

**KONSEP DASAR ASUHAN  
KEPERAWATAN KOMUNITAS**

**DISUSUN OLEH  
Ns. Nurhayati, M.Kep**

**PRODI DIII KEPERAWATAN RSIJ FKK  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH JAKARTA**

**2011**

Mata ajar keperawatan komunitas membahas tentang teori dan konsep serta ketrampilan spesifik dalam komunitas berupa pengorganisasian komunitas, pendidikan kesehatan di komunitas, pengelolaan program-program khusus masyarakat dan asuhan keperawatan komunitas melalui pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di tatanan yang nyata di masyarakat. Untuk menunjang pembelajaran keperawatan komunitas disusun makalah konsep dasar asuhan keperawatan komunitas. Adapun tujuan makalah konsep dasar asuhan keperawatan komunitas adalah

**Tujuan Umum :** Memberikan gambaran konsep dasar asuhan keperawatan komunitas.

**Tujuan Khusus :**

- a. Menjelaskan Pengertian PHC
- b. Menjelaskan tujuan PHC
- c. Menjelaskan fungsi PHC
- d. Menjelaskan Elemen Kegiatan-Kegiatan PHC
- e. Menjelaskan Lima Prinsip Dasar PHC
- f. Menjelaskan Sasaran PHC
- g. Menjelaskan tanggung jawab PHC
- h. Menjelaskan tiga unsur utama PHC
- i. Menguraikan para digma sehat
- j. Menjelaskan konsep keperawatan komunitas
- k. Menjelaskan Model Keperawatan komunitas
- l. Menjelaskan asuhan keperawatan komunitas
- m. Menjelaskan pendidikan kesehatan (pengertian, tujuan dan sasaran)
- n. Menjelaskan pengorganisasian masyarakat
- o. Menjelaskan peran serta masyarakat

# Konsep Asuhan Keperawatan Komunitas

## A. Pelayanan Kesehatan Utama

### 2. Pengertian

*Primary Health Care* (PHC) adalah pelayanan kesehatan pokok yang berdasarkan kepada metode dan teknologi praktis, ilmiah dan social yang dapat diterima secara umum baik oleh individu maupun keluarga dalam masyarakat (Nasrul Effendy, 1998). PHC merupakan upaya kesehatan primer yang didasarkan kepada metode dan teknologi yang praktis, ilmiah dan dapat diterima secara social, terjangkau oleh semua individu dan keluarga, dalam masyarakat melalui partisipasinya yang penuh, serta dalam batas kemampuan, penyelenggaraan yang dapat disediakan masyarakat dan pemerintah di setiap tahap pembangunan, dalam semangat kemandirian (WHO & UNICEF, 1978).

### 3. Tujuan PHC

#### a. Tujuan umum

Mengidentifikasi kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan yang diselenggarakan, sehingga akan dicapai tingkat kepuasan pada masyarakat yang menerima pelayanan.

#### b. Tujuan khusus

- 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.

#### **4. Fungsi PHC**

- a. Pemeliharaan kesehatan
- b. Pencegahan penyakit
- c. Diagnosis dan pengobatan
- d. Pelayanan tindak lanjut
- e. Pemberian sertifikat

#### **5. Elemen Kegiatan-Kegiatan PHC dapat berupa**

- a. Pendidikan kesehatan
- b. Perbaikan gizi dan makanan
- c. Penyediaan air dan sanitasi
- d. Pemeliharaan kesehatan ibu dan anak
- e. Imunisasi
- f. Pencegahan dan pengawasan penyakit-penyakit endemic
- g. Pengobatan
- h. Penyediaan obat-obatan pokok
- i. Perawatan mata

#### **6. Lima Prinsip Dasar PHC**

- a. Pemerataan upaya kesehatan
- b. Penekanan pada upaya preventif
- c. Menggunakan teknologi tepat guna
- d. Melibatkan peran serta masyarakat
- e. Melibatkan kerjasama lintas sektoral

#### **7. Sasaran**

Individu, keluarga, masyarakat dan pemberi pelayanan kesehatan :

- Keluarga : ibu
- Masyarakat : tokoh dan pemimpin
- Pemberi pelayanan kesehatan : langsung dan tidak langsung melalui pelatihan organisasi kemasyarakatan.

## **8. Tanggungjawab Perawat PHC**

- a. Mendorong partisipasi aktif masyarakat dalam pengembangan dan implementasi pelayanan kesehatan dan program pendidikan kesehatan
- b. Kerjasama dengan masyarakat, keluarga dan individu
- c. Mengajarkan konsep kesehatan dasar dan tehnik asuhan diri sendiri pada masyarakat
- d. Memberikan bimbingan dan dukungan kepada petugas pelayanan kesehatan
- e. Koordinasi kegiatan pengembangan kesehatan masyarakat

## **9. Tiga Unsur Utama**

- a. Mencakup upaya-upaya dasar kesehatan
- b. Melibatkan peran serta masyarakat
- c. Melibatkan kerjasama lintas sektoral

### **B. Paradigma Sehat**

Paradigma sehat merupakan modal pembangunan kesehatan yang dalam jangka panjang akan mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri yaitu kesadaran terhadap pentingnya upaya kesehatan yang bersifat promotif dan preventif (Hartono, 2001). Gambaran kesadaran masyarakat Indonesia di masa depan yang ingin dicapai melalui pembangunan kesehatan dirumuskan sebagai Indonesia sehat 2015 bukan hanya milik pemerintah tapi juga milik masyarakat Indonesia. Hal ini sejalan dengan keyakinan bahwa kesehatan tidak hanya menjadi tanggung jawab pemerintah tetapi juga merupakan tanggung jawab masyarakat yang berperan dalam meningkatkan derajat kesehatan melalui kegiatan promotif, preventif dan kuratif.

Perilaku masyarakat Indonesia sehat 2015 adalah perilaku proaktif untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah terjadinya resiko penyakit, melindungi diri dari ancaman penyakit serta berpartisipasi aktif dalam gerak kesehatan masyarakat. Selanjutnya masyarakat mempunyai kemampuan untuk menjangkau pelayanan kesehatan yang bermutu. Layanan yang tersedia adalah layanan yang berhasil guna dan berdaya guna yang tersebar secara merata di Indonesia. Dengan demikian terwujudnya derajat kesehatan masyarakat

yang optimal yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis (Syafrudin, 2009)

Visi INDONESIA SEHAT 2015, ditetapkan empat misi pembangunan kesehatan sebagai berikut:

- (1) Menggerakkan pembangunan nasional berwawasan kesehatan. Keberhasilan pembangunan kesehatan tidak semata-mata ditentukan oleh hasil kerja keras sektor kesehatan, tetapi sangat dipengaruhi oleh hasil kerja keras serta kontribusi positif berbagai sektor pembangunan lainnya. Untuk optimalisasi hasil kontribusi positif tersebut, harus dapat diupayakan masuknya wawasan kesehatan sebagai asas pokok program pembangunan. Para penanggungjawab program pembangunan harus memasukkan pertimbangan-pertimbangan kesehatan dalam semua kebijakan pembangunannya untuk dapat mewujudkan INDONESIA SEHAT 2015. Program pembangunan yang tidak berkontribusi positif terhadap kesehatan, seyogyanya tidak diselenggarakan. Untuk dapat terlaksananya pembangunan yang berwawasan kesehatan, adalah seluruh tugas yang berelimen dari sistem kesehatan untuk berperan sebagai penggerak utama pembangunan nasional berwawasan.
- (2) Mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat. Kesehatan adalah tanggungjawab bersama dari setiap individu, masyarakat, pemerintah dan swasta. Apapun peran yang dimainkan pemerintah, tanpa kesadaran individu dan masyarakat untuk secara mandiri menjaga kesehatan mereka, hanya sedikit yang dapat dicapai. Perilaku yang sehat dan kemampuan masyarakat untuk memilih dan mendapat pelayanan kesehatan yang bermutu sangat menentukan keberhasilan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, salah satu upaya kesehatan pokok atau misi sektor kesehatan adalah mendorong kemandirian masyarakat untuk hidup sehat.
- (3) Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata, dan terjangkau. Memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau mengandung makna bahwa salah satu tanggungjawab sektor kesehatan adalah menjamin tersedianya pelayanan kesehatan yang bermutu, merata dan terjangkau oleh masyarakat. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan tidak semata-mata berada di tangan

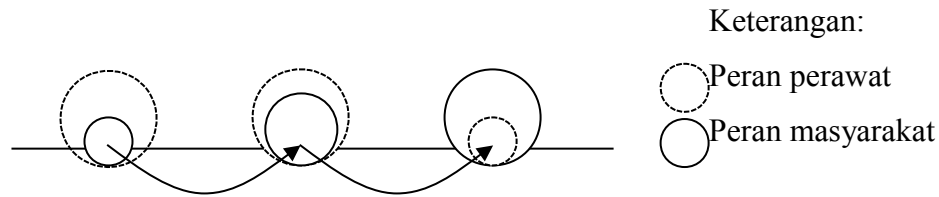
pemerintah, melainkan mengikut sertakan sebesar-besarnya peran aktif segenap anggota masyarakat dan berbagai potensi swasta.

- (4) Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya. Memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat beserta lingkungannya mengandung makna bahwa tugas utama sektor kesehatan adalah memelihara dan meningkatkan kesehatan segenap warga negaranya, yakni setiap individu, keluarga dan masyarakat Indonesia, tanpa meninggalkan upaya menyembuhkan penyakit atau memulihkan kesehatan penderita. Untuk terselenggaranya tugas ini penyelenggaraan upaya kesehatan yang harus diutamakan adalah yang bersifat promotif dan preventif yang didukung oleh upaya kuratif dan rehabilitatif. Agar dapat memelihara dan meningkatkan kesehatan individu, keluarga dan masyarakat diperlukan pula terciptanya lingkungan yang sehat, dan oleh karena itu tugas-tugas penyehatan lingkungan harus pula lebih diprioritaskan. (Syafudin, 2009).

### C. **Konsep Keperawatan Komunitas**

Keperawatan komunitas adalah suatu sintesa ilmu dan praktik kesehatan masyarakat, yang diimplementasikan melalui penggunaan proses keperawatan yang sistematis, dirancang untuk mempromosikan kesehatan dan mencegah penyakit pada kelompok populasi (Clark, 1999). Dimana sebagai pelayanan keperawatan profesional diberikan komprehensif ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang dipengaruhi oleh lingkungan (bio, psiko, sosio, mental dan spiritual) mempengaruhi status kesehatan masyarakat.

Pada praktik keperawatan komunitas itu sendiri rangkaian prosesnya dimulai dari awal tahap pengkajian sampai evaluasi, dimana diharapkan terjadi alih peran sehingga peran perawat yang lebih banyak berangsur-angsur berkurang digantikan meningkatnya kemandirian masyarakat sebagai klien seperti terlihat pada gambar.



**Gambar: 1** lingkaran dinamis proses keperawatan (Depkes RI, 1992, h.20)

Terwujudnya kemandirian masyarakat untuk menyelesaikan masalah kesehatan dapat dicapai dengan pengorganisasian masyarakat karena peran serta masyarakat didalamnya akan meningkat oleh karena itu, dalam proses keperawatan komunitas ada tahap-tahap yang perlu dilaksanakan perawat (Depkes RI, 1993), yaitu:

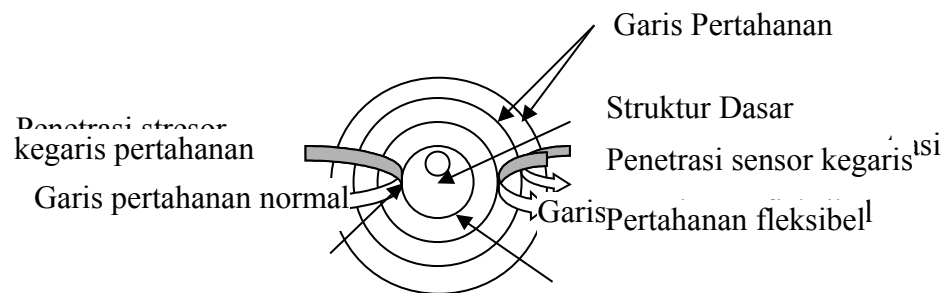
1. Tahap persiapan: Memilih area atau daerah yang menjadi prioritas, menentukan cara untuk berhubungan dengan masyarakat, mempelajari serta bekerjasama dengan masyarakat.
2. Tahap pengorganisasian: persiapan pembentukan kelompok dan penyesuaian pola dalam masyarakat dilanjutkan dengan pemilihan ketua kelompok dan pengurus inti.
3. Tahap pendidikan dan pelatihan kelompok masyarakat: kegiatan pertemuan teratur dengan kelompok masyarakat, melakukan pengkajian, membuat program berdasarkan masalah atau diagnosa keperawatan, melatih kader kesehatan yang akan membina masyarakat dilingkungannya dan pelayanan keperawatan langsung terhadap individu, keluarga dan masyarakat.
4. Tahap formasi kepemimpinan : memberi dukungan latihan dan pengembangan keterampilan kepemimpinan yang meliputi perencanaan, pengorganisasian, pergerakan, dan pengawasan kegiatan pemeliharaan kesehatan.
5. Tahap koordinasi intersektoral: kerjasama dengan sector terkait dalam upaya memandirikan masyarakat.
6. Tahap akhir: supervise bertahap, evaluasi serta umpan balik untuk perbaikan kegiatan kelompok kerja berikutnya.



#### D. **Model Keperawatan Komunitas**

Teori keperawatan berkaitan dengan kesehatan masyarakat menjadi acuan dalam mengembangkan model keperawatan komunitas adalah teori Betty Neuman (1972) dan Model Keperawatan *Community as Partner* (2000). Model Neuman memandang klien sebagai sistem yang terdiri dari berbagai elemen meliputi sebuah struktur dasar, garis kekebalan, garis pertahanan normal dan garis pertahanan fleksibel (Neuman, 1994).

Model intervensi keperawatan yang dikembangkan oleh Betty Neuman melibatkan kemampuan masyarakat untuk bertahan atau beradaptasi terhadap stressor yang masuk kedalam garis pertahanan diri masyarakat. Kondisi kesehatan masyarakat ditentukan oleh kemampuan masyarakat dalam menghadapi stressor. Intervensi keperawatan dilakukan bila masyarakat tidak mampu beradaptasi terhadap stressor yang masuk kedalam garis pertahanan (Clark, 1999).



Dasar pemikiran dalam keperawatan komunitas adalah komunitas adalah sebuah sistem. Pada awalnya Anderson dan McFarlane(1996) menggunakan model "*community as client*". Pada tahun 2000 model disempurnakan menjadi "*community as partner*". Model *community as partner* mempunyai makna sesuai dengan filosofi PHC, yaitu fokus pada pemberdayaan masyarakat. Model tersebut membuktikan ada hubungan yang sinergi dan setara antara perawat dan klien. Pengkajian komunitas mempunyai 2 bagian utama yaitu core dan 8 subsistem.

Pengkajian core/inti adalah core: komunitas, sejarah/riwayat, data demografi, jenis rumah tangga, vital statistik, value, belief, religion dan status pernikahan. Pengkajian 8 subsistem komunitas adalah pengkajian fisik, pelayanan kesehatan

dan sosial, ekonomi, keamanan dan transportasi, politik dan pemerintahan, komunikasi, pendidikan dan rekreasi(Wahit Iqbal Mubarak, 2009).

Model *community as partner* menekankan pada terjadinya stressor yang dapat mengganggu keseimbangan sistem: pertahanan fleksibel, normal dan resisten. Teknik pengumpulan data dalam model tersebut adalah melalui *winshield survey* (pengamatan langsung ke masyarakat dengan berkeliling wilayah dan menggunakan semua panca indra), hasil wawancara, kuesioner dan data sekunder(data statistik, laporan puskesmas, laporan kelurahan dan lain-lain).

#### E. **Asuhan Keperawatan Komunitas**

Pelayanan dalam asuhan keperawatan komunitas sifatnya berkelanjutan dengan pendekatan proses keperawatan sebagai pedoman dalam upaya menyelesaikan masalah kesehatan komunitas. Proses keperawatan komunitas meliputi pengkajian, analisa dan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi:

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian komunitas adalah untuk mengidentifikasi faktor (positif dan negatif) yang berhubungan dengan kesehatan dalam rangka membangun strategi untuk promosi kesehatan. Dimana menurut model Betty Neuman (Anderson and Mc Farlane, 2000) yang dikaji meliputi demografi, populasi, nilai keyakinan dan riwayat kesehatan individu yang dipengaruhi oleh sub system komunitas yang terdiri dari lingkungan fisik, perumahan, pendidikan, keselamatan dan transportasi, politik pemerintahan, kesehatan, pelayanan sosial, komunikasi, ekonomi dan rekreasi. Aspek-aspek tersebut dikaji melalui pengamatan langsung, data statistik, angket dan wawancara.

##### **2. Analisa dan diagnosa keperawatan komunitas**

Data-data yang dihasilkan dari pengkajian kemudian dianalisa seberapa besar stresor yang mengancam masyarakat dan seberapa berat reaksi yang timbul dalam masyarakat tersebut. Kemudian dijadikan dasar dalam pembuatan diagnosa atau masalah keperawatan. Diagnosa keperawatan menurut Muecke (1995) terdiri dari masalah kesehatan, karakteristik populasi dan lingkungan yang dapat bersifat aktual, ancaman dan potensial.

### Prioritas Masalah Komunitas( Ekasari, 2006)

No	Masalah Kesehatan	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L

#### **Keterangan Huruf:**

A= sesuai dengan peran CHN

B= sesuai dengan program pemerintah

C= sesuai dengan intervensi pendidikan kesehatan

D= Risiko terjadi

E= Risiko parah

F= Minat masyarakat

G= kemudahan untuk diatasi

H= tempat

I= dana

J= Waktu

K= fasilitas

L= petugas

#### **Keterangan angka:**

1=Sangat rendah

2= Rendah

3= Cukup

4= Tinggi

5=Sangat tinggi

### **3. Perencanaan**

Perencanaan merupakan tindakan pencegahan primer, sekunder, tersier yang cocok dengan kondisi klien (keluarga, masyarakat) yang sesuai dengan diagnosa yang telah ditetapkan. Proses didalam tahap perencanaan ini meliputi penyusunan, pengurutan masalah berdasarkan diagnosa komunitas sesuai dengan prioritas (penapisan masalah), penetapan tujuan dan sasaran, menetapkan strategi intervensi dan rencana evaluasi.

### **4. Pelaksanaan (Implementasi)**

Pelaksanaan kegiatan komunitas berfokus pada tiga tingkat pencegahan (Anderson dan Mcfarlene, 1985), yaitu:

a. Pencegahan primer

Pencegahan primer adalah pencegahan sebelum sakit atau disfungsi dan diaplikasikan ke populasi sehat pada umumnya, mencakup pada kegiatan kesehatan secara umum dan perlindungan khusus terhadap suatu penyakit. Misalnya, kegiatan penyuluhan gizi, imunisasi, stimulasi dan bimbingan dini dalam kesehatan keluarga.

b. Pencegahan sekunder

Pencegahan sekunder adalah kegiatan yang dilakukan pada saat terjadinya perubahan derajat kesehatan masyarakat dan ditemukannya masalah kesehatan. Pencegahan sekunder ini menekankan pada diagnosa dini dan inervensi yang tepat untuk menghambat proses penyakit atau kelainan sehingga memperpendek waktu sakit dan tingkat keparahan. Misalnya mengkaji dan memberi intervensi segera terhadap tumbuh kembang anak usia bayi sampai balita.

c. Pencegahan tersier

Pencegahan tersier adalah kegiatan yang menekankan pada pengembalian individu pada tingkat fungsinya secara optimal dari ketidakmampuan keluarga. Pencegahan ini dimulai ketika terjadinya kecacatan atau ketidakmampuan yang menetap bertujuan untuk mengembalikan ke fungsi semula dan menghambat proses penyakit.

## **5. Evaluasi**

Evaluasi perbandingan antara status kesehatan klien dengan hasil yang diharapkan. Evaluasi terdiri dari tiga yaitu evaluasi struktur, evaluasi proses dan evaluasi hasil. Tugas dari evaluator adalah melakukan evaluasi, menginterpretasi data sesuai dengan kriteria evaluasi, menggunakan penemuan dari evaluasi untuk membuat keputusan dalam memberikan asuhan keperawatan.

## **F. Pendidikan Kesehatan**

### **1. Pengertian Pendidikan Kesehatan**

Pendidikan kesehatan adalah proses perubahan perilaku yang dinamis yang mana perubahan tersebut bukan sekadar proses transfer materi/teori dari

seseorang ke orang lain dan bukan pula seperangkat prosedur. Akan tetapi, perubahan tersebut terjadi akibat adanya kesadaran dari dalam diri individu, kelompok, dan masyarakat sendiri (Wahit *et al*, 2006).

## 2. **Tujuan (Wahit, 2009)**

Tujuan utama pendidikan kesehatan adalah agar individu mampu untuk:

- a. Menetapkan masalah dan kebutuhan mereka sendiri
- b. Memahami apa yang dapat mereka lakukan terhadap masalah kesehatan yang dihadapi dengan sumber daya yang ada pada mereka ditambah dengan dukungan dari luar,
- c. Memutuskan kegiatan yang paling tepat guna untuk meningkatkan tarafhidup sehat dan kesejahteraan masyarakat.

## 3. **Sasaran pendidikan kesehatan(Wahit, 2009)**

Sasaran pendidikan kesehatan dibagi dalam tiga kelompok, yaitu sebagai berikut:

- a. Sasaran primer (primary target), sasaran langsung pada masyarakat berupa segala upaya pendidikan/ promosi kesehatan.
- b. Sasaran sekunder (secondary target), sasaran ditujukan pada tokoh masyarakat, diharapkan kelompok ini pada umumnya akan memberikan pendidikan kesehatan pada masyarakat di sekitarnya.
- c. Sasaran tersier (tersiery target), sasaran ditujukan pada pembuat keputusan/ penentu kebijakan baik di tingkat pusat maupun di tingkat daerah, diharapkan dengan keputusan dari kelompok ini akan berdampak kepada prilaku kelompok sasaran sekunder yang kemudian pada kelompok primer.

## 4. **Pendidikan kesehatan dalam keperawatan komunitas dan aplikasi penyuluhan kesehatan(Wahit, 2009).**

Kegiatan pendidikan kesehatan yang secara langsung dapat dilakukan oleh perawat komunitas adalah penyuluhan. Untuk dapat melakukan penyuluhan kesehatan dengan baik agar sasaran yang diinginkan dapat tercapai, perawat

kesehatan dalam komunitas perlu dibekali landasan teori (*knowledge*) yang baik, attitude, dan practice yang memadai. Selain itu kemampuan dalam mengorganisasikan masyarakat juga sangat penting sehingga muncul partisipasi aktif dari masyarakat. Pengorganisasian masyarakat adalah suatu proses di mana masyarakat dapat mengidentifikasi kebutuhan-kebutuhan dan menentukan prioritas dari kebutuhan-kebutuhan tersebut dan mengembangkan keyakinan untuk berusaha memenuhi kebutuhan sesuai dengan skala prioritas berdasarkan atas sumber-sumber, baik yang ada di masyarakat sendiri maupun yang berasal dari luar secara gotong royong. Berdasarkan pengertian di atas, ada tiga aspek penting yang terkandung di dalam pengorganisasian masyarakat, yaitu sebagai berikut:

- a. Proses, merupakan proses yang terjadi secara sadar, tetapi mungkin pula tidak. Jika proses disadari, berarti masyarakat menyadari adanya kebutuhan, dalam prosesnya ditemukan unsur-unsur kesulitan. Kesulitan timbul karena adanya kebutuhan, sehingga masyarakat mengambil inisiatif atau prakarsa untuk mengatasi kebutuhan tersebut. Kesulitan terjadi karena dorongan untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan kelompok atau masyarakat. Kesadaran terhadap kebutuhan dan masalah yang dihadapi biasanya ditemukan pada sejumlah orang yang kemudian melakukan upaya menyadarkan masyarakat untuk mengatasinya. Selanjutnya menginstruksikan kepada masyarakat untuk bersama-sama mengatasi kebutuhan tersebut.
- b. Masyarakat, diartikan sebagai kelompok besar yang mempunyai batas-batas geografis, mempunyai kebutuhan bersama yang lebih besar daripada kelompok kecil. Kelompok kecil yang menyadari masalah harus dapat menyadarkan kelompok yang lebih besar dan secara bersama-sama mencoba untuk mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhannya.
- c. Memfungsikan masyarakat. Untuk dapat memfungsikan masyarakat, maka harus dilakukan langkah-langkah sebagai berikut:
  - 1) Menarik orang-orang yang mempunyai inisiatif dan dapat bekerja untuk membentuk kepanitiaan yang akan menangani masalah-masalah yang berhubungan dengan masyarakat.

- 2) Menyusun rencana kerja yang dapat diterima dan dilaksanakan oleh keseluruhan masyarakat.
- 3) Melakukan upaya penyebaran rencana agar masyarakat dapat menyebarkan rencana tersebut.

## 5. Pendekatan (Wahit, 2009)

Terdapat tiga cara yang dapat digunakan untuk melakukan pendekatan pada masyarakat, antara lain sebagai berikut:

### a. *Specific Content Objective Approach*

Adalah pendekatan baik perorangan (promotor kesehatan desa), lembaga swadaya, atau badan tertentu yang merasakan adanya masalah kesehatan dan kebutuhan dari masyarakat akan pelayanan kesehatan mengajukan suatu proposal atau proposal atau program kepada instansi yang berwenang untuk mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan masyarakat tersebut. Misalnya program penanggulangan masalah kesehatan, penanganan sampah, pencemaran lingkungan dan sebagainya.

### b. *General Content Objective Approach*

Adalah pendekatan yang mengoordinasikan berbagai upaya dalam bidang kesehatan dalam suatu wadah tertentu. Misalnya program posyandu yang melaksanakan lima sampai tujuh upaya kesehatan yang dijalankan sekaligus seperti KIA, KB, gizi, imunisasi, penanggulangan diare, penyediaan air bersih, dan penyediaan obat-obat esensial.

### c. *Proses Objective Approach*

Adalah pendekatan yang lebih menekankan kepada proses yang dilaksanakan oleh masyarakat sebagai pengambil prakarsa, mulai dari mengidentifikasi masalah, analisis, menyusun perencanaan penanggulangan masalah, pelaksanaan kegiatan sampai dengan penilaian dan pengembangan kegiatan, di mana masyarakat sendiri yang mengembangkan kemampuannya sesuai dengan kapasitas yang mereka miliki. Hal yang dipentingkan dalam pendekatan ini adalah partisipasi masyarakat atau peran serta masyarakat dalam pengembangan kegiatan.

## G. **Pengorganisasian Masyarakat (Wahit, 2009)**

### 1. **Model pengorganisasian masyarakat**

Ada tiga model pengorganisasian masyarakat, yaitu sebagai berikut:

#### a. *Locality development*

Model ini lebih menekankan peran serta seluruh masyarakat untuk mandiri. Prinsipnya adalah keterlibatan langsung masyarakat, melayani sendiri, membantu diri sendiri dalam penyelesaian masalah dan mengembangkan keterampilan individu/kelompok dalam proses pemecahan masalah. Peran perawat dalam model ini adalah pendukung, fasilitator dan pendidik (guru)

#### b. *Social planning*

Model ini lebih menekankan pada perencanaan para ahli dan menggunakan birokrasi. Keputusan komunitas didasarkan pada fakta/data yang dikumpulkan, kemudian dibuat keputusan secara rasional. Penekanan pada penyelesaian masalah bukan proses-pengambilan keputusan harus cepat dan berorientasi pada tujuan/ hasil. Model ini menggunakan pendekatan langsung/perintah dalam rangka untuk merubah masyarakat, dengan penekanan pada perencanaan. Peran perawat dalam model ini adalah fasilitator, pengumpul fakta/data, serta menganalisis serta melaksanakan program implementasi.

#### c. *Sosial action*

Model ini lebih fokus pada korban. Fokus pada model ini adalah mengubah komunitas pada polarisasi/pemusatan isu yang ada di komunitas dengan menggunakan konflik/konfrontasi antara penduduk dan pengambil keputusan/kebijakan. Penekanan pada proses atau tujuan. Fokus utamanya mentransfer kekuatan pada tingkat kelompok. Peran perawat sebagai aktivis, penggerak dan negosiator.

### 2. **Tahap-tahap pengorganisasian masyarakat**

#### a. **Persiapan sosial**

Dalam praktik perawatan kesehatan, tujuan persiapan sosial adalah meningkatkan partisipasi atau peran serta masyarakat sejak awal kegiatan sampai dengan perencanaan program, pelaksanaan kegiatan,



dan pengembangan program praktik keperawatan kesehatan masyarakat. Ada dua pendekatan dalam partisipasi masyarakat yaitu:

- 1) Pendidikan partisipasi
- 2) Pendidikan langsung(perintah)

Dalam tahap persiapan sosial ada tiga kegiatan yang harus dilakukan, antara lain sebagai berikut:

- 1) Pengenalan masyarakat
- 2) Pengenalan masalah
- 3) Penyadaran masyarakat. Tujuan tahap ini adalah menyadarkan masyarakat agar mereka:
  - a) Menyadari masalah-masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi
  - b) Secara sadar mereka ikut berpartisipasi dalam kegiatan penanggulangan masalah kesehatan dan keperawatan yang mereka hadapi
  - c) Tahu cara memenuhi kebutuhan upaya pelayanan kesehatan dan keperawatan sesuai dengan potensi dan sumber daya yang ada pada mereka.

b. Pelaksanaan

Setelah rencana penanggulangan masyarakat disusun dalam mini lokakarya atau musyawarah masyarakat desa, maka langkah selanjutnya adalah melaksanakan kegiatan sesuai dengan perencanaan yang telah disusun. Beberapa hal yang harus dipertimbangkan dalam melaksanakan kegiatan penanggulangan masalah kesehatan masyarakat adalah:

- 1) Pilihlah kegiatan yang dapat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat
- 2) Libatkan peran serta masyarakat secara aktif dalam upaya penanggulangan masalah
- 3) Kegiatan disesuaikan dengan kemampuan, waktu dan sumber daya yang ada dalam masyarakat
- 4) Tumbuhkan rasa percaya diri masyarakat bahwa mereka mempunyai kemampuan dalam penanggulangan masalah.

Dalam tahap ini salah satu kegiatan yang dapat dilakukan adalah penyuluhan kesehatan untuk menanggulangi masalah sesuai dengan skala prioritas masalah.

c. Evaluasi

Penilaian dapat dilakukan setelah pelaksanaan dijalankan dalam jangka waktu tertentu. Penilaian dapat dilakukan dalam dua cara yaitu:

- 1) Selama kegiatan berlangsung (penilaian formatif), penilaian ini dilakukan untuk melihat apakah pelaksanaan kegiatan dijalankan sesuai perencanaan penganggulangan masalah yang disusun. Penilaian ini dapat juga dikatakan monitoring, sehingga dapat diketahui perkembangan hasil yang akan dicapai.
- 2) Setelah program selesai dilaksanakan (penilaian somatif), penilaian ini dilakukan setelah melalui jangka waktu tertentu dari kegiatan yang dilakukan. Penilaian ini disebut juga penilaian akhir program, sehingga dapat diketahui apakah tujuan atau target dalam pelayanan kesehatan dan keperawatan telah dicapai atau belum.

d. Perluasan

Perluasan merupakan pengembangan dari kegiatan yang akan dilakukan. Perluasan dapat dilakukan dengan dua cara:

- 1) Perluasan kuantitatif, yaitu perluasan dengan menambah jumlah kegiatan yang akan dilakukan, apakah pada wilayah setempat atau di wilayah lainnya sesuai dengan kebutuhan masyarakat.
- 2) Perluasan kualitatif, yaitu perluasan dengan meningkatkan mutu atau kualitas kegiatan yang telah dilaksanakan, sehingga dapat meningkatkan kepuasan dari masyarakat yang dilayani.

## **H. Pengembangan Peran Serta Masyarakat Melalui Kelompok Kerja Kesehatan**

### **1. Kelompok kerja kesehatan(Pokjakes)**

Pokjakes adalah suatu wadah yang dibentuk oleh masyarakat secara bergotong royong dengan kekuatan sendiri untuk:

- a. Menolong diri mereka sendiri dalam mengenal dan memecahkan masalah atau kebutuhan kesehatan dan kesejahteraan
- b. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk memelihara kehidupan yang sehat dan sejahtera.
- c. Mengajak masyarakat berperan serta dalam pembangunan kesehatan diwilayah RW/RT

### **2. Kader Pembangunan bidang kesehatan**

#### a. Pengertian

Kader pembangunan kesehatan adalah tenaga sukarela, dipilih, dipercaya, dan berasal dari masyarakat setempat, telah mengikuti latihan kader pembangunan di bidang kesehatan, sebagai pelaksana, pemelihara, dan pengembang kegiatan yang ada di masyarakat dalam upaya pembangunan kesehatan dan kesejahteraan.

#### b. Syarat-syarat kader

Syarat-syarat yang harus dimiliki oleh seorang kader pembangunan di bidang kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Bertempat tinggal di wilayah RT/RW yang bersangkutan
- 2) Mempunyai cukup waktu untuk melaksanakan tugas sebagai kader
- 3) Mempunyai penghasilan keluarga yang tetap
- 4) Mau bekerja secara sukarela
- 5) Bisa membaca dan menulis
- 6) Dapat diterima oleh masyarakat setempat

#### c. Fungsi kader

- 1) Penyuluhan kesehatan di wilayah RT/RW nya
- 2) Perencana kegiatan Pokjakes bersama masyarakat
- 3) Pelaksana kegiatan Pokjakes bersama masyarakat

- 4) Pembina dalam pemeliharaan kegiatan Pokjakes
  - 5) Pelopor kegiatan-kegiatan di masyarakat yang berkaitan dengan pembangunan
- d. Tugas pokok kader
- 1) Mengadakan pendekatan sosial
  - 2) Melakukan survei mawas diri
  - 3) Mengadakan musyawarat masyarakat di lingkungan RT/RW
  - 4) Membantu pelaksanaan pelatihan kader pembangunan bidang kesehatan
  - 5) Mengadakan kegiatan pelayanan kesehatan di posyandu dan di luar posyandu
  - 6) Menjalin hubungan kerja sama yang baik dengan dinas/ instansi dan lembaga swadaya masyarakat dalam rangka pembinaan pokjakes
  - 7) Mengembangkan program-program lain di luar bidang kesehatan yang mendukung peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat seperti dana sehat, kios koperasi, pusat-pusat pelayanan kesehatan, kesehatan kerja dan kesehatan sekolah.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ekasari, Mia Fatmawati. (2006). *Panduan pengalaman belajar lapangan keperawatan keluarga, keperawatan gerontik, keperawatan komunitas*. Jakarta: EGC
- Hidayat, A. Aziz Alimul. (2009). *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Mubarak, Wahit Iqbal. (2009). *Pengantar keperawatan komunitas 1*. Jakarta: Sagung Seto
- Mubarak, Wahit Iqbal. (2009). *Ilmu keperawatan komunitas pengantar dan teori buku 1*. Jakarta: Salemba Medika
- Mubarak, Wahit Iqbal. (2009). *Ilmu keperawatan komunitas pengantar dan teori buku 2*. Jakarta: Salemba Medika
- Mubarak, Wahit Iqbal. (2009). *Ilmu keperawatan masyarakat: teori dan aplikasi*. Jakarta: Salemba Medika