

Skripsi

**GAMBARAN FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS DI
PUSKESMAS KOTA MAKASSAR**

*Skripsi ini dibuat dan diajukan untuk memenuhi salah satu syarat untuk mendapatkan gelar
Sarjana Keperawatan (S.Kep)*



Oleh:

**NUR AYUANA ANDINI
C12114045**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2018**

Halaman Persetujuan Skripsi

**GAMBARAN FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN ASUHAN
KEPERAWATAN KOMUNITAS DI PUSKESMAS KOTA MAKASSAR**

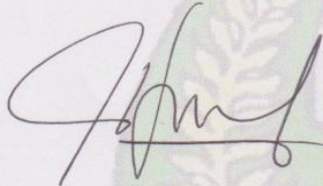
Oleh :

NUR AYUANA ANDINI
C121 14 045

Disetujui untuk diseminarkan

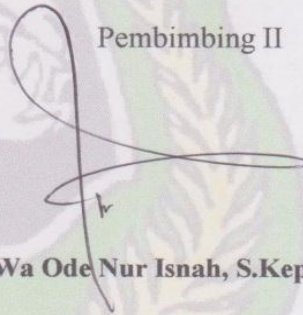
Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Nuurhidayat Jafar, S.Kep., Ns., M.Kep

Pembimbing II



Wa Ode Nur Isnah, S.Kep., Ns., M.Kes

Mengetahui,
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP. 19680421 200112 2 002

**GAMBARAN FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN ASUHAN
KEPERAWATAN KOMUNITAS DI PUSKESMAS KOTA MAKASSAR**

Telah dipertahankan dihadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada

Hari/Tgl : Kamis, 31 Mei 2018

Pukul : 10:00 s/d 11:30 WITA

Tempat : Ruang GA 403 (A)

Oleh:

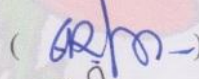
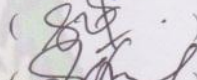
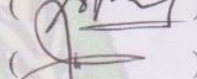

NUR AYUANA ANDINI

C 121 14 045

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Penguji I	: Arnis Puspitha R, S.Kep., Ns., M.Kes	()
Penguji II	: Nurfadhilah, S.Kep., Ns., MN	()
Penguji III	: Nuurhidayat Jafar, S.Kep.,Ns.,M.Kep	()
Penguji IV	: Wa Ode Nur Isnah, S.Kep.,Ns.,M.Kes	()

Mengetahui,

**Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**



Dr. Arifianto Saleh, S. Kp., M.Si

NIP. 19680421 200112 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Nur Ayuana Andini

Nomor mahasiswa : C 121 14 045

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi 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 skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia bertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian, pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, Agustus 2018

Yang membuat pernyataan,



(Nur Ayuana Andini)

KATA PENGANTAR



Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh,

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat, hidayah, dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di Puskesmas Kota Makassar” yang merupakan persyaratan akademis guna memperoleh gelar sarjana keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, Makassar.

Dalam menyelesaikan skripsi ini, penulis menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari kesempurnaan untuk itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun sebagai bahan masukan bagi peneliti. Penyusunan skripsi ini tentunya banyak memiliki hambatan dan kesulitan sejak awal hingga akhir penyusunan skripsi ini. Namun berkat bimbingan, bantuan, dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya hambatan dan kesulitan yang dihadapi peneliti dapat diatasi. Pada kesempatan ini perkenankanlah saya menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang senantiasa selalu mengusahakan dalam membangun serta memberikan fasilitas terbaik di Universitas Hasanuddin.

2. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Bapak Nuurhidayat Jafar, S.Kep., Ns., M.Kep selaku pembimbing satu dan Ibu Wa Ode Nur Isnah, S.Kep., Ns., M.Kes yang selalu sabar dan senantiasa memberikan masukan dan arahan-arahan dalam penyempurnaan naskah skripsi ini.
4. Ibu Arnis Puspitha R, S.Kep., Ns., M.Kes dan Ibu Nurfadhilah, S.Kep., Ns., MN selaku tim penguji yang akan menyempurnakan hasil ujian skripsi ini.
5. Ibu Titi Iswanti Afelya, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB selaku dosen pembimbing akademik yang senantiasa memberikan dukungan, masukan, saran, dan doa selama proses penelitian ini berlangsung.
6. Seluruh dosen, staf akademik, dan staf perpustakaan Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin yang banyak membantu penulis selama proses perkuliahan dan penyusunan skripsi ini.
7. Kedua orang tua saya Satriadi dan Sri Yanti Ishak yang senantiasa memberikan dukungan, doa, nasehat dan bimbingan yang tak pernah henti kepada peneliti.
8. Adik saya Alif Refa Andana, Raudya Putri Herdiyani, dan Nurul Ghina Zahra yang senantiasa memberikan semangat, dukungan dan doa demi kelangsungan penelitian ini.
9. Keluarga besar saya Hj. Amna Latief, Herlina Ishak, Drs. Djumadi, dan Hj. Rosmiyati yang selalu mendoakan, memberikan motivasi, dan dorongan untuk menyelesaikan skripsi ini.

10. Kepada partner saya Rolan Ismail yang selalu memberikan dukungan, semangat dan doa serta selalu mendengarkan segala cerita maupun keluhan saya dalam penyusunan naskah skripsi ini.
11. Kepada teman seperjuangan saya Rezky dan Wulan yang senantiasa memberikan dukungan, doa, dan semangat serta selalu membantu dan mendengarkan segala keluhan peneliti dalam penyusunan skripsi penelitian ini.
12. Kepada sahabat-sahabat saya (Rima Marali, Dwi Utami, Dwi Utari dan Andi Pramesti) yang selalu memberikan semangat dalam penyusunan naskah skripsi ini.
13. Kepada teman-teman “Cranial” Ners A angkatan 2014 terutama Anesia Anggun Kinanti, Indah Gita Cahyani, Fadhilatul Mar’ah, Swastika Fadia Amalina, Yulinar Syam, Andi Suriani, Rismawati Samad, Velicia M.V.G Tjen, Ayu Lestari, Risma, dan Nurmiyanti Nur yang senantiasa memberikan masukan, dan dukungan dalam menyelesaikan penelitian ini.
14. Kepada sahabat-sahabat saya di Gorontalo terutama Sri Buhungo yang senantiasa memberikan dukungan, doa, semangat, serta selalu mendengarkan segala keluhan peneliti.
15. Kepada teman-teman KKN-PK Angkatan 56 Unhas Desa Tamaona yang telah memberikan dukungan dan doa kepada saya.
16. Seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan namanya yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan skripsi ini.

Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberikan, penulis tentunya tidak dapat memberikan balasan yang setimpal kecuali doa semoga Allah SWT senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada Hamba-Nya yang senantiasa membantu sesamanya .

Akhirnya, dengan segala kerendahan hati peneliti menyadari bahwa peneliti hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penyusunan skripsi ini, karena sesungguhnya kesempurnaan hanya milik Allah SWT. Oleh karena itu, peneliti senantiasa mengharapkan masukan yang konstruktif sehingga peneliti dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makassar, Agustus 2018

Nur Ayuana Andini

ABSTRAK

Nur Ayuana Andini. C12114045. **GAMBARAN FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN KOMUNITAS DI PUSKESMAS KOTA MAKASSAR**, dibimbing oleh Nuurhidayat Jafar, S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Wa Ode Nur Isnah, S.Kep.,Ns.,M.Kes (xvii + 148 halaman + 19 tabel + 2 bagan + 10 lampiran)

Latar Belakang: Asuhan keperawatan komunitas adalah proses keperawatan yang dilakukan mulai dari pengkajian, penyusunan diagnosa, rencana tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan hingga pendokumentasian pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas. Namun, pada kenyataannya masih banyak perawat di puskesmas yang tidak melaksanakan beberapa tahapan dari proses keperawatan komunitas tersebut yang disebabkan oleh beberapa faktor.

Tujuan: Untuk mengetahui gambaran faktor yang mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di Puskesmas Kota Makassar.

Metode: Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan pendekatan *deskriptif kuantitatif*. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner dan studi dokumentasi pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar. Sampel pada penelitian ini berjumlah 95 responden.

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden di 31 Puskesmas Kota Makassar telah melaksanakan asuhan keperawatan komunitas (77,9%), ketersediaan *budgeting* di puskesmas sudah optimal (51,6%), mendapatkan pengakuan/penghargaan (85,3%), memiliki beban kerja yang sesuai dengan tupoksi (60%), ketersediaan sarana dan prasarana di puskesmas sudah optimal (65,3%), pengetahuan responden tentang aspek komunitas sudah baik (65,3%), pelaksanaan kerja tim di puskesmas sudah optimal (72,6%)

Kesimpulan dan saran: Penelitian ini memperlihatkan bahwa responden di 31 Puskesmas Kota Makassar telah melaksanakan asuhan keperawatan komunitas menurut persepsinya, dan memiliki beban kerja yang sesuai dengan tupoksi perawat namun berat sehingga mempengaruhi mereka dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas. Diharapkan penelitian selanjutnya menggunakan metode wawancara mendalam di setiap faktor - faktor yang ada. Disarankan kepada puskesmas untuk memberikan pelatihan tentang perawatan kesehatan masyarakat dan asuhan keperawatan komunitas.

Kata Kunci : Pelaksanaan Asuhan Keperawatan, *Budgeting*, Pengakuan/Penghargaan, Beban Kerja, Sarana dan Prasarana, Pengetahuan, Kerja Tim, Asuhan Keperawatan, Komunitas, Puskesmas

Sumber Literatur : 46 kepustakaan (2004-2018)

ABSTRACT

Nur Ayuana Andini. C12114045. **A PICTURE OF FACTORS INFLUENCING IN THE IMPLEMENTATION OF COMMUNITY HEALTH NURSING IN HEALTH CARE CENTERS MAKASSAR CITY**, supervised by Nuurhidayat Jafar, S.Kep., Ns., M.Kep and Wa Ode Nur Isnah, S.Kep., Ns., M.Kes (xvii + 148 pages + 19 tables + 2 charts + 10 attachments)

Background: Community nursing care is a nursing process conducted from assessing, diagnosing, planning, implementing evaluating and documenting the implementation of community health nursing care. However, in reality there are still many nurses at primary health care center who do not implement several stages of the community nursing process caused by several factors.

Objective: To know the description of factors influence implementing the community health nursing care in health care centers Makassar city.

Methods: This research is quantitative research with quantitative descriptive approach. The data were collected by using questionnaires and documentation study of the implementation of community health nursing care in 31 health care centers Makassar city. The total sample in this study is 95 respondents.

Results: The results showed that respondents in 31 health care centers Makassar city had performed community nursing health care (77.9%), availability of budgeting at health care centers was optimal (51.6%), received recognition / award (85.3%), has a workload that matches the main duty and function (60%), the availability of facilities and infrastructure at the health care centers is optimal (65.3%), the knowledge of respondents about community health nursing care is good (65.3%), the implementation of team work at health care centers is optimal (72.6 %)

Conclusions and Recommendations: This study shows that respondents in 31 health care centers Makassar city have implemented community nursing health care according to their perception, and has a workload that is in accordance with the nurse's duties and responsibilities, thus affecting them in carrying out community health nursing care. The next research is expected to use in-depth interview method in each factors. It is recommended to the health care centers to provide training on community health care and community health nursing care.

Keywords: Performed Community Nursing Health Care, Budgeting, Recognition/Award, Workload, Facilities and Infrastructure, Knowledge, Team Work, Nursing Care, Community, Health Care Centers

Sources of Literature: 46 literature (2004-2018)

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMBUNG.....	i
HALAMAN PENGANTAR.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR TABEL.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	8
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	10
A. Tinjauan Umum tentang Komunitas.....	10
B. Tinjauan Umum tentang Asuhan Keperawatan Komunitas.....	28
BAB III KERANGKA KONSEP	52
A. Kerangka Konsep.....	52
BAB IV	54
METODE PENELITIAN.....	54
A. Rancangan Penelitian.....	54
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	54
C. Populasi dan Sampel	55
D. Alur Penelitian	59
Bagan 4.1 Alur Penelitian	59

E. Variabel Penelitian.....	60
F. Instrumen Penelitian	64
G. Uji Validitas dan Reabilitas	66
H. Pengolahan dan Analisa Data	68
I. Etika Penelitian	69
BAB V	72
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	72
A. Hasil Penelitian	72
B. Pembahasan.....	82
C. Keterbatasan Penelitian	100
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	102
A. Kesimpulan	102
B. Saran	103
DAFTAR PUSTAKA	104
<i>Lampiran 1</i>	109
<i>Lampiran 2</i>	111
<i>Lampiran 3</i>	112
<i>Lampiran 4</i>	113
<i>Lampiran 5</i>	124
<i>Lampiran 6</i>	126
<i>Lampiran 7</i>	129
<i>Lampiran 8</i>	139
<i>Lampiran 9</i>	146
<i>Lampiran 10</i>	147

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konsep.....	52
Bagan 4.1 Alur Penelitian	59

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Prioritas Masalah Kesehatan.....	34
Tabel 4.1	Jumlah Sampel tiap Puskesmas.....	57
Tabel 5.1	Daftar Puskesmas Kota Makassar yang di teliti serta jumlah respondennya	73
Tabel 5.2	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Masa Kerja di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	74
Tabel 5.3	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, dan Pekerjaan di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	74
Tabel 5.4	Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	75
Tabel 5.5	Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas menurut Persepsi Responden di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	75
Tabel 5.6	Distribusi Frekuensi Pelaksanaan <i>Budgetting</i> dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	76
Tabel 5.7	Distribusi Frekuensi <i>Budgetting</i> dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	76
Tabel 5.8	Distribusi Frekuensi Sumber Dana dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	77

Tabel 5.9	Distribusi Frekuensi Pengakuan/Penghargaan Responden dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	77
Tabel 5.10	Distribusi Frekuensi Jenis Pengakuan/Penghargaan yang didapatkan Responden dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)	78
Tabel 5.11	Distribusi Frekuensi Beban Kerja dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	79
Tabel 5.12	Distribusi Frekuensi Ketersediaan Sarana dan Prasarana dari Puskesmas untuk Responden dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	79
Tabel 5.13	Distribusi Frekuensi Jenis Sarana dan Prasarana dari Puskesmas untuk Responden dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)	80
Tabel 5.14	Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden tentang Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	80
Tabel 5.15	Distribusi Frekuensi Jawaban Responden tentang Pengetahuan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	81
Tabel 5.16	Distribusi Frekuensi <i>Teamwork</i> dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	81

Tabel 5.17	Distribusi Frekuensi Responden Menerapkan <i>Teamwork</i> dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95).....	82
------------	---	----

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 PENJELASAN UNTUK RESPONDEN
- Lampiran 2 *INFORMED CONSENT*
- Lampiran 3 DATA UMUM PUSKESMAS
- Lampiran 4 KUISIONER (INSTRUMEN PENELITIAN)
- Lampiran 5 PENILAIAN PENDOKUMENTASIAN ASKEP KOMUNITAS
- Lampiran 6 FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KOMUNITAS
- Lampiran 7 HASIL ANALISIS SPSS
- Lampiran 8 DAFTAR ALASAN RESPONDEN BERDASARKAN KUESIONER PENELITIAN
- Lampiran 9 SURAT REKOMENDASI ETIK PENELITIAN
- Lampiran 10 SURAT IZIN PENELITIAN

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan kesehatan merupakan salah satu pelayanan di bidang kesehatan yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat dan saat ini sangat menjadi perhatian masyarakat luas. Perhatian mereka tidak saja pada aspek kuantitas, tetapi sekarang ini menyangkut aspek kualitas pelayanan kesehatan itu sendiri. Pelayanan kesehatan tersebut diberikan oleh tenaga kesehatan profesional yang diharapkan mampu memberikan pelayanan yang dibutuhkan oleh masyarakat kapan pun dan dimana pun. Tenaga kesehatan atau *health professional* tersebut misalnya tenaga keperawatan, kebidanan, kedokteran, kesehatan masyarakat, dan tenaga kesehatan lainnya. Salah satu topik yang masih hangat dibicarakan dan terus dikembangkan adalah tenaga keperawatan, salah satu bidang atau areanya adalah keperawatan kesehatan masyarakat atau keperawatan kesehatan komunitas (Swarjana, 2016).

