

**HUBUNGAN PELAKSANAAN PERAN PERAWAT KEPERAWATAN  
KESEHATAN MASYARAKAT DENGAN MUTU PELAYANAN  
DI PUSKESMAS KABUPATEN TAKALAR TAHUN 2013**

***RELATIONSHIP BETWEEN THE IMPLEMENTATION OF NURSES'  
ROLE OF COMMUNITY HEALTH NURSING AND SERVICE QUALITY  
IN HEALTH CENTERS OF TAKALAR REGENCY, 2013***

**ASMAWATI SUDDIN**



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

**TESIS**

**HUBUNGAN PELAKSANAAN PERAN PERAWAT KEPERAWATAN  
KESEHATAN MASYARAKAT DENGAN MUTU PELAYANAN  
DI PUSKESMAS KABUPATEN TAKALAR TAHUN 2013**

ASMAWATI SUDDIN



**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR**

**2013**

**HUBUNGAN PELAKSANAAN PERAN PERAWAT KEPERAWATAN  
KESEHATAN MASYARAKAT DENGAN MUTU PELAYANAN  
DI PUSKESMAS KABUPATEN TAKALAR TAHUN 2013**

Tesis

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Magister

Program Studi

Magister Ilmu Keperawatan

Disusun dan diajukan oleh

**ASMAWATI SUDDIN**

Kepada

**PROGRAM PASCASARJANA  
UNIVERSITAS HASANUDDIN  
MAKASSAR  
2013**

## TESIS

### HUBUNGAN PELAKSANAAN PERAN PERAWAT KEPERAWATAN KESEHATAN MASYARAKAT DENGAN MUTU PELAYANAN DI PUSKESMAS KABUPATEN TAKALAR TAHUN 2013

Disusun Dan Diajukan Oleh :

**ASMAWATI SUDDIN**

Nomor Pokok P4200211003

Telah Dipertahankan Di Depan Panitia Ujian Tesis  
Pada Tanggal 13 Agustus 2013  
Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat

Menyetujui,  
Komisi Penasehat

Dr. Werna Nontji, S.Kp., M.Kep.

Ketua

Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Keperawatan,

Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Kes.

Prof. Dr. dr. Suryani As'ad, M.Sc.

Anggota

Direktur Program Pascasarjana  
Universitas Hasanuddin,

Prof. Dr. Ir. Mursalim

## PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Asmawati Suddin  
Nomor Pokok : P4200211003  
Program studi : Magister Ilmu Keperawatan

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan tesis ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 29 Juli 2013

Yang menyatakan,

Asmawati Suddin

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulisan tesis ini dapat terselesaikan dengan baik. Selama penulisan tesis ini penulis tidak terlepas dari berbagai hambatan, namun berkat bimbingan, bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak baik secara moril maupun materil sehingga penulis dapat menyelesaikan dengan baik. Oleh karena itu dengan kerendahan hati, perkenankan penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Prof. Dr. Ir. Mursalim, M.Sc, selaku Direktur Program Pascasarjana Universitas Hasanuddin.
2. Prof. dr. Irawan Yusuf, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin.
3. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp, M.Kes, selaku Ketua Program Studi Magister Manajemen Ilmu Keperawatan FK. Unhas.
4. Dr. Werna Nontji, S.Kp.,M.Kep, selaku Ketua Komisi Penasihat yang telah memberikan ilmunya dan meluangkan waktunya memberikan bimbingan, arahan, koreksi dan saran sehingga tesis ini dapat diselesaikan.
5. Prof.Dr.dr. Suryani As'ad, M.Sc, selaku Anggota Komisi Penasihat yang telah memberikan ilmunya, meluangkan waktunya memberikan

bimbingan, arahan, koreksi dan saran sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

6. dr. Cahyono Kaelan, Ph.D.,Sp.PA(K),Sp.S. sebagai tim Penguji yang telah banyak memberikan koreksi dan masukan untuk penyempurnaan dalam Tesis penulis.
7. dr. H. Rasyidin, M. Kes, selaku Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar, dr. H. A. Munir, M.Kes selaku Sekretaris Dinas Kesehatan yang telah memberikan izin kepada penulis untuk mengikuti pendidikan pada Program Studi Magister Manajemen Ilmu Keperawatan.
8. Kepada Ayahanda Drs. Suddin Syamsi (alm) dan Bunda Hj. St. Aminah Tawang, terima kasih atas cinta kasih dan pengorbanan yang tiada terhingga.
9. Kepada Suamiku Ir. H. Muh. Arifuddin dan Kedua anakku Muh. Afdhal dan Muh. Anshori, atas cinta, dukungan, dan pengertiannya selama penulis mengikuti proses pendidikan.
10. Prof. Ikuko Moriguchi, Dr. Agnes Rampisela dan teman-teman Pembina Perkesmas Provinsi Sul-Sel yang telah memberikan dukungan dan semangat selama proses pendidikan.
11. Ns. Nurmaulid, S.Kep, selaku Pendamping dalam penulisan Tesis yang telah memberikan bimbingan, masukan sehingga laporan hasil ini dapat di selesaikan.

12. Rekan kerjaku di Puskesmas Pattallassang Hj. Suriati, Hj. Syahraeni, Hamsiah dan Hj. Umrah terima kasih atas pengertian dan dukungannya.

13. Kepada teman-temanku angkatan kedua Program Studi Magister Manajemen Ilmu Keperawatan : Nasrun, Dian, Sayekti, Hasrat, Wilma, Husniati, Harma, Iful dan lainnya yang tidak sempat disebutkan satu persatu, terima kasih atas dukungan yang tak terhingga baik selama proses perkuliahan hingga proses penyusunan tesis ini.

Penulis menyadari akan berbagai keterbatasan dan kekurangan dalam penyusunan tesis ini, oleh sebab itu segala kritikan dan saran yang sifatnya membangun sangat penulis harapkan demi kesempurnaan tesis ini.

Akhir kata, penulis berharap semoga tesis ini dapat bermanfaat bagi kita semua. Wassalam.

Makassar, 2 Agustus 2013

Asmawati Suddin



## ABSTRAK

**ASMAWATI SUDDIN.** *Hubungan Pelaksanaan Peran Perawat Perkesmas Dengan Mutu Pelayanan di Puskesmas Kabupaten Takalar* (dibimbing oleh Werna Nontji dan Suryani As'ad).

Penelitian ini bertujuan menganalisis hubungan pelaksanaan peran perawat perkesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan, penemu kasus, pendidik/penyuluh, koordinator kolaborator, pelaksana konseling keperawatan dengan Mutu pelayanan di Puskesmas kabupaten Takalar.

Metode penelitian menggunakan pendekatan analitik dengan rancangan potong lintang (*cross sectional*). Penelitian dilaksanakan diseluruh puskesmas di Kabupaten Takalar. Sampel penelitian adalah perawat penanggung jawab program pokok Puskesmas sebanyak 55 orang yang diambil secara purposif. Data dikumpulkan melalui wawancara dan dokumentasi dan dianalisis menggunakan uji *chi-square*.

Hasil penelitian menunjukkan 65,5% perawat baik kinerjanya dalam pemberian pelayanan, 65,5% perawat baik kinerjanya dalam penemuan kasus, 76,4% perawat baik kinerjanya dalam pendidik/penyuluh kesehatan, 74,5% perawat baik kinerjanya dalam koordinator kolaborator, 78,2% perawat baik kinerjanya dalam pelaksanaan konseling keperawatan. Sebanyak 72,7% puskesmas mutu pelayanan kurang dalam penanganan komplikasi neonatal, 69,1% puskesmas mutu pelayanan baik dalam mencapai desa/kelurahan UCI, 100% puskesmas mutu pelayanan baik dalam perawatan balita gizi buruk, 80% puskesmas mutu pelayanan baik dalam penemuan penderita baru BTA (+). Terdapat hubungan signifikan pemberi pelayanan dengan mutu pelayanan ( $p=0,005$ ) dan penemu kasus dengan mutu pelayanan ( $p=0,026$ ). Tidak terdapat hubungan signifikan pendidik/penyuluh dengan mutu pelayanan ( $p=0,511$ ) dan koordinator kolaborator dengan mutu pelayanan ( $p=1,000$ ) serta konseling keperawatan dengan mutu pelayanan ( $p=1,000$ ). Juga tidak terdapat hubungan peran perawat Puskesmas dengan mutu pelayanan.

Kata Kunci : peran perawat perkesmas, mutu pelayanan

## ABSTRACT

**ASMAWATI SUDDIN.** *Relationship Between the Implementation of Nurses' Role of Community Health Nursing and Service Quality in Health Centers of Takalar Regency* (supervised by Werna Nontji and Suryani As'ad).

The aim of the research is to analyze the relationship between the role of nurses of community health nursing as the ones who give health service, case founders, educators/counselors, coordinator collaborators, and nursing counseling implementers and service quality in Health Centers of Takalar Regency.

The research used analytic approach with cross sectional design conducted in all health centers of Takalar Regency. The samples were nurses as the responsible persons of main program of the health centers consisting of 55 people. They were selected using purposive sampling method. The data were obtained through interview and documentation and analyzed using chi-square test.

The result of the research indicate that 65,5% of the nurses have a good performance in giving service; 65,5% of them have a good performance in finding cases; 76,4% of them have a good performance as health educators/counselors; 74,5% of them have a good performance as coordinator collaborators; 78,2% of them have a good performance in the implementation of nursing counseling. Meanwhile, 72,7% of the health centers have a less good service quality in handling neonatal complication; 69,1% of them have a good service quality in reaching UCI Village; 100% of them have a good service quality in treating under five year children who have bad nutrient; 80% of them have a good service quality in finding new case of BTA patients (+). There is significant relationship between giving service and service quality ( $\rho=0,005$ ); there is a significant relationship between case founders and service quality ( $\rho=0,026$ ); there is no relationship between educators/counselors and service quality ( $\rho=0,511$ ); there is no relationship between coordinator collaborators and service quality ( $\rho=1,000$ ); there is no relationship between nursing counseling and service quality ( $\rho=1,000$ ).

Key words : the role of nurses of community health nursing, service quality

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUUL .....	i
LEMBAR PENGESAHAN .....	ii
KATA PENGANTAR .....	iii
ABSTRAK .....	vi
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	8
C. Tujuan Penelitian .....	9
D. Manfaat Penelitian .....	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA .....	11
A. Konsep Puskesmas .....	11
B. Keperawatan Kesehatan Masyarakat .....	16
C. Peran Perawat Perkesmas .....	27
D. Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas .....	37

E. Karakteristik Perawat .....	45
F. Penelitian terkait .....	48
G. Kerangka Teori .....	50
 BAB III KERANGKA KONSEP, VARIABEL DAN HIPOTESIS	
PENELITIAN .....	51
A. Kerangka Konsep .....	51
B. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional .....	52
C. Hipotesis .....	55
 BAB IV METODE PENELITIAN .....	56
A. Desain Penelitian .....	56
B. Waktu dan Lokasi Penelitian .....	56
C. Populasi dan Sampel .....	57
D. Instrumen Penelitian .....	58
E. Tehnik Pengumpulan Data .....	59
F. Alur Penelitian .....	60
G. Pengolahan dan Analisa Data .....	61
H. Pertimbangan Etik .....	63
 BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN .....	66
A. Deskripsi Hasil penelitian .....	66
B. Pembahasan .....	87
C. Keterbatasan penelitian .....	119

BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN .....	120
A. Kesimpulan .....	120
B. Saran .....	122

DAFTAR PUSTAKA

Lampiran

## DAFTAR TABEL

Nomor	Halaman
1. Indikator dampak Keperawatan Kesehatan Masyarakat	41
2. Indikator Standar Pelayanan minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota	42
3. Indikator kinerja SPM Dinas Kesehatan Kab. Takalar 2012	44
4. Penelitian terkait Peran Perawat Perkesmas dan Mutu Pelayanan	48
5. Definisi operasional variabel Independen dan Dependen	53
6. Distribusi Responden berdasarkan Data Demografi perawat Perkesmas	67
7. Distribusi Responden berdasarkan Peran Perawat Perkesmas	68
8. Distribusi frekwensi pencapaian standar pelayanan minimal	70
9. Pencapaian standar pelayanan minimal di Puskesmas	71
10. Analisis hubungan peran perawat perkesmas dengan mutu pelayanan	72
11. Analisis hubungan pemberi pelayanan kesehatan dengan mutu Pelayanan	73
12. Analisis hubungan penemu kasus dengan mutu pelayanan	74

13. Analisis hubungan pendidik penyuluh dengan mutu pelayanan	75
14. Analisis hubungan koordinator kolaborator dengan mutu Pelayanan	76
15. Analisis hubungan konseling keperawatan dengan mutu Pelayanan	77
16. Analisis hubungan peran perawat dengan Cakupan neonatal Komplikasi yan ditangani	78
17. Analisis hubungan peran perawat dengan Cakupan desa/kelurahan UCI	80
18. Analisis hubungan peran perawat dengan Cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan	83
19. Analisis hubungan peran perawat dengan Cakupan penemuan dan penanganan TB BTA (+)	84
20. Analisis regresi logistik secara multivariat hubungan antara variabel terikat dengan variabel bebas	78

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Pendekatan proses Keperawatan .....	22
Gambar 2.2. Upaya Perkesmas sebagai upaya kesehatan wajib dan Upaya kesehatan Pengembangan .....	26
Gambar 2.3. Peran dan Fungsi perawat Perkesmas .....	28
Gambar 2.4. Kerangka Teori Penelitian .....	50



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang Masalah**

Pembangunan kesehatan bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi tingginya. Dalam rangka lebih meningkatkan dan memfokuskan pembangunan kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia telah merumuskan visi yaitu masyarakat yang mandiri untuk hidup sehat dengan misi membuat rakyat sehat. Untuk mencapai visi dan misi dikembangkan empat strategi yaitu menggerakkan dan membudayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, meningkatkan sistem surveilans monitoring informasi kesehatan dan meningkatkan pembiayaan kesehatan (Depkes RI, 2006).

Pencapaian visi dan misi departemen kesehatan Republik Indonesia ditempuh melalui berbagai cara, salah satunya dengan menerapkan azas desentralisasi penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Metode tersebut menjadi tanggung jawab pemerintah daerah, sementara pemerintah pusat lebih berperan sebagai pengarah sesuai keputusan Menteri Kesehatan No.1457 tahun 2003 bahwa keberhasilan pembangunan kesehatan di Kabupaten/Kota diukur dengan indikator yang

ditetapkan dalam standar pelayanan minimal (SPM) bidang kesehatan yang disesuaikan dengan situasi, kondisi dan kebutuhan setempat.

Puskesmas sebagai salah satu unit pelaksana teknis (UPT) Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota merupakan unit pelaksana tingkat pertama serta sebagai ujung tombak pembangunan kesehatan termasuk pelayanan kesehatan di Indonesia. Dengan demikian keberhasilan Kabupaten/Kota untuk mencapai SPM sangat dipengaruhi oleh kinerja Puskesmas yang didukung oleh tenaga kesehatan yang profesional.

Perawat merupakan tenaga kesehatan terbanyak (47,28%) dari seluruh tenaga kesehatan di daerah. 46,84% dari jumlah tersebut bekerja di Puskesmas dan merupakan tenaga kesehatan terdepan yang memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat sehingga kinerja perawat Puskesmas turut menentukan kinerja puskesmas secara keseluruhan (Depkes, 2001, Ditjen Kesmas, 2003) Namun demikian pada kenyataannya belum semua perawat mampu memberikan pelayanan sesuai peran dan fungsinya.

Adapun penelitian yang dilaksanakan oleh Kadar (2003) mengenai peran perawat Puskesmas di Makassar mengatakan bahwa masih banyak perawat puskesmas yang mengerjakan tugas non keperawatan di luar tugas sebagai perawat, sedangkan penelitian Hertiana (2008) mengenai peran perawat perkesmas dipuskesmas kabupaten Takalar mengatakan bahwa perawat perkesmas belum melaksanakan perannya secara optimal Padahal sebagai perawat Perawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas)

merupakan tenaga kesehatan terdepan yang memberikan pelayanan kesehatan di puskesmas, hal ini mungkin disebabkan karena Perawat perkesmas kurang mendapat kesempatan pelatihan teknis sesuai peran dan fungsinya dan belum adanya uraian tugas yang jelas (WHO-Depkes, 2001). Gretl.A, (2013) dalam *International Journal of environmental Research and Public Health* dengan judul *Specialist community Nurses A Critical Analysis of their Role in the Manajement of long-Term conditions* mengatakan bahwa peran perawat perkesmas sebagai koordinator dan pemberi pelayanan keperawatan memerlukan keterampilan dan sumber daya perawatan dan sangat bermanfaat bagi individu pada perawatan yang lama. Berdasarkan laporan kabupaten/kota pada pertemuan Regional dan pengalaman lapangan maka peran perawat perkesmas yang sering dilaksanakan yaitu pemberi pelayanan, penemu kasus, pendidik/penyuluh kesehatan, koordinator kolaborator dan pelaksana konseling yang juga merupakan fokus penelitian yang akan dilaksanakan.

Untuk memperoleh Mutu pelayanan kesehatan yang baik di Puskesmas harus didukung oleh pelaksanaan peran dan fungsi perawat perkesmas secara profesional sesuai Undang-Undang Kesehatan NO. 23 tahun 1992 menekankan pentingnya peningkatan mutu pelayanan kesehatan, dengan adanya pesan agar tenaga kesehatan mendahulukan fungsinya secara profesional sesuai dengan standar pedoman. Menurut Depkes : Mutu pelayanan kesehatan adalah tingkat kesempurnaan

pelayanan yang memuaskan pelanggan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata pelanggan, serta di berikan sesuai standar dan etika profesi.

Mutu pelayanan kesehatan kabupaten Takalar tahun 2011 dapat di lihat dari indikator pelayanan kesehatan dan hasil capaian program dengan menggunakan tolok ukur target Standar Pelayanan Minimal (SPM) bidang kesehatan yang berjumlah 18 poin diantaranya cakupan Neonatal dengan komplikasi yang ditangani target 80% realisasi 14,99%, cakupan desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI) target 100% realisasi 72,3%, cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan target 100% realisasi 100% dan cakupan penemuan penderita paru target 70% realisasi 107% (Ikip Dinkes Takalar, 2011), 4 poin tersebut yang merupakan fokus pada penelitian ini.

Perkesmas mempunyai peran melayani masyarakat di wilayah puskesmas baik dalam gedung puskesmas maupun diluar gedung puskesmas untuk pencapaian SPM puskesmas. Menurut data dari Kementerian Kesehatan, 2011 jumlah puskesmas diIndonesia sebanyak 9.133 unit sedangkan jumlah puskesmas di Sulawesi Selatan sebanyak 406 unit (Dinkes Profinsi Sul Sel, 2009) serta jumlah Puskesmas di Kabupaten Takalar 14 unit dan jumlah Pustu sebanyak 50 unit (Profil Kesehatan,2012).

Di Sulawesi Selatan aktifnya perkesmas dimulai dengan adanya program kerja sama JICA, dimana tahap awal beberapa orang dari Dinas Kesehatan Provinsi, dari Dosen Unhas, Dosen Poltekkes dan staf Dinas

Kesehatan Kabupaten Takalar, Maros, Sidrap dan Kota Palopo dikirim ke Jepang mengikuti pelatihan Nursing In Primary Health Care. Ex Partisipans Pelatihan Program tersebut yang kemudian diberi nama Alumny JICA yang diberi SK oleh Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan sebagai Tim Pembina Perkesmas Tingkat Provinsi Sulawesi Selatan, (SK No : 0055/DK-IV/PKM-3/I/2007). Alumni JICA inilah yang awalnya membentuk koordinator perkesmas ditiap kabupaten/kota, koordinator tingkat puskesmas bahkan koordinator perkesmas tingkat Provinsi. Pembentukan koordinator ini dimulai dari kabupaten model yaitu kabupaten Takalar yang di susul dengan pembentukan kabupaten model lainnya yaitu kabupaten Maros, Pangkep, Jeneponto, Sidrap dan Kota Palopo dan diikuti oleh semua kabupaten/kota yang ada di Sulawesi Selatan (Alumni JICA,2008).

Manajemen Perkesmas di Sulawesi Selatan sudah terstruktur dimana dalam pelaksanaan pembinaan dari pembina provinsi ke kabupaten mempunyai daerah Regional yang dikenal dengan adanya 5 Region dengan peminanya masing-masing 2 atau 3 orang Alumny JICA, 1 region terdiri dari beberapa kabupaten/kota. Adapun pembagian region sebagai berikut : Region I terdiri dari kabupaten Takalar, Gowa, Makassar dan Maros. Region II terdiri dari terdiri dari Toraja Utara, Toraja, Sidrap, Wajo, Soppeng, Enrekang, dan Bone. Region III terdiri dari Palopo Kota, Luwu Utara, Luwu dan Luwu Timur. Region IV terdiri dari Pangkep, Barru, Pare-pare dan Pinrang sedangkan Region V terdiri dari Jeneponto,

Bantaeng, Bulukumba, Sinjai dan Selayar, pertemuan region di laksanakan minimal 1 kali dalam setahun untuk memantau kegiatan perkesmas di kabupaten/kota yang ada dalam wilayah regionalnya. Berdasarkan laporan dari beberapa kabupaten yang mewakili regionnya kegiatan perawat perkesmas secara umum adalah melakukan pembinaan keluarga dengan penyakit Hypertensi dan DM, pembinaan posyandu lansia dan kunjungan rumah (data pertemuan evaluasi Perkesmas, 2013).

Hasil studi pendahuluan dan pengamatan yang di lakukan peneliti bahwa kabupaten Takalar merupakan model Perkesmas pertama yang ada di Sulawesi Selatan terdapat 14 puskesmas, 4 diantaranya adalah puskesmas model yaitu puskesmas Polombangkeng Selatan sebagai percontohan Home Care daerah binaan 660 keluarga, Puskesmas Aeng Towa sebagai percontohan Posyandu Usila jumlah Poyandu usila 9 buah, jumlah usila 416 orang. Umur harapan hidup di tingkat Nasional 72 tahun sedangkan di Kabupaten Takalar umur harapan hidup 74 tahun (Profil Dinas Kesehatan, 2011). Puskesmas Mappakasunggu percontohan home care dengan jumlah keluarga binaan 110 keluarga, Puskesmas Galesong percontohan Pelayanan keperawatan keluarga di rumah (Yanwatga) Uji coba Depkes 2008, sedangkan hasil wawancara langsung terhadap beberapa perawat di Pukesmas Kota yaitu Puskesmas Pattallassang, puskesmas Polombangkeng utara dan puskesmas Mangarabombang diperoleh data bahwa peran perawat perkesmas belum optimal karena

banyaknya tugas yang dibebankan kepada perawat diluar tupoksi yang sebenarnya.

Dukungan pemerintah setempat ditingkat Kepala Dinas Kesehatan maupun Bupati Takalar sangat baik dibuktikan dengan adanya Naskah Kerjasama antara Program studi ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar – Dinas Kesehatan Kabupaten Takalar – College of Nursing Art & Science Hyogo Japan tentang Pengembangan Keperawatan Kesehatan Masyarakat Kabupaten Takalar pada tanggal 6 Juli 2001 dan adanya Keputusan Bupati Takalar Nomor 179 tahun 2009 tentang tarif pelayanan keperawatan kesehatan keluarga dirumah kabupaten Takalar tanggal 4 Mei 2010, (Laporan Perkesmas Takalar,2008). Sebagai Kabupaten yang mendapatkan dukungan penuh dari pemerintah setempat diharapkan perawat perkesmasnya dapat melaksanakan peran dan fungsinya dengan baik.

Berdasarkan data diatas dan hasil pertemuan perkesmas kabupaten Takalar di puskesmas Pattoppakang 9 february 2013, jumlah petugas perkesmas yang hadir 68 orang dari 14 puskesmas dan 50 Pustu di kabupaten Takalar beberapa petugas perkesmas yaitu 5 Puskesmas (35,7%) mengatakan baru mengetahui tentang Peran, Tugas dan strategi pelaksanaan perkesmas termasuk pendanaan. Adanya fenomena tersebut membuat penulis merasa tertarik untuk meneliti Hubungan Peran perawat Perkesmas dengan Mutu pelayanan di Puskesmas kabupaten Takalar.

## **B. Rumusan Masalah**

Kabupaten Takalar merupakan model Perkesmas pertama yang ada di Sulawesi Selatan terdapat 14 puskesmas, 4 diantaranya adalah puskesmas model yaitu puskesmas Polombangkeng Selatan sebagai percontohan home Care, puskesmas Aeng Towa sebagai percontohan posyandu usila, Puskesmas Mappakasunggu percontohan home Care, Puskesmas Galesong percontohan pelayanan keperawatan keluarga di rumah (Yanwatga) yang merupakan Uji coba Depkes 2008. Sebagai kabupaten model di harapkan perawat perkesmasnya telah bekerja sesuai peran dan fungsinya, tetapi pada pertemuan perkesmas di puskesmas Pattoppakang 9 februari 2013 masih ada 35,7% perawat baru mengetahui peran, tugas dan strategi pelaksanaan perkesmas termasuk pendanaan. kemudian mutu pelayanan kesehatan berdasarkan SPM terdapat beberapa poin realisasinya diatas target, beberapa poin realisasinya sesuai target dan masih ada beberapa poin dibawah target yang di tentukan maka Rumusan Masalah penelitian ini adalah “ Bagaimana Hubungan Pelaksanaan Peran Perawat Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Perkesmas) dengan Mutu Pelayanan di Puskesmas Kabupaten Takalar ? ”.



### **C. Tujuan Penelitian.**

1. Tujuan Umum :

Tujuan Umum penelitian adalah mengetahui Hubungan pelaksanaan peran Perawat Perkesmas dengan Mutu pelayanan di Puskesmas Kabupaten Takalar.

2. Tujuan Khusus :

- a. Mengetahui hubungan pelaksanaan peran perawat sebagai Pemberi pelayanan kesehatan dengan Mutu pelayanan di Puskesmas Kabupaten Takalar.
- b. Mengetahui hubungan pelaksanaan peran perawat sebagai Penemu kasus dengan Mutu pelayanan di Puskesmas Kabupaten Takalar.
- c. Mengetahui hubungan pelaksanaan peran perawat sebagai Pendidik/Penyuluh kesehatan dengan Mutu pelayanan di Puskesmas Kabupaten Takalar.
- d. Mengetahui hubungan pelaksanaan peran perawat sebagai Koordinator dan Kolaborator dengan Mutu pelayanan di Puskesmas Kabupaten Takalar.
- e. Mengetahui hubungan pelaksanaan peran perawat sebagai Pelaksana konseling keperawatan dengan Mutu pelayanan di Puskesmas Kabupaten Takalar.
- f. Mengetahui pelaksanaan peran perawat dengan Mutu pelayanan di Puskesmas Kabupaten Takalar.

- g. Mengetahui hubungan peran perawat dengan cakupan neonatal komplikasi yang di layani
- h. Mengetahui hubungan peran perawat dengan cakupan desa/kelurahan Universal child immunization (UCI)
- i. Mengetahui hubungan peran perawat dengan cakupan balita gizi buruk mendapat perawatan
- j. Mengetahui hubungan peran perawat dengan cakupan penemuan dan penanganan penderita TB BTA (+)

#### **D. Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut :

##### 1. Pengembangan Ilmu

Kontribusi Ilmiah tentang peran perawat perkesmas terhadap mutu pelayanan kesehatan di Puskesmas.

##### 2. Aplikasi

- a. Sumber informasi tentang peran perawat perkesmas
- b. Dasar pengambilan keputusan untuk upaya-upaya perbaikan dalam penerapan peran perawat perkesmas

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Puskesmas**

##### **1. Pengertian**

Puskesmas adalah unit pelaksana teknis dinas kesehatan kabupaten/kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di suatu wilayah kerja (Depkes, 2006).

Puskesmas memiliki tanggung jawab terhadap derajat kesehatan masyarakat di wilayah kerjanya, secara nasional, Standar wilayah kerja puskesmas adalah 1 kecamatan. Apabila dalam satu kecamatan terdapat lebih dari satu puskesmas, maka tanggung jawab wilayah kerja dibagi antar puskesmas dengan memperhatikan keutuhan konsep wilayah desa/kecamatan atau RW (Trihono, 2005).

##### **2. Tujuan**

Mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional yakni meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang yang bertempat tinggal diwilayah kerja Puskesmas (Depkes RI, 2005).

### 3. Fungsi Puskesmas

Pelaksanaan puskesmas mengacu pada tiga fungsi puskesmas, Pertama, Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan. Puskesmas selalu berupaya menggerakkan dan memantau penyelenggaraan pembangunan lintas sektor termasuk oleh masyarakat dan dunia usaha diwilayah kerjanya. Upaya yang dilakukan puskesmas dengan mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan peyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan.

Fungsi kedua adalah pusat pemberdayaan masyarakat. Puskesmas selalu berupaya agar perorangan terutama pemuka masyarakat, keluarga dan masyarakat termasuk dunia usaha memiliki kesadaran, kemauan dan kemampuan melayani diri sendiri dan masyarakat untuk hidup sehat. Pemberdayaan perorangan, keluarga dan masyarakat ini di selenggarakan dengan memperhatikan kondisi dan situasi budaya masyarakat setempat.

Fungsi terakhir yaitu pusat pelayanan kesehatan strata pertama yang bertanggung jawab menyelenggarakan pelayanan kesehatan tingkat pertama secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan. Adapun pelayanan kesehatan tingkat pertama yang menjadi tanggung jawab puskesmas meliputi pelayanan perorangan (*Private goods*) dan pelayanan kesehatan masyarakat (*Publik goods*) (Trihono, 2005).

Menurut Depkes, 2006 kedudukan puskesmas yaitu :

- a. Dalam Sistem Kesehatan Nasional, Puskesmas sebagai sarana pelayanan kesehatan (perorangan dan masyarakat) strata pertama.
- b. Dalam Sistem Kesehatan Kabupaten/Kota, Puskesmas sebagai unit pelaksana teknis dinas (UPTD) yang bertanggungjawab menyelenggarakan sebagian tugas pembangunan kesehatan kabupaten/kota, dan merupakan unit struktural pemda kab/kota.
- c. Puskesmas sebagai mitra sarana pelayanan kesehatan strata pertama yang dilaksanakan swasta atau masyarakat.
- d. Puskesmas sebagai pembina pelayanan kesehatan strata pertama diwilayah kerjanya (Depkes, 2006).

#### **4. Upaya pokok Puskesmas**

Sesuai dengan Kepmenkes No. 128/ 2004 tentang Kebijakan Dasar Puskesmas, upaya kesehatan yang dilakukan di Puskesmas meliputi :

1. Upaya kesehatan wajib Puskesmas :
  - 1). Upaya Promosi Kesehatan
  - 2). Upaya Kesehatan Lingkungan
  - 3). Upaya KIA serta KB
  - 4). Upaya Perbaikan Gizi Masyarakat
  - 5). Upaya Pencegahan & Pemberantasan Penyakit Menular
  - 6). Upaya Pengobatan

## 2. Upaya kesehatan pengembangan Puskesmas

Upaya pengembananagan dilaksanakan sesuai dengan masalah kesehatan masyarakat yang ada dan kemampuan Puskesmas. **Perkesmas merupakan salah satu upaya kesehatan pengembangan di Puskesmas** (Depkes RI, 2006).

## 5. Azas penyelenggaraan Puskesmas

### a. Azas pertanggungjawaban wilayah.

Puskesmas mempunyai tanggung jawab untuk melakukan berbagai upaya kesehatan, baik upaya peningkatan (*promotif*), pencegahan penyakit (*preventif*), upaya pengobatan dan rehabilitatif di wilayah kerjanya.

### b. Azas pemberdayaan masyarakat.

Puskesmas mempunyai kewajiban untuk melakukan upaya-upaya pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan. Dalam hal ini telah berkembang upaya kesehatan bersumber daya masyarakat merupakan salah satu wujud pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan.

### c. Azas keterpaduan.

Dalam memberikan pelayanan kesehatan, Puskesmas harus melakukan keterpaduan secara :

- 1). Lintas program
- 2). Lintas sektoral

### 3. Azas rujukan

Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan terdepan atau sarana kesehatan strata pertama, sehingga memiliki berbagai keterbatasan. Untuk itu Puskesmas senantiasa melakukan upaya rujukan ke sarana kesehatan yang lebih tinggi atau di atasnya, meliputi :

- 1). Rujukan medis
- 2). Rujukan kesehatan masyarakat

## 6. Manajemen Puskesmas

Puskesmas menerapkan fungsi manajemen sebagai berikut :

### a. Perencanaan

Perencanaan kegiatan terpadu, baik perencanaan tahunan, perencanaan semesteran maupun perencanaan bulanan. Saat ini sedang digalakan *bottom up planning*, termasuk di puskesmas.

### b. Pelaksanaan dan pengendalian

#### 1) Pengorganisasian

2) Penyelenggaraan puskesmas dengan tiga fungsi utama ; sebagai pusat pembangunan berwawasan kesehatan, sebagai pusat pemberdayaan keluarga dan masyarakat serta sebagai sarana pelayanan kesehatan strata pertama.

- 3) Pemantauan, termasuk jangkauan dan mutu pelayanan kesehatan
  - 4) Penilaian hasil kegiatan puskesmas
- c. Pengawasan dan pertanggungjawaban

## **B. Keperawatan Kesehatan Masyarakat**

### **1. Pengertian**

Keperawatan Kesehatan Masyarakat (*Community Health Nursing*) pada dasarnya adalah Pelayanan keperawatan profesional yang merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan yang ditujukan pada seluruh masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi, dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal di lakukan melalui peningkatan kesehatan (*promotif*) dan pencegahan penyakit (*preventif*) di semua tingkat pencegahan (*levels of prevention*) dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang di butuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan (Keputusan Menteri kesehatan RI Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006).

Rapat kerja keperawatan kesehatan masyarakat (1990), mendefinisikan sebagai suatu bidang keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dengan kesehatan masyarakat (*public health*) dengan dukungan peran serta masyarakat secara aktif dan mengutamakan pelayanan *promotif* dan *preventif* secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan *kuratif* dan *rehabilitatif*



secara menyeluruh dan terpadu yang ditujukan kepada : individu, keluarga, kelompok dan masyarakat sebagai kesatuan utuh melalui proses keparawatan (*nursing proces*), untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal sehingga mampu mandiri dalam upaya kesehatan.

Perkesmas adalah praktik keperawatan spesialis tentang *promosi*, *preventif* dan perlindungan kesehatan masyarakat, berdasarkan ilmu pengetahuan tentang keperawatan, kesehatan masyarakat dan ilmu sosial (APHA, 1996).

## **2. Tujuan Upaya Perkesmas di Puskesmas**

Tujuan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat adalah meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah keperawatan kesehatan masyarakat yang optimal. Pelayanan keperawatan diberikan secara langsung kepada seluruh masyarakat dalam rentang sehat-sakit dengan mempertimbangkan seberapa jauh masalah kesehatan masyarakat mempengaruhi individu, keluarga, dan kelompok maupun masyarakat (Keputusan Menteri kesehatan RI Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006).

## **3. Lingkup Pelayanan**

Lingkup pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat meliputi upaya kesehatan perorangan (UKP) maupun upaya kesehatan masyarakat (UKM). Pelayanan kesehatan yang diberikan lebih difokuskan

pada *promotif* dan *preventif* tanpa mengabaikan *kuratif* dan *rehabilitatif*. Upaya *preventif* meliputi pencegahan tingkat pertama (*primary prevention*), pencegahan tingkat kedua (*secondary prevention*) maupun pencegahan tingkat ketiga (*tertiary prevention*) (Depkes,2006).

Kegiatan perkesmas, meliputi kegiatan didalam gedung maupun di luar gedung puskesmas baik upaya kesehatan perorangan (UKP) maupun upaya kesehatan masyarakat (UKM) (Depkes RI, 2006).

#### 1. Kegiatan dalam gedung Puskesmas

Merupakan kegiatan keperawatan kesehatan masyarakat yang dilakukan dipoli asuhan keperawatan, poliklinik pengobatan, maupun ruang rawat inap Puskesmas meliputi :

- a. Asuhan keperawatan terhadap pasien rawat jalan dan rawat inap
- b. Penemuan kasus baru (deteksi dini) pada pasien rawat jalan
- c. Penyuluhan/pendidikan kesehatan
- d. Pemantauan keteraturan berobat
- e. Rujukan kasus/masalah kesehatan kepada tenaga kesehatan lain dipuskesmas
- f. Pemberian nasehat (konseling) keperawatan
- g. Kegiatan yang merupakan tugas limpah sesuai pelimpahan kewenangan yang di berikan dan atau prosedur yang telah di tetapkan (contoh pengobatan, penanggulangan kasus gawat darurat, dll)

h. Menciptakan lingkungan terapeutik dalam pelayanan kesehatan di gedung puskesmas (kenyamanan, keamanan, dll)

i. Dokumentasi keperawatan.

## 2. Kegiatan di luar gedung Puskesmas

Melakukan kunjungan ke keluarga/kelompok/masyarakat untuk melakukan asuhan keperawatan dikeluarga/kelompok/masyarakat:

a. Asuhan keperawatan kasus yang memerlukan tindak lanjut di rumah (individu dalam konteks keluarga).

Merupakan asuhan keperawatan individu dirumah dengan melibatkan peran serta aktif keluarga. Kegiatan yang dilakukan antara lain:

- 1) Penemuan suspek/kasus kontak serumah
- 2) Penyuluhan/pendidikan kesehatan pada individu dan keluarganya
- 3) Pemantauan keteraturan berobat sesuai program pengobatan
- 4) Kunjungan rumah (*home visit/home health nursing*) sesuai rencana
- 5) Pelayanan keperawatan dasar langsung (*direct care*) maupun tidak langsung (*indirect care*)
- 6) Pemberian nasehat (*konseling*) kesehatan/keperawatan
- 7) Dokumentasi keperawatan

b. Asuhan keperawatan keluarga

Merupakan asuhan keperawatan yang ditujukan pada keluarga rawan kesehatan/keluarga miskin yang mempunyai masalah kesehatan yang ditemukan dimasyarakat dan dilakukan di rumah keluarga. kegiatan meliputi, antara lain:

- 1) Identifikasi keluarga rawan kesehatan/keluarga miskin dengan masalah kesehatan dimasyarakat
- 2) Penemuan dini suspek/kasus kontak serumah
- 3) Pendidikan/penyuluhan kesehatan terhadap keluarga (lingkup keluarga)
- 4) Kunjungan rumah (*home visit/home health nursing*) sesuai rencana
- 5) Pelayanan keperawatan dasar langsung (*direct care*) maupun tidak langsung (*indirect care*)
- 6) Pelayanan kesehatan sesuai rencana, misalnya memantau keteraturan berobat pasien dengan pengobatan jangka panjang.
- 7) Pemberian nasehat (konseling) kesehatan/keperawatan di rumah
- 8) Dokumentasi keperawatan

c. Asuhan keperawatan kelompok khusus.

Merupakan asuhan keperawatan pada kelompok masyarakat rawan kesehatan yang memerlukan perhatian khusus, baik dalam suatu institusi maupun non institusi. Kegiatan meliputi antara lain:

- 1) Identifikasi faktor-faktor resiko terjadinya masalah kesehatan di kelompok
  - 2) Pendidikan/penyuluhan kesehatan sesuai kebutuhan
  - 3) Pelayanan keperawatan langsung (direct care) pada penghuni yang memerlukan keperawatan
  - 4) Memotivasi pembentukan, membimbing, dan memantau kader-kader kesehatan sesuai jenis kelompoknya
  - 5) Dokumentasi keperawatan
- d. Asuhan keperawatan masyarakat di daerah binaan
- Merupakan asuhan keperawatan yang ditujukan pada masyarakat yang rentan atau mempunyai resiko tinggi terhadap timbulnya masalah kesehatan. Kegiatannya meliputi kegiatan kunjungan ke daerah binaan untuk:
- 1) Identifikasi masalah kesehatan yang terjadi disuatu daerah dengan masalah kesehatan spesifik
  - 2) Meningkatkan partisipasi masyarakat melalui kegiatan memotivasi masyarakat untuk membentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat
  - 3) Pendidikan/penyuluhan kesehatan masyarakat
  - 4) Memotivasi pembentukan pengembangan dan memantau kader-kader kesehatan dimasyarakat
  - 5) Ikut serta melaksanakan dan memonitor kegiatan PHBS
  - 6) Dokumentasi keperawatan

Pendekatan utama yang dilakukan dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat baik di dalam maupun di luar gedung puskesmas, adalah pendekatan proses keperawatan (*nursing process*) meliputi tahap pengkajian, penetapan diagnosa keperawatan, penetapan rencana tindakan, implementasi tindakan keperawatan dan tahap evaluasi. Dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan, maka secara bertahap terjadi proses alih peran dari perawat Puskesmas kepada klien.

**Gambar 2-1. Pendekatan proses Keperawatan**



Sumber : Dir.Bina Pelayanan Keperawatan Depkes RI, 2004

## 5. Sasaran

Sasaran keperawatan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok, masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidak tahuan, ketidakmauan maupun ketidakmampuan

dalam menyelesaikan masalah kesehatannya. Prioritas sasaran adalah yang mempunyai masalah kesehatan terkait dengan masalah kesehatan prioritas daerah, terutama :

- a. Belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas serta jaringannya).
- b. Sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan tetapi memerlukan tindak lanjut keperawatan di rumah.

Sasaran terdiri dari :

1. Sasaran individu

Sasaran prioritas individu adalah balita gizi buruk, ibu hamil risiko tinggi, usia lanjut, penderita penyakit menular (a.l TB Paru, Kusta, Malaria, Demam Berdarah, Diare, ISPA/Pneumonia), penderita penyakit degeneratif.

2. Sasaran keluarga

Sasaran keluarga adalah keluarga yang termasuk rentan terhadap masalah kesehatan (*vulnerable group*) atau risiko tinggi (*high risk group*), dengan prioritas :

- a. Keluarga miskin belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan (Puskesmas dan jaringannya) dan belum mempunyai kartu sehat.
- b. Keluarga miskin sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan mempunyai masalah kesehatan terkait dengan

pertumbuhan dan perkembangan balita, kesehatan reproduksi, penyakit menular.

- c. Keluarga tidak termasuk miskin yang mempunyai masalah kesehatan prioritas serta belum memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan.

### 3. Sasaran kelompok

Sasaran kelompok adalah kelompok masyarakat khusus yang rentan terhadap timbulnya masalah kesehatan baik yang terikat maupun tidak terikat dalam suatu institusi.

- a. Kelompok masyarakat khusus tidak terikat dalam suatu institusi antara lain Posyandu, Kelompok Balita, Kelompok ibu hamil, Kelompok Usia Lanjut, Kelompok penderita penyakit tertentu, kelompok pekerja informal.
- b. Kelompok masyarakat khusus terikat dalam suatu institusi, antara lain sekolah, pesantren, panti asuhan, panti usia lanjut, rumah tahanan (rutan), lembaga pemasyarakatan (lapas).

### 4. Sasaran masyarakat

Sasaran masyarakat adalah masyarakat yang rentan atau mempunyai risiko tinggi terhadap timbulnya masalah kesehatan, diprioritaskan pada

- a. Masyarakat di suatu wilayah (RT, RW, Kelurahan/Desa) yang mempunyai :



- 1). Jumlah bayi meninggal lebih tinggi dibandingkan daerah lain.
  - 2). Jumlah penderita penyakit tertentu lebih tinggi dibandingkan daerah lain.
  - 3). Cakupan pelayanan kesehatan lebih rendah dari daerah lain.
- b. Masyarakat didaerah endemis penyakit menular (malaria, diare, demam berdarah, dll).
  - c. Masyarakat dilokasi/barak pengungsian, akibat bencana atau akibat lainnya.
  - d. Masyarakat didaerah dengan kondisi geografi sulit antara lain daerah terpencil, daerah perbatasan.
  - e. Masyarakat didaerah pemukiman baru dengan transportasi sulit seperti daerah transmigrasi.

## **6. Strategi**

Penyelenggaraan keperawatan kesehatan masyarakat di puskesmas, dilaksanakan secara bertahap sesuai dengan sumber daya yang dimiliki oleh puskesmas. Strategi yang ditetapkan adalah (1) Perkesmas sebagai bagian integral upaya kesehatan puskesmas baik upaya kesehatan wajib maupun pengembangan, (2) Perkesmas sebagai upaya kesehatan pengembangan.

**Gambar 2-2. Upaya perkesmas sebagai upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan Pengembangan**



Sumber : Dir.Bina Pelayanan Keperawatan Depkes RI, 2004

- a. Perkesmas sebagai bagian integral upaya kesehatan wajib maupun pengembangan

Upaya Perkesmas dilaksanakan secara terpadu baik dalam upaya kesehatan perorangan maupun kesehatan masyarakat dalam 6 upaya kesehatan wajib puskesmas (Promosi Kesehatan, Kesehatan Lingkungan, KIA/KB, P2M, Gizi dan Pengobatan) maupun upaya pengembangan yang wajib dilaksanakan di daerah tertentu. keterpaduan tersebut dalam sasaran, kegiatan, tenaga, biaya atau sumber daya lainnya. dengan terintegrasinya upaya perkesmas kedalam upaya kesehatan wajib maupun pengembangan, diharapkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat lebih bermutu karena diberikan secara utuh (*holistik*), *komprensif*, terpadu, dan berkesinambungan.

- b. Keperawatan kesehatan masyarakat sebagai upaya kesehatan pengembangan Puskesmas.

Bila diwilayah kerja Puskesmas, terdapat masalah kesehatan yang *spesifik* dan memerlukan asuhan keperawatan secara terprogram, maka Perkesmas dapat dilaksanakan sebagai upaya kesehatan pengembangan. Upaya Perkesmas, dimulai dengan melakukan pengkajian terhadap masyarakat yang mempunyai masalah spesifik (misalnya tingginya Angka Kematian Bayi, Angka Kematian Ibu, penderita TB Paru, DBD, Malaria, dll) untuk dapat dirumuskan masalah keperawatannya dan penyebabnya, sehingga dapat direncanakan *intervensi* yang akan dilakukan baik terhadap masyarakat, kelompok khusus, keluarga maupun individu di daerah tersebut.

### **C. Peran Perawat Perkesmas**

#### **1. Defenisi**

Peran adalah seperangkat tingkah laku yang diharapkan orang lain terhadap seseorang sesuai kedudukannya dalam satu sistem. Barbara,1995 (dikutip dalam Mubarak, 2006), mendefenisikan peran sebagai bentuk dari perilaku yang di harapkan dari seseorang pada situasi sosial tertentu.

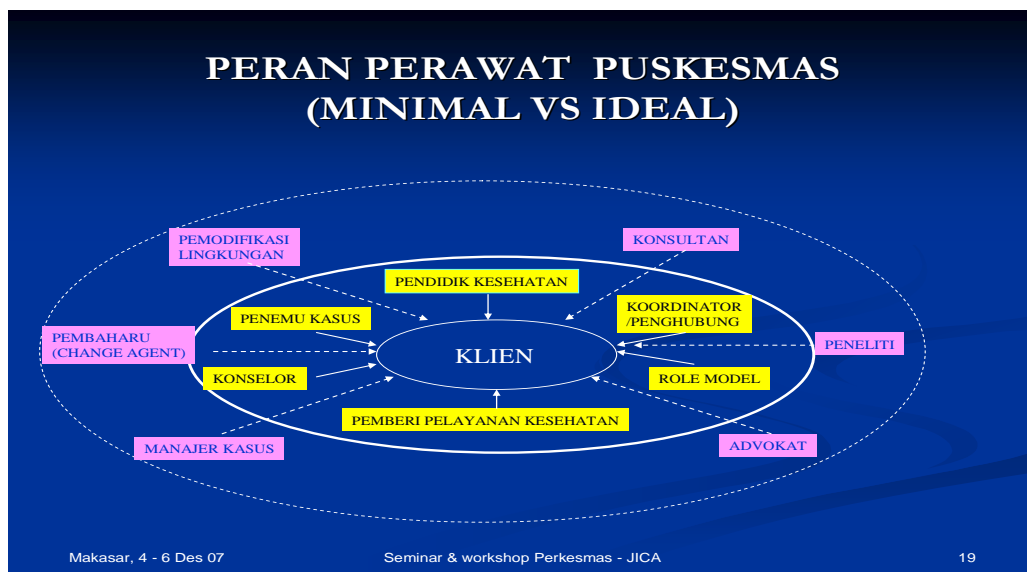
Peran perawat yang dimaksud adalah cara untuk menyatakan aktifitas perawat dalam praktek, dimana telah menyelesaikan pendidikan formalnya yang diakui dan diberi kewenangan oleh pemerintah untuk

menjalankan tugas dan tanggung jawab keperawatan secara profesional sesuai dengan kode etik profesional (Penelitian Hertiana, 2008).

## 2. Peran Perawat Perkesmas

Perawat puskesmas profesional yang ideal adalah perawat komunitas yang memiliki latar belakang pendidikan serta kompetensi di bidang keperawatan komunitas sehingga dapat menerapkan 12 peran dan fungsinya. Pada saat ini, sebagian besar (69 %) perawat puskesmas masih berpendidikan SPK dan 31 % berpendidikan D3 Keperawatan (Depkes, 2006),

**Gambar 2-3. Peran dan fungsi Perawat Perkesmas**



Sumber : Dir.Bina Pelayanan Keperawatan Depkes RI, 2004

Secara rinci, ke enam peran dan fungsi tersebut diuraikan sebagai berikut :

1. Pemberi pelayan kesehatan.

Perawat puskesmas memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok/masyarakat berupa asuhan keperawatan kesehatan masyarakat yang utuh /*holistik*, komprehensif meliputi pemberian asuhan pada pencegahan tingkat pertama, tingkat kedua maupun tingkat ketiga. Asuhan keperawatan yang diberikan baik asuhan langsung (*direct care*) kepada pasien/klien maupun tidak langsung (*indirect care*) diberbagai tatanan pelayanan kesehatan antara lain klinik puskesmas, ruang rawat inap puskesmas, Puskesmas pembantu, Puskesmas Keliling, Sekolah, Rutan/Lapas, Panti, Posyandu, Keluarga (Rumah pasien/klien), dan lain-lain.

2. Penemu kasus.

Perawat Perkesmas berperan dalam mendeteksi dan menemukan kasus serta melakukan penelusuran terjadinya penyakit.

3. Pendidik/penyuluhan Kesehatan.

Pembelajaran merupakan dasar dari pendidikan kesehatan yang berhubungan dengan semua tahap kesehatan dan semua tingkat pencegahan. Sebagai pendidik kesehatan, perawat puskesmas mampu mengkaji kebutuhan pasien/klien, mengajarkan agar melakukan pencegahan tingkat pertama dan peningkatan kesehatan pasien/klien kepada individu, keluarga, kelompok/masyarakat, pemulihan kesehatan

dari suatu penyakit, menyusun program penyuluhan/pendidikan kesehatan, baik untuk topik sehat maupun sakit, seperti nutrisi, latihan/olah raga, manajemen stress, penyakit dan pengelolaan penyakit, dan lain-lain, memberikan informasi yang tepat untuk kesehatan dan gaya hidup antara lain informasi yang tepat tentang penyakit, pengobatan dan lain-lain, serta menolong pasien/klien menyeleksi informasi kesehatan yang bersumber dari buku-buku, koran, televisi, atau teman.

Pendidikan Kesehatan menurut Nyswander (1947) adalah suatu proses perubahan pada diri masyarakat yang ada hubungannya dengan tercapainya tujuan kesehatan perorangan dan masyarakat. Pendidikan kesehatan bukanlah suatu yang dapat diberikan oleh seseorang kepada orang lain dan bukan pula sesuatu rangkaian tatalaksana yang akan dilaksanakan ataupun hasil yang dicapai melainkan suatu proses perkembangan yang selalu berubah secara dinamis dimana dapat menerima atau menolak keterangan baru dan perilaku baru yang ada hubungannya dengan tujuan hidup (Susilo, 2011).

Menurut Grout (1958) Pendidikan Kesehatan adalah upaya menerjemahkan apa yang telah diketahui tentang kesehatan ke dalam perilaku yang diujikan dari perorangan ataupun masyarakat melalui proses pendidikan (Susilo, 2011).

#### 4. Koordinator dan kolaborator

Perawat puskesmas melakukan koordinasi terhadap semua pelayanan kesehatan yang diterima oleh keluarga dari berbagai program, dan

bekerjasama dengan keluarga dalam perencanaan pelayanan keperawatan serta sebagai penghubung dengan institusi pelayanan kesehatan dan sektor terkait lainnya (Depkes RI, 2005).

#### 5. Pelaksana konseling Keperawatan.

English dan English (1958) sebagaimana yang dikutip Willis S. Sofyan (2004) menjelaskan bahwa konseling adalah suatu hubungan antara seorang dengan orang lain dimana seseorang berusaha keras untuk membantu orang lain agar memahami masalah dan dapat memecahkan masalahnya dalam rangka menyesuaikan diri (Mundakir, 2006).

Tujuan konseling adalah pemecahan masalah secara efektif. Konseling yang efektif dapat dilakukan bila didasari adanya hubungan yang positif antara konselor dengan pasien/klien dan kesediaan konselor untuk membantu (Depkes RI, 2005).

Dalam fungsinya sebagai pelaksana konseling, perawat puskesmas membantu pasien/klien untuk mencari pemecahan masalah kesehatan dalam perubahan perilaku yang terjadi dan dihadapi pasien/klien.

Pemberian konseling, dapat dilakukan diklinik puskesmas, Puskesmas pembantu, rumah pasien/klien, Posyandu dan tatanan pelayanan kesehatan lainnya dengan melibatkan individu, keluarga, kelompok, masyarakat. Kegiatan yang dapat dilakukan perawat puskesmas antara lain menyediakan informasi, mendengar secara objektif, memberi dukungan, memberi asuhan dan meyakinkan pasien/klien, menolong pasien/klien mengidentifikasi masalah dan faktor-

faktor yang terkait, memandu klien menggali permasalahan dan memilih pemecahan masalah yang dapat dikerjakan.

6. Panutan atau model peran (*role model*)

Perawat puskesmas sebagai panutan atau *role model*, dimaksudkan bahwa prilakunya sehari-hari dicontoh oleh orang lain. Panutan ini digunakan pada semua tingkatan pencegahan terutama perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS).

Dengan meningkatnya pendidikan dan kompetensi perawat Puskesmas, secara bertahap peran dan fungsi perawat Puskesmas juga dapat ditingkatkan, pada peran fungsi berikutnya yaitu :

7. Pemodifikasi lingkungan.

Perawat puskesmas melakukan kerjasama /konsultasi dengan berbagai pihak terutama tenaga kesehatan lain untuk menciptakan lingkungan yang bersih dan sehat baik disarana kesehatan maupun di keluarga/masyarakat.

8. Konsultan .

Sebagai konsultan perawat kesehatan masyarakat dapat memberi panduan untuk pemecahan masalah keperawatan, peningkatan keterampilan keperawatan dan peningkatan kesehatan.

9. Advokasi.

Advokat adalah Perawat memberi pembelaan kepada klien yang tidak dapat bicara untuk dirinya (Fallen dan Dwi, 2010).



Kegiatan yang dapat dilakukan oleh perawat kesehatan masyarakat antara lain merancang pelayanan kesehatan untuk pasien atau klien yang tidak mampu melakukannya, berperan serta dalam perencanaan guna untuk peningkatan sumber daya masyarakat untuk kesehatan (Depkes, 2006).

#### 10. Manajer kasus.

Sebagai manajer, perawat kesehatan masyarakat menggunakan kemampuan spesifik untuk mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan lain untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan. Kegiatan yang dapat dilakukan antara lain melakukan supervisi terhadap asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien atau klien maupun terhadap anggota tim lainnya, seperti kader kesehatan, anggota keluarga dan lain-lain.

#### 11. Peneliti.

Perawat kesehatan masyarakat seharusnya mampu mengidentifikasi masalah-masalah kesehatan yang ditemukan dan mencari solusi yang terbaik melalui proses penyelidikan yang ilmiah.

Penelitian digunakan untuk menyelidiki topik yang terkait dengan pencegahan tingkat pertama, kedua, ketiga, baik pada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. Kegiatan yang dilakukan antara lain mengajukan penelitian keperawatan, kesehatan masyarakat, pelayanan kesehatan yang terkait dengan praktek keperawatan, menggunakan kriteria yang ditetapkan untuk mengevaluasi hasil-hasil studi, membaca dan mengkritisi laporan penelitian secara teratur, berpartisipasi dalam

penelitian lain seperti epidemiologi, perencanaan kesehatan dan perawat lain.

## 12. Pemimpin dan pembaharu.

Perawat kesehatan masyarakat diharapkan mampu mempengaruhi klien dan pihak lain untuk mencapai tujuan pelayanan yang telah ditetapkan dan berupaya menciptakan pembaharuan. Perawat Puskesmas menggunakan kepemimpinannya untuk mencapai tujuan pelayanan dalam semua tingkat pencegahan. Kegiatan yang dilakukan antara lain memberi masukan proses pengambilan keputusan untuk pasien/klien dan anggota tim lain, menstimulasi minat terhadap promosi kesehatan melalui Asuhan keperawatan pada ketiga tingkat pencegahan, memberikan informasi yang terkait dengan promosi kesehatan kepada pasien/klien dan tenaga kesehatan lain, mendukung program promosi kesehatan (Depkes RI, 2006).

Dalam penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat di puskesmas, diperlukan pengelolaan ditingkat propinsi, kabupaten/Kota maupun ditingkat puskesmas dan diikuti dengan operasionalisasi atau penerapan kegiatan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat di puskesmas. Dalam rangka menjaga mutu kegiatan diatas diperlukan penyeliaan atau supervisi baik yang sifatnya manajerial maupun klinikal/teknis. Penyeliaan ini ditujukan untuk meningkatkan kemampuan keperawatan dan profesionalisme sesuai dengan peran dan fungsinya.

Penelitian tentang *Hubungan kompetensi Perawat Puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan Perkesmas di Kota Pontianak* oleh Tafwidhah, 2010 mengemukakan Ada hubungan antara sikap, keterampilan dan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas tetapi tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas.

Penelitian tentang *Evaluation on implementation Community health Nursing of home care visit in community health center in the Kebamen Regency* oleh Basirun, 2003 mengemukakan bahwa Perkesmas telah dilaksanakan oleh 64 % Puskesmas, kemudian dilakukan pengecekan catatan tentang kegiatan tersebut dan hanya separuhnya yang melakukan pencatatan. Sedangkan untuk kunjungan rumah dilakukan oleh 48,4 % puskesmas. Hal tersebut berarti sudah sesuai dari harapan Dinas Kesehatan kabupaten yang menargetkan 40 % jangkauan pelayanan kesehatan telah dilaksanakan sesuai ketentuan Depkes (1998). Untuk mengurangi kesenjangan tentang pencatatan yang kurang tersebut diperlukan adanya perawat Penyelia (Perawat Koordinator).

Perawat penyelia ada di propinsi dan di kabupaten/kota, yang dimaksud dengan perawat penyelia adalah perawat koordinator di kabupaten/kota. Perawat penyelia Kabupaten/Kota melakukan penyeliaan kepada perawat koordinator perkesmas dan perawat pelaksana di puskesmas. Peran perawat penyelia adalah ; sebagai

koordinator/kolaborator, Fasilitator, pembimbing, advocator, pemimpin, dan motivator (pengembang tim kerja).

Perawat Penyelia adalah Pegawai Negeri Sipil yang diberi tugas, wewenang, dan tanggung jawab oleh pejabat yang berwenang di Dinas Kesehatan Kab/Kota sesuai dengan perannya.

Penyeliaan Perkesmas adalah kegiatan memotivasi, mengarahkan, membimbing, dan mengendalikan tenaga perawat dalam pelaksanaan pelayanan perkesmas dipuskesmas, sehingga meningkatnya mutu pelayanan keperawatan.

Lingkup penyeliaan meliputi ; perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengendalian perkesmas dipuskesmas. Secara rinci lingkup penyeliaan kegiatan perkesmas di puskesmas sebagai berikut :

1. Penyeliaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap individu, keluarga, kelompok, masyarakat diwilayah kerja puskesmas.
2. Penyeliaan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan atau program kesehatan dipuskesmas yang dilakukan oleh perawat.
3. Penyeliaan dalam manajemen kegiatan perkesmas dipuskesmas
4. Penyeliaan dalam penilaian kinerja perawat di puskesmas

Penyeliaan perkesmas dilakukan secara berjenjang dari tingkat propinsi, tingkat kabupaten, dan tingkat puskesmas. Penyelia perkesmas di tingkat propinsi melakukan penyeliaan ke dinas kesehatan kab/kota, penyelia perkesmas kab/kota melakukan penyeliaan ke puskesmas, dan

kordinator perkesmas dipuskesmas melakukan penyeliaan kepada perawat pelaksana di puskesmas.

#### **D. Mutu Pelayanan Kesehatan di Puskesmas**

##### **1. Definisi**

Menurut Saad. dr yang di kutip dari (Joseph M. Juran) Mutu adalah keserasian terhadap harapan pelanggan, cepat, ramah, nyaman. Mutu juga diartikan kepuasan pelanggan internal dan external (K. Ishikawa).

Mutu Pelayanan Kesehatan menurut Depkes adalah Tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang memuaskan pelanggan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata pelanggan, serta diberikan sesuai standar dan etika profesi.

Penelitian sebelumnya tentang *Analisis Hubungan persepsi Mutu pelayanan dengan tingkat kepuasan pasien* Balai Pengobatan (BP) Umum Puskesmas di Kabupaten Tasikmalaya (Dede, 2009) mengatakan Mutu yang baik dikaitkan dengan kesembuhan dari penyakit, peningkatan derajat kesehatan, kecepatan pelayanan, keramahan petugas dan kemudahan prosedur, penampilan dan kerapian petugas sangat memegang peranan penting terhadap mutu pelayanan. Sikap petugas yang ramah, menyenangkan serta berpenampilan rapi akan semakin meningkatkan kepercayaan dan simpati dari pasien. Hal ini tentunya akan meningkatkan sarana pelayanan tersebut lebih kredibel di mata pelanggan.

Untuk mengukur keberhasilan upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas, digunakan indikator yang meliputi indikator masukan (*input*), indikator proses, indikator luaran (*output*) dan indikator dampak.

#### 1. Indikator Masukan (Input)

Indikator masukan, meliputi :

- a. Jumlah perawat Puskesmas sudah mendapat pelatihan teknis Perkesmas serta penatalaksanaan program prioritas.
- b. Jumlah Kit untuk pelaksanaan Perkesmas (PHN Kit) minimal 1 kit untuk setiap desa.
- c. Tersedia sarana transportasi (R-2) untuk kunjungan ke keluarga/kelompok/masyarakat.
- d. Tersedia dana operasional untuk pembinaan/asuhan keperawatan.
- e. Tersedia Standar/Pedoman/SOP pelaksanaan kegiatan Perkesmas.
- f. Tersedia dukungan administrasi (Buku Register, Family Folder, Formulir Askep, Formulir Laporan, dll).
- g. Tersedianya ruangan khusus untuk asuhan keperawatan di Puskesmas.

## 2. Indikator Proses

Indikator proses, meliputi :

- a. Ada Rencana Usulan Kegiatan Perkesmas terintegrasi dengan Rencana Kegiatan Puskesmas.
- b. Ada Rencana Pelaksanaan Kegiatan Perkesmas (POA).
- c. Ada Rencana Asuhan Keperawatan setiap klien (individu, keluarga, kelompok, masyarakat).
- d. Adanya dukungan dan ada kegiatan bimbingan yang dilakukan Kepala Puskesmas.
- e. Ada kegiatan bimbingan teknis Perkesmas oleh Perawat Penyelia Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota ke Puskesmas.
- f. Ada kegiatan koordinasi dengan lintas program terkait petugas kesehatan lain.
- g. Ada laporan tertulis hasil pemantauan dan penilaian dan rencana tindak lanjut.
- h. Ada rencana peningkatan pendidikan/pelatihan perawat secara berkelanjutan.

## 3. Indikator Luaran (output)

Indikator luaran, meliputi :

- a. % suspek/kasus prioritas puskesmas (contoh TB paru) yang ditemukan secara dini.
- b. % pasien kasus yang mendapat pelayanan tindak lanjut keperawatan di rumah.

- c. % keluarga miskin dengan masalah kesehatan yang dibina.
- d. % kelompok khusus dibina (panti, rutan lapas/rumah tahanan dan lembaga pemasyarakatan, dll).
- e. % pasien rawat inap Puskesmas di lakukan asuhan keperawatan
- f. % desa/daerah yang dibina.

Besarnya % setiap puskesmas ditetapkan oleh masing-masing Kabupaten/Kota. Indikator luaran ini merupakan indikator antara, untuk mendukung tercapainya standar pelayanan minimal (SPM) Kabupaten/Kota.

#### 4. Indikator Dampak

Indikator dampak yaitu "keluarga mandiri dalam memenuhi kebutuhan kesehatannya", yang dinilai dengan tingkat kemandirian keluarga. Kemandirian keluarga berorientasi pada lima fungsi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya yaitu :

- a. mampu mengenal masalah kesehatannya.
- b. mampu mengambil keputusan tepat untuk mengatasi kesehatannya.
- c. mampu melakukan tindakan keperawatan untuk anggota keluarga yang memerlukan bantuan keperawatan.
- d. mampu memodifikasi lingkungan sehingga menunjang upaya peningkatan kesehatan.
- e. mampu memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang ada.



## Tingkat kemandirian

Kemandirian keluarga dalam program Perawatan Kesehatan Masyarakat dibagi dalam 4 tingkatan yaitu :

Keluarga Mandiri tingkat I (paling rendah) sampai Keluarga Mandiri tingkat IV (paling tinggi). Kemandirian keluarga dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 2.1. Indikator Dampak Keperawatan Kesehatan Masyarakat Berdasarkan Tingkat Kemandirian Keluarga**

No	Kriteria	Tingkat Kemandirian Keluarga			
		I	II	III	IV
1.	Menerima petugas (Perkesmas)	V	V	V	V
2.	Menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan	V	V	V	V
3.	Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar		V	V	V
4.	Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran		V	V	V
5.	Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran		V	V	V
6.	Melakukan tindakan pencegahan secara aktif			V	V
7.	Melakukan tindakan peningkatan kesehatan ( promotif) secara aktif				V

Sumber : Dir.Bina Pelayanan Keperawatan Depkes RI, 2006

## 2. Mutu Pelayanan berdasarkan Standar pelayanan Minimal

Berdasarkan Peraturan Pemerintah No. 65 tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan SPM serta Permendagri No. 6 tahun 2007 tentang petunjuk Teknis Penyusunan dan penetapan SPM, pemerintah wajib menyusun SPM berdasarkan urusan wajib yang merupakan pelayanan dasar, sebagai bagian dari pelayanan publik. Sedangkan Permendagri No. 79 tahun 2007 selanjutnya mengatur tentang Rencana Pencapaian SPM berdasarkan Analisis kemampuan dan Potensi daerah.

SPM Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota mencakup 4 jenis pelayanan, terdiri dari :

1. Pelayanan Kesehatan Dasar
2. Pelayanan Kesehatan Rujukan
3. Pelayanan epidemiologi dan penanggulangan kejadian luar biasa (KLB)
4. Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat

**Tabel 2.2 Indikator Standar Pelayanan minimal Bidang Kesehatan Di Kabupaten/Kota**

No	Jenis Pelayanan Dasar	Standar Pelayanan Minimal		Batas waktu Pencapaian
		Indikator	Nilai	
I.	Pelayanan Kesehatan Dasar	1. Cakupan kunj. Ibu hamil K4	95%	2015
		2. Cakupan ibu hamil dengan komplikasi yang ditangani	80%	2015
		3. Cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang memiliki kompetensi kebidanan	90%	2015

		4. Cakupan pelayanan ibu nifas 5. Cakupan Neonatal dengan komplikasi yang ditangani 6. Cakupan kunjungan bayi 7. Cakupan Desa/Kelurahan Universal Child Immunization (UCI) 8. Cakupan pelayanan anak balita 9. Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin 10. Cakupan Balita gizi buruk mendapat perawatan 11. Cakupan penjangkaran kesehatan siswa SD dan setingkat 12. Cakupan peserta KB aktif 13. Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit 14. Cakupan pelayanan kesehatan dasar	90% 80% 90% 100% 90% 100% 100% 100% 70% 100% 100%	2015 2010 2010 2010 2010 2010 2010 2010 2010 2015
II.	Pelayanan Kesehatan Rujukan	15. Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin 16. Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yg harus diberikan pd sarana kesehatan (RS) di Kabupaten/Kota	100% 100%	2015 2015
III.	Penyelidikan epidemiologi dan penanggulangan KLB	17. Cakupan Desa/Kelurahan mengalami KLB yg di lakukan penyelidikan Epidemiologi <24 jam	100%	2015
IV	Promosi kesehatan dan pemberdayaan masyarakat	18. Cakupan desa siaga Aktif	80%	2015

Sumber : Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 317/Menkes/SK/V/2009

Dalam rangka penerapan dan pencapaian SPM Bidang Kesehatan secara bertahap diperlukan panduan perencanaan pembiayaan pencapaian SPM bidang kesehatan di Kabupaten/Kota untuk di jadikan acuan bagi pemerintah daerah dengan memperhatikan potensi dan kemampuan daerah

**Tabel 2.3. Indikator Kinerja SPM Dinas Kesehatan Kab. Takalar**

No	Indikator	Target (%)	Realisasi (%)
1	Cakupan kunjungan ibu hamil K4	90	96,19
2	Cakupan kunjungan ibu hamil dengan komplikasi yang ditangani	80	39,14
3	Cakupan pertolongan persalinan oleh bidan atau tenaga kesehatan yg memiliki kompetensi kebidanan	90	96,41
4	Cakupan pelayanan ibu nifas	90	96,41
5	Cakupan Neonatal dengan komplikasi yang di layani	80	14,99
6	Cakupan kunjungan bayi	90	96,85
7	Cakupan desa/kelurahan Universal Child Immunization (UCI)	100	72,3
8	Cakupan pelayanan anak Balita	90	96,85
9	Cakupan pemberian makanan pendamping ASI pada anak usia 6-24 bulan keluarga miskin	100	100
10	Cakupan Balita gizi buruk mendapat perawatan	100	100
11	Cakupan penjarangan siswa SD dan setingkat	100	100
12	Cakupan peserta KB aktif	70	84
13	Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit		
	a. Pneumoni balita	64	87,59
	b. Penemuan penderita paru	70	107
	c. Penderita DBD yang di tangani	100	100
	d. Penemuan penderita diare	98	96
14	Cakupan pelayanan kesehatan Dasar masyarakat miskin	100	0
15	Cakupan pelayanan kesehatan rujukan pasien masyarakat miskin	100	0
16	Cakupan pelayanan gawat darurat level 1 yang harus diberikan di sarana kesehatan	100	0
17	Cakupan desa/kelurahan mengalami kejadian luar biasa	100	100
18	Cakupan desa siaga aktif	80	82,7

Sumber : Laporan Kinerja Dinas Kesehatan Kab. Takalar, 2011

## **E. Karakteristik Perawat**

Perawat dipuskesmas adalah pejabat fungsional perawat yang bertugas dipuskesmas dan berasal dari lulusan pendidikan keperawatan. Kegiatan perawat perkesmas mencakup upaya kesehatan perorangan (UKP) dan upaya kesehatan masyarakat (UKM) yang dilaksanakan baik didalam gedung maupun diluar gedung puskesmas, tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak penuh di berikan oleh pejabat yang berwenang untuk melaksanakan pelayanan keperawatan kesehatan kepada masyarakat (Depkes, 2006). Perawat memiliki karakteristik tertentu yang berhubungan dengan mutu pelayanan di Puskesmas antara lain :

### **1. Usia**

Robbins (2001) menyebutkan bahwa kinerja dapat merosot seiring dengan bertambahnya usia, Namun demikian usia yang lebih tua diimbangi dengan adanya pengalaman. Sopiah (2008) menambah bahwa umur secara empiris terbukti dapat menentukan kemampuan seseorang dalam bekerja termasuk untuk merespon stimulus yang di lancarkan oleh individu atau pihak lain baik dari dalam maupun dari luar organisasi. Penelitian Tafwidhah (2010) tentang Usia menunjukkan bahwa Tidak ada hubungan antara umur perawat dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas.

## 2. Pendidikan

Notoatmojo (2003) menuliskan pendidikan (formal) di dalam suatu organisasi adalah suatu proses pengembangan kemampuan ke arah yang diinginkan oleh organisasi atau proses pengembangan kemampuan ke arah yang diinginkan oleh organisasi yang bersangkutan. Hasibuan (2005) menyebutkan pendidikan merupakan indikator yang mencerminkan kemampuan seseorang dalam menyelesaikan pekerjaannya. Menurut Siagian (1999), Semakin rendah tingkat pendidikan seseorang maka semakin rendah pula tingkat kognitif. Penelitian Tafwidhah (2010) tentang pendidikan perawat menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas di Puskesmas.

Menurut Samila di kutip dari Ngatim (1990), tingkat pendidikan merupakan dasar dalam pengembangan wawasan serta sarana untuk memudahkan bagi seseorang untuk menerima pengetahuan, sikap dan prilaku yang baru. Tingkat pendidikan merupakan dasar pengembangan daya nalar seseorang dan jalan untuk memudahkan seseorang untuk menerima motivasi. Tingkat pendidikan dapat dibedakan sebagai berikut :

- a, Pendidikan formal adalah yang melalui proses belajar yang di atur dan sadar dilakukan sejak tingkat rendah sampai tingkat yang lebih tinggi.
- b. Pendidikan informal adalah pendidikan yang di peroleh seseorang dari pengalaman sehari-hari dengan sadar atau tidak sadar, sejak lahir sampai mati dalam keluarga, pekerjaan dan pengalaman.

- c. Pendidikan non formal adalah pendidikan yang teratur dilakukan tetapi tidak perlu mengikuti aturan yang tetap dan ketat atau pendidikan yang berlangsung dalam masyarakat.

Dapat disimpulkan bahwa pendidikan adalah suatu proses pengembangan kepribadian dan intelektual seseorang secara sadar dan penuh tanggung jawab serta tergantung dengan sasaran pendidikan yang diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan keterampilan.

### **3. Masa kerja**

Robin (2001) mengatakan bahwa terdapat hubungan positif antara senioritas dan produktifitas pekerjaan. Masa kerja yang lebih lama akan menunjukkan pengalaman yang lebih sehingga akan membantu dalam menyelesaikan pekerjaan (Rivai, 2003). Sofiah (2008) menyebutkan bahwa belum ada bukti yang mengarah pada lamanya kerja seseorang dapat meningkatkan produktifitas kerja. Penelitian Tafwidhah (2010) tentang masa kerja menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara masa kerja perawat dan tingkat keterlaksanaan kegiatan Perkesmas.

### **4. Status Kepegawaian**

Menurut Tetty (2012) yang di kutip dari (As'ad, 2003 dalam Kolomboy, 2009) mengatakan menurut beberapa pendapat bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah: kedudukan dalam organisasi, pangkat/golongan, jaminan finansial (sosial). Karyawan atau perawat yang berstatus Pegawai negeri sipil telah memiliki status, pangkat dan golongan yang jelas dalam institusi, memiliki jaminan sosial berupa asuransi

kesehatan serta tunjangan lain diluar gaji pokok sehingga kesejahteraannya terjamin, Hal ini berdampak pada kepuasan dan Kinerja.

### 5. Status Perkawinan

Karyawan yang status perkawinannya sudah menikah memiliki tingkat absensi dan pindah kerja yang lebih rendah serta memiliki kepuasan yang lebih tinggi dibandingkan karyawan yang belum menikah. Sedangkan pendapat lain mengatakan perawat yang sudah menikah memiliki tanggung jawab terhadap keluarga, sehingga mereka termotivasi untuk bekerja lebih baik (Robbins, 2008).

## F. Penelitian Terkait

**Tabel 2.4. Penelitian terkait Pelaksanaan Peran Perawat Perkesmas dan Mutu Pelayanan**

NO	Nama	Judul Penelitian	Hasil
1.	Dede Subekti (2009)	Analisis Hubungan Persepsi Mutu pelayanan dengan tingkat kepuasan pasien Balai Pengobatan Umum (BP) Puskesmas di Kabupaten Tasikmalaya	Ada Hubungan antara persepsi responden terhadap mutu 4 jenis pelayanan (Administrasi, dokter, perawat, obat) dan tidak ada hubungan antara persepsi pasien terhadap mutu dan fasilitas penunjang dgn kepuasan responden
2.	Moh. Basirun Al	Evaluasi dan implementasi	Perkesmas telah di laksanakan oleh 64%



	Umah (2003)	Perawat Perkesmas terhadap kunjungan rumah di Puskesmas Kebumen	Puskesmas, tetapi hanya separuhnya yg melakukan pencatatan dan kunjungan rumah di lakukan 48,48% Puskesmas
3.	Indra Ramli (2006)	Pelaksanaan program perkesmas keluarga miskin di kabupaten Agem	Realisasi pelaksanaan program Perkesmas belum mencapai target sesuai kebijakan program
4.	Hertiana (2008)	Peran perawat Kesehatan Masyarakat di Puskesmas Kabupaten Takalar	Tingkat pencapaian Peran perkesmas di Puskesmas Model sangat baik (100%) dan tingkat pencapaian Peran perkesmas bukan Model masih kurang (28,6%)
5.	Kusrini Kadar (2003)	Peran Perawat Komunitas di Puskesmas Kota Makassar	Perawat masih banyak melaksanakan Peran di luar Peran sebagai Perawat
6.	Yuyun Tafwidhah (2010)	Hubungan kompetensi Perawat Puskesmas dan tingkat keterlaksanaan kegiatan Perkesmas di KotaPontianak	Ada hubungan antara sikap, keterampilan dan kompetensi dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan perkesmas tetapi tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan tingkat keterlaksanaan kegiatan Perkesmas.
7.	Samila (2004)	Analisis Kinerja Petugas Puskesmas Pembantu di dalam meningkatkan Pelayanan Kesehatan masyarakat di Kabupaten Maros	Ada Hubungan antara pendidikan dengan kinerja petugas yang bekerja di puskesmas pembantu daam wilayah kerja Dinas kesehatan kabupaten Maros

## G. Kerangka Teori

Dalam penelitian ini kerangka teori berdasarkan Pedoman Kegiatan Perkesmas tahun 2006 dan Petunjuk Teknis perencanaan pembiayaan SPM bidang kesehatan di Kabupaten/Kota tahun 2009, dapat dilihat gambar berikut :

**Gambar 2.4. Kerangka Teori Penelitian**

