6	Perencanaan, Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Komunitas
Modul 7	Panduan Praktikum Pengkajian Keperawatan Keluarga

Modul 8	Panduan Praktikum Analisis Data dan Perumusan Diagnosis Keperawatan Keluarga
Modul 9	Panduan Praktikum Perencanaan Keperawatan Keluarga
Modul 10	Panduan Praktikum Pelaksanaan dan Evaluasi Keperawatan Keluarga
Modul 11	Panduan Praktikum Pengkajian Keperawatan Komunitas
Modul 12	Panduan Praktikum Analisis Data dan Perumusan Diagnosis Keperawatan Komunitas
Modul 13	Panduan Praktikum Perencanaan Keperawatan Komunitas
Modul 14	Panduan Praktikum Pelaksanaan Keperawatan Komunitas
Modul 15	Panduan Praktikum Evaluasi Keperawatan Komunitas

Ada beberapa manfaat yang akan Anda peroleh setelah mempelajari materi dalam matakuliah ini adalah mempermudah anda dalam memahami asuhan keperawatan keluarga dan asuhan keperawatan komunitas sehingga Anda akan mampu melaksanakan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas dengan baik.

Agar memudahkan dalam mempelajari modul ini, anda perlu mengikuti langkah-langkah belajar sebagai berikut.

1. Pahami terlebih dahulu berbagai konsep penting yang ada seperti konsep dasar keperawatan.
2. Pelajari kegiatan belajar 1 pada setiap modul sebelum mempelajari kegiatan belajar berikutnya.
3. Agar mempermudah materi dalam modul ini, anda perlu membaca beberapa judul buku dalam daftar pustaka.
4. Keberhasilan Anda dalam mempelajari modul ini, tergantung dari kesungguhan anda dalam memahami materi.

Dalam mempelajari matakuliah ini diharapkan Anda memahami bahwa materi pada modul 1 dan 2 merupakan dasar untuk mempelajari modul-modul berikutnya, karena pada modul 1 dan 2 berisi tentang konsep dasar keluarga dan komunitas.

Selanjutnya kegiatan pada modul 3 merupakan materi yang harus dikuasai sebelum mempelajari materi pada modul 4. Pada modul 3 berisi tentang pengkajian dan perumusan diagnosis keperawatan keluarga. Materi pada modul 4 harus Anda kuasai dahulu sebelum modul 5. Materi pada modul 5 merupakan dasar bagi Anda untuk mempelajari modul 6, karena pada modul 5 menguraikan bagaimana pengkajian dan perumusan diagnosis keperawatan komunitas. Modul 6 merupakan modul terakhir untuk modul teori yang akan menguraikan tentang perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan komunitas. Modul ke-7 sampai ke-15 adalah panduan Anda dalam melaksanakan praktikum. Anda harus mempelajari modul praktikum secara berurutan, karena masing-masing modul memiliki kompetensi yang menjadi dasar untuk mempelajari modul praktikum berikutnya,

SELAMAT BELAJAR SEMOGA SUKSES

BAB I

KONSEP DASAR KESEHATAN MASYARAKAT

Ns. Wahyu Widagdo, M.Kep.Sp.Kom

PENDAHULUAN

Kemampuan perawat dalam menguasai konsep dasar kesehatan masyarakat merupakan hal yang sangat penting sebagai dasar untuk memberikan asuhan keperawatan keluarga dan asuhan keperawatan komunitas. Penguasaan ini sangat membantu dalam memberikan arah penyelesaian dalam menghadapi berbagai permasalahan kesehatan keluarga, kelompok dan masyarakat atau komunitas. Permasalahan kesehatan keluarga, keluarga masyarakat atau komunitas yang semakin kompleks seiring dengan perubahan pola atau gaya hidup masyarakat saat ini yang memungkinkan terjadi pergeseran pola penyakit, dari penyakit infeksi ke penyakit tidak menular, seperti penyakit jantung, stroke, hipertensi dan diabetes mellitus yang cenderung meningkat dan memerlukan perhatian serius dari tenaga kesehatan, khususnya perawat yang ada di tatanan pelayanan kesehatan primer dan pelayanan kesehatan rujukan.

Untuk itu, mari kita pelajari bersama tentang Konsep Dasar Kesehatan Masyarakat yang dipaparkan dalam Bab 1 ini. Pokok bahasan yang akan kita diskusikan meliputi konsep kesehatan masyarakat, keluarga, dan komunitas.

Setelah Anda mempelajari materi dalam Bab 1 ini dengan sungguh-sungguh, di akhir proses pembelajaran, Anda diharapkan akan dapat menjelaskan:

1. pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care /PHC*);
2. sistem Kesehatan Nasional;
3. konsep Puskesmas;
4. konsep keluarga dan Komunitas.

Agar Anda dapat memahami bab ini dengan mudah, maka bab ini dibagi menjadi tiga (3) topik, yaitu:

1. Topik 1: Pelayanan Kesehatan Primer (*Primary Health Care/PHC*)
2. Topik 2: Sistem Kesehatan Nasional
3. Topik 3: Konsep Puskesmas
4. Topik 4: Konsep keluarga dan Komunitas

Untuk memudahkan Anda mempelajari bab ini, berikut langkah-langkah belajar yang harus Anda lakukan sebagai berikut.

1. Pahami dulu mengenai pentingnya perawat memahami konsep kesehatan masyarakat sebelum melakukan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas.
2. Amati bagaimana kondisi kesehatan masyarakat yang ada saat ini.
3. Pelajari setiap topik secara bertahap, dan kerjakan tes dan tugas yang ada di bab ini.

✂ ■ Keperawatan Keluarga Dan Komunitas ✂ ■

4. Keberhasilan proses pembelajaran sangat tergantung pada kesungguhan Anda untuk mempelajari isi bab ini.
5. Silakan hubungi fasilitator atau dosen yang mengajar bab ini untuk mendapatkan penjelasan lebih mendalam.
6. Kami yakin Anda memiliki semangat dan motivasi tinggi untuk mempelajari bab ini.

Topik 1

Primary Health Care (PHC)

Setelah mempelajari Topik 1, diharapkan Anda mampu menjelaskan tentang perkembangan konsep, definisi, tujuan, fungsi, unsur, prinsip dasar, elemen, dan ciri-ciri PHC, serta tanggung jawab perawat dalam PHC. Kemungkinan Anda masih ingat sebelumnya apa itu PHC? Bagaimana implementasinya di Indonesia? Baiklah coba Anda pelajari materi di bawah ini.

Seperti Anda ketahui dalam **World Health Essembly** tahun 1977, telah ada kesepakatan global yang dihasilkan untuk mencapai "*Kesehatan Bagi Semua* atau *Health For All* pada Tahun 2000" (KBS 2000 *HFA by The Year 2000*), yaitu tercapainya suatu derajat kesehatan yang optimal yang memungkinkan setiap orang hidup produktif, baik secara sosial maupun ekonomi.

Selanjutnya, pada tahun 1978 dalam **Konferensi di Alma Alta**, menetapkan **Primary Health Care (PHC)** sebagai pendekatan atau strategi global untuk mencapai Kesehatan Bagi Semua (KBS) atau *Health For All by The Year 2000 (HFA 2000)* . Dalam konferensi tersebut **Indonesia** juga ikut menandatangani dan telah mengambil kesepakatan global pula dengan menyatakan bahwa untuk mencapai *Kesehatan Bagi Semua Tahun 2000 (HFA'2000)* **kuncinya** adalah *PHC (Primary Health Care)* dan **bentuk operasional** dari PHC tersebut di Indonesia dikenal dengan PKMD (Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa).

A. DEFINISI PHC

Pemahaman tentang PHC dapat didefinisikan sebagai berikut, *Primary Health Care (PHC)* adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan pada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum, baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri dan menentukan nasib sendiri.

B. TUJUAN PHC

Apa yang menjadi tujuan umum PHC? Tujuan umum PHC adalah mendapatkan kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diberikan, sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan, sedangkan yang menjadi tujuan khusus adalah berikut ini.

1. Pelayanan harus mencapai keseluruhan penduduk yang dilayani.
2. Pelayanan harus dapat diterima oleh penduduk yang dilayani.
3. Pelayanan harus berdasarkan kebutuhan medis dari populasi yang dilayani.
4. Pelayanan harus secara maksimum menggunakan tenaga dan sumber-sumber daya lain dalam memenuhi kebutuhan masyarakat.

C. FUNGSI PHC

PHC hendaknya harus memenuhi fungsinya sebagai berikut.

1. Pemeliharaan kesehatan.
2. Pencegahan penyakit.
3. Diagnosa dan pengobatan.
4. Pelayanan tindak lanjut.
5. Pemberian sertifikat.

Selanjutnya yang menjadi unsur utama PHC adalah:

1. mencakup upaya-upaya dasar kesehatan;
2. melibatkan peran serta masyarakat;
3. melibatkan kerja sama lintas sektoral.



Gambar 1.

Perlibatan masyarakat dalam bidang kesehatan melalui Posyandui

D. PRINSIP DASAR PHC

Pada tahun 1978, dalam konferensi Alma Alta ditetapkan prinsip-prinsip PHC sebagai pendekatan atau strategi global guna mencapai kesehatan bagi semua. Lima prinsip PHC sebagai berikut.

1. Pemerataan upaya kesehatan

Distribusi perawatan kesehatan menurut prinsip ini, yaitu perawatan primer dan layanan lainnya untuk memenuhi masalah kesehatan utama dalam masyarakat yang harus diberikan sama bagi semua individu tanpa memandang jenis kelamin, usia, kasta, warna, lokasi perkotaan atau pedesaan, dan kelas sosial.



Gambar 2.
Upaya untuk memberikan pelayanan kesehatan masyarakat

2. Penekanan pada upaya preventif

Upaya preventif adalah upaya kesehatan yang meliputi segala usaha, pekerjaan dan kegiatan memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan dengan peran serta individu agar berperilaku sehat serta mencegah berjangkitnya penyakit.

3. Penggunaan teknologi tepat guna dalam upaya kesehatan

Teknologi medis harus disediakan yang dapat diakses, terjangkau, layak, dan diterima budaya masyarakat (misalnya, penggunaan kulkas untuk vaksin *cold storage*).

4. Peran serta masyarakat dalam semangat kemandirian

Peran serta atau partisipasi masyarakat untuk membuat penggunaan maksimal dari lokal, nasional, dan sumber daya yang tersedia lainnya. Partisipasi masyarakat adalah proses individu dan keluarga untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan orang-orang di sekitar mereka serta mengembangkan kapasitas untuk berkontribusi dalam pembangunan masyarakat.

Partisipasi bisa dalam bidang identifikasi kebutuhan atau selama pelaksanaan. Masyarakat perlu berpartisipasi di desa, lingkungan, kabupaten atau tingkat pemerintah daerah. Partisipasi lebih mudah dilakukan di tingkat lingkungan atau desa karena masalah heterogenitas yang minim.

5. Kerja sama lintas sektoral dalam membangun kesehatan

Pengakuan bahwa kesehatan tidak dapat diperbaiki oleh suatu intervensi hanya pada sektor kesehatan formal. Sektor lain sama pentingnya dalam mempromosikan kesehatan dan kemandirian masyarakat. Sektor-sektor ini mencakup, sekurang-kurangnya: pertanian (misalnya, keamanan makanan), pendidikan, komunikasi (misalnya, menyangkut masalah kesehatan yang berlaku, metode pencegahan dan pengontrolan mereka), perumahan, pekerjaan umum (misalnya, menjamin pasokan yang cukup dari air bersih dan sanitasi dasar), pembangunan perdesaan, industri, dan organisasi masyarakat (termasuk Panchayats atau pemerintah daerah, organisasi-organisasi sukarela, dan sebagainya).

E. ELEMEN PHC

Elemen PHC adalah sebagai berikut.

1. Pendidikan mengenai masalah kesehatan dan cara pencegahan penyakit serta pengendaliannya.
2. Peningkatan penyediaan makanan dan perbaikan gizi.
3. Penyediaan air bersih dan sanitasi dasar.
4. Kesehatan ibu dan anak termasuk KB.
5. Imunisasi terhadap penyakit- penyakit infeksi utama.
6. Pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat.
7. Pengobatan penyakit umum dan ruda paksa.
8. Penyediaan obat-obat essential.

F. CIRI-CIRI PELAKSANAAN PHC

Pelaksanaan PHC memiliki ciri-ciri sebagai berikut.

1. Pelayanan yang utama dan dekat dengan masyarakat.
2. Pelayanan yang menyeluruh.
3. Pelayanan yang terorganisasi.
4. Pelayanan yang mementingkan kesehatan individu maupun masyarakat.
5. Pelayanan yang berkeseninambungan.
6. Pelayanan yang progresif.
7. Pelayanan yang berorientasi pada keluarga.
8. Pelayanan yang tidak berpandangan kepada salah satu aspek saja.

G. TANGGUNG JAWAB PERAWAT DALAM PHC

Sebagai seorang perawat memiliki tanggung jawab dalam PHC meliputi hal-hal sebagai berikut.

1. Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan.
2. Kerja sama dengan masyarakat, keluarga dan individu.
3. Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan teknik asuhan diri sendiri pada masyarakat.
4. Memberikan dukungan dan bimbingan kepada petugas pelayanan kesehatan dan kepada masyarakat.
5. Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat.

Latihan

- 1) Tuliskan contoh-contoh yang terkait dengan fungsi PHC yang dilakukan oleh perawat!
- 2) Tuliskan contoh-contoh yang terkait dengan penerapan prinsip PHC!
- 3) Tuliskan contoh-contoh yang terkait dengan penerapan dari elemen PHC!
- 4) Tuliskan contoh-contoh kegiatan yang merupakan ciri-ciri kegiatan PHC!
- 5) Tuliskan contoh-contoh yang merupakan bentuk tanggung jawab perawat dalam PHC!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Beberapa contoh terkait dengan fungsi PHC yang dilakukan perawat antara lain adalah perawatan kesehatan pada kelompok bayi, balita, anak sekolah sampai dengan usia lanjut yang dilakukan di komunitas melalui kegiatan Posyandu, Posbindu, dan sebagainya..
- 2) Beberapa contoh terkait dengan penerapan prinsip PHC, seperti pemerataan pelayanan kesehatan pada seluruh pelosok tanah air dengan penempatan tenaga kesehatan melalui program DTPK, PTT, dan sebagainya.
- 3) Beberapa contoh terkait dengan penerapan dari elemen PHC antara lain adalah upaya pemerintah melakukan kegiatan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit melalui kegiatan imunisasi dasar pada bayi, dan sebagainya.
- 4) Beberapa contoh terkait dengan penerapan dari ciri-ciri kegiatan PHC, seperti tindak lanjut kasus prioritas melalui kegiatan Perkesmas dengan sasarannya adalah keluarga yang mengalami masalah kesehatan, seperti TB Paru, stroke, DM, dan sebagainya.
- 5) Beberapa contoh terkait tanggung jawab dalam PHC di antaranya melalui kegiatan pembinaan kesehatan keluarga, kelompok dan komunitas, melakukan kegiatan pemberdayaan kelompok, melakukan kegiatan pendidikan kesehatan atau promosi kesehatan, dan sebagainya

Ringkasan

PHC (Primary Health Care) dan bentuk operasional_dari PHC tersebut di Indonesia adalah PKMD (Pengembangan Kesehatan Masyarakat Desa).

PHC adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan pada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan sosial yang dapat diterima secara umum, baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat melalui partisipasi mereka sepenuhnya, serta dengan biaya yang dapat terjangkau oleh masyarakat dan negara untuk memelihara setiap tingkat perkembangan mereka dalam semangat untuk hidup mandiri dan menentukan nasib sendiri.

Tanggung jawab perawat dalam PHC adalah mendorong partisipasi masyarakat, kerja sama dengan masyarakat dan mengajarkan konsep kesehatan dasar.

Tes 1

- 1) Konferensi di Alma Ata menetapkan *Primary Health Care* (PHC) sebagai pendekatan atau strategi global untuk mencapai kesehatan bagi semua. Bentuk operasional dari PHC di Indonesia adalah....
 - A. Posyandu
 - B. MMD
 - C. PKMD
 - D. Poskesdes

- 2) Prinsip dasar dalam pelaksanaan PHC adalah....
 - A. pemerataan tenaga kesehatan
 - B. penekanan pada upaya kuratif
 - C. menggunakan teknologi tepat guna
 - D. melibatkan peran serta pemerintah

- 3) Tanggung jawab perawat dalam implementasi PHC adalah....
 - A. mendorong partisipasi masyarakat
 - B. melibatkan pemerintah daerah dalam kegiatannya
 - C. mendorong keterlibatan LSM
 - D. melibatkan investor swasta

- 4) Yang tidak termasuk dalam fungsi PHC adalah....
 - A. pemeliharaan kesehatan
 - B. pencegahan penyakit
 - C. pemulihan terhadap penyakit
 - D. pelayanan tindak lanjut

- 5) Berikut ini yang termasuk dalam elemen PHC adalah pelayanan yang....
 - A. utama dan dekat dengan masyarakat
 - B. menyeluruh
 - C. terorganisasi
 - D. meningkatkan penyediaan makanan dan perbaikan gizi

- 6) Berikut ini yang termasuk dalam ciri-ciri dari PHC, yaitu....
 - A. imunisasi terhadap penyakit- penyakit infeksi utama
 - B. pencegahan dan pengendalian penyakit endemik setempat
 - C. pelayanan yang menyeluruh
 - D. pengobatan penyakit umum dan ruda paksa

- 7) Mendorong ibu-ibu yang memiliki bayi untuk ke Posyandu setiap bulan adalah....
- A. ciri-ciri PHC
 - B. elemen PHC
 - C. tanggung jawab perawat dalam PHC
 - D. komponen dari PHC
- 8) Penyediaan obat esensial dalam pelayanan kesehatan di Puskesmas merupakan....
- A. prinsip dasar dalam pelayanan PHC
 - B. ciri-ciri PHC
 - C. elemen PHC
 - D. tanggung jawab perawat dalam PHC

Topik 2

Sistem Kesehatan Nasional

Setelah mempelajari Topik 2 ini diharapkan, Anda mampu menjelaskan tentang pengertian sistem kesehatan nasional (SKN), maksud dan kegunaan SKN, perkembangan dan tantangan SKN, perubahan lingkungan strategis, azas SKN, bentuk pokok SKN, dan cara penyelenggaraan SKN.

Tentu Anda masih ingat sebelumnya apa itu SKN? Bagaimana SKN saat ini, dan bagaimana pelaksanaannya? Baiklah coba Anda pelajari materi di bawah ini.

Seperti Anda ketahui, pembangunan kesehatan yang telah dilaksanakan masih menghadapi berbagai masalah yang belum sepenuhnya dapat diatasi sehingga diperlukan pemantapan dan percepatan melalui Sistem Kesehatan Nasional (SKN) sebagai pengelolaan kesehatan yang disertai berbagai terobosan penting, antara lain program pengembangan Desa Siaga, Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas), Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K), upaya pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer sebagai terobosan pemantapan dan percepatan peningkatan pemeliharaan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, Jaminan Kesehatan Semesta, dan program lainnya.

A. PENGERTIAN SKN

Adapun yang dimaksud SKN adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pengelolaan kesehatan adalah proses atau cara mencapai tujuan pembangunan kesehatan melalui pengelolaan upaya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, makanan, manajemen, informasi dan regulasi kesehatan, serta pemberdayaan masyarakat.



Gambar 3.
Sistem Kesehatan Masyarakat

B. TUJUAN DAN KEGUNAAN SKN

1. Tujuan SKN

SKN bertujuan untuk menyelenggarakan pembangunan kesehatan oleh semua komponen bangsa, baik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, maupun lembaga swasta secara sinergis, berhasil guna dan berdaya guna, sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

2. Kegunaan SKN

SKN merupakan dokumen kebijakan pengelolaan kesehatan sebagai acuan dalam penyelenggaraan pembangunan kesehatan, dengan demikian SKN dapat digunakan sebagai pedoman dalam pengelolaan kesehatan, baik oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat termasuk badan hukum, badan usaha, maupun lembaga swasta.

C. CARA PENYELENGGARAAN SKN

Penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi upaya kesehatan perorangan dan upaya kesehatan masyarakat. Adanya sumber daya dalam penyelenggaraan upaya kesehatan ditujukan untuk keberhasilan penyelenggaraan upaya kesehatan. Sumber daya dalam penyelenggaraan upaya kesehatan meliputi terutama tenaga kesehatan, fasilitas kesehatan, perbekalan kesehatan, teknologi dan produk teknologi.

Pengelolaan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilakukan dengan memperhatikan nilai-nilai prorakyat, inklusif, responsif, efektif, dan bersih. Penyelenggaraan SKN dilaksanakan secara berjenjang dari tingkat pusat sampai daerah. Pemerintah membuat kebijakan yang dapat dilaksanakan di tingkat provinsi dan kabupaten/kota. Penyelenggaraan SKN mempertimbangkan komitmen global dan komponennya yang relevan dan berpengaruh secara mendasar dan bermakna terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat.

D. SUBSISTEM UPAYA KESEHATAN

Subsistem upaya kesehatan adalah pengelolaan upaya kesehatan yang terpadu, berkesinambungan, paripurna, dan berkualitas, meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, yang diselenggarakan guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Tujuan dari penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan adalah terselenggaranya upaya kesehatan yang adil, merata, terjangkau, dan bermutu untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

1. Unsur subsistem upaya kesehatan

Unsur-unsur subsistem upaya kesehatan terdiri atas, *upaya kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, sumber daya upaya kesehatan, serta pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan*. Adapun rincian penjelasan unsur-unsur subsistem upaya kesehatan adalah berikut ini.

a. Upaya Kesehatan

Pelayanan kesehatan meliputi peningkatan, pencegahan, pengobatan, dan pemulihan, baik pelayanan kesehatan konvensional maupun pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer melalui pendidikan dan pelatihan dengan selalu mengutamakan keamanan, kualitas, dan bermanfaat. Pelayanan kesehatan tradisional, alternatif dan komplementer dilaksanakan secara sinergi dan terintegrasi dengan pelayanan kesehatan yang diarahkan guna mengembangkan lingkup keilmuan (*body of knowledge*) supaya sejajar dengan pelayanan kesehatan.

Upaya kesehatan diutamakan pada berbagai upaya yang mempunyai daya ungkit tinggi dalam pencapaian sasaran pembangunan kesehatan, utamanya **penduduk rentan**, antara lain ibu, bayi, anak, manusia usia lanjut, dan masyarakat miskin.

b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Fasilitas pelayanan kesehatan meliputi fasilitas pelayanan kesehatan perorangan dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan masyarakat, yang diselenggarakan oleh Pemerintah (termasuk TNI/POLRI), pemerintah daerah provinsi/kabupaten/kota, dan/atau masyarakat yang sifatnya sesuai dengan kondisi geografis dan kebutuhan masyarakat.

Fasilitas pelayanan kesehatan merupakan alat dan/atau tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan pelayanan kesehatan, baik peningkatan, pencegahan, pengobatan, maupun pemulihan yang dilakukan oleh pemerintah dan/atau masyarakat, termasuk swasta.

Fasilitas pelayanan kesehatan tersebut meliputi pelayanan kesehatan tingkat pertama (primer), pelayanan kesehatan tingkat kedua (sekunder) dan pelayanan kesehatan tingkat ketiga (tersier). Ketentuan persyaratan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut ditetapkan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

c. Sumber Daya Upaya Kesehatan

Sumber daya upaya kesehatan terdiri atas sumber daya manusia kesehatan, fasilitas kesehatan, pembiayaan, sarana dan prasarana, termasuk, sediaan farmasi dan alat kesehatan, serta manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan yang memadai guna terselenggaranya upaya kesehatan.

Fasilitas kesehatan menyelenggarakan keseluruhan upaya kesehatan yang terdiri atas penyelenggaraan upaya kesehatan tidak langsung yang mendukung penyelenggaraan upaya kesehatan langsung.

d. *Pembinaan dan Pengawasan Upaya Kesehatan*

Pelayanan kesehatan harus diberikan berdasarkan standar pelayanan yang telah ditetapkan oleh Pemerintah dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah, organisasi profesi, dan/atau masyarakat.

Pembinaan dan pengawasan upaya kesehatan dilakukan secara berjenjang melalui standarisasi, sertifikasi, lisensi, akreditasi, dan penegakan hukum yang dilakukan oleh pemerintah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat.

2. Prinsip subsistem upaya kesehatan

Prinsip-prinsip subsistem upaya kesehatan terdiri atas, *terpadu, berkesinambungan, dan paripurna, bermutu, aman, dan sesuai kebutuhan, adil dan merata, nondiskriminasi, terjangkau, teknologi tepat guna, serta bekerja dalam tim secara cepat dan tepat*. Adapun penjelasannya adalah sebagai berikut.

a. *Terpadu, Berkesinambungan, dan Paripurna*

Upaya kesehatan bagi masyarakat diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna meliputi upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan hingga pemulihan, serta rujukan antartingkatan upaya.

b. *Bermutu, Aman, dan Sesuai Kebutuhan*

Pelayanan kesehatan bagi masyarakat harus berkualitas, terjamin keamanannya bagi penerima dan pemberi upaya, dapat diterima masyarakat, efektif dan sesuai, serta mampu menghadapi tantangan global dan regional.

c. *Adil dan Merata*

Pemerintah wajib menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang berkeadilan dan merata untuk memenuhi kebutuhan masyarakat di bidang kesehatan di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) dan di luar negeri dalam kondisi tertentu.

d. *Nondiskriminasi*

Setiap penduduk harus mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis, bukan status sosial ekonomi dan tidak membedakan suku atau ras, budaya dan agama, dengan tetap memperhatikan kesetaraan dan pengarusutamaan gender serta perlindungan anak.

e. *Terjangka*

Ketersediaan dan pembiayaan pelayanan kesehatan yang bermutu harus terjangkau oleh seluruh masyarakat.

f. *Teknologi Tepat Guna*

Upaya kesehatan menggunakan teknologi tepat guna yang berbasis bukti. Teknologi tepat guna berasas pada kesesuaian kebutuhan dan tidak bertentangan dengan etika dan norma agama.

g. *Bekerja dalam Tim secara Cepat dan Tepat*

Upaya kesehatan dilakukan secara kerja sama tim, melibatkan semua pihak yang kompeten, dilakukan secara cepat dengan ketepatan atau presisi yang tinggi.

3. Penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan

Penyelenggaraan subsistem upaya kesehatan terdiri atas upaya kesehatan serta pembinaan dan pengawasan.

a. Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan mencakup kesehatan fisik, mental, termasuk intelegensia dan sosial. Terdapat tiga tingkatan upaya, yaitu upaya kesehatan tingkat pertama/primer, upaya kesehatan tingkat kedua/sekunder, dan upaya kesehatan tingkat ketiga/tersier. Upaya kesehatan diselenggarakan secara terpadu, berkesinambungan, dan paripurna melalui sistem rujukan.

1) Upaya kesehatan primer

Upaya kesehatan primer terdiri atas dua bentuk upaya sebagai berikut.

a) *Pelayanan kesehatan perorangan primer*

Pelayanan kesehatan perorangan primer adalah pelayanan kesehatan sejak kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan. Penekanannya pada pemberian layanan pengobatan, pemulihan tanpa mengabaikan upaya peningkatan dan pencegahan, termasuk di dalamnya pelayanan kebugaran dan gaya hidup sehat (*healthy life style*).

Pelayanan kesehatan perorangan primer diselenggarakan oleh tenaga kesehatan berkompetensi seperti yang ditetapkan, sesuai dengan ketentuan yang berlaku serta dapat dilaksanakan di rumah, tempat kerja, maupun fasilitas pelayanan kesehatan perorangan primer, baik Puskesmas dan jejaringnya, fasilitas pelayanan kesehatan lainnya milik pemerintah, masyarakat, maupun swasta.

Dilaksanakan dengan dukungan pelayanan kesehatan perorangan sekunder dalam sistem rujukan yang timbal balik. Penyelenggaraannya berdasarkan kebijakan pelayanan kesehatan yang ditetapkan oleh Pemerintah dengan memperhatikan masukan dari Pemerintah Daerah, organisasi profesi, dan/atau masyarakat.

Selain itu, dapat diselenggarakan sebagai pelayanan yang bergerak (*ambulatory*), menetap, atau dapat dikaitkan dengan tempat kerja, seperti klinik perusahaan atau dapat disesuaikan dengan lingkungan atau kondisi tertentu (kesehatan

matra, seperti: kesehatan haji, kesehatan pada penanggulangan bencana, kesehatan transmigrasi, kesehatan di bumi perkemahan, kesehatan dalam penanggulangan gangguan keamanan dan ketertiban masyarakat, kesehatan dalam operasi dan latihan militer di darat, kesehatan kelautan dan bawah air, kesehatan kedirgantaraan atau penerbangan, dan kesehatan dalam situasi khusus dan/atau serba berubah).

Pemerintah wajib menyediakan pelayanan kesehatan perorangan primer di seluruh wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia (NKRI) sesuai kebutuhan, terutama bagi masyarakat miskin, daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan primer untuk penduduk miskin dibiayai oleh Pemerintah, sedangkan golongan ekonomi lainnya dibiayai dalam sistem pembiayaan yang diatur oleh Pemerintah.

b) Pelayanan kesehatan masyarakat primer (PKMP)

Pelayanan kesehatan masyarakat primer adalah pelayanan peningkatan dan pencegahan tanpa mengabaikan pengobatan dan pemulihan dengan sasaran keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang pelaksanaan operasionalnya dapat didelegasikan kepada Puskesmas, dan/atau fasilitas pelayanan kesehatan primer lainnya yang diselenggarakan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat.

Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat primer ditanggung oleh Pemerintah/Pemerintah Daerah bersama masyarakat, termasuk swasta. Pemerintah/Pemerintah Daerah wajib melaksanakan dan membiayai pelayanan kesehatan masyarakat primer yang berhubungan dengan prioritas pembangunan kesehatan melalui kegiatan perbaikan lingkungan, peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit dan kematian, serta paliatif.

Pelaksanaan pelayanan kesehatan masyarakat primer didukung kegiatan lainnya, seperti surveilans, pencatatan, dan pelaporan yang diselenggarakan oleh institusi kesehatan yang berwenang. Pemerintah/Pemerintah Daerah dapat membentuk fasilitas pelayanan kesehatan yang secara khusus ditugaskan untuk melaksanakan upaya kesehatan masyarakat sesuai keperluan. Pembentukan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut dilakukan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat primer mendukung upaya kesehatan berbasis masyarakat dan didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat sekunder. Dalam pelayanan kesehatan perorangan termasuk pula pelayanan kesehatan berbasis masyarakat dalam bentuk seperti Pos Kesehatan Desa (Poskesdes) dan pengobatan tradisional, alternatif dan komplementer yang secara ilmiah telah terbukti terjamin keamanan dan khasiatnya.

2) Upaya Kesehatan Sekunder

Upaya kesehatan sekunder adalah upaya kesehatan rujukan lanjutan, yang terdiri atas pelayanan kesehatan perorangan sekunder dan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder.

a) *Pelayanan Kesehatan Perorangan Sekunder (PKPS)*

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder adalah pelayanan kesehatan spesialistik yang menerima rujukan dari pelayanan kesehatan perorangan primer, yang meliputi rujukan kasus, spesimen, dan ilmu pengetahuan serta dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang dirujuk.

Pelayanan kesehatan perorangan sekunder dilaksanakan oleh dokter spesialis atau dokter yang sudah mendapatkan pendidikan khusus dan mempunyai izin praktik serta didukung tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan, di tempat kerja maupun fasilitas pelayanan kesehatan perorangan sekunder, baik rumah sakit setara kelas C maupun fasilitas pelayanan kesehatan lainnya milik Pemerintah.

Selain itu, pelayanan kesehatan perorangan sekunder dapat dijadikan sebagai wahana pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan pendidikan dan pelatihan.

b) *Pelayanan Kesehatan Masyarakat Sekunder (PKMS)*

Pelayanan kesehatan masyarakat sekunder menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat primer dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, dan sumber daya manusia kesehatan serta didukung oleh pelayanan kesehatan masyarakat tersier. Penyelenggaraan pelayanan ini menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan/atau Provinsi sebagai fungsi teknisnya, yakni melaksanakan pelayanan kesehatan masyarakat yang tidak sanggup atau tidak memadai dilakukan pada pelayanan kesehatan masyarakat primer. Dalam penanggulangan penyakit menular yang tidak terbatas pada suatu batas wilayah administrasi pemerintahan (lintas kabupaten/kota), maka tingkat yang lebih tinggi (provinsi) yang harus menanganinya.

3) Upaya Kesehatan Tersier

Upaya kesehatan tersier adalah upaya kesehatan rujukan unggulan yang terdiri atas pelayanan kesehatan perorangan tersier dan pelayanan kesehatan masyarakat tersier.

a) *Pelayanan Kesehatan Perorangan Tersier (PKPT).*

Pelayanan kesehatan perorangan tersier menerima rujukan **subspesialistik** dari pelayanan kesehatan di bawahnya, dan dapat merujuk kembali ke fasilitas pelayanan kesehatan yang rujukannya dilaksanakan oleh dokter **subspesialis** atau dokter **spesialis** yang telah mendapatkan pendidikan khusus atau pelatihan serta mempunyai izin praktik yang didukung oleh tenaga kesehatan lainnya yang diperlukan.

Pelayanan kesehatan ini dilaksanakan di rumah sakit umum, rumah sakit khusus setara kelas A dan B, baik milik Pemerintah, Pemerintah Daerah maupun swasta yang mampu memberikan pelayanan kesehatan **subspesialistik** dan juga termasuk klinik khusus, seperti pusat radioterapi.

Pelayanan kesehatan perorangan tersier wajib melaksanakan penelitian dan pengembangan dasar maupun terapan dan dapat dijadikan sebagai pusat pendidikan dan pelatihan tenaga kesehatan sesuai dengan kebutuhan.

b) *Pelayanan Kesehatan Masyarakat Tersier (PKMT)*

Pelayanan kesehatan masyarakat tersier menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat sekunder dan memberikan fasilitasi dalam bentuk sarana, teknologi, sumber daya manusia kesehatan, serta rujukan operasional, melakukan penelitian dan pengembangan bidang kesehatan masyarakat, penapisan teknologi, serta produk teknologi yang terkait.

Pelaksana pelayanan kesehatan masyarakat tersier adalah Dinas Kesehatan Provinsi, unit kerja terkait di tingkat provinsi, Kementerian Kesehatan, dan unit kerja terkait di tingkat nasional. Pelaksanaan pelayanan ini menjadi tanggung jawab Dinas Kesehatan Provinsi dan Kementerian Kesehatan yang didukung dengan kerja sama lintas sektor. Institusi pelayanan kesehatan masyarakat tertentu secara nasional dapat dikembangkan untuk menampung kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat.

b. *Pembinaan dan Pengawasan*

Pembinaan upaya kesehatan ditujukan untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan yang harus didukung dengan standar pelayanan yang selalu dikaji dalam periode tertentu sesuai kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kebutuhan. Pembinaan upaya kesehatan dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah bersama dengan organisasi profesi dan masyarakat, termasuk swasta.

Pengawasan ditujukan untuk menjamin konsistensi penyelenggaraan upaya kesehatan dan dilakukan secara intensif, baik internal maupun eksternal serta dapat melibatkan masyarakat dan swasta. Hasil pengawasan digunakan untuk perlindungan terhadap masyarakat dan tenaga kesehatan selaku penyelenggara upaya kesehatan.

E. SUBSISTEM PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN KESEHATAN

Subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan adalah pengelolaan penelitian dan pengembangan, pemanfaatan dan penapisan teknologi, serta produk teknologi kesehatan yang diselenggarakan dan dikoordinasikan guna memberikan data kesehatan yang berbasis bukti untuk menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

F. SUBSISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN

Subsistem pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan berbagai upaya penggalan, pengalokasian, dan pembelanjaan dana kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

G. SUBSISTEM SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN

Sumber daya manusia kesehatan adalah tenaga kesehatan (termasuk tenaga kesehatan strategis) dan tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya dalam upaya dan manajemen kesehatan.

Unsur-unsur subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri atas, sumber daya manusia kesehatan, sumber daya pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan, serta penyelenggaraan pengembangan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan.

Prinsip-prinsip subsistem sumber daya manusia kesehatan terdiri atas, adil dan merata serta demokratis, kompeten dan berintegritas, objektif dan transparan, serta berhierarki dalam sumber daya manusia kesehatan.

H. SUBSISTEM SEDIAAN FARMASI, ALAT KESEHATAN, DAN MAKANAN

Subsistem sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan adalah pengelolaan berbagai upaya yang menjamin keamanan, khasiat atau manfaat, mutu sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan. Sediaan farmasi adalah obat, bahan obat, obat tradisional, dan kosmetika.

I. SUBSISTEM MANAJEMEN, INFORMASI, DAN REGULASI KESEHATAN

Subsistem manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan adalah pengelolaan yang menghimpun berbagai upaya kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, pengaturan hukum kesehatan, pengelolaan data dan informasi kesehatan yang mendukung subsistem lainnya dari SKN, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

J. SUBSISTEM PEMBERDAYAAN MASYARAKAT

Subsistem pemberdayaan masyarakat adalah pengelolaan penyelenggaraan berbagai upaya kesehatan, baik perorangan, kelompok, maupun masyarakat, secara terencana, terpadu, dan berkesinambungan guna tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Latihan

- 1) Tuliskan tujuan dan kegunaan SKN bagi pembangunan kesehatan !
- 2) Tuliskan yang dimaksud dengan pengelolaan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan dilakukan dengan memperhatikan nilai-nilai yang prorakyat, inklusif, responsive, efektif, dan bersih.!
- 3) Tuliskan contoh-contoh yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan perorangan primer!
- 4) Tuliskan contoh-contoh yang dimaksud dengan pelayanan kesehatan masyarakat sekunder!
- 5) Tuliskan contoh-contoh yang merupakan kegiatan pengorganisasian masyarakat dalam pemberdayaan!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Untuk menjawab soal ini, maka bacalah kembali Bab 1 Topik 2 untuk dipahami dan dituliskan dengan kalimat sendiri.
- 2) Jelaskan masing-masing nilai-nilai tersebut yang perlu dipahami dalam pengelolaan dan penyelenggaraan pembangunan kesehatan.
- 3) Contoh-contoh dapat diambil dalam pelayanan kesehatan perorangan primer yang sering ditemukan pada pelayanan kesehatan di Puskesmas, klinik-klinik, dan sebagainya
- 4) Contoh-contoh dapat diambil dalam pelayanan kesehatan masyarakat sekunder yang sering dilakukan pada di dinas kesehatan kabupaten/kota.

- 5) Contoh yang merupakan kegiatan pengorganisasian masyarakat dalam pemberdayaan masyarakat, misalnya pengembangan wilayah setempat melalui Desa Siaga, RW Siaga, dan sebagainya.

Ringkasan

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah pengelolaan kesehatan yang diselenggarakan oleh semua komponen Bangsa Indonesia secara terpadu dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

Substansi unsur-unsur pembangunan kesehatan meliputi, derajat kesehatan masyarakat, upaya kesehatan termasuk fasilitas pelayanan kesehatan, pemberdayaan masyarakat, manajemen kesehatan, sumber daya kesehatan, penelitian dan pengembangan kesehatan, serta lingkungan sehat.

Subsistem SKN meliputi, subsistem upaya kesehatan termasuk fasilitas pelayanan kesehatan tampak dalam unsur upaya kesehatan, subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan tampak dalam unsur penelitian dan pengembangan kesehatan, subsistem pembiayaan kesehatan, sumber daya kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, tampak dalam unsur sumber daya kesehatan, manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan tampak dalam unsur manajemen kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat tampak dalam unsur pemberdayaan masyarakat.

Lingkungan strategis yang memengaruhi pembangunan kesehatan dan SKN meliputi lingkungan fundamen moral kemanusiaan, sosial, agama, dan budaya, termasuk perubahan sosial budaya, politik dan hukum, ekonomi, ilmu dan teknologi, serta fisik dan biologi;

SKN merupakan sistem terbuka yang berinteraksi dengan berbagai sistem nasional lainnya dan sebagai subsistem dari ketahanan nasional, bersifat dinamis, dan dalam pelaksanaannya selalu mengikuti perkembangan, baik nasional, regional, maupun global.

Tes 2

- 1) Sistem Kesehatan Nasional atau SKN dilaksanakan oleh...
 - A. Pemerintah, Pemerintah Daerah
 - B. Pemerintah Daerah dan/atau masyarakat
 - C. Pemerintah dan/atau masyarakat
 - D. Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat

- 2) Pelaksanaan SKN ditekankan pada upaya
 - A. promotif dan preventif
 - B. kuratif dan rehabilitatif
 - C. promotif dan preventif tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif
 - D. promotif dan preventif dan kuratif

- 3) Dalam pelaksanaan SKN harus memperhatikan....
 - A. cakupan pelayanan kesehatan berkualitas, adil, dan merata
 - B. pelayanan diberikan sesuai dengan kemampuan pemerintah
 - C. kebijakan kesehatan masyarakat untuk meningkatkan dan melindungi kesehatan risiko tinggi
 - D. pelayanan tidak mengikuti keinginan masyarakat

- 4) Pihak yang melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan SKN adalah....
 - A. Menteri Kesehatan
 - B. Bupati atau walikota
 - C. Kepala Dinas kesehatan Provinsi
 - D. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/kota

- 5) Pembangunan kesehatan diselenggarakan dengan mengacu pada dasar....
 - A. perikemanusiaan
 - B. kebersamaan
 - C. gotong royong
 - D. kekuatan ekonomi

- 6) Yang bukan subsistem dalam SKN adalah subsistem
 - A. manajemen kesehatan
 - B. penelitian dan pengembangan kesehatan
 - C. pembiayaan kesehatan
 - D. sumber daya manusia kesehatan

- 7) Pelayanan kesehatan adalah terjadinya kontak pertama secara perorangan sebagai proses awal pelayanan kesehatan perorangan....
 - A. sekunder
 - B. tersier
 - C. primer
 - D. rujukan

- 8) Pelayanan kesehatan masyarakat yang menerima rujukan kesehatan dari pelayanan kesehatan masyarakat primer disebut pelayanan kesehatan masyarakat....
 - A. primer
 - B. sekunder
 - C. tersier
 - D. rujukan

- 9) Yang dimaksud dengan upaya kesehatan rujukan unggulan adalah upaya kesehatan....
- A. primer
 - B. sekunder
 - C. tersier
 - D. dasar
- 10) Pembiayaan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu merupakan tanggung jawab
- A. pemerintah
 - B. pemerintah dan pemerintah daerah
 - C. lembaga penjamin pembiayaan kesehatan
 - D. lembaga kesehatan masyarakat

Topik 3

Konsep Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)

Setelah mempelajari Topik 3 ini, diharapkan Anda mampu menjelaskan tentang pengertian Puskesmas, tujuan Puskesmas, prinsip Puskesmas, tugas, fungsi, dan wewenang Puskesmas, persyaratan Puskesmas, kategori Puskesmas, perizinan dan registrasi Puskesmas, kedudukan dan organisasi, upaya kesehatan Puskesmas, akreditasi Puskesmas, jaring pelayanan, jejaring kerja sama dan rujukan, pendanaan, sistem informasi, pembinaan, dan pengawasan Puskesmas.

Tentu Anda sudah tidak asing lagi dengan Puskesmas. Bagaimana dengan kondisi Puskesmas saat ini, bagaimana dengan upaya-upaya kesehatan yang dijalankannya? Baiklah coba Anda pelajari materi di bawah ini.

A. PENGERTIAN PUSKESMAS

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.



*Gambar 3.1.
Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)*

B. TUJUAN PUSKESMAS

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang:

1. memiliki perilaku sehat, meliputi kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat;
2. mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu;
3. hidup dalam lingkungan sehat;
4. memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat.

Pembangunan kesehatan yang diselenggarakan di Puskesmas dilaksanakan untuk mendukung terwujudnya kecamatan sehat.

C. PRINSIP PENYELENGGARAAN PUSKESMAS

Prinsip penyelenggaraan Puskesmas adalah sebagai berikut.

1. Paradigma sehat

Berdasarkan prinsip paradigma sehat Puskesmas mendorong seluruh pemangku kepentingan untuk berkomitmen dalam upaya mencegah dan mengurangi risiko kesehatan yang dihadapi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

2. Pertanggungjawaban wilayah

Berdasarkan prinsip pertanggungjawaban, wilayah Puskesmas menggerakkan dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

3. Kemandirian masyarakat

Berdasarkan prinsip kemandirian masyarakat Puskesmas mendorong kemandirian hidup sehat bagi individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

4. Pemerataan

Berdasarkan prinsip pemerataan, Puskesmas menyelenggarakan Pelayanan Kesehatan yang dapat diakses dan terjangkau oleh seluruh masyarakat di wilayah kerjanya secara adil tanpa membedakan status sosial, ekonomi, agama, budaya dan kepercayaan.

5. Teknologi tepat guna

Berdasarkan prinsip teknologi tepat guna, Puskesmas menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan memanfaatkan teknologi tepat guna yang sesuai dengan kebutuhan pelayanan, mudah dimanfaatkan dan tidak berdampak buruk bagi lingkungan.

6. Keterpaduan dan kesinambungan

Berdasarkan prinsip keterpaduan dan kesinambungan, Puskesmas mengintegrasikan dan mengoordinasikan penyelenggaraan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) dan Upaya Kesehatan Perseorangan (UKP) lintas program dan lintas sektor, serta melaksanakan sistem rujukan yang didukung dengan manajemen Puskesmas.

D. TUGAS, FUNGSI DAN WEWENANG PUSKESMAS

Puskesmas mempunyai tugas melaksanakan kebijakan kesehatan untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam rangka mendukung terwujudnya kecamatan sehat. Dalam melaksanakan tugas, Puskesmas menyelenggarakan fungsi penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya dan penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya.

Dalam menyelenggarakan fungsi UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya Puskesmas berwenang untuk:

1. melaksanakan perencanaan berdasarkan analisis masalah kesehatan masyarakat dan analisis kebutuhan pelayanan yang diperlukan;
2. melaksanakan advokasi dan sosialisasi kebijakan kesehatan;
3. melaksanakan komunikasi, informasi, edukasi, dan pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan;
4. menggerakkan masyarakat untuk mengidentifikasi dan menyelesaikan masalah kesehatan pada setiap tingkat perkembangan masyarakat yang bekerjasama dengan sektor lain terkait;
5. melaksanakan pembinaan teknis terhadap jaringan pelayanan dan upaya kesehatan berbasis masyarakat;
6. melaksanakan peningkatan kompetensi sumber daya manusia Puskesmas;
7. memantau pelaksanaan pembangunan agar berwawasan kesehatan;
8. melaksanakan pencatatan, pelaporan, dan evaluasi terhadap akses, mutu, dan cakupan Pelayanan Kesehatan;
9. memberikan rekomendasi terkait masalah kesehatan masyarakat, termasuk dukungan terhadap sistem kewaspadaan dini dan respons penanggulangan penyakit.

E. PERSYARATAN PUSKESMAS

Puskesmas harus didirikan pada setiap kecamatan. Dalam kondisi tertentu, pada 1 (satu) kecamatan dapat didirikan lebih dari 1 (satu) Puskesmas. Kondisi tertentu ditetapkan berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan, jumlah penduduk, dan aksesibilitas. Pendirian Puskesmas harus memenuhi persyaratan lokasi, bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, ketenagaan, kefarmasian, dan laboratorium.

Lokasi pendirian Puskesmas harus memenuhi persyaratan, yaitu geografis, aksesibilitas untuk jalur transportasi, kontur tanah, fasilitas parkir, fasilitas keamanan, ketersediaan

utilitas publik, pengelolaan kesehatan lingkungan, dan kondisi lainnya. Pendirian Puskesmas harus memperhatikan ketentuan teknis pembangunan bangunan gedung negara.

Bangunan Puskesmas harus memenuhi persyaratan yang meliputi persyaratan administratif, persyaratan keselamatan dan kesehatan kerja, serta persyaratan teknis bangunan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan, bersifat permanen dan terpisah dengan bangunan lain, serta menyediakan fungsi, keamanan, kenyamanan, perlindungan keselamatan dan kesehatan serta kemudahan dalam memberi pelayanan bagi semua orang termasuk yang berkebutuhan khusus, anak-anak, dan lanjut usia.

Selain bangunan, setiap Puskesmas harus memiliki bangunan rumah dinas Tenaga Kesehatan. Bangunan rumah dinas Tenaga Kesehatan didirikan dengan mempertimbangkan aksesibilitas tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan.

Puskesmas harus memiliki prasarana yang berfungsi paling sedikit seperti berikut ini.

1. Sistem penghawaan (ventilasi).
2. Sistem pencahayaan.
3. Sistem sanitasi.
4. Sistem kelistrikan.
5. Sistem komunikasi.
6. Sistem gas medik.
7. Sistem proteksi petir.
8. Sistem proteksi kebakaran.
9. Sistem pengendalian kebisingan.
10. Sistem transportasi vertikal untuk bangunan lebih dari 1 (satu) lantai.
11. Kendaraan Puskesmas keliling.
12. Kendaraan ambulans.