Salah satu contoh pelaksanaan keperawatan kesehatan komunitas di luar negeri yaitu *Community and Primary Health Care (C & PHC)* yang merupakan bagian dari *Australian College of Nursing* menerapkan model sosial pelayanan kesehatan yang membahas kebutuhan kesehatan individu dan masyarakat sambil mempertimbangkan faktor-faktor sosial, ekonomi, dan lingkungan kesehatan. Secara garis besar hal-hal yang dilaksanakan oleh C & PHC yaitu memberikan promosi kesehatan dan kegiatan pencegahan penyakit pada lansia di Australia seperti pencegahan penuaan aktif,

pencegahan cedera dan imunisasi, perbaikan sosial dan kesehatan untuk anak, mendidik orang tua tentang perkembangan anak, memantau tanda-tanda distress pada keluarga yang disebabkan oleh depresi pasca melahirkan atau kekerasan dalam rumah tangga, memberikan pelayanan kepada masyarakat yang terpinggirkan, memberikan pendidikan kesehatan, penilaian kesehatan, dan perawatan klinis pada tunawisma, dan sebagainya. Model layanan keperawatan yang dilakukan oleh C & PHC lebih berfokus ke promosi kesehatan dan pencegahan penyakit penuaan aktif (Australian College of Nursing, 2015).

Keperawatan kesehatan komunitas merupakan salah satu bidang yang sangat strategis dan berperan aktif dalam meningkatkan status kesehatan masyarakat. Namun faktanya perawat kesehatan komunitas yang ada di Indonesia, khususnya yang ada di Puskesmas, tidak banyak melaksanakan tugas profesi tersebut dengan berbagai macam alasan dan permasalahan. Mereka menyadari bahwa mereka adalah perawat yang memiliki kecakapan di bidangnya akan tetapi tidak melaksanakannya (Swarjana, 2016). *World Health Organization* (WHO) 2009 yang dikutip oleh Swarjana (2016) mengatakan bahwa, 60-80% pelayanan kesehatan di dunia diberikan oleh perawat, sementara itu di Afrika hampir 85% pelayanan kesehatan diberikan oleh perawat. Oleh karena itu, pemahaman dan kemampuan untuk mengaplikasikan keperawatan kesehatan komunitas menjadi suatu hal yang sangat dibutuhkan.

Salah satu peran penting keperawatan kesehatan komunitas adalah pemberian asuhan keperawatan (askep) komunitas secara langsung sesuai dengan kebutuhan komunitas tersebut (Kholifah & Widagdo, 2016). Askep komunitas merupakan pusat dari segala tindakan keperawatan dari praktek keperawatan dan merupakan aplikasi dari segala tindakan dan kerangka kerja dari referensi, konsep dan teori keperawatan komunitas. Fokus dari proses askep komunitas yaitu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal. Proses keperawatan komunitas merupakan metode asuhan keperawatan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontinyu, dan berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan klien, keluarga, kelompok serta masyarakat melalui langkah-langkah seperti pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Wahyudi, 2010).

Data yang menggambarkan penerapan askep komunitas di Sulawesi Selatan khususnya di Makassar yang memiliki 46 Puskesmas tidak tersedia dalam bentuk apapun bahkan di Dinas Kesehatan Makassar sendiri tidak tersedia (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2016). Hasil wawancara pada saat studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada tanggal 4 Oktober s/d 9 Oktober 2017 dengan perawat kesehatan masyarakat di lima puskesmas yang dipilih secara acak bahwa asuhan keperawatan komunitas di puskesmas tersebut tidak berjalan optimal dengan alasan kurang tenaga perawat, kurang kerjasama tim, serta program kerja yang terlalu banyak sehingga askep tidak berjalan dan pendokumentasian askep pun tidak

dilakukan. Salah satu puskesmas mengatakan bahwa pendokumentasian askep tidak dilakukan karena belum pernah disosialisasikan sebelumnya tentang pendokumentasian askep komunitas dan juga mereka tidak pernah diberikan standar asuhan keperawatan komunitas. Puskesmas lainnya untuk melaksanakan keperawatan komunitas lebih khusus ke balita saja dan ada yang ke kelompok khusus (pesantren) itu pun sangat jarang. Adapun motivasi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas walaupun belum optimal adalah tuntutan pekerjaan/kewajiban dan akreditasi puskesmas. Dari ke lima puskesmas terdapat satu puskesmas yang askep komunitasnya sama sekali tidak berjalan, namun pada saat peneliti menanyakan apakah dia melaksanakan semacam promosi kesehatan perawat tersebut mengatakan mereka melaksanakan, promosi kesehatan merupakan salah satu bentuk implementasi askep komunitas. Oleh karena itu peneliti berasumsi bahwa perawat tersebut tidak mengetahui apa askep komunitas yang sesungguhnya.

Penelitian yang dilakukan oleh Hidayat (2015) tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Long Ikis Kecamatan Long Ikis Kabupaten Paser di Kalimantan Timur untuk mengetahui faktor-faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Long Ikis Kabupaten Paser, menyatakan bahwa Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Long Ikis kabupaten Paser belum optimal karena masih banyaknya masalah yang terdapat di Puskesmas Long Ikis seperti

kurangnya tenaga dokter, masih kurangnya peralatan medis serta dana dari pemerintah yang masih sering tertunda.

Penelitian serupa yang dilakukan oleh Suardi (2016) tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Batuah Kecamatan Loa Janan Kabupaten Kutai Kartanegara di Kalimantan Timur, untuk menganalisis pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Batuah Kecamatan Loa Janan Kabupaten Kutai Kartanegara dan mengidentifikasi faktor penghambat dan pendukung pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Batuah Kecamatan Loa Janan Kabupaten Kutai Kartanegara, menyatakan bahwa faktor penghambat pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas Batuah meliputi pendidikan sebagian besar lulusan D3 dan terdapat lulusan SPK yang kurang mendapatkan pelatihan. Sedangkan faktor pendukung yaitu pengalaman dan gaji atau intensif yang diterima setiap bulannya.

Penelitian yang dilakukan oleh Chinawa (2015) di Nigeria tentang evaluasi faktor-faktor yang diberlakukan terhadap pelaksanaan efektif dari sebuah pelayanan kesehatan primer (PHC), pada 169 petugas kesehatan dari 4 pusat kesehatan primer, menunjukkan bahwa terdapat faktor yang mempengaruhi motivasi petugas kesehatan dalam melaksanakan pekerjaan yaitu gaji, pendidikan yang berkelanjutan, peralatan kesehatan, fasilitas kesehatan yang dapat digunakan, beban kerja, pengakuan pribadi. Penelitian serupa dilakukan oleh Kholifah (2015) di Krembangan Surabaya pada 8 orang petugas kesehatan dan para pemimpin pusat kesehatan, tentang faktor-

faktor yang mempengaruhi perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan, mengatakan bahwa terdapat enam faktor yang mempengaruhi kurangnya pelaksanaan asuhan keperawatan di puskesmas yaitu penghargaan, kebijakan pimpinan, kerja tim, sarana dan prasarana, jumlah pekerjaan yang dilakukan dan kurangnya kemampuan.

Dari hasil penelitian diatas dan kurangnya data mengenai faktor penghambat dan pendukung pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas khususnya di Makassar membuat peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Analisis Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas Di Puskesmas Kota Makassar”.

B. Rumusan Masalah

Pelayanan kesehatan di Indonesia belum berjalan optimal hal ini dapat dilihat dari beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa faktor yang menghambat pelayanan kesehatan sehingga tidak optimal adalah kurangnya tenaga kerja, peralatan medis, sumber dana, dan lain sebagainya. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terkait pelaksanaan asuhan keperawatan didapatkan beberapa faktor yang mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan yaitu jumlah tenaga kerja, pengetahuan, pengakuan/penghargaan, dan lain-lain. Studi pendahuluan yang telah dilakukan oleh peneliti di lima puskesmas Kota Makassar, mendapatkan satu puskesmas yang tidak menjalankan asuhan keperawatan komunitas, namun pada saat peneliti menanyakan apakah mereka melaksanakan promosi

kesehatan perawat tersebut mengatakan bahwa mereka melaksanakan, dalam hal ini promosi kesehatan merupakan salah satu bentuk implementasi asuhan keperawatan komunitas. Oleh karena itu peneliti berasumsi bahwa perawat tersebut tidak mengetahui apa aspek komunitas yang sesungguhnya.

Hal ini membuat peneliti perlu melakukan penelitian mengenai analisis faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas kota Makassar.

Dari penjelasan diatas maka pertanyaan untuk penelitian ini adalah bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di Puskesmas Kota Makassar serta faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaanya di seluruh puskesmas kota Makassar.

C. Tujuan Penelitian

Tujuan Umum: Untuk diketahuinya faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di Puskesmas

Tujuan Khusus:

1. Untuk diketahuinya gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas Kota Makassar
2. Untuk diketahuinya gambaran *budgeting* dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas Kota Makassar
3. Untuk diketahuinya gambaran pengakuan/penghargaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas Kota Makassar
4. Untuk diketahuinya gambaran beban kerja dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas Kota Makassar

5. Untuk diketahuinya gambaran sarana dan prasarana dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas Kota Makassar
6. Untuk diketahuinya gambaran pengetahuan perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas Kota Makassar
7. Untuk diketahuinya gambaran kerja tim terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas Kota Makassar

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Pendidikan Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan informasi bagi para mahasiswa keperawatan bahwa pentingnya pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di Puskesmas serta faktor apa saja yang mendukung dan menghambat pelaksanaan asuhan keperawatan tersebut.

2. Bagi Pelayanan Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan atau referensi kepada pelayanan keperawatan bahwa sebagai perawat kita diharapkan dapat meningkatkan pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di Puskesmas.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi data awal untuk pengembangan riset selanjutnya dalam melakukan penelitian terkait dengan penelitian ini.

4. Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi kepada masyarakat bahwa pentingnya mereka mendapatkan pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas yang tepat untuk meningkatkan derajat kesehatan mereka.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum tentang Komunitas

1. Komunitas

a. Definisi

Komunitas adalah kelompok dari masyarakat yang tinggal di suatu lokasi yang sama dengan di bawah pemerintahan yang sama, area atau lokasi yang sama dimana mereka tinggal, kelompok sosial yang mempunyai interest yang sama dengan batas-batas geografi yang jelas, dengan norma dan nilai yang telah melembaga (Harnilawati, 2013). Menurut *World Health Organization* (1974) dalam Harnilawati (2013) komunitas sebagai suatu kelompok sosial yang ditentukan oleh batas-batas wilayah, nilai-nilai keyakinan dan minat yang sama, serta ada rasa saling mengenal dan interaksi antara anggota masyarakat yang satu dan yang lainnya

Menurut *Centers for Disease Control and Prevention* (2009) yang dikutip oleh Swarjana (2016) komunitas yang sehat didefinisikan sebagai salah satu yang terus-menerus menciptakan dan meningkatkan lingkungan fisik dan sosial, membantu orang-orang untuk mendukung satu sama lain dalam aspek kehidupan sehari-hari dan untuk mengembangkan potensi mereka sepenuhnya. Sementara itu, Cottrell (1976) mendeskripsikan *a healthy community* sebagai *a competent*

community yang setidaknya melakukan 4 hal (Allender *et al.*, 2014) dalam (Swarjana, 2016) :

- 1) Mereka berkolaborasi secara efektif untuk mengidentifikasi masalah dan kebutuhan komunitas.
- 2) Mereka menyepakati tentang consensus tujuan dan prioritas.
- 3) Mereka menyetujui tentang cara dan makna untuk mengimplementasikan tujuan yang telah mereka sepakati.
- 4) Mereka berkolaborasi secara efektif untuk melaksanakan tindakan-tindakan yang memang perlu mereka lakukan.

b. Komponen Praktik Kesehatan Komunitas

Dalam praktik kesehatan komunitas, kita mengenal dua komponen dasar (*two basic components*) yang mencakup promosi kesehatan dan pencegahan terhadap masalah kesehatan. Level dari pencegahan adalah kunci dari praktik kesehatan komunitas (Allender *et al.*, 2014). Berikut adalah penjelasan dari masing-masing komponen praktik kesehatan komunitas (Swarjana, 2016).

1) Promosi Kesehatan

Dalam bidang *public health*, *public/community health nursing*, serta dalam *community health practice*, promosi kesehatan adalah bagian yang sangat penting. *Health promotion* menyangkut semua upaya yang dilakukan untuk membantu orang-orang agar lebih dekat dengan kesehatan yang optimal atau level tertinggi dari keadaan yang sejahtera. Dalam keperawatan, program dan aktivitas

promosi kesehatan dilaksanakan dalam berbagai bentuk pendidikan kesehatan. Tujuan akhir dari promosi kesehatan adalah untuk meningkatkan *levels of wellness* untuk individu, keluarga, populasi, dan komunitas. Upaya kesehatan komunitas yang dapat dilakukan untuk mencapai tujuan tersebut yaitu :

- a) Meningkatkan rentang hidup bagi semua warga.
- b) Menurunkan kesenjangan kesehatan bagi populasi.
- c) Mendapatkan akses terhadap pelayanan pencegahan bagi semua orang.

2) Pencegahan terhadap Masalah Kesehatan

Dalam praktik kesehatan komunitas, pencegahan adalah hal utama. Pencegahan selalu lebih baik daripada pengobatan. Pencegahan mengandung makna antisipasi dan mencegah terjadinya masalah atau menemukan masalah mereka sedini mungkin, untuk dapat meminimalkan potensi kecacatan dan kelemahan. Tindakan pencegahan dapat dibagi menjadi tiga level, yaitu pencegahan primer, sekunder, dan tersier. Pencegahan primer adalah pencegahan untuk orang-orang yang masih sehat. Pencegahan sekunder dilakukan ketika telah ditemukan sakit atau pencegahan bagi orang yang telah didiagnosis sakit dan diberikan *treatment* atau pengobatan. Diagnosis dini atau *early diagnosis* adalah salah satu kuncinya, sehingga lebih awal dapat diberikan tindakan yang tepat.

Pencegahan tersier adalah pencegahan berupa pemulihan atau sering dikenal dengan tindakan rehabilitatif.

2. Keperawatan Kesehatan Komunitas

a. Definisi

Menurut *American Public Health Association* (2007) yang dikutip oleh Swarjana (2016), keperawatan kesehatan komunitas merupakan praktik promotif dan proteksi kesehatan populasi yang menggunakan pengetahuan atau ilmu keperawatan, sosial, dan ilmu kesehatan masyarakat. Praktik yang dilakukan berfokus pada populasi dengan tujuan utama promosi kesehatan dan mencegah penyakit serta kecacatan untuk semua orang melalui kondisi yang diciptakan di mana orang bias menjadi sehat (Efendi & Makhfudli, 2009).

Asosiasi Kesehatan Masyarakat Kanada mendefinisikan keperawatan kesehatan komunitas/keperawatan kesehatan masyarakat sebagai sebuah seni dan ilmu yang merupakan sintesis dari ilmu kesehatan masyarakat dan teori-teori keperawatan professional. Tujuannya adalah untuk mempromosikan dan menjaga kesehatan penduduk dan diarahkan untuk komunitas, kelompok, keluarga, dan individu di seluruh rentang kehidupan mereka, secara terus-menerus, bukan bersifat episodik (World Health Organization Regional Office for Europe Nursing and Midwifery Programme, 2001)

Keperawatan komunitas sebagai suatu bidang keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat

(*public health*) dengan dukungan peran serta masyarakat secara aktif serta mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan perawatan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok serta masyarakat sebagai kesatuan utuh melalui proses keperawatan (*nursing process*) untuk meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal, sehingga mampu mandiri dalam upaya kesehatan (Mubarak, 2006).

b. Tujuan dan Fungsi Keperawatan Komunitas

1) Tujuan Keperawatan Komunitas

Tujuan keperawatan komunitas yaitu mempertahankan sistem klien dalam keadaan stabil melalui upaya prevensi primer, sekunder, dan tersier (Riasmini, *et al* 2017). Adapun penjelasan mengenai upaya prevensi tersebut adalah sebagai berikut:

a) Prevensi Primer

Prevensi primer ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang sehat. Bentuk tindakan keperawatan yang dapat dilakukan adalah promosi kesehatan dan perlindungan spesifik agar terhindar dari masalah/penyakit. Contohnya adalah memberikan imunisasi pada balita, pemberian vaksin, serta promosi kesehatan tentang perilaku hidup bersih dan sehat.

b) Prevensi Sekunder

Prevensi sekunder ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat yang berisiko mengalami masalah kesehatan. Bentuk intervensi yang dapat dilakukan adalah pelayanan/asuhan keperawatan mencakup identifikasi masyarakat atau kelompok yang berisiko mengalami masalah kesehatan, melakukan penanggulangan masalah kesehatan secara tepat dan cepat, upaya penemuan penyakit sejak awal (skrining kesehatan), pemeriksaan kesehatan berkala, serta melakukan rujukan terhadap masyarakat yang memerlukan penatalaksanaan lebih lanjut.

c) Prevensi Tersier

Prevensi tersier ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat pada masa pemulihan setelah mengalami masalah kesehatan. Bentuk intervensi yang dapat dilakukan adalah upaya rehabilitasi pasca perawatan di fasilitas tatanan pelayanan kesehatan lain untuk mencegah ketidakmampuan, ketidakberdayaan atau kecacatan lebih lanjut. Contoh tindakan yang dilakukan adalah melatih rentang pergerakan sendi pada klien pasca stroke, atau melakukan kegiatan pemulihan kesehatan pasca bencana.

Selanjutnya, secara spesifik diharapkan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat mempunyai kemampuan untuk :

- (1) Mengidentifikasi masalah kesehatan yang dialami
- (2) Menetapkan masalah kesehatan dan memprioritaskan masalah tersebut
- (3) Merumuskan serta memecahkan masalah kesehatan
- (4) Menanggulangi masalah kesehatan yang mereka hadapi
- (5) Mengevaluasi sejauh mana pemecahan masalah yang mereka hadapi (Harnilawati, 2013).

2) Fungsi Keperawatan Komunitas

- a) Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi kesehatan masyarakat dan keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan.
- b) Agar masyarakat mendapatkan pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya di bidang kesehatan.
- c) Memberikan asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah, komunikasi yang efektif dan efisien serta melibatkan peran serta masyarakat.
- d) Agar masyarakat bebas mengemukakan pendapat berkaitan dengan permasalahan atau kebutuhannya sehingga mendapatkan penanganan dan pelayanan yang cepat dan pada akhirnya dapat mempercepat proses penyembuhan (Harnilawati, 2013).

c. Prinsip Keperawatan Kesehatan Komunitas

American Nurses Association mengemukakan delapan prinsip keperawatan kesehatan komunitas (*the eight principles of public health nursing*). Prinsip tersebut hendaknya selalu dipegang dan dilaksanakan oleh perawat kesehatan komunitas selama menjalankan tugasnya melayani masyarakat (Swarjana, 2016).

1) *Focus on the community*

Prinsip dari keperawatan kesehatan komunitas adalah berfokus pada komunitas. Komunitas dijadikan sebagai klien atau sebagai unit pelayanan perawatan kesehatan komunitas.

2) *Give priority to community needs*

Dalam menjalankan tugasnya sebagai pemberi asuhan keperawatan kesehatan komunitas, perawat komunitas memberikan prioritas terhadap kebutuhan-kebutuhan komunitas.

3) *Work in partnership with the people*

Dalam hal ini perawat kesehatan komunitas bekerja bersama-sama dengan masyarakat sebagai klien, dan masyarakat tersebut sebagai *an equal partner* (bermitra dengan masyarakat dengan kedudukan yang sama).

4) *Focus on primary prevention*

Pencegahan primer merupakan fokus atau diutamakan dalam menentukan aktivitas atau intervensi yang tepat bagi komunitas. Pencegahan primer menyangkut tindakan-tindakan pencegahan bagi

orang yang masih dalam kondisi sehat, sedangkan pencegahan sekunder ditujukan bagi orang sakit, dan tersier ditujukan bagi orang yang sedang dalam masa pemulihan atau kegiatan rehabilitasi.

5) *Promote a healthful environment*

Perawat kesehatan masyarakat berfokus kepada strategi yang menciptakan lingkungan sosial dan kondisi ekonomi yang sehat di mana masyarakat perlu didorong untuk hal tersebut.

6) *Target all who might benefit*

Perawat kesehatan masyarakat diwajibkan mengidentifikasi secara aktif dan meningkatkan *benefit* atas pelayanan atau aktivitas yang dilakukan untuk semua orang.

7) *Promote optimum allocation of resources*

Mengoptimalkan penggunaan sumber-sumber yang ada untuk memastikan peningkatan secara menyeluruh dalam kesehatan masyarakat.

8) *Collaborate with others in the community*

Perawat kesehatan komunitas bekerja sama dengan berbagai pihak di komunitas, termasuk dengan profesi yang lain, organisasi, dan sekelompok *stakeholder* adalah cara paling efektif untuk mempromosikan dan melindungi kesehatan masyarakat.

Adapun prinsip keperawatan komunitas menurut Harnilawati (2013) terdiri atas 3 yaitu :

a) Kemanfaatan

Intervensi yang dilakukan harus memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi komunitas artinya ada keseimbangan antara manfaat dan kerugian

b) Autonomi

Diberikan kebebasan untuk melakukan/memilih alternative yang terbaik yang disediakan untuk komunitas.

c) Keadilan

Melakukan upaya/tindakan sesuai dengan kemampuan/kapasitas komunitas.

d. Sasaran Keperawatan Komunitas

Sasaran dari perawatan kesehatan komunitas adalah individu, keluarga, kelompok khusus, komunitas baik yang sehat maupun sakit yang mempunyai masalah kesehatan atau perawatan Effendy (1998) dalam (Harnilawati, 2013), sasaran ini terdiri dari :

1) Individu

Individu adalah anggota keluarga yang unik sebagai kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, social dan spiritual. Sasaran prioritas individu adalah balita gizi buruk, ibu hamil risiko tinggi, usia lanjut, penderita penyakit menular dan penderita penyakit degeneratif.

2) Keluarga

Keluarga merupakan sekelompok individu yang berhubungan erat secara terus menerus dan terjadi interaksi satu sama lain baik secara

perorangan maupun secara bersama-sama, di dalam lingkungannya sendiri atau masyarakat secara keseluruhan. Dalam hal ini yaitu keluarga yang masuk rentan terhadap masalah kesehatan atau resiko tinggi dengan prioritas sebagai berikut.

- a) Keluarga miskin yang belum pernah kontak dengan sarana pelayanan kesehatan dan belum mempunyai kartu sehat.
- b) Keluarga miskin yang sudah memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan serta mempunyai masalah kesehatan terkait dengan pertumbuhan dan perkembangan balita, kesehatan reproduksi, dan penyakit menular.
- c) Keluarga yang tidak termasuk miskin dan mempunyai masalah kesehatan prioritas serta belum memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan.

3) Kelompok Khusus

Kelompok khusus adalah kumpulan individu yang mempunyai kesamaan jenis kelamin, unsur, umur, permasalahan, kegiatan yang terorganisasi yang sangat rawan terhadap masalah kesehatan baik yang terikat maupun tidak terikat dalam suatu institusi.

- a) Kelompok masyarakat khusus yang tidak terikat dalam suatu institusi seperti posyandu, kelompok balita, ibu hamil, usia lanjut, penderita penyakit tertentu, dan pekerja informal.

b) Kelompok masyarakat khusus yang terikat dalam suatu institusi seperti sekolah, pesantren, panti asuhan, panti werda, rumah tahanan, dan lapas.

4) Masyarakat

Sasaran masyarakat adalah masyarakat yang rentan atau mempunyai risiko tinggi terhadap timbulnya masalah kesehatan seperti berikut (Efendi & Makhfudli, 2009).

- a) Masyarakat di suatu wilayah (RT, RW, kelurahan, desa) yang mempunyai jumlah bayi meninggal lebih tinggi dibandingkan daerah lain, jumlah penderita penyakit tertentu lebih tinggi dibandingkan daerah lain, dan cakupan pelayanan kesehatan lebih rendah dari daerah lain.
- b) Masyarakat di daerah endemis penyakit menular (malaria, diarea, demam berdarah, dan lainnya).
- c) Masyarakat di lokasi atau barak pengungsian akibat bencana atau akibat lainnya.
- d) Masyarakat di daerah dengan kondisi geografis sulit antara lain daerah terpencil dan perbatasan.
- e) Masyarakat di daerah pemukiman baru dengan transportasi sulit seperti daerah transmigrasi.

e. Karakteristik Keperawatan Kesehatan Komunitas

Keperawatan kesehatan komunitas lahir dari ilmu kesehatan masyarakat dan ilmu keperawatan. Keperawatan kesehatan komunitas ini diarahkan untuk kebutuhan dan masalah kesehatan komunitas dan fokus terhadap komunitas dan populasi yang berisiko atau rentan terkena penyakit atau masalah kesehatan lainnya. Hal terpenting dalam keperawatan kesehatan komunitas adalah kontribusinya terhadap bagaimana meningkatkan kesehatan masyarakat. Berikut ini beberapa elemen dalam *public health* yang sangat esensial dalam keperawatan kesehatan komunitas (Swarjana, 2016) :

- 1) Prioritas terhadap pencegahan, proteksi, dan strategi promosi kesehatan daripada *curative strategies*.
- 2) Pengukuran dan analisis masalah kesehatan komunitas, termasuk konsep epidemiologi dan biostatic.
- 3) Pengaruh factor lingkungan terhadap kesehatan masyarakat.
- 4) Prinsip yang mendasari manajemen dan organisasi kesehatan komunitas, sebab tujuan dari *public health* adalah *organized community health efforts*.
- 5) Analisis kebijakan dan pembangunan masyarakat, advokasi kesehatan, dan pemahaman terhadap proses politik.

f. Peran Utama Perawat Kesehatan Komunitas

Perawat kesehatan komunitas memiliki peran penting dalam memberikan asuhan keperawatan kesehatan komunitas kepada masyarakat. Beberapa peran penting tersebut mencakup : *clinician, educator, advocate, managerial, collaborator, leader, dan researcher* (Mengistu & Misganaw, 2006)

1) *Clinician*

Peran klinisi dalam kesehatan masyarakat berarti bahwa perawat memastikan pelayanan kesehatan yang disediakan tidak hanya untuk individu dan keluarga tetapi juga untuk kelompok dan populasi. Peran klinisi perawat kesehatan komunitas melibatkan penekanan tertentu yang berbeda dari keperawatan dasar, yaitu holisme, promosi kesehatan, dan perluasan keterampilan.

a) Holisme

Dalam kesehatan masyarakat, pendekatan holistik berarti mempertimbangkan beragam kebutuhan berinteraksi itu mempengaruhi kesehatan kolektif klien sebagai system yang lebih besar. Klien adalah gabungan dari orang-orang yang hubungan dan interaksi satu sama sama lain sepenuhnya harus dipertimbangkan.

b) Promosi kesehatan berfokus pada kesehatan

Perawat kesehatan komunitas menyediakan layanan sepanjang rentang kesehatan, yaitu kontinum penyakit tapi terutama penekanan pada promosi kesehatan dan pencegahan penyakit.

c) Perluasan keterampilan

Perawat menggunakan banyak keterampilan yang berbeda dalam keterampilan peran petugas kesehatan komunitas. Selain fisik keterampilan perawatan, keterampilan baru dalam observasi, mendengarkan, komunikasi, dan konseling menjadi bagian integral dari peran klinisi dengan penekanan pada pertimbangan lingkungan dan masyarakat luas seperti masalah dengan polusi, kekerasan, kejahatan, penyalahgunaan narkoba, pengangguran, dan dana terbatas untuk program kesehatan.

2) *Educator*

Telah diakui secara luas bahwa pengajaran kesehatan adalah bagian terbaik dari praktik keperawatan dan salah satu fungsi utama perawat kesehatan komunitas. Peran pendidiknya harus mempunyai kecakapan dalam mempromosikan kesehatan komunitas setidaknya dengan dua kriteria peran pendidik yaitu:

a) Memiliki potensi untuk menemukan penerimaan yang lebih besar dan memberikan hasil yang lebih tinggi.

b) Mampu menjangkau khalayak yang lebih luas

Penekanan seluruh proses pengajaran kesehatan terus ditempatkan pada pencegahan penyakit dan promosi kesehatan.

3) *Advocate*

Isu hak klien penting dalam perawatan kesehatan saat ini. Setiap pasien atau klien memiliki hak untuk menerima pengobatan. Namun, system perawatan kesehatan saat ini sering ditandai dengan layanan fragmented dan depersonalisasi. Pendekatan ini sangat mempengaruhi masyarakat miskin dan merasa dirugikan.

Perawat kesehatan komunitas sering harus bertindak sebagai advokat untuk klien memohon alasan atau bertindak atas nama kelompok klien. Biasanya klien membutuhkan penjelasan tentang layanan apa yang harus mereka terima.

4) *Managerial*

Sebagai manajer, perawat menjalankan arahan administrative menuju pencapaian tujuan yang ditentukan dengan menilai kebutuhan klien, perencanaan dan pengorganisasian untuk memenuhi kebutuhan tersebut, mengarahkan dan mengendalikan, serta mengevaluasi kemajuan yang harus dipastikan tujuannya terpenuhi. Perawat berperan sebagai manajer saat mereka mengawasi perawatan klien, mengawasi staf tambahan saat melakukan manajemen kasus, mengelola beban kasus, menjalankan klinik atau melakukan proyek penilaian kebutuhan kesehatan masyarakat.

5) *Case management*

Manajemen kasus mengacu pada proses sistematis yang dengannya perawat menilai kebutuhan klien, rencana dan layanan koordinat, mengacu pada penyedia lain yang sesuai, serta memonitor dan mengevaluasi kemajuan untuk memastikan bahwa beberapa kebutuhan layanan klien terpenuhi.

6) *Collaborator*

Perawat kesehatan komunitas jarang melakukan aktivitas secara terpisah. Mereka harus bekerja dengan banyak orang termasuk klien, perawat lain, dokter, pekerja sosial dan tokoh masyarakat, terapis, ahli gizi, terapis okupasi, psikolog, ahli epidemiologi, biostatik, legislator, dan tenaga kesehatan lainnya. Perawat kesehatan komunitas mengasumsikan peran kolaborator, yang berarti bekerja sama dalam usaha bersama, untuk bekerja sama sebagai mitra.

7) *Leader*

Perawat kesehatan komunitas semakin aktif dalam berperan sebagai pemimpin. Sebagai pemimpin, perawat mengarahkan, memberi pengaruh, atau membujuk orang lain untuk melakukan perubahan yang akan berdampak positif terhadap kesehatan masyarakat. Fungsi utama peran kepemimpinan adalah untuk perubahan efek, dengan demikian perawat kesehatan komunitas menjadi agen perubahan. Mereka juga berusaha mempengaruhi

orang untuk berpikir dan berperilaku berbeda tentang kesehatan dan faktor-faktornya untuk berkontribusi.

8) *Research*

Dalam penelitian, perawat kesehatan komunitas terlibat dalam penyidikan, pengumpulan dan analisis data secara sistematis, tujuan pemecahan masalah dan peningkatan praktek kesehatan komunitas. Secara harfiah penelitian berarti mencari dan/atau menyelidiki, menemukan, dan menafsirkan fakta. Semua penelitian kesehatan masyarakat dari penyelidikan paling sederhana sampai yang paling banyak studi epidemiologi menggunakan proses fundamental yang sama.

Proses penelitian melibatkan langkah-langkah sebagai berikut:

- a) Mengidentifikasi area yang diminati
- b) Menentukan pertanyaan atau pernyataan penelitian
- c) Review literature
- d) Mengidentifikasi kerangka kerja konseptual
- e) Memilih desain penelitian
- f) Mengumpulkan dan menganalisa data
- g) Menafsirkan hasil
- h) Komunikasikan temuan

Perawat kesehatan komunitas mengidentifikasi masalah atau pertanyaan, diselidiki dengan mengumpulkan dan menganalisa data, menyarankan dan mengevaluasi solusi yang mungkin, dan memilih

atau menolak semua solusi, serta memulai kembali proses investigasi. Di satu sisi, dalam mengumpulkan data untuk perencanaan kesehatan, perawat terlebih dahulu menyelidiki masalah kesehatan untuk merancang promosi kesehatan dan pencegahan penyakit bagi masyarakat.

B. Tinjauan Umum tentang Asuhan Keperawatan Komunitas

1. Asuhan Keperawatan Komunitas

Asuhan keperawatan komunitas merupakan pusat dari segala tindakan keperawatan dari praktek keperawatan dan merupakan aplikasi dari segala tindakan dan kerangka kerja dari referensi, konsep dan teori keperawatan komunitas. Fokus dari proses asuhan keperawatan komunitas yaitu untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal. Proses keperawatan komunitas merupakan metode asuhan keperawatan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontinyu, dan berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan klien, keluarga, kelompok serta masyarakat melalui langkah-langkah seperti pengkajian, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Wahyudi, 2010).

Asuhan keperawatan komunitas/masyarakat di daerah binaan merupakan asuhan keperawatan yang ditujukan pada masyarakat yang berisiko, rentan atau mempunyai resiko tinggi terhadap timbulnya masalah kesehatan. Kegiatannya antara lain meliputi kegiatan kunjungan ke daerah binaan untuk :

- a. Identifikasi masalah kesehatan yang terjadi di suatu daerah dengan masalah spesifik.
- b. Pemberian asuhan keperawatan di suatu daerah sesuai dengan hasil identifikasi.
- c. Peningkatan partisipasi masyarakat melalui kegiatan memotivasi masyarakat untuk membentuk upaya kesehatan berbasis masyarakat
- d. Pendidikan/penyuluhan kesehatan masyarakat.
- e. Pemberian advokasi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan keperawatan yang optimal.
- f. Pembentukan kelompok swabantu.
- g. Pembentukan, pengembangan dan pemantauan kader-kader kesehatan di masyarakat dan meningkatkan motivasinya.
- h. Pelaksanaan dan monitoring kegiatan PHBS.
- i. Peningkatan jejaring kerja melalui kemitraan.
- j. Pendokumentasian keperawatan.

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 (Nurhayati, 2011).

- a. Pengkajian

Pengkajian komunitas adalah untuk mengidentifikasi faktor (positif dan negatif) yang berhubungan dengan kesehatan dalam rangka

membangun strategi untuk promosi kesehatan. Pengkajian terdiri atas data inti komunitas, data subsistem komunitas, dan data persepsi (Riasmini, *et al* 2017)

1) Data Inti Komunitas

Data inti komunitas yang dikaji terdiri atas sejarah/riwayat yang meliputi riwayat daerah dan perubahan daerah. Demografi meliputi usia, karakteristik jenis kelamin, distribusi ras dan distribusi etnis. Tipe keluarga meliputi keluarga/bukan keluarga dan kelompok. Status perkawinan meliputi kawin, janda/duda, single. Statistic vital meliputi kelahiran, kematian kelompok usia dan penyebab kematian. Serta nilai-nilai, keyakinan, dan agama.

2) Data Subsistem Komunitas

Data subsistem yang dikaji dalam komunitas meliputi (Mengistu & Misganaw, 2006) :

a) Lingkungan fisik

Pengkajian lingkungan fisik sama seperti pemeriksaan fisik yang penting bagi pasien individu, begitu juga pemeriksaan fisik di lingkungan hidup masyarakat. Lima indera digunakan dalam penilaian fisik yaitu pemeriksaan, auskultasi, tanda vital, tinjauan sistem, dan studi laboratorium.

Inspeksi : pemeriksaan menggunakan semua organ indera dan dilakukan dengan survey berjalan di masyarakat, atau penilaian mikro terhadap perumahan, ruang terbuka, batas, pusat layanan

transportasi, pasar, bertemu orang jalanan, tanda-tanda pembusukan, etnisitas, agama, kesehatan dan mordibitas, media politik.

Auskultasi : mendengarkan warga sekitar lingkungan fisik.

Tanda vital : mengamati iklim, medan, batas alam seperti sungai dan bukit.

Sumber daya masyarakat : mencari tanda-tanda kehidupan seperti pemberitahuan, poster, perumahan baru dan bangunan.

Sistem review : usia hosing, arsitektur, bekas bahan bangunan, tanda-tanda kerusakan, air mengalir, pipa ledeng, sanitasi, jendela (gelas) dan lain-lain, juga fasilitas bisnis dan gereja.

Studi laboratorium : sensus data atau studi perencanaan untuk pemetaan masyarakat.

b) Pelayanan Kesehatan dan Sosial

Bedakan antara fasilitas di lokasi masyarakat dan diluar lokasi.

Rumah sakit meliputi jumlah tempat tidur, kepegawaian, anggaran, puskesmas, klinik, atau pos kesehatan, layanan kesehatan masyarakat, klinik swasta, apotik, klinik gigi, dan jasa lainnya. Tanda obat atau penyalahgunaan zat, alkoholisme.

Pelayanan sosial meliputi penyuluhan dan dukungan, pakaian, makanan, tempat tinggal, dan kebutuhan khusus, serta pasar dan pertokoan.

c) Ekonomi

Pengkajian ekonomi meliputi karakteristik rata-rata keuangan pendapatan rumah tangga, persentase rumah tangga yang hidup dalam kemiskinan kurang dari 100 Birr per bulan. Karakteristik angkatan kerja, status pekerjaan populasi umum lebih besar dari 18 tahun. Kategori pekerjaan dan persentase orang yang dipekerjakan oleh pemerintah, petani, terampil, tidak terampil, professional, jenis bisnis/industri.

d) Transportasi dan Keamanan

Pengkajian transportasi dan keamanan meliputi polisi, sanitasi (sumber air, pembuangan limbah padat, limbah dan kualitas udara) dan layanan pemadam kebakaran. Sarana utama angkutan; berjalan, bagal, taksi, bus, kereta api, mobil pribadi, dan layanan udara. Frekuensi dan keterjangkauan masyarakat/transportasi pribadi, dan standar jalan.

e) Politik dan Pemerintahan

Pengkajian politik dan pemerintahan meliputi kebele, asosiasi petani, aliansi bisnis, kelompok religius, asosiasi pemuda dan wanita, asosiasi etika, aktivisme politik, dan lain-lain, menggambarkan tujuan dan aktivitas asosiasi.

f) Komunikasi

Pengkajian komunikasi terdiri atas formal dan informal. Komunikasi formal meliputi surat kabar, radio, televise, telepon,

internet, dan *hotline*. Komunikasi informal meliputi papan pengumuman, poster, brosur, pengeras suara dari masjid, dll.

g) Pendidikan

Pengkajian pendidikan meliputi jenis sekolah, perguruan tinggi dan universitas. Catatan bahasa yang digunakan, nilai, mata kuliah yang ditawarkan, persentase petugas (laki-laki, perempuan), kecukupan, aksesibilitas, dan penerimaan pendidikan. Jumlah rata-rata tahun yang diselesaikan oleh orang-orang di sekolah.

h) Rekreasi

Pengkajian rekreasi meliputi fasilitas seperti stadion, area rekreasi, lapangan bola voli, taman bermain, area piknik, museum, musik/tarian, teater/bioskop.

3) Data Persepsi

Data persepsi yang perlu dikaji yaitu :

- a) Persepsi masyarakat mengenai tempat tinggal yaitu bagaimana perasaan masyarakat tentang kehidupan bermasyarakat yang dirasakan di lingkungan tempat tinggal mereka, apa yang menjadi kekuatan mereka, permasalahan, ditanyakan pada masyarakat dalam kelompok berbeda misalnya lansia, remaja, pekerja, profesional, ibu rumah tangga, dll.

b) Persepsi perawat berupa pertanyaan umum tentang kondisi kesehatan dari masyarakat apa yang menjadi kekuatan, apa masalahnya atau potensial masalah yang dapat diidentifikasi.

b. Analisa data dan diagnosa keperawatan komunitas

Data-data yang dihasilkan dari pengkajian kemudian dianalisis seberapa besar stressor yang mengancam masyarakat dan seberapa berat reaksi yang timbul dalam masyarakat tersebut. Kemudian dijadikan dasar dalam pembuatan diagnosa atau masalah keperawatan komunitas. Diagnosa keperawatan komunitas terdiri dari masalah kesehatan, karakteristik populasi dan lingkungan yang dapat bersifat actual, ancaman, dan potensial.

Tabel 2.1 Prioritas Masalah Komunitas (Ekasari, 2006) dalam (Nurhayati, 2011)

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

Keterangan Huruf :

A= sesuai dengan peran keperawatan kesehatan masyarakat

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

c. Perencanaan keperawatan komunitas

Perencanaan merupakan tindakan pencegahan primer, sekunder, tersier yang cocok dengan kondisi klien (keluarga, masyarakat) yang sesuai dengan prioritas (penapisan masalah), penetapan tujuan dan sasaran, menetapkan strategi intervensi dan rencana evaluasi (Nurhayati, 2011).

Perencanaan yang disusun dalam keperawatan kesehatan komunitas berorientasi pada promosi kesehatan, pencegahan penyakit, pemeliharaan kesehatan, dan manajemen krisis. Terdapat empat langkah dalam menyusun perencanaan keperawatan kesehatan komunitas menurut Riasmini et, al (2017) yaitu:

1) Menetapkan prioritas

Penetapan prioritas masalah perlu melibatkan masyarakat dalam suatu pertemuan musyawarah masyarakat. Masyarakat akan memprioritaskan masalah yang ada dengan bimbingan atau arahan perawat kesehatan komunitas. Perawat dalam menentukan prioritas masalah perlu memperhatikan enam kriteria, yaitu kesadaran masyarakat akan masalah, motivasi masyarakat untuk menyelesaikan masalah, kemampuan perawat dalam memengaruhi penyelesaian masalah, ketersediaan pihak terkait terhadap solusi masalah, beratnya konsekuensi jika masalah tidak terselesaikan, mempersingkat penyelesaian masalah dengan resolusi yang dapat dicapai.

2) Menetapkan sasaran (*goal*)

Setelah menetapkan prioritas masalah kesehatan, langkah selanjutnya adalah menetapkan sasaran. Sasaran merupakan hasil yang diharapkan. Dalam pelayanan kesehatan sasaran merupakan pernyataan situasi kedepan, kondisi atau status jangka panjang dan belum bisa diukur. Contoh dari penulisan sasaran yaitu meningkatkan cakupan imunisasi pada bayi, memperbaiki komunikasi antara orang tua dan guru, meningkatkan proporsi individu yang memiliki tekanan darah, serta menurunkan kejadian penyakit kardiovaskuler.

3) Menetapkan tujuan (*objective*)

Tujuan adalah pernyataan hasil yang diharapkan dan dapat diukur, dibatasi waktu berorientasi pada kegiatan. Karakteristik dalam penulisan tujuan yaitu menggunakan kata kerja, menggambarkan tingkah laku akhir, kualitas penampilan, kuantitas penampilan, cara mengukur penampilan, berhubungan dengan sasaran, adanya batasan waktu.

4) Menetapkan rencana intervensi

Dalam menetapkan rencana intervensi keperawatan kesehatan komunitas maka yang perlu diperhatikan adalah hal apa yang akan dilaksanakan, waktu pelaksanaan, jumlah, target atau sasaran, tempat atau lokasi. Adapun hal yang perlu diperhatikan saat menetapkan rencana intervensi meliputi program pemerintah terkait dengan masalah kesehatan yang ada, kondisi atau situasi yang ada, sumber daya yang ada di dalam dan di luar komunitas yang dapat dimanfaatkan, program yang sudah pernah dijalankan, menekankan pada pemberdayaan masyarakat, penggunaan teknologi tepat guna, mengedepankan upaya promotif dan preventif tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.

d. Pelaksanaan (Implementasi) keperawatan komunitas

Implementasi merupakan tahap kegiatan selanjutnya setelah perencanaan kegiatan keperawatan komunitas dalam proses keperawatan komunitas. Fokus pada tahap implementasi adalah

bagaimana mencapai sasaran dan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Hal yang sangat penting dalam implementasi keperawatan kesehatan komunitas adalah melakukan berbagai tindakan yang berupa promosi kesehatan, memelihara kesehatan/mengatasi kondisi tidak sehat, mencegah penyakit dan dampak pemulihan. Program kesehatan masyarakat yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Tahap implementasi keperawatan komunitas memiliki beberapa strategi implementasi diantaranya proses kelompok, promosi kesehatan dan kemitraan (*partnership*) (Riasmini *et al*, 2017).

e. Evaluasi keperawatan komunitas

Evaluasi perbandingan antara status kesehatan klien dengan hasil yang diharapkan. Evaluasi terdiri dari tiga unsur 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 (Nurhayati, 2011)

Evaluasi adalah suatu proses untuk membuat penilaian secara sistematis mengenai suatu kebijakan, program dan kegiatan berdasarkan informasi dan hasil analisis dibandingkan terhadap relevansi, keefektifan biaya, dan keberhasilannya untuk keperluan pemangku kepentingan (Riasmini *et al*, 2017).

- 1) Jenis-jenis evaluasi menurut waktu pelaksanaan.
 - a) Evaluasi formatif. Evaluasi ini dilaksanakan pada waktu pelaksanaan program yang bertujuan memperbaiki pelaksanaan program dan kemungkinan adanya temuan utama berupa berbagi masalah dalam pelaksanaan program.
 - b) Evaluasi sumatif. Evaluasi ini dilaksanakan pada saat pelaksanaan program selesai, yang bertujuan untuk menilai hasil pelaksanaan program dan temuan berupa pencapaian apa saja dari pelaksanaan program.
- 2) Prinsip-prinsip evaluasi yaitu penguatan program, menggunakan berbagai pendekatan, desain evaluasi untuk kriteria penting di komunitas, menciptakan proses partisipasi, diharapkan lebih fleksibel, dan membangun kapasitas.
- 3) Proses evaluasi yaitu menentukan tujuan evaluasi, menyusun desain evaluasi yang kredibel, mendiskusikan rencana evaluasi, menentukan pelaku evaluasi, melaksanakan evaluasi, mendeseminasikan hasil evaluasi, serta menggunakan hasil evaluasi.
- 4) Kriteria penilaian dalam evaluasi terdiri dari:
 - a) Relevansi (*relevance*): apakah tujuan program mendukung tujuan kebijakan?
 - b) Keefektifan (*effectiveness*): apakah tujuan program dapat tercapai?

- c) Efisiensi (*efficiency*): apakah tujuan program tercapai dengan biaya paling rendah?
- d) Hasil (*outcomes*): apakah indikator tujuan program membaik?
- e) Dampak (*impact*): apakah indikator tujuan kebijakan membaik?
- f) Keberlanjutan (*sustainability*): apakah perbaikan indikator terus berlanjut setelah program selesai?

2. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas terdapat beberapa faktor yang mendukung dan menghambat perawat dalam pelaksanaannya, namun peneliti tidak menemukan data langsung yang membahas faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan aspek komunitas sehingga peneliti mengambil data penelitian pelayanan kesehatan secara umum yaitu penelitian yang dilakukan oleh Hidayat (2015) tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Long Ikis Kecamatan Long Ikis Kabupaten Paser Kalimantan Timur yaitu sarana dan prasarana merupakan faktor pendukung dalam pelayanan public. Tersedianya alat kelengkapan kantor seperti computer, ruang kerja dan ruang pelayanan masyarakat yang nyaman, ruang rawat jalan dan rawat inap yang terpisah, serta ruang tunggu yang lebih luas, mobil ambulance dan mobil pusling, kendaraan operasional lainnya, dan lahan parkir yang cukup luas dapat meningkatkan kinerja pelayanan. Adapun sarana khusus masyarakat yaitu taksi yang bisa digunakan untuk berobat. Sedangkan faktor penghambatnya yaitu tenaga medis atau dokter masih kurang,

peralatan medis belum memadai seperti tempat tidur pasien, alat medis, dan barang habis pakai, sehingga pelayanan kesehatan kepada masyarakat hanya sesuai dengan ketersediaan peralatan yang ada. Lambatnya bantuan dana yang diberikan pemerintah daerah karena anggaran yang berasal dari pusat dianggarkan ke dinas kesehatan setempat namun tertunda sampai ke puskesmas dengan alasan dana yang diperoleh dari pusat belum masuk ke kas dinas kesehatan kabupaten/kota. Ketidaksiplinan sebagian petugas atau paramedis dalam menjalani tugas terutama pada saat jam kerja sehingga pelayanan masyarakat tidak maksimal.

Penelitian yang dilakukan oleh Suardi (2016) di Kutai Kartanegara Kalimantan Timur tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Batuah Kecamatan Loa Janan Kabupaten Kutai Kartanegara menemukan bahwa pendidikan menjadi faktor penghambat karena sebagian besar perawat merupakan lulusan D3 bahkan ada yang lulusan SPK, peneliti berasumsi seperti itu karena menurutnya tingkat pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingkat kemampuan orang tersebut. Jika perawat belum menempuh profesi maka kompetensi profesionalnya juga belum meningkat, sehingga akan mempengaruhi kinerjanya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Adapun pengalaman menjadi faktor pendukung karena sebagian besar petugas kesehatan masa kerjanya lebih dari lima tahun. Masa kerja dapat mempengaruhi pengalaman kerja seseorang, sehingga semakin lama bekerja diharapkan seseorang memiliki pengalaman kerja yang semakin banyak. Namun

dibalik itu tetap saja masih terdapat perawat yang memiliki masa kerja yang lebih lama tetapi produktivitas kerjanya menurun karena bosan. Gaji atau intensif menjadi faktor pendukung karena sebagian besar petugas kesehatan menyatakan puas dengan gaji dan intensif yang diterima. Adapun faktor-faktornya sebagai berikut:

a. Dana (*Budget*)

Dana yaitu suatu alat yang digunakan untuk melaksanakan atau menjalankan kegiatan agar tercapainya maksud dan tujuan. Dana merupakan penunjang keberhasilan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di puskesmas, dengan adanya dana yang mencukupi maka tujuan dari pelayanan kesehatan akan berjalan dengan baik dan optimal. Adapun pembangunan kesehatan memperoleh prioritas penganggaran pemerintah pusat dan daerah, anggaran kesehatan pemerintah diutamakan untuk upaya pencegahan dan promosi kesehatan dan terciptanya system jaminan pembiayaan kesehatan terutama bagi rakyat miskin (Hidayat, 2015).

Penelitian yang dilakukan oleh Hidayat (2015) mengatakan bahwa biaya yang diterima oleh Puskesmas Long Ikis bersumber dari berbagai sumber yaitu dana APBD dan APBN, sumber biaya ini dipergunakan untuk keperluan puskesmas seperti pembelian peralatan, obat-obatan, gaji karyawan, pemeliharaan gedung dan peralatan, serta biaya operasional.

Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2014) menguraikan bahwa pemanfaatan Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK) di Puskesmas yaitu untuk operasional upaya pelayanan kesehatan dan manajemen puskesmas yang meliputi:

1) Transport Lokal

- a) Membiayai perjalanan petugas kesehatan melakukan kegiatan upaya pelayanan kesehatan promotif dan preventif ke luar gedung.
- b) Membiayai perjalanan kader kesehatan termasuk dukun bersalin membantu petugas kesehatan dalam kegiatan upaya pelayanan kesehatan promotif dan preventif ke luar gedung.
- c) Membiayai perjalanan peserta rapat lokakarya mini, Survei Mawas Diri (SMD), Musyawarah Masyarakat Desa (MMD).
- d) Membiayai perjalanan petugas kesehatan untuk menghadiri rapat, konsultasi/koordinasi dan kegiatan lain yang terkait dengan BOK ke kabupaten/kota.
- e) Membiayai perjalanan kader kesehatan termasuk dukun bersalin untuk menghadiri kegiatan refreshing/penyegaran kader kesehatan yang diselenggarakan oleh puskesmas dan jaringannya beserta Poskesdes/Polindes, Posyandu dan UKBM lainnya. Besaran biaya transport lokal yang dibiayai adalah sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan di kabupaten/kota tersebut.

2) Perjalanan Dinas dalam Kabupaten/Kota

Untuk petugas kesehatan yang melaksanakan upaya kesehatan atau menghadiri kegiatan rapat/pertemuan/konsultasi yang terkait dengan BOK dalam kabupaten/kota karena kondisi geografis memerlukan perjalanan lebih dari 8 (delapan) jam dan bisa ditempuh dengan pulang pergi tanpa menginap, dapat dibayarkan biaya transport lokal dan uang harian sebesar 75% dari satuan biaya uang harian perjalanan dinas dalam negeri per harinya.

3) Pembelian/Belanja Barang

- a) Membiayai pembelian/belanja barang untuk mendukung pelaksanaan kegiatan upaya kesehatan promotif dan preventif ke luar gedung.
- b) Membiayai pembelian/belanja barang untuk mendukung pelaksanaan manajemen puskesmas, pengelolaan keuangan BOK, SMD, MMD.

b. Pengakuan/Penghargaan (*Reward*)

Para pekerja harus diberi tanggung jawab, tantangan, dan pengakuan yang lebih besar untuk dapat melaksanakan pekerjaannya dengan optimal. System penghargaan harus memenuhi kebutuhan motivasi untuk menciptakan lingkungan yang mendorong para pekerja untuk berpindah ke tingkatan kebutuhan yang lebih tinggi. Penghargaan dan pujian sebaiknya diberikan secara tidak terencana

jika memungkinkan dan ditujukan untuk kejadian yang dapat diperkirakan. (Marquis & Huston, 2016).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Seitovirta, Julkunen, Mitronen, Gieter, & Kvist (2016) mengatakan bahwa terdapat enam jenis penghargaan yang berarti oleh perawat, yaitu kompensasi dan tunjangan finansial, keseimbangan kehidupan kerja, konten kerja, pengembangan profesional, pengakuan dan kepemimpinan yang suportif. Tunjangan finansial terdiri dari pemberian uang seperti gaji pokok, kenaikan gaji, gaji berbasis kinerja, pembayaran khusus (gaji terkait usia atau pengalaman), pembayaran tambahan yang mandatedkan secara hukum (gaji lembur) dan pembayaran pribadi untuk bimbingan siswa. Kompensasi yang dimaksud adalah imbalan kerja dan tunjangan seperti diskon pada fasilitas olahraga dan acara budaya, diskon untuk layanan kesehatan, biaya perjalanan pulang kerja, makan siang ditempat kerja, dan hari libur yang diatur oleh instansi, serta hadiah kecil lainnya seperti hadiah natal dan bunga dari manager perawat atau keluarga pasien.

Konten kerja berkaitan dengan deskripsi pekerjaan, hasil pekerjaan, dan lingkungan kerja perawat, serta memiliki atasan yang baik. Faktor yang terkait dengan penghargaan dalam konteks uraian tugas perawat termasuk tugas kerja, kemampuan untuk bertindak mandiri, keberanian dan keberagaman pekerjaan dan bekerja dengan pasien ataupun keluarga pasien itu sendiri. Pengalaman kerja, kualitas

kerja, kenyamanan lokasi tempat kerja, akses peralatan fungsional dan modern, kerja tim dan tingkat kepegawaian yang memadai, dan menyediakan tempat kerja dengan suasana ramah merupakan hal yang penting untuk diperhatikan (Seitovirta, Julkunen, Mitronen, Gieter, & Kvist, 2016).

Pengembangan profesional berkaitan dengan pendidikan dan kesempatan untuk mengembangkan diri. Keseimbangan lingkungan kerja berhubungan dengan waktu kerja perawat, seperti jadwal kerja, perencanaan shift kerja, kemampuan untuk menghemat waktu ditempat kerja. Selain itu keseimbangan kerja berhubungan dengan kesempatan untuk tidak di bayar pada saat absen atau libur panjang (Seitovirta, Julkunen, Mitronen, Gieter, & Kvist, 2016)

Pengakuan terhadap perawat berkaitan dengan kebutuhan psikologis intrinsik untuk apresiasi, perhatian, umpan balik dan ucapan terimakasih atas kinerja perawat. Perawat mengatakan bahwa mereka mendapat apresiasi dari pasien, anggota tim, dan manager perawat. Pengakuan ini termasuk perhatian pribadi dari manager perawat, pemberian medali dan perayaan untuk mengakui layanan yang telah diberikan. Umpan balik dan terimakasih dari pasien atau pun keluarga pasien, rekan kerja, anggota tim, dokter, manager perawat juga menjadi penghargaan tersendiri bagi perawat (Seitovirta, Julkunen, Mitronen, Gieter, & Kvist, 2016).

Kepemimpinan yang suportif berkaitan dengan kemampuan manager keperawatan, dukungan mereka, kehadiran pemimpin yang terlihat seperti kehadiran manager perawat di lingkungan kerja sehari-hari dan kunjungan atasan ke unit atau departemen juga dipandang sangat bermanfaat (Seitovirta, Julkunen, Mitronen, Gieter, & Kvist, 2016).

c. Beban Kerja

Beban kerja adalah jumlah waktu yang dibutuhkan dalam menyelesaikan tugas yang harus dilakukan selama waktu tertentu. Beban kerja perawat adalah asuhan keperawatan yang diberikan secara langsung, intensitas keperawatan dan pelaksanaan asuhan keperawatan yang tidak langsung. Perubahan lingkungan keperawatan, tuntutan untuk bersaing dengan petugas kesehatan lainnya, ketidakmampuan untuk mengendalikan diri dengan lingkungan yang kacau atau rebut, masalah dengan peralatan dan perlengkapan perawatan yang ada dan peningkatan jumlah pasien mempengaruhi beban kerja perawat. Beberapa penelitian mengklasifikasikan beban kerja ke dalam enam kategori, asuhan keperawatan langsung dan tidak langsung, dokumentasi perawat, administrasi, pekerjaan rumah dan pekerjaan lainnya. Beban kerja yang berlebih disebabkan oleh tanggungjawab yang berlebihan, beban pasien yang banyak, pergantian pasien, tuntutan pekerjaan, tekanan waktu, dan masalah pasokan peralatan (Swiger, Vance, & Patrician, 2016).

Studi literatur oleh Alghamdi (2016) tentang beban kerja perawat menemukan bahwa ada lima kategori utama yang berhubungan dengan beban kerja perawat, yaitu jumlah waktu perawatan, tingkat kompensasi perawat, berat perawatan pasien yang sedang dilakukan, jumlah tenaga fisik dan kerumitan perawatan. Jumlah waktu perawatan yang dihabiskan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan disebut “kepekaan terhadap pasien”, contohnya jumlah jam selama shift pagi. Tingkat kompensasi perawat seperti keterampilan dan perilaku diharapkan dapat membuktikan perawat dalam memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien.

Semua aktivitas fisik yang dilakukan oleh perawat mulai dari proses mental dan usaha emosional yang dilakukan selama merawat, termasuk membawa, mengangkat, mendorong, bergerak, berpikir, merencanakan, menyelesaikan masalah, serta mengambil keputusan merupakan hal yang mempengaruhi beban kerja seorang perawat (Alghamdi, 2016).

d. Sarana dan Prasarana

Sarana kesehatan atau yang sering dikenal dengan istilah medis merupakan alat kesehatan yang digunakan oleh petugas kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan. Prasarana kesehatan yaitu segala macam peralatan, kelengkapan, dan benda-benda yang digunakan petugas puskesmas sangat diperlukan untuk mendukung perjalanan perawat dalam melakukan pekerjaannya seperti mobil

ambulance, mobil pusling, dan kendaraan operasional lainnya (Hidayat, 2015).

Sarana dan prasarana sangat diperlukan dalam pelayanan perawatan komunitas. Ketersediaan fasilitas-fasilitas kesehatan di puskesmas sangat mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas yang cenderung melaksanakan kunjungan ke daerah binaan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kartini (2017) menunjukkan bahwa dalam meningkatkan produktivitas kerja pegawai perlu dilakukan perumusan dan perencanaan kebutuhan dari tiap unit. Produktivitas kerja setiap pegawai bisa tinggi bisa juga rendah tergantung dari tingkat kegigihan dalam menjalankan tugas dan sarana yang menunjang dalam melaksanakan kegiatan. Untuk memenuhi sarana dan prasarana yang dibutuhkan yaitu kendaraan operasional, alat kesehatan, bangunan, peralatan penunjang pemeriksaan, obat-obatan serta peralatan kantor untuk menunjang manajemen organisasi pada setiap unit kerja puskesmas.

e. Pengetahuan Perawat

Pengetahuan perawat bisa dilihat dari pendidikannya. Tingkat kemampuan yang tinggi umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggungjawab. Semakin tinggi tingkat pendidikan akan semakin mudah berfikir rasional dan menangkap informasi baru termasuk dalam menguraikan masalah yang baru (Suardi, 2016).

Hasil penelitian Suardi (2016) mengemukakan bahwa pendidikan seseorang akan mempengaruhi tingkat kemampuannya, karena jika perawat belum menempuh profesi maka kompetensi profesionalnya juga belum meningkat, sehingga akan mempengaruhi kinerjanya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Dimana praktek profesional menuntut kompetensi dalam kaitannya dengan pengetahuan dan keterampilan teknis. Ini tidak hanya membutuhkan pengetahuan dasar yang luas, tetapi juga kedalaman pengetahuan dalam bidang yang dipilih, keinginan dan kemampuan untuk terus berkembang yang berbasis pengetahuan dan untuk berbagi dengan orang lain dan berpikir kritis dalam mengambil keputusan.

Kurangnya pengetahuan perawat dapat menghambat pelayanan keperawatan, dengan demikian penting bagi manager puskesmas untuk memperluas pengetahuan perawat dan membuat mereka lebih mengenali makna proses keperawatan yang sebenarnya (Diniz, Cavalcante, Otoni, & Mata, 2015).

f. Kerja Tim (*Teamwork*)

Kerja tim dalam keperawatan ialah pemberian asuhan keperawatan kepada klien secara berkelompok yang dipimpin oleh perawat profesional. Kelompok/tim ini bertanggung jawab dalam pemberian asuhan keperawatan yang terkoordinasi kepada sekelompok klien (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2011).

Penelitian yang dilakukan oleh Madonni, Erwin, & Woferst (2015) tentang hubungan penerapan metode tim dengan rencana asuhan keperawatan mengatakan bahwa semakin baik penerapan metode tim yang diterapkan mempengaruhi kualitas rencana asuhan keperawatan pasien sehingga semakin baik pula rencana asuhan keperawatan pasien tersebut, hal ini dikarenakan ketua tim dan perawat pelaksana saling bekerjasama dan saling membantu. Pekerjaan yang dilakukan dengan kerjasama dan saling membantu lebih menghasilkan pekerjaan yang baik dibandingkan dengan pekerjaan yang dilakukan sendiri.

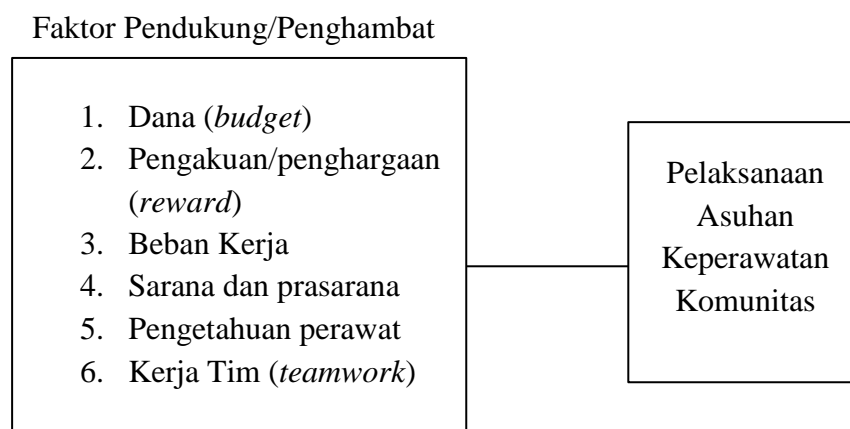
Kerja tim antarprofesi dan kolaborasi dapat memperbaiki hasil dari perawatan yang diberikan kepada pasien. Selain itu petugas kesehatan yang berperan dalam anggota tim akan merasa lebih efektif dan memiliki kepuasan kerja yang tinggi. Kolaborasi dan kerjasama tim professional perlu dilakukan untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang optimal dan berkualitas. Kerjasama tim professional merupakan proses dimana para petugas kesehatan professional memikirkan dan mengembangkan cara melaksanakan pemenuhan kebutuhan pasien dan keluarganya. Pembentukan tim dianggap bermanfaat ketika setiap petugas memiliki tugas yang rumit dan untuk mengefisienkan penggunaan sumber daya manusia (Franklin, Bernhardt, Lopez, Middleton, & Davis, 2015).

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Untuk mempermudah pemahaman maka secara sederhana kerangka konsep dari penelitian ini digambarkan sebagai berikut:



Bagan 3.1 Kerangka Konsep

Pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas merupakan suatu proses tindakan keperawatan yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, rencana tindakan, implementasi, evaluasi dan pendokumentasian yang diberikan kepada masyarakat untuk meningkatkan kesehatan masyarakat. Maka peneliti membuat skema yang menggambarkan faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas, yaitu dana (*budget*), pengakuan/penghargaan (*reward*), beban kerja, sarana dan prasarana, pengetahuan perawat, dan kerja tim (*teamwork*). Faktor tersebut akan menjadi pendukung pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas atau justru menjadi

penghambat bagi perawat sehingga tidak melaksanakan asuhan keperawatan komunitas dengan baik.

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Penelitian ini menggunakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan *deskriptif kuantitatif*. Penelitian kuantitatif merupakan metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat positivisme, metode ini sebagai metode ilmiah karena berisi kaidah-kaidah ilmiah yaitu konkrit, obyektif, terukur, rasional, dan sistematis (Sugiyono, 2014).

Sedangkan pendekatan *deskriptif kuantitatif* merupakan metode penelitian yang ditujukan untuk menggambarkan fenomena-fenomena yang ada, yang berlangsung pada saat ini atau saat yang lampau. Penelitian ini tidak mengadakan manipulasi atau perubahan pada variabel-variabel bebas, tetapi menggambarkan suatu kondisi apa adanya. Jadi pada penelitian ini peneliti akan melihat fenomena yang terjadi di puskesmas tentang pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas serta faktor pendukung dan penghambat pelaksanaannya (Hamdi, 2014).

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 31 Puskesmas yang ada di kota Makassar.

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan pada tanggal 3 Februari s/d 10 April 2018

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah koordinator perawat kesehatan masyarakat dan perawat yang bertugas di 44 Puskesmas sebanyak 372 perawat (Dinas Kesehatan Kota Makassar, 2016)

2. Sampel

Pemilihan puskesmas menggunakan teknik *Convenience sampling* yaitu pemilihan puskesmas berdasarkan tingkat kemudahan dan kenyamanan untuk dijangkau oleh peneliti sehingga di dapatkan 31 puskesmas untuk diteliti, sedangkan 15 puskesmas lainnya tidak dijadikan sampel karena peneliti merasa kesulitan untuk mengakses tempatnya, dan sebagian puskesmas menolak untuk di datangi dengan alasan sudah pernah ada yang meneliti hal serupa. Sampel dalam penelitian ini ditentukan dengan menggunakan teknik *purposive sampling* untuk koordinator perkesmas dan *accidental sampling* untuk perawat yang bertugas di puskesmas. Jumlah perawat di 31 puskesmas Kota Makassar yaitu 249 orang. Penentuan jumlah sampel perawat pada penelitian ini menggunakan rumus Slovin (Ryan, 2013) yaitu :

$$n = \frac{N}{1+Ne^2}$$

Keterangan:

n = Jumlah Sampel

N = Jumlah Populasi

E = Batas toleransi error (5%)

Dalam penelitian ini besarnya populasi perawat (N) adalah 249 orang, maka jumlah sampel yang di ambil adalah:

$$n = \frac{249}{1+249(0,05)^2}$$

$$n = 153,46$$

$$n = 154 \text{ orang}$$

Jumlah sampel adalah 154 responden, kemudian peneliti menggunakan *cluster sampling* untuk menentukan jumlah responden yang akan diambil di tiap puskesmas, dan *accidental sampling* untuk menentukan responden yang akan di teliti di tiap puskesmas.

Juliandi, Irfan & Manurung (2014) menjelaskan bahwa pengambilan sampel secara proporsional untuk setiap kelompok digunakan rumus sebagai berikut:

$$nc = \frac{Nc \times n}{N}$$

Keterangan:

nc : Jumlah Sampel dalam *cluster*

N : Jumlah Populasi

Nc : Populasi dalam *cluster*

n : sampel

Tabel 4.1 Jumlah sampel tiap puskesmas

No.	Puskesmas	(Nc)	Sampel (nc)		
1	Pattingalloang	13	$nc = \frac{13 \times 154}{249}$	nc = 8	
2	Tabaringan	5	$nc = \frac{5 \times 154}{249}$	nc = 3	
3	Jumpandang Baru	18	$nc = \frac{18 \times 154}{249}$	nc = 11,1	nc = 11
4	Rappokalling	7	$nc = \frac{7 \times 154}{249}$	nc = 4,3	nc = 4
5	Kaluku Bodoa	8	$nc = \frac{8 \times 154}{249}$	nc = 4,9	nc = 5
6	Layang	7	$nc = \frac{7 \times 154}{249}$	nc = 4,3	nc = 4
7	Malimongan Baru	6	$nc = \frac{6 \times 154}{249}$	nc = 3,7	nc = 4
8	Tarakan	7	$nc = \frac{7 \times 154}{249}$	nc = 4,3	nc = 4
9	Andalas	6	$nc = \frac{6 \times 154}{249}$	nc = 3,7	nc = 4
10	Makassau	9	$nc = \frac{9 \times 154}{249}$	nc = 5,5	nc = 6
11	Bara-Baraya	14	$nc = \frac{14 \times 154}{249}$	nc = 8,6	nc = 9
12	Maccini Sawah	5	$nc = \frac{5 \times 154}{249}$	nc = 3	
13	Dahlia	5	$nc = \frac{5 \times 154}{249}$	nc = 3	
14	Pertiwi	7	$nc = \frac{7 \times 154}{249}$	nc = 4,3	nc = 4
15	Panambungan	4	$nc = \frac{4 \times 154}{249}$	nc = 2,4	nc = 3
16	Jongaya	14	$nc = \frac{14 \times 154}{249}$	nc = 8,6	nc = 9
17	Barombong	10	$nc = \frac{10 \times 154}{249}$	nc = 6,1	nc = 6
18	Maccini Sombala	4	$nc = \frac{4 \times 154}{249}$	nc = 2,4	nc = 3
19	Minasa Upa	12	$nc = \frac{12 \times 154}{249}$	nc = 7,4	nc = 8
20	Ballaparang	5			

			$nc = \frac{5 \times 154}{249}$	$nc = 3$	
21	Batua	16	$nc = \frac{16 \times 154}{249}$	$nc = 9,8$	$nc = 10$
22	Toddopuli	6	$nc = \frac{6 \times 154}{249}$	$nc = 3,7$	$nc = 4$
23	Pampang	9	$nc = \frac{9 \times 154}{249}$	$nc = 5,5$	$nc = 6$
24	Tamamaung	6	$nc = \frac{6 \times 154}{249}$	$nc = 3,7$	$nc = 4$
25	Karuwisi	8	$nc = \frac{8 \times 154}{249}$	$nc = 4,9$	$nc = 5$
26	Antang	6	$nc = \frac{6 \times 154}{249}$	$nc = 3,7$	$nc = 4$
27	Tamangapa	6	$nc = \frac{6 \times 154}{249}$	$nc = 3,7$	$nc = 4$
28	Bangkala	5	$nc = \frac{5 \times 154}{249}$	$nc = 3$	
29	Bulurokeng	7	$nc = \frac{7 \times 154}{249}$	$nc = 4,3$	$nc = 4$
30	Sudiang Raya	8	$nc = \frac{8 \times 154}{249}$	$nc = 4,9$	$nc = 5$
31	Paccerrakang	6	$nc = \frac{6 \times 154}{249}$	$nc = 3,7$	$nc = 4$

(Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Makassar, 2016)

Dalam penelitian ini sampel yang diambil harus memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

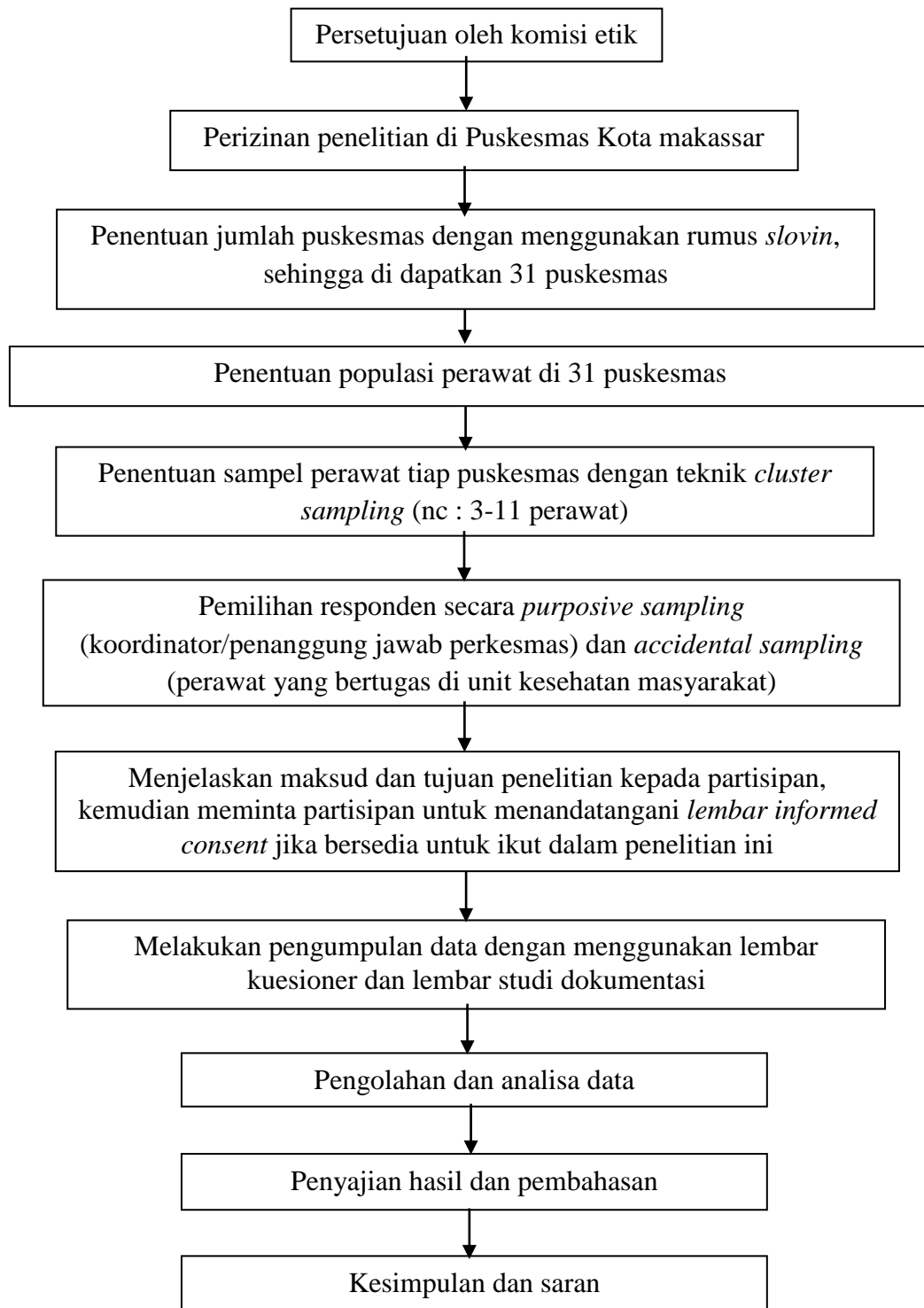
a. Kriteria Inklusi:

- 1) Koordinator perkesmas di puskesmas
- 2) Perawat yang bertugas di puskesmas dan memiliki daerah binaan
- 3) Perawat yang bersedia menjadi responden

b. Kriteria Eksklusi:

- 1) Puskesmas yang berada di pulau
- 2) Perawat yang sedang cuti atau tidak berada di tempat penelitian
- 3) Perawat magang (sukarela)

D. Alur Penelitian



Bagan 4.1 Alur Penelitian

E. Variabel Penelitian

1. Identifikasi Variabel

Variabel pada penelitian ini yaitu:

- a. Pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas
- b. Dana (*budgeting*)
- c. Pengakuan/penghargaan (*reward*)
- d. Beban kerja
- e. Sarana dan prasarana
- f. Pengetahuan perawat
- g. Kerja tim (*teamwork*)

2. Definisi Operasional

- a. Persepsi pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas

Asuhan keperawatan komunitas merupakan asuhan keperawatan yang ditujukan pada masyarakat yang berisiko, rentan atau mempunyai risiko tinggi terhadap timbulnya masalah kesehatan. mulai dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan hingga pendokumentasian pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas.

Kriteria Obyektif :

Melaksanakan : jika responden melakukan proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan pendokumentasian askep komunitas

Tidak melaksanakan : jika responden tidak melakukan proses keperawatan komunitas dengan lengkap

b. Dana (*Budgeting*)

Budgeting merupakan sumber dana yang dimiliki oleh puskesmas untuk memenuhi kebutuhan pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas/daerah binaan seperti biaya operasional (uang transportasi) dan dana untuk membeli perlengkapan dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas/daerah binaan.

Kriteria Obyektif :

Optimal : jika responden mendapatkan uang sesuai dengan kebutuhan untuk transportasi ke daerah binaan dan uang untuk membeli perlengkapan

Belum optimal : jika responden tidak mendapatkan salah satu atau dua-duanya yaitu uang transportasi ke daerah binaan dan uang untuk membeli perlengkapan

c. Pengakuan/penghargaan (*reward*)

Merupakan apresiasi atau hadiah yang diberikan kepada perawat ketika melaksanakan asuhan keperawatan komunitas/daerah binaan dengan baik, seperti pemberian gaji lebih, kenaikan jabatan,

pemberian kesempatan untuk mendapatkan pelatihan/workshop, mendapatkan apresiasi dari pasien atau petugas kesehatan lain.

Kriteria Obyektif :

Mendapatkan : jika responden mendapatkan satu atau lebih jenis pengakuan/penghargaan dari puskesmas/petugas kesehatan/pasien

Tidak mendapatkan : jika responden tidak mendapatkan pengakuan/penghargaan apapun dari puskesmas/petugas kesehatan/pasien

d. Beban kerja

Beban kerja adalah jumlah pekerjaan atau tugas dan tanggung jawab yang dilaksanakan oleh perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas dan jumlah pekerjaan tersebut mampu dilakukan dengan periode waktu tertentu.

Kriteria Obyektif :

Sesuai Tupoksi : jika responden mengerjakan program kerja sesuai tupoksi perawat

Tidak sesuai Tupoksi : jika responden mengerjakan satu atau lebih program kerja dari tenaga kesehatan lainnya

e. Sarana dan prasarana

Sarana dan prasarana merupakan fasilitas yang disediakan oleh puskesmas berupa alat transportasi yang digunakan dan alat-alat yang dibawa pada saat kunjungan ke daerah binaan (*nursing kit*, perkesmas

kit, dll) untuk menunjang pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas/daerah binaan.

Kriteria Obyektif :

Optimal : jika responden mendapatkan dan menggunakan salah satu atau lebih fasilitas yang ada di puskesmas dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas berupa transportasi, peralatan, dan format pendokumentasian askep komunitas

Belum optimal : jika responden tidak mendapatkan fasilitas yang ada di puskesmas untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas, berupa transportasi, peralatan, dan format pendokumentasian askep komunitas

f. Pengetahuan perawat

Pemahaman perawat terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas mulai dari pengkajian, diagnosa, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi, hingga pendokumentasian.

Kriteria Obyektif:

Baik : jika skor responden $> 50\%$

Kurang baik : Jika skor responden $< 50\%$

g. Kerja sama tim (*teamwork*)

Kerja sama tim merupakan suatu kelompok individu atau petugas kesehatan yang bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas/daerah binaan.

Kriteria Obyektif :

Optimal : jika responden melakukan kolaborasi dan menerapkan kerja tim pada saat melakukan pengkajian hingga evaluasi keperawatan komunitas ke daerah binaan

Belum optimal : jika responden tidak melakukan salah satu atau lebih kolaborasi dan menerapkan kerja tim pada saat melakukan pengkajian hingga evaluasi ke daerah binaan

F. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengukur fenomena yang diamati atau mengukur variabel dalam penelitian (Sugiyono, 2014). Instrumen yang peneliti gunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner. Peneliti menyajikan bentuk kuesioner yang akan diberikan kepada responden, yaitu instrument A (lembar kuisisioner) dan Instrumen B (lembar studi dokumentasi).

a. Instrumen A (lembar kuisisioner)

Instrumen A merupakan kuesioner tentang faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas dan kuesioner tentang gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas yang dibuat sendiri oleh peneliti. Dalam lembar kuisisioner terdapat daftar pertanyaan yang disusun secara tertulis yang akan dibagikan kepada responden untuk mengumpulkan data. Untuk mendapatkan hasil yang ingin diharapkan sesuai dengan tujuan penelitian, maka peneliti menggunakan instrument penelitian yang dikembangkan dari *literature*. Isi dari kuisisioner ini terdiri atas pertanyaan tentang pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas/daerah binaan, faktor dana (*budget*) faktor gaji, faktor pengakuan/penghargaan (*reward*), faktor beban kerja, faktor sarana dan prasarana, faktor pengetahuan perawat dan faktor kerja tim (*teamwork*) dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas/daerah binaan yang bersumber dari berbagai *literature* buku dan jurnal-jurnal.

Cara pengisian kuesioner dilakukan oleh responden langsung dengan memberikan tanda silang (x) pada jawaban yang dianggap benar. Kuesioner yang memuat tentang faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas/daerah binaan ini menggunakan kuesioner jenis tertutup dengan skala pengukuran adalah skala *Guttman* dimana skala pengukuran ini bersifat tegas dan konsisten seperti jawaban yang terdapat pada kuesioner yaitu Ya atau Tidak. Kuesioner untuk faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan aspek

ini terdiri atas 46 pertanyaan dari 7 item yang ada. Jawaban dari responden dibuat skor tertinggi “satu” dan skor terendah “nol”, untuk alternatif jawaban responden, peneliti menetapkan kategori untuk setiap pertanyaan positif (*favorable*) yaitu Ya = 1 dan Tidak = 0, sedangkan kategori untuk pertanyaan negatif (*unfavorable*) yaitu Ya = 0 dan Tidak = 1.

b. Instrumen B (lembar studi dokumentasi)

Instrumen B merupakan lembar studi dokumentasi. Selain kuisisioner peneliti akan menggunakan lembar studi dokumentasi untuk melihat pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas/daerah binaan yang telah dilaksanakan oleh perawat. Pada lembar studi dokumentasi terdiri dari 5 item proses asuhan keperawatan komunitas yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, *planning*, implementasi dan evaluasi. Peneliti dalam melakukan penilaian memberikan *check list* pada kolom yang tersedia yaitu (YA) apabila hal tersebut dilakukan oleh perawat dan (TIDAK) apabila hal tersebut tidak dilakukan oleh perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas/daerah binaan.

G. Uji Validitas dan Reabilitas

1. Uji Validitas

Uji Validitas digunakan untuk mengetahui ketepatan pengukuran suatu instrumen agar instrumen tersebut dapat digunakan untuk mengukur apa yang seharusnya diukur oleh peneliti (Sugiyono, 2014). Uji validitas dilakukan sebelum digunakan pada penelitian. Kuisisioner dapat digunakan dalam

penelitian apabila hasil uji validitas dikatakan valid. Kuesioner ini telah di uji coba pada tanggal 25 Desember 2017 – 11 Januari 2018 kepada 40 perawat di 7 puskesmas yang berada di Kabupaten Gorontalo untuk mengetahui validitas dan reabilitas kuesioner agar kuesioner dapat digunakan pada saat penelitian.

Untuk mengetahui apakah item dikatakan valid atau tidak valid dengan membandingkan nilai r tabel dengan nilai r hitung (*corrected item-total correlation*). Nilai r tabel pada nilai r *product moment* dengan $N=40$ dengan taraf signifikan 5% adalah 0,304 yang artinya nilai r dari masing-masing item pertanyaan harus lebih besar atau sama dengan 0,304 (Sugiyono, 2014). Jika nilai dibawah 0,304 maka item pertanyaan dinyatakan tidak valid dan dikeluarkan dari kuesioner penelitian. Dari hasil uji validitas untuk kuesioner penelitian ini menunjukkan bahwa 46 item pertanyaan valid dan dapat digunakan dengan nilai r antara 0,316 sampai 0,855.

2. Uji Reabilitas

Pengujian reabilitas instrumen digunakan rumus koefisien *cronbach's alpha*. Reabilitas instrumen diketahui untuk membandingkan nilai r tabel dengan nilai α . Instrumen penelitian dikatakan reliabel jika nilai *cronbach alpha* $> 0,60$ sampai mendekati 1 (Sugiyono, 2014). Dari hasil uji reabilitas kuesioner faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas memiliki nilai *cronbach's alpha* 0,745 sehingga kuesioner penelitian ini reliabel.

H. Pengolahan dan Analisa Data

1. Pengolahan Data

Sebelum melakukan analisa data terdapat beberapa tahapan yang harus dilakukan terlebih dahulu. tahapan itu terdiri dari (Suyanto, 2011):

a. *Coding*

Tahapan memberi kode pada jawaban responden terdiri dari memberi kode identitas pada responden untuk menjaga kerahasiaan identitas reponden dan mempermudah proses penyimpanan dalam arsip data, serta menetapkan kode untuk skoring jawaban responden.

b. *Skoring*

Pemberian skor pada setiap jawaban responden. Tidak terdapat pedoman baku dalam skoring namun harus konsisten dalam memberikannya. Selain itu pertanyaan dalam kuesioner yang bersifat negatif perlu diperhatikan dengan seksama, karena pertanyaan yang demikian harus diberi skor terbalik.

c. *Entering*

Memasukkan data yang telah di skor ke dalam program computer seperti program SPSS (*Statistical Product and Service Solutions*). Data juga dapat dimasukkan ke dalam format kolom menggunakan cara manual.

d. *Cleaning*

Memastikan semua data yang telah dimasukkan ke dalam mesin pengolah data sudah sesuai dengan yang sebenarnya, untuk itu perlu

dicek kembali untuk melihat kemungkinan adanya kesalahan-kesalahan kode. Disini peneliti memerlukan adanya ketelitian dan keakuratan data.

2. Analisa Data

Data yang telah dikelola kemudian di analisa untuk menjelaskan hubungan antara variabel-variabel dalam penelitian. Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis univariat. Analisis univariat yaitu analisis terhadap satu variabel penelitian. Analisis ini, dapat dibuat dalam bentuk presentase maupun penyebaran dari setiap variabel. Data yang telah diperoleh dari hasil penelitian ini akan di uraikan atau digambarkan melalui program SPSS. Pada penelitian ini analisis univariat digunakan untuk mendiskripsikan penyebaran dan presentase dari setiap variabel yang diteliti (Prasetyo & Jannah, 2011).

I. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti memandang perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian, dalam hal ini Puskesmas yang ada di Kota Makassar. Setelah mendapat persetujuan barulah dilakukan penelitian dengan menekankan masalah etika penelitian sesuai dengan pedoman menurut Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan (2011). Etika penelitian memiliki berbagai macam prinsip yaitu :

1. *Respect for person* (prinsip menghormati harkat martabat manusia)

Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak responden untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian. Tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia yaitu peneliti mempersiapkan formulir persetujuan (*informed consent*) yang didalamnya mencakup maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan. Jika calon responden bersedia untuk diteliti, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut.

2. *Beneficence* dan *Non-maleficence* (prinsip etik berbuat baik)

Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi responden dan dapat digeneralisasikan di tingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasikan dampak yang merugikan bagi responden (*nonmaleficence*). Apabila pada saat penelitian berjalan berpotensi mengakibatkan stress tambahan atau lain sebagainya pada responden, maka penelitian tidak akan dilanjutkan pada responden tersebut untuk mencegah terjadinya hal yang tidak diinginkan.

3. *Justice* (prinsip etik keadilan)

Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Untuk memenuhi prinsip keterbukaan, penelitian dilakukan secara jujur, hati-hati, professional, berperikemanusiaan, dan memperhatikan faktor-faktor

ketetapan, keseksamaan, kecermatan, psikologi responden. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan yaitu kejelasan prosedur penelitian. Peneliti juga tidak bisa membeda-bedakan responden.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 31 Puskesmas Kota Makassar sejak tanggal 3 Februari sampai dengan tanggal 10 April 2018. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk analisa univariat. Sebelumnya pada penelitian ini peneliti melakukan pengambilan data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh menggunakan kuesioner yang dibagikan kepada responden. Data sekunder diperoleh dengan melihat pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas yang dilaksanakan oleh puskesmas.

Populasi dalam penelitian ini berjumlah 249 orang dengan menggunakan metode *deskriptif kuantitatif* serta teknik pengambilan sampel *purposive sampling* dan *accidental sampling*. Penentuan sampel menggunakan rumus *slovin* dengan batas toleransi 5% sehingga didapatkan jumlah responden dalam penelitian ini sebesar 154 orang. Namun responden yang didapatkan oleh peneliti hanya berjumlah 133 orang dan jumlah akhir responden yang diteliti oleh peneliti berkurang menjadi 95 responden, hal ini disebabkan oleh adanya responden yang di *drop out* karena tidak memiliki daerah binaan, adanya pengurangan jumlah puskesmas dan terdapat perbedaan jumlah perawat di data Dinas Kesehatan Kota Makassar tahun 2016 dengan yang ada di lapangan.

Penelitian dimulai dengan membagikan surat izin penelitian di masing-masing puskesmas, kemudian peneliti menjelaskan penelitian kepada

responden dan dilanjutkan dengan memberikan lembar persetujuan menjadi responden dan kuesioner penelitian.

Data yang terkumpul dari kuesioner penelitian kemudian diolah dan dianalisis secara univariat. Analisis univariat dalam penelitian ini digunakan untuk menggambarkan distribusi frekuensi data demografi dari perawat di 31 puskesmas Kota Makassar yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, masa kerja, pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas, *budgetting*, *reward*, beban kerja, sarana dan prasarana, pengetahuan tentang asuhan keperawatan komunitas dan kerja tim. Data yang diperoleh kemudian disajikan dalam bentuk tabel frekuensi dan narasi. Data primer dan data sekunder yang diperoleh meliputi:

1. Jumlah Sampel tiap Puskesmas

Tabel 5.1. Daftar Puskesmas Kota Makassar yang diteliti beserta jumlah responden

No.	Puskesmas	Jumlah Responden
1	Pattingalloang	7
2	Tabaringan	3
3	Jumpandang Baru	10
4	Rappokalling	4
5	Kaluku Bodoa	4
6	Layang	4
7	Malimongan Baru	3
8	Tarakan	4
9	Andalas	3
10	Makassau	5
11	Bara-Baraya	7
12	Maccini Sawah	3
13	Dahlia	3
14	Pertiwi	4
15	Panambungan	2
16	Jongaya	7
17	Barombong	5
18	Maccini Sombala	2
19	Minasa Upa	6

20	Ballaparang	3
21	Batua	9
22	Toddopuli	3
23	Pampang	5
24	Tamamaung	4
25	Karuwisi	4
26	Antang	3
27	Tamangapa	3
28	Bangkala	3
29	Bulurokeng	4
30	Sudiang Raya	4
31	Paccerrakkang	3

2. Karakteristik Responden

Tabel 5.2. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia dan Masa Kerja di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Karakteristik	Mean	Min	Maks
Usia	38,19	24	57
Masa Kerja	13,66	1	35

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa rata-rata usia responden dalam penelitian ini adalah 38 tahun dengan usia minimum 24 tahun dan maksimum 57 tahun. Sedangkan responden rata-rata memiliki masa kerja 13,6 tahun dengan masa kerja minimum 1 tahun dan maksimum 35 tahun.

Tabel 5.3. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, dan Pekerjaan di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Karakteristik	Kategori	n	%
Jenis Kelamin	Laki-Laki	6	6,3
	Perempuan	89	93,7
Pendidikan Terakhir	SPK	6	6,3
	D3	28	29,5
	S1	58	61,1
	Pasca Sarjana	3	3,2
Pekerjaan	PNS	93	97,9
	Honorar	2	2,1

Tabel 5.3. menunjukkan bahwa sebagian besar jenis kelamin responden perempuan yaitu sebanyak 93,7%. Sedangkan untuk pendidikan terakhir diperoleh data pendidikan yang paling banyak adalah S1 sebanyak 61,1% dan yang paling sedikit adalah Pasca Sarjana sebanyak 3,2%. Adapun untuk pekerjaan diperoleh data pekerjaan yang paling banyak adalah PNS sebanyak 97,9%.

3. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas

Tabel 5.4. Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas Menurut Persepsi Responden di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Karakteristik	N	%
Melaksanakan	74	77,9
Tidak Melaksanakan	21	22,1

Berdasarkan tabel 5.4 diperoleh data bahwa lebih dari setengah responden dalam penelitian ini memiliki persepsi telah melaksanakan asuhan keperawatan komunitas yaitu sebanyak 77,9%.

Tabel 5.5. Distribusi Frekuensi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas yang dilakukan oleh Responden menurut persepsi responden di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas	Ya		Tidak	
	N	%	n	%
Melaksanakan pengkajian keperawatan komunitas	88	92,6	7	7,4
Menyusun diagnosa keperawatan komunitas	82	86,3	13	13,7
Membuat rencana tindakan keperawatan komunitas	90	94,7	5	5,3
Melakukan tindakan keperawatan komunitas	90	94,7	5	5,3
Melakukan evaluasi keperawatan komunitas	90	94,7	5	5,3
Paham pendokumentasian askep komunitas	88	92,6	7	7,4
Membuat pendokumentasian askep komunitas	80	84,2	15	15,8
Membuat pendokumentasian askep individu dan keluarga	78	82,1	17	17,9

Tabel 5.5. menunjukkan bahwa lebih dari 80% responden telah melaksanakan asuhan keperawatan komunitas mulai dari pengkajian keperawatan hingga pendokumentasian askep.

4. *Budgetting*

Tabel 5.6. Distribusi Frekuensi *Budgetting* menurut responden dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Karakteristik	N	%
Optimal	49	51,6
Belum optimal	46	48,4

Berdasarkan tabel 5.6 diperoleh data bahwa sebesar 51,6% responden mengatakan *budgetting* dari puskesmas sudah optimal, sedangkan sebanyak 48,4% responden mengaku *budgetting* dari puskesmas belum optimal.

Tabel 5.7. Distribusi Frekuensi Ketersediaan *Budgetting* dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas menurut responden di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

<i>Budgetting</i> dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Puskesmas menyediakan dana	83	87,4	12	12,6
Dana yang diberikan oleh puskesmas sesuai	71	74,7	24	25,3
Mendapat uang transportasi	86	90,5	9	9,5
Mendapat biaya untuk membeli perlengkapan	52	54,7	43	45,3

Berdasarkan Tabel 5.7. diperoleh data bahwa sebagian besar responden mendapatkan uang transportasi ketika melaksanakan asuhan keperawatan komunitas yaitu 90,5% dan hanya 54,7% responden yang mendapat biaya untuk membeli perlengkapan asuhan keperawatan komunitas.

Tabel 5.8. Distribusi Frekuensi Sumber Dana dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas menurut responden di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Sumber Dana	Frekuensi (n)	Presentasi (%)
APBD	44	46,3
APBN	15	15,8
Pendapatan Puskesmas	1	1,1
BOK	13	13,7
APBD/APBN	10	10,5
JKN	1	1,1
Lain-lain	3	3,2
Tidak ada dana	2	2,1
Tidak tau	6	6,3

Berdasarkan Tabel 5.8. diperoleh data bahwa sebagian besar sumber dana dalam pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga berasal dari APBD yaitu 46,3% dan sebanyak 6,3% responden tidak mengetahui sumber dana yang digunakan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas.

5. Pengakuan/Penghargaan

Tabel 5.9. Distribusi Frekuensi Pengakuan/Penghargaan menurut persepsi Responden di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Karakteristik	n	%
Mendapatkan	81	85,3
Tidak mendapatkan	14	14,7

Berdasarkan tabel 5.9. diperoleh data 85,3% responden telah mendapatkan pengakuan/penghargaan dan hanya 14,7% responden yang tidak mendapatkan pengakuan/penghargaan di 31 Puskesmas Kota Makassar.

Tabel 5.10. Distribusi Frekuensi Jenis Pengakuan/Penghargaan yang didapatkan oleh Responden menurut persepsi responden di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Pengakuan/Penghargaan	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Pengakuan/penghargaan atas pekerjaan yang dilakukan	30	31,6	65	68,4
Mendapat tunjangan finansial dari puskesmas	55	57,9	40	42,1
Mendapat tawaran melanjutkan pendidikan	22	23,2	73	76,8
Mendapat apresiasi dari pasien/petugas kesehatan	60	63,2	35	36,8
Mendapat pelatihan/workshop perkesmas	43	45,3	52	54,7
Mendapat pelatihan/workshop asuhan keperawatan komunitas	24	25,3	71	74,7
Mendapat pelatihan dari puskesmas	23	24,2	72	75,8

Berdasarkan Tabel 5.10. diperoleh data bahwa sebanyak 68,4% responden tidak mendapatkan penghargaan atas pekerjaan yang dilakukannya, 57,9% responden mendapat tunjangan finansial dari puskesmas, 76,8% responden tidak mendapatkan tawaran dari puskesmas untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi, 63,2% responden mendapatkan apresiasi dari pasien/petugas kesehatan setelah melaksanakan asuhan keperawatan komunitas, 45,3% responden pernah mendapatkan pelatihan/workshop tentang perkesmas, 25,3% responden pernah mendapatkan pelatihan/workshop tentang asuhan keperawatan komunitas dan 75,8% responden tidak pernah mendapatkan pelatihan/workshop dari puskesmas.

6. Beban Kerja

Tabel 5.11. Distribusi Frekuensi Beban Kerja Responden dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Karakteristik	n	%
Sesuai tupoksi	57	60
Tidak sesuai tupoksi	38	40

Berdasarkan tabel 5.11. diperoleh data bahwa sebagian besar responden di 31 Puskesmas Kota Makassar memiliki yang sesuai dengan tupoksi perawat yaitu sebanyak 60%. Sedangkan 40% responden lainnya mengemban beberapa tugas yang tidak sesuai dengan tupoksi perawat.

7. Sarana dan Prasarana

Tabel 5.12. Distribusi Frekuensi Ketersediaan Sarana dan Prasarana dari Puskesmas menurut persepsi Responden dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Karakteristik	N	%
Optimal	62	65,3
Belum optimal	33	34,7

Berdasarkan tabel 5.12 diperoleh data bahwa sebagian besar responden di 31 Puskesmas Kota Makassar mengatakan sarana dan prasarana di puskesmas sudah optimal yaitu 65,3%, dan hanya 34,7% responden yang mengaku sarana dan prasarana di puskesmas belum optimal.

Tabel 5.13. Distribusi Frekuensi Jenis Sarana dan Prasarana untuk Responden dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Sarana dan Prasarana	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Tersedia transportasi di puskesmas untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas	61	64,2	34	35,8
Tersedia peralatan yang digunakan untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas	77	81,1	18	18,9
Tersedia format pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas di puskesmas	58	61,1	37	38,9
Pengaruh tersedia alat kesehatan dan alat transportasi ketika melaksanakan asuhan keperawatan komunitas	82	86,3	13	13,7

Berdasarkan Tabel 5.13 diperoleh data sebanyak 81,1% responden mendapatkan ketersediaan peralatan dari puskesmas yang digunakan untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas dan sebesar 38,9% responden tidak mendapatkan ketersediaan format pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas dari puskesmas.

8. Pengetahuan Asuhan Keperawatan Komunitas

Tabel 5.14. Distribusi Frekuensi Tingkat Pengetahuan Responden tentang Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Tingkat Pengetahuan	N	%
Baik	62	65,3
Kurang baik	33	34,7

Berdasarkan tabel 5.14. diperoleh data bahwa sebagian besar tingkat pengetahuan responden baik yaitu 65,3% dan sebagian kecil responden memiliki tingkat pengetahuan responden kurang baik yaitu 34,7%.

Tabel. 5.15. Distribusi Frekuensi Jawaban Responden tentang Pengetahuan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Pertanyaan Pengetahuan	Benar		Salah	
	n	%	n	%
Definisi asuhan keperawatan komunitas	26	27,4	34	72,6
Fokus dari proses asuhan keperawatan komunitas	49	51,6	46	48,4
Urutan langka-langkah proses asuhan keperawatan komunitas yang tepat	85	89,5	10	10,5
Susunan pengkajian data asuhan keperawatan komunitas	35	36,8	60	63,2
Fokus diagnosa keperawatan komunitas	69	72,6	26	27,4
langkah-langkah menyusun perencanaan keperawatan komunitas	34	35,8	61	64,2
Kegiatan yang dilakukan oleh perawat pada saat kunjungan ke daerah binaan	40	42,1	55	57,9
Contoh diagnosa keperawatan komunitas	59	62,1	36	37,9

Sumber: Data Primer, 2018

Berdasarkan Tabel 5.15 diperoleh data bahwa jawaban pertanyaan yang paling banyak benar yang di jawab oleh responden yaitu pertanyaan tentang urutan langkah-langkah proses askep komunitas yaitu sebesar 89,5%, sedangkan jawaban yang paling banyak salah yang dijawab oleh responden yaitu pertanyaan tentang definisi askep komunitas sebesar 72,6%.

9. Kerja Tim

Tabel 5.16. Distribusi Frekuensi *Teamwork* dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Karakteristik	n	%
Optimal	69	72,6
Belum optimal	26	27,4

Berdasarkan tabel 5.16 diperoleh data bahwa sebagian besar responden di 31 Puskesmas Kota Makassar kerja tim di puskesmas sudah optimal yaitu sebesar 72,6%, sedangkan 27,4% responden mengaku kerja tim di puskesmas belum optimal

Tabel 5.17. Distribusi Frekuensi Responden Menerapkan *Teamwork* dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar tahun 2018 (n=95)

Kerja Tim	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Melakukan kolaborasi dengan petugas lain ketika melaksanakan asuhan keperawatan komunitas	82	86,3	13	13,7
Menerapkan kerja tim dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas	83	87,4	12	12,6
Berdiskusi dengan anggota tim ketika membuat diagnosa keperawatan komunitas	82	86,3	13	13,7
Berdiskusi dengan anggota tim ketika membuat rencana tindakan keperawatan komunitas	83	87,4	12	12,6
Melakukan tindakan keperawatan ke daerah binaan bersama anggota tim	84	88,4	11	11,6
Melibatkan anggota tim dalam melakukan evaluasi tindakan keperawatan komunitas	81	85,3	14	14,7
Kemudahan melaksanakan askep komunitas dengan adanya <i>teamwork</i>	87	91,6	8	8,4

Berdasarkan Tabel 5.17. diperoleh data bahwa 91,6% responden mengatakan mudah jika melaksanakan asuhan keperawatan komunitas dengan *teamwork*, dan hanya 14,7% responden yang tidak melibatkan anggota tim dalam melakukan evaluasi tindakan keperawatan komunitas.

B. Pembahasan

Penelitian ini dilakukan dengan cara pengumpulan data primer dengan menggunakan kuesioner, selain itu pengumpulan data sekunder diambil dari format pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas untuk mendukung penelitian ini dengan cara melihat proses pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi di 31 puskesmas Kota Makassar. Penelitian ini bertujuan untuk melihat faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di Puskesmas kota

Makassar. Setelah dilakukan pengolahan data dan analisis data maka akan dibahas sebagai berikut :

1. Gambaran pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas

Pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas merupakan asuhan keperawatan yang diberikan secara langsung oleh perawat kepada seluruh masyarakat dalam rentang sehat-sakit dengan mempertimbangkan seberapa jauh masalah kesehatan masyarakat mempengaruhi individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat. (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2006). Pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas dalam penelitian ini adalah proses keperawatan yang diberikan oleh perawat kepada individu, keluarga, kelompok, serta masyarakat yang sakit mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan hingga pendokumentasian pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebesar 77,9% responden di 31 puskesmas Kota Makassar telah melaksanakan tahapan atau proses dari asuhan keperawatan komunitas mulai dari pengkajian, penyusunan diagnosa, perencanaan, tindakan, hingga evaluasi keperawatan, dan hanya 22,1% responden yang tidak melaksanakan asuhan keperawatan komunitas dengan alasan tidak ada waktu, kurang tenaga kerja, dan terlalu banyak pekerjaan yang juga harus dikerjakan.

Adapun proses keperawatan komunitas yang paling banyak dilakukan oleh responden yaitu membuat rencana tindakan keperawatan, melakukan

rencana tindakan keperawatan, serta melakukan evaluasi keperawatan komunitas, namun berdasarkan studi pendokumentasian mereka hanya memperlihatkan rencana tindakan keperawatan *homecare* karena persepsi responden mengenai asuhan keperawatan komunitas dengan *homecare* merupakan hal yang sama sehingga responden menganggap hal tersebut juga sebagai pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas.

Seluruh puskesmas tidak menunjukkan atau melaksanakan pengkajian asuhan keperawatan komunitas dikarenakan terlalu banyak yang harus ditulis, responden tidak memiliki waktu yang cukup dan tenaga kerja yang kurang sehingga tidak melakukan pengkajian keperawatan komunitas, puskesmas tidak memiliki format pengkajian karena belum pernah di sosialisasikan sebelumnya dan berbagai macam alasan lainnya karena di puskesmas tersebut tidak melaksanakan askep komunitas secara khusus melainkan terintegrasi dengan program yang lain.

Peneliti mendapatkan sebagian besar responden menyusun diagnosa keperawatan komunitas namun pada saat studi pendokumentasian hanya sebagian kecil responden yang menunjukkan diagnosa keperawatannya dan itupun hanya diagnosa keperawatan *homecare* dan diagnosa pasien yang mengunjungi puskesmas, hal ini dikarenakan responden hanya datang ke daerah binaan dan melakukan tindakan keperawatan sesuai kondisi yang ditemukan di daerah binaan.

Penelitian ini juga mendapatkan sebagian besar responden telah membuat pendokumentasian askep, namun pada saat studi

pendokumentasian mereka hanya memperlihatkan bukti dalam bentuk selebaran yaitu lembar pendokumentasian untuk *homecare*. dan di dokumentasikan di buku portofolio. Hal ini dikarenakan banyak yang harus dikerjakan oleh responden sehingga mereka tidak memiliki waktu untuk melakukan pendokumentasian askep karena terlalu banyak yang harus ditulis dan tenaga kerja di puskesmas juga kurang. Salah satu responden juga mengatakan alasannya tidak melakukan pendokumentasian askep komunitas karena tidak ada nilai tambah dari pendokumentasian askep tersebut, kemudian format terlalu ribet karena pemegang program perkesmas memegang lebih dari dua program, responden juga tidak memiliki format pendokumentasian askep komunitas karena tidak pernah disosialisasikan oleh puskesmas ataupun dinas kesehatan. (Lihat lampiran 8).

2. Gambaran *budgetting* dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas

Penelitian ini menunjukkan 51,6% *budgetting* di 31 puskesmas sudah optimal dan 48,4% belum optimal dikarenakan beberapa puskesmas belum mendapatkan dana untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas baik untuk uang transportasi ke daerah binaan dan uang untuk membeli alat. Sebagian besar responden mendapatkan uang transportasi dari puskesmas untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kholifah (2015) yang mengatakan bahwa perawat memerlukan dana dan uang

transportasi dalam melaksanakan asuhan keperawatan, jika tidak hal tersebut tidak terpenuhi maka perawat tidak akan melaksanakan asuhan keperawatan. Secara keseluruhan responden telah melakukan proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi keperawatan.

Sebagian kecil responden mengatakan tidak mendapat biaya untuk membeli perlengkapan ketika melaksanakan asuhan keperawatan komunitas dan dana yang diberikan puskesmas tidak sesuai. Hal ini disebabkan oleh beberapa alasan, yaitu dana yang terdapat di puskesmas sangat terbatas, apalagi untuk dana perkesmas sebagian besar puskesmas mengatakan tidak di anggarkan (Terdapat di lampiran 8). Hal ini sesuai dengan teori yang diungkapkan oleh Filion (2016) bahwa masa keemasan keperawatan ialah pada saat meminta dana untuk membeli peralatan dalam meningkatkan kenyamanan dan kepuasan pasien serta untuk mempermudah perawat dalam melakukan pekerjaannya, akan tetapi dengan anggaran dana yang terbatas dan tingkat penggantian alat yang sedikit, perawat mungkin tidak dapat merekomendasikan produk alat terbaru untuk keuntungan semata.

Selain itu hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian dari sumber dana yang diberikan oleh puskesmas untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas berasal dari APBD. Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2014) mengatakan bahwa dana yang digunakan untuk operasional upaya pelayanan kesehatan dan manajemen puskesmas adalah dana BOK (Bantuan Operasional Kesehatan). Dana BOK tersebut digunakan untuk membiayai perjalanan petugas kesehatan dalam

melakukan upaya pelayanan kesehatan promotif dan preventif di luar gedung.

Dana BOK ini bersumber dari APBN yang pemanfaatannya utamanya untuk mendukung biaya operasional bagi petugas kesehatan dan kader dalam menjangkau masyarakat di wilayah kerja puskesmas sehingga terbentuk masyarakat hidup bersih dan sehat demi terwujudnya individu, keluarga, dan masyarakat yang sehat. Namun, pemerintah daerah tetap berkewajiban menyediakan dana operasional lainnya yang tidak terbiayai oleh BOK melalui APBD (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2016).

Standar biaya untuk pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas jumlahnya tidak dijelaskan secara detail, melainkan disusun secara terintegrasi dalam buku laporan mengenai program apa saja yang akan dilakukan dalam setiap bulannya, pembiayaan untuk program asuhan keperawatan komunitas juga tidak diberikan secara khusus melainkan tergabung dengan program perkesmas lainnya yaitu promkes, KIA & KB, gizi, P2M, dan kesling. Untuk pemberian biayanya tergantung kebijakan puskesmas itu sendiri (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2006)

3. Pengakuan/penghargaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas

Dalam melaksanakan pekerjaan dengan baik, tentunya seseorang harus diberi tanggung jawab yang besar, tantangan dan pengakuan. Sistem

penghargaan harus memenuhi kebutuhan motivasi dalam menciptakan sebuah lingkungan untuk mendorong para pekerja (Marquis & Husto, 2016). Bentuk pengakuan/penghargaan yang dapat diberikan kepada perawat yaitu tunjangan finansial, kompensasi, dan pengembangan profesional (Seitovirta et al, 2016). Dalam penelitian ini pengakuan/penghargaan merupakan apresiasi yang diberikan kepada seorang perawat.

Hasil penelitian ini menunjukkan sebesar 85,3% responden telah mendapatkan pengakuan/penghargaan dari puskesmas dan hanya 14,7% yang tidak mendapatkan pengakuan/penghargaan. Pengakuan/penghargaan yang didapatkan oleh setiap responden berbeda-beda jenis dan jumlahnya. Sebagian kecil responden yang belum mendapatkan pengakuan/penghargaan alasannya, karena memang sudah menjadi tugas pokok dan tanggung jawab seorang perawat untuk melakukan pekerjaan tersebut. Peters dan waterman dalam Marquis & Huston (2016) menyatakan bahwa pengakuan dan penghargaan dapat memberikan motivasi yang kuat pada seseorang untuk bekerja. Penghargaan tersebut dapat diberikan kapan pun tanpa perencanaan jika memang memungkinkan dan pantas untuk diberikan. Sebagian kecil dari responden mendapatkan penghargaan atas pekerjaan yang dilakukan. Adapun penghargaan yang didapatkan oleh responden yaitu sebagai perawat teladan, satya lencana, dll (terdapat pada lampiran 7).

Penelitian ini juga mendapatkan bahwa sebagian dari responden mendapatkan tunjangan finansial dari puskesmas. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kholifah (2016) yang mengatakan bahwa perawat membutuhkan penghargaan berupa gaji, insentif atau remunerasi dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Dengan adanya tunjangan finansial yang disediakan oleh puskesmas maka akan mendukung kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas, dan sebagian responden mengatakan tidak mendapatkan tunjangan finansial dari puskesmas karena masih dalam status honorer dan tunjangan finansial tidak diberikan oleh puskesmas melainkan oleh pemerintah kota.

Sebagian besar responden tidak mendapatkan tawaran untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi karena puskesmas tidak mempunyai dana berupa beasiswa yang akan diberikan kepada responden dan sebagian responden belum memiliki masa kerja yang cukup untuk diberikan kesempatan melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi, hanya sebagian responden yang mendapatkan pelatihan/workshop perkesmas, yaitu workshop tentang pelatihan indikator keluarga sehat, pelatihan imunisasi MR, pelatihan pendekatan keluarga, dll. Sedangkan untuk workshop/pelatihan aspek komunitas sebagian besar tidak pernah didapatkan oleh responden. Tourangeau et al (2014) mengatakan bahwa kesempatan untuk mendapatkan pendidikan dan pelatihan merupakan faktor yang mempengaruhi perawat dalam melaksanakan asuhan

keperawatan. Memiliki kesempatan dan pengetahuan melalui layanan pendidikan disebut sebagai faktor pendorong untuk perawat tetap bekerja. Walaupun responden di 31 puskesmas di Kota Makassar sebagian besar tidak mendapatkan pengakuan/penghargaan kenyataannya mereka tetap melakukan pekerjaannya karena memang sudah menjadi tugas dan tanggung jawab. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Kholifah (2016) bahwa perawat membutuhkan *reward* dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

4. Gambaran beban kerja dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas

Seseorang akan memiliki waktu yang cukup dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas apabila ia mengerjakan pekerjaan sesuai dengan tupoksinya. Beban kerja dalam penelitian ini dikaji melalui jumlah tugas dan tanggung jawab yang dilaksanakan oleh perawat. Alasan peneliti menganalisis beban kerja karena jika beban kerja seseorang semakin tinggi dan tidak sesuai dengan tupoksinya maka akan semakin sedikit waktunya untuk melaksanakan pekerjaan yang ada.

Dalam penelitian ini sebanyak 60% responden telah melakukan pekerjaan sesuai dengan tupoksinya, dan 40% responden mengemban tugas yang tidak sesuai dengan tupoksinya seperti menjadi penanggung jawab surveilans dimana pekerjaan tersebut seharusnya dikerjakan oleh tenaga epidemolog, dan separuh responden juga mengemban tugas menjadi bendahara gaji di puskesmas dimana hal tersebut bisa dilakukan oleh

lulusan SMEA/SMA (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2004)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden memiliki tiga bahkan lebih dari tiga tugas dan tanggung jawab yang diembannya. Adapun beberapa tugas dan tanggung jawab yang diemban oleh perawat di 31 Puskesmas Kota Makassar diantaranya adalah sebagai koordinator perkesmas, perawat poli, penanggung jawab program prolanis, perawat UGD, penanggung jawab imunisasi, bendahara puskesmas, penanggung jawab kesehatan olahraga dan lain sebagainya, sehingga perawat bisa mendapat lebih dari satu tugas dan tanggung jawab. Hal ini sesuai dengan teori bahwa tugas perawat teregistrasi bervariasi sesuai bidang dan keahlian masing-masing.

Perawat berperan sebagai kunci dalam mempromosikan kesehatan dengan melakukan berbagai macam pelayanan. Perawat teregistrasi utamanya berfokus dalam merawat dan mendidik pasien dan anggota keluarga tentang pemulihan dan cara mencegah penyakit. Sebagai seorang perawat teregistrasi, diharapkan tetap siap untuk melaksanakan segala pekerjaan dengan durasi waktu berjam-jam bahkan harus bekerja pada akhir pekan, hari libur, dan melakukan shift malam (*Registered Nurse*, 2018).

Peneliti juga menemukan bahwa lebih dari setengah responden menyebutkan beban kerja mempengaruhi tugas dan tanggung jawab mereka dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas dikarenakan beban

kerja yang banyak sehingga jadwal bertabrakan dan responden tidak memiliki waktu yang cukup untuk melakukan kunjungan ke daerah binaan, responden juga menyebutkan bahwa jumlah petugas kesehatan mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas karena puskesmas memiliki keterbatasan tenaga kerja sehingga responden harus rangkap tugas yang menyebabkan asuhan keperawatan komunitas tidak terlaksana. Hal ini sesuai dengan penelitian Kholifah (2016) yang menyebutkan bahwa jumlah tugas dan tanggung jawab yang diberikan kepada perawat dan jumlah petugas kesehatan di puskesmas mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan yang dibuktikan dengan hasil penelitian di atas.

Meskipun jumlah tugas dan tanggung jawab yang diemban oleh responden banyak, hal itu tidak membuat responden untuk tidak melaksanakan asuhan keperawatan komunitas. Hal