Peralatan kesehatan di Puskesmas harus memenuhi persyaratan standar mutu, keamanan, keselamatan, memiliki izin edar sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, serta diuji dan dikalibrasi secara berkala oleh institusi pengujian dan pengkalibrasi yang berwenang.

Sumber daya manusia Puskesmas terdiri atas tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan. Jenis dan jumlah tenaga kesehatan dan tenaga nonkesehatan dihitung berdasarkan analisis beban kerja, dengan mempertimbangkan jumlah pelayanan yang diselenggarakan, jumlah penduduk dan persebarannya, karakteristik wilayah kerja, luas wilayah kerja, serta ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama lainnya di wilayah kerja, dan pembagian waktu kerja.

Jenis Tenaga Kesehatan paling sedikit terdiri atas:

1. dokter atau dokter layanan primer;
2. dokter gigi;
3. perawat;
4. bidan;
5. tenaga kesehatan masyarakat;
6. tenaga kesehatan lingkungan;

7. ahli teknologi laboratorium medik;
8. tenaga gizi;
9. tenaga kefarmasian;
10. Tenaga nonkesehatan yang harus dapat mendukung kegiatan ketatausahaan, administrasi keuangan, sistem informasi, dan kegiatan operasional lain di Puskesmas.

Tenaga kesehatan di Puskesmas harus bekerja sesuai dengan standar profesi, standar pelayanan, standar prosedur operasional, etika profesi, menghormati hak pasien, serta mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien dengan memperhatikan keselamatan dan kesehatan dirinya dalam bekerja. Setiap tenaga kesehatan yang bekerja di Puskesmas harus memiliki surat izin praktik sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pelayanan kefarmasian di Puskesmas harus dilaksanakan oleh tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi dan kewenangan untuk melakukan pekerjaan kefarmasian. Pelayanan laboratorium di Puskesmas harus memenuhi kriteria ketenagaan, sarana, prasarana, perlengkapan dan peralatan.



Gambar 3.2

Tenaga kesehatan di Puskesmas sedang memberikan pelayanan kesehatan

F. KATEGORI PUSKESMAS

Dalam rangka pemenuhan Pelayanan Kesehatan yang didasarkan pada kebutuhan dan kondisi masyarakat, Puskesmas dapat dikategorikan berdasarkan karakteristik wilayah kerja dan kemampuan penyelenggaraan. Berdasarkan karakteristik wilayah kerjanya, Puskesmas dikategorikan menjadi, Puskesmas kawasan perkotaan, Puskesmas kawasan pedesaan, serta Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil.

Puskesmas kawasan perkotaan merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit tiga (3) dari empat (4) kriteria kawasan perkotaan sebagai berikut.

1. Aktivitas penduduknya lebih dari 50% pada sektor nonagraris, terutama industri, perdagangan dan jasa.
2. Memiliki fasilitas perkotaan antara lain sekolah beradius 2,5 km, pasar dengan radius 2 km, memiliki rumah sakit beradius kurang dari 5 km, bioskop, atau hotel.

3. Lebih dari 90% rumah tangga memiliki listrik.
4. Terdapat akses jalan raya dan transportasi menuju fasilitas perkotaan.

Puskesmas kawasan pedesaan merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan yang memenuhi paling sedikit tiga (3) dari empat (4) kriteria kawasan pedesaan seperti berikut.

1. Aktivitas penduduknya lebih dari 50% (lima puluh persen) pada sektor agraris.
2. Memiliki fasilitas antara lain sekolah beradius lebih dari 2,5 km, pasar dan perkotaan dengan radius lebih dari 2 km, rumah sakit beradius lebih dari 5 km, serta tidak memiliki fasilitas berupa bioskop atau hotel.
3. Rumah tangga dengan listrik kurang dari 90%.
4. Terdapat akses jalan dan transportasi menuju fasilitas.

Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil merupakan Puskesmas yang wilayah kerjanya meliputi kawasan dengan karakteristik sebagai berikut.

1. Berada di wilayah yang sulit dijangkau atau rawan bencana, pulau kecil, gugus pulau, atau pesisir.
2. Akses transportasi umum rutin 1 kali dalam 1 minggu, jarak tempuh pulang pergi dari ibukota kabupaten memerlukan waktu lebih dari 6 jam, dan transportasi yang ada sewaktu-waktu dapat terhalang iklim atau cuaca.
3. Kesulitan pemenuhan bahan pokok dan kondisi keamanan yang tidak stabil.

G. UPAYA KESEHATAN

Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama. Upaya kesehatan dilaksanakan secara terintegrasi dan berkesinambungan. Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan.

Upaya kesehatan masyarakat esensial meliputi, pelayanan promosi kesehatan, kesehatan lingkungan, kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana, gizi, serta pencegahan dan pengendalian penyakit.

Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, pelayanan gawat darurat, pelayanan satu hari (*one day care*), *home care*, dan/atau rawat inap berdasarkan pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan. Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan sesuai dengan standar prosedur operasional dan standar pelayanan.

Untuk melaksanakan upaya kesehatan, Puskesmas harus menyelenggarakan, manajemen Puskesmas, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat, dan pelayanan laboratorium.

H. AKREDITASI

Dalam upaya peningkatan mutu pelayanan, Puskesmas wajib diakreditasi secara berkala paling sedikit tiga tahun sekali. Akreditasi dilakukan oleh lembaga independen penyelenggara akreditasi yang ditetapkan oleh Menteri.

I. SISTEM INFORMASI PUSKESMAS

Setiap Puskesmas wajib melakukan kegiatan sistem informasi Puskesmas. Sistem Informasi Puskesmas dapat diselenggarakan secara elektronik atau nonelektronik. Sistem informasi Puskesmas paling sedikit mencakup pencatatan dan pelaporan kegiatan Puskesmas dan jaringannya, survei lapangan, laporan lintas sektor terkait, dan laporan jejaring fasilitas pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya.

Latihan

- 1) Tuliskan pemahaman Anda tentang apa itu Puskesmas!
- 2) Tuliskan pemahaman Anda tentang tugas Puskesmas!
- 3) Tuliskan pemahaman Anda tentang fungsi Puskesmas!
- 4) Tuliskan pemahaman Anda tentang kategori Puskesmas!
- 5) Tuliskan contoh-contoh upaya kesehatan masyarakat yang diselenggarakan Puskesmas!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.
- 2) Dalam melaksanakan tugasnya Puskesmas menyelenggarakan tugas-tugasnya.
- 3) Dalam melaksanakan tugasnya Puskesmas menyelenggarakan fungsi, penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya dan penyelenggaraan UKP tingkat pertama di wilayah kerjanya
- 4) Berdasarkan karakteristik wilayah kerjanya, Puskesmas dikategorikan menjadi Puskesmas kawasan perkotaan, Puskesmas kawasan pedesaan, dan Puskesmas kawasan terpencil dan sangat terpencil.
- 5) Beberapa contoh Upaya Kesehatan Masyarakat di antaranya adalah:
 - a. melakukan pelayanan promosi kesehatan pada individu, keluarga, dan masyarakat;
 - b. pelayanan kesehatan lingkungan terkait dengan kesehatan lingkungan rumah, industry, dan tempat-tempat umum;

- c. pelayanan kesehatan ibu, anak, dan keluarga berencana melalui pelayanan di Posyandu;
- d. pelayanan gizi untuk mengatasi gizi kurang atau gizi berlebih;
- e. pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit melalui kegiatan imunisasi.

Ringkasan

Puskesmas sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama, memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya subsistem upaya kesehatan.

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya.

Tujuan pembangunan kesehatan yang diselenggarakan Puskesmas adalah untuk mewujudkan masyarakat yang memiliki perilaku sehat, meliputi kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat, mampu menjangkau pelayanan kesehatan bermutu, hidup dalam lingkungan sehat, dan memiliki derajat kesehatan yang optimal, baik individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat.

Prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi, paradigma sehat, pertanggungjawaban wilayah, kemandirian masyarakat, pemerataan, teknologi tepat guna, keterpaduan dan kesinambungan. Puskesmas harus memiliki persyaratan lokasi, administrasi, sarana dan prasarana, serta sumber daya manusia.

Puskesmas menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama dan upaya kesehatan perseorangan. Upaya kesehatan masyarakat tingkat pertama meliputi upaya kesehatan masyarakat esensial dan upaya kesehatan masyarakat pengembangan. Upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, pelayanan gawat darurat, pelayanan satu hari (*one day care*), *home care*, dan/atau rawat inap.

Puskesmas harus menyelenggarakan: manajemen Puskesmas, pelayanan kefarmasian, pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat, dan pelayanan laboratorium.

Tes 3

- 1) Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan lebih mengutamakan upaya...
 - A. promotif dan kuratif
 - B. promotif dan rehabilitatif
 - C. promotif dan preventif
 - D. preventif dan kuratif

- 2) Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) merupakan kegiatan dengan sasaran...
 - A. individu, keluarga, dan kelompok
 - B. individu, keluarga, dan masyarakat
 - C. individu, kelompok, dan masyarakat
 - D. keluarga, kelompok, dan masyarakat

- 3) Di bawah ini yang termasuk dalam prinsip penyelenggaraan Puskesmas adalah...
 - A. kemandirian keluarga
 - B. pelayanan kesehatan sekunder
 - C. pelayanan kesehatan khusus
 - D. keterpaduan dan kesinambungan

- 4) Puskesmas adalah penyelenggara upaya kesehatan masyarakat tingkat...
 - A. pertama
 - B. kedua
 - C. ketiga
 - D. keempat

- 5) Yang termasuk dalam upaya kesehatan masyarakat esensial adalah pelayanan...
 - A. kesehatan lansia
 - B. kesehatan gigi
 - C. kesehatan remaja
 - D. promosi kesehatan

- 6) Pelayanan kesehatan Ibu, anak, dan KB termasuk dalam upaya kesehatan masyarakat...
 - A. esensial
 - B. pengembangan
 - C. penunjang
 - D. sekunder

- 7) Yang termasuk dalam pelayanan kesehatan masyarakat pengembangan Puskesmas adalah pelayanan...
 - A. kesehatan lansia
 - B. kesehatan Ibu, anak, dan KB
 - C. kesehatan lingkungan
 - D. gizi

- 8) Yang termasuk dalam bentuk upaya kesehatan perseorangan oleh Puskesmas adalah pelayanan...
 - A. kesehatan pada remaja di sekolah
 - B. gawat darurat
 - C. kesehatan lansia di Posbindu
 - D. kunjungan kasus endemik DBD

- 9) Untuk menyelenggarakan upaya kesehatan, maka Puskesmas harus menyelenggarakan pelayanan...
- A. kesehatan anak sekolah
 - B. kesehatan lansia
 - C. kesehatan di industri
 - D. keperawatan kesehatan masyarakat
- 10) Puskesmas wajib diakreditasi minimal...
- A. 1 tahun sekali
 - B. 2 tahun sekali
 - C. 3 tahun sekali
 - D. 4 tahun sekali

Topik 4

Konsep Keluarga dan Konsep Komunitas

Setelah mempelajari topik ini, diharapkan Anda mampu menjelaskan tentang definisi keluarga, tipe keluarga, fungsi keluarga, tahap perkembangan keluarga dan tugas perkembangan keluarga.

Keluarga dan komunitas memegang peran penting dalam kehidupan Anda, karena melalui keluarga dan komunitas, Anda mengalami pertumbuhan dan perkembangan menjadi seorang individu. Peran dan fungsi keluarga dan komunitas sangat memengaruhi keadaan kesehatan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Untuk itu coba Anda pelajari materi di bawah ini.

A. KONSEP KELUARGA

1. Definisi Keluarga

Coba Anda pelajari beberapa definisi keluarga, antara lain sebagai berikut.

- a. Keluarga merupakan orang yang mempunyai hubungan resmi, seperti ikatan darah, adopsi, perkawinan atau perwalian, hubungan sosial (hidup bersama) dan adanya hubungan psikologi (ikatan emosional) (Hanson 2001, dalam Doane & Varcoe, 2005).
- b. Keluarga adalah sekumpulan orang dengan ikatan perkawinan, kelahiran, dan adopsi yang bertujuan untuk menciptakan, mempertahankan budaya, dan meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional, serta sosial dari tiap anggota keluarga (Duvall dan Logan, 1986 dalam Friedman, 1998).
- c. Keluarga merupakan unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul serta tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dan saling ketergantungan (Departemen Kesehatan RI, 1988).



Gambar 4.1

Keluarga sebagai unit terkecil dari masyarakat

2. Tipe keluarga

Berbagai tipe keluarga yang perlu Anda ketahui adalah sebagai berikut.

a. Tipe keluarga **tradisional**, terdiri atas beberapa tipe di bawah ini.

- 1) *The Nuclear family* (keluarga inti), yaitu keluarga yang terdiri atas suami, istri, dan anak, baik anak kandung maupun anak angkat.



Gambar 4.2.
Keluarga inti

- 2) *The dyad family* (keluarga dyad), suatu rumah tangga yang terdiri atas suami dan istri tanpa anak. Hal yang perlu Anda ketahui, keluarga ini mungkin belum mempunyai anak atau tidak mempunyai anak, jadi ketika nanti Anda melakukan pengkajian data dan ditemukan tipe keluarga ini perlu Anda klarifikasi lagi datanya.
- 3) *Single parent*, yaitu keluarga yang terdiri atas satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
- 4) *Single adult*, yaitu suatu rumah tangga yang terdiri atas satu orang dewasa. Tipe ini dapat terjadi pada seorang dewasa yang tidak menikah atau tidak mempunyai suami.
- 5) *Extended family*, keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain, seperti paman, bibi, kakek, nenek, dan sebagainya. Tipe keluarga ini banyak dianut oleh keluarga Indonesia terutama di daerah pedesaan.



Gambar 4.3
Keluarga besar

- 6) *Middle-aged or elderly couple*, orang tua yang tinggal sendiri di rumah (baik suami/istri atau keduanya), karena anak-anaknya sudah membangun karir sendiri atau sudah menikah.
 - 7) *Kin-network family*, beberapa keluarga yang tinggal bersama atau saling berdekatan dan menggunakan barang-barang pelayanan, seperti dapur dan kamar mandi yang sama.
- b. Tipe keluarga yang kedua adalah tipe keluarga **nontradisional**, tipe keluarga ini tidak lazim ada di Indonesia, terdiri atas beberapa tipe sebagai berikut.
- 1) *Unmarried parent and child family*, yaitu keluarga yang terdiri atas orang tua dan anak dari hubungan tanpa nikah.
 - 2) *Cohabiting couple*, orang dewasa yang hidup bersama di luar ikatan perkawinan karena beberapa alasan tertentu.
 - 3) *Gay and lesbian family*, seorang yang mempunyai persamaan jenis kelamin tinggal dalam satu rumah sebagaimana pasangan suami istri.
 - 4) *The nonmarital heterosexual cohabiting family*, keluarga yang hidup bersama berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.
 - 5) *Foster family*, keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara dalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

3. Fungsi keluarga

Menurut Friedman fungsi keluarga ada lima antara lain berikut ini.

a. Fungsi afektif

Fungsi ini meliputi persepsi keluarga tentang pemenuhan kebutuhan psikososial anggota keluarga. Melalui pemenuhan fungsi ini, maka keluarga akan dapat mencapai tujuan psikososial yang utama, membentuk sifat kemanusiaan dalam diri anggota keluarga,

stabilisasi kepribadian dan tingkah laku, kemampuan menjalin secara lebih akrab, dan harga diri.

b. Fungsi sosialisasi dan penempatan sosial

Sosialisasi dimulai saat lahir dan hanya diakhiri dengan kematian. Sosialisasi merupakan suatu proses yang berlangsung seumur hidup, karena individu secara kontinyu mengubah perilaku mereka sebagai respon terhadap situasi yang terpola secara sosial yang mereka alami. Sosialisasi merupakan proses perkembangan atau perubahan yang dialami oleh seorang individu sebagai hasil dari interaksi sosial dan pembelajaran peran-peran sosial.

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan keturunan dan menambah sumber daya manusia.

d. Fungsi ekonomi

Keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

e. Fungsi perawatan kesehatan

Menyediakan kebutuhan fisik dan perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan dan praktik-praktik sehat (yang memengaruhi status kesehatan anggota keluarga secara individual) merupakan bagian yang paling relevan dari fungsi perawatan kesehatan.

- 1) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga.
- 2) Kemampuan keluarga membuat keputusan yang tepat bagi keluarga.
- 3) Kemampuan keluarga dalam merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan.
- 4) Kemampuan keluarga dalam mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- 5) Kemampuan keluarga dalam menggunakan fasilitas.

4. Tahap Perkembangan Keluarga

Terdapat delapan tahap perkembangan keluarga yang perlu Anda pelajari berikut ini.

a. Keluarga baru menikah atau pemula

Tugas perkembangannya adalah:

- 1) membangun perkawinan yang saling memuaskan;
- 2) membina hubungan persaudaraan, teman, dan kelompok sosial;
- 3) mendiskusikan rencana memiliki anak.



*Gambar 4.4
Upacara perkawinan sebagai upaya pembentukan keluarga*

- b. Tahap perkembangan keluarga yang kedua adalah keluarga dengan anak baru lahir. Tugas perkembangannya adalah:
- 1) membentuk keluarga muda sebagai sebuah unit yang mantap mengintegrasikan bayi yang baru lahir ke dalam keluarga;
 - 2) rekonsiliasi tugas-tugas perkembangan yang bertentangan dan kebutuhan anggota keluarga;
 - 3) mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan;
 - 4) memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan menambahkan peran-peran orang tua dan kakek nenek.
- c. Keluarga dengan anak usia pra sekolah
Tugas perkembangannya adalah:
- 1) memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti rumah, ruang bermain, privasi, dan keamanan;
 - 2) mensosialisasikan anak;
 - 3) mengintegrasikan anak yang baru, sementara tetap memenuhi kebutuhan anak yang lain;
 - 4) mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan di luar keluarga.
- d. Keluarga dengan anak usia sekolah
Tugas perkembangannya adalah:
- 1) mensosialisasikan anak-anak, termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan hubungan dengan teman sebaya yang sehat;
 - 2) mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan;
 - 3) memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga.



Gambar 4.5
Seorang ibu sedang mendampingi anaknya belajar

- e. Keluarga dengan anak remaja
Tugas perkembangannya adalah:
 - 1. menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan semakin mandiri;
 - 2. memfokuskan kembali hubungan perkawinan;
 - 3. berkomunikasi secara terbuka antara orang tua dan anak-anak.

- f. Keluarga melepas anak usia dewasa muda
Tugas perkembangannya adalah:
 - 1. memperluas siklus keluarga dengan memasukkan anggota keluarga baru yang didapatkan melalui perkawinan anak-anak;
 - 2. melanjutkan untuk memperbaharui dan menyesuaikan kembali hubungan perkawinan;
 - 3. membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri.

- g. Keluarga dengan usia pertengahan
Tugas perkembangannya adalah:
 - 1. menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan;
 - 2. mempertahankan hubungan yang memuaskan dan penuh arti dengan para orang tua lansia dan anak-anak;
 - 3. memperkokoh hubungan perkawinan.

- h. Keluarga dengan usia lanjut
Tugas perkembangannya adalah:
 - 1. mempertahankan pengaturan hidup yang memuaskan;
 - 2. menyesuaikan terhadap pendapatan yang menurun;
 - 3. mempertahankan hubungan perkawinan;
 - 4. menyesuaikan diri terhadap kehilangan pasangan;
 - 5. mempertahankan ikatan keluarga antargenerasi;
 - 6. meneruskan untuk memahami eksistensi mereka (penelaahan hidup).

B. KONSEP KOMUNITAS

1. Batasan Komunitas

Ada beberapa batasan komunitas yang digunakan antara lain sebagai berikut.

- a. Komunitas adalah unit dari organisasi sosial dan teritorial, yang tergantung dari besarnya, sehingga dapat berupa RT, RW, desa dan kota.
- b. Komunitas adalah sekelompok manusia serta hubungan yang ada di dalamnya sebagaimana yang berkembang dan digunakan dalam suatu agen, institusi serta lingkungan fisik yang lazim.
- c. Komunitas adalah sekelompok manusia yang saling berhubungan lebih sering dibandingkan dengan manusia lain yang berada di luarnya serta saling tergantung untuk memenuhi keperluan barang dan jasa yang penting, untuk menunjang kehidupan sehari-hari.

2. Komponen Komunitas

Komponen komunitas adalah seperti berikut ini.

a. Manusia (*people*)

Menjelaskan unsur "*The who*" dari komunitas sangat bermanfaat dalam menjawab: Siapa sasaran program? Bagaimana karakteristiknya? Program kesehatan untuk komunitas remaja tentu tidak sama dengan komunitas lansia, karena sasaran dan karakteristiknya berbeda.

b. Ruang dan waktu (*space and time*)

Menjelaskan unsur "*the where and when*" dari komunitas sangat bermanfaat dalam menjawab: Di mana lokasi sarannya? Kapan waktu yang tepat melaksanakan program kesehatan untuk komunitas desa dan komunitas kota? Hal tersebut ditanyakan karena komunitas desa tidak sama dengan komunitas kota (lokasi). Program kesehatan untuk komunitas pejuang 45 tentu tidak sama dengan komunitas remaja milenium (waktu).

c. Tujuan (*purpose*)

Menyelesaikan unsur "*The why and now*" dari komunitas sangat bermanfaat dalam menjawab penyebab timbulnya masalah kesehatan dan program kesehatan yang patut dilaksanakan. Penyebab timbulnya masalah kesehatan pada komunitas buruh tentu tidak sama dengan komunitas petani. Program kesehatan yang sesuai untuk komunitas seniman.

3. Fungsi Komunitas

Fungsi komunitas adalah sebagai berikut.

- a. Produksi, distribusi dan konsumsi
Kemampuan memenuhi dan meningkatkan kesejahteraan ekonomi para anggota. Biasanya dicerminkan dengan keterlibatan masyarakat dalam kegiatan perdagangan dan industri yang dirasakan manfaatnya oleh masyarakat sendiri.
- b. Sosialisasi
Kemampuan meneruskan nilai-nilai sosial, moral, budaya, pengetahuan dan keterampilan kepada para anggota. Biasanya dilakukan melalui institusi-institusi yang ada di masyarakat, seperti keluarga, sekolah, atau organisasi sosial.
- c. Kontrol sosial
Kemampuan memelihara berbagai ketentuan, peraturan serta norma masyarakat. Biasanya terkait untuk menjamin keamanan masyarakat. Dilakukan baik melalui keluarga, sekolah, maupun pengajian.
- d. Partisipasi
Cara masyarakat berperan serta dalam memuaskan para anggota. Biasanya dilaksanakan melalui berbagai organisasi masyarakat, termasuk keluarga (untuk para anggota keluarga).
- e. Dukungan bersama
Kemampuan masyarakat melaksanakan upaya khusus yang diperlukan oleh para anggota terutama dalam keadaan darurat, dapat berupa bantuan keluarga untuk para anggota keluarga, atau bantuan masyarakat untuk kelompok yang tidak punya/mampu (yatim piatu, lansia).

4. Pengaruh Komunitas terhadap Kesehatan

Fungsi komunitas tidak sempurna, sehingga dapat menimbulkan berbagai masalah, baik terhadap individu maupun terhadap komunitas secara keseluruhan. Masalah yang bisa timbul seperti berikut.

- a. Gangguan pada fungsi produksi, distribusi dan konsumsi pangan, misalnya dapat menimbulkan kekurangan gizi.
- b. Gangguan pada fungsi dukungan bersama (*mutual support*) pada lansia, misalnya dapat memperberat berbagai penyakit lansia.
- c. Gangguan pada fungsi sosialisasi nilai-nilai moral, misalnya dapat menimbulkan penyakit seksual.



Gambar 4.6

Masalah kurang gizi pada balita dan penyakit seksual menular, akibat tidak berjalannya fungsi komunitas.

5. Prinsip Kesehatan Komunitas

Prinsip yang dipegang dalam kesehatan komunitas adalah:

- a. insiden atau prevalen tinggi;
- b. risiko kematian tinggi;
- c. penyelesaian mengikutsertakan peran serta masyarakat;
- d. lebih mengutamakan tindakan promotif dan/atau preventif dari pada kuratif dan/atau rehabilitatif;
- e. tanggung jawab pemerintah lebih besar dari pada masyarakat/swasta;
- f. aspek efektivitas dan efisien tinggi.

Latihan

Kasus

Bapak Ali tinggal bersama istri dengan 2 orang anak (usia 7 tahun dan 2 tahun) dan mertua. Bapak Ali mengeluh, sudah lebih 3 minggu batuk-batuk tidak sembuh, tidak nafsu makan, dan berat badan mengalami penurunan. Hasil pemeriksaan di Puskesmas, Bpk Ali menderita TB Paru. Bapak Ali tinggal di daerah lingkungan yang padat, kumuh, dan kotor. Masyarakat yang tinggal di daerah tersebut jarang kerja bakti dan peduli, sehingga menimbulkan masalah kesehatan.

- 1) Bila melihat keluarga Bapak Ali, termasuk ke dalam tipe apakah keluarganya?
- 2) Termasuk dalam tugas perkembangan apakah keluarga bapak Ali?
- 3) Rumuskan tugas keluarga bidang kesehatan bapak Ali yang harus dijalankan berkaitan dengan TB Paru yang dialami Bapak Ali.
- 4) Fungsi komunitas apa, yang tidak jalan di lingkungan Bapak Ali?

Petunjuk Jawaban latihan

- 1) Tipe keluarga pada keluarga bapak Ali adalah tipe keluarga *extended family*, keluarga yang terdiri atas keluarga inti ditambah keluarga lain, yaitu ibu mertua.
- 2) Tugas perkembangan keluarga dengan anak sekolah.
- 3) Tugas keluarga Bapak Ali yang harus dijalankan terkait dengan penyakit TB yang diderita adalah:
 - a. kemampuan keluarga dalam mengenal penyakit TB yang dialami bapak Ali;
 - b. kemampuan keluarga membuat keputusan untuk mengatasi penyakit TB;
 - c. kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita TB;
 - d. Kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang dapat mencegah penularan TB paru;
 - e. Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas kesehatan untuk mengatasi penyakit TB.
- 4) Fungsi komunitas yang tidak dilakukan lingkungan bapak Ali adalah fungsi partisipasi.

Ringkasan

Keluarga merupakan unit terkecil di masyarakat terdiri atas dua atau lebih individu yang saling tergantung satu dengan yang lain terhadap berbagai dukungan, antara lain dukungan emosional dan ekonomi. Keluarga mempunyai lima fungsi yang harus dijalankan dalam kehidupan sehari-hari, lima fungsi tersebut adalah fungsi afektif, sosialisasi, ekonomi, reproduksi dan perawatan kesehatan. Selama siklus kehidupan, keluarga memiliki delapan tahap perkembangan keluarga. Setiap tahap perkembangan merupakan periode kritis, artinya keluarga perlu memahami dan menyesuaikan tugas perkembangan yang harus dilaksanakan di setiap tahap perkembangan.

Komunitas adalah sekelompok manusia yang hidup dan bertempat tinggal dalam suatu wilayah yang sama, serta memiliki kegiatan dan atau mata pencaharian yang sama untuk memenuhi kebutuhan hidup utama secara bersama. Komunitas memiliki fungsi-fungsi yang harus dijalankan agar kehidupan dalam komunitas berjalan dengan normal atau terhindar dari berbagai masalah kesehatan yang timbul.

Pengorganisasian komunitas merupakan bentuk pendekatan yang digunakan untuk menggerakkan komunitas atau masyarakat agar dapat menjalankan fungsi-fungsinya secara optimal dengan menggunakan seluruh potensi yang ada, baik di dalam maupun di luar komunitas/masyarakatnya.

Tes 4

- 1) Bp. X mempunyai seorang istri dan seorang anak yang tinggal bersama dalam satu rumah. Saudara Bp. X dan istrinya tidak ada yang tinggal dengan keluarga Bp. X. Tipe keluarga bapak X adalah...
 - A. *nuclear family*
 - B. *extended family*
 - C. *dyadic family*
 - D. *single parent*

- 2) Sebuah keluarga terdiri atas seorang dewasa saja karena tidak menikah, disebut tipe keluarga...
 - A. *nuclear family*
 - B. *dyadic family*
 - C. *single parent*
 - D. *single adult*

- 3) Perawat sedang melakukan kunjungan rumah di sebuah keluarga dengan TB Paru. Perawat mendapatkan banyak orang di rumah tersebut, selain bapak, ibu dan anak, ada dua saudaranya yang juga tinggal bersama. Tipe keluarga tersebut merupakan tipe keluarga...
 - A. *nuclear family*
 - B. *extended family*
 - C. *dyadic family*
 - D. *single parent*

- 4) Anak N dari keluarga Bp. X sering menderita diare, karena orangtuanya kurang memberikan perhatian dan kasih sayang. Hal ini berarti terjadi gangguan pada fungsi keluarga...
 - A. afektif
 - B. sosialisasi
 - C. ekonomi
 - D. reproduksi

- 5) Suami istri yang baru menikah berkonsultasi dengan perawat, karena ingin menunda mempunyai anak. Tugas perkembangan keluarga yang baru menikah ini adalah...
 - A. membantu orangtua lanjut usia dan sakit-sakitan dari suami atau istri
 - B. menyediakan lingkungan yang meningkatkan kesehatan
 - C. menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab
 - D. memperluas persahabatan dengan keluarga besar

- 6) Pemahaman komunitas dalam kaitan sistem sosial mempunyai arti penting dalam mempelajari interaksi sasaran. Contohnya adalah komunitas petani, komunitas nelayan, dan komunitas guru. Berdasarkan contoh di atas, maka batas komunitas berdasarkan....
- A. kelompok orang
 - B. ruang dan waktu
 - C. sistem sosial
 - D. pekerja seseorang
- 7) Adanya masalah kesehatan yang timbul di masyarakat merupakan akibat tidak berfungsinya fungsi komunitas. Salah satu masalah yang sering timbul adalah meningkatnya penyakit menular seks akibat pergaulan bebas. Hal ini disebabkan oleh tidak berfungsinya....
- A. produksi dan distribusi
 - B. kontrol sosial
 - C. sosialisasi
 - D. dukungan bersama
- 8) Banyak lansia yang mengalami masalah kesehatan akibat tidak ada kepedulian masyarakat terhadap lansia. Hal ini disebabkan tidak berfungsinya....
- A. produksi dan distribusi
 - B. kontrol sosial
 - C. sosialisasi
 - D. dukungan bersama
- 9) Timbulnya wabah demam berdarah di satu desa akibat tidak berfungsinya....
- A. produksi dan distribusi
 - B. kontrol sosial
 - C. sosialisasi
 - D. partisipasi masyarakat
- 10) Di bawah ini yang tidak termasuk dalam prinsip yang dipegang dalam kesehatan komunitas adalah...
- A. Insiden atau prevalen tinggi
 - B. risiko kematian tinggi
 - C. penyelesaian mengikutsertakan peran serta masyarakat
 - D. tanggung jawab masyarakat lebih besar dari pada pemerintah

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C
- 2) C
- 3) A
- 4) C
- 5) D
- 6) C
- 7) C
- 8) C

Tes 2

- 1) D
- 2) C
- 3) A
- 4) A
- 5) A
- 6) A
- 7) C
- 8) B
- 9) C
- 10) B

Tes 3

- 1) C
- 2) D
- 3) D
- 4) A
- 5) D
- 6) A
- 7) A
- 8) B
- 9) D
- 10) C

Tes 4

- 1) A
- 2) D
- 3) B
- 4) A
- 5) D
- 6) C
- 7) B
- 8) B
- 9) D
- 10) D

Daftar Pustaka

- Badan Pemberdayaan Masyarakat Provinsi DKI Jakarta. (2004). *Manajemen pemberdayaan masyarakat*. Pemda Provinsi DKI Jakarta: Jakarta.
- Doane, G. H., & Varcoe, C. (2005). *Family Nursing as Relational Inquiry: Developing Health Promoting Practice*. Philadelphia: Lippincott : USA.
- Departemen Kesehatan RI .(2003). *Kemitraan menuju Indonesia sehat 2010*. Jakarta: Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan RI.
- Entjang, Indan, 2000, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Bandung, Citra Aditya Bakti.
- Ervin, N.E. (2002). *Advanced community health nursing practice: population focused care*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Friedman, M. M. (1998). *Keperawatan keluarga: Teori dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Green, L.W & Kreuteur, M.W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. London: Mayfield Publishing Company.
- Helvie, C.O. (1998). *Advanced practice nursing in the community*. California: SAGE Publication Inc.
- Hitchcock, J.E., Scubert, P.E., & Thomas, S.A. (1999). *Community health nursing: Caring in action*. USA: Delmar Publishers.
- Kemenkes RI. (2012). *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta.
- Kemenkes RI. (2012). *Pusat Kesehatan Masyarakat*, Jakarta.
- McMurray, A. (2003). *Community health and wellness: a socioecological approach*. Toronto: Mosby.
- Neuman, B. (1995). *The Neuman systems model (3 ed.)*. Norwalk, CT: Appleton-Lange.
- O'Connor F.M.L; & Parker, E. (2001). *Health promotion: Principles and practice in the Australian Context*. Australia: Agency Limited (CAL) under the Act.
- Sukidjo Notoatmodjo, 2001, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Rineka Cipta, Jakarta.

Stanhope, M, & Lancaster,J. (2000). *Community and public health nursing*. The Mosby Tear Book: St.Louis.

BAB II

KONSEP KEPERAWATAN KELUARGA DAN KOMUNITAS

Siti Nur Kholifah, SKM, M.Kep, Sp.Kom

PENDAHULUAN

Pelayanan keperawatan di masyarakat mempunyai sasaran dari tingkat individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat. Pelayanan keperawatan di masyarakat bertujuan untuk mewujudkan masyarakat yang mandiri dalam pemeliharaan kesehatan. Keluarga merupakan unit terkecil di masyarakat. Peran dan fungsi perawat dalam pelayanan keperawatan keluarga dan komunitas merupakan unsur penting dalam mewujudkan masyarakat yang sehat dan mandiri.

Bab ini menyajikan tentang materi konsep keperawatan keluarga yang terdiri atas, definisi keperawatan keluarga, tujuan keperawatan keluarga, sasaran keperawatan keluarga, peran dan fungsi perawat di keluarga. Selain itu, disajikan pula materi konsep keperawatan komunitas terdiri atas, definisi keperawatan komunitas, tujuan keperawatan komunitas, sasaran keperawatan komunitas, falsafah keperawatan komunitas, model keperawatan komunitas, peran dan fungsi perawat komunitas.

Setelah mempelajari bab ini, secara umum mahasiswa mampu memahami konsep keperawatan keluarga dan konsep keperawatan komunitas.

Kompetensi khusus yang ingin dicapai setelah mempelajari bab ini adalah mahasiswa mampu menjelaskan tentang:

1. definisi keperawatan keluarga;
2. tujuan keperawatan keluarga;
3. sasaran keperawatan keluarga;
4. peran dan fungsi perawat di keluarga;
5. definisikan keperawatan komunitas;
6. tujuan keperawatan komunitas;
7. falsafah keperawatan komunitas;
8. model keperawatan komunitas;
9. peran dan fungsi perawat komunitas.

Sebelum mempelajari bab ini, sebagai prasyarat mahasiswa harus mempelajari tentang konsep keperawatan dan konsep asuhan keperawatan pada Bab 1. Bab ini berguna untuk menyiapkan mahasiswa agar mampu memahami materi tentang konsep asuhan keperawatan keluarga dan komunitas yang ada pada Bab 3 sampai Bab 6.

Agar Anda dapat memahami bab ini dengan mudah, maka bab ini dibagi menjadi 2 (2) topik, sebagai berikut.

Topik 1: Konsep keperawatan keluarga.

Topik 2: Konsep keperawatan komunitas.

Bab ini dapat dipelajari dengan mudah apabila mengikuti langkah-langkah belajar sebagai berikut.

1. Pahami terlebih dahulu konsep dasar keperawatan.
2. Pelajari Topik 1, yaitu konsep keperawatan keluarga terlebih dahulu sebelum mempelajari Topik 2, yaitu konsep keperawatan komunitas.
3. Agar memudahkan mempelajari materi dalam bab ini, Anda perlu membaca beberapa judul buku dalam daftar pustaka.
4. Keberhasilan Anda tergantung dari kesungguhan Anda dalam mempelajari bab ini.

Bab ini dilengkapi dengan tes, hendaknya mahasiswa mengerjakan soal tersebut dengan tuntas. Setelah mengerjakan semua soal, mahasiswa akan dapat menilai sendiri tingkat penguasaan terhadap materi pembelajaran yang disajikan dalam bab. Selain itu, mahasiswa dapat mengetahui bagian-bagian mana dari materi pembelajaran yang disajikan di dalam bab yang masih belum sepenuhnya dipahami.

Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk mempelajari bab ini adalah sekitar 2 x 100 menit. Semoga Anda senantiasa diberikan kemudahan belajar.

Topik 1

Konsep Keperawatan Keluarga

Bagaimana kabarnya? Semoga Anda senantiasa sehat dan siap mempelajari Topik 1. Kali ini Anda akan mempelajari **Konsep Keperawatan Keluarga**. Perlu Anda ketahui bahwa pelayanan keperawatan di tatanan masyarakat mempunyai sasaran mulai dari tingkat individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Tujuan dari pelayanan keperawatan di masyarakat adalah mewujudkan masyarakat yang mandiri dalam pemeliharaan kesehatan. Keluarga merupakan unit terkecil di masyarakat. Keperawatan keluarga mempunyai peran strategis dalam mencapai tujuan tersebut.

Topik 1 ini akan menjelaskan materi tentang definisi keperawatan keluarga, tujuan keperawatan keluarga, sasaran keperawatan keluarga, peran, dan fungsi perawat di keluarga.

A. DEFINISI KEPERAWATAN KELUARGA

Keperawatan keluarga merupakan pelayanan holistik yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Depkes, 2010). Pengertian lain dari keperawatan keluarga adalah proses pemberian pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan keluarga dalam lingkup praktik keperawatan (Depkes RI, 2010).

Anda bisa mencari definisi keperawatan keluarga dari artikel atau buku sumber lain yang terkait! Tulislah jawaban Anda pada Tabel 1.1 di bawah ini!

<p><i>Definisi keperawatan keluarga</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

Pelayanan keperawatan keluarga merupakan salah satu area pelayanan keperawatan di masyarakat yang menempatkan keluarga dan komponennya sebagai fokus pelayanan dan melibatkan anggota keluarga dalam pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi, dengan memobilisasi sumber pelayanan kesehatan yang tersedia di keluarga dan sumber-sumber dari profesi lain, termasuk pemberi pelayanan kesehatan dan sektor lain di komunitas (Depkes RI, 2010).



*Gambar 1.
Pelayanan keperawatan di keluarga*

B. TUJUAN KEPERAWATAN KELUARGA.

Tujuan keperawatan keluarga ada dua macam, yaitu tujuan umum dan khusus. **Tujuan umum** dari keperawatan keluarga adalah kemandirian keluarga dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. **Tujuan khusus** dari keperawatan keluarga adalah keluarga mampu melaksanakan tugas pemeliharaan kesehatan keluarga dan mampu menangani masalah kesehatannya berikut ini.

1. Mengetahui masalah kesehatan yang dihadapi anggota keluarga.
Kemampuan keluarga dalam mengetahui masalah kesehatan seluruh anggota keluarga. Contohnya, apakah keluarga mengetahui tentang pengertian dan gejala kencing manis yang diderita oleh anggota keluarganya?
2. Membuat keputusan secara tepat dalam mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga.
Kemampuan keluarga dalam mengambil keputusan untuk membawa anggota keluarga ke pelayanan kesehatan. Contoh, segera memutuskan untuk memeriksakan anggota keluarga yang sakit kencing manis ke pelayanan kesehatan.
3. Memberikan perawatan pada anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan.
Kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Contoh, keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit kencing manis, yaitu memberikan diet DM, memantau minum obat antidiabetik, mengingatkan untuk senam, dan kontrol ke pelayanan kesehatan.

4. Memodifikasi lingkungan yang kondusif.
Kemampuan keluarga dalam mengatur lingkungan, sehingga mampu mempertahankan kesehatan dan memelihara pertumbuhan serta perkembangan setiap anggota keluarga. Contoh, keluarga menjaga kenyamanan lingkungan fisik dan psikologis untuk seluruh anggota keluarga termasuk anggota keluarga yang sakit.
5. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan untuk pemeliharaan dan perawatan anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan. Contoh, keluarga memanfaatkan Puskesmas, rumah sakit, atau fasilitas pelayanan kesehatan lain untuk anggota keluarganya yang sakit.

Silakan Anda identifikasi contoh kemampuan keluarga dalam mengatasi masalah kesehatan! Diskusikan dengan teman Anda! Tuliskan jawaban Anda pada tabel di bawah ini ! Apabila Anda mengalami kesulitan, silakan dibaca kembali materi di atas.

*Tabel 1.
Kemampuan keluarga dengan salah satu anggota keluarga menderita tekanan darah tinggi*

KEMAMPUAN KELUARGA	CONTOH
Mengenal masalah kesehatan	
Mengambil keputusan secara tepat	
Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit	
Memodifikasi lingkungan yang kondusif	
Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan	

Acuan jawaban kasus di atas.

- a. Mengenal masalah kesehatan. Bagaimana keluarga mengerti tentang penyakit yang diderita anggota keluarganya, baik jenis penyakitnya, faktor yang menyebabkan terjadinya sakit, maupun tanda dan gejalanya.
- b. Mengambil keputusan yang tepat. Bagaimana keluarga mampu memberikan keputusan ketika ada anggota keluarganya yang sakit.
- c. Merawat anggota keluarga yang sakit. Bagaimana keluarga memberikan makan, mengatur istirahatnya, dan memantau minum obatnya bagi anggota keluarga yang sakit.

- d. Memodifikasi lingkungan yang sehat. Bagaimana keluarga mengatur lingkungan rumahnya, kebersihan, pengaturan ventilasi dan pencahayaan, pengaturan perabot rumah tangga, serta menjaga lingkungan yang nyaman di keluarga.
- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Bagaimana keluarga dapat memanfaatkan Puskesmas atau rumah sakit untuk anggota keluarganya yang sakit.

Bagus, Anda sudah mengisi contoh kemampuan keluarga dengan salah satu anggota keluarga sakit hipertensi pada tabel di atas.

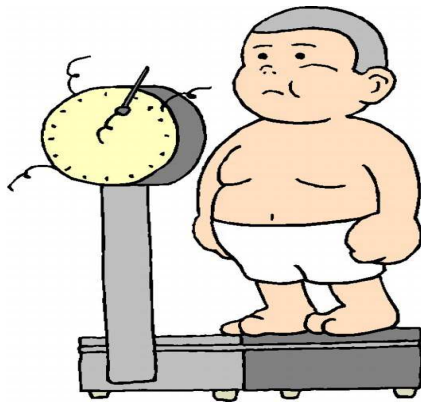
C. SASARAN KEPERAWATAN KELUARGA (DEPKES RI, 2010)

1. Keluarga sehat

Keluarga sehat adalah seluruh anggota keluarga dalam kondisi tidak mempunyai masalah kesehatan, tetapi masih memerlukan antisipasi terkait dengan siklus perkembangan manusia dan tahapan tumbuh kembang keluarga. Fokus intervensi keperawatan terutama pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

2. Keluarga risiko tinggi dan rawan kesehatan

Keluarga risiko tinggi dapat didefinisikan, jika satu atau lebih anggota keluarga memerlukan perhatian khusus dan memiliki kebutuhan untuk menyesuaikan diri, terkait siklus perkembangan anggota keluarga dan keluarga dengan faktor risiko penurunan status kesehatan.



*Gambar 2.
Keluarga yang berisiko tinggi dengan balita kelebihan berat badan*

3. Keluarga yang memerlukan tindak lanjut

Keluarga yang memerlukan tindak lanjut merupakan keluarga yang mempunyai masalah kesehatan dan memerlukan tindak lanjut pelayanan keperawatan atau kesehatan, misalnya klien pasca hospitalisasi penyakit kronik, penyakit degeneratif, tindakan pembedahan, dan penyakit terminal.



Gambar 3.
Anggota keluarga yang mengalami nyeri dada

Anda sudah mempelajari sasaran keperawatan keluarga, berikutnya adalah materi peran dan fungsi perawat di keluarga dengan sasaran sesuai dengan materi yang baru saja Anda pelajari.

D. PERAN DAN FUNGSI PERAWAT KELUARGA (FRIEDMAN DKK, 20013)

Peran dan fungsi perawat di keluarga adalah sebagai berikut.

1. Pelaksana
Peran dan fungsi perawat sebagai pelaksana adalah memberikan pelayanan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan, mulai pengkajian sampai evaluasi. Pelayanan diberikan karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, serta kurangnya keamanan menuju kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan yang dilakukan bersifat promotif, preventif, kuratif, serta rehabilitatif.
2. Pendidik
Peran dan fungsi perawat sebagai pendidik adalah mengidentifikasi kebutuhan, menentukan tujuan, mengembangkan, merencanakan, dan melaksanakan pendidikan kesehatan agar keluarga dapat berperilaku sehat secara mandiri.
3. Konselor
Peran dan fungsi perawat sebagai konselor adalah memberikan konseling atau bimbingan kepada individu atau keluarga dalam mengintegrasikan pengalaman kesehatan dengan pengalaman yang lalu untuk membantu mengatasi masalah kesehatan keluarga.

4. Kolaborator

Peran dan fungsi perawat sebagai kolaborator adalah melaksanakan kerja sama dengan berbagai pihak yang terkait dengan penyelesaian masalah kesehatan di keluarga

Selain peran perawat keluarga di atas, ada juga peran perawat keluarga dalam pencegahan primer, sekunder dan tersier, sebagai berikut.

1. Pencegahan Primer

Peran perawat dalam pencegahan primer mempunyai peran yang penting dalam upaya pencegahan terjadinya penyakit dan memelihara hidup sehat.

2. Pencegahan sekunder

Upaya yang dilakukan oleh perawat adalah mendeteksi dini terjadinya penyakit pada kelompok risiko, diagnosis, dan penanganan segera yang dapat dilakukan oleh perawat. Penemuan kasus baru merupakan upaya pencegahan sekunder, sehingga segera dapat dilakukan tindakan. Tujuan dari pencegahan sekunder adalah mengendalikan perkembangan penyakit dan mencegah kecacatan lebih lanjut. Peran perawat adalah merujuk semua anggota keluarga untuk skrining, melakukan pemeriksaan, dan mengkaji riwayat kesehatan.

3. Pencegahan tersier

Peran perawat pada upaya pencegahan tersier ini bertujuan mengurangi luasnya dan keparahan masalah kesehatan, sehingga dapat meminimalkan ketidakmampuan dan memulihkan atau memelihara fungsi tubuh. Fokus utama adalah rehabilitasi. Rehabilitasi meliputi pemulihan terhadap individu yang cacat akibat penyakit dan luka, sehingga mereka dapat berguna pada tingkat yang paling tinggi secara fisik, sosial, emosional.

Latihan

- 1) Coba identifikasi tindakan perawat berdasarkan peran dan fungsinya sebagai pendidik di keluarga dengan salah satu anggota menderita TB Paru!
- 2) Jelaskan sasaran dari pelayanan keperawatan keluarga!
- 3) Sebutkan tujuan dari keperawatan keluarga!
- 4) Jelaskan peran perawat yang harus dilaksanakan apabila ditemukan data klien dan keluarga tidak mampu mengambil keputusan!
- 5) Jelaskan contoh peran perawat sebagai kolaborator!

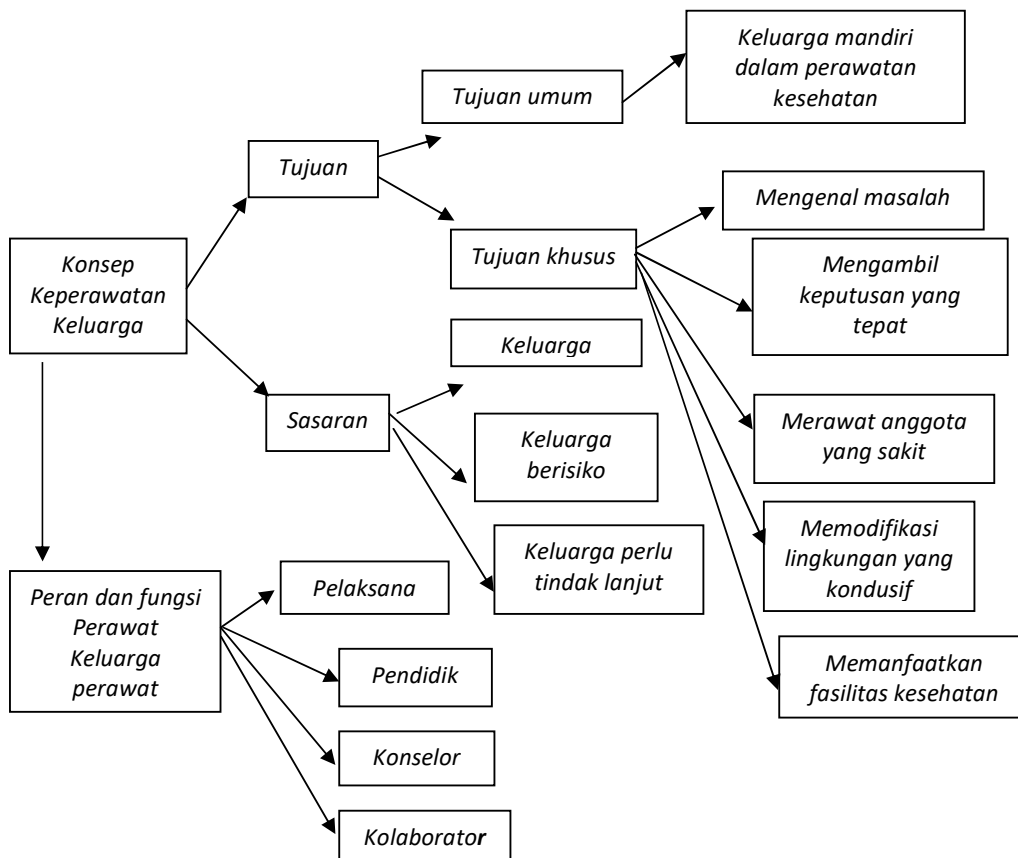
Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Pendidik. Peran perawat sebagai pendidik adalah memberikan pengetahuan dalam rangka mengubah perilaku klien dan keluarga.

- 2) Sasaran dari pelayanan keperawatan keluarga, yaitu keluarga yang mengalami masalah kesehatan, yang tidak mampu dan belum terpapar pelayanan kesehatan.
- 3) Tujuan pelayanan keperawatan keluarga adalah merujuk dari kemampuan keluarga dalam mengenal masalah kesehatan sampai mampu memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
- 4) Peran perawat sebagai konselor.
- 5) Melaksanakan kerja sama dengan tim kesehatan.

Ringkasan

Rangkuman materi akan disajikan dalam bentuk peta konsep!



Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling **tepat**!

- 1) Perawat melaksanakan kunjungan rumah pada keluarga dengan ibu hamil yang telah melakukan ANC secara teratur. Sasaran pelayanan keperawatan keluarga yang telah dilaksanakan oleh perawat tersebut adalah keluarga....
 - A. berisiko
 - B. sakit
 - C. sehat
 - D. dengan tindak lanjut
- 2) Perawat melakukan pelayanan keperawatan keluarga pada salah satu anggota keluarga dengan TB Paru yang belum rutin berobat. Sasaran pelayanan keperawatan keluarga yang telah dilaksanakan oleh perawat tersebut adalah keluarga....
 - A. berisiko
 - B. sehat
 - C. miskin
 - D. dengan tindak lanjut
- 3) Perawat memberikan pendidikan kesehatan pada keluarga dengan salah satu anggota keluarga lansia. Sasaran pelayanan keperawatan keluarga yang telah dilaksanakan oleh Perawat tersebut adalah keluarga....
 - A. berisiko
 - B. sakit
 - C. miskin
 - D. dengan tindak lanjut
- 4) Perawat melakukan pendidikan kesehatan pada keluarga Bp. X yang menderita diabetes mellitus, maka Perawat sedang melakukan peran sebagai....
 - A. pendidik
 - B. konselor
 - C. kolaborator
 - D. pelaksana
- 5) Perawat melakukan kunjungan rumah pada sebuah keluarga dengan HIV-AIDS. Perawat merujuk pasien ke pelayanan kesehatan. Apakah peran yang dilakukan oleh perawat tersebut....
 - A. pendidik
 - B. counselor
 - C. kolaborator
 - D. pelaksana

- 6) Keluarga Bp. S menjelaskan bahwa penyebab penyakit diare anaknya adalah karena jajan sembarangan. Berdasarkan data tersebut, keluarga Bp. S mampu....
- A. mengenal masalah kesehatan
 - B. mengambil keputusan yang tepat
 - C. merawat anggota keluarga yang sakit
 - D. memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan
- 7) Keluarga Ibu Y memantau pengobatan anaknya yang sakit TB Paru. Berdasarkan tujuan keperawatan keluarga, Ibu Y mampu....
- A. mengenal masalah kesehatan
 - B. mengambil keputusan yang tepat
 - C. merawat anggota keluarga yang sakit
 - D. memodifikasi lingkungan yang sehat
- 8) Perawat melaksanakan pemeriksaan tekanan darah pada kelompok masyarakat yang berisiko terjadinya tekanan darah, termasuk tindakan apakah pemeriksaan tersebut....
- A. pencegahan primer
 - B. pencegahan sekunder
 - C. pencegahan tersier
 - D. peran sebagai kolaborator
- 9) Perawat melaksanakan kunjungan rumah pada klien stroke untuk melakukan rehabilitasi fisik, termasuk tindakan apakah kegiatan tersebut....
- A. pencegahan primer
 - B. pencegahan sekunder
 - C. pencegahan tersier
 - D. peran sebagai kolaborator
- 10) Perawat melaksanakan kunjungan rumah untuk mengumpulkan data pada klien yang baru terdiagnosis TB Paru, peran apakah yang dilakukan oleh perawat tersebut....
- A. pelaksana
 - B. pendidik
 - C. kolaborator
 - D. advokat

*Terima kasih Anda telah berusaha menjawab pertanyaan,
selanjutnya silakan cocokkan jawaban Anda dengan kunci
jawaban !*

Topik 2

Konsep Keperawatan Komunitas

Anda sudah mempelajari konsep keperawatan keluarga pada Topik 1. Keluarga merupakan unit terkecil di masyarakat, sebagai *entry point* dari keperawatan komunitas. Apabila Anda sudah mempelajari dengan baik materi pada Topik 1, Anda akan lebih mudah untuk mempelajari materi di Topik 2.

A. DEFINISI KEPERAWATAN KOMUNITAS

Keperawatan komunitas atau *community health nursing* merupakan praktik untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan masyarakat dengan menggunakan pengetahuan dari ilmu keperawatan, ilmu sosial dan ilmu kesehatan masyarakat.

Pengertian lain dari keperawatan komunitas adalah suatu bentuk pelayanan profesional berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang ditujukan terutama pada kelompok risiko tinggi untuk meningkatkan status kesehatan komunitas dengan menekankan upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit serta tidak mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.

Silakan Anda mencari pengertian yang lain dari beberapa literatur, diskusikan dengan teman Anda dan tuliskan pada tabel di bawah ini.

<p><i>Pengertian keperawatan komunitas adalah</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Baik, Anda sudah berusaha untuk mencari pengertian lain dari keperawatan komunitas. Hasil membaca Anda ini akan menjadi bekal untuk mempelajari materi berikutnya, yaitu tujuan keperawatan komunitas.

B. TUJUAN KEPERAWATAN KOMUNITAS

Tujuan keperawatan komunitas adalah sebagai berikut.

1. Promosi kesehatan

Promosi kesehatan pada tujuan keperawatan komunitas ini berarti adalah suatu upaya untuk membantu masyarakat menjadikan gaya hidup mereka sehat optimal. Kesehatan yang optimal didefinisikan sebagai keseimbangan kesehatan fisik, emosi, sosial, spiritual, dan intelektual. Promosi kesehatan tidak sekadar mengubah gaya hidup, tetapi mempertahankan dan meningkatkan perilaku sehat adalah tujuan yang akan dicapai pula.

2. Proteksi kesehatan

Proteksi kesehatan merupakan upaya perlindungan kelompok masyarakat terhadap terpaparnya suatu penyakit.

3. Pencegahan penyakit dan penyembuhan

Pencegahan penyakit merupakan upaya dalam mencegah terjadinya penyakit pada kelompok yang berisiko, sedangkan penyembuhan adalah upaya yang dilakukan pada kelompok masyarakat yang telah terkena penyakit. Upaya penyembuhan bertujuan untuk menyembuhkan kelompok masyarakat yang sakit dan mencegah terjadinya komplikasi.

Materi berikutnya adalah sasaran keperawatan komunitas

C. SASARAN KEPERAWATAN KOMUNITAS

Sasaran keperawatan komunitas adalah individu, keluarga dan kelompok berisiko tinggi (keluarga atau penduduk di daerah kumuh, daerah terisolasi, daerah yang tidak terjangkau termasuk kelompok bayi, balita dan ibu hamil).

Nah, Anda sudah belajar tentang sasaran keperawatan komunitas. Berikutnya Anda akan belajar tentang materi falsafah keperawatan komunitas. Materi ini berkaitan dengan paradigma keperawatan yang sudah Anda pelajari di semester 1 pada mata kuliah konsep dasar keperawatan.

D. MODEL KEPERAWATAN KOMUNITAS

Model keperawatan ini pada hakikatnya mengatur hubungan antara perawat komunitas dengan klien, yaitu keluarga, kelompok, dan komunitas. Klien telah memberikan kepercayaan dan kewenangannya untuk membantunya meningkatkan kesehatan melalui asuhan keperawatan komunitas yang berkualitas. Seperti yang Anda ketahui tentang berbagai model yang pernah dibahas pada topik lain, sebenarnya banyak model yang dapat digunakan oleh perawat komunitas. Namun, pada topik ini hanya dibatasi tiga model yang sering digunakan di komunitas, berikut uraiannya.

1. Model *self care* menurut Dorothy Orem

Anda mungkin sudah tidak asing lagi dengan kata *self care* (mandiri). Ya, kemandirian komunitas adalah tujuan akhir dari pelayanan keperawatan komunitas. Model ini lebih menekankan kepada *self care* (mandiri) untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan komunitas dalam keadaan, baik sehat maupun sakit (Orem, 1971, dalam Marriner, 2001). Bila kita me-*review* empat konsep sentral dalam paradigma keperawatan, maka model ini dapat dijelaskan sebagai berikut.

a. *Empat Konsep Sentral dalam Falsafah Keperawatan*

- 1) **Manusia.** Orem (1971, dalam Marriner, 2001), memandang manusia sebagai kesatuan yang utuh yang mempunyai fungsi biologis, sosial, mempunyai inisiatif, dan mampu melakukan aktivitas perawatan diri untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan kesejahteraan komunitas. Kemampuan komunitas untuk melakukan *self care* (mandiri) mencerminkan kekuatan komunitas yang ada, dan ini sangat tergantung pada tingkat kematangan atau pengalaman, tingkat pengetahuan, dan kesehatan komunitasnya.
- 2) **Kesehatan.** Model ini memandang bahwa kesehatan komunitas dapat tercapai ketika komunitas mampu memenuhi kebutuhan *self care*-nya. Bila komunitas tidak mampu memenuhi kebutuhannya, maka akan terjadi *self care deficit*. Berikut kebutuhan *self care* yang harus dipenuhi oleh komunitas.

b. *Model Orem menjelaskan ada tiga jenis kebutuhan self care (mandiri)*

- 1) *Universal self care* dibutuhkan oleh semua manusia, seperti udara, air, makanan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, serta interaksi sosial. Bila kebutuhan tersebut terpenuhi, maka komunitas akan dapat mencapai kesehatan yang diharapkannya. Contoh, Anda mungkin pernah melihat kekeringan di suatu desa, akan sangat memengaruhi kehidupan komunitasnya. Masyarakat menjadi sulit untuk mencari air bersih, dan bahkan untuk bercocok tanam pun menjadi sulit. Penyakit akan banyak muncul dan kegagalan panen juga akan terjadi. Hal ini tentu saja akan berpengaruh pada kehidupan komunitas di dalamnya.
- 2) *Developmental self care*, adalah kebutuhan yang mencakup proses kehidupan untuk menjadi lebih dewasa. Contoh, akhir-akhir ini media massa sering menayangkan kejadian tawuran antarwarga atau antarkelompok masyarakat. Penyebabnya sangat bervariasi dari hal yang sepele sampai yang paling prinsip. Coba Anda pikirkan, kira-kira apa penyebabnya? Sebenarnya yang terjadi adalah ketidakmampuan komunitas untuk berkembang, ketika ada perubahan sedikit, masyarakat langsung bergejolak. Memang ketika kebutuhan *universal self care* (mandiri), seperti di atas dapat terpenuhi khususnya kemampuan membina interaksi sosial yang baik, maka komunitas akan lebih dewasa dalam menghadapi permasalahan.
- 3) *Health deviation self care*, adalah kebutuhan komunitas untuk bertahan karena adanya penyakit atau trauma yang dapat mengganggu fungsi struktur, fisiologis dan psikologis manusia. Perubahan ini akan mengakibatkan komunitas membutuhkan bantuan untuk tetap bertahan hidup. Contoh, Anda masih ingat awal Juli 2013 terjadi gempa di Aceh Tengah yang menyebabkan sedikitnya 50 orang meninggal dunia, ratusan orang luka-luka, banyak rumah yang hancur, sehingga tidak memiliki tempat tinggal. Gempa ini mengingatkan mereka pada tragedi gempa dan tsunami tahun 2004, baru saja mereka berkembang untuk menata kembali kehidupannya bencana sudah datang lagi. Tentu saja kejadian ini menjadi trauma buat mereka. Dari kasus ini, keperawatan komunitas

dapat berperan memenuhi kebutuhan komunitas agar trauma tersebut tidak terlalu lama memengaruhi fungsi manusia yang lain. Logikanya asuhan keperawatan komunitas dibutuhkan karena adanya ketidakmampuan komunitas dalam melakukan *self care* (mandiri).

c. *Keperawatan*

Baiklah, Anda untuk lebih jelasnya model ini akan membahas tentang tiga sistem keperawatan yang dapat digunakan perawat untuk membantu komunitas dalam memenuhi gangguan kebutuhan, seperti uraian di atas. Tindakan *self care* (mandiri) adalah reaksi komunitas terhadap tuntutan untuk memenuhi kebutuhan *self care* dalam upaya mencapai kesehatan.

d. *Tipe sistem keperawatan*

1) *Wholly Compensatory Nursing System*

Perawat komunitas mengambil seluruh kegiatan *self care* untuk memenuhi kebutuhan komunitas secara total. Contoh, daerah yang mengalami bencana alam, yang komunitasnya tidak mampu memenuhi seluruh kebutuhannya, maka perawat komunitas dapat bermitra dengan lintas sektoral atau lintas program untuk membantu memenuhi kebutuhan komunitas.

2) *Partly Compensatory Nursing System*

Perawat komunitas dan masyarakat bersama-sama memenuhi kebutuhan *self care*. Perawat mengidentifikasi kebutuhan, kemampuan, dan kelemahan yang ada di komunitas. Untuk kebutuhan yang tidak dapat dipenuhi oleh komunitas, perawat melakukan tindakan keperawatannya, dan bila komunitasnya mampu, perawat tetap memberikan motivasi agar kemampuan tersebut dapat dipertahankan atau ditingkatkan. Kemitraan dengan komunitas pada sistem ini sangat dibutuhkan. Contoh, daerah bencana alam yang tidak terlalu parah kondisinya dan komunitasnya masih dapat diajak bekerjasama. Perawat komunitas dapat melakukan perawatan luka pada klien yang mengalami fraktur atau memberikan konseling trauma, sedangkan komunitasnya dapat membantu mempertahankan kebersihan lingkungan dan memenuhi nutrisinya. Masih banyak contoh lain yang dapat Anda kembangkan.

3) *Supportive Educative System*

Pada situasi ini komunitas mampu melakukan pemenuhan kebutuhan *self care*, tetapi harus dengan bimbingan dan dukungan dari perawat dalam hal mengambil keputusan, mengontrol perilaku, memperoleh pengetahuan dan keterampilan. Contoh: daerah yang mengalami bencana, komunitasnya perlu diajarkan dan dibimbing tentang manajemen stres dan pendampingan adaptasi dengan kondisi saat ini. Komunitas yang tidak mampu memenuhi kebutuhan *self care*-nya karena adanya gangguan kesehatan, penyakit atau keterbatasan komunitas, maka komunitas tersebut akan mengalami *self care* defisit. Ketidakmampuan tersebut akan mengakibatkan

ketergantungan komunitas terhadap pihak lain, salah satunya perawat. Perawat sebagai *nursing agency* adalah orang yang dipercaya komunitas memiliki kemampuan dalam hal pengetahuan, dan keterampilan yang diakui dapat membantu orang lain memenuhi kebutuhan *self care* melalui tindakan keperawatan secara terapeutik. Kemampuan komunitas memenuhi kebutuhan *self care*-nya bukan semata-mata, karena adanya *nursing agency*, tetapi juga karena adanya kemampuan komunitas untuk menjaga keseimbangan, struktur, dan fungsi yang dapat mendukung tercapainya kesejahteraan dan kesehatan.

e. *Lingkungan*

Lingkungan dapat diartikan sebagai tempat, situasi maupun hal-hal yang berinteraksi dengan individu, baik secara aktif maupun pasif. Lingkungan dan individu akan sama-sama berpikir, menganalisis dan membuat kesimpulan selama interaksi. Sifat lingkungan yang mungkin saja berupa lingkungan hidup, seperti adanya individu lain dapat memengaruhi lingkungan internal seseorang.

Paradigma keperawatan dalam konsep lingkungan ini adalah memandang bahwa lingkungan fisik, psikologis, sosial, budaya dan spiritual dapat memengaruhi kebutuhan dasar manusia selama pemberian asuhan keperawatan dengan meminimalkan dampak atau pengaruh yang ditimbulkannya sehingga tujuan asuhan keperawatan dapat tercapai.

2. **Model *Health Care System* menurut Betty Neuman**

Model kedua yang akan dibahas adalah model *health care system* (Neuman, 1972, dalam Anderson & McFarlane, 2000). Model ini dikembangkan berdasarkan *philosophy primary health care* (pelayanan kesehatan utama) yang memandang komunitas sebagai klien. Kliennya bisa meliputi individu, kelompok, keluarga, komunitas atau kumpulan agregat lainnya yang dipandang sebagai suatu sistem terbuka yang memiliki siklus *input*, proses, *output* dan *feedback* sebagai suatu pola yang dinamis.

Pandangan model ini terhadap empat konsep sentral paradigma keperawatan adalah sebagai berikut.

a. *Manusia*

Model ini memandang manusia sebagai sistem terbuka yang berinteraksi secara konstan dan dinamis seiring dengan adanya respon terhadap stresor baik dari lingkungan internal maupun eksternal. Model ini juga memandang manusia atau klien secara keseluruhan (holistik) yang terdiri atas faktor fisiologis, psikologis, sosial budaya, perkembangan, dan spiritual yang berhubungan secara dinamis dan tidak dapat dipisahkan.

Sistem klien diartikan dalam struktur dasar dalam lingkaran konsentrik yang saling berkaitan. Struktur dasar meliputi faktor dasar kelangsungan hidup yang merupakan gambaran yang unik dari sistem klien, seperti *range* temperatur normal, struktur genetik, pola respon, kekuatan dan kelemahan organ, struktur ego, dan pengetahuan atau kebiasaan. Stresor yang ada akan sangat memengaruhi kondisi klien, contoh ketika di suatu daerah

terdapat banyak agregat remaja awal (usia 12-13 tahun) sudah banyak yang merokok, karena mencontoh orang dewasa. Mengingat bahaya merokok usia dini sangat besar, maka perawat komunitas akan melakukan upaya pencegahan primer dengan memberikan pendidikan kesehatan pada remaja tersebut dengan melibatkan orang dewasa di sekitarnya. Ini menunjukkan komunitas membutuhkan informasi dan dukungan untuk melakukan perilaku sehat untuk mengatasi stresor.

b. *Kesehatan*

Kemampuan komunitas mempertahankan keseimbangan terhadap stresor yang ada dan mempertahankan keharmonisan antara bagian dan subbagian keseluruhan komunitas. Model ini pun menjelaskan bahwa sehat merupakan respons sistem terhadap stresor dilihat dalam satu lingkaran konsentris *core* (inti) dengan tiga garis pertahanan, yaitu fleksibel, normal, dan resisten, dengan lima variabel yang saling memengaruhi, yaitu fisiologi, psikologi, sosiobudaya, spiritual dan perkembangan.

c. *Lingkungan*

Lingkungan adalah seluruh faktor internal dan eksternal yang berada di sekitar klien, dan memiliki hubungan yang harmonis dan seimbang. Anda harus mengenal stresor yang berasal dari lingkungan *intrapersonal*, *interpersonal* dan *extrapersonal*, berikut uraiannya.

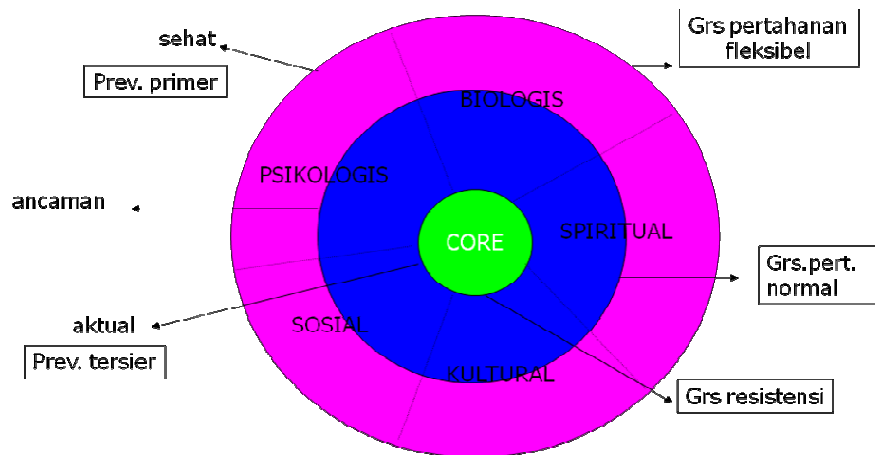
- 1) Lingkungan *intrapersonal*, yaitu lingkungan yang ada dalam sistem klien. Contoh, melihat sekelompok pelajar SMP tawuran, perawat tentu harus mengkaji mengapa remaja berperilaku demikian, apakah remaja memiliki kepribadian yang mudah marah, gangguan konsep dirinya, atau tidak terpenuhinya kebutuhan remaja, sehingga marah menjadi kompensasi dari gangguan kebutuhan tersebut.
- 2) Lingkungan *interpersonal* yang terjadi pada satu individu atau keluarga atau lebih yang memiliki pengaruh pada sistem. Contoh, apakah perilaku tawuran tersebut dicontoh remaja dari lingkungan keluarganya atau lingkungan komunitasnya? Lalu siapakah yang berperan dalam mengatasi masalah tawuran remaja ini?
- 3) Lingkungan *extrapersonal*, yaitu di luar lingkup sistem, individu atau keluarga, tetapi ikut memengaruhi sistem komunitas. Contoh, sosial politik, mungkin remaja tawuran, karena ada sisipan unsur politik untuk mengalihkan permasalahan yang sedang terjadi di wilayah tersebut.

d. *Keperawatan*

Model ini menjelaskan bahwa keperawatan memperhatikan manusia secara utuh untuk mempertahankan semua variabel yang memengaruhi respons klien terhadap stresor. Melalui penggunaan model keperawatan ini, diharapkan dapat membantu individu, keluarga dan kelompok untuk mencapai dan mempertahankan level maksimum dari total *wellness*. Perawat membantu komunitas menjaga kestabilan dengan lingkungannya dengan melakukan prevensi primer untuk garis pertahanan fleksibel, prevensi sekunder untuk garis pertahanan normal, dan prevensi tersier untuk garis pertahanan resisten.

Pelayanan keperawatan juga disesuaikan dengan kondisi yang dialami komunitasnya. Contoh, jika stresor ada di lingkungan klien, yaitu menembus garis pertahanan fleksibel, maka yang dilakukan perawat adalah melakukan prevensi primer (tingkat pencegahan primer), seperti mengkaji faktor-faktor risiko, memberi pendidikan kesehatan atau membantu klien sesuai dengan kebutuhannya. Jika stresor telah menembus garis pertahanan normal, maka yang dilakukan perawat adalah melakukan prevensi sekunder, seperti melakukan deteksi dini, menentukan sifat dari proses penyakit dan memberikan pelayanan keperawatan segera. Jika stresor telah mengganggu garis pertahanan resisten, maka upaya prevensi tersier dapat dilakukan oleh perawat untuk membatasi atau mengurangi efek dari proses penyakitnya atau mengoptimalkan potensi komunitas sebagai sumber rehabilitasi.

Baiklah, gambar berikut ini dapat membantu Anda lebih memahami tentang model *health care system*

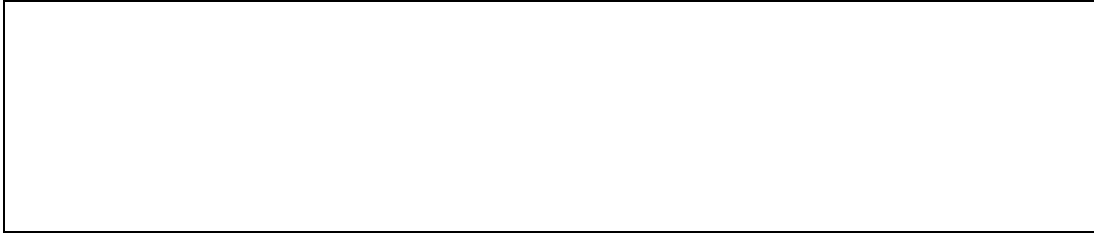


Gambar 3.2.
Model Health Care System

Uraian tentang model *health care system* di atas dapat disimpulkan bahwa **faktor manusia, kesehatan, lingkungan, dan keperawatan** merupakan bagian yang saling berhubungan dan mendukung ke arah stabilitas sistem.

3. Model Keperawatan Komunitas sebagai Mitra (*community as partner*) menurut Anderson & Mc Farlane

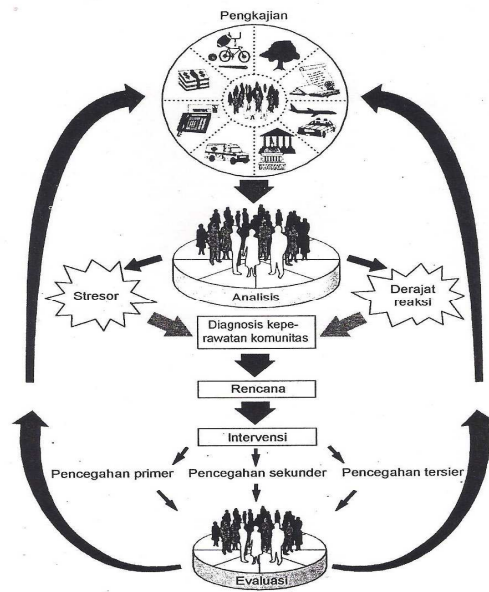
Model selanjutnya yang akan kita bahas adalah model keperawatan komunitas sebagai mitra. Coba Anda tuliskan apa yang Anda ketahui tentang komunitas sebagai mitra (*community as partner*)? Tuliskan pendapat Anda pada kotak di bawah ini.



Bagus, mari kita lihat penjelasan model berikut ini. Model komunitas sebagai mitra (*community as partner*) yang dikembangkan berdasarkan model Neuman dengan pendekatan totalitas manusia untuk menggambarkan masalah kesehatan yang ada. Model ini sekaligus menekankan bahwa *primary health care* (PHC) sebagai filosofi yang mendasari komunitas untuk turut aktif meningkatkan kesehatan, mencegah, dan mengatasi masalah melalui upaya pemberdayaan komunitas dan kemitraan. Perlu Anda ketahui bahwa ada tiga pendekatan utama *primary health care* (PHC), yaitu memberikan pelayanan kesehatan dasar dengan teknologi tepat guna, menjalin kerja sama lintas sektoral, dan meningkatkan peran serta masyarakat. Oleh karenanya, model ini sangat menitikberatkan pada kemitraan, melalui kemitraan komunitas akan merasa masalah kesehatannya juga menjadi tanggung jawabnya.

Pada pembahasan sebelumnya tentang model *health care system* menurut Neuman sudah dijelaskan, bahwa klien adalah sebagai sistem terbuka. Klien dan lingkungannya berada dalam interaksi yang dinamis dan memiliki tiga garis pertahanan, yaitu *fleksible line of defense*, *normal line of defense*, dan *resistance defense*. Intinya ada dua komponen penting dalam model ini, yaitu roda pengkajian komunitas dan proses keperawatan. Roda pengkajian komunitas terdiri atas dua bagian utama, yaitu inti (*core*) sebagai intrasistem yang terdiri atas, demografi, riwayat, nilai dan keyakinan komunitas. Ekstrasistemnya terdiri atas delapan subsistem yang mengelilingi inti, yaitu lingkungan fisik, pendidikan, keamanan dan transportasi, politik dan pemerintahan, pelayanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi, dan rekreasi. Proses keperawatan yang dimaksud mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Hitchcock, Schubert, Thomas, 1999; Anderson & McFarlane, 2000; Ervin, 2002).

Berikut gambar tentang model komunitas sebagai mitra (*community as partner*).



Gambar. 3.3
Model Komunitas sebagai Mitra (Community as Partner)

4. Peran dan fungsi perawat komunitas

Perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan mempunyai peran dan fungsi dalam meningkatkan kesehatan komunitas. Perawat dituntut mempunyai sekumpulan kemampuan/kompetensi yang telah ditetapkan oleh kebijakan organisasi dengan merujuk pada persepsi dan harapan komunitas terhadap pelayanan keperawatan komunitas yang diberikan. Menurut Anda, apa yang menjadi peran dan fungsi perawat komunitas dalam praktik keperawatan? Cobalah Anda tuliskan pada kotak di bawah ini.

Baik sekali! Anda sudah mencoba menuliskan pendapat, mari kita lihat uraian peran dan fungsi perawat komunitas dalam praktik keperawatan berikut ini.

a. *Manager kasus*

Jika, berperan sebagai manager, perawat harus mampu mengelola pelayanan yang berkoordinasi dengan komunitas atau keluarga, penyedia pelayanan kesehatan atau pelayanan sosial yang ada. Hal ini bertujuan untuk mempermudah pencapaian tujuan asuhan keperawatan komunitas. Seyogyanya kualifikasi pendidikan seorang manager kasus minimal Sarjana Keperawatan.

Anda mungkin pernah mengetahui tentang peran di atas, sebagai manager kasus perawat komunitas harus dapat berfungsi untuk melakukan tindakan sebagai berikut.

- 1) Mengidentifikasi kebutuhan komunitas terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini penting dilakukan agar pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan komunitas.
- 2) Menyusun rencana asuhan keperawatan komunitas. Rencana ini dibuat berdasarkan hasil pengkajian kebutuhan komunitas terhadap pelayanan kesehatan.
- 3) Mengoordinasikan aktivitas tim kesehatan multidisiplin sehingga pelayanan yang diberikan dapat optimal dan tepat sasaran.
- 4) Menilai kualitas pelayanan keperawatan dan pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Sebagai manager, hal ini penting untuk meningkatkan pengelolaan berikutnya.

b. *Pelaksana Asuhan keperawatan*

Salah satu peran penting perawat adalah memberikan pelayanan langsung kepada komunitas sesuai dengan kebutuhan komunitas atau keluarga. Anda dapat mencoba peran ini sesuai dengan tahapan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan. Sebagai pelaksana asuhan keperawatan, perawat dapat berfungsi untuk:

- 1) melakukan pengkajian secara komprehensif;
- 2) menetapkan masalah keperawatan komunitas;
- 3) menyusun rencana keperawatan dengan mempertimbangkan kebutuhan dan potensi komunitas;
- 4) melakukan tindakan keperawatan langsung mencakup tindakan mandiri (seperti melakukan perawatan luka, melatih napas dalam dan batuk efektif, melatih latihan rentang gerak/rom, dan sebagainya), serta tindakan kolaboratif (seperti pemberian obat TBC dan sebagainya);
- 5) mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah diberikan;
- 6) mendokumentasikan semua tindakan keperawatan.

c. *Pendidik*

Jika berperan sebagai pendidik, maka perawat harus mampu menjadi penyedia informasi kesehatan dan mengajarkan komunitas atau keluarga tentang upaya kesehatan yang dapat dilakukan komunitas. Peran tersebut dapat Anda lihat saat perawat melakukan pendidikan kesehatan. Berikut fungsi yang dapat dijalankan oleh perawat komunitas dalam menjalankan perannya sebagai pendidik.

- 1) Mengidentifikasi kebutuhan belajar, yaitu apa yang ingin diketahui oleh komunitas, ini bisa diketahui saat perawat melakukan pengkajian komunitas.
- 2) Memilih metode pembelajaran (ceramah, diskusi, atau demonstrasi), dan materi yang sesuai dengan kebutuhan.
- 3) Menyusun rencana pendidikan kesehatan.
- 4) Melaksanakan pendidikan kesehatan.
- 5) Melatih komunitas/kelompok/keluarga tentang keterampilan yang harus dimiliki sesuai kebutuhannya.
- 6) Mendorong keluarga untuk melatih keterampilan yang sudah diajarkan perawat.
- 7) Mendokumentasikan kegiatan pendidikan kesehatan.

d. *Pembela (Advocate)*

Peran sebagai pembela (*advocate*) dapat dilakukan perawat dengan mendukung pelayanan keperawatan yang berkualitas dan kompeten. Sikap perawat yang selalu berupaya meningkatkan kompetensinya agar asuhan keperawatan komunitas yang diberikan terjaga kualitasnya, merupakan contoh pelaksanaan peran sebagai pembela (*advocate*). Bagaimana dengan Anda, apakah juga berkomitmen untuk selalu menjaga kualitas asuhan keperawatan yang diberikan? Cobalah Anda sejak saat ini terus menjaga komitmen tersebut.

Selain sikap di atas, tindakan lain yang dapat dilakukan perawat sebagai pembela (*advocate*) adalah:

- 1) menyediakan informasi yang dibutuhkan komunitas atau keluarga untuk membuat keputusan;
- 2) memfasilitasi komunitas atau keluarga dalam mengambil keputusan;
- 3) membuka akses ke provider agar komunitas atau keluarga mendapatkan pelayanan yang terbaik (membangun jejaring kerja);
- 4) menghormati hak klien;
- 5) meminta persetujuan tindakan yang akan dilakukan;
- 6) melaksanakan fungsi pendampingan komunitas atau keluarga;
- 7) memberikan informasi terkait sumber-sumber pelayanan yang dapat digunakan;
- 8) memfasilitasi masyarakat dalam memanfaatkan sumber-sumber tersebut.

e. *Konselor*

Perawat konselor membutuhkan keterampilan khusus, yaitu perawat tersebut adalah orang yang memahami (*expert*) di bidang keahliannya, dapat dipercaya untuk membantu komunitas atau keluarga dan mengembangkan koping yang konstruktif dalam penyelesaian masalah. Perawat juga dapat memberikan berbagai solusi dalam rangka menetapkan cara yang lebih baik untuk penyelesaian masalah.

Memang tidak semua perawat dapat berperan sebagai konselor, karena membutuhkan keterampilan khusus, namun demikian yakinlah bila Anda berusaha meningkatkan kompetensi, maka Anda akan mampu untuk menjadi seorang konselor. Selamat belajar!

f. *Role Model*

Bila kita mengingat Topik 1, pelayanan keperawatan komunitas bersifat berkelanjutan dan berkesinambungan, tentu saja ini menuntut perawat untuk mampu berinteraksi baik dengan komunitas. Dalam interaksi, ada proses transformasi perilaku perawat yang dapat dipelajari oleh komunitas atau keluarga. Proses inilah yang sebenarnya, bahwa perawat sedang menjalankan perannya sebagai *role model* (contoh). Menurut Anda, perawat komunitas yang bagaimanakah yang dapat dijadikan sebagai *role model*? Bagaimana kalau Anda melihat ada perawat komunitas yang merokok? Coba Anda tuliskan pendapat Anda dalam kotak di bawah ini.

Bagus sekali! pendapat Anda, memang benar sekali perawat yang dapat dijadikan *role model* adalah perawat yang mau meningkatkan kemampuan dirinya, berperilaku sehat, dan bertanggung jawab terhadap tugasnya sebagai perawat komunitas.

g. *Penemu Kasus*

Peran selanjutnya yang dapat dilakukan oleh perawat komunitas adalah melibatkan diri dalam penelusuran kasus di komunitas atau keluarga, untuk selanjutnya dilakukan kajian apa saja yang dibutuhkan komunitas. Tentu saja kasus tersebut mungkin membutuhkan intervensi dari profesi lain atau pelayanan kesehatan yang lebih kompleks, maka yang dilakukan perawat komunitas adalah segera merujuk klien. Merujuk juga membutuhkan ketelitian perawat untuk mengidentifikasi, kasus mana yang seharusnya di rujuk dan ke mana harus merujuk? Nah, Anda dapat mengembangkan peran ini, tentu saja sebelumnya kemampuan Anda mengkaji atau menilai kebutuhan komunitas harus terus dilatih. Selamat berlatih!

h. *Pembaharu*

Anda tentu pernah mendengar istilah pembaharu (*change agent*). Peran ini membantu komunitas untuk melakukan perubahan ke arah kehidupan yang lebih sehat. Hal yang dilakukan perawat sebagai pembaharu adalah sebagai berikut.

- 1) Mengidentifikasi kekuatan dan penghambat perubahan. Hal ini penting dilakukan karena suatu perubahan merupakan suatu hal yang baru yang membutuhkan dukungan.
- 2) Membantu pencairan dan memotivasi untuk berubah.
- 3) Membantu komunitas menginternalisasi perubahan.

Contoh

Masyarakat desa Bahagia mempunyai perilaku membuang sampah di sungai, sudah banyak bencana akibat perilaku tersebut. Perawat komunitas yang bertugas di wilayah tersebut berupaya ingin mengubah perilaku masyarakat dengan membentuk kelompok masyarakat yang kreatif mengolah sampah rumah tangga, dengan mencoba memilah sampah kering untuk didaur ulang. Sebelum membuat program tersebut, perawat harus mengidentifikasi kekuatan yang ada (misalnya, faktor pendukung dari perangkat desa dengan membuat peraturan “denda bagi warga yang membuang sampah di sungai”), dan hambatan apa saja yang memungkinkan program tersebut terhambat. Setelah tahap ini, perawat dapat melanjutkan tahap berikutnya, yaitu membantu pencairan, karena tentu suatu program baru pastilah ada yang setuju dan tidak setuju. Tahap pencairan ini adalah tahap untuk menyelesaikan konflik yang ada, untuk selanjutnya diberikan kesempatan pada komunitas untuk menginternalisasi rencana program yang akan dibentuk, untuk selanjutnya perubahan benar-benar dilakukan. Dari uraian di atas, mungkin Anda mempunyai contoh lain perubahan sesuai dengan pengalaman di daerah setempat.

5. *Peneliti*

Berkembangnya ilmu keperawatan, salah satunya banyak dipengaruhi oleh hasil-hasil penelitian. Melalui penelitian, perawat komunitas dapat mengidentifikasi masalah praktik dan mencari jawaban melalui pendekatan ilmiah. Meskipun perawat lulusan DIII tidak mempunyai kompetensi melakukan penelitian mandiri, namun perawat lulusan DIII dapat menjadi anggota penelitian dan menggunakan hasil penelitian dalam praktik keperawatan komunitas.

Latihan

- 1) Coba identifikasi tindakan perawat berdasarkan peran dan fungsinya di komunitas sebagai pembela dengan sasaran kelompok lansia di Posyandu!
- 2) Jelaskan peran perawat sebagai role model di komunitas!
- 3) Jelaskan tindakan yang harus dilakukan perawat sebagai penemu kasus!
- 4) Bagaimana aplikasi model *self care* pada kelompok penderita DM?
- 5) Jelaskan sasaran dari pelayanan keperawatan komunitas!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Peran perawat sebagai pembela, yaitu peran perawat dalam memfasilitasi kebutuhan kelompok lansia pada saat melakukan perawatan kesehatannya.
- 2) *Role Model* adalah peran perawat dalam memberikan contoh-contoh berperilaku sehat pada kelompok lansia.

- 3) Penemu kasus adalah peran perawat dalam melakukan pemeriksaan-pemeriksaan sebagai upaya menemukan masalah kesehatan di masyarakat.
- 4) Model *self care* pada kelompok penderita DM adalah melihat kemampuannya dalam melakukan perawatan diri.
- 5) Sasaran pelayanan keperawatan komunitas adalah kelompok rawan dan berisiko terjadinya masalah kesehatan.

Ringkasan

Selamat Anda telah menyelesaikan Topik 2 **Konsep Keperawatan Komunitas** yang dapat digunakan pada praktik keperawatan komunitas, berikut ringkasan dari materi di atas.

Tujuan keperawatan komunitas adalah promosi kesehatan, proteksi dan pencegahan, serta penyembuhan penyakit. Model keperawatan merupakan kerangka kerja yang dapat dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan komunitas yang pada hakikatnya mengatur hubungan antara perawat komunitas dengan klien, yaitu keluarga, kelompok, dan komunitas agar tercapai tujuan keperawatan yang diharapkan.

Model *self care* menurut Orem lebih memfokuskan bagaimana komunitas dapat mandiri memenuhi kebutuhan *self care*-nya melalui tindakan keperawatan secara terapeutik. Model *health care system* menurut Betty Neuman lebih menekankan pada keseimbangan terhadap stresor yang ada, dan mempertahankan keharmonisan antara bagian dan subbagian keseluruhan komunitas dalam satu lingkaran konsentris. Lingkaran tersebut terdiri atas *core* (inti) dengan tiga garis pertahanan, yaitu fleksibel, normal, dan resisten, dengan lima variabel yang saling memengaruhi, yaitu fisiologi, psikologi, sosiobudaya, spiritual, dan perkembangan.

Model komunitas sebagai mitra (*community as partner*) menurut Anderson & McFarlane lebih menekankan bahwa *primary health care* (PHC) yang mendasari komunitas untuk turut aktif meningkatkan kesehatan, mencegah dan mengatasi masalah melalui upaya pemberdayaan komunitas dan kemitraan .

Tes 2

Pilihlah jawaban yang paling **tepat!**

- 1) Memandirikan komunitas agar dapat menolong dirinya sendiri dalam menghadapi masalah kesehatan adalah tujuan dari model keperawatan menurut model....
 - A. *self care* menurut Orem
 - B. *health care system* menurut Betty Neuman
 - C. komunitas sebagai mitra menurut Anderson & McFarlane
 - D. Adaptasi menurut Roys

- 2) Banyaknya tawuran antarkampung sampai menimbulkan kerusakan fasilitas umum, menjadi keprihatinan perawat komunitas. Sebenarnya kebutuhan apa yang tidak terpenuhi di komunitas tersebut...
 - A. fisiologis *self care*
 - B. psikologis *self care*
 - C. *developmental self care*
 - D. *health deviation self care*

- 3) Pendidikan kesehatan yang diberikan oleh perawat kepada kelompok remaja tentang bahaya merokok merupakan salah satu bentuk intervensi....
 - A. *wholly compensatory nursing system*
 - B. *partly compensatory nursing system*
 - C. *totally compensatory nursing system*
 - D. *supportive educative*

- 4) Hasil pengkajian perawat komunitas menemukan adanya faktor risiko terjadinya penyalahgunaan NAPZA di lingkungan remaja, karena lingkungan dekat sekali dengan *mall*, terminal, dan stasiun, serta banyak ditemukan remaja sudah ada yang mulai merokok di usia dini. Berdasarkan model *health care system* kondisi ini berada pada garis pertahanan yang manakah komunitas tersebut...
 - A. fleksibel
 - B. normal
 - C. deviasi
 - D. resisten

- 5) Upaya pencegahan yang mana yang paling tepat untuk kasus remaja berisiko menggunakan NAPZA, agar dapat dilakukan deteksi sejak dini....
 - A. primer
 - B. sekunder
 - C. tersier
 - D. rehabilitatif

- 6) Di suatu daerah banyak dijumpai penduduknya beternak unggas, dan sudah banyak unggas yang mati karena sakit. Meskipun belum ada laporan manusia ada yang sakit atau meninggal karena virus HN1, namun hal ini sudah menjadi kewaspadaan perawat komunitasnya untuk segera memberikan intervensi. Berada pada garis pertahanan manakah komunitas tersebut...
 - A. fleksibel
 - B. normal
 - C. deviasi
 - D. radikal

- 7) Diketahui di suatu desa, masyarakatnya sebenarnya sudah pernah diberikan pendidikan kesehatan tentang KB, namun mereka masih enggan menjadi peserta KB, karena alasannya takut dan tidak diperbolehkan suami. Pendekatan manakah yang cocok untuk menghadapi kasus di atas....
- A. menyediakan alat-alat KB secara gratis
 - B. memberikan hadiah pada peserta masyarakat yang ber-KB
 - C. menjalin kemitraan dengan tokoh masyarakat dan tokoh agama
 - D. terus secara aktif memberikan pendidikan kesehatan
- 8) Pada kasus komunitas yang tidak mau ber-KB, apa yang harus perawat komunitas kaji pada bagian inti (*core*) dari komunitas....
- A. pendidikan
 - B. pelayanan kesehatan
 - C. komunikasi
 - D. nilai dan keyakinan komunitas
- 9) Perawat bertanggungjawab meningkatkan mutu pelayanan keperawatan komunitas. Hal ini merupakan peran perawat sebagai....
- A. pelaksana
 - B. pengelola
 - C. pendidik
 - D. peneliti
- 10) Perawat mendapatkan keluarga yang sedang dibinanya menanyakan tentang perawatan klien di rumah, melihat kondisi ini peran perawat yang harus dilaksanakan adalah....
- A. pelaksana
 - B. pengelola
 - C. pendidik
 - D. peneliti

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) C
- 2) D
- 3) A
- 4) A
- 5) C
- 6) A
- 7) C
- 8) B
- 9) C
- 10) A

Tes 2

- 1) A
- 2) C
- 3) D
- 4) A
- 5) A
- 6) B
- 7) C
- 8) D
- 9) B
- 10) C

Daftar Pustaka

- Anderson, T.Elizabeth, Farlen, Mc. Judith. 2000. Community As Partner Theory and Practice in Nursing. Philadelphia. Lippincott.
- Effendy N, 1998. Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat, EGC. Jakarta
- Friedman, M.M, Bowden, V.R. & Jones, E.G. 2003. Family nursing: Research, Theory & Practice. (5th ed.), New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman, M.M. 1998. Family nursing: Research, Theory & Practice. (4th ed.), California: Appleton and Lange.
- Hanson, S.M.H., & Boyd, S.T. 1996. Family Health care nursing: Theory, Practice and research, Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Maglaya, Arceli. 2009. Nursing Practice In the Community. Marikina City: Argonauta Corporation.
- NANDA. 2014. Diagnosis Keperawatan, EGC. Jakarta
- Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2012
- Stanhope, M. & Lancaster. J. 2009. Community health nursing. Process and practice for promoting health. Mosby Company, USA.
- Swanson M. Janice, Nies. Mary. 1997. Community Health Nursing Promoting the Health of Aggregate. Philadelphia: WB. Saunders.

BAB III

PENGAJIAN DAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA

Ns. Siti Nur Kholifah, SKM, M.Kep, Sp.Kom

PENDAHULUAN

Asuhan keperawatan keluarga merupakan kegiatan strategis yang mempunyai daya ungkit besar terhadap keberhasilan pembangunan kesehatan. Oleh karena pentingnya pelayanan keperawatan ini, pemerintah memberikan kebijakan dengan dikeluarkannya Kepmenkes 908/Menkes/SK/VII/2010 tentang pedoman penyelenggaraan pembinaan pelayanan keperawatan keluarga. Upaya ini dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat melalui pemberdayaan keluarga.

Asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan yang sistematis melalui proses interaksi bersama klien dan keluarga. Bab 3 ini, menyajikan tentang pengkajian keperawatan keluarga dan diagnosis keperawatan keluarga. Pada bahasan pengkajian keperawatan keluarga, Anda akan mempelajari tentang definisi pengkajian keperawatan keluarga, tujuan pengkajian keperawatan keluarga, karakteristik data yang dikumpulkan, sumber data, metode pengkajian keperawatan, komponen pengkajian keperawatan keluarga, dan analisis data. Selain itu, Anda mempelajari juga tentang definisi diagnosis keperawatan keluarga, dan tipe diagnosis keperawatan keluarga.

Setelah mempelajari bab ini, Anda akan mampu melaksanakan pengkajian keperawatan dan merumuskan diagnosis keperawatan keluarga. Secara khusus, Anda akan mampu untuk:

1. menjelaskan tentang konsep pengkajian keperawatan keluarga;
2. melaksanakan pengkajian keperawatan keluarga;
3. menjelaskan tentang konsep diagnosis keperawatan keluarga;
4. menyusun diagnosis keperawatan keluarga.

Sebelum mempelajari bab ini, mahasiswa harus sudah memahami materi tentang konsep keluarga dan konsep keperawatan keluarga sebagai prasyarat.

Manfaat yang dapat diperoleh setelah mempelajari bab ini, akan memudahkan dalam mengidentifikasi masalah keperawatan keluarga dan merumuskan masalah yang ditemukan dalam diagnosis keperawatan keluarga.

Agar mudah dipelajari, bab ini dikemas dalam dua kegiatan yang disusun dengan urutan sebagai berikut.

1. Topik 1 : Pengkajian keperawatan keluarga
2. Topik 2 : Diagnosis keperawatan keluarga

Langkah-langkah belajar agar Anda mudah memahami bab ini adalah sebagai berikut.

1. Pahami terlebih dahulu konsep penting yang ada dalam bab sebelumnya, tentang konsep keluarga dan konsep keperawatan keluarga.
2. Langkah-langkah asuhan keperawatan keluarga harus dipelajari secara berurutan, pahami dahulu pengkajian keperawatan keluarga, kemudian diagnosis keperawatan keluarga.
3. Setiap langkah, Anda akan belajar contoh kasus agar lebih memudahkan memahami materi.

Bab ini dilengkapi dengan tes 1 dan tes 2 serta latihan, hendaknya Anda kerjakan soal tersebut dengan tuntas. Semua soal perlu Anda kerjakan agar Anda dapat menilai sendiri tingkat penguasaan terhadap materi pembelajaran yang disajikan dalam bab.

Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk memelajari bab ini adalah sekitar 2 x 100 menit. Keberhasilan memelajari bab ini tentunya sangat tergantung pada keseriusan Anda dalam belajar. Hendaknya Anda tidak segan-segan untuk bertanya tentang materi pembelajaran yang belum Anda pahami kepada narasumber pada saat dilaksanakannya kegiatan pembelajaran tatap muka atau berdiskusi dengan rekan Anda. Semoga Anda senantiasa diberikan kemudahan dalam belajar.

Topik 1

Pengkajian Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan. Proses keperawatan terdiri atas lima langkah, yaitu pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, penyusunan perencanaan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan melakukan evaluasi. Lima langkah proses keperawatan keluarga dikemas dalam Bab 3 dan 4. Bab 3 akan menjelaskan tentang pengkajian keperawatan keluarga sampai dengan perumusan diagnosis keperawatan keluarga.

Pengkajian keperawatan keluarga merupakan langkah awal dari proses keperawatan keluarga. Kegiatan pengkajian harus dilakukan dengan benar, karena akan berpengaruh pada langkah-langkah berikutnya dalam proses keperawatan keluarga.

Topik 1 ini akan menguraikan materi tentang definisi pengkajian keperawatan keluarga, data pengkajian keperawatan keluarga yang terdiri atas data pengenalan keluarga, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, struktur keluarga (struktur peran, nilai, komunikasi, dan kekuatan), fungsi keluarga (fungsi afektif, sosialisasi, pelayanan kesehatan, ekonomi, dan reproduksi), serta coping keluarga.

Tujuan pembelajaran yang diharapkan pada Topik 1 ini, Anda mampu memahami konsep pengkajian keperawatan keluarga dan mampu melaksanakan pengkajian keperawatan dengan sasaran keluarga.

Materi Pengkajian keperawatan keluarga adalah sebagai berikut.

A. DEFINISI PENGKAJIAN KEPERAWATAN KELUARGA

Pengkajian adalah langkah atau tahapan penting dalam proses perawatan, mengingat pengkajian sebagai awal interaksi dengan keluarga untuk mengidentifikasi data kesehatan seluruh anggota keluarga. Pengertian pengkajian menurut Yura dan Walsh (1998) adalah tindakan pemantauan secara langsung pada manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan kondisi penyakit dan masalah kesehatan. Pengkajian merupakan suatu proses berkelanjutan, karena perawat akan mendapatkan data tentang kondisi atau situasi klien sebelumnya dan saat ini, sehingga informasi tersebut dapat digunakan untuk menyusun perencanaan pada tahap berikutnya.

Definisi pengkajian sudah kita ketahui, lalu apa itu pengkajian keperawatan? Pengkajian keperawatan adalah suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnosa masalah klien, penetapan kekuatan, dan kebutuhan promosi kesehatan klien.

Pengkajian keperawatan merupakan proses pengumpulan data. Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan, dan kesehatan klien.

Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan. Dari informasi yang terkumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien. Selanjutnya, data dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan, merencanakan asuhan keperawatan, serta tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah-masalah klien.

B. TUJUAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN

Pengkajian keperawatan bertujuan untuk:

1. memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan klien;
2. menentukan masalah keperawatan dan kesehatan klien;
3. menilai keadaan kesehatan klien;
4. membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya.

C. KARAKTERISTIK DATA YANG DIKUMPULKAN

1. Lengkap

Seluruh data diperlukan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan klien dan keluarga. Data yang terkumpul harus lengkap guna membantu mengatasi masalah secara adekuat. Misalnya, klien tidak mau melaksanakan diet DM, kaji secara mendalam mengapa klien tidak mau (alasan-alasan yang diungkapkan menjadi data pelengkap).

2. Akurat

Data yang dikumpulkan harus akurat untuk menghindari kesalahan. Perawat harus berpikir bagaimana caranya mengklarifikasi data yang ditemukan melalui keluhan klien adalah benar, dengan membuktikan apa yang telah didengar, dilihat, diamati dan diukur melalui pemeriksaan. Data perlu divalidasi sekiranya meragukan. Perawat tidak boleh membuat kesimpulan tentang suatu kondisi klien. Misalnya, klien tidak mau makan, perawat tidak boleh langsung menuliskan “klien tidak mau makan karena stres”. Diperlukan penyelidikan lanjutan untuk menetapkan kondisi klien. Dokumentasikan apa adanya sesuai data yang ditemukan pada saat pengkajian.

3. Relevan

Data yang dikumpulkan harus relevan dengan kondisi klien dan keluarga. Oleh karenanya, perawat perlu memahami penyakit yang diderita klien sebelum melakukan pengkajian data. Perawat dapat membuat catatan-catatan tentang data yang akan dikaji apabila tidak disediakan format pengkajian.

D. SUMBER DATA

1. Sumber data Primer

Sumber data primer adalah data yang dikumpulkan secara langsung dari klien dan keluarga, yang dapat memberikan informasi yang lengkap tentang masalah kesehatan yang dihadapinya.

2. Sumber data Sekunder

Sumber data sekunder adalah data yang dikumpulkan dari orang terdekat dari klien (keluarga), seperti orang tua, Anda, atau pihak lain yang mengerti kondisi klien selama sakit. Data sekunder dapat pula didapatkan dari catatan-catatan keperawatan hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh pihak lain.

Secara umum, sumber data yang dapat digunakan dalam pengumpulan data kesehatan keluarga adalah berikut ini.

- a. Klien dan keluarga.
- b. Orang terdekat.
- c. Catatan klien.
- d. Riwayat penyakit (pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan).
- e. Konsultasi.
- f. Hasil pemeriksaan diagnostik.
- g. Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya.
- h. Perawat lain.
- i. Kepustakaan.

Data yang dikumpulkan dari hasil pengkajian terdiri atas data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data hasil wawancara dan data objektif adalah data hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, dan observasi. Pengkajian merupakan tahap pertama dari proses keperawatan. Pada tahap ini, perawat dapat mengidentifikasi berbagai masalah keperawatan yang terjadi pada klien sebagai keluarga.

Kegiatan yang dapat Anda lakukan dalam kegiatan pengkajian keperawatan keluarga adalah mengumpulkan data yang akurat dari klien dan keluarga, sehingga diketahui berbagai masalah kesehatan yang terjadi. Agar pengkajian dapat Anda lakukan dengan baik dan benar, perawat harus memiliki pengetahuan di antaranya pengetahuan tentang kebutuhan dasar manusia sebagai sistem biopsikososial dan spiritual. Selama proses pengkajian, perawat memandang manusia dari aspek biologis, psikologis, sosial, dan aspek spiritual. Kemampuan lain yang harus dimiliki juga oleh perawat adalah melakukan observasi secara sistematis pada klien dan keluarga, kemampuan dalam membangun suatu kepercayaan, kemampuan mengadakan wawancara, serta melakukan pemeriksaan fisik keperawatan.

E. METODE PENGUMPULAN DATA

Metode pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut.

1. **Wawancara**, yaitu komunikasi dengan klien dan keluarga untuk mendapatkan respon, baik verbal maupun nonverbal. Wawancara adalah menanyakan atau membuat tanya-jawab yang berkaitan dengan masalah yang dihadapi oleh klien, atau disebut dengan anamnesa. Wawancara berlangsung untuk menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi klien dan keluarga serta merupakan suatu komunikasi yang direncanakan.

Tujuan dari wawancara adalah untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan pada klien dan keluarga. Wawancara juga bertujuan untuk membantu memperoleh informasi tentang partisipasi klien dan keluarga dalam mengidentifikasi masalah dan membantu perawat untuk menentukan investigasi lebih lanjut selama tahap pengkajian. Wawancara juga dilakukan untuk menjalin hubungan antara perawat dengan klien.

Semua interaksi perawat dengan klien berdasarkan komunikasi. Komunikasi keperawatan adalah suatu proses yang kompleks dan memerlukan kemampuan komunikasi dan interaksi. Komunikasi keperawatan biasanya digunakan untuk memperoleh riwayat keperawatan. Istilah komunikasi terapeutik adalah suatu teknik yang berusaha untuk mengajak klien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan. Teknik tersebut mencakup keterampilan secara verbal maupun nonverbal, empati, dan rasa kepedulian yang tinggi.

Teknik verbal meliputi pertanyaan terbuka atau tertutup, menggali jawaban dan memvalidasi respon klien. Teknik nonverbal meliputi metode, mendengarkan secara aktif, diam, sentuhan, dan kontak mata. Mendengarkan secara aktif merupakan suatu hal yang penting dalam pengumpulan data, tetapi juga merupakan sesuatu hal yang sulit dipelajari.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan wawancara dengan klien dan keluarga adalah sebagai berikut.

- a. Menerima keberadaan klien dan keluarga sebagaimana adanya.
- b. Memberikan kesempatan kepada klien dan keluarga untuk menyampaikan keluhan-keluhannya atau pendapatnya secara bebas.
- c. Selama melakukan wawancara harus dapat menjamin rasa aman dan nyaman bagi klien.
- d. Perawat harus bersikap tenang, sopan dan penuh perhatian.
- e. Menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.
- f. Tidak bersifat menggurui.

- g. Memperhatikan pesan yang disampaikan.
- h. Mengurangi hambatan-hambatan.
- i. Posisi duduk yang sesuai (berhadapan, jarak tepat atau sesuai, dan cara duduk).
- j. Menghindari adanya interupsi.
- k. Mendengarkan keluhan-keluhan yang disampaikan klien dan keluarga.
- l. Memberikan kesempatan istirahat kepada klien dan keluarga selama proses pengumpulan data.

Jenis wawancara yang dapat dilakukan perawat adalah:

- a. *auto anamnesis*, yaitu wawancara dengan klien dan keluarga secara langsung;
- b. *allo anamnesis* adalah wawancara dengan keluarga atau orang terdekat dengan klien dan keluarga.

2. **Observasi**

Observasi adalah mengamati perilaku serta keadaan klien dan keluarga untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan yang dialami. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan dan alat indera lainnya, melalui perabaan, sentuhan, dan pendengaran. Tujuan dari observasi adalah mengumpulkan data tentang masalah yang dihadapi klien melalui kepekaan alat indera.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melakukan observasi adalah berikut ini.

- a. Pemeriksaan yang akan dilakukan tidak selalu harus dijelaskan secara rinci kepada klien, karena dapat berisiko meningkatkan kecemasan klien dan keluarga serta mengaburkan data. Contoh, pemeriksaan tanda-tanda vital menghitung pernafasan, jika perawat memberikan informasi akan dilakukan penghitungan pernafasan, kemungkinan data yang diperoleh menjadi tidak valid, karena klien akan berusaha untuk mengatur napasnya.
 - b. Observasi dapat dilakukan berkaitan dengan kondisi fisik, mental, sosial, dan spiritual klien.
 - c. Hasil observasi harus selalu didokumentasikan dengan baik, sehingga datanya dapat digunakan oleh tim kesehatan lain sebagai data pendukung yang penting.
3. **Konsultasi** Dengan tenaga ahli atau spesialis sesuai dengan masalah kesehatan yang ditemukan. Hasil konsultasi dapat digunakan sebagai data pendukung dan validasi data.
4. **Pemeriksaan fisik** adalah melakukan pemeriksaan fisik klien untuk menentukan masalah kesehatan klien. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara, antara lain sebagai berikut.
- a. *Inspeksi*, adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan. Hasilnya seperti mata kuning (*ichteric*), terdapat *struma* di leher, kulit kebiruan (*cyanosis*), dan sebagainya.

- b. *Palpasi*, adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui perabaan terhadap bagian-bagian tubuh yang mengalami kelainan. Misalnya, adanya tumor, *oedema*, krepitasi (patah/retak tulang), dan sebagainya.
- c. *Auskultasi*, adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui pendengaran. Alat yang digunakan adalah *stetoskop*. Hal-hal yang didengarkan adalah bunyi jantung, suara napas, dan bising usus.
- d. *Perkusi*, adalah pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan mengetuk bagian tubuh dengan menggunakan tangan atau alat bantu, seperti *reflex hammer* untuk mengetahui reflek seseorang. Juga dilakukan pemeriksaan lain yang berkaitan dengan kesehatan fisik klien. Perkusi dilakukan untuk mengidentifikasi kondisi perut kembung, batas-batas jantung, batas hepar-paru (mengetahui pengembangan paru), dan sebagainya.

Untuk melakukan pemeriksaan fisik kepada anggota keluarga dapat dilakukan dengan pendekatan *head to toe* atau pendekatan sistem tubuh.

5. **Pemeriksaan penunjang.** Misalnya, pemeriksaan laboratorium, rontgen, dan pemeriksaan lain sesuai dengan kondisi klien.

Apakah Anda sudah jelas tentang konsep pengkajian keperawatan keluarga? Bacalah literatur lain tentang konsep pengkajian keperawatan keluarga, diskusikan dengan teman Anda!

F. KOMPONEN PENGKAJIAN KELUARGA

Friedman, dkk (2003), berpendapat bahwa komponen pengkajian keluarga terdiri atas kategori pertanyaan, yaitu data pengenalan keluarga, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, struktur keluarga (struktur peran, nilai, komunikasi, kekuatan), fungsi keluarga (fungsi afektif, sosialisasi, pelayanan kesehatan, ekonomi, reproduksi), dan koping keluarga. Uraian masing-masing kategori pertanyaan dapat Anda pelajari di bawah ini.

1. Data pengenalan keluarga

Pengkajian apa saja yang perlu Anda lakukan pada komponen pengenalan keluarga? Data yang perlu dikumpulkan adalah nama kepala keluarga, alamat lengkap, komposisi keluarga, tipe keluarga, latar belakang budaya, identitas agama, status kelas sosial, dan rekreasi keluarga. Data ini merupakan data dasar untuk mengkaji data selanjutnya.

2. Data perkembangan dan sejarah keluarga

Pengkajian kedua yang dapat Anda lakukan adalah mengkaji tahap perkembangan dan sejarah keluarga. Data yang perlu Anda kaji pada komponen pengkajian ini, yaitu tahap perkembangan keluarga saat ini, diisi berdasarkan umur anak pertama dan tahap

perkembangan yang belum terpenuhi (Baca Bab 1 pada topik konsep keluarga), riwayat keluarga inti (data yang dimaksud adalah data kesehatan seluruh anggota keluarga inti yang terdiri atas ayah, ibu, dan anak), riwayat keluarga sebelumnya dari kedua orang tua termasuk riwayat kesehatan.

3. Data lingkungan

Data ketiga yang perlu Anda kaji adalah data lingkungan. Apa saja data yang dikaji pada komponen ini? Data yang perlu dikaji adalah karakteristik rumah, karakteristik tetangga dan komunitas. Data Komunitas terdiri atas tipe penduduk, apakah termasuk penduduk pedesaan atau perkotaan, tipe hunian rumah, apakah sebagian besar tetangga, sanitasi jalan, dan pengangkutan sampah. Karakteristik demografi tetangga dan komunitas meliputi kelas sosial, etnis, pekerjaan, dan bahasa sehari-hari.



*Gambar 1.
Lingkungan sekitar rumah*

Data selanjutnya pada komponen ini, adalah **mobilitas geografis keluarga**. Data yang perlu dikaji adalah berapa lama keluarga tinggal di tempat tersebut, adakah riwayat pindah rumah, dari mana pindahannya. Kemudian ditanyakan juga perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat, penggunaan pelayanan di komunitas, dan keikutsertaan keluarga di komunitas.

Data berikutnya adalah sistem pendukung keluarga. Data yang perlu dikaji adalah siapa yang memberikan bantuan, dukungan, dan konseling di keluarga, apakah teman, tetangga, kelompok sosial, pegawai, atau majikan, apakah ada hubungan keluarga dengan pelayanan kesehatan dan agensi?

4. Data struktur keluarga

Data yang keempat yang perlu dikaji adalah data struktur keluarga, antara lain pola komunikasi, meliputi penggunaan komunikasi antaranggota keluarga, bagaimana anggota keluarga menjadi pendengar, jelas dalam menyampaikan pendapat, dan perasaannya selama berkomunikasi dan berinteraksi.



Gambar 2.
Interaksi keluarga

Data berikutnya yang dikaji adalah **struktur kekuatan keluarga**, yang terdiri atas data siapa yang membuat keputusan dalam keluarga, seberapa penting keputusan yang diambil. Selanjutnya, adalah data **struktur peran**, meliputi data peran formal dan peran informal dalam keluarga yang meliputi peran dan posisi setiap anggota keluarga, tidak ada konflik dalam peran, bagaimana perasaan dalam menjalankan perannya, apakah peran dapat berlaku fleksibel.

Data selanjutnya adalah nilai-nilai keluarga, yaitu nilai kebudayaan yang dianut keluarga, nilai inti keluarga seperti siapa yang berperan dalam mencari nafkah, kemajuan dan penguasaan lingkungan, orientasi masa depan, kegemaran keluarga, keluarga sebagai pelindung dan kesehatan bagi keluarga, apakah ada kesesuaian antara nilai-nilai keluarga dan nilai subsistem keluarga, bagaimana pentingnya nilai-nilai keluarga secara sadar atau tidak, apakah ada konflik nilai yang menonjol dalam keluarga itu sendiri, bagaimana nilai-nilai memengaruhi kesehatan keluarga.

5. Data fungsi keluarga

Komponen data kelima yang dikumpulkan adalah fungsi keluarga. Ada lima fungsi keluarga yang perlu Anda pahami antara lain berikut ini.

- a. **Fungsi afektif.** Pada fungsi ini dilakukan pengkajian pada pola kebutuhan keluarga dan responnya. Apakah anggota keluarga merasakan kebutuhan individu lain dalam keluarga, apakah anggota keluarga memberikan perhatian satu sama lain, bagaimana mereka saling mendukung satu sama lainnya.
- b. **Fungsi sosialisasi.** Data yang dikumpulkan adalah bagaimana keluarga menanamkan disiplin, penghargaan dan hukuman bagi anggota keluarga, bagaimana keluarga melatih otonomi dan ketergantungan, memberi dan menerima cinta, serta latihan perilaku yang sesuai usia.
- c. **Fungsi perawatan kesehatan.** Data yang dikaji terdiri atas keyakinan dan nilai perilaku keluarga untuk kesehatan, Bagaimana keluarga menanamkan nilai kesehatan terhadap anggota keluarga, konsistensi keluarga dalam melaksanakan nilai kesehatan keluarga.

Pengkajian data pada fungsi perawatan kesehatan difokuskan pada data tugas keluarga di bidang kesehatan.

Tugas kesehatan keluarga menurut Friedman (1988) ada 5 (Lima), yaitu:

- 1) Kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan.
Data yang dikaji adalah apakah keluarga mengetahui masalah kesehatan yang sedang diderita anggota keluarga, apakah keluarga mengerti tentang arti dari tanda dan gejala penyakit yang diderita anggota keluarga. Bagaimana persepsi keluarga terhadap masalah kesehatan anggota keluarga, bagaimana persepsi keluarga terhadap upaya yang dilakukan untuk menjaga kesehatan.
- 2) Kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat.
Data yang dikaji adalah bagaimana kemampuan keluarga mengambil keputusan apabila ada anggota keluarga yang sakit, apakah diberikan tindakan sendiri di rumah atau dibawa ke fasilitas pelayanan kesehatan. Siapa yang mengambil keputusan untuk melakukan suatu tindakan apabila anggota keluarga sakit, bagaimana proses pengambilan keputusan dalam keluarga apabila ada anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan.
- 3) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.
Data yang dikaji adalah bagaimana keluarga mampu melakukan perawatan untuk anggota keluarganya yang mengalami masalah kesehatan. Apakah keluarga mengetahui sumber-sumber makanan bergizi, apakah diet keluarga yang mengalami masalah kesehatan sudah memadai, siapa yang bertanggung jawab terhadap perencanaan belanja dan pengolahan makanan untuk anggota keluarga yang sakit, berapa jumlah dan komposisi makanan yang dikonsumsi oleh keluarga yang sakit sehari, bagaimana sikap keluarga terhadap makanan dan jadwal makan. Apakah jumlah jam tidur anggota keluarga sesuai dengan perkembangan, apakah ada jadwal tidur tertentu yang harus diikuti oleh anggota keluarga, fasilitas tidur anggota keluarga. Bagaimana kebiasaan olah raga anggota keluarga, persepsi keluarga terhadap kebiasaan olah raga, bagaimana latihan anggota keluarga yang mengalami masalah kesehatan. Apakah ada kebiasaan keluarga mengkonsumsi kopi dan alkohol, bagaimana kebiasaan minum obat pada anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan, apakah keluarga secara teratur menggunakan obat-obatan tanpa resep, apakah obat-obatan ditempatkan pada tempat yang aman dan jauh dari jangkauan anak-anak. Apakah yang dilakukan keluarga untuk memperbaiki status kesehatannya, apa yang dilakukan keluarga untuk mencegah terjadinya suatu penyakit, apa yang dilakukan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, apakah ada keyakinan, sikap dan nilai-nilai dari keluarga dalam hubungannya dengan perawatan di rumah.

Contoh: ketika ada anggota keluarga yang sakit, misalnya hipertensi, apakah keluarga sudah memberikan diet rendah garam, mengingatkan minum obat secara teratur, mengingatkan untuk kontrol ke pelayanan kesehatan, dan mengingatkan untuk olah raga.

- 4) Kemampuan keluarga memodifikasi lingkungan yang sehat.
Data yang dikaji adalah bagaimana keluarga mengatur dan memelihara lingkungan fisik dan psikologis bagi anggota keluarganya. Lingkungan fisik, bagaimana keluarga mengatur perabot rumah tangga, menjaga kebersihannya, mengatur ventilasi dan pencahayaan rumah. Lingkungan psikologis, bagaimana keluarga menjaga keharmonisan hubungan antaranggota keluarga, bagaimana keluarga memenuhi privasi masing-masing anggota keluarga.
 - 5) Kemampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan.
Data yang dikaji adalah apakah keluarga sudah memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang mudah dijangkau dari tempat tinggalnya, misalnya Posyandu, Puskesmas Pembantu, Puskesmas, dan Rumah Sakit terdekat dengan rumahnya. Sumber pembiayaan yang digunakan oleh keluarga, bagaimana keluarga membayar pelayanan yang diterima, apakah keluarga masuk asuransi kesehatan, apakah keluarga mendapat pelayanan kesehatan gratis. Alat transportasi apa yang digunakan untuk mencapai pelayanan kesehatan, masalah apa saja yang ditemukan jika keluarga menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan umum.
- d. **Fungsi ekonomi** merupakan fungsi keempat yang perlu dikaji. Data yang diperlukan meliputi bagaimana keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi yang terdiri atas data jenis pekerjaan, jumlah penghasilan keluarga, jumlah pengeluaran, bagaimana keluarga mampu mencukupi semua kebutuhan anggota keluarga, bagaimana pengaturan keuangan dalam keluarga.
- e. Fungsi keluarga terakhir yang dikaji adalah **fungsi reproduksi**, data yang dikumpulkan adalah berapa jumlah anak, apakah mengikuti program keluarga berencana atau tidak, apakah mempunyai masalah pada fungsi reproduksi.

6. Data Koping Keluarga

Komponen data terakhir adalah data koping keluarga. Data yang perlu dilakukan pengkajian adalah stresor keluarga, meliputi data tentang stresor yang dialami keluarga berkaitan dengan ekonomi dan sosialnya, apakah keluarga dapat memastikan lama dan kekuatan stresor yang dialami, apakah keluarga dapat mengatasi stresor dan ketegangan sehari-hari. Apakah keluarga mampu bertindak berdasarkan penilaian yang objektif dan realistis terhadap situasi yang menyebabkan stres. Bagaimana keluarga bereaksi terhadap

situasi yang penuh dengan stres, strategi koping bagaimana yang diambil oleh keluarga, apakah anggota keluarga mempunyai koping yang berbeda-beda.

Koping internal dan eksternal yang diajarkan, apakah anggota keluarga berbeda dalam cara-cara koping, strategi koping internal keluarga, kelompok kepercayaan keluarga, penggunaan humor, *self* evaluasi, penggunaan ungkapan, pengontrolan masalah pada keluarga, pemecahan masalah secara bersama, fleksibilitas peran dalam keluarga. Strategi koping eksternal: mencari informasi, memelihara hubungan dengan masyarakat, dan mencari dukungan sosial.

Setelah data terkumpul, kemudian dilanjutkan analisis data. Analisis data merupakan pengelompokan data berdasarkan masalah keperawatan yang terjadi. Analisis data membutuhkan kemampuan kognitif dalam pengembangan daya berpikir dan penalaran yang dipengaruhi oleh latar belakang ilmu dan pengetahuan, pengalaman, dan pengertian keperawatan.

Selama melakukan analisis data, diperlukan kemampuan mengaitkan data dan menghubungkan data tersebut dengan konsep, teori dan prinsip yang relevan untuk membuat kesimpulan dalam menentukan masalah keperawatan klien dan keluarga.

Fungsi analisis data adalah dapat menginterpretasi data yang diperoleh dari pengkajian keperawatan yang memiliki makna dan arti dalam menentukan masalah dan kebutuhan klien, serta sebagai proses pengambilan keputusan dalam menentukan alternatif pemecahan masalah yang dituangkan dalam rencana asuhan keperawatan.

Penulisan analisis data dalam bentuk tabel terdiri atas tiga kolom, yaitu pengelompokan data, kemungkinan penyebab (etiologi), dan masalah keperawatan. Data yang dikelompokkan berdasarkan data subjektif dan objektif.

Contoh analisis data,

FORMAT 1. ANALISA DATA

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ibu P menderita kencing manis sejak pertengahan tahun 2006 Keluarga tidak mengetahui tentang pengertian, penyebab, tanda-tanda dan perawatan penderita kencing manis Keluarga tidak pernah mendapat informasi tentang kencing manis Ibu P tidak menjalankan diet DM Keluarga mengatakan belum tahu tentang diet DM Menurut informasi yang didapat keluarga dari dokter yang memeriksa, Ibu P harus mengurangi konsumsi gula dan makanan yang manis-manis Menurut pendapat Ibu P berat badannya turun terus untuk beberapa bulan ini. <p>Data objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> BB: 54 kg BBR : 101% (normal) Kebutuhan kalori seharusnya :1620 kal Nadi: 80 X/menit. Pernafasan : 16 x/menit. Gula darah : 226 mg/dl <p>Data dari <i>food record</i>: Dalam waktu 5 hari, didapatkan komposisi karbohidrat 72%, protein 10% dan lemak 18%, rata-rata 920 kalori/hari.</p>	ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus	Risiko perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh pada Ibu P keluarga Bp. J

Tabel analisis data di atas dapat dilihat pada kolom pengelompokan data. Semua data, baik yang diperoleh dari hasil wawancara, pemeriksaan fisik, observasi maupun pemeriksaan penunjang, semua dimasukkan asalkan mendukung satu masalah keperawatan yang terjadi pada klien.

Pada kolom etiologi dituliskan kemungkinan penyebab yang bersumber dari lima tugas kesehatan keluarga (lihat kembali materi fungsi keluarga). Pada kolom masalah, dituliskan masalah keperawatan yang dapat disimpulkan berdasarkan data yang tertulis pada pengelompokan data. Masalah keperawatan yang dituliskan diberikan inisial klien, dikarenakan dalam keluarga terdiri atas beberapa anggota keluarga, sehingga untuk memperjelas anggota keluarga mana yang bermasalah maka perlu ditulis identitas klien.

Analisis data merupakan tahap akhir pengkajian keperawatan keluarga. Setelah ditemukan masalah keperawatan, selanjutnya dirumuskan dalam diagnosis keperawatan keluarga.

Setelah Anda mempelajari uraian materi di atas, silakan diskusikan kasus di bawah dengan teman Anda sebagai latihan, identifikasi data yang perlu dikaji! Tambahkan datanya bila perlu! Tuliskan jawaban Anda pada tabel 1 !

Latihan

Kasus 1

Bp. M (46 th) mempunyai seorang istri, Ibu S (40 th) dan 2 orang anak berumur 19 th laki-laki bernama H dan D (12 th) perempuan. Bp. M bekerja sebagai buruh pabrik dengan penghasilan 1,2 juta per bulan. Bp. M menderita TB Paru dan *drop out* pengobatan. Sekarang Bp. M mengeluh sesak napas, batuk berdahak dan kepala pusing. Ibu S tidak tahu bagaimana perawatan TB Paru. D saat ini baru menstruasi, karena malu D cenderung pendiam dan menarik diri. Komunikasi di keluarga Bp. M kurang terbuka karena tidak tahu bagaimana cara dan manfaat komunikasi terbuka. Rumah Bp. M berukuran 5 x 8 m², di lingkungan padat penduduk, ventilasi hanya dari jendela dan pintu depan, di samping dan belakang tidak ada ventilasi. Sumber air minum dari PDAM, tidak memiliki jamban, keluarga memanfaatkan WC umum yang tidak jauh dari rumahnya. Keluarga pasrah dengan kondisi sakit Bp. M.

Kasus 2

Ibu S (53 th) seorang janda, PNS dengan 2 anak, anak pertama Nn. D (23 th) belum menikah dan anak kedua Nn. K (20 th) mahasiswa semester 6. Ibu S menderita hipertensi sejak suaminya meninggal 5 tahun yang lalu. Keluhan Ibu S saat ini adalah pusing. Ibu S jarang memeriksakan dirinya ke RS karena alasan ekonomi. Komunikasi antar anggota keluarga bersifat terbuka, pengambil keputusan adalah Ibu S.

Berdasarkan kasus di atas jawablah pertanyaan di bawah ini.

- 1) Jelaskan data pengenalan keluarga dari kasus di atas!
- 2) Jelaskan tipe keluarga dari kasus di atas!
- 3) Jelaskan data struktur keluarga dari data di atas!
- 4) Jelaskan tahap perkembangan keluarga dari kasus di atas!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Data pengenalan keluarga: Identitas
- 2) Tipe keluarga: Single parent
- 3) Struktur keluarga: Pola komunikasi dan peran
- 4) Tahap perkembangan keluarga: Sesuai dengan umur anak pertama

Jawaban yang lengkap dapat dikirim ke: nurkholifah@gmail.com

Ringkasan

Pengkajian keperawatan keluarga adalah suatu tindakan peninjauan situasi manusia untuk memperoleh data tentang klien dan keluarga dengan maksud menegaskan situasi penyakit, diagnosa masalah klien, penetapan kekuatan dan kebutuhan promosi kesehatan klien. Pengkajian keperawatan keluarga menggunakan model Friedman (2003) yang terdiri atas enam pertanyaan, yaitu data pengenalan keluarga, riwayat dan tahap perkembangan keluarga, data lingkungan, struktur keluarga (struktur peran, nilai, komunikasi, kekuatan), fungsi keluarga (fungsi afektif, sosialisasi, pelayanan kesehatan, ekonomi, reproduksi), dan koping keluarga.

Demikianlah rangkuman materi dari Topik 1, untuk mengetahui pemahaman Anda terhadap materi yang sudah dipelajari, silakan Anda menjawab pertanyaan di bawah ini !

Tes 1

- 1) Tugas keluarga di bidang kesehatan, dikaji pada komponen pengkajian....
 - A. fungsi keluarga
 - B. tahap perkembangan keluarga
 - C. struktur keluarga
 - D. koping keluarga

- 2) Keluarga yang mempunyai masalah komunikasi yang tidak terbuka dengan anggota keluarga yang lain, termasuk pengkajian pada komponen....
 - A. fungsi keluarga
 - B. tahap perkembangan keluarga
 - C. struktur keluarga
 - D. koping keluarga

- 3) Perawat akan melakukan pengkajian tentang respons keluarga terhadap masalah yang terjadi, komponen pengkajian yang harus dikaji adalah....
 - A. fungsi keluarga
 - B. tahap perkembangan keluarga
 - C. struktur keluarga
 - D. koping keluarga

- 4) Perawat mendapatkan data di rumah Bapak X, yaitu sangat kotor, ventilasi rumah kurang dan penataan perabot rumah tangganya kurang rapi. Bapak X saat baru saja didiagnosa TB Paru. Data yang didapat perawat tersebut termasuk komponen pengkajian....
- A. fungsi keluarga
 - B. tahap perkembangan keluarga
 - C. koping keluarga
 - D. data lingkungan keluarga
- 5) Keluarga Bapak Y memiliki seorang anak berumur 17 tahun. Bapak Y sering bertengkar dengan anaknya karena komunikasi yang kurang terjalin dengan baik. Komponen pengkajian yang perlu dikaji oleh perawat sebagai data fokus adalah...
- A. fungsi keluarga
 - B. tahap perkembangan keluarga
 - C. struktur keluarga
 - D. koping keluarga
- 6) Perawat akan melakukan pengkajian tentang fungsi keluarga pada keluarga Bapak X. Apakah pertanyaan yang perlu disampaikan perawat?
- A. Siapakah pengambil keputusan di keluarga....
 - B. Apakah keluarga sudah menggunakan alat kontrasepsi?
 - C. Apakah keluarga mengikuti kegiatan kemasyarakatan?
 - D. Apakah keluhan yang dirasakan keluarga saat ini?
- 7) Perawat melakukan pengkajian pada fungsi keluarga Bapak C dalam membentuk sifat-sifat kemanusiaan dan stabilisasi kepribadian anggota keluarga. Fungsi keluarga yang dikaji oleh perawat adalah fungsi....
- A. sosialisasi
 - B. afektif
 - C. ekonomi
 - D. perawatan kesehatan
- 8) Data fungsi keluarga yang didapatkan perawat dari keluarga Bapak X adalah keluarga mampu menyediakan pangan, papan, dan sandang, serta perlindungan terhadap bahaya. Fungsi keluarga yang telah dikaji oleh perawat adalah fungsi....
- A. sosialisasi
 - B. afektif
 - C. ekonomi
 - D. perawatan kesehatan

- 9) Perawat akan melakukan pengkajian tentang tugas keluarga di bidang kesehatan yang kedua pada keluarga Bapak D. Tugas keluarga tersebut adalah....
- A. memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan
 - B. mengenal masalah kesehatan
 - C. mengambil keputusan yang tepat
 - D. merawat anggota keluarga yang sakit
- 10) Keluarga Ibu H mampu melaksanakan tugas keluarga di bidang kesehatan yang keempat. Apakah tugas kesehatan keluarga yang keempat....
- A. memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan
 - B. memodifikasi lingkungan yang sehat
 - C. mengambil keputusan yang tepat
 - D. merawat anggota keluarga yang sakit

*Terima kasih Anda telah berusaha menjawab pertanyaan,
selanjutnya silakan cocokkan jawaban Anda dengan kunci
jawaban !*

Topik 2

Diagnosis Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan keluarga merupakan tahap kedua dari proses keperawatan keluarga. Tahap ini merupakan kegiatan penting dalam menentukan masalah keperawatan yang akan diselesaikan dalam keluarga. Penetapan diagnosis keperawatan yang tidak tepat akan memengaruhi tahapan berikutnya dalam proses keperawatan. Kemampuan perawat dalam menganalisis data hasil pengkajian sangat diperlukan dalam menetapkan diagnosis keperawatan keluarga.

Tujuan pembelajaran yang dicapai setelah mempelajari Topik 2 ini, Anda akan mampu merumuskan diagnosis keperawatan keluarga dengan benar. Materi yang akan diuraikan untuk mencapai tujuan tersebut adalah definisi dan kategori diagnosis keperawatan keluarga.

A. DEFINISI DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA

Uraian materi yang pertama, menjelaskan tentang definisi diagnosis keperawatan. Apa yang Anda ketahui tentang definisi diagnosis keperawatan? Diagnosis keperawatan adalah interpretasi ilmiah atas data hasil pengkajian yang interpretasi ini digunakan perawat untuk membuat rencana, melakukan implementasi, dan evaluasi.

Pengertian lain dari diagnosis keperawatan adalah keputusan klinik tentang semua respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat. Semua diagnosis keperawatan harus didukung oleh data. Data diartikan sebagai definisi karakteristik. Definisi karakteristik dinamakan "Tanda dan gejala", Tanda adalah sesuatu yang dapat di observasi dan gejala adalah sesuatu yang dirasakan oleh klien. Diagnosis keperawatan menjadi dasar untuk pemilihan tindakan keperawatan untuk mencapai hasil bagi perawat (Nanda, 2011)

Pendapat lain tentang definisi diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau risiko perubahan pola) dari individu atau kelompok, dan perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi serta memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Gordon, 1976 dalam Capenito, 2000).

Gordon (1976) dalam Capenito (2000) menyatakan bahwa definisi diagnosis keperawatan adalah masalah kesehatan aktual dan potensial. Berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat mampu serta mempunyai kewenangan untuk memberikan tindakan keperawatan berdasarkan standar praktik keperawatan dan etik keperawatan yang berlaku di Indonesia.

Diagnosis keperawatan ini dapat memberikan dasar pemilihan intervensi untuk menjadi tanggung gugat perawat. Formulasi diagnosis keperawatan adalah bagaimana diagnosis digunakan dalam proses pemecahan masalah, karena melalui identifikasi masalah

dapat digambarkan berbagai masalah keperawatan yang membutuhkan asuhan keperawatan. Di samping itu, dengan menentukan atau menginvestigasi etiologi masalah, maka akan dijumpai faktor yang menjadi kendala atau penyebabnya. Dengan menggambarkan tanda dan gejala akan dapat digunakan untuk memperkuat masalah yang ada.

Untuk menyusun diagnosis keperawatan yang tepat, dibutuhkan beberapa pengetahuan dan keterampilan yang harus dimiliki antara lain, kemampuan dalam memahami beberapa masalah keperawatan, faktor yang menyebabkan masalah, batasan karakteristik, beberapa ukuran normal dari masalah tersebut, serta kemampuan dalam memahami mekanisme penanganan masalah, berpikir kritis, dan membuat kesimpulan dari masalah.

Penulisan pernyataan diagnosis keperawatan pada umumnya meliputi tiga komponen, yaitu komponen **P** (Problem), **E** (Etiologi), dan **S** (Simptom atau dikenal dengan batasan karakteristik). Pada penulisan diagnosis keperawatan keluarga menggunakan pernyataan problem saja tanpa etiologi dan simptom. Dengan demikian, penulisan diagnosis keperawatan keluarga adalah dengan menentukan masalah keperawatan yang terjadi.

B. KATEGORI DIAGNOSIS KEPERAWATAN KELUARGA.

Apa yang Anda ketahui tentang kategori diagnosis keperawatan keluarga? Silakan cocokkan jawaban Anda dengan uraian materi di bawah ini.

1. Diagnosis keperawatan aktual

Kategori diagnosis keperawatan yang pertama adalah diagnosis keperawatan aktual. Diagnosis keperawatan ini menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang benar nyata pada individu, keluarga, dan komunitas (Nanda, 2011).

Diagnosis keperawatan aktual dirumuskan apabila masalah keperawatan sudah terjadi pada keluarga. Tanda dan gejala dari masalah keperawatan sudah dapat ditemukan oleh perawat berdasarkan hasil pengkajian keperawatan.

Contoh diagnosis keperawatan keluarga aktual adalah sebagai berikut.

Bp. X memiliki anak yang mengalami diare sejak semalam yaitu An. F berumur 6 tahun. Berak cair sudah 5 kali dan muntah 2 kali, badan lemah. Diagnosis keperawatan yang dapat dirumuskan pada keluarga Bp. X ini adalah gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada An. F keluarga Bp. X.

Diagnosis keperawatan keluarga tersebut merupakan tipe aktual, karena sudah terdapat tanda dan gejala bahwa An. F sudah terjadi gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit.

Diagnosis keperawatan keluarga tipe aktual yang dapat dirumuskan dari kasus di atas sebagai berikut.

- a. Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh.
- b. Gangguan pola napas.
- c. Gangguan pola tidur.
- d. Disfungsi proses keluarga.
- e. Ketidakefektifan manajemen *regimen terapeutik* keluarga.

2. **Diagnosis keperawatan promosi kesehatan**

Diagnosis keperawatan yang kedua adalah diagnosis promosi kesehatan yang dapat digunakan di seluruh status kesehatan. Namun, kesiagaan individu, keluarga, dan masyarakat untuk melakukan promosi kesehatan memengaruhi mereka untuk mendapatkan diagnosis promosi kesehatan.

Kategori diagnosis keperawatan keluarga ini diangkat ketika kondisi klien dan keluarga sudah baik dan mengarah pada kemajuan. Meskipun masih ditemukan data yang maladaptif, tetapi klien dan keluarga sudah mempunyai motivasi untuk memperbaiki kondisinya, maka diagnosis keperawatan promosi kesehatan ini sudah bisa diangkat. Setiap label diagnosis promosi kesehatan diawali dengan frase: **“Kesiagaan meningkatkan”**..... (Nanda, 2010).

Contoh diagnosis promosi kesehatan.

Keluarga Bp. M dengan diabetes mellitus, saat pengkajian keperawatan dilakukan identifikasi data. Data yang ditemukan adalah gula darah acak (GDA) 120 mg/dl, Bp. M melaksanakan diet DM, tetapi Bp. M jarang berolah raga. Bp. M kurang memahami pentingnya olah raga, meskipun sudah pernah dilakukan penyuluhan kesehatan.

Diagnosis keperawatan keluarga yang dapat dirumuskan adalah kesiagaan meningkatkan pengetahuan pada Bp. M. Diagnosis keperawatan tipe promosi kesehatan diangkat, karena pada Bp. M dengan penyakit DM sudah menunjukkan kondisi yang sudah baik, meskipun jarang berolah raga. Bp. M sudah pernah mendapatkan penyuluhan kesehatan meskipun kurang memahami informasi tentang pentingnya berolah raga. Pada kasus ini Bp. M masih sangat memungkinkan untuk dapat meningkatkan pengetahuannya tentang olah raga.

Tipe diagnosis keperawatan keluarga promosi kesehatan yang dapat dirumuskan dari kasus di atas adalah kesiagaan meningkatkan:

- a. nutrisi;
- b. komunikasi;
- c. pembuatan keputusan;
- d. pengetahuan;
- e. religiusitas.

3. Diagnosis keperawatan risiko

Diagnosis keperawatan ketiga adalah diagnosis keperawatan risiko, yaitu menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan yang mungkin berkembang dalam kerentanan individu, keluarga, dan komunitas. Hal ini didukung oleh faktor-faktor risiko yang berkontribusi pada peningkatan kerentanan. Setiap label dari diagnosis risiko diawali dengan frase: **“risiko”** (Nanda, 2011).

Contoh diagnosis risiko antara lain adalah,

Risiko kekurangan volume cairan, Risiko terjadinya infeksi, Risiko intoleran aktivitas, Risiko ketidakmampuan menjadi orang tua, Risiko distres spiritual.

4. Diagnosis keperawatan sejahtera

Diagnosis keperawatan keluarga yang terakhir adalah diagnosis keperawatan sejahtera. Diagnosis ini menggambarkan respon manusia terhadap level kesejahteraan individu, keluarga, dan komunitas, yang telah memiliki kesiapan meningkatkan status kesehatan mereka.

Sama halnya dengan diagnosis promosi kesehatan, maka diagnosis sejahtera diawali dengan frase: **“Kesiagaan Meningkatkan”**.....(Nanda, 2011).

Contoh diagnosis sejahtera:

Kesiagaan meningkatkan pengetahuan, Kesiagaan meningkatkan koping, Kesiagaan meningkatkan koping keluarga, Kesiapan meningkatkan koping komunitas

Penulisan diagnosis keperawatan perlu ditambahkan inisial anggota keluarga yang sakit dan kepala keluarga. Tujuannya untuk memudahkan pemberian asuhan keperawatan karena tepat sasaran.

Latihan

Kasus

Bp. K (47 th) seorang karyawan pabrik tekstil, Istri Bp. K adalah Ibu T (30 th) sekarang sedang hamil 3 bulan anak kedua. Anak pertama Bp. K adalah An. S (3 th) menderita cacat mental (Retardasi mental). Semua kebutuhan An. S harus dibantu, karena An. S belum bisa berjalan dan belum bisa diajak berkomunikasi. An. S tidak pernah diperiksakan ke Puskesmas atau di tempat pelayanan yang lain karena menurut Bp. K percuma diperiksakan karena anaknya cacat sejak lahir. Ibu T belum pernah periksa ke pelayanan kesehatan sejak hamil ini. Keluhan ibu T saat ini pusing dan mual-mual, tetapi jarang muntah. Bp. K adalah pengambil keputusan dalam keluarga

Pertanyaan

- 1) Rumuskan diagnosis keperawatan keluarga tipe aktual berdasarkan kasus di atas!
- 2) Rumuskan diagnosis keperawatan keluarga tipe risiko berdasarkan kasus di atas!
- 3) Rumuskan diagnosis keperawatan promosi kesehatan berdasarkan data di atas.

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Perhatikan data tentang masalah yang sudah terjadi atau keluhan dari klien.
- 2) Perhatikan data yang mengarah terjadinya masalah kesehatan.
- 3) Perhatikan data yang mengarah pada kondisi sejahtera.

*Anda telah selesai mempelajari uraian materi tentang **Diagnosis Keperawatan Keluarga**, silakan Anda mencari literatur lain tentang diagnosis keperawatan keluarga, diskusikan dengan teman Anda dan apabila merasa kesulitan silakan menghubungi dosen pengajar Anda.*

Ringkasan

Diagnosis keperawatan keluarga merupakan interpretasi ilmiah atas data hasil pengkajian yang interpretasinya digunakan perawat untuk membuat rencana, melakukan implementasi dan evaluasi. Ketepatan dalam merumuskan diagnosis keperawatan keluarga sangat menentukan keberhasilan perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien sebagai keluarga. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga mempunyai empat kategori, yaitu diagnosis keperawatan aktual, risiko, promosi kesehatan dan sejahtera.

*Demikianlah ringkasan dari materi **Diagnosis Keperawatan Keluarga**. Selanjutnya silakan Anda menilai kemampuan Anda memahami materi dengan mengerjakan soal sebagai berikut.*

Tes 2

- 1) Perawat telah melakukan pengkajian keperawatan pada keluarga Bp. C, didapatkan data bahwa Bp. C mengeluh batuk dan sesak napas, badan lemah, nafsu makan menurun. Keluarga belum membawa Bp. C ke Puskesmas. Saat ini Bp. C masih tetap bekerja meskipun sakit. Kemungkinan diagnosis keperawatan keluarga aktual yang dapat dirumuskan untuk keluarga Bp. C adalah
 - A. gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Bp. C
 - B. ketidakefektifan kebersihan jalan napas pada Bp. C
 - C. gangguan istirahat/tidur pada Bp. C
 - D. koping yang tidak efektif pada Bp. C

- 2) Ibu H mengatakan anaknya S umur 1 tahun belum pernah diimunisasi, karena khawatir anaknya sakit setelah disuntik imunisasi. Ibu H jarang membawa anaknya ke Posyandu, sehingga tidak pernah mengikuti penyuluhan tentang imunisasi. Diagnosis keperawatan keluarga yang dapat dirumuskan untuk keluarga Ibu H adalah....
 - A. kecemasan pada Ibu H
 - B. kurangnya pengetahuan pada Ibu H
 - C. risiko gangguan pertumbuhan pada An. S
 - D. kesiagaan meningkatkan pengetahuan pada Ibu H

- 3) Keluarga Bp. T (50 tahun) memiliki istri Ibu Y (49 tahun), saat ini menderita diabetes mellitus. Keluarga Bp.T tidak memiliki anak. Mereka tinggal berdua. Saat ini kadar gula darah Ibu Y 405 mg/dl. Ibu Y rajin minum obat tapi tidak pernah menjalankan diet. Diagnosis keperawatan aktual yang dapat dirumuskan pada keluarga Bp. T adalah....
 - A. cemas pada Bp. T
 - B. gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Ibu Y
 - C. ketidakpatuhan diet pada Ibu Y
 - D. kurangnya pengetahuan pada keluarga Bp. T

- 4) Diagnosis keperawatan yang belum terjadi pada keluarga dan akan terjadi apabila tidak dilakukan intervensi dinamakan diagnosis keperawatan keluarga....
 - A. aktual
 - B. risiko
 - C. potensial
 - D. sejahtera

- 5) Hasil pengkajian keperawatan keluarga, dengan didapatkannya semua data keluarga dengan hipertensi tekanan darah normal, diet rendah garam, dan manajemen stresnya baik, maka tipe diagnosis keperawatan yang dapat dirumuskan oleh perawat adalah diagnosis keperawatan keluarga....
- A. aktual
 - B. risiko
 - C. sejahtera
 - D. promosi kesehatan
- 6) Bapak Suparman mengalami diare di rumahnya sejak pagi tadi disertai mual, tetapi, Bapak Suparman masih mau makan dan minum. Tipe diagnosa keperawatan keluarga yang dapat ditulis adalah
- A. aktual
 - B. risiko
 - C. kemungkinan terjadi
 - D. promosi kesehatan
- 7) Gangguan keseimbangan cairan & elektrolit (diare) pada anak N di keluarga Bapak X adalah tipe diagnosis keperawatan keluarga....
- A. kemungkinan terjadi
 - B. sejahtera
 - C. aktual
 - D. promosi kesehatan
- 8) Kesiagaan meningkatkan pengetahuan tentang penyakit yang terjadi pada keluarga Bp. Superman. Hal tersebut adalah contoh diagnosa keperawatan keluarga
- A. aktual
 - B. risiko
 - C. kemungkinan terjadi
 - D. promosi kesehatan
- 9) Perawat komunitas akan menuliskan diagnosis keperawatan keluarga tipe promosi kesehatan pada keluarga Bp. Batman dengan masalah hipertensi. Penulisan yang benar adalah....
- A. kesiagaan meningkatkan pengetahuan pada keluarga Bp. Batman
 - B. ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh
 - C. disfungsi proses keluarga pada keluarga Bp. Batman
 - D. intoleransi aktivitas pada Bp. Batman.

- 10) Perawat akan menuliskan diagnosis keperawatan keluarga dengan tipe risiko, dengan alasan menggambarkan respon manusia terhadap....
- A. respons kesejahteraan keluarga
 - B. kondisi lingkungan dalam keluarga
 - C. kondisi kesehatan yang benar nyata keluarga
 - D. kondisi kesehatan yang mungkin berkembang dalam kerentanan keluarga.

Terima kasih Anda telah berusaha dengan baik untuk menjawab pertanyaan dan mencocokkan jawaban Anda dengan kunci, apabila hasil Anda di bawah 80, coba Anda pelajari kembali materi di atas kembali semoga sukses.

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) C
- 3) D
- 4) D
- 5) C
- 6) B
- 7) B
- 8) D
- 9) C
- 10) A

Tes 2

- 1) B
- 2) B
- 3) C
- 4) B
- 5) C
- 6) B
- 7) C
- 8) D
- 9) A
- 10) D

Daftar Pustaka

- Anderson, T. Elizabeth, Farlen, Mc. Judith. 2000. *Community As Partner Theory and Practice in Nursing*. Philadelphia. Lippincott.
- Carpenito, Lynda Juall. 2000. Buku Diagnosa Keperawatan. Editor Monica Ester. EGC : Jakarta.
- Effendy N, (1998). *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, EGC. Jakarta
- Friedman, M.M, Bowden, V.R. & Jones, E.G. 2003. *Family nursing: Research, Theory & Practice*. (5th ed.), New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman, M.M. 1998. *Family nursing: Research, Theory & Practice*. (4th ed.), California: Appleton and Lange.
- Hanson, S.M.H., & Boyd, S.T. 1996. *Family Health care nursing: Theory, Practice and research*, Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Maglaya, Arceli. 2009. *Nursing Practice In the Community*. Marikina City: Argonauta Corporation.
- NANDA (2014). *Diagnosis Keperawatan*, EGC. Jakarta
- Sistem Kesehatan Nasional (SKN) tahun 2012
- Stanhope, M. & Lancaster. J. 2009. *Community health nursing. Process and practice for promoting health*. Mosby Company, USA.
- Swanson M. Janice, Nies. Mary. 1997. *Community Health Nursing Promoting the Health of Aggregate*. Philadelphia: WB. Saunders.

BAB IV

PERENCANAAN, PELAKSANAAN DAN EVALUASI KEPERAWATAN KELUARGA

Siti Nur Kholifah, SKM, M.Kep.Sp.Kom

PENDAHULUAN

Perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi merupakan rangkaian proses keperawatan. Proses keperawatan sebagai pendekatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan keluarga terdiri atas lima tahap. Tahap pertama dan kedua, yaitu pengkajian dan diagnosis keperawatan keluarga yang sudah dipelajari pada Bab 2. Pada bab ini akan dipelajari tahap ketiga sampai kelima.

Perencanaan keperawatan keluarga merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan. Setelah perawat merumuskan diagnosis keperawatan, langkah berikutnya adalah menyusun perencanaan tindakan yang akan dilakukan untuk menyelesaikan masalah klien dan keluarga. Setelah menyusun perencanaan, tahap selanjutnya adalah melaksanakan tindakan keperawatan keluarga. Tindakan keperawatan dapat dilakukan oleh perawat dengan tim kesehatan lain atau secara mandiri. Keterlibatan klien dan keluarga merupakan hal penting pada tahap pelaksanaan tindakan. Tindakan keperawatan dinyatakan berhasil atau tidak, ditentukan pada tahap evaluasi atau penilaian tindakan keperawatan.

Pada bahasan perencanaan keperawatan keluarga, Anda akan mempelajari tentang materi definisi, tujuan perencanaan keperawatan keluarga, prioritas masalah keperawatan keluarga, menyusun tujuan dan hasil yang diharapkan dalam keperawatan keluarga, menyusun rencana tindakan keperawatan, definisi tindakan keperawatan keluarga, jenis tindakan keperawatan keluarga, definisi evaluasi tindakan keperawatan, tujuan dan proses evaluasi tindakan keperawatan, metode dan sumber data evaluasi keperawatan keluarga.

Tujuan umum yang ingin dicapai pada bab ini adalah mahasiswa mampu menyusun perencanaan, melaksanakan tindakan, dan melakukan evaluasi keperawatan keluarga. Tujuan khusus yang ingin dicapai adalah mahasiswa mampu:

1. menjelaskan konsep perencanaan keperawatan keluarga;
2. menyusun perencanaan keperawatan keluarga;
3. menjelaskan konsep tindakan keperawatan keluarga;
4. melaksanakan tindakan keperawatan keluarga;
5. menjelaskan konsep evaluasi keperawatan keluarga;
6. Melaksanakan evaluasi keperawatan keluarga.

Sebagai prasyarat dalam mempelajari bab ini, mahasiswa harus sudah mempelajari materi pengkajian dan diagnosis keperawatan keluarga. Kegunaan yang dapat diperoleh setelah mempelajari bab ini adalah mahasiswa akan lebih mudah dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang dialami klien dan keluarga berdasarkan data yang ditemukan.

Bab ini terdiri atas tiga topik yang disusun dengan urutan sebagai berikut.

- a. Topik 1 : Perencanaan keperawatan keluarga
- b. Topik 2 : Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga
- c. Topik 3 : Evaluasi keperawatan keluarga

Langkah-langkah belajar agar mahasiswa mudah memahami bab ini adalah sebagai berikut.

- a. Pahami terlebih dahulu berbagai konsep penting yang ada dalam bab sebelumnya yang berkaitan dengan bab ini, yaitu pengkajian dan perumusan diagnosis keperawatan keluarga.
- b. Pahami dahulu perencanaan keperawatan keluarga, kemudian pelaksanaan tindakan keperawatan, kemudian evaluasi keperawatan keluarga secara berurutan.
- c. Agar lebih memahami materi, gunakanlah contoh kasus pada tiap-tiap tahapan
- d. Untuk memperluas pengetahuan tentang materi dalam bab ini, Anda perlu membaca beberapa judul buku yang telah dicantumkan dalam daftar pustaka.

Bab ini dilengkapi dengan Latihan dan soal-soal tes, hendaknya Anda kerjakan soal tersebut dengan tuntas. Dengan mengerjakan semua soal, akan dapat menilai sendiri tingkat penguasaan terhadap materi pembelajaran yang disajikan dalam bab.

Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk memelajari bab ini adalah sekitar 3 x 100 menit. Keberhasilan Anda memelajari bab ini tentunya sangat tergantung pada keseriusan Anda. Hendaknya Anda tidak segan-segan untuk berdiskusi dengan rekan Anda. Semoga Anda senantiasa diberikan kemudahan belajar.

Topik 1

Perencanaan Keperawatan Keluarga

Perencanaan adalah tahapan yang penting dalam proses keperawatan, karena menentukan tindakan apa, yang akan dilakukan pada tahap pelaksanaan oleh perawat. Penyusunan perencanaan keperawatan keluarga hendaknya dilaksanakan bersama klien dan keluarga. Perawat dan keluarga secara bersama-sama akan mampu mengidentifikasi sumber yang dimiliki oleh keluarga yang dapat dimanfaatkan dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang terjadi.

Materi yang akan Anda pelajari pada Topik 1 ini terdiri atas definisi perencanaan keperawatan keluarga, tujuan, prioritas masalah, tujuan dan hasil yang diharapkan serta rencana tindakan keperawatan keluarga. Uraian selengkapnya sebagai berikut.

A. DEFINISI PERENCANAAN KEPERAWATAN KELUARGA

Perencanaan keperawatan keluarga adalah sekumpulan tindakan yang direncanakan oleh perawat untuk membantu keluarga dalam mengatasi masalah keperawatan dengan melibatkan anggota keluarga.

Perencanaan keperawatan juga dapat diartikan juga sebagai suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah-masalah klien. Perencanaan ini merupakan langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan. Dalam menentukan tahap perencanaan bagi perawat diperlukan berbagai pengetahuan dan keterampilan, di antaranya pengetahuan tentang kekuatan dan kelemahan klien, nilai dan kepercayaan klien, batasan praktik keperawatan, peran dari tenaga kesehatan lainnya, kemampuan dalam memecahkan masalah, mengambil keputusan, menulis tujuan, serta memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan, menulis instruksi keperawatan serta kemampuan dalam melaksanakan kerja sama dengan tingkat kesehatan lain.

Faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan dalam menyusun perencanaan keperawatan keluarga adalah berikut ini.

1. Rencana keperawatan harus didasarkan atas analisis data secara menyeluruh tentang masalah atau situasi keluarga.
2. Rencana keperawatan harus realistis.
3. Rencana keperawatan harus sesuai dengan tujuan dan falsafah instansi kesehatan.
4. Rencana keperawatan dibuat bersama keluarga.

Apakah Anda sudah jelas tentang definisi perencanaan keperawatan? Coba Anda review kembali apa definisi perencanaan keperawatan keluarga? kalau Anda sudah bisa menjawab, selanjutnya Anda pelajari tentang tujuan perencanaan keperawatan keluarga

B. TUJUAN PERENCANAAN KEPERAWATAN KELUARGA

Perencanaan keperawatan memiliki tujuan sebagai berikut.

1. Alat komunikasi antarperawat dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga.
2. Meningkatkan kesinambungan asuhan keperawatan yang diberikan pada keluarga.
3. Mendokumentasikan proses dan kriteria hasil sebagai pedoman bagi perawat dalam melakukan tindakan kepada keluarga serta melakukan evaluasi.
4. Mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok.
5. Membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya.
6. Menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi keperawatan.
7. Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan.
8. Menyediakan kriteria hasil (*outcomes*) sebagai pedoman dalam melakukan evaluasi keperawatan keluarga.

C. PRIORITAS MASALAH KEPERAWATAN KELUARGA

Cara memprioritaskan masalah keperawatan keluarga adalah dengan menggunakan skoring. Komponen dari prioritas masalah keperawatan keluarga adalah kriteria, bobot, dan pembenaran.

Kriteria prioritas masalah keperawatan keluarga adalah berikut ini.

1. Sifat masalah. Kriteria sifat masalah ini dapat ditentukan dengan melihat katagori diagnosis keperawatan. Adapun skornya adalah, diagnosis keperawatan potensial skor 1, diagnosis keperawatan risiko skor 2, dan diagnosis keperawatan aktual dengan skor 3.
2. Kriteria kedua, adalah kemungkinan untuk diubah. Kriteria ini dapat ditentukan dengan melihat pengetahuan, sumber daya keluarga, sumber daya perawatan yang tersedia, dan dukungan masyarakatnya. Kriteria kemungkinan untuk diubah ini skornya terdiri atas, **mudah** dengan skor 2, **sebagian** dengan skor 1, dan **tidak dapat** dengan skor nol.
3. Kriteria ketiga, adalah potensial untuk dicegah. Kriteria ini dapat ditentukan dengan melihat kepelikan masalah, lamanya masalah, dan tindakan yang sedang dilakukan. Skor dari kriteria ini terdiri atas, **tinggi** dengan skor 3, **cukup** dengan skor 2, dan **rendah** dengan skor 1.
4. Kriteria terakhir adalah menonjolnya masalah. Kriteria ini dapat ditentukan berdasarkan persepsi keluarga dalam melihat masalah. Penilaian dari kriteria ini terdiri atas, **segera** dengan skor 2, **tidak perlu segera** skornya 1, dan **tidak dirasakan** dengan skor nol 0.

Cara perhitungannya sebagai berikut.

1. Tentukan skor dari masing-masing kriteria untuk setiap masalah keperawatan yang terjadi. Skor yang ditentukan akan dibagi dengan nilai tertinggi, kemudian dikalikan bobot dari masing-masing kriteria. Bobot merupakan nilai konstanta dari tiap kriteria dan tidak bisa diubah (**Skor/angka tertinggi x bobot**).

2. Jumlahkan skor dari masing-masing kriteria untuk tiap diagnosis keperawatan keluarga.
3. Skor tertinggi yang diperoleh adalah diagnosis keperawatan keluarga yang prioritas.

Skoring yang dilakukan di tiap-tiap kriteria harus diberikan pembenaran sebagai justifikasi dari skor yang telah ditentukan oleh perawat, Justifikasi yang diberikan berdasarkan data yang ditemukan dari klien dan keluarga.

Contoh skoring prioritas masalah pada penderita diabetes mellitus (DM). Risiko perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Ibu P yang merupakan keluarga Bapak J, berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita diabetes mellitus. Hal tersebut dapat kita lihat pada matriks di bawah ini.

Tabel 3.1
Skoring Prioritas Masalah Pada Penderita Diabetes Mellitus

Kriteria	Skor	Bobot	Skoring	Pembenaran
a. Sifat masalah: Risiko	2	1	$2/3 \times 1 = 2/3$	Masalah nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh memang belum terjadi, tapi pada Ibu P rata-rata asupan kalori kurang dari kebutuhan tubuh, yaitu 920 kalori.
b. Kemungkinan masalah dapat diubah: sebagian	1	2	$1/2 \times 2 = 1$	Ibu P merasa makanan yang telah dikonsumsi sudah cukup untuk dirinya, meskipun Ibu P mempunyai keinginan untuk sembuh dan ada perawat yang memberikan informasi tentang diet untuk penyakit kencing manis.
c. Potensial masalah untuk dicegah: tinggi	3	1	$3/3 \times 1 = 1$	Masalah lebih lanjut belum terjadi, adanya keinginan Ibu P untuk sembuh serta adanya dukungan dari keluarga
d. Menonjolnya masalah: Masalah tidak dirasakan	0	1	$0/2 \times 1 = 0$	Keluarga tidak merasakan sebagai masalah
Total skor			2 2/3	

Berdasarkan matriks di atas, skor yang didapat adalah 2 2/3. Skoring dilakukan untuk semua diagnosis keperawatan keluarga.

D. PERUMUSAN TUJUAN

Tujuan merupakan hasil yang ingin dicapai untuk mengatasi masalah keperawatan yang terjadi pada klien. Dalam suatu tujuan terdapat kriteria hasil yang mempunyai komponen sebagai berikut.

S (subjek), P (predikat), K (kriteria), K (kondisi), W (waktu) dengan penjabaran sebagai berikut.

- S : Perilaku pasien yang diamati.
- P : Kondisi yang melengkapi pasien.
- K : Kata kerja yang dapat diukur atau untuk menentukan tercapainya tujuan.
- K : Sesuatu yang menyebabkan asuhan diberikan.
- W : Waktu yang ingin dicapai.

Kriteria hasil (hasil yang diharapkan) adalah standar evaluasi yang merupakan gambaran tentang faktor-faktor yang dapat memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai dan digunakan dalam membuat pertimbangan. Kriteria hasil yang dibuat harus dapat diukur, dilihat, dan didengar. Penulisan kriteria hasil, menggunakan kata-kata positif bukan menggunakan kata negatif.

Perumusan tujuan dan kriteria hasil yang efektif dilakukan bersama keluarga, karena keluarga bertanggung jawab terhadap kehidupannya dan perawat perlu menghormati keyakinan keluarga. Tujuan yang dirumuskan ada dua, yaitu tujuan jangka panjang dan tujuan jangka Pendek.

Contoh:

Tujuan jangka panjang. Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 4 minggu, jalan nafas anak S dari keluarga Bapak X, efektif kembali. **Tujuan jangka pendek** dibuat berdasarkan tugas keluarga yang bermasalah. Setelah pertemuan 3 x 45 menit, keluarga dapat mengenal masalah pneumonia dengan menjelaskan kembali pengertian ISPA, penyebab, dan tanda serta gejalanya

E. PENYUSUNAN RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA

Setelah merumuskan tujuan, langkah selanjutnya adalah menyusun rencana tindakan. Rencana tindakan ini disesuaikan dengan tugas keluarga yang terganggu. Tugas kesehatan keluarga tersebut adalah kemampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, kemampuan keluarga mengambil keputusan yang tepat, kemampuan keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit, kemampuan keluarga dalam memodifikasi lingkungan rumah yang sehat, dan kemampuan keluarga dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.

Berikut ini akan diuraikan rencana tindakan berdasarkan tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut.

1. Rencana tindakan untuk membantu keluarga dalam rangka menstimulasi kesadaran dan penerimaan terhadap masalah keperawatan keluarga adalah dengan memperluas dasar pengetahuan keluarga, membantu keluarga untuk melihat dampak atau akibat dari situasi yang ada, menghubungkan antara kebutuhan kesehatan dengan sasaran yang telah ditentukan, dan mengembangkan sikap positif dalam menghadapi masalah.
2. Rencana tindakan untuk membantu keluarga agar dapat menentukan keputusan yang tepat, sehingga dapat menyelesaikan masalahnya, yaitu berdiskusi dengan keluarga tentang, konsekuensi yang akan timbul jika tidak melakukan tindakan, alternatif tindakan yang mungkin dapat diambil, serta sumber-sumber yang diperlukan dan manfaat dari masing-masing alternatif tindakan.
3. Rencana tindakan agar keluarga dapat meningkatkan kepercayaan diri dalam memberikan perawatan terhadap anggota keluarga yang sakit. Perawat dapat melakukan tindakan antara lain dengan mendemonstrasikan tindakan yang diperlukan, memanfaatkan fasilitas atau sarana yang ada di rumah, dan menghindari hal-hal yang merintangai keberhasilan keluarga dalam merujuk klien atau mencari pertolongan pada petugas kesehatan.
4. Untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan, antara lain dengan membantu keluarga mencari cara untuk menghindari adanya ancaman dan perkembangan kepribadian anggota keluarga, membantu keluarga memperbaiki fasilitas fisik yang ada, menghindari ancaman psikologis dengan memperbaiki pola komunikasi, memperjelas peran masing-masing anggota keluarga, dan mengembangkan kesanggupan keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial.
5. Rencana tindakan berikutnya untuk membantu keluarga dalam memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada. Perawat harus mempunyai pengetahuan yang luas dan tepat tentang sumber daya yang ada di masyarakat dan cara memanfaatkannya.

Contoh penulisan perencanaan keperawatan keluarga adalah sebagai berikut.

D X	Tujuan		Kriteria evaluasi		Intervensi
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
1	Setelah dilakukan tindakan keluarga mampu merawat anggota keluarga yang mengalami penurunan aliran arterial.	<p>Tujuan Khusus :</p> <p>Setelah melakukan kunjungan 5 x 60 menit keluarga dapat mencapai:</p> <p>Tuk 1 : Keluarga mampu mengenal masalah perubahan perfusi</p>			<p>Diskusikan dengan keluarga:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengertian perubahan perfusi jaringan perifer pada penderita DM • Penyebab terjadinya perubahan perfusi jaringan perifer

D X	Tujuan		Kriteria evaluasi		Intervensi
	Umum	Khusus	Kriteria	Standar	
		jaringan perifer dengan Menyebutkan: a. Menyebutkan pengertian tentang perubahan perfusi jaringan perifer pada penderita DM b. Menjelaskan penyebab terjadinya perubahan perfusi jaringan perifer	Verbal Verbal	Keluarga dapat menyebutkan pengertian perubahan perfusi jaringan perifer, yaitu perubahan sirkulasi aliran darah tepi Penyebab perubahan perfusi jaringan perifer karena peningkatan viskositas atau kekentalan darah akibat tingginya kadar gula	<ul style="list-style-type: none"> • Berikan kesempatan keluarga untuk menjelaskan kembali tentang pengertian perubahan perfusi jaringan perifer dan penyebabnya • Berikan penguatan pada keluarga apabila dapat menjelaskan kembali hasil diskusi

Latihan

Kasus

Diagnosis keperawatan keluarga yang dirumuskan oleh perawat ketika kunjungan rumah adalah sebagai berikut. Risiko kekurangan volume cairan pada anak (An.) Sisuka, Keluarga Bapak Doraemon berhubungan dengan (b/d) ketidakmampuan keluarga merawat balita diare.

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Tujuan umum adalah menyelesaikan masalah keperawatan dengan tujuan khusus menyelesaikan etiologi, berikan kriteria hasil dan kriteria waktu dari masing-masing tujuan.
- 2) Prioritas masalah, tentukan kriteria dari skoring berdasarkan diagnosis keperawatan keluarga, kemudian tentukan skor dari masing-masing kriteria dengan memperhatikan data yang tersedia, jumlahkan skor dari tiap-tiap kriteria.
- 3) Rencana tindakan yang disusun difokuskan untuk mengatasi defisit volume cairan.

Demikian uraian materi tentang perencanaan, diharapkan Anda sudah bisa memahami materi perencanaan keperawatan keluarga. Berikutnya ringkasan tentang materi perencanaan keperawatan keluarga.

Ringkasan

Perencanaan keperawatan keluarga merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan. Tahap ini mempunyai beberapa kegiatan mulai dari memprioritaskan masalah keperawatan, merumuskan tujuan, dan menyusun rencana tindakan keperawatan. Tahap ini merupakan tahap yang penting karena sangat berkaitan dengan pelaksanaan tindakan keperawatan.

Tes 1

Pilihlah jawaban yang **paling tepat!**

- 1) Seorang perawat sedang menyusun perencanaan bersama keluarga setelah pengkajian dilakukan. Tujuan dari perencanaan keperawatan keluarga adalah sebagai....
 - A. bentuk dokumentasi keperawatan profesional bagi perawat komunitas
 - B. bentuk alat komunikasi antarperawat dalam memberikan asuhan keperawatan
 - C. upaya untuk mencapai tujuan umum dan khusus asuhan keperawatan keluarga
 - D. salah satu tahapan proses keperawatan keluarga yang harus dilalui oleh perawat

- 2) Perawat Komunitas akan menyusun tujuan khusus keperawatan keluarga dengan masalah hipertensi. Tujuan khusus yang benar di bawah ini adalah....
 - A. setelah tindakan keperawatan keluarga dilakukan, tekanan darah akan turun mencapai normal dalam waktu 1 minggu
 - B. setelah tindakan keperawatan keluarga dilakukan, nyeri kepala berkurang atau hilang dalam waktu 1 minggu
 - C. setelah tindakan keperawatan dilakukan, keluarga mengerti tentang pengertian hipertensi dalam waktu 2 hari
 - D. setelah tindakan keperawatan dilakukan, mobilisasi dapat dilakukan mandiri dalam waktu 1 minggu

- 3) Untuk meningkatkan kemampuan keluarga dalam menciptakan lingkungan yang menunjang kesehatan, seorang perawat dapat....
 - A. membantu keluarga memperbaiki fasilitas fisik yang ada
 - B. menghindari ancaman psikologis dengan memperbaiki pola komunikasi
 - C. mengenalkan keluarga tentang masalah kesehatan yang terjadi
 - D. melakukan pendekatan pada keluarga yang mempunyai masalah kesehatan

- 4) Untuk membantu keluarga mengenal masalah kesehatan keluarga, intervensi perawat antara lain...
- A. hindari ancaman psikologis dengan memperbaiki pola komunikasi
 - B. mengenalkan keluarga tentang masalah kesehatan yang terjadi
 - C. melakukan pendekatan pada keluarga yang mempunyai masalah kesehatan
 - D. melakukan observasi perilaku pada anggota keluarga yang sakit
- 5) Faktor penentu prioritas masalah keperawatan keluarga berdasarkan....
- A. sifat masalah
 - B. kemungkinan masalah tidak diubah
 - C. masalah yang mengancam jiwa
 - D. tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia
- 6) Ibu H (40 tahun), bertanya kepada Perawat F tentang penyakitnya. Ibu H mengatakan sudah 2 (Dua) bulan dia menderita tumor di payudaranya. Ibu H takut dioperasi, tetapi khawatir juga kalau penyakitnya bertambah parah. Perawat F perlu melakukan intervensi agar Ibu H mampu mengambil keputusan dengan tepat. Tindakan yang dilakukan Perawat F adalah....
- A. menjelaskan tentang pengertian dan patofisiologi tumor payudara
 - B. menjelaskan alternatif tindakan yang dapat dilakukan ibu H dan konsekuensinya
 - C. membantu menyiapkan segala keperluan operasi ibu H bersama keluarga
 - D. menjelaskan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan Ibu H
- 7) Ibu F menderita DM sejak setahun yang lalu. Saat ini hasil pemeriksaan gula darah acak 340 mg/dl. Perawat J menanyakan tentang perawatan DM pada ibu F, ternyata Ibu F dan keluarga belum mengerti tentang diet DM. Perawat J akan melakukan kunjungan rumah agar keluarga mampu merawat anggota keluarga yang sakit DM. Tindakan yang harus dilakukan adalah....
- A. menjelaskan tentang pengertian diet DM pada seluruh keluarga
 - B. menjelaskan alternatif tindakan yang dapat dilakukan untuk ibu F
 - C. mendemonstrasikan pengaturan menu sesuai kalori yang dibutuhkan ibu F
 - D. menjelaskan komplikasi yang terjadi apabila gula darah melebihi normal

- 8) Bapak D (50 tahun) menderita hipertensi sejak 4 (empat) tahun yang lalu. Hasil pemeriksaan tekanan darah hari ini 170/110 mmHg. Bapak D mengatakan akhir-akhir ini sering stres memikirkan anak laki-lakinya yang sering ke luar malam dan pulang dalam kondisi mabuk. Situasi keluarga Bapak D tersebut belum memenuhi tugas keluarga di bidang kesehatan, yaitu kemampuan keluarga untuk....
- A. mengambil keputusan yang tepat
 - B. merawat anggota keluarga yang sakit
 - C. memodifikasi lingkungan yang sehat
 - D. memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan
- 9) Perawat akan melakukan kunjungan rumah pada keluarga Bp. K yang sakit hipertensi. Perawat akan melakukan tindakan keperawatan agar keluarga mampu mengambil keputusan dengan benar, tindakan yang harus dilakukan adalah
- A. menjelaskan tentang pengertian dan patofisiologi hipertensi
 - B. menjelaskan alternatif tindakan yang dapat dilakukan bp. K dan konsekuensinya
 - C. melatih olah raga untuk penderita hipertensi dan mengelola diet dengan benar
 - D. memotivasi keluarga untuk mengatur lingkungan rumah senyaman mungkin
- 10) Seorang Perawat Komunitas akan melakukan kunjungan ke Rumah Bp. X untuk menjelaskan tentang penyakit TB Paru, Kegiatan Perawat tersebut untuk mencapai tugas kesehatan keluarga adalah dengan....
- A. mengenal masalah kesehatan
 - B. mengambil keputusan yang tepat
 - C. merawat anggota keluarga yang sakit
 - D. memodifikasi lingkungan yang sehat

Terima kasih Anda telah menjawab dengan pertanyaan, silahkan cocokkan jawaban Anda dengan kunci jawaban.

Topik 2

Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Keluarga

Pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga merupakan tahap keempat dari proses keperawatan keluarga. Pada tahap ini, perawat dapat melakukan tindakan keperawatan secara mandiri dan atau melaksanakan kerja sama dengan tim kesehatan lain. Keberhasilan tindakan keperawatan dipengaruhi oleh kemampuan perawat, partisipasi klien dan keluarga, serta sarana yang tersedia.

Pada Topik 2 ini, mahasiswa akan mempelajari materi tentang pengertian tindakan keperawatan keluarga serta tahapan dan tipe tindakan keperawatan keluarga.

A. PENGERTIAN TINDAKAN KEPERAWATAN PADA KELUARGA

Tindakan perawat adalah upaya perawat untuk membantu kepentingan klien, keluarga, dan komunitas dengan tujuan untuk meningkatkan kondisi fisik, emosional, psikososial, serta budaya dan lingkungan, tempat mereka mencari bantuan. Tindakan keperawatan adalah implementasi/pelaksanaan dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik.

Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping.

Dalam tahap ini, perawat harus mengetahui berbagai hal di antaranya bahaya-bahaya fisik dan perlindungan pada klien, teknik komunikasi, kemampuan dalam prosedur tindakan, pemahaman tentang hak-hak dari pasien, serta pemahaman tingkat perkembangan pasien.

Pelaksanaan tindakan keperawatan yang telah direncanakan adalah dengan menerapkan teknik komunikasi terapeutik. Dalam melaksanakan tindakan perlu melibatkan seluruh anggota keluarga dan selama tindakan, perawat perlu memantau respon verbal dan nonverbal pihak keluarga.

Tindakan keperawatan keluarga mencakup hal-hal sebagai berikut.

1. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara:
 - a. memberikan informasi;
 - b. memberikan kebutuhan dan harapan tentang kesehatan.

2. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat, dengan cara:
 - a. mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan;
 - b. mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga;
 - c. mengidentifikasi tentang konsekuensi tipe tindakan.

3. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit, dengan cara:
 - a. mendemonstrasikan cara perawatan;
 - b. menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah;
 - c. mengawasi keluarga melakukan perawatan.
4. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, yaitu dengan cara:
 - a. menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga;
 - b. melakukan perubahan lingkungan keluarga seoptimal mungkin.
5. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara:
 - a. mengenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga;
 - b. membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada.

Selama melakukan tindakan, Anda diharapkan tetap mengumpulkan data baru, seperti respon klien terhadap tindakan atau situasi yang berganti, dan perubahan-perubahan situasi. Yang harus menjadi perhatian adalah pada keadaan ini, perawat harus fleksibel dalam menerapkan tindakan. Beberapa kendala yang sering terjadi dalam implementasi adalah ide yang tidak mungkin, pandangan negatif terhadap keluarga, kurang perhatian terhadap kekuatan dan sumber-sumber yang dimiliki keluarga, serta penyalahgunaan budaya atau gender.



*Gambar 1.
Tindakan keperawatan di keluarga*

B. TAHAP TINDAKAN KEPERAWATAN KELUARGA

Dalam pelaksanaannya, ada tiga tahapan dalam tindakan keperawatan sebagai berikut.

1. Tahap Persiapan

Pada tahap awal ini, Anda sebagai perawat harus menyiapkan segala sesuatu yang akan diperlukan dalam tindakan.

Persiapan meliputi kegiatan-kegiatan seperti berikut ini.

- a. Review tindakan keperawatan diidentifikasi pada tahap perencanaan. Perlu dipahami bahwa pada dasarnya prinsip dari tindakan keperawatan disusun untuk melakukan upaya promosi, mempertahankan, dan memulihkan kesehatan klien/keluarga. Ada beberapa kriteria yang harus dipenuhi dalam pelaksanaan tindakan keperawatan keluarga, antara lain:
 - 1) konsisten sesuai dengan rencana tindakan;
 - 2) berdasarkan prinsip-prinsip ilmiah;
 - 3) ditujukan kepada individu sesuai dengan kondisi klien;
 - 4) digunakan untuk menciptakan lingkungan yang terapeutik dan aman;
 - 5) memberikan penyuluhan dan pendidikan kepada klien;
 - 6) penggunaan sarana dan prasarana yang memadai.
- b. Menganalisa pengetahuan dan keterampilan keperawatan yang diperlukan. Perawat harus mengidentifikasi tingkat pengetahuan dan tipe keterampilan yang diperlukan untuk tindakan keperawatan.
- c. Mengetahui komplikasi dari tindakan keperawatan yang mungkin timbul. Prosedur tindakan keperawatan mungkin berakibat terjadinya resiko tinggi kepada klien. Perawat harus menyadari kemungkinan timbulnya komplikasi sehubungan dengan tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan. Keadaan yang demikian ini memungkinkan perawat untuk melakukan pencegahan dan mengurangi resiko yang timbul.
- d. Menentukan dan mempersiapkan peralatan yang diperlukan, harus mempertimbangkan beberapa hal sebagai berikut.
 - 1) Waktu. Perawat harus dapat menentukan waktu secara selektif.
 - 2) Tenaga. Perawat harus memperhatikan kuantitas dan kualitas tenaga yang ada dalam melakukan tindakan keperawatan.
 - 3) Alat. Perawat harus mengidentifikasi peralatan yang diperlukan pada tindakan.
- e. Mempersiapkan lingkungan yang kondusif. Keberhasilan suatu tindakan keperawatan sangat ditentukan oleh perasaan klien yang aman dan nyaman. Lingkungan yang nyaman mencakup komponen fisik dan psikologis.

- f. Mengidentifikasi aspek hukum dan etika terhadap resiko dari potensial tindakan.

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus memperhatikan unsur-unsur hak dan kewajiban klien, hak dan kewajiban perawat atau dokter, kode etik perawat, dan hukum keperawatan.

2. Tahap Perencanaan

Fokus pada tahap pelaksanaan tindakan keperawatan adalah kegiatan pelaksanaan tindakan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Tindakan keperawatan dibedakan berdasarkan kewenangan dan tanggung jawab perawat secara profesional sebagaimana terdapat dalam standar praktik keperawatan.

Independen

Tindakan keperawatan independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Tipe dari aktivitas yang dilaksanakan perawat secara independen didefinisikan berdasarkan diagnosa keperawatan. Tindakan tersebut merupakan suatu respon, karena perawat mempunyai kewenangan untuk melakukan tindakan keperawatan secara pasti berdasarkan pendidikan dan pengalamannya.

Lingkup tindakan *independen* keperawatan adalah:

- a. mengkaji klien atau keluarga melalui riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik untuk mengetahui status kesehatan klien;
- b. merumuskan diagnosa keperawatan sesuai respon klien yang memerlukan intervensi keperawatan;
- c. mengidentifikasi tindakan keperawatan untuk mempertahankan atau memulihkan kesehatan;
- d. melaksanakan rencana pengukuran untuk memotivasi, menunjukkan, mendukung, dan mengajarkan kepada klien atau keluarga;
- e. merujuk kepada tenaga kesehatan lain, ada indikasi dan diijinkan oleh tenaga keperawatan klien;
- f. mengevaluasi respon klien terhadap tindakan keperawatan dan medis;
- g. partisipasi dengan konsumen atau tenaga kesehatan lain dalam meningkatkan mutu pelayanan.

Bagus! Anda telah berhasil memahami beberapa hal yang berkaitan dengan tindakan keperawatan keluarga, untuk lebih menambah wawasan Anda silahkan ikuti materi selanjutnya .

3. Tindakan keperawatan dapat dikategorikan menjadi tiga (3) tipe sebagai berikut.

a. Tindakan Independen

Tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu mengatasi masalah kesehatan klien dan keluarga secara mandiri.

Tindakan tersebut meliputi kegiatan-kegiatan berikut ini.

- 1) **Wawancara** dengan klien untuk mendapatkan data, guna mengidentifikasi perkembangan kondisi klien atau untuk mengidentifikasi masalah baru yang muncul.
- 2) **Observasi dan pemeriksaan fisik.** Tindakan untuk mendapatkan data objektif yang meliputi, observasi kesadaran, tanda–tanda vital, dan pemeriksaan fisik.
- 3) Melakukan **pemeriksaan laboratorium** sederhana.
- 4) Tindakan **terapeutik.** Tindakan yang ditujukan untuk mengurangi, mencegah, dan mengatasi masalah klien.

Misalnya:

Klien stroke yang tidak sadar dengan paralise, maka tindakan terapeutik yang dilakukan perawat dalam mencegah terjadinya gangguan integritas kulit adalah dengan melakukan mobilisasi dan memberikan bantal air, pada bagian tubuh yang tertekan dan mengenali tanda-tanda terjadinya hipoglikemi dan cara mengatasinya.

- 5) Tindakan **edukatif** (mengajarkan). Ditujukan untuk mengubah perilaku klien melalui promosi kesehatan dan pendidikan kesehatan kepada klien. Misalnya, perawat mengajarkan kepada keluarga tentang pembuatan cairan oralit dan senam kaki diabetik.
- 6) Tindakan **merujuk.** Tindakan ini lebih ditekankan pada kemampuan perawat dalam mengambil suatu keputusan klinik tentang keadaan klien dan kemampuan untuk melakukan kerja sama dengan tim kesehatan lainnya. Misalnya, klien pasca trauma kepala, ditemukan adanya tanda-tanda tekanan intrakranial yang meningkat, maka perawat harus mengkonsultasikan atau merujuk klien kepada dokter ahli saraf untuk mendapatkan penanganan yang tepat dan cepat dalam mencegah terjadinya komplikasi yang lebih parah.

b. Tindakan Interdependen

Tindakan keperawatan interdependen menjelaskan suatu kegiatan yang memerlukan suatu kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya.

Misalnya, tenaga sosial, ahli gizi, fisioterapi

c. Tindakan Dependen

Tindakan ini berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Tindakan tersebut menandakan suatu cara bahwa tindakan medis atau tindakan profesi lain dilaksanakan. Contoh, dokter menuliskan “**perawatan colostomy**”. Tindakan keperawatan adalah melaksanakan perawatan **colostomy** berdasarkan kebutuhan individu dari klien.

Tindakan tersebut meliputi kegiatan-kegiatan berikut ini.

- 1) Melakukan perawatan *colostomy* setiap 2 hari atau sewaktu-waktu bila kantong *faeces* bocor.
- 2) Mengganti kantong *faeces*.
- 3) Mencuci lokasi sekitar *colostomy*.
- 4) Mengkaji tanda dan gejala iritasi kulit dan stroma.

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

Contoh, Dokumentasi tindakan keperawatan adalah sebagai berikut.

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN KELUARGA	HARI/TANGGAL
1	Perubahan perfusi jaringan perifer pada Bp. Ib dan Ibu Y keluarga Bp. Ib b/d ketidakmampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami penurunan aliran arterial.	<p>Implementasi</p> <p>Tuk 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mendiskusikan pengertian perubahan perfusi jaringan perifer pada penderita DM dengan keluarga. • Mendiskusikan dengan keluarga penyebab terjadinya perubahan perfusi jaringan perifer. • Memberikan kesempatan untuk bertanya pada keluarga, Bp. Ib menanyakan bagaimana caranya untuk mengurangi kesemutan. • Memberikan kesempatan pada keluarga untuk menjelaskan kembali tentang pengertian perubahan perfusi jaringan perifer dan penyebabnya. • Memberikan penguatan pada keluarga apabila dapat menjelaskan kembali hasil diskusi. 	Kamis, 1-2-2016
		<p>Tuk 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan pada keluarga akibat terjadinya masalah perubahan perfusi jaringan perifer pada penderita DM, yaitu akan terjadi mati rasa dan risiko terjadinya cedera. • Memotivasi keluarga agar dapat mengambil keputusan untuk mengatasi perubahan perfusi jaringan perifer. • Memberikan penguatan apabila keputusan keluarga sudah tepat. 	Kamis, 1-2-2016
		<p>Tuk 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan tentang manfaat rendam kaki. • Menjelaskan tentang cara rendam kaki. • Mendiskusikan tentang manfaat dari senam kaki. • Mengajarkan pada keluarga senam kaki untuk penderita DM. • Menganjurkan pada keluarga untuk mempraktikkan senam kaki yang telah diajarkan. • Mendiskusikan cara mencegah masalah akibat penurunan sensitifitas. • Mendemonstrasikan cara mencegah akibat penurunan sensitifitas pans-dingin. • Menganjurkan keluarga untuk redemonstrasi. • Menganjurkan keluarga untuk membantu memenuhi kebutuhan. 	Jumat, 16-2-2016

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	IMPLEMENTASI KEPERAWATAN KELUARGA	HARI/ TANGGAL
		<p>Tuk 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memotivasi keluarga untuk membantu menyiapkan air hangat untuk Ibu Y dan Bp. Ib untuk menghindari <i>injury</i>. • Melakukan kunjungan yang tidak direncanakan untuk mengevaluasi kemampuan keluarga untuk memodifikasi lingkungan selama melakukan rendam kaki dan senam kaki. • Memberikan penghargaan apabila keluarga sudah melakukan tindakan yang positif. 	Jumat, 16-2- 2016

Latihan

Kasus

Bp. K (47 th) seorang karyawan pabrik tekstil menderita TB paru sejak 3 bulan yang lalu. Istri Bp. K adalah Ibu T (30 th) sekarang sedang hamil anak kedua. Anak pertama Bp. K adalah An. S (8 th) siswa kelas 2 SD yang saat ini dalam kondisi sehat. Bp. K pernah berobat ke Puskesmas 1 bulan yang lalu dan *drop out* pengobatan. Saat ini, Bp. K mengeluh batuk berdahak sudah 3 minggu tidak sembuh-sembuh, padahal sudah minum obat di Warung.

Pertanyaan

- 1) Identifikasikan tindakan independen perawat untuk mengatasi kasus di atas!
- 2) Identifikasikan tindakan dependen perawat untuk membantu mengatasi masalah pada kasus di atas!
- 3) Identifikasikan tindakan interdependen perawat untuk mengatasi masalah keperawatan pada kasus di atas!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Tindakan Independen, yaitu tindakan yang dilakukan secara mandiri oleh perawat, misalnya dalam melakukan pengkajian data, pemeriksaan fisik, pemenuhan kebutuhan dasar manusia, dan melakukan pendidikan kesehatan.
- 2) Dependen, yaitu tindakan perawat atas instruksi dari tim kesehatan, misalnya pemberian obat dan tindakan invasif.
- 3) Interdependen, yaitu tindakan perawat bersama-sama dengan tim kesehatan lain.

Setelah menyelesaikan tugas di atas, berarti Anda sudah menyelesaikan materi pada Topik 2.

Ringkasan

Perawatan keluarga merupakan suatu pelayanan yang komprehensif dan memerlukan pengetahuan serta keterampilan mendalam bagi perawat. Tindakan keperawatan yang dilakukan, berfokus pada upaya untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan klien dan keluarga.

Tahapan tindakan keperawatan keluarga adalah persiapan, pelaksanaan, dan evaluasi, sedangkan tipe tindakan keperawatan keluarga terdiri atas tiga tipe, yaitu independen, dependen, dan interdependen.

Setiap tindakan keperawatan yang dilakukan membutuhkan partisipasi dari klien dan keluarga. Selain tindakan mandiri perawat, kerja sama dengan tim kesehatan lain juga merupakan unsur penting dalam menyelesaikan masalah kesehatan klien dan keluarga.

Tes 2

Pilihlah jawaban yang **paling tepat!**

- 1) Tindakan dependen yang dapat dilakukan oleh Perawat ketika kunjungan rumah dengan salah satu anggota keluarga penderita TB Paru adalah dengan....
 - A. memberikan pendidikan kesehatan tentang pencegahan TB Paru
 - B. memberikan konseling pada keluarga
 - C. melakukan observasi tanda vital
 - D. memberikan obat antibiotika

- 2) Perawat mengajarkan cara pembuatan oralit pada ibu dengan balita diare. Tindakan yang dilakukan Perawat tersebut termasuk tindakan....
 - A. dependen
 - B. independen
 - C. interdependen
 - D. rujukan

- 3) Lingkup tindakan independen yang dilakukan oleh Perawat adalah....
 - A. memberikan obat-obatan
 - B. melakukan pemeriksaan fisik
 - C. melakukan tindakan invasif
 - D. memberikan obat antibiotika

- 4) Kerja sama dengan ahli gizi untuk mengatur diet DM termasuk lingkup tindakan....
 - A. dependen
 - B. independen
 - C. interdependen
 - D. kolaborasi

- 5) Perawat yang sedang melakukan kunjungan rumah pada keluarga dengan *stroke* memberikan penyuluhan kesehatan tentang perawatan hipertensi. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah....
- A. sarana dan prasarana yang ada
 - B. tingkat hipertensi yang diderita
 - C. kemampuan menerima pesan
 - D. dukungan masyarakat setempat
- 6) Perawat Komunitas akan melaksanakan kunjungan rumah pada keluarga dengan penyakit kusta. Tujuan tindakan keperawatan keluarga yang sudah dirumuskan agar keluarga mampu mengambil keputusan yang tepat, tindakan yang harus dilakukan perawat adalah....
- A. menjelaskan tentang pengertian, penyebab, gejala dan pencegahan penularan penyakit kusta
 - B. menjelaskan tentang alternatif tindakan yang dilakukan dalam merawat keluarga dengan kusta
 - C. mendemonstrasikan tentang personal hygiene dan perawatan kulit yang mengalami mati rasa
 - D. menjelaskan tentang pengaturan lingkungan yang sehat agar terhindar dari penyakit kusta
- 7) Salah satu keluarga Bp. O menderita penyakit typhoid yang dirawat di rumah. Perawat akan melakukan kunjungan rumah agar keluarga Bp. O mampu merawat anggota keluarga yang sakit demam berdarah, tindakan yang dilakukan perawat adalah....
- A. menjelaskan tentang perawatan anak dengan penyakit demam berdarah
 - B. memotivasi keluarga untuk membersihkan lingkungan agar terbebas kuman
 - C. mengajari ibu cara kompres dengan benar ketika anak panas
 - D. menginformasikan berbagai alternatif yang dapat dilakukan keluarga
- 8) Perawat akan melakukan intervensi untuk meningkatkan kemampuan keluarga agar dapat menentukan keputusan yang tepat untuk menyelesaikan masalah. Tindakan yang dapat dilakukan perawat adalah....
- A. menghindari ancaman psikologis dengan memperbaiki pola komunikasi, memperjelas peran masing-masing anggota keluarga
 - B. mengembangkan kesanggupan keluarga untuk memenuhi kebutuhan psikososial
 - C. mengembangkan kesanggupan keluarga dalam rangka pemenuhan kebutuhan psikososial
 - D. mendiskusikan dengan keluarga tentang konsekuensi yang akan timbul jika tidak melakukan tindakan

- 9) Bp. Y mempunyai seorang anak yang menderita asma dan belum dapat melakukan batuk efektif. Perawat Komunitas akan mengajarkan batuk efektif yang benar, kegiatan tersebut untuk mencapai tugas kesehatan keluarga....
- A. mengenal masalah kesehatan
 - B. mengambil keputusan yang tepat
 - C. merawat anggota keluarga yang sakit
 - D. memodifikasi lingkungan yang sehat
- 10) Perawat T melakukan kunjungan ke rumah Ibu G yang menderita TB Paru. Perawat T akan melakukan intervensi agar keluarga Ibu G mampu memodifikasi lingkungan yang sehat. Tindakan yang dilakukan oleh Perawat T adalah....
- A. menjelaskan pada keluarga tentang penularan penyakit TB Paru
 - B. memotivasi keluarga untuk memantau obat yang diminum
 - C. mendemonstrasikan cara batuk efektif pada Ibu G dan keluarga
 - D. membantu keluarga untuk menyediakan tempat khusus dahak

Setelah Anda menguasai materi di Topik 2, silakan dilanjutkan untuk mempelajari Topik 3 tentang evaluasi keperawatan keluarga.

Topik 3

Evaluasi Asuhan Keperawatan Keluarga

Evaluasi keperawatan keluarga merupakan tahap kelima atau tahap terakhir dari proses keperawatan. Tahap evaluasi ini akan menilai keberhasilan dari tindakan yang telah dilaksanakan. Indikator evaluasi keperawatan adalah kriteria hasil yang telah ditulis pada tujuan ketika perawat menyusun perencanaan tindakan keperawatan. Evaluasi dikatakan berhasil apabila tujuan tercapai.

Bahasan evaluasi keperawatan keluarga ini akan memelajari tentang materi pengertian evaluasi keperawatan keluarga, tujuan evaluasi keperawatan keluarga, proses dan jenis evaluasi keperawatan keluarga, metode dan sumber data evaluasi keperawatan keluarga.

A. PENGERTIAN EVALUASI

Evaluasi adalah tindakan untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai, meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperawatan. Evaluasi merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan.

Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan apakah informasi yang telah dikumpulkan sudah mencukupi dan apakah perilaku yang diobservasi sudah sesuai. Diagnosa keperawatan juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya. Tujuan keperawatan harus dievaluasi adalah untuk menentukan apakah tujuan tersebut, dapat dicapai secara efektif.

Evaluasi didasarkan pada bagaimana efektifnya intervensi atau tindakan yang dilakukan oleh keluarga, perawat dan yang lainnya. Keefektifan ditentukan dengan melihat respon keluarga dan hasil, bukan intervensi-intervensi yang diimplementasikan.

Meskipun evaluasi dengan pendekatan terpusat pada klien paling relevan, sering kali membuat frustrasi karena adanya kesulitan-kesulitan dalam membuat kriteria objektif untuk hasil yang dikehendaki. Rencana perawatan mengandung kerangka kerja evaluasi. Evaluasi merupakan proses berkesinambungan yang terjadi setiap kali seorang perawat memperbaiki rencana asuhan keperawatan. Sebelum perencanaan dikembangkan lebih lanjut, perawat bersama keluarga perlu melihat tindakan-tindakan perawatan tertentu apakah tindakan tersebut benar-benar membantu.

B. TUJUAN EVALUASI

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini dapat dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan untuk:

1. mengakhiri rencana tindakan keperawatan;

2. memodifikasi rencana tindakan keperawatan;
3. melanjutkan rencana tindakan keperawatan.

C. PROSES EVALUASI

Mengukur pencapaian tujuan klien.

1. Kognitif (pengetahuan)

Untuk mengukur pemahaman klien dan keluarga setelah diajarkan teknik-teknik perawatan tertentu. Metode evaluasi yang dilakukan, misalnya dengan melakukan wawancara pada klien dan keluarga. Contoh, setelah dilakukan pendidikan kesehatan tentang pencegahan TB Paru, klien dan keluarga ditanya kembali tentang bagaimana cara pencegahan TB Paru.

2. Afektif (status emosional)

Cenderung kepenilaian subjektif yang sangat sulit diukur. Metode yang dapat dilakukan adalah observasi respon verbal dan nonverbal dari klien dan keluarga, serta mendapatkan masukan dari anggota keluarga lain.

3. Psikomotor (tindakan yang dilakukan)

Mengukur kemampuan klien dan keluarga dalam melakukan suatu tindakan atau terjadinya perubahan perilaku pada klien dan keluarga. Contoh, setelah perawat mengajarkan batuk efektif, klien diminta kembali untuk mempraktikkan batuk efektif sesuai dengan yang telah dicontohkan.

D. METODE DAN SUMBER DATA EVALUASI

1. Observasi

Melakukan pengamatan terhadap perubahan perilaku dari anggota keluarga yang mempunyai masalah kesehatan.

2. Memeriksa laporan atau dokumentasi keperawatan

Perawat perlu memeriksa kembali laporan atau catatan keperawatan yang telah ditulis oleh tim keperawatan setelah melaksanakan intervensi keperawatan.

3. Wawancara atau angket

Membuat daftar pertanyaan atau angket yang ditujukan pada keluarga untuk mengetahui kemajuan kondisi kesehatannya. Pengambilan data dilakukan dengan metode wawancara.

4. Latihan/simulasi/redemonstrasi

Perawat mengevaluasi kemampuan perawat dalam melakukan suatu tindakan untuk merawat anggota keluarga yang sakit dengan meminta keluarga untuk melakukan kembali

tindakan keperawatan yang telah diajarkan. Contoh, perawat telah mengajarkan senam kaki diabetik, klien diminta mengulang kembali senam kaki diabetik, seperti yang telah diajarkan.

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA	HARI/TANGGAL
1	Perubahan perfusi jaringan perifer pada Bp. lb dan Ibu Y keluarga Bp. lb b/d ketidakmampuan keluarga untuk merawat anggota keluarga yang mengalami penurunan aliran arterial	<p>Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga dapat menjelaskan kembali tentang perubahan jaringan perifer. • Keluarga dapat menyebutkan penyebab terjadinya perubahan perfusi jaringan perifer dan penyebab dari perubahan perfusi jaringan perifer tersebut. • Keluarga dapat menjelaskan kembali tentang manfaat rendam kaki . • Keluarga dapat menjelaskan kembali tentang cara rendam kaki • Keluarga dapat menjelaskan tentang manfaat dari senam kaki. • Keluarga dapat menjelaskan urutan dari senam kaki untuk penderita DM. <p>Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluarga memperhatikan penjelasan yang disampaikan dan menanyakan penjelasan yang belum jelas. • Keluarga dapat mempraktekkan senam kaki sesuai urutan yang benar. <p>Analisa: Tujuan sebagian tercapai.</p> <p>Perencanaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan motivasi pada keluarga untuk terus melakukan rendam dan senam kaki setiap hari pagi dan sore. 	Jumat, 16 Februari 2007

Latihan

Kasus

Seorang perawat komunitas telah melaksanakan tindakan keperawatan pada keluarga dengan anak balita kurang gizi. Perawat telah melaksanakan pendidikan kesehatan pada ibu balita tentang gizi seimbang dan membimbing berat badan balita setiap hari. Tujuan yang telah ditentukan oleh perawat adalah gangguan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yang dapat teratasi dalam waktu 1 bulan.

Pertanyaan :

- 1) Bagaimanakah evaluasi formatif dari kasus di atas?
- 2) Bagaimanakah evaluasi sumatif dari kasus di atas?
- 3) Metode evaluasi apa yang tepat untuk kasus tersebut di atas?

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Evaluasi formatif. Evaluasi yang dilakukan sesaat setelah tindakan dilakukan, fokuskan pada tindakan perawat yang sesuai dalam mengatasi masalah.
- 2) Evaluasi sumatif. Evaluasi akhir setelah semua tindakan dilakukan, fokuskan pada target waktu dan kriteria hasil yang ada pada kasus.
- 3) Metode evaluasi. Evaluasi yang disesuaikan dengan tindakan yang telah dilaksanakan oleh perawat yang ada pada kasus.

Setelah Anda selesai mengerjakan tugas di atas, maka materi Topik 3 sudah selesai.

Ringkasan

Setelah melakukan tindakan keperawatan keluarga, dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Evaluasi dilakukan sesuai dengan tujuan umum dan khusus yang telah dirumuskan dan bila belum atau tidak berhasil perlu disusun rencana baru yang sesuai.

Semua tindakan keperawatan mungkin tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga, untuk itu dapat dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga. Evaluasi dapat dilaksanakan secara formatif dan sumatif.

Metode evaluasi yang digunakan hendaknya bervariasi, sesuai dengan tindakan yang dilakukan. Hasil evaluasi dapat ditindaklanjuti dengan modifikasi atau terminasi. Terminasi dilakukan jika keluarga telah mampu atau mandiri dan terminasi harus benar-benar disepakati antara keluarga, perawat, dan tim kesehatan lainnya.

Tes 3

Pilihlah jawaban yang **paling tepat!**

- 1) Perawat akan menilai kemampuan seorang ibu dalam membuat oralit, metode yang tepat adalah....
 - A. observasi
 - B. wawancara
 - C. redemonstrasi
 - D. pembuatan angket

- 2) Keluarga yang mengalami masalah kesehatan atau ketidakmampuan memodifikasi lingkungan yang sehat dapat dievaluasi dengan metode
 - A. observasi
 - B. wawancara

- C. redemonstrasi
 - D. pembuatan angket
- 3) Perawat akan melaksanakan evaluasi formatif pada keluarga dengan hipertensi, yang dilakukan perawat adalah....
- A. melakukan observasi perilaku setelah target waktu sesuai dengan tujuan terpenuhi
 - B. menanyakan kembali pada keluarga setelah dilakukan penyuluhan kesehatan tentang perawatan hipertensi
 - C. menyebarkan angket setelah intervensi keperawatan dilakukan selama 3 bulan
 - D. menanyakan kembali tujuan umum dan tujuan khusus pada keluarga
- 4) Untuk melakukan evaluasi pada aspek afektif keluarga, metode yang tepat adalah....
- A. observasi
 - B. wawancara
 - C. redemonstrasi
 - D. studi dokumentasi keperawatan
- 5) Bila pada akhir asuhan keperawatan, keluarga diharapkan mampu menetapkan tindakan apa yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah keluarga, maka kriteria evaluasi diarahkan pada respon....
- A. psikomotor
 - B. afektif
 - C. kognitif
 - D. kognitif dan psikomotor
- 6) Perawat Komunitas sedang menyusun perencanaan bersama keluarga dengan DM. Salah satu tujuan yang akan dicapai adalah keluarga mampu mengatur diet dengan tepat. Penulisan kriteria evaluasi yang benar adalah....
- A. verbal
 - B. non verbal
 - C. psikomotor
 - D. afektif
- 7) Perawat sedang mengadakan penyuluhan kesehatan tentang pencegahan demam berdarah di keluarga Bp. W. Perawat ingin mengetahui kemampuan keluarga tentang penyebab terjadinya demam berdarah. Metode evaluasi yang tepat adalah....
- A. observasi langsung
 - B. memeriksa laporan
 - C. wawancara
 - D. memberikan angket

- 8) Perawat melaksanakan tindakan keperawatan mengajarkan pengukuran suhu tubuh pada ibu balita yang sedang sakit typhoid. Perawat meminta ibu untuk mengulangi lagi pengukuran suhu sesuai dengan contoh. Apakah jenis evaluasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat tersebut....
- A. formatif
 - B. sumatif
 - C. observasi
 - D. kognitif
- 9) Perawat akan mengukur kemampuan kognitif pada klien dan keluarga dengan TB Paru. Apakah pertanyaan yang perlu diberikan pada klien dan keluarga....
- A. Coba Anda praktikkan kembali cara batuk efektif yang benar.
 - B. Bagaimanakah kondisi Anda saat ini?
 - C. Apakah yang Anda ketahui tentang gejala TB Paru ?
 - D. Apakah hari ini Anda melakukan aktivitas seperti biasa?
- 10) Perawat akan melakukan evaluasi sumatif pada klien dengan hipertensi, apakah yang perlu diperhatikan oleh perawat....
- A. tindakan keperawatan yang telah dilakukan
 - B. sarana yang tersedia di rumah
 - C. tim kesehatan yang terlibat selama tindakan keperawatan dilakukan
 - D. kriteria waktu yang tertulis pada tujuan

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) A
- 3) B
- 4) B
- 5) A
- 6) B
- 7) C
- 8) D
- 9) B
- 10) A

Tes 2

- 1) D
- 2) B
- 3) B
- 4) C
- 5) C
- 6) B
- 7) D
- 8) D
- 9) B
- 10) D

Tes 3

- 1) C
- 2) A
- 3) B
- 4) A
- 5) C
- 6) C
- 7) C
- 8) A
- 9) C
- 10) D

Daftar Pustaka

- Bailon, S.G. & Maglaya, A.S. 1987. *Family health nursing: The process*, Philippines: UP. College of Nursing Diliman, Quezon City.
- Doane, G.W. & Varcoe, C. 2005. *Family nursing as relational inquiry: Developing health promotion practice*, Philadelphia: Lippincott.
- Effendy N, 1998. *Dasar-dasar Keperawatan Kesehatan Masyarakat*, EGC. Jakarta
- Friedman, M.M, Bowden, V.R. & Jones, E.G. 2003. *Family nursing: Research, Theory & Practice*. (5th ed.), New Jersey: Prentice Hall.
- Friedman, M.M. 1998. *Family nursing: Research, Theory & Practice*. (4th ed.), California: Appleton and Lange.
- Fakultas Ilmu Keperawatan UI. 2000. *Kumpulan makalah pelatihan asuhan keperawatan keluarga*.
- Friedman. (1998.. *Family Nursin: Research, Theory and Practice, 4th Ed, Stanford, Connection: Appleton &Lange*.
- Hanson, S.M.H., & Boyd, S.T. 1996. *Family Health care nursing: Theory, Practice and research*, Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Stanhope, M. & Lancaster. J. 1997. *Community health nursing. Process and practice for promoting health*. Mosby Company, USA.

BAB V

PENGAJIAN DAN DIAGNOSIS KEPERAWATAN KOMUNITAS

Ns. Wahyu Widagdo, M.Kep.Sp.Kom

PENDAHULUAN

Pengkajian dan diagnosis keperawatan merupakan tahap awal dalam proses keperawatan komunitas. Pada tahap ini, setelah perawat mengkaji data kesehatan komunitas, selanjutnya menetapkan diagnosis keperawatan. Pada tahap pengkajian keperawatan untuk memahami aspek yang dikaji, perawat harus memiliki pemahaman tentang epidemiologi. Keberhasilan dalam pengkajian akan memengaruhi tahap-tahap selanjutnya dalam proses keperawatan, yaitu diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan komunitas.

Untuk mendalami materi tersebut, mari kita pelajari bersama tentang konsep epidemiologi, pengkajian komunitas, dan diagnosis keperawatan komunitas yang dipaparkan dalam Bab 5 ini. Pokok bahasan yang akan kita diskusikan di dalamnya meliputi, konsep epidemiologi, pengkajian komunitas, dan diagnosis keperawatan komunitas.

Setelah Anda mempelajari materi dalam Bab 5 ini dengan sungguh-sungguh, di akhir proses pembelajaran, Anda diharapkan akan dapat menjelaskan:

1. pengkajian keperawatan komunitas;
2. diagnosis keperawatan komunitas;

Agar Anda dapat memahami bab ini dengan mudah, maka bab ini dibagi menjadi tiga (3) topik, yaitu:

1. Topik 1: Pengkajian Keperawatan Komunitas
2. Topik 2: Analisis Data Komunitas dan Diagnosis Keperawatan Komunitas

Untuk memudahkan Anda mempelajari bab ini, berikut langkah-langkah belajar yang harus Anda lakukan.

1. Pahami dulu mengenai pentingnya perawat memahami konsep epidemiologi, pengkajian komunitas, dan diagnosis keperawatan komunitas sebelum melakukan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas.
2. Amati bagaimana kondisi kesehatan masyarakat yang ada saat ini.
3. Pelajari setiap topik secara bertahap, mengerjakan tes dan tugas yang ada di bab ini.
4. Keberhasilan proses pembelajaran sangat tergantung pada kesungguhan Anda untuk mempelajari isi bab ini.
5. Silakan hubungi fasilitator atau dosen yang mengajar bab ini untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut dan mendalam.

6. Kami yakin Anda memiliki semangat dan motivasi tinggi untuk mempelajari bab ini. Selamat belajar, semoga bermanfaat untuk meningkatkan pemahaman perawat sebagai modal dalam memberikan pelayanan keperawatan komunitas yang lebih berkualitas dan professional.

Topik 1

Pengkajian Keperawatan Komunitas

Setelah mempelajari isi bab ini, Anda diharapkan dapat menjelaskan tentang pengumpulan data, pengorganisasian data, validasi data, dan pendokumentasian data. Anda sebagai perawat tentu pernah mengenal apa itu proses keperawatan? dan bagaimana tahap-tahap dalam proses keperawatan?

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan yang sistematis dalam menentukan status kesehatan klien, mengisolasi perhatian dan masalah kesehatan, mengembangkan rencana untuk memulihkan mereka, memulai tindakan untuk melaksanakan rencana tersebut, dan akhirnya mengevaluasi keadekuatan dari rencana dalam meningkatkan kesehatan dan pemecahan masalah. Proses keperawatan mendefinisikan interaksi dan intervensi dengan sistem klien, apakah sistem sebagai suatu individu, keluarga, kelompok, atau komunitas.

Tahap-tahap proses keperawatan komunitas sama dengan tahap-tahap proses keperawatan pada umumnya, yaitu dimulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Perawat berupaya untuk merespon dan memenuhi kebutuhan komunitas. Komunitas adalah klien.

A. KOMUNITAS SEBAGAI KLIEN

Untuk perawat kesehatan komunitas, bekerja dengan komunitas memiliki dua misi penting, yaitu komunitas secara langsung akan memengaruhi kesehatan individu, keluarga, kelompok, populasi yang mungkin bagian dari itu, dan penyediaan layanan kesehatan yang paling penting di tingkat komunitas.

B. DIMENSI KOMUNITAS SEBAGAI KLIEN

Sebuah komunitas memiliki tiga fitur, yaitu **tempat**, **populasi**, dan **sistem sosial**. Hal ini berguna untuk memikirkan dimensi-dimensi setiap masyarakat sebagai peta kasar untuk mengikuti pengkajian kebutuhan atau perencanaan penyediaan layanan.

1. Tempat

Setiap komunitas secara fisik melakukan kehidupan sehari-hari dalam lokasi geografis tertentu. Kesehatan komunitas dipengaruhi oleh lokasi tempat tinggal termasuk penempatan layanan kesehatan, kondisi geografis, tanaman, hewan atau binatang, dan lingkungan buatan manusia.

Enam Lokasi Variabel

- a. Batas komunitas
Untuk berbicara tentang komunitas dalam arti apa pun, yang pertama, harus menggambarkan batas-batasnya. Ini berfungsi sebagai dasar untuk mengukur kejadian kesehatan, penyakit, dan menentukan penyebaran penyakit .
- b. Lokasi layanan kesehatan
Ketika mengkaji sebuah komunitas, perawat kesehatan komunitas ingin mengidentifikasi pusat-pusat kesehatan utama dan ingin mengetahui lokasi keberadaan mereka. Penggunaan layanan kesehatan tergantung pada ketersediaan dan aksesibilitas.
- c. Kondisi Geografis
Komunitas telah dibangun di setiap lingkungan fisik dan lingkungan tertentu, sehingga dapat memengaruhi kesehatan komunitas. Misalnya, cedera, kematian, dan kehancuran yang mungkin disebabkan oleh banjir, angin topan, gempa bumi, letusan gunung berapi, dan sebagainya, sedangkan kegiatan rekreasi di danau atau pegunungan akan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan.
- d. Iklim
Iklim memiliki efek langsung pada kesehatan komunitas, misalnya panas yang ekstrim dan dingin.
- e. Tumbuhan dan Hewan
Tanaman beracun dan pembawa penyakit hewan dapat memengaruhi kesehatan komunitas.
- f. Manusia membuat lingkungan
Semua kegiatan manusia memengaruhi lingkungan, misalnya perumahan, bendungan, pertanian, jenis industri, limbah kimia, polusi

2. Populasi

Populasi tidak hanya terdiri atas agregat khusus, tetapi juga semua orang yang beraneka ragam, yang hidup dalam batas-batas Komunitas. Kesehatan komunitas sangat dipengaruhi oleh penduduk yang tinggal di dalamnya. Fitur yang berbeda dari populasi menunjukkan kebutuhan kesehatan dan memberikan dasar untuk perencanaan kesehatan.

Variabel populasi

- a. Ukuran
Ukuran populasi memengaruhi jumlah dan ukuran institusi pelayanan kesehatan. Mengetahui ukuran komunitas memberikan informasi penting bagi perencanaan.
- b. Kepadatan
Peningkatan kepadatan penduduk dapat meningkatkan stres. Demikian pula ketika komunitas tersebar di luar fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga akan menjadi sulit.
- c. Komposisi
Komposisi penduduk sering menentukan jenis kebutuhan kesehatan. Dalam kesehatan komunitas salah satunya harus memperhitungkan secara penuh untuk penyediaan

- perbedaan usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan pekerjaan anggotanya, yang semuanya dapat memengaruhi masalah kesehatan. Menentukan komposisi komunitas merupakan langkah awal yang penting dalam menentukan tingkat kesehatan.
- d. Tingkat pertumbuhan atau penurunan
Komunitas yang berkembang pesat dapat menyebabkan tuntutan yang luas pada pelayanan kesehatan. Penurunan dalam populasi mungkin tanda dari kurang berfungsinya komunitas.
 - e. Perbedaan Budaya
Kebutuhan kesehatan dapat bervariasi antara populasi subbudaya dan etnis. Perbedaan budaya dapat membuat konflik atau persaingan untuk mendapatkan sumber daya dan pelayanan atau menciptakan konflik antarkelompok.
 - f. Kelas sosial dan tingkat pendidikan
Kelas sosial mengacu pada peringkat kelompok dalam masyarakat, berkaitan dengan pendapatan, pendidikan, pekerjaan, prestise atau kombinasi faktor-faktor ini. Tingkat pendidikan adalah penentu kesehatan yang dihubungkan dengan perilaku. Promosi dan layanan kesehatan yang paling dibutuhkan oleh masyarakat dengan tingkat pendapatan dan pendidikan rendah adalah layanan preventif.
 - g. Mobilitas
Mobilitas penduduk memengaruhi kelangsungan perawatan dan ketersediaan layanan. Mobilitas memiliki pengaruh langsung pada kesehatan masyarakat.

3. Sistem Sosial

Selain lokasi dan populasi, setiap komunitas memiliki dimensi ketiga, yaitu sistem sosial. Berbagai bagian dari sistem sosial masyarakat yang berinteraksi dan memengaruhi sistem disebut variabel sistem sosial. Variabel ini meliputi kesehatan, keluarga, ekonomi, pendidikan, agama, kesejahteraan, hukum, komunikasi, rekreasi, dan sistem politik. Meskipun perawat kesehatan komunitas harus memeriksa semua sistem dalam komunitas dan bagaimana mereka berinteraksi. Sistem kesehatan sangat penting untuk meningkatkan kesehatan komunitas.

C. PENGKAJIAN

Pengkajian keperawatan komunitas merupakan tahap pertama dalam proses keperawatan komunitas. Perawat berupaya untuk mendapatkan informasi atau data tentang kondisi kesehatan komunitas dan faktor-faktor yang berhubungan dengan kesehatan komunitas. Dalam tahap pengkajian ini, ada empat kegiatan yang dilakukan, yaitu **pengumpulan data, pengorganisasian data, validasi data, dan pendokumentasian data.**

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan proses mendapat informasi tentang kondisi kesehatan dari klien. Dalam hal ini kesehatan komunitas. Proses pengumpulan data harus dilakukan

secara sistematis dan terus menerus untuk mendapatkan data atau informasi yang signifikan yang menggambarkan kondisi kesehatan komunitas.

a. *Tipe data*

Data dapat berupa **data subjektif** atau **data objektif**. Data subjektif biasa dikaitkan sebagai keluhan. Di komunitas, data subjektif biasa terkait dengan keluhan komunitas, misalnya terkait lingkungan yang tidak nyaman secara fisik dan psikologis, perasaan tertekan, perasaan ketakutan, dan sebagainya. Data subjektif meliputi, sensasi komunitas terkait dengan perasaan, nilai-nilai, keyakinan, sikap dan persepsi terhadap status kesehatan atau situasi kehidupannya.

Data objektif biasanya berkaitan dengan tanda-tanda yang dapat dideteksi dengan pengamatan, dapat diukur atau diperiksa dengan menggunakan standar. Informasi atau data diperoleh dengan menggunakan indera penglihatan, pendengaran, dan sentuhan/peraba, yang biasanya dilakukan melalui metode observasi dan pemeriksaan.

b. *Sumber data*

Pengetahuan tentang sumber data merupakan hal yang sangat penting untuk diketahui, karena data yang dikumpulkan harus sesuai dengan tujuannya, sebab bila terjadi kesalahan dalam sumber data, maka akan mengakibatkan kesalahan dalam penarikan kesimpulan.

Data yang dikumpulkan dapat berupa data primer atau data sekunder. Dari sumber data, kita dapat mengetahui apakah data yang dikumpulkan berupa data primer atau data sekunder. Untuk mengumpulkan data primer komunitas, dapat dilakukan dengan cara survai epidemiologi, pengamatan epidemiologi, dan penyaringan, sedangkan pengumpulan data sekunder, sumber datanya dapat berupa seperti berikut.

- 1) Sarana pelayanan kesehatan, misalnya rumah sakit, Puskesmas, atau balai pengobatan.
- 2) Instansi yang berhubungan dengan kesehatan, misalnya Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan Biro Pusat Statistik.
- 3) Absensi, sekolah, industri, dan perusahaan.
- 4) Secara internasional, data dapat diperoleh dari WHO, seperti *Population and vital Statistics report, population bulletin*, dan sebagainya.

c. *Metode pengumpulan data keperawatan komunitas*

Pengumpulan data komunitas dapat dilakukan dengan teknik sebagai berikut.

1) Wawancara.

Kegiatan ini merupakan proses interaksi atau komunikasi langsung antara pewawancara dengan responden. Data yang dikumpulkan bersifat:

- a) fakta, misalnya umur, pendidikan, pekerjaan, penyakit yang pernah diderita;
- b) sikap, misalnya sikap terhadap pembuatan jamban keluarga, atau keluarga berencana;
- c) pendapat, misalnya pendapat tentang pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh perawat di Puskesmas;

- d) keinginan, misalnya pelayanan kesehatan yang diinginkan;
 - e) pengalaman, misalnya pengalaman waktu terjadi wabah kolera yang melanda daerah mereka.
- (1) Keuntungan.
- Keuntungan yang diperoleh dalam pengumpulan data dengan teknik wawancara, yaitu:
- (a) jawaban diberikan oleh responden secara spontan hingga jawabannya dapat dipercaya;
 - (b) dapat digunakan untuk menilai kebenaran dan keyakinan terhadap jawaban yang diberikan;
 - (c) dapat membantu responden untuk mengingat kembali hal-hal yang lupa;
 - (d) data yang diperoleh berupa data primer.
- (2) Kerugian.
- Kerugian dalam pengumpulan data dengan teknik wawancara, yaitu:
- (a) membutuhkan waktu yang lama dengan biaya relatif besar;
 - (b) mudah menimbulkan bias yang disebabkan oleh pewawancara, responden dan pertanyaan yang diajukan pada responden.
- (3) Pedoman pelaksanaan wawancara
- Pedoman pelaksanaan wawancara sangat dibutuhkan agar pewawancara dapat melaksanakan tugas dengan baik. Secara garis besar pedoman pelaksanaan wawancara dapat diuraikan sebagai berikut.
- (a) Pewawancara harus bersikap sopan santun, sabar dan dengan gaya bahasa yang menarik, tetapi jelas dan sederhana agar dapat dimengerti oleh responden.
 - (b) Dalam melakukan wawancara, hendaknya menggunakan bahasa responden, karena dengan demikian pewawancara tidak dianggap sebagai orang asing dan responden tidak merasa canggung atau malu untuk menjawab pertanyaan yang diajukan.
 - (c) Pewawancara harus menciptakan suatu suasana psikologis yang sedemikian rupa sehingga terjalin suatu kerja sama yang baik dan saling mempercayai antara responden dan pewawancara.
 - (d) Suasana wawancara harus santai.
 - (e) Wawancara diawali dengan pertanyaan yang mudah dijawab, karena biasanya pada awal wawancara, responden merasa tegang.
 - (f) Keadaan responden pada waktu wawancara harus diperhatikan, misalnya saat responden sedang sibuk atau mendapat musibah sebaiknya tidak dilakukan wawancara, tetapi tunda pada hari yang lain.
 - (g) Jangan terkesan tergesa-gesa.

(4) Daftar pertanyaan

Daftar pertanyaan merupakan instrumen penting dalam pengumpulan data. Lampiran ini berisikan tentang pertanyaan-pertanyaan yang akan diajukan kepada responden sesuai dengan tujuan yang akan dicapai. Tujuan dari daftar pertanyaan ini, adalah agar tidak terdapat pertanyaan penting yang terlewatkan. Sebelum menyusun daftar pertanyaan, hendaknya ditentukan dahulu variabel-variabel yang hendak dicari, kemudian variabel tersebut dijabarkan dalam bentuk pertanyaan yang dapat diukur. Misalnya, variabel yang hendak dicari adalah pengetahuan responden tentang kesehatan, maka diukur melalui tingkat pendidikan.

Dalam penyusunan daftar pertanyaan diawali dengan identitas responden, kemudian baru masuk ke dalam materi yang akan dicari. Dalam penyusunan ini diawali dengan pertanyaan yang sederhana hingga dapat dengan mudah dijawab oleh responden.

Untuk menulis daftar pertanyaan yang diajukan hendaknya memperhatikan hal-hal berikut.

- (a) Pertanyaan harus singkat, jelas dan sederhana hingga mudah dimengerti oleh pewawancara maupun responden.
- (b) Pertanyaan jangan menyinggung perasaan responden.
- (c) Pertanyaan jangan menjurus pada jawaban yang dapat ditebak sebelumnya.
- (d) Pertanyaan hendaknya sedikit mungkin mengharuskan responden untuk mengingat masa lalu, karena potensi untuk menimbulkan bias.
- (e) Pertanyaan sedapat mungkin tidak mengharuskan responden menghitung.
- (f) Pertanyaan harus mudah diingat oleh pewawancara.
- (g) Bila perlu, berikan pertanyaan tambahan, misalnya pertanyaan tentang kehamilan, kemudian ditambahkan dengan pertanyaan tentang status marital.
- (h) Pertanyaan jangan rancu.

(5) Tipe pertanyaan

Dalam mengumpulkan data, pertanyaan yang diajukan dapat berupa dua bentuk pertanyaan.

(a) Pertanyaan Tertutup

Pada pertanyaan tertutup, jawaban responden dibatasi dan hanya memilih jawaban yang sesuai. Untuk pertanyaan tertutup dapat berupa, dikotom (hanya diberi jawaban ya atau tidak) dan pilihan ganda. Pertanyaan dikotomi ini mempunyai keuntungan, yaitu mudah dijawab dan mudah diolah, namun kerugiannya, yaitu data yang diperoleh tidak mendalam dan

sering jawabannya dipaksakan tidak ada pilihan lain. Untuk mengatasi kelemahan tersebut, sering ditambahkan butir lain dalam pertanyaan (pilihan ganda), seperti tidak tahu, ragu, tidak ingat, tidak mengerti, sering, kadang-kadang, lain-lain, sebutkan (terbuka), misalnya:

1. Apakah putera ibu telah mendapat imunisasi lengkap?
 - a. Ya
 - b. Tidak
 - c. Tidak ingat

2. Apakah sumber air yang digunakan untuk minum dan memasak?
 - a. PAM
 - b. Sumur gali
 - c. Sumur bor
 - d. Mata air
 - e. Lain-lain sebutkan.....

3. Apakah air dimasak dahulu sebelum diminum?
 - a. Selalu
 - b. Sering
 - c. Kadang-kadang
 - d. Tidak pernah

Pertanyaan-pertanyaan di atas merupakan pertanyaan pilihan ganda.

1. Keuntungan
Pertanyaan pilihan ganda mempunyai keuntungan, yaitu data yang diperoleh lebih luas, responden mempunyai kesempatan untuk memilih yang lebih luas, dan pengolahan data tidak sulit.

2. Kerugian
Kelemahan dalam pertanyaan pilihan ganda adalah bila pertanyaan terlalu banyak akan membingungkan responden dan jawaban dapat lebih dari satu. Untuk mengatasi kelemahan tersebut dapat dilakukan hal-hal sebagai berikut, butir pertanyaan jangan terlalu banyak dan pertanyaan ditujukan pada yang utama atau biasa. Misalnya, pertanyaan tentang sumber air minum diubah menjadi? Apakah sumber air minum yang biasa Anda gunakan?

(b) Pertanyaan Terbuka
Pada pertanyaan terbuka, jawaban responden harus dicatat kata demi kata untuk menghindari bias yang dilakukan pewawancara. Oleh karena itu, jawaban harus direkam.

Pertanyaan terbuka biasanya digunakan untuk memperoleh data tentang, pendapat, saran, persepsi, dan proses. Misalnya: Bagaimana pendapat ibu tentang keberadaan perawat di desa? Mengapa? Apakah saran ibu untuk memperbaiki lingkungan di desa ini? Mengapa? Dapatkah Anda menceritakan awal terjadinya wabah diare di daerah ini?

1. Keuntungan.

Keuntungan dari pertanyaan terbuka adalah responden dapat dengan leluasa mengemukakan hal yang ditanyakan dan informasi yang diperoleh banyak serta mendalam.

2. Kerugian.

Kerugian pertanyaan terbuka adalah pengolahan data yang membutuhkan keahlian khusus dan tidak dapat dilakukan pada sampel yang besar.

Kini timbul pertanyaan, kapan digunakan pertanyaan tertutup dan kapan pertanyaan terbuka. Pertanyaan tertutup biasanya digunakan bila tujuan penelitian dapat dinyatakan dengan jelas, misalnya penelitian deskriptif atau penelitian analitik. Pertanyaan terbuka biasanya digunakan pada penelitian eksploratif.

2) Angket

Teknik lain dalam pengumpulan data adalah melalui angket. Pada angket, jawaban diisi oleh responden sesuai dengan daftar yang diterima, sedangkan pada wawancara, jawaban responden diisi oleh pewawancara.

Untuk pengembalian daftar isian dapat dilakukan dengan dua cara yakni **canvasser**, yaitu daftar yang telah diisi, ditunggu oleh petugas yang menyerahkan dan **householder**, yaitu jawaban responden dikirimkan pada alamat yang telah ditentukan.

Keuntungan dalam pengumpulan data melalui angket, yaitu relatif murah, tidak membutuhkan banyak tenaga, dan dapat diulang.

Kerugiannya adalah:

- a) jawaban tidak spontan;
- b) banyak terjadi nonrespons;
- c) pertanyaan harus jelas dan disertai dengan petunjuk yang jelas;
- d) pengembalian lembar jawaban sering terlambat;
- e) jawaban sering tidak lengkap terutama bila kalimat pertanyaan kurang dimengerti;
- f) sering tidak diisi dengan responden, tetapi diisi oleh orang lain;
- g) tidak dapat digunakan oleh responden yang buta aksara.

Untuk mengatasi kerugian dalam angket dapat dilakukan dengan cara, mengunjungi dan melakukan wawancara pada nonrespon, untuk jawaban yang terlambat harus

dikeluarkan dan tidak dianalisis, serta bila nonrespon terlalu banyak, dilakukan pengiriman ulang daftar isian.

3) Observasi

Observasi merupakan salah teknik pengumpulan data yang menggunakan pertolongan indera mata. Teknik ini bermanfaat untuk:

- a) mengurangi jumlah pertanyaan, misalnya pertanyaan tentang kebersihan rumah tidak perlu ditanyakan, tetapi cukup dilakukan observasi oleh pewawancara;
- b) mengukur kebenaran jawaban pada wawancara tentang kualitas air minum yang digunakan oleh responden dapat dinilai dengan melakukan observasi langsung pada sumber air yang dimaksud;
- c) untuk memperoleh data yang tidak diperoleh dengan wawancara atau angket, misalnya pengamatan terhadap prosedur tetap dalam pelayanan kesehatan.

Observasi bermacam-macam, antara lain:

- a) observasi partisipasi lengkap, yaitu mengadakan observasi dengan cara mengikuti seluruh kehidupan responden;
- b) observasi partisipasi sebagian, yaitu mengadakan observasi dengan cara mengikuti sebagian kehidupan responden sesuai dengan data yang diinginkan;
- c) observasi tanpa partisipasi, yaitu mengadakan observasi tanpa ikut dalam kehidupan responden.

Dalam pengumpulan data dengan teknik observasi terdapat beberapa kelemahan, yaitu memiliki keterbatasan kemampuan indera mata, hal-hal yang sering dilihat dan diperhatikan akan berkurang, hingga adanya kelainan kecil saja tidak terdeteksi. Untuk mengatasi kelemahan tersebut dapat dilakukan dengan cara mengadakan pengamatan berulang-ulang dan pengamatan dilakukan oleh beberapa orang.

4) Pemeriksaan

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan teknik pemeriksaan. Pemeriksaan yang dilakukan dapat berupa pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan radiologis. Pemeriksaan dapat dilakukan hanya sekali atau berulang-ulang tergantung pada tujuan. Waktu dan frekuensi pemeriksaan ini harus ditentukan pada waktu perencanaan sesuai dengan perkiraan timbulnya insiden. Tempat pemeriksaan dapat dilakukan di lapangan atau sarana pelayanan kesehatan.

Organ yang diperiksa dapat berupa, seluruh organ, organ tertentu seperti paru-paru, jantung, kadar gula darah, kadar kolesterol, dan sebagainya, serta beberapa organ sekaligus, seperti pemeriksaan jantung dan paru-paru.

2. Pengorganisasian Data

Dalam pengkajian komunitas ada beberapa data yang perlu dikumpulkan, yaitu **data inti komunitas**, **subsistem komunitas**, dan **persepsi**. Agar lebih jelas bagi Anda ikutilah uraian tentang data inti komunitas, subsistem komunitas dan persepsi.

a. *Data inti komunitas*

Data komunitas ini merupakan data yang dikumpulkan dalam inti komunitas yang meliputi,

- 1) sejarah atau riwayat (riwayat daerah dan perubahan daerah);
- 2) demografi (usia, karakteristik jenis kelamin, distribusi ras dan distribusi etnis);
- 3) tipe keluarga (keluarga/bukan keluarga, kelompok);
- 4) status perkawinan (kawin, janda/duda, single);
- 5) statistik vital (kelahiran, kematian kelompok usia, dan penyebab kematian);
- 6) nilai-nilai dan keyakinan;
- 7) agama.

b. *Data subsistem komunitas*

Data subsistem komunitas yang perlu dikumpulkan dalam pengkajian komunitas sebagai berikut.

1) Lingkungan fisik

Sama seperti pemeriksaan fisik klien individu, di komunitas juga dilakukan pemeriksaan fisik lingkungan komunitas. Panca indera yang digunakan dalam pengkajian fisik adalah inspeksi, auskultasi, tanda-tanda vital, review sistem, dan pemeriksaan laboratorium.

a) Inspeksi

Pemeriksaan dengan menggunakan semua organ-organ indera dan dilakukan secara survei yakni berjalan di masyarakat atau mikro-pengkajian terhadap perumahan, ruang terbuka, batas-batas, layanan transportasi pusat, pasar, tempat bertemu orang-orang di jalan, tanda-tanda pembusukan, etnis, agama, kesehatan dan morbiditas, serta media politik.

b) Auskultasi

Mendengarkan warga masyarakat tentang lingkungan fisik. Tanda-tanda vital dengan mengamati iklim, medan, serta batas alam, seperti sungai dan bukit-bukit. Sumber daya masyarakat dengan mencari tanda-tanda kehidupan, seperti pengumuman, poster, perumahan dan bangunan baru. Sistem review, arsitektur, bahan bangunan yang digunakan, air, pipa, sanitasi, jendela, dan sebagainya. Juga fasilitas bisnis dan rumah ibadah (masjid, gereja dan vihara, dan sebagainya).

c) Pemeriksaan laboratorium

Data sensus atau studi perencanaan untuk proses mapping masyarakat, yang berarti untuk mengumpulkan dan mengevaluasi data atau informasi tentang status kesehatan komunitas yang dibutuhkan sebagai dasar dalam perencanaan.

- 2) Pelayan kesehatan dan sosial
Pelayanan kesehatan dan sosial perlu dikaji di komunitas, yaitu Puskesmas, klinik, rumah sakit, pengobatan tradisional, agen pelayanan kesehatan di rumah, pusat emergensi, rumah perawatan, fasilitas pelayanan sosial, pelayanan kesehatan mental, apakah ada yang mengalami sakit akut atau kronis.
- 3) Ekonomi
Data yang perlu dikumpulkan terkait dengan ekonomi adalah, karakteristik keuangan keluarga dan individu, status pekerja, kategori pekerjaan dan jumlah penduduk yang tidak bekerja, lokasi industri, pasar, dan pusat bisnis.
- 4) Transportasi dan keamanan
Data yang perlu dikumpulkan terkait dengan transportasi dan keamanan adalah: alat transportasi penduduk datang dan ke luar wilayah, transportasi umum (bus, taksi, angkot, dan sebagainya serta transportasi privat (sumber transportasi atau transpor untuk penyandang cacat). Layanan perlindungan kebakaran, polisi, sanitasi, dan kualitas udara.
- 5) Politik dan pemerintahan
Data yang perlu dikumpulkan meliputi data pemerintahan (RT, RW, desa/kelurahan, kecamatan, dan sebagainya), kelompok pelayanan masyarakat (posyandu, PKK, karang taruna, posbindu, poskesdes, panti, dan sebagainya) serta data politik, yaitu kegiatan politik yang ada di wilayah tersebut serta peran peserta partai politik dalam pelayanan kesehatan.
- 6) Komunikasi
Data yang dikumpulkan terkait dengan komunikasi dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu **komunikasi formal** yang meliputi surat kabar, radio dan televisi, telepon, internet, dan *hotline*, serta **komunikasi informal** yang meliputi papan pengumuman, poster, brosur, halo-halo, dan sebagainya.
- 7) Pendidikan
Data yang terkait dengan pendidikan meliputi, sekolah yang ada di komunitas, tipe pendidikan, perpustakaan, pendidikan khusus, pelayanan kesehatan di sekolah, program makan siang di sekolah, dan akses pendidikan yang lebih tinggi.
- 8) Rekreasi.
Data yang perlu dikumpulkan terkait dengan rekreasi yang meliputi, taman, area bermain, perpustakaan, rekreasi umum dan privat, serta fasilitas khusus.

c. *Data persepsi*

- 1) **Tempat tinggal** yang meliputi bagaimana perasaan masyarakat tentang komunitasnya, apa yang menjadi kekuatan mereka, permasalahan, tanyakan pada masyarakat dalam kelompok yang berbeda (misalnya, lansia, remaja, pekerja, profesional, ibu rumah tangga, dan sebagainya).
- 2) **Persepsi umum** yang meliputi pernyataan umum tentang kesehatan dari komunitas, apa yang menjadi kekuatan, apa masalahnya atau potensial masalah yang dapat diidentifikasi.

3. Validasi Data

Informasi yang dikumpulkan selama tahap pengkajian harus lengkap, faktual dan akurat, sebab diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan didasarkan informasi ini. Validasi merupakan verifikasi data untuk mengkonfirmasi bahwa data tersebut akurat dan faktual. Validasi data sangat membantu perawat dalam melaksanakan tugas, meyakinkan bahwa informasi pengkajian sudah lengkap, serta data subjektif dan objektif dapat diterima.

4. Analisis komunitas

Dalam melakukan analisis komunitas ada beberapa tahap yang perlu dilakukan, yaitu kategorisasi, ringkasan, perbandingan, dan kesimpulan.

a. Kategorisasi

Data dapat dikategorikan dalam berbagai cara. Pengkategorian data pengkajian komunitas secara tradisional adalah sebagai berikut.

- 1) Karakteristik demografi (ukuran keluarga, usia, jenis kelamin, etnis, dan kelompok ras).
- 2) Karakteristik geografik (batas wilayah, jumlah dan besarnya kepala keluarga, ruang publik, serta jalan).
- 3) Karakteristik sosialekonomi (pekerjaan dan kategori pekerjaan, tingkat pendidikan, dan sewa atau pola kepemilikan rumah).
- 4) Sumber dan pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik, Pusat Kesehatan Mental, dan sebagainya).

b. Ringkasan

Setelah melakukan kategorisasi data, maka tugas berikutnya adalah meringkas data dalam setiap kategori. Pernyataan ringkasan disajikan dalam bentuk ukuran, seperti jumlah, bagan, dan grafik.

c. Perbandingan

Tugas berikut adalah analisis data yang meliputi identifikasi kesenjangan data, dan ketidaksesuaian. Data pembanding sangat diperlukan untuk menetapkan pola atau kecenderungan yang ada atau jika tidak benar dan perlu revalidasi yang membutuhkan data asli. Perbedaan data dapat saja terjadi, karena kesalahan pencatatan data.

Membandingkan data hasil pengkajian komunitas dengan data lain yang sama yang merupakan standar yang telah ditetapkan untuk suatu wilayah kabupaten/kota, atau

provinsi atau nasional. Misalnya, terkait dengan angka kematian bayi/IMR di suatu wilayah dibandingkan IMR standar pada tingkat kabupaten/kota.

d) Membuat kesimpulan

Setelah data yang dikumpulkan dibuat kategori, ringkasan, dan dibandingkan, maka tahap akhir adalah membuat kesimpulan secara logika dari peristiwa, yang kemudian dibuatkan pernyataan diagnosa keperawatan komunitas.

KATEGORI DATA	RINGKASAN LAPORAN	KESIMPULAN
Vital Statistik Angka Kematian bayi/IMR 1. Desa A 2. Desa B 3. Kabupaten Mekar Baru	42/1000 kelahiran hidup 38/1000 kelahiran hidup 34/1000 kelahiran hidup	Angka kematian bayi di desa A lebih tinggi dari desa B dan kabupaten Mekar Baru.
Penyebab kematian 1. Desa A 2. Desa B 3. Kabupaten Mekar Baru	Penyakit jantung 23,2 %, Tuberkulosis 25,3 %, kanker 18,2 % Tuberkulosis 28,3 %, penyakit jantung, 22,3 %, kanker 24,2 % Tuberkulosis 20,3 %, penyakit jantung, 24 %, kanker 12,5 %	Penyebab kematian paling besar adalah tuberkulosis dan kanker di Desa B

5. Pendokumentasian Data

Untuk melengkapi tahap pengkajian, perawat perlu mencatat data klien. Dokumentasi secara akurat sangat penting dan dapat meliputi semua data yang dikumpulkan tentang status kesehatan klien (komunitas). Data yang dikumpulkan merupakan kondisi yang benar-benar yang faktual bukan interpretasi dari perawat.

Latihan

- 1) Coba Anda identifikasikan terkait dengan data inti komunitas!
- 2) Coba Anda identifikasikan data terkait dengan lingkungan fisik!
- 3) Coba Anda identifikasi yang termasuk dalam data primer dan data sekunder di komunitas!
- 4) Metode apakah yang Anda gunakan untuk mengumpulkan data lingkungan fisik, data nilai-nilai dan keyakinan komunitas?
- 5) Coba Anda sebutkan data yang termasuk dalam kategori karakteristik demografi!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Data inti komunitas terdiri atas:
 - a. sejarah atau riwayat (riwayat daerah dan perubahan daerah);
 - b. demografi (usia, karakteristik jenis kelamin, distribusi ras, dan distribusi etnis);
 - c. tipe keluarga (keluarga/bukan keluarga, kelompok);
 - d. status perkawinan (kawin, janda/duda, single);
 - e. statistik vital (kelahiran, kematian kelompok usia dan penyebab kematian);
 - f. nilai-nilai dan keyakinan;
 - g. agama.
- 2) Data lingkungan fisik: iklim, medan, batas alam, seperti sungai dan bukit-bukit. Sumber daya masyarakat dengan mencari tanda-tanda kehidupan, seperti pengumuman, poster, perumahan dan bangunan baru. Sistem review, arsitektur, bahan bangunan digunakan, air, pipa, sanitasi, jendela, dan juga fasilitas bisnis dan rumah ibadah (masjid, gereja dan vihara, dan sebagainya).
- 3) Yang termasuk data primer komunitas, adalah data survei epidemiologi, pengamatan epidemiologi, dan penyaringan, sedangkan yang termasuk data sekunder, sumber datanya dapat berupa seperti berikut.
 - a. Sarana pelayanan kesehatan, misalnya rumah sakit, Puskesmas, atau balai pengobatan.
 - b. Instansi yang berhubungan dengan kesehatan, misalnya Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan, dan Biro Pusat Statistik.
 - c. Absensi, sekolah, industri, dan perusahaan.
 - d. Secara internasional, data dapat diperoleh dari WHO, seperti *Population and vital Statistics report, population bulletin*, dan sebagainya.
- 4) Metode yang digunakan untuk mengkaji lingkungan fisik dengan cara observasi, auskultasi, dan pemeriksaan laboratorium.
- 5) Yang termasuk dalam karakteristik data demografi adalah ukuran keluarga, usia, jenis kelamin, etnis dan kelompok ras.

Ringkasan

Selamat Anda telah menyelesaikan Topik 1 tentang Pengkajian Keperawatan Komunitas, berikut hal-hal yang harus Anda perhatikan saat mempelajari Topik 1 adalah sebagai berikut.

Data pengkajian komunitas ada hal yang harus diketahui, yaitu tipe data, sumber data, metode pengumpulan data, pengorganisasian data, validasi data, dan analisis data. Proses analisis data meliputi, kategorisasian, ringkasan, perbandingan, dan kesimpulan.

Data inti komunitas meliputi, sejarah atau riwayat (riwayat daerah dan perubahan daerah), demografi (usia, karakteristik jenis kelamin, distribusi ras, dan distribusi etnis), tipe keluarga (keluarga/bukan keluarga, kelompok), status perkawinan (kawin, janda/duda, single), statistik vital (kelahiran, kematian kelompok usia dan penyebab kematian), nilai-nilai dan keyakinan, dan agama.

Data subsistem komunitas meliputi, lingkungan fisik, pelayanan kesehatan dan sosial, ekonomi, transportasi, keamanan, politik dan pemerintahan, komunikasi, pendidikan, dan rekreasi.

Tes 1

Pilihlah jawaban yang **paling tepat!**

- 1) Bila Anda akan mengumpulkan data tentang nilai-nilai dan keyakinan komunitas terhadap kesehatan dapat dilakukan dengan metode....
 - A. wawancara dan observasi
 - B. wawancara dan pengukuran
 - C. angket dan observasi
 - D. angket dan pengukuran

- 2) Anda memerlukan data primer dalam pengkajian keperawatan kesehatan komunitas. Data primer pada pengkajian keperawatan komunitas diperoleh dari....
 - A. hasil survei nasional
 - B. laporan kelurahan
 - C. penyaringan atau pemeriksaan
 - D. laporan tahunan Puskesmas

- 3) Keuntungan yang diperoleh dalam pengumpulan data dengan teknik wawancara, yaitu....
 - A. relatif murah
 - B. mudah untuk dilaksanakan
 - C. tidak membutuhkan waktu yang lama dalam proses pengumpulan data
 - D. jawaban responden secara spontan hingga jawabannya dapat dipercaya

- 4) Salah satu keuntungan dalam pengumpulan data melalui angket adalah
 - A. relatif murah.
 - B. mudah dalam proses pengumpulan
 - C. informasi diperoleh mendalam
 - D. informasi yang diperoleh dapat dipercaya

- 5) Anda akan mengumpulkan data inti komunitas. Di bawah ini yang tidak termasuk dalam pengkajian inti komunitas adalah....
 - A. Sejarah wilayah
 - B. demografi
 - C. *vital statistic*
 - D. lingkungan

- 6) Yang termasuk dalam karakteristik geografi adalah....
 - A. jenis kelamin,
 - B. etnis
 - C. kelompok ras
 - D. batas Wilayah

- 7) Data yang termasuk dalam *vital statistic* adalah angka....
 - A. kematian bayi
 - B. perceraian
 - C. usia harapan hidup
 - D. melek huruf

- 8) Data yang termasuk dalam subsistem komunitas adalah....
 - A. demografi
 - B. vital statistik
 - C. nilai-nilai dan keyakinan
 - D. rekreasi

- 9) Data lingkungan dalam pengkajian keperawatan komunitas termasuk dalam data....
 - A. inti komunitas
 - B. subsistem komunitas
 - C. persepsi komunitas
 - D. tambahan komunitas

- 10) Data yang dikumpulkan dalam pengkajian keperawatan komunitas perlu dilakukan analisis data untuk menetapkan diagnosa keperawatan komunitas. Kegiatan pengumpulan data usia, jenis kelamin, ras dan suku bangsa dikelompokkan menjadi karakteristik demografi yang disebut sebagai....
 - A. perbandingan
 - B. kategorisasi
 - C. kesimpulan
 - D. ringkasan

Topik 2

Analisis Data Komunitas dan Diagnosis Keperawatan Komunitas

Setelah mempelajari Topik 2 ini, diharapkan Anda mampu menganalisis secara kritis data komunitas dan mampu merumuskan diagnosis keperawatan komunitas. Analisis adalah proses mempelajari dan memeriksa data. Data ini mungkin kuantitatif (numerik) serta kualitatif. Semua aspek perlu dipertimbangkan. Analisis diperlukan untuk menentukan kebutuhan kesehatan komunitas, kekuatan komunitas, mengidentifikasi pola-pola respon kesehatan dan tren penggunaan layanan kesehatan. Selama analisis, kebutuhan untuk pengumpulan data lebih lanjut akan diperoleh sebagai kesenjangan dalam pengkajian data komunitas. Titik akhir analisis adalah diagnosis keperawatan komunitas.

A. ANALISIS KOMUNITAS

Dalam melakukan analisis komunitas ada beberapa tahap yang perlu dilakukan, yaitu kategorisasi, ringkasan, perbandingan, dan kesimpulan.

1. Kategorisasi

Data dapat dikategorikan dalam berbagai cara. Pengkategorian tradisional data pengkajian komunitas adalah sebagai berikut.

- a. Karakteristik demografi (ukuran keluarga, usia, jenis kelamin, etnis dan kelompok ras).
- b. Karakteristik geografik (batas wilayah, jumlah dan besarnya kepala keluarga (KK), ruang publik, dan jalan).
- c. Karakteristik sosioekonomi (pekerjaan dan kategori pekerjaan, tingkat pendidikan, dan sewa atau pola kepemilikan rumah).
- d. Sumber dan pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, Klinik, Pusat Kesehatan Mental, dan sebagainya).

2. Ringkasan

Setelah melakukan kategorisasi data, maka tugas berikutnya adalah meringkas data dalam setiap kategori. Pernyataan ringkasan disajikan dalam bentuk ukuran, seperti jumlah, bagan, dan grafik.

3. Perbandingan

Tugas berikut adalah analisis data yang meliputi identifikasi kesenjangan data dan ketidaksesuaian. Data pembanding sangat diperlukan untuk menetapkan pola atau kecenderungan yang ada atau jika tidak benar dan perlu revalidasi yang membutuhkan data asli. Perbedaan data dapat saja terjadi karena kesalahan pencatatan data. Menggunakan data hasil pengkajian komunitas dengan membandingkan data lain yang sama yang

merupakan standar yang ditetapkan untuk suatu wilayah kabupaten/kota, atau provinsi atau nasional. Misalnya, terkait dengan angka kematian bayi atau IMR di suatu wilayah dibandingkan IMR standar pada tingkat kabupaten/kota.

4. Membuat kesimpulan

Setelah data yang dikumpulkan dibuat kategori, ringkasan dan dibandingkan, maka tahap akhir adalah membuat kesimpulan secara logika dari peristiwa, yang kemudian dibuatkan pernyataan diagnosis keperawatan komunitas.

Contoh, Hasil Analisis Komunitas

a. Data Inti Komunitas

KATEGORI DATA	RINGKASAN LAPORAN	KESIMPULAN
Vital Statistik Angka Kematian bayi/IMR Desa A Desa B Kabupaten Mekar Baru	42/ 1000 kelahiran hidup 38/ 1000 kelahiran hidup 34/ 1000 kelahiran hidup	Angka kematian bayi di desa A lebih tinggi dari desa B dan kabupaten Mekar Baru.
Penyebab kematian Desa A Desa B Kabupaten Mekar Baru	Penyakit jantung 23,2 %. Tuberkulosis 25, 3 %, kanker 18, 2 % Tuberkulosis 28, 3 %, penyakit jantung, 22,3 %, kanker 24, 2 % Tuberkulosis 20, 3 %, penyakit jantung, 24 %, kanker 12, 5 %	Penyebab kematian paling besar adalah tuberkulosis dan kanker di desa B
Vital Statistik Angka Kelahiran Per1000 Desa A Desa B	30,5/ 1000 17,3/ 1000	Angka kelahiran paling tinggi di desa A dan angka kelahiran paling rendah di desa B

b. Sub Sistem Komunitas

KATEGORI DATA	RINGKASAN LAPORAN	KESIMPULAN
Lingkungan Fisik Inspeksi Windsheld suvey pada Desa A Desa B	Masyarakat desa yang ditemui selama berkeliling komunitas pada umumnya adalah petani, suku Jawa umumnya mayoritas memeluk agama Islam. Mereka tinggal di desa yang berada di dataran tinggi. Kondisi lingkungan tempat tinggal dingin, sering hujan dan rawan terjadi tanah longsor.	Penduduk desa pada umumnya petani dan mayoritas suku Jawa dengan agama mayoritas penduduk Islam, mereka tinggal di dataran tinggi.

KATEGORI DATA	RINGKASAN LAPORAN	KESIMPULAN
Vital signs Desa A Desa B	Kepadatan penduduk 76 jiwa per kilometer persegi.	Desa A dan Desa B berada di daerah yang berudara dingin, sering hujan, serta memiliki resiko terjadi bahaya tanah longsor.
Fasilitas Pelayanan Kesehatan Di dalam komunitas Desa A. Desa B. Di luar komunitas Desa A dan desa B	Tidak ada fasilitas pelayanan kesehatan di dalam komunitas, hanya ada 1 orang bidan praktik, 1 Pondok Bersalin Desa (Polindes). Tidak ada fasilitas pelayanan kesehatan di dalam komunitas Puskesmas berjarak 7 KM dari Desa A dan B dan Rumah Sakit Daerah 10 KM dari Desa A dan B. Petugas kesehatan yang datang memberikan pelayanan kesehatan 1 bulan sekali melalui kegiatan Posyandu.	Mayarakat di desa A dan desa B belum terjangkau pelayanan kesehatan secara optimal
Transportasi Transportasi ke luar Desa Desa A Desa B	70% menggunakan angkutan pedesaan, 30% menggunakan kendaraan pribadi. 40% menggunakan angkutan pedesaan, 60% menggunakan kendaraan pribadi.	Pada umumnya transportasi yang digunakan penduduk desa A adalah angkutan umum ,sedangkan penduduk desa B menggunakan kendaraan pribadi.
Pendidikan Penduduk tamat SLTA Desa A Desa B	45% 30%	Pendudukan yang tamat di desa A (45%) lebih tinggi dibandingkan desa B (30%)
Ekonomi Karakteristik Keuangan keluarga (dengan UMR) 1. % keluarga penghasilan di bawah UMR a. Desa A b. Desa B 2. Pekerjaan Kepala Keluarga a. Buruh 1) Desa A 2) Desa B b. Petani 1) Desa A 2) Desa B c. Pedagang 1) Desa A 2) Desa B	63 % di bawah UMR 71 % d ibawah UMR 23 % 46 % 66 % 40 % 6 % 10 %	Secara umum pendapatan keluarga pada desa A dan B masih di bawah UMR. Pada umumnya pekerjaan kepala keluarga di desa A adalah Petani (66%) sedangkan di desa B pada umumnya adalah Buruh (46%).

KATEGORI DATA	RINGKASAN LAPORAN	KESIMPULAN
d. PNS, TNI dan Polisi 1) Desa A 2) Desa B	5 % 4 %	
Keamanan Polisi Desa A Desa B	 Kasus pencurian 12 kasus Kasus pembunuhan 1 kasus Kasus kekerasan dalam rumah tangga 5 kasus Kasus kekerasan pada anak 3 kasus. Kasus narkoba 2 kasus Kasus pencurian 15 kasus Kasus pembunuhan 2 kasus Kasus kekerasan dalam rumah tangga 7 kasus Kasus kekerasan pada anak 5 kasus. Kasus narkoba 3 kasus	 Pada umumnya keamanan di desa A dan B masih kurang, dimana masih banyak kasus kriminal, dimana kasus pencurian yang paling dominan pada kedua desa.

B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN.

Diagnosis adalah *suatu pernyataan tentang sintesis analisis data*. Diagnosis keperawatan adalah respon manusia terhadap masalah kesehatan aktual atau risiko dan potensial, serta perawat diberi kewenangan untuk mengatasi.

Penulisan diagnosis keperawatan kelompok dan komunitas berbeda dengan individu dan keluarga. Menurut Freeman (1970) dalam Ervin (2008), upaya atau *action* pelayanan keperawatan komunitas haruslah berlandaskan pengkajian yang akurat yang dilakukan oleh seluruh komponen yang ada di dalam komunitas, sehingga diagnosis keperawatan komunitas adalah kunci utama pelayanan keperawatan yang dilakukan di komunitas.

Mengingat komunitas terdiri atas individu, keluarga, kelompok dan komunitas, maka diagnosis keperawatan komunitas harus ditujukan kepada komunitas, kelompok atau *aggregates* tersebut, sehingga secara umum diagnosis tersebut meliputi atau mewakili permasalahan individu, keluarga yang hidup dan tinggal dalam komunitas tersebut. Diagnosis keperawatan kelompok dan komunitas juga memiliki perbedaan secara umum dengan diagnosis individu dan keluarga, karena saat melakukan pengkajian di komunitas atau kelompok/*aggregates*, maka perawat yang bekerja di komunitas, berkolaborasi dengan komunitas, tokoh komunitas, kepala kelurahan/desa serta aparatnya, pemuka agama serta tenaga kesehatan lainnya, sehingga formulasi diagnosis keperawatan harus mewakili semua pemangku kepentingan di komunitas (Ervin, 2008).

Ada tiga bagian diagnosis keperawatan berikut ini.

1. Menggambarkan masalah, respon, atau keadaan.
2. Identifikasi faktor etiologi berkaitan dengan masalah.
3. Tanda dan gejala yang merupakan karakteristik masalah.

Fokus diagnosis pada komunitas biasanya kelompok, populasi atau kelompok komunitas yang memiliki suatu karakteristik (lokasi geografi, pekerjaan, etnis, kondisi perumahan).

C. PERNYATAAN (*STATEMENT*)

Statement atau pernyataan masalah adalah potensial atau masalah yang aktual ataupun perhatian pada kesehatan komunitas.

Contoh:

1. Tingginya angka kematian bayi di Desa A.
2. Tingginya prevalensi karies gigi pada siswa SD Kencana Kelurahan B.

D. ETIOLOGI

Pernyataan etiologi digambarkan dengan pernyataan “berhubungan dengan”. Contoh: Tingginya angka kematian bayi di Desa A berhubungan dengan...

1. tidak adekuatnya sarana pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan antenatal;
2. kurangnya tenaga kesehatan yang menolong persalinan;
3. tidak dapat dijangkau oleh pelayanan antepartum yang ada.

E. TANDA DAN GEJALA

Pernyataan tanda dan gejala menggambarkan pernyataan lama dan besarnya masalah dengan menggunakan kata “ditunjukkan dengan”.

Contoh.

1. Tingginya angka kematian bayi di Desa A berhubungan dengan,
 - a. tidak adekuatnya sarana pelayanan kesehatan untuk pemeriksaan antenatal;
 - b. kurangnya tenaga kesehatan yang menolong persalinan;
 - c. tidak dapat dijangkau oleh pelayanan antepartum yang ada.

Ditunjukkan dengan banyaknya (40%) ibu hamil tidak melakukan pemeriksaan kehamilan, persalinan ditolong dukun tidak terlatih (80%), dan IMR 50/1000 kelahiran hidup.

2. Resiko tinggi terjadi penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi pada bayi di Desa A berhubungan dengan:
 - a. tidak adekuatnya sarana pelayanan Posyandu;
 - b. jumlah tenaga kader kesehatan masih terbatas;
 - c. pengetahuan masyarakat tentang imunisasi masih kurang (63%).

Ditunjukkan dengan cakupan UCI (*Universal Child Immunization*) 65% pada bayi di Desa A.

3. Tingginya angka prevalensi karies gigi di kalangan anak usia sekolah di SD Manggarai berhubungan dengan:
 - a. kurangnya pemeriksaan dan perawatan gigi di klinik sekolah;
 - b. kurangnya *fluoride* dalam air minum;
 - c. pendapatan rumah tangga rata-rata rendah dan keterbatasan sumber daya ekonomi untuk melakukan perawatan gigi;
 - d. tidak ada pendidikan kesehatan gigi yang dilakukan oleh klinik sekolah

Ditunjukkan dengan 70% dari anak-anak di SD Manggarai yang memiliki karies gigi pada pemeriksaan.

Latihan

Kasus

Wilayah RW 02 merupakan wilayah dengan penduduk yang padat dan kumuh dengan sanitasi lingkungan yang buruk. Selama 1 tahun terakhir terjadi peningkatan penderita TB di RW 02 dengan jumlah penderita BTA + ada 12 orang. Masyarakat tidak mengetahui apa penyakit TB dan akibat lanjut penyakit TB.

- 1) Coba Anda rumuskan masalah kesehatan di RW 02.
- 2) Coba Anda identifikasi kemungkinan penyebab dari masalah tersebut.
- 3) Coba Anda rumuskan pernyataan diagnosa keperawatan pada di atas secara lengkap.

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Tingginya angka kesakitan TB Paru di RW 02.
- 2) Lingkungan yang padat, kumuh dan sanitasi lingkungan buruk, serta pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB Paru yang kurang.
- 3) Tingginya angka kesakitan TB paru di RW 02 berhubungan dengan lingkungan yang padat, kumuh dan sanitasi lingkungan buruk, serta pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB Paru yang kurang ditunjukkan dengan jumlah penderita BTA + sebanyak 12 orang.

Ringkasan

Proses analisis komunitas dilaksanakan melalui beberapa tahap, yaitu kategorisasi, ringkasan, perbandingan, dan kesimpulan. Diagnosis keperawatan komunitas harus ditujukan kepada komunitas, kelompok atau *aggregates* tersebut, sehingga secara umum diagnosis tersebut meliputi atau mewakili permasalahan individu, keluarga yang hidup dan tinggal dalam komunitas tersebut.

Ada tiga bagian diagnosis keperawatan, yaitu menggambarkan masalah, respon atau keadaan, identifikasi faktor etiologi berkaitan dengan masalah, serta tanda dan gejala yang merupakan karakteristik masalah.

Tes 2

Pilihlah jawaban yang **paling tepat!**

- 1) Data di bawah ini yang dapat dikategorikan berdasarkan karakteristik demografi adalah....
 - A. batas wilayah
 - B. dataran rendah
 - C. jenis kelamin
 - D. penghasilan di bawah UMR

- 2) Data di bawah ini yang dapat dikategorikan berdasarkan karakteristik geografi adalah....
 - A. tingkat pendidikan.
 - B. pekerjaan
 - C. penghasilan
 - D. batas wilayah.

- 3) Setelah data dikategorisasi, maka tugas selanjutnya adalah....
 - A. meringkas
 - B. membandingkan
 - C. membuat kesimpulan
 - D. memvalidasi

- 4) Untuk mengetahui apakah ada kesenjangan dalam masalah kesehatan, maka data yang didapat harus dibandingkan dengan data standar
 - A. internasional
 - B. nasional
 - C. provinsi
 - D. kabupaten/kota

- 5) Pernyataan di bawah yang merupakan masalah keperawatan komunitas adalah....
 - A. tingginya angka kesakitan TB di RW 05
 - B. tidak teraturnya jadwal kegiatan Posyandu
 - C. rendahnya dukungan dari komunitas
 - D. balita yang tidak teratur ke posyandu 40%

- 6) Pernyataan di bawah ini yang merupakan penyebab atau etiologi masalah adalah....
 - A. tingginya angka kesakitan TB di RW 05
 - B. risiko terjadi masalah kesehatan pada lansia RW 05

- C. tingginya angka ketidakpatuhan dalam pengobatan kusta
 - D. tidak teraturnya jadwal kegiatan Posyandu
- 7) Pernyataan di bawah ini yang merupakan manifestasi dari suatu masalah atau diagnosa adalah....
- A. anak-anak di SD Manggarai yang memiliki karies gigi sebesar 70%
 - B. tingginya angka kesakitan TB di RW 05
 - C. risiko terjadi masalah kesehatan pada lansia RW 05
 - D. tingginya angka ketidakpatuhan dalam pengobatan kusta
- 8) Pernyataan di bawah yang merupakan masalah keperawatan komunitas, yaitu....
- A. tingginya prevalensi karies gigi pada siswa SD Kencana Kelurahan B.
 - B. balita yang tidak teratur ke posyandu 40 %
 - C. pelayanan antepartum oleh kesehatan 60 %.
 - D. balita mengalami gizi buruk 25 %

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) C
- 3) C
- 4) A
- 5) D
- 6) D
- 7) A
- 8) D
- 9) B
- 10) B

Tes 2

- 1) C
- 2) D
- 3) A
- 4) D
- 5) A
- 6) D
- 7) A
- 8) A

Daftar Pustaka

- Allender, J.N., & Spredley, B.W. 2001. *Community health nursing: concept and practice*. Philadelphia: Lippincot.
- Anderson, E.T. & McFarlane, J. 2000. *Community as partner: Theory and practice in nursing*. Philadelphia: Lippincot.
- Azrul Azwar, 2001, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Binarupa.
- Entjang, Indan, 2000, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Bandung, Citra Aditya Bakti.
- Ervin, N.E. 2002. *Advanced community health nursing practice: population focused care*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Green, L.W & Kreuteur, M.W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. London: Mayfield Publishing Company.
- Helvie, C.O. 1998. *Advanced practice nursing in the community*. California: SAGE Publication Inc.
- Hitchcock, J.E., Scubert, P.E., & Thomas, S.A. 1999. *Community health nursing: Caring in action*. USA: Delmar Publishers.
- O'Connor F.M.L; & Parker, E. 2001. *Health promotion: Principles and practice in the Australian Context*. Australia: Agency Limited (CAL) under the Act.
- Sukidjo Notoatmodjo, 2001, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Stanhope, M, & Lancaster, J. 2000. *Community and public health nursing*. The Mosby Tear Book: St.Louis.

BAB VI

PERENCANAAN, IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN KOMUNITAS

Ns. Wahyu Widagdo, M.Kep.Sp.Kom

PENDAHULUAN

Perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan merupakan tahap lanjutan dalam proses keperawatan komunitas. Tahapan ini terjadi setelah perawat menetapkan diagnosis keperawatan. Perawat komunitas berupaya untuk menyusun prioritas masalah kesehatan yang akan diselesaikan, menetapkan sasaran dan tujuan, serta menyusun rencana intervensi. Setelah perawat menyusun rencana keperawatan komunitas, maka langkah selanjutnya adalah melakukan implementasi dari rencana keperawatan yang telah disusun. Beberapa bentuk intervensi yang dilakukan oleh perawat di antaranya adalah melakukan promosi kesehatan atau pendidikan kesehatan, melakukan pemberdayaan masyarakat, menjalin kemitraan, advokasi dan supervisi. Pada tahap akhir dalam kegiatan asuhan keperawatan komunitas adalah melakukan kegiatan evaluasi terhadap pencapaian tujuan yang telah ditetapkan, melalui kegiatan evaluasi proses dan evaluasi hasil.

Untuk mendalami materi tersebut, mari kita pelajari bersama tentang perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan komunitas yang dipaparkan dalam Bab 6 ini. Pokok bahasan yang akan kita diskusikan di dalamnya meliputi, perencanaan keperawatan komunitas, implementasi keperawatan komunitas, dan evaluasi keperawatan komunitas.

Setelah Anda memelajari materi Bab 6 ini dengan sungguh-sungguh, di akhir proses pembelajaran, Anda diharapkan akan dapat menjelaskan tentang:

1. perencanaan keperawatan komunitas;
2. implementasi keperawatan komunitas;
3. evaluasi Keperawatan Komunitas.

Agar Anda dapat memahami bab ini dengan mudah, maka bab ini dibagi menjadi tiga topik, yaitu:

1. Topik 1: Perencanaan Keperawatan Komunitas,
2. Topik 2: Implementasi Keperawatan Komunitas
3. Topik 3: Evaluasi Keperawatan Komunitas.

Untuk memudahkan Anda memelajari bab ini, berikut langkah-langkah belajar yang harus Anda lakukan.

1. Pahami dulu mengenai pentingnya perawat memahami perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan komunitas sebelum melakukan asuhan keperawatan keluarga dan komunitas.

2. Amati bagaimana kondisi kesehatan masyarakat yang ada saat ini.
3. Pelajari setiap topik secara bertahap, serta kerjakan tes dan latihan yang ada di bab ini
4. Keberhasilan proses pembelajaran sangat tergantung pada kesungguhan Anda untuk mempelajari isi bab ini.
5. Silakan hubungi fasilitator atau dosen yang mengajar bab ini untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut dan mendalam.
6. Kami yakin Anda memiliki semangat dan motivasi tinggi untuk mempelajari bab ini. Selamat belajar, semoga bermanfaat untuk meningkatkan pemahaman perawat sebagai modal dalam memberikan pelayanan keperawatan komunitas yang lebih berkualitas dan professional.

Topik 1

Perencanaan Keperawatan Komunitas

Setelah memelajari topik ini, diharapkan Anda mampu menjelaskan tahap-tahap proses perencanaan, penetapan prioritas masalah, penetapan tujuan, dan intervensi keperawatan komunitas.

Perencanaan merupakan tahapan dalam proses keperawatan antara tahapan diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk menetapkan kebutuhan populasi komunitas secara efektif dengan menggunakan proses pengambilan keputusan secara logika yang dituangkan dalam perencanaan secara terinci. Perencanaan dapat didefinisikan sebagai “Penetapan perencanaan tindakan untuk membantu klien untuk mencapai kondisi kesehatan optimum” (Yura dan Walsh, 1988).

A. TAHAPAN DALAM PERENCANAAN

Perencanaan terdiri atas beberapa tahapan, yaitu: (1) memprioritaskan diagnosis komunitas; (2) menetapkan sasaran intervensi yang diharapkan; (3) menetapkan tujuan yang diharapkan; dan (4) menetapkan intervensi keperawatan.

1. Memprioritaskan diagnosis komunitas

Perawat tidak bisa melakukan penyelesaian terhadap seluruh diagnosis keperawatan yang telah diidentifikasi. Hal ini disebabkan karena keterbatasan sumber daya yang ada (tenaga, dana dan waktu). Untuk itu perlu menetapkan metode dalam memprioritaskan diagnosis keperawatan komunitas.

Beberapa metode yang dapat digunakan dalam memprioritaskan diagnosis keperawatan komunitas, antara lain menurut *The American Public Health Association* (1999) menganjurkan untuk memperhatikan lima faktor dalam memprioritaskan masalah, yaitu:

- a. luasnya perhatian masyarakat;
- b. sumber-sumber yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah (dana, tenaga, waktu, alat dan penyaluran);
- c. bagaimana cara mengatasi masalah tersebut?
- d. kebutuhan pendidikan khusus;
- e. penambahan sumber dan kebijakan yang dibutuhkan.

Dalam menetapkan prioritas diagnosis keperawatan komunitas perlu melibatkan masyarakat atau komunitas dalam suatu pertemuan musyawarah masyarakat. Masyarakat atau komunitas akan memprioritaskan masalah yang ada dengan bimbingan atau arahan perawat kesehatan komunitas. Masyarakat atau komunitas dalam musyawarah tersebut dapat memprioritaskan masalah tersebut dengan menggunakan *scoring*. Adapun aspek yang disekor (diberi nilai) meliputi hal-hal sebagai berikut.

- a. Risiko terjadinya masalah tersebut di komunitas.

- b. Risiko parah dari masalah tersebut.
- c. Potensial untuk dilakukan pendidikan.
- d. Minat dari masyarakat untuk mengatasi masalah tersebut.
- e. Kemungkinan masalah tersebut diatasi.
- f. Kesesuaian dengan program pemerintah.
- g. Tersedianya tempat untuk mengatasi.
- h. Tersedianya waktu untuk mengatasi masalah.
- i. Tersedianya dana untuk mengatasi masalah.
- j. Tersedianya fasilitas untuk mengatasi masalah.
- k. Tersedianya sumber daya manusia untuk mengatasi masalah.

Untuk setiap masalah kesehatan diberikan bobot nilai untuk setiap aspek tersebut dengan *range* 1 – 5. Rinciannya berikut ini.

- a. Sangat rendah = 1.
- b. Rendah = 2.
- c. Cukup = 3.
- d. Tinggi = 4.
- e. Sangat tinggi = 5.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat contoh cara melakukan prioritas masalah kesehatan di bawah ini.

Memprioritaskan Masalah Keperawatan Kesehatan Komunitas

No	Masalah Kesehatan	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	Total	Prioritas
1.	Gizi buruk balita	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	53	1
2.	Tuberkulosis	4	5	5	4	4	5	4	4	4	5	4	48	4
3.	Ibu hamil resiko tinggi	3	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	51	3
4.	ISPA pada balita	5	4	5	4	5	5	4	5	5	5	5	52	2
5.	Hipertensi	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	44	5

Keterangan Pembobotan

Sangat rendah = 1, Rendah = 2, Cukup = 3, Tinggi = 4, Sangat tinggi = 5

Aspek yang dinilai:

- A : Risiko terjadi
- B : Risiko parah
- C : Potensial untuk Penkes
- D : Minat masyarakat
- E : Mungkin diatasi
- F : Sesuai program pemerintah
- G : Tempat
- H : Waktu

- I : Dana
- J : Fasilitas
- K : Sumber daya

2. Menetapkan sasaran

Setelah menetapkan prioritas masalah kesehatan, maka langkah selanjutnya adalah menetapkan sasaran. Sasaran merupakan hasil yang diharapkan. Dalam pelayanan kesehatan sasaran adalah pernyataan situasi ke depan, kondisi, atau status jangka panjang, dan belum bisa diukur. Berikut ini adalah contoh dari penulisan sasaran.

- a. Meningkatkan cakupan imunisasi pada bayi.
- b. Memperbaiki komunikasi antara orang tua dan guru.
- c. Meningkatkan proporsi individu yang memiliki tekanan darah.
- d. Menurunkan kejadian penyakit kardiovaskuler.

3. Menetapkan Tujuan.

Tujuan adalah suatu pernyataan hasil yang diharapkan dapat diukur, dibatasi waktu, dan berorientasi pada kegiatan. Berikut ini merupakan karakteristik dalam penulisan tujuan.

- a. Menggunakan kata kerja.
- b. Menggambarkan tingkah laku akhir.
- c. Menggambarkan kualitas penampilan.
- d. Menggambarkan kuantitas penampilan.
- e. Menggambarkan bagaimana penampilan diukur.
- f. Berhubungan dengan sasaran (*goal*).
- g. Adanya batasan waktu.

Berikut ini contoh dalam menuliskan tujuan.

- a. Masalah : Risiko tinggi penularan TB di Desa A
- b. Sasaran : Menurunnya angka kesakitan TB di Desa A
- c. Tujuan : - Meningkatkan pengetahuan keluarga tentang TB menjadi 90% (dari 60%);
- Meningkatkan angka kesembuhan 85% (dari 69%).

4. Menetapkan rencana intervensi

Rencana intervensi dalam keperawatan komunitas berorientasi pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemeliharaan kesehatan, dan manajemen krisis. Dalam menetapkan rencana intervensi keperawatan kesehatan komunitas, maka harus mencakup:

- a. Apa yang akan dilakukan?
- b. Kapan melakukannya?
- c. Berapa banyak?
- d. Siapa yang menjadi sasaran?
- e. Lokasinya di mana?

Contoh

Pelatihan kader Posyandu bagi kader baru sebanyak 20 orang di RW 01, Desa Sukahati pada minggu kedua bulan Januari 2013.

Dalam menetapkan rencana intervensi keperawatan komunitas, maka perlu juga memperhatikan beberapa hal antara lain berikut ini.

- (1) Program pemerintah terkait dengan masalah kesehatan yang ada.
- (2) Kondisi atau situasi yang ada.
- (3) Sumber daya yang ada di dalam dan di luar komunitas, dapat dimanfaatkan.
- (4) Program yang lalu yang pernah dijalankan.
- (5) Menekankan pada pemberdayaan masyarakat.
- (6) Penggunaan teknologi tepat guna.
- (7) Mengedepankan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan upaya kuratif dan rehabilitatif.

Berikut ini contoh membuat rencana intervensi keperawatan kesehatan komunitas.

No	Diagnosa	Sasaran	Tujuan	Rencana Intervensi
1.	Risiko tinggi penularan TB di Desa A	Menurunnya angka kesakitan TB di Desa A	<ul style="list-style-type: none"> - Meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang TB menjadi 90 % (dari 60 %) pada minggu ke-2 bulan Februari 2013. - Terlaksananya dukungan masyarakat untuk penanggulangan TB pada akhir bulan Februari 2013. - Diperolehnya dukungan pemerintah daerah dalam penanggulangan TB pada akhir bulan Februari 2013. - Meningkatnya angka kesembuhan 85 % (dari 69 %) akhir tahun 2013. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promosi kesehatan masalah TB untuk seluruh warga desa melalui kelompok-kelompok kegiatan yang ada di masyarakat pada minggu ke-3 dan ke- 4 Januari 2013. - Pemasangan spanduk, poster dan penyebaran <i>leaflet</i> penanggulangan TB pada setiap RW pada minggu ke-2 bulan Januari 2013. - Pembentukan kelompok Swabantu masalah TB di Desa Sukahati pada minggu ke-3 bulan Januari 2013. - Pelatihan masalah TB untuk kelompok swabantu dan kader kesehatan pada minggu ke- 4 bulan Januari.
1	Risiko tinggi penularan TB di Desa A.	Menurunnya angka kesakitan TB di Desa A.		<ul style="list-style-type: none"> - Advokasi kepada pemerintah daerah untuk mendapat dukungan peningkatan gizi penderita TB pada minggu ke-1 bulan Februari 2013 - Pemantauan pengobatan tuberculosis penderita TB oleh kader kesehatan dan kelompok swabantu secara rutin pada setiap bulan .

B. PENGORGANISASIAN KOMUNITAS

1. Definisi Pengorganisasian Komunitas

Pengorganisasian komunitas adalah suatu proses yang mengantarkan perubahan dengan melibatkan masyarakat dan agregat untuk memecahkan masalah dan mencapai tujuan masyarakat (Swanson & Alberct, 1993, dalam Helvie, 1998). Pendapat senada disampaikan oleh Sasongko (1996) yang menyatakan bahwa pengorganisasian komunitas adalah suatu proses ketika suatu masyarakat tertentu mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan serta mengembangkan keyakinannya untuk berusaha memenuhi kebutuhan, termasuk menentukan prioritas kebutuhan yang disesuaikan dengan sumber daya yang tersedia, dengan usaha secara gotong-royong untuk mencapai tujuan bersama. Dari kedua pendapat di atas dapat ditarik kesimpulan, bahwa komponen penting dalam pengorganisasian komunitas adalah adanya **pemberdayaan masyarakat, persamaan tujuan, dan merupakan suatu proses perubahan.**

2. Model pengorganisasian komunitas

Berikut ini akan diuraikan mengenai tiga model pengorganisasian komunitas yang kita kenal, sebagai berikut.

a. Model pengembangan masyarakat (*locality development*)

Menurut Badan Perserikatan Bangsa-Bangsa (1981, hal 8, dalam Helvie, 1998), model pengembangan masyarakat (*locality development*) merupakan “suatu disain yang diproses untuk memperbaiki kondisi ekonomi dan sosial untuk keseluruhan komunitas dengan partisipasi aktifnya dan kepercayaan yang mungkin sepenuhnya pada inisiatif komunitas”.

Contoh, terhentinya program pemukiman sehat oleh pemerintah DKI beberapa tahun lalu, kemungkinan program ini dilakukan dengan tidak mempertimbangkan prosedur demokratis terlebih dahulu, yaitu pada penentuan tujuan dan tindakannya, serta tidak mengembangkan konsep swabantu, sehingga kemampuan masyarakat tidak dimanfaatkan secara optimal.

b. Model perencanaan sosial (*social planning*)

Model ini lebih menekankan pada pendekatan teknik untuk memecahkan masalah sosial dengan menggunakan keahlian dan kemampuan teknis seorang ahli perencana, termasuk kemampuan untuk melakukan negosiasi terhadap birokrasi. Model ini lebih menekankan pada kemampuan seorang perencana untuk menetapkan, menyusun, dan menyampaikan tindakan yang akan dilakukan kepada masyarakat yang membutuhkan pemecahan masalah yang sedang dihadapinya.

Contoh, program pemukiman sehat Provinsi DKI menggunakan model perencana sosial (*social planning*) dalam mengimplementasikan programnya, sehingga program tersebut mendapatkan dukungan maksimal dari pemerintah DKI melalui anggaran APBD. Namun, ketika anggaran terbatas, program ini sudah tidak berjalan lagi. Kondisi inilah yang perlu dipertanyakan, apakah dalam merencanakan perubahan, komunitas tidak memikirkan

kelangsungan dari suatu program? sehingga masyarakat dapat meneruskan kembali program tersebut.

Permasalahan inilah yang menjadi salah satu topik pembahasan dalam topik ini, bahwa penting sekali untuk mengombinasikan dua model pengorganisasian komunitas dalam mencapai perubahan masyarakat yang lebih baik,

c. *Model tindakan sosial (social action)*

Model ini menggabungkan proses dan tugas untuk menekankan redistribusi kekuatan, sumber daya, hak-hak pembuat keputusan komunitas atau perubahan kebijakan untuk mengubah masyarakat yang lebih luas.

Contoh kelompok yang sudah menggunakan model ini adalah lembaga swadaya masyarakat kesehatan (LSM Kesehatan) yang bergerak untuk membantu menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat dengan menekankan pada distribusi kekuatan, sumber daya, dan berusaha memengaruhi perubahan kebijakan untuk mengubah kesehatan masyarakat yang lebih luas.

Berikut ini akan diuraikan mengenai perbedaan dari ketiga model menurut Rothman dan Trotman (1987, dalam Helvie, 1998) tersebut.

Tabel 4.1
Perbedaan Model Pengorganisasian Komunitas

No.	Aspek Analisis	Locality Development	Social Planning	Social Action
1.	Tipe	<ul style="list-style-type: none"> Model proses 	<ul style="list-style-type: none"> Model tugas 	<ul style="list-style-type: none"> Model gabungan proses dan tugas
2.	Fokus	<ul style="list-style-type: none"> Kerjasama, kemampuan sistem, meningkatkan partisipasi, swadaya, dan kepemimpinan lokal 	<ul style="list-style-type: none"> Pemecahan masalah dengan memberikan jasa atau pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> Menekankan pada redistribusi kekuatan, sumber daya, dan hubungan dalam perubahan masyarakat
3.	Struktur masyarakat dan kondisi masalah	<ul style="list-style-type: none"> Perencana melihat masyarakat dibayangi oleh permasalahan yang lebih besar, seperti kurangnya hubungan dan kemampuan pemecahan masalah secara demokratis 	<ul style="list-style-type: none"> Perencana melihat masyarakat memiliki permasalahan sosial yang besar, seperti kesehatan fisik, mental, atau permasalahan perumahan 	<ul style="list-style-type: none"> Perencana melihat masyarakat sebagai suatu sistem, hak istimewa dan kekuasaan dengan populasi yang dirugikan dan permasalahan lainnya, seperti ketidak-adilan sosial, pencabutan hak, dan ketidaksetaraan
4.	Strategi yang digunakan	<ul style="list-style-type: none"> Strateginya adalah untuk merangkul sebagian luas masyarakat, untuk bersama-sama menentukan dan kemudian memecahkan permasalahan masyarakat. Pendekatannya adalah, "Mari kita bertemu dan membicarakan hal ini." 	<ul style="list-style-type: none"> Perencana mengumpulkan fakta mengenai sebuah permasalahan dan memutuskan apa yang harus dilakukan atas masalah tersebut. Pendekatannya adalah, "Mari kita mengumpulkan fakta dan memecahkan masalah." 	<ul style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi permasalahan, sehingga masyarakat mengetahui siapakah tantangan mereka sesungguhnya dan kemudian mengorganisasikan tindakan masa untuk menekan musuh tersebut. Pendekatannya adalah "Mari kita selesaikan permasalahan tersebut, mengorganisasikan tindakan massa, dan menekan target yang dipilih tersebut."

No.	Aspek Analisis	Locality Development	Social Planning	Social Action
5.	Taktik perubahan	<ul style="list-style-type: none"> • Konsensus melalui diskusi dan komunikasi • Membangun hubungan dengan masyarakat dan memberikan pelayanan 	<ul style="list-style-type: none"> • Konsensus atau konflik • Perencanaan perubahan, sosial <i>marketing</i> dan pendidikan kesehatan 	<ul style="list-style-type: none"> • Perubahan konflik atau pertandingan, seperti konfrontasi dan tindakan langsung atau negosiasi. • Aksi politik, melobi, dan konfrontasi
6.	Peran praktisi	<ul style="list-style-type: none"> • Seorang katalisator yang memungkinkan mendorong pemecahan masalah, mengemukakan perhatian, keahlian organisasional, dan hubungan antarpersonal • Sebagai katalisator, fasilitator, dan pendidik 	<ul style="list-style-type: none"> • Peran praktisi lebih teknis atau sebagai seorang ahli, dia mengumpulkan data, menganalisis, melaksanakan program, dan berinteraksi dengan birokrasi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Praktisi berada dalam peran penggerak atau penasihat dan mengorganisasikan kelompok serta memanipulasi organisasi dan gerakan untuk memengaruhi proses politis. • Sebagai aktivis, advokat, dan negosiator
7.	Orientasi praktisi terhadap struktur kekuasaan	<ul style="list-style-type: none"> • Anggota struktur kekuasaan berkolaborasi dalam usaha bersama 	<ul style="list-style-type: none"> • Struktur kekuasaan seringkali merupakan sponsor atau atasan praktisi tersebut 	<ul style="list-style-type: none"> • Struktur kekuasaan dipandang sebagai suatu target tindakan eksternal atau sistem yang akan dipaksa untuk berubah.
8.	Definisi batasan klien masyarakat	<ul style="list-style-type: none"> • Sistem klien adalah keseluruhan masyarakat, seperti sebuah kota atau lingkungan 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistem klien adalah keseluruhan masyarakat atau segmen masyarakat, seperti masyarakat dengan kekurangan mental, manula, atau masyarakat marginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistem Klien adalah sebuah segmen masyarakat yang kekurangan
9.	Konsepsi populasi klien	<ul style="list-style-type: none"> • Klien adalah seluruh warga masyarakat 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien adalah konsumen suatu layanan atau jasa 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien adalah korban-korban sistem

Latihan

Kasus

Di Desa, sekitar 1 bulan yang lalu terjadi KLB Campak. Dari hasil pendataan didapatkan angka cakupan imunisasi campak masih rendah, yaitu sekitar 65% pada bayi. Kondisi ini disebabkan oleh pengetahuan masyarakat yang masih rendah tentang pentingnya imunisasi campak, selain jumlah kader yang terbatas.

- 1) Tetapkan diagnosa keperawatan komunitas!
- 2) Rumuskan sasaran dalam rencana keperawatan komunitas!
- 3) Tetapkan tujuan dalam rencana keperawatan!
- 4) Buatlah perencanaan intervensi keperawatan komunitas!
- 5) Pilihlah intervensi yang tepat dan utama yang terkait dengan permasalahan cakupan imunisasi yang rendah di daerah tersebut!

Petunjuk Jawaban latihan

- 1) Tingginya angka kesakitan campak di wilayah Desa A berhubungan dengan rendahnya pengetahuan masyarakat tentang pentingnya imunisasi campak dan keterbatasan jumlah kader dalam pelayanan Posyandu, ditandai dengan cakupan imunisasi campak di Desa A 65%.
- 2) Sasaran: menurunnya angka kesakitan campak di desa A.
- 3) Tujuan:
 - a. meningkatnya angka cakupan imunisasi campak menjadi 85%;
 - b. meningkatnya pengetahuan masyarakat tentang penyakit campak;
 - c. memperoleh kader baru untuk meningkatkan pelayanan Posyandu.
- 4) Rencana intervensi
 - a. Pendidikan kesehatan tentang pentingnya imunisasi pada kelompok-kelompok yang ada di masyarakat.
 - b. Pemasangan spanduk, poster, dan penyebaran *leaflet* pentingnya imunisasi bagi bayi.
 - c. Penyelenggaraan rekrutmen kader baru.
 - d. Pelatihan kader baru tentang pentingnya imunisasi.
 - e. Dukungan dari Puskesmas tentang pelayanan imunisasi di Posyandu.
- 5) Promosi kesehatan atau promosi kesehatan tentang penyakit campak.

Ringkasan

Perencanaan keperawatan komunitas terdiri atas beberapa tahapan, yaitu memprioritaskan diagnosis komunitas, menetapkan sasaran intervensi yang diharapkan, menetapkan tujuan yang diharapkan, dan menetapkan intervensi keperawatan.

Ada lima faktor yang perlu diperhatikan dalam memprioritaskan masalah, yaitu luasnya perhatian masyarakat, sumber-sumber yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah (dana, tenaga, waktu, alat, dan penyaluran), bagaimana cara mengatasi masalah tersebut, kebutuhan pendidikan khusus, serta penambahan sumber dan kebijakan yang dibutuhkan.

Rencana intervensi dalam keperawatan komunitas berorientasi pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemeliharaan kesehatan, dan manajemen krisis. Dalam menetapkan rencana intervensi keperawatan kesehatan komunitas, maka harus mencakup apa yang akan dilakukan, kapan melakukannya, berapa banyak, siapa yang menjadi sasaran, dan lokasinya di mana?

Pengorganisasian komunitas adalah suatu proses ketika suatu masyarakat tertentu mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan serta mengembangkan keyakinannya untuk berusaha memenuhi kebutuhan, termasuk menentukan prioritas kebutuhan yang

disesuaikan dengan sumber daya yang tersedia, dengan usaha secara gotong-royong untuk mencapai tujuan bersama.

Tes 1

Pilihlah jawaban yang paling tepat!

- 1) Faktor yang perlu diperhatikan dalam memprioritaskan masalah, yaitu...
 - A. luasnya perhatian masyarakat
 - B. sumber-sumber yang ada di masyarakat
 - C. perhatian tokoh masyarakat dan agama
 - D. peristiwa atau kejadian luar biasa yang timbul

- 2) Pernyataan situasi ke depan, kondisi atau status jangka panjang dan belum bisa diukur adalah...
 - A. tujuan
 - B. sasaran
 - C. kriteria hasil
 - D. *outcome*

- 3) Di bawah ini yang tidak termasuk dalam rumusan sasaran adalah...
 - A. meningkatkan cakupan imunisasi pada bayi
 - B. memperbaiki komunikasi antara orang tua dan guru
 - C. meningkatkan proporsi individu yang memiliki tekanan darah
 - D. menurunnya angka kematian bayi menjadi 32/1000 kelahiran hidup dalam 1 tahun

- 4) Berikut ini tidak merupakan karakteristik dalam penulisan tujuan, yaitu...
 - A. menggunakan kata kerja
 - B. menggambarkan tingkah laku akhir
 - C. menggambarkan kualitas penampilan
 - D. menggambarkan dampak dari kegiatan

- 5) Dalam menetapkan rencana intervensi keperawatan komunitas, maka perlu juga memperhatikan beberapa hal antara lain adalah...
 - A. program pemerintah terkait dengan masalah kesehatan yang ada
 - B. kondisi atau situasi lima tahun yang lalu
 - C. sumber daya yang ada di dinas kesehatan
 - D. program yang lalu yang pernah gagal dilaksanakan

- 6) Suatu desain yang diproses untuk memperbaiki kondisi ekonomi dan sosial guna keseluruhan komunitas dengan partisipasi aktifnya serta kepercayaan yang mungkin sepenuhnya pada inisiatif komunitas merupakan bentuk model...
- A. *locality development*
 - B. *social action*
 - C. *social planning*
 - D. bakti sosial
- 7) Tahap awal dalam pengorganisasian masyarakat adalah...
- A. analisis
 - B. desiminasi program dan kajian ulang
 - C. program *maintenance* dan konsolidasi
 - D. desain dan perencanaan awal
- 8) Memindahkan masyarakat yang tinggal di bantaran sungai ke rumah susun oleh pemerintah merupakan suatu bentuk kegiatan....
- A. *locality development*
 - B. *social action*
 - C. *social planning*
 - D. bakti sosial

Topik 2

Implementasi Keperawatan Komunitas

Setelah mempelajari topik ini diharapkan Anda mampu menjelaskan tentang strategi dalam implementasi keperawatan komunitas yang meliputi, pemberdayaan komunitas, promosi kesehatan, menjalin kemitraan, advokasi, dan supervisi.

A. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

Implementasi merupakan tahap kegiatan setelah perencanaan kegiatan keperawatan komunitas dalam proses keperawatan komunitas. Fokus pada tahap implementasi adalah bagaimana mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, tetapi yang sangat penting dalam implementasi keperawatan kesehatan komunitas adalah melakukan tindakan-tindakan berupa promosi kesehatan, memelihara kesehatan atau mengatasi kondisi tidak sehat, mencegah penyakit, dan dampak pemulihan.

B. PEMBERDAYAAN KOMUNITAS.

1. Pengertian pemberdayaan

Pemberdayaan masyarakat merupakan upaya memfasilitasi agar masyarakat mengenal masalah yang dihadapi, merencanakan dan melakukan upaya pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat sesuai situasi, kondisi, dan kebutuhan setempat. Menurut Wallerstein (1992), pemberdayaan masyarakat adalah suatu proses kegiatan sosial yang meningkatkan partisipasi masyarakat dan organisasi yang bertujuan meningkatkan kontrol individu dan masyarakat, kemampuan politik, memperbaiki kualitas hidup masyarakat, dan keadilan sosial.

2. Proses pemberdayaan

Kartasmita (1995) menyatakan bahwa proses pemberdayaan dapat dilakukan melalui tiga proses. *Pertama*, menciptakan suasana atau iklim yang memungkinkan potensi masyarakat berkembang (*enabling*). Titik tolaknya adalah setiap manusia memiliki potensi yang dapat dikembangkan. Artinya tidak ada sumber daya manusia atau masyarakat tanpa daya. Dalam konteks ini, pemberdayaan adalah membangun daya, kekuatan atau kemampuan, dengan mendorong (*encourage*) dan membangkitkan kesadaran (*awareness*) akan potensi yang dimiliki serta berupaya mengembangkannya. *Kedua*, memperkuat potensi atau daya yang dimiliki oleh masyarakat (*empowering*), sehingga diperlukan langkah yang lebih positif, selain dari iklim atau suasana. *Ketiga*, memberdayakan juga mengandung arti melindungi. Dalam proses pemberdayaan, harus dicegah yang lemah menjadi bertambah lemah, oleh karena kekurangberdayaannya dalam menghadapi yang kuat.

3. Strategi dalam pemberdayaan masyarakat

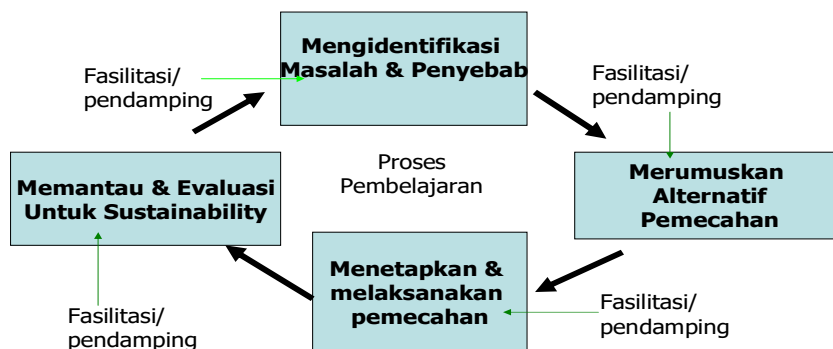
Beberapa strategi dalam pemberdayaan masyarakat yang digunakan, yaitu menumbuhkembangkan potensi masyarakat, kontribusi masyarakat dalam pemberdayaan masyarakat, mengembangkan gotong royong, bekerja bersama masyarakat, komunikasi informasi dan edukasi (KIE) berbasis masyarakat, kemitraan dengan Lembaga Swadaya Masyarakat serta organisasi masyarakat lain, dan desentralisasi.

4. Langkah-langkah pemberdayaan masyarakat dalam bidang kesehatan

Langkah-langkah pemberdayaan masyarakat melalui pengorganisasian masyarakat adalah sebagai berikut.

Gambar 1

- Upaya penggerakan komunitas atau pengembangan peran-aktif komunitas melalui proses pembelajaran yang terorganisir dengan baik.



- Mengidentifikasi masalah dan penyebabnya
 - Melalui survei mawas diri (*Community Self Survey*).
 - Didahului dengan rekrutmen kader.
 - Pelatihan kader tentang survei mawas diri.
- Merumuskan alternatif pemecahan masalah
 - Melalui lokakarya desa, selain diikuti oleh kader, juga mengundang *stakeholders* (pemerintah, masyarakat madani, dan dunia usaha).
 - Didahului dengan pelatihan kader tentang hakikat masalah & cara mengatasi masalah secara teoritis dan berdasar pengalaman di desa-desa lain.
- Menetapkan dan melaksanakan pemecahan masalah
 - Di antara alternatif-alternatif pemecahan masalah, pilihlah yang layak dan efektif dilaksanakan.

- 2) Didahului dengan pelatihan kader tentang cara-cara menyusun prioritas dan menetapkan pemecahan masalah.
 - 3) Di sini harus dirumuskan dengan jelas peran kontribusi semua pihak yang terlibat (masyarakat, pemerintah, LSM, swasta).
- d. Memantau dan mengevaluasi untuk pelestarian
- 1) Sistem informasi (pencatatan, pelaporan & pengolahan data), termasuk Survei Mawas Diri ulang.
 - 2) Didahului dengan pelatihan kader tentang cara-cara mengelola sistem informasi serta bagaimana memanfaatkan data untuk pemantauan, evaluasi dan pembinaan kelestarian.

C. PROMOSI KESEHATAN

Promosi kesehatan merupakan salah satu bentuk intervensi keperawatan komunitas yang ditujukan pada individu, keluarga, kelompok, dan komunitas dengan tujuan agar dapat meningkatkan kondisi kesehatan secara optimal.

1. Pengertian Promosi Kesehatan

Lawrence Green (1984) merumuskan definisi promosi kesehatan sebagai segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Dari batasan di atas jelas, bahwa promosi kesehatan pendidikan kesehatan plus, atau promosi kesehatan adalah lebih dari pendidikan kesehatan. Promosi kesehatan bertujuan untuk menciptakan suatu keadaan, yakni perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

2. Strategi Promosi Kesehatan.

Guna mewujudkan atau mencapai visi dan misi kesehatan secara efektif dan efisien, diperlukan cara dan pendekatan yang strategis. Cara ini sering disebut “strategi”, yakni teknik atau cara bagaimana mencapai atau mewujudkan visi dan misi tersebut secara berhasil guna.

Berdasarkan rumusan WHO (1994), strategi promosi kesehatan secara global terdiri atas tiga (3) hal, sebagai berikut.

a. Advokasi (Advocacy)

Advokasi adalah kombinasi kegiatan individu dan sosial yang dirancang untuk memperoleh komitmen politis, dukungan kebijakan, penerimaan sosial, dan sistem yang mendukung tujuan atau program kesehatan tertentu. Definisi Chapela 1994 yang dikutip WISE (2001) secara harfiah adalah:

”melakukan advokasi berarti mempertahankan, berbicara mendukung seseorang atau sesuatu atau mempertahankan ide, sedangkan advokator adalah seseorang yang melakukan kegiatan atau negosiasi yang ditujukan untuk mencapai sesuatu untuk seseorang, kelompok, masyarakat tertentu, atau secara keseluruhan.”

b. *Bina Suasana*

Bina suasana adalah upaya menciptakan opini atau lingkungan sosial yang mendorong individu anggota masyarakat untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan. Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan sesuatu apabila lingkungan sosial di mana pun ia berada (keluarga di rumah, orang-orang yang menjadi panutan/idolanya, kelompok arisan, majelis agama, dan sebagainya, bahkan masyarakat umum) memiliki opini yang positif terhadap perilaku tersebut.

Di lain pengertian, bina suasana adalah menjalin kemitraan untuk pembentukan opini publik dengan berbagai kelompok opini yang ada di masyarakat, seperti tokoh masyarakat, tokoh agama, Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM), dunia usaha/swasta, media massa, organisasi profesi pemerintah, dan sebagainya. Bina suasana dilakukan untuk sasaran sekunder atau petugas pelaksana di berbagai tingkat administrasi (dari pusat hingga desa).

c. *Pemberdayaan masyarakat (Empowerment)*

Freira (dalam Hubley 2002) mengatakan, bahwa pemberdayaan adalah suatu proses dinamis yang dimulai dari masyarakat yang belajar langsung dari tindakan. Pemberdayaan masyarakat biasanya dilakukan dengan pendekatan pengembangan masyarakat. Pengembangan masyarakat biasanya berisi bagaimana masyarakat mengembangkan kemampuannya serta bagaimana meningkatkan peran serta masyarakat dalam pengambilan keputusan.

3. Sasaran promosi kesehatan

Secara prinsip, sasaran promosi kesehatan adalah masyarakat. Masyarakat dapat dilihat dalam konteks komunitas, keluarga, ataupun individu. Sasaran promosi kesehatan juga dapat dikelompokkan menurut ruang lingkungannya, yakni tatanan rumah tangga, tatanan sekolah, tatanan tempat kerja, tatanan tempat-tempat umum, dan institusi pelayanan kesehatan.

4. Metode dan teknik promosi kesehatan

Metode dan teknik promosi kesehatan adalah suatu kombinasi antara cara-cara atau metode dan alat-alat bantu atau media yang digunakan dalam setiap pelaksanaan promosi kesehatan. Berdasarkan sasarannya, metode dan teknik promosi kesehatan dibagi menjadi tiga sebagai berikut.

- a. Metode Promosi kesehatan individual
 - 1) Bimbingan dan penyuluhan.
 - 2) Interview (wawancara).

- b. Metode Promosi kesehatan kelompok
 - 1) Kelompok Besar: ceramah, seminar, dan sebagainya.
 - 2) Kelompok Kecil: diskusi kelompok, curah pendapat (*brain storming*), dan sebagainya.

- c. Metode promosi kesehatan massa
 - 1) Ceramah umum.
 - 2) Penggunaan media massa elektronik, misalnya TV, dan sebagainya.
 - 3) Penggunaan media cetak, misalnya majalah, dan sebagainya.
 - 4) Penggunaan media di luar ruang, misalnya spanduk, dan sebagainya.

D. MENJALIN KEMITRAAN

Kemitraan dalam upaya kesehatan (*partnership for health*) adalah kebersamaan dari sejumlah pelaku untuk mencapai tujuan yang sama, yaitu meningkatkan kesehatan masyarakat yang didasarkan atas kesepakatan tentang peranan dan prinsip masing-masing pihak.

Agar kemitraan dapat berjalan dengan baik, perlu memperhatikan prinsip dasar, landasan, dan kunci keberhasilan.

1. Pengertian Kemitraan

Hubungan (kerja sama) antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan (memberikan manfaat) untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip, dan peran masing-masing.

2. Tujuan Kemitraan

Meningkatkan percepatan, efektivitas, dan efisiensi upaya kesehatan untuk mencapai Indonesia Sehat .

3. Prinsip Dasar Kemitraan

a. Kesetaraan

Setiap mitra dalam melaksanakan pembangunan kesehatan harus diberi kepercayaan penuh, dihargai, dihormati, dan diberikan pengakuan dalam hal kemampuan dan nilai-nilai yang dimiliki.

b. Keterbukaan

Setiap mitra dalam melaksanakan pembangunan kesehatan yakin dan percaya setiap perjanjian akan dilakukan dengan terbuka, jujur, dan tidak saling merahasiakan sesuatu.

c. *Saling menguntungkan*

Setiap mitra dalam melaksanakan pembangunan kesehatan akan mendapatkan keuntungan dan manfaat bersama dari kemitraan tersebut.

4. Landasan Kemitraan

Dalam bermitra perlu diperhatikan beberapa landasan kemitraan sebagai berikut.

- a. Saling memahami kedudukan, tugas, fungsi, dan struktur masing-masing.
- b. Saling memahami kemampuan (*capacity*).
- c. Saling menghubungi (*linkage*).
- d. Saling mendekati (*proximity*).
- e. Saling bersedia membantu dan dibantu (*openess*).
- f. Saling mendorong dan mendukung (*support*).
- g. Saling menghargai (*reward*).

5. Landasan Kemitraan

Dari berbagai pengalaman kemitraan, baik secara global maupun lokal, maka diketahui beberapa kunci sukses kemitraan sebagai berikut.

- a. Adanya komitmen/kesepakatan bersama.
- b. Adanya kerja sama yang harmonis.
- c. Adanya koordinasi yang baik.
- d. Adanya kepercayaan antarmitra.
- e. Adanya kejelasan tujuan yang akan dicapai.
- f. Adanya kejelasan peran dan fungsi dari masing-masing mitra.
- g. Adanya keterlibatan yang berkesinambungan.

6. Peran Mitra

Beberapa alternatif peran yang dapat dilakukan, sesuai dengan keadaan masalah dan potensi para mitra. Adapun peran mitra sebagai berikut.

- a. Inisiator, memprakarsai kemitraan dalam rangka sosialisasi dan operasionalisasi Indonesia Sehat.
- b. Motor atau dinamisator, sebagai penggerak kemitraan, melalui pertemuan, kegiatan bersama, dan sebagainya.
- c. Fasilitator, memfasilitasi, memberi kemudahan sehingga kegiatan kemitraan dapat berjalan lancar.
- d. Anggota aktif, berperan sebagai anggota kemitraan yang aktif.
- e. Peserta kreatif, sebagai peserta kegiatan kemitraan yang kreatif.
- f. Pemasok *input* teknis, memberi masukan teknis (Program Kesehatan)
- g. Dukungan sumber daya, memberi dukungan sumber daya sesuai keadaan, masalah, dan potensi yang ada.

Beberapa contoh peran para mitra dapat dikemukakan berikut ini.

- a. Sektor Kesehatan (Lintas Program), berperan sebagai penggerak, perumus standar atau pedoman.
- b. Sektor di luar kesehatan, berperan sebagai pengembang kebijakan lingkungan dan perilaku sehat.
- c. Organisasi Profesi, berperan untuk memberi masukan, pengembangan, dukungan sumber daya, dan berperan aktif.
- d. Organisasi Sosial Masyarakat/LSM, berperan untuk memberikan masukan, pengembangan, dukungan sumber daya, dan berperan aktif.
- e. Media massa, berperan untuk memberi masukan dan penyebarluasan informasi.
- f. Swasta, berperan untuk memberi dukungan sumber daya dalam bentuk sarana, dana dan tenaga.

7. Langkah-langkah dalam kemitraan.

Untuk mengembangkan kemitraan dalam promosi kesehatan dapat dilakukan beberapa langkah kegiatan sebagai berikut.

- a. Penjajagan
Mencakup identifikasi dan pengenalan calon mitra dengan segala potensi yang dimiliki.
- b. Penyamaan persepsi
Tujuannya untuk memperoleh pandangan yang sama dalam penanganan masalah yang dihadapi bersama, maka para mitra perlu bertemu untuk saling memahami kedudukan, tugas, fungsi, serta peran masing-masing secara terbuka dan kekeluargaan. Penyamaan persepsi ini dapat dilakukan melalui forum-forum yang sudah ada atau melalui forum khusus.
- c. Pengaturan peran
Tujuannya agar masing-masing mitra mengetahui perannya dalam penanggulangan suatu masalah. Peran sektor kesehatan, peran sektor lain, dan peran swasta sangatlah penting untuk dipahami dan disepakati bersama. Lebih baik pengaturan peran ini tertulis secara jelas dan merupakan dokumen yang resmi. Untuk mencapai indikator Indonesia Sehat 2010, potensi para mitra dapat diarahkan dalam upaya mencapai indikator tersebut. Misalnya, untuk indikator perilaku tidak merokok, dapat melibatkan LSM-LSM yang berperan dalam kegiatan antirokok, sarana pelayanan kesehatan berperan membantu orang-orang yang ingin berhenti merokok, Yayasan Lembaga Konsumen berperan dalam somasi iklan rokok.
- d. Komunikasi intensif
Untuk menjalin dan mengetahui perkembangan kemitraan maka perlu dilakukan komunikasi antarmitra secara teratur dan terjadwal sehingga permasalahan yang dihadapi di lapangan dapat langsung diselesaikan. Hal ini perlu untuk melihat masing-

masing mitra, apakah sudah melaksanakan kegiatan sesuai dengan peran dan tujuan yang ingin dicapai atau dapat juga dengan pemantauan.

- e. Melakukan kegiatan
Harus dilaksanakan dengan baik sesuai dengan rencana kerja tertulis yang telah disepakati bersama. Mitra yang sudah sepakat untuk mencapai tujuan Indonesia Sehat 2010, perlu melaksanakan kegiatan sesuai dengan tugas pokok dan fungsi dari masing-masing mitra tersebut. Pelaksanaan kegiatan tersebut biasanya dilaksanakan bersama-sama atau sendiri-sendiri, seperti program penanggulangan masalah merokok, kampanye konsumsi buah dan sayur yang kaya serat.
- f. Pemantauan dan penilaian
Kegiatan ini juga harus disepakati sejak awal dalam pelaksanaan kegiatan kemitraan. Hasil pemantauan dan penilaian ini dapat dipergunakan untuk penyempurnaan kesepakatan yang telah dibuat.

E. ADVOKASI

Advokasi merupakan suatu cara perawat untuk meningkatkan partisipasi secara aktif komunitas. Perawat membantu masyarakat dalam mengambil keputusan secara mandiri. Advokasi merupakan suatu usaha sistematis dan terorganisasi, untuk memengaruhi dan mendesak terjadinya perubahan dalam kebijakan publik secara bertahap maju dan semakin baik, sehingga untuk mencapai tujuan tersebut diperlukan advokasi yang efektif dan berkesinambungan.

1. Pengertian.

Advokasi merupakan suatu usaha sistematis dan terorganisasi untuk memengaruhi dan mendesak terjadinya perubahan dalam kebijakan publik secara bertahap maju dan semakin baik (Pusat Promosi Kesehatan, Kemenkes RI). Dalam pengertian lain, advokasi adalah proses komunikasi yang terencana untuk mendapatkan dukungan dan keputusan guna memecahkan masalah. Suatu keberhasilan advokasi bisa dilakukan secara sistematis. Advokasi adalah proses aplikasi informasi dan sumber daya yang digunakan untuk membuat suatu perubahan terhadap suatu masalah di masyarakat.

2. Tujuan advokasi

Diperolehnya komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan, baik berupa kebijakan, tenaga, dana, sarana, kemudahan, keikutsertaan dalam kegiatan, maupun berbagai bentuk lainnya sesuai keadaan dan usaha.

3. Pendekatan dan langkah dalam advokasi

Kata kunci dalam proses atau kegiatan advokasi ini adalah pendekatan persuasif, secara dewasa, bijak, sesuai keadaan, yang memungkinkan tukar pikiran secara baik (*free choice*). Menurut UNFPA dan BKKBN (2002), terdapat lima pendekatan utama dalam advokasi, yaitu melibatkan para pemimpin, bekerja dengan media massa, membangun kemitraan, memobilisasi massa, dan membangun kapasitas. Strategi advokasi dilakukan melalui pembentukan koalisi, pengembangan jaringan kerja, pembangunan institusi, pembuatan forum, dan kerja sama bilateral.

Langkah-langkah pokok dalam advokasi meliputi:

- a. identifikasi dan analisis masalah atau isu yang memerlukan advokasi;
- b. identifikasi dan analisis kelompok sasaran;
- c. siapkan dan kemas bahan informasi;
- d. rencanakan teknik atau cara kegiatan operasional;
- e. laksanakan kegiatan, pantau dan evaluasi serta lakukan tindak lanjut.

F. SUPERVISI

1. Pengertian Supervisi

Supervisi adalah suatu proses kemudahan untuk penyelesaian tugas-tugas keperawatan (Swansburg & Swansburg, 1999). Supervisi adalah merencanakan, mengarahkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong, memperbaiki, mempercayai, mengevaluasi secara terus menerus pada setiap perawat dengan sabar, adil serta bijaksana (Kron, 1987). Berdasarkan definisi tersebut, dapat disimpulkan bahwa supervisi merupakan suatu cara yang efektif untuk mencapai tujuan organisasi.

2. Tujuan Supervisi

Memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung, sehingga dengan bantuan tersebut bawahan akan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang baik (Suarli, 2009).

3. Manfaat supervisi

Apabila supervisi dapat dilakukan dengan baik, akan diperoleh banyak manfaat, antara lain sebagai berikut.

- a. Dapat lebih meningkatkan efektifitas kerja. Peningkatan ini erat kaitannya dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan.
- b. Dapat lebih meningkatkan efisiensi kerja. Peningkatan ini erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta, dan sarana) yang sia-sia akan dapat dicegah (Azwar 1996, dalam Nursalam, 2007).

Apabila kedua peningkatan ini dapat diwujudkan, maka sama artinya bahwa tujuan organisasi telah tercapai dengan baik.

4. Cara Supervisi

Supervisi dapat dilakukan secara langsung dan tidak langsung, penerapannya disesuaikan dengan situasi dan kondisi serta tujuan supervisi.

a. *Supervisi Langsung*

Supervisi dilakukan langsung pada kegiatan yang sedang berlangsung. Cara supervisi ini ditujukan untuk bimbingan dan arahan serta mencegah dan memperbaiki kesalahan yang terjadi.

Cara supervisi adalah berikut ini.

- 1) Merencanakan
Seorang supervisor, sebelum melakukan supervisi harus membuat perencanaan tentang apa yang akan disupervisi, siapa yang akan disupervisi, bagaimana tekniknya, kapan waktunya dan alasan dilakukan supervisi (Kron, 1987).
- 2) Mengarahkan
Pengarahan yang dilakukan supervisor kepada staf meliputi pengarahan tentang bagaimana kegiatan dapat dilaksanakan, sehingga tujuan organisasi dapat tercapai. Dalam memberikan pengarahan diperlukan kemampuan komunikasi dari supervisor dan hubungan kerja sama yang demokratis antara supervisor dan staf.
- 3) Membimbing
Agar staf dapat menyelesaikan pekerjaan dengan baik, maka dalam melakukan suatu pekerjaan, staf perlu bimbingan dari seorang supervisor. Supervisor harus memberikan bimbingan pada staf yang mengalami kesulitan dalam menjalankan tugasnya, bimbingan harus diberikan dengan terencana dan berkala. Staf dibimbing bagaimana cara untuk melakukan dan menyelesaikan suatu pekerjaan. Bimbingan yang diberikan di antaranya dapat berupa pemberian penjelasan, pengarahan dan pengajaran, bantuan, serta pemberian contoh langsung.
- 4) Memotivasi
Supervisor mempunyai peranan penting dalam memotivasi staf untuk mencapai tujuan organisasi. Kegiatan yang perlu dilaksanakan supervisor dalam memotivasi antara lain adalah:
 - a) memberikan dukungan positif pada staf untuk menyelesaikan pekerjaan;
 - b) memberikan kesempatan pada staf untuk menyelesaikan tugas dan memberikan tantangan-tantangan yang akan memberikan pengalaman yang bermakna;
 - c) memberikan kesempatan pada staf untuk mengambil keputusan sesuai tugas limpah yang diberikan;

- d) menciptakan situasi saling percaya dan kekeluargaan dengan staf;
 - e) menjadi role model bagi staf.
- 5) Mengobservasi (Nursalam, 2007)
Untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi staf dalam melaksanakan tugasnya, sehingga dapat menyelesaikan pekerjaan sesuai dengan yang diharapkan, maka supervisor harus melakukan observasi terhadap kemampuan dan perilaku staf dalam menyelesaikan pekerjaan dan hasil pekerjaan yang dilakukan oleh staf.
- 6) Mengevaluasi
Evaluasi merupakan proses penilaian pencapaian tujuan, apabila suatu pekerjaan sudah selesai dikerjakan oleh staf, maka diperlukan suatu evaluasi upaya pelaksanaan dan membandingkan dengan rencana yang telah disusun sebelumnya.
Evaluasi juga digunakan untuk menilai apakah pekerjaan tersebut sudah dikerjakan sesuai dengan ketentuan untuk mencapai tujuan organisasi. Evaluasi dapat dilakukan dengan cara menilai langsung kegiatan dan memantau kegiatan melalui objek kegiatan. Apabila suatu kegiatan sudah dievaluasi, maka diperlukan umpan balik terhadap kegiatan tersebut.

b. Supervisi Tidak Langsung

Supervisi dilakukan melalui laporan tertulis, seperti laporan pasien dan catatan asuhan keperawatan dan dapat juga dilakukan dengan menggunakan laporan lisan, seperti saat timbang terima dan ronde keperawatan. Pada supervisi tidak langsung dapat terjadi kesenjangan fakta, karena supervisor tidak melihat langsung kejadian di lapangan. Oleh karena itu, agar masalah dapat diselesaikan, perlu klarifikasi dan umpan balik dari supervisor dan staf.

Latihan

- 1) Tuliskan contoh-contoh yang terkait dengan bentuk pemberdayaan masyarakat!
- 2) Tuliskan contoh-contoh bentuk promosi kesehatan dalam tatanan sekolah!
- 3) Tuliskan contoh-contoh bentuk kemitraan dalam upaya untuk meningkatkan kesehatan remaja!
- 4) Tuliskan contoh-contoh bentuk advokasi dalam bidang kesehatan!
- 5) Tuliskan bentuk supervisi yang dilakukan terhadap pelayanan posyandu yang dilakukan oleh kader kesehatan!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan adalah suatu bentuk upaya kesehatan yang bersumber dari masyarakat, seperti Desa Siaga, RW Siaga, Pos Obat Desa, Poskestren, Posbindu, dan sebagainya.
- 2) Bentuk promosi yang dapat dilakukan di kesehatan sekolah, seperti gerakan mencuci tangan, kantin sehat, atau gerakan sarapan pagi sebelum berangkat sekolah.
- 3) Bentuk kemitraan dalam upaya untuk meningkatkan kesehatan remaja, yaitu seperti kerja sama Puskesmas dengan sekolah terkait dengan kegiatan Pelayanan Kesehatan Peduli Remaja. Kerja sama Puskesmas dengan para tokoh masyarakat.
- 4) Berbagai bentuk advokasi bisa dilakukan untuk masyarakat, seperti meminta dukungan Gubernur mengeluarkan Perda terkait dengan larangan rokok di tempat-tempat umum.
- 5) Bentuk supervisi langsung yang dilakukan terhadap kader kesehatan dalam pelayanan Posyandu adalah dengan cara sebagai berikut.
 - a. Mengarahkan tentang apa yang sebaik dilakukan terkait dengan pelayanan Posyandu.
 - b. Membimbing dalam pelayanan meja I s/d meja V
 - c. Mengobservasi tentang pelayanan Posyandu mulai dari tahap persiapan s/d tahap penutup. Observasi terhadap pelayanan meja I s/d V, pelaksanaan penyuluhan yang dilakukan kader kesehatan dan respons masyarakat terhadap pelayanan Posyandu.

Ringkasan

Berdasarkan uraian materi Implementasi Keperawatan Komunitas tersebut di atas, maka dapat dirangkum sebagai berikut.

Implementasi merupakan tahap kegiatan setelah perencanaan kegiatan keperawatan komunitas dalam proses keperawatan komunitas. Fokus pada tahap implementasi adalah bagaimana mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, tetapi yang sangat penting dalam implementasi keperawatan kesehatan komunitas adalah melakukan tindakan-tindakan berupa promosi kesehatan, memelihara kesehatan dan mengatasi kondisi tidak sehat, mencegah penyakit, dan dampak pemulihan. Pada tahap implementasi ini, perawat tetap fokus pada program kesehatan komunitas yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Strategi yang digunakan dalam tahap implementasi adalah dengan menggunakan komunitas organisasi yang ada dan kerja sama atau kemitraan dengan komunitas.

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya memfasilitasi masyarakat agar mengenal masalah yang dihadapi, merencanakan dan melakukan upaya pemecahannya dengan memanfaatkan potensi setempat sesuai situasi, kondisi, dan kebutuhan setempat. Promosi

kesehatan adalah segala bentuk kombinasi pendidikan kesehatan dan intervensi yang terkait dengan ekonomi, politik, dan organisasi, yang dirancang untuk memudahkan perubahan perilaku dan lingkungan yang kondusif bagi kesehatan.

Kemitraan adalah hubungan (kerja sama) antara dua pihak atau lebih, berdasarkan kesetaraan, keterbukaan dan saling menguntungkan (memberikan manfaat) untuk mencapai tujuan bersama berdasarkan atas kesepakatan, prinsip, dan peran masing-masing.

Advokasi merupakan suatu usaha sistematis dan terorganisasi untuk memengaruhi dan mendesak terjadinya perubahan dalam kebijakan publik secara bertahap maju dan semakin baik. Supervisi adalah merencanakan, mengarahkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong, memperbaiki, mempercayai, mengevaluasi secara terus menerus pada setiap perawat dengan sabar, adil serta bijaksana (Kron, 1987).

Tes 2

Pilihlah jawaban yang paling tepat!

- 1) Karakteristik dalam pemberdayaan masyarakat adalah....
 - A. pemimpin berasal dari luar wilayah
 - B. menggunakan teknologi tinggi
 - C. pengambil keputusan oleh masyarakat
 - D. pendanaan bersumber dari pemerintah

- 2) Prinsip utama dalam pemberdayaan masyarakat adalah...
 - A. kesetaraan
 - B. kemandirian
 - C. kejujuran
 - D. keterbukaan

- 3) Salah satu strategi dalam promosi kesehatan adalah....
 - A. keaktifan masyarakat
 - B. bina suasana
 - C. pencerahan masyarakat
 - D. aksi sosial

- 4) Kegiatan di bawah ini yang termasuk dalam kegiatan promosi kesehatan adalah...
 - A. deteksi dini kanker payudara
 - B. skrening kesehatan gigi anak sekolah
 - C. pendidikan kesehatan hidup bersih dan sehat
 - D. pemberian imunisasi dasar

- 5) Prinsip dasar dalam kemitraan adalah saling...
 - A. menguntungkan
 - B. menghargai
 - C. membagi
 - D. mendukung

- 6) Yang tidak termasuk dalam landasan kemitraan adalah rasa saling....
 - A. memahami kemampuan
 - B. menghubungi
 - C. mendekati
 - D. menguntungkan

- 7) Tujuan advokasi adalah...
 - A. memperoleh komitmen dan dukungan dalam upaya kesehatan.
 - B. terbinanya hubungan saling percaya dengan berbagai pihak
 - C. terciptanyanya suasana kondusif dalam upaya kesehatan
 - D. adanya saling menghargai di antara pihak terkait

- 8) Langkah pertama dalam kegiatan advokasi adalah...
 - A. menyiapkan dan mengemas bahan informasi
 - B. mengidentifikasi dan menganalisis masalah atau isu yang memerlukan advokasi.
 - C. mengidentifikasi dan menganalisis kelompok sasaran
 - D. melaksanakan kegiatan, memantau, mengevaluasi, serta melakukan tindak lanjut

- 9) Kegiatan supervisi yang digunakan untuk menilai apakah pekerjaan tersebut sudah dikerjakan sesuai dengan ketentuan untuk mencapai tujuan organisasi adalah termasuk dalam supervisi....
 - A. membimbing
 - B. memonitor
 - C. mengevaluasi
 - D. merencanakan

- 10) Manfaat dari supervisi adalah....
 - A. meningkatkan efektivitas kerja
 - B. meningkatkan semangat kerja
 - C. meningkatkan kesejahteraan
 - D. memperbaiki prosedur kerja

Topik 3

Evaluasi Keperawatan Komunitas

Evaluasi merupakan serangkaian prosedur untuk menilai suatu program dan memperoleh informasi tentang keberhasilan pencapaian tujuan, kegiatan, hasil, dan dampak serta biayanya. Fokus utama dari evaluasi adalah mencapai perkiraan yang sistematis dari dampak program. Dengan demikian, evaluasi merupakan suatu usaha untuk mengukur suatu pencapaian tujuan atau keadaan tertentu dengan membandingkan dengan standar nilai yang sudah ditentukan sebelumnya. Juga merupakan suatu usaha untuk mencari kesenjangan antara yang ditetapkan dengan kenyataan hasil pelaksanaan. Menurut Wijono (1997), evaluasi adalah prosedur secara menyeluruh yang dilakukan dengan menilai masukan, proses dan indikator keluaran untuk menentukan keberhasilan dari pelaksanaan suatu program dalam mencapai tujuan yang ditetapkan.

Menurut WHO (1990), pengertian evaluasi adalah suatu cara sistematis untuk memelajari berdasarkan pengalaman dan mempergunakan pelajaran yang dipelajari untuk memperbaiki kegiatan-kegiatan yang sedang berjalan serta meningkatkan perencanaan yang lebih baik dengan seleksi yang seksama untuk kegiatan masa datang. Pengertian lain menyebutkan, bahwa evaluasi merupakan suatu proses yang memungkinkan administrator mengetahui hasil programnya dan berdasarkan hasil tersebut mengadakan penyesuaian-penyesuaian untuk mencapai tujuan secara efektif. Jadi evaluasi tidak sekadar menentukan keberhasilan atau kegagalan, tetapi juga mengetahui mengapa keberhasilan atau kegagalan itu terjadi dan apa yang bisa dilakukan terhadap hasil-hasil tersebut.

A. TUJUAN EVALUASI

Menurut Supriyanto (1988) tujuan evaluasi adalah sebagai berikut.

1. Memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program. Sehubungan dengan ini, perlu adanya kegiatan-kegiatan yang dilakukan antara lain, memeriksa kembali kesesuaian program dalam hal perubahan-perubahan kecil yang terus-menerus, mengukur kemajuan terhadap target yang direncanakan, menentukan sebab dan faktor di dalam maupun di luar yang memengaruhi pelaksanaan suatu program.
2. Sebagai alat untuk memperbaiki kebijaksanaan perencanaan dan pelaksanaan program yang akan datang. Hasil evaluasi akan memberikan pengalaman mengenai hambatan dari pelaksanaan program yang lalu dan selanjutnya dapat dipergunakan untuk memperbaiki kebijaksanaan dan pelaksanaan program yang akan datang.
3. Sebagai alat untuk memperbaiki alokasi sumber dana dan sumber daya manajemen saat ini serta di masa mendatang.

Tujuan dari evaluasi program kesehatan adalah untuk memperbaiki program-program kesehatan dan pelayanannya untuk mengantarkan dan mengarahkan alokasi tenaga serta

dana untuk program dan pelayanan yang sedang berjalan dan yang akan datang. Evaluasi harus digunakan secara konstruktif dan bukan untuk membenarkan tindakan yang telah lalu atau sekadar mencari kekurangan-kekurangan saja.

B. JENIS-JENIS EVALUASI

Jenis - jenis evaluasi dapat di kelompok sebagai berikut.

1. Menurut waktu pelaksanaan

Menurut waktu pelaksanaan evaluasi dapat dibagi menjadi dua sebagai berikut.

- a. Evaluasi formatif
Evaluasi ini dilaksanakan pada waktu pelaksanaan program dan bertujuan untuk memperbaiki pelaksanaan program. Temuan utama berupa masalah-masalah dalam pelaksanaan program.
- b. Evaluasi sumatif
Dilaksanakan pada saat pelaksanaan program sudah selesai dan bertujuan untuk menilai hasil pelaksanaan program. Temuan utama berupa capaian-capaian dari pelaksanaan program.

2. Menurut Tujuan

Menurut tujuan evaluasi dapat dibagi menjadi tiga, berikut ini.

- a. Evaluasi proses
Evaluasi proses bertujuan untuk mengkaji bagaimana program berjalan dengan fokus pada masalah penyampaian pelayanan (*service delivery*).
- b. Evaluasi Biaya-Manfaat
Evaluasi biaya-manfaat bertujuan untuk mengkaji biaya program relatif terhadap alternatif penggunaan sumber daya dan manfaat dari program.
- c. Evaluasi dampak
Evaluasi dampak bertujuan untuk mengkaji apakah program memberikan pengaruh yang diinginkan terhadap individu, rumah tangga, masyarakat, dan kelembagaan.

Terkait dengan kesehatan, kualitas pelayanan kesehatan dapat dinilai dari informasi tentang penggunaan pengaruh (evaluasi hasil/manfaat), tentang penampilan kegiatan-kegiatan (evaluasi proses) atau tentang fasilitas-fasilitas dan penataan-penataan (evaluasi struktur). Evaluasi harus dipandang sebagai suatu cara untuk perbaikan pembuatan keputusan untuk tindakan-tindakan di masa yang akan datang.

C. KOMPONEN-KOMPONEN EVALUASI

Beberapa komponen–komponen dalam evaluasi program antara lain sebagai berikut.

1. Evaluasi menjadi bagian integral dari desain program.
2. Evaluasi direncanakan dengan baik sejak awal.
3. Pelaksanaan evaluasi mendapat dukungan dari seluruh pemangku kepentingan.
4. Evaluasi menjadi bagian dari tanggung jawab pemimpin program.
5. Evaluasi memperoleh alokasi sumber daya yang memadai.

D. PROSES EVALUASI

Proses evaluasi dapat dilakukan melalui langkah-langkah sebagai berikut.

1. Menetapkan atau memformulasikan tujuan evaluasi, yakni tentang apa yang akan dievaluasi terhadap program yang dievaluasi.
2. Menetapkan kriteria yang akan digunakan dalam menentukan keberhasilan program yang akan dievaluasi.
3. Menetapkan cara atau metode evaluasi yang akan digunakan.
4. Melaksanakan evaluasi, mengolah dan menganalisis data atau hasil pelaksanaan evaluasi tersebut.
5. Menentukan keberhasilan program yang dievaluasi berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan tersebut serta memberikan penjelasan-penjelasan.
6. Menyusun rekomendasi atau saran-saran tindakan lebih lanjut terhadap program berikutnya berdasarkan hasil evaluasi tersebut.

E. KRITERIA PENILAIAN DALAM EVALUASI

Untuk menilai dalam suatu kegiatan evaluasi dapat menggunakan kriteria sebagai berikut.

1. Relevansi (*relevance*): Apakah tujuan program mendukung tujuan kebijakan?
2. Keefektifan (*effectiveness*): Apakah tujuan program dapat tercapai?
3. Efisiensi (*efficiency*): Apakah tujuan program tercapai dengan biaya paling rendah?
4. Hasil (*outcomes*): Apakah indikator-indikator tujuan program membaik?
5. Dampak (*impact*): Apakah indikator-indikator tujuan kebijakan membaik?
6. Keberlanjutan (*sustainability*): Apakah perbaikan indikator-indikator terus berlanjut setelah program selesai?

F. METODE DAN SUMBER DATA

Metode yang digunakan dalam evaluasi dapat berupa metode kuantitatif maupun metode kualitatif. Metode kuantitatif terutama diperlukan untuk mengukur dampak suatu program. Metode kualitatif terutama untuk mencari penjelasan dari pelaksanaan program

yang terjadi di lapangan. Oleh karena itu, evaluasi yang lengkap biasanya menggunakan kombinasi metode kuantitatif dan kualitatif.

Data yang digunakan dalam evaluasi dapat berupa data primer ataupun data sekunder. Data primer adalah data yang dikumpulkan sendiri oleh pelaku evaluasi. Data sekunder adalah data yang dikumpulkan oleh pihak lain, baik yang masih berupa data mentah maupun data yang sudah diolah.

1. Contoh data primer
 - a. Data hasil survei
 - b. Data hasil pengamatan
 - c. Data hasil wawancara mendalam
 - d. Data yang diperoleh dari diskusi kelompok terarah (FGD) dengan berbagai pemangku kepentingan.

2. Contoh data sekunder
 - a. Data Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional) yang dikumpulkan oleh Badan Pusat Statistik (BPS).
 - b. Data Sakernas (Survei Tenaga Kerja Nasional) yang dikumpulkan oleh BPS.

G. KARAKTERISTIK EVALUASI YANG BAIK.

Karakteristik evaluasi yang baik memiliki ketentuan sebagai berikut.

1. Strategis, yaitu memberikan prioritas terhadap program-program yang penting, besar, atau bermasalah.
2. Terfokus, yaitu memusatkan perhatian pada persoalan-persoalan yang penting bagi pengambil kebijakan.
3. Kredibel, yaitu hasilnya dapat dipercaya .
4. Tepat waktu, yaitu temuannya dapat digunakan untuk meredesain dan memperbaiki pelaksanaan program .
5. Bermanfaat, yaitu hasilnya dapat digunakan untuk:
 - a. menilai kelayakan dan efektifitas program;
 - b. membantu memaksimalkan kegunaan sumber daya yang terbatas;
 - c. memberikan *input* untuk desain program yang akan datang.

H. PERTIMBANGAN DAN SARAN DALAM MELAKUKAN EVALUASI.

Beberapa saran dalam melakukan evaluasi antara lain sebagai berikut.

1. Setiap program memerlukan evaluasi yang berbeda, untuk itu tentukan prioritas.
2. Susun desain evaluasi dengan memperhitungkan keterbatasan sumber daya.
3. Bila perlu, lakukan percontohan sebelum melakukan evaluasi skala besar.
4. Apabila diperlukan, bekerja samalah dengan pihak lain.

Dalam melakukan evaluasi ada beberapa pertimbangan yang perlu diperhatikan, yaitu:

1. waktu pelaksanaan evaluasi;
2. biaya pelaksanaan evaluasi;
3. pertimbangan etika;
4. kelayakan politis.

I. HAMBATAN DALAM EVALUASI

Terdapat berbagai kesulitan dalam melaksanakan evaluasi kesehatan, antara lain bahwa kebutuhan akan pelayanan kesehatan melebihi dari yang diterapkan. Pendekatan sistematis dalam evaluasi dapat dilakukan untuk menilai suatu program kesehatan. Penilaian secara menyeluruh terhadap program kesehatan dapat dilakukan dengan menilai *input*, *process*, dan *output*. Pendekatan sistem pada manajemen memandang organisasi sebagai suatu kesatuan, yang terdiri atas bagian-bagian (sumber daya, masukan, proses, keluaran, umpan balik, dampak dan lingkungan).

Dalam melakukan evaluasi suatu perencanaan program dan implementasinya, terdapat beberapa kendala, antara lain:

1. kendala psikologis, yaitu evaluasi dapat menjadi ancaman dan orang melihat bahwa evaluasi itu merupakan sarana untuk mengkritik orang lain;
2. kendala ekonomis, yaitu untuk melaksanakan evaluasi yang baik itu mahal dalam segi waktu dan uang, serta tidak selalu sepadan antara ketersediaan data dan biaya;
3. kendala teknis, yaitu kendala yang berupa keterbatasan kemampuan sumber daya manusia dalam pengolahan data dan informasi yang tidak dapat disediakan tepat pada waktu dibutuhkan. Kejadian ini biasanya timbul ketika informasi dan data itu belum dibutuhkan, maka biasanya hanya akan ditumpuk begitu saja tanpa diolah;
4. kendala politis, yaitu hasil-hasil evaluasi mungkin bukan dirasakan sebagai ancaman oleh para administrator saja, melainkan secara politis juga memalukan jika diungkapkan.

Latihan

- 1) Coba Anda tentukan aspek apa saja yang perlu dilakukan evaluasi formatif terhadap suatu kegiatan Posbindu Penyakit Tidak Menular (PTM) di suatu wilayah!
- 2) Coba Anda tentukan aspek apa saja yang dilakukan evaluasi sumatif terhadap pembinaan keluarga sadar gizi di suatu wilayah!
- 3) Coba Anda tentukan evaluasi terhadap dampak dari kegiatan pelatihan kader Posyandu di RW 01.
- 4) Coba Anda tentukan metode evaluasi yang digunakan terkait dengan program penurunan angka kesakitan penyakit DBD di suatu Desa!
- 5) Coba Anda tentukan metode evaluasi yang digunakan terkait dengan program penanggulangan masalah TB paru di suatu Desa!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Aspek yang perlu dikaji terkait dengan evaluasi formatif dalam kegiatan Posbindu, yaitu:
 - a. jumlah kunjungan masyarakat ke Posbindu;
 - b. prosedur pelaksanaan kegiatan Posbindu;
 - c. kemampuan Kader dalam pelayanan Posbindu;
 - d. ketersediaan Fasilitas untuk kegiatan Posbindu;
 - e. waktu pelaksanaan kegiatan Posbindu.

- 2) Aspek yang perlu dikaji terkait dengan evaluasi sumatif terhadap kegiatan keluarga sadar gizi, yaitu:
 - a. jumlah keluarga yang memiliki anak balita yang dapat teratur ke Posbindu;
 - b. status Gizi balita yang dibina;
 - c. jumlah ibu menyusui yang memberikan ASI eksklusif;
 - d. jumlah keluarga yang sarapan pagi;
 - e. jumlah keluarga yang menggunakan garam yodium;
 - f. jumlah keluarga yang mengkonsumsi beraneka ragam makanan.

- 3) Evaluasi terhadap dampak dari pelatihan kader kesehatan.
 - a. Peningkatan status gizi masyarakat.
 - b. Jumlah kunjungan ke Posyandu meningkat.
 - c. Peningkatan pengetahuan masyarakat terhadap permasalahan kesehatan dan pemecahannya.

- 4) Metode yang digunakan dalam evaluasi program penurunan angka kesakitan DBD melalui:
 - a. observasi kondisi lingkungan;
 - b. mempelajari dokumen hasil pelaporan Jumantik;
 - c. wawancara dengan petugas kesehatan, kader Jumantik dan tokoh masyarakat.

- 5) Metode yang digunakan dalam evaluasi program penanggulangan TB adalah melalui:
 - a. wawancara terhadap keluarga atau Pengawas Minum Obat (PMO) dan klien TB;
 - b. observasi terhadap lingkungan tempat tinggal;
 - c. mempelajari dokumen rekaman kunjung Puskesmas dan kunjungan rumah.

Ringkasan

Evaluasi adalah suatu proses menentukan nilai atau besarnya sukses dalam mencapai tujuan yang sudah ditetapkan sebelumnya. Tujuan dari evaluasi program kesehatan adalah untuk memperbaiki program-program kesehatan dan pelayanannya untuk mengantarkan dan mengarahkan alokasi tenaga dan dana untuk program dan pelayanan yang sedang berjalan dan yang akan datang. Evaluasi harus digunakan secara konstruktif dan bukan untuk membenarkan tindakan yang telah lalu atau sekedar mencari kekurangan-kekurangan saja.

Jenis-jenis evaluasi dapat dikelompokkan berdasarkan waktu pelaksanaan dan tujuan dari evaluasi. Beberapa komponen-komponen dalam evaluasi program, yaitu evaluasi menjadi bagian integral dari desain program, evaluasi direncanakan dengan baik sejak awal, pelaksanaan evaluasi mendapat dukungan dari seluruh pemangku kepentingan, evaluasi menjadi bagian dari tanggung jawab pemimpin program dan evaluasi memperoleh alokasi sumber daya yang memadai.

Untuk menilai suatu kegiatan evaluasi dapat menggunakan kriteria relevansi, keefektifan, efisiensi, hasil, dampak dan keberlanjutan. Karakteristik evaluasi yang baik memiliki ketentuan, seperti strategis, terfokus, kredibel, tepat waktu, dan bermanfaat

Tes 3

Pilihlah jawaban yang **paling tepat!**

- 1) Tujuan yang tidak termasuk dalam tujuan dari evaluasi program adalah untuk....
 - A. memperbaiki pelaksanaan dan perencanaan kembali suatu program
 - B. menjadi alat, guna memperbaiki kebijaksanaan perencanaan dan pelaksanaan program yang akan datang
 - C. memperbaiki program-program kesehatan dan pelayanannya
 - D. mempertahankan kondisi program dan pelayanan yang sudah berjalan

- 2) Evaluasi yang dilaksanakan pada waktu pelaksanaan program dan bertujuan untuk memperbaiki pelaksanaan program adalah evaluasi....
 - A. sumatif
 - B. formatif
 - C. biaya-manfaat
 - D. evaluasi dampak

- 3) Evaluasi ini dilakukan untuk memperbaiki desain dan keefektifan program serta juga untuk realokasi sumber daya dari program yang kurang ke yang lebih efektif. Hal tersebut, termasuk dalam alasan dilakukan evaluasi dari aspek....
 - A. sosial
 - B. ekonomi

- C. politik
 - D. budaya
- 4) Langkah awal proses evaluasi adalah
- A. menetapkan kriteria yang akan digunakan dalam menentukan keberhasilan program yang akan dievaluasi
 - B. menetapkan cara atau metode evaluasi yang akan digunakan
 - C. menetapkan atau memformulasikan tujuan evaluasi, yakni tentang apa yang akan dievaluasi terhadap program yang dievaluasi
 - D. melaksanakan evaluasi, mengolah dan menganalisis data atau hasil pelaksanaan evaluasi tersebut
- 5) Tujuan program mendukung tujuan kebijakan. Hal ini terkait dengan kriteria evaluasi dalam segi....
- A. keefektifan
 - B. keberlanjutan
 - C. relevansi
 - D. efisiensi
- 6) Tujuan program dapat tercapai. Hal ini terkait dengan kriteria evaluasi dalam segi....
- A. keefektifan
 - B. keberlanjutan
 - C. relevansi
 - D. efisiensi
- 7) Karakteristik evaluasi yang baik memiliki ketentuan strategis, yaitu
- A. memusatkan perhatian pada persoalan-persoalan yang penting bagi pengambil kebijakan
 - B. memberikan prioritas terhadap program-program yang penting, besar, atau bermasalah
 - C. hasilnya dapat dipercaya
 - D. temuannya dapat digunakan untuk meredesain dan memperbaiki pelaksanaan program
- 8) Hasil evaluasi yang dapat dipercaya, merupakan karakteristik dari evaluasi....
- A. strategis
 - B. terfokus
 - C. kredibel
 - D. tepat waktu

- 9) Kendala yang berupa keterbatasan kemampuan sumber daya manusia dalam pengolahan data dan informasi yang tidak dapat disediakan tepat pada waktunya merupakan kendala....
- A. politis
 - B. teknis
 - C. ekonomis
 - D. psikologis
- 10) Evaluasi dapat menjadi ancaman dan orang melihat bahwa evaluasi itu merupakan sarana untuk mengkritik orang lain. Hal tersebut merupakan kendala....
- A. politis
 - B. teknis
 - C. ekonomis
 - D. psikologis

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) B
- 3) D
- 4) D
- 5) A
- 6) A
- 7) A
- 8) C

Tes 2

- 1) C
- 2) A
- 3) B
- 4) C
- 5) A
- 6) D
- 7) A
- 8) B
- 9) C
- 10) A

Tes 3

- 1) D
- 2) B
- 3) B
- 4) C
- 5) C
- 6) A
- 7) B
- 8) D
- 9) B
- 10) D

Daftar Pustaka

- Allender, J.N., & Spredley, B.W. 2001. *Community health nursing: concept and practice*. Philadelphia: Lippincot.
- Anderson, E.T. & McFarlane, J. 2000. *Community as partner: Theory and practice in nursing*. Philadelphia: Lippincot.
- Azrul Azwar, 2001., *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: Binarupa.
- Azwar Azwar. 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta: Binarupa Aksara.
- Badan Pemberdayaan Masyarakat Provinsi DKI Jakarta. 2004. *Manajemen pemberdayaan masyarakat*. Jakarta: Pemda Provinsi DKI Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2003. *Kemitraan menuju Indonesia sehat 2010*. Jakarta: Sekretariat Jenderal Departemen Kesehatan RI.
- Entjang., Indan., 2000., *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Bandung: Citra Aditya Bakti.
- Ervin, N.E. 2002. *Advanced community health nursing practice: population focused care*. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Green, L.W & Kreuteur, M.W. 1991. *Health promotion planning: An educational and environmental approach*. London: Mayfield Publishing Company.
- Helvie, C.O. 1998. *Advanced practice nursing in the community*. California: SAGE Publication Inc.
- Hitchcock, J.E., Scubert, P.E., & Thomas, S.A. 1999. *Community health nursing: Caring in action*. USA: Delmar Publishers.
- Kemenkes RI. 2012. *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta.
- Kemenkes RI. 2012. *Pusat Kesehatan Masyarakat*, Jakarta.
- McMurray, A. 2003. *Community health and wellness: a socioecological approach*. Toronto: Mosby.
- Neuman, B. 1995. *The Neuman systems model (3 ed.)*. Norwalk, CT: Appleton-Lange.
- O'Connor F.M.L; & Parker, E. 2001. *Health promotion: Principles and practice in the Australian Context*. Australia: Agency Limited (CAL) under the Act.
- Sukidjo Notoatmodjo, 2001, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Jakarta: Rineka Cipta.

- Sukidjo Notoatmodjo, 2005, *Promosi Kesehatan Teori dan Aplikasi*, Jakarta: Rineka Cipta.
- Stanhope, M, & Lancaster,J. 2000. *Community and public health nursing*. The Mosby Tear Book: St. Louis.
- Supriyanto, S. 1988. *Evaluasi Bidang Kesehatan*, Surabaya: Brata Jaya.
- W.H.O. 1990. *Evaluasi Program Kesehatan, Badan Penelitian dan Pengembangan*, Depkes RI.
- Wijono, D, 1997., *Manajemen Kepemimpinan dan Organisasi Kesehatan*, Surabaya: UNAIR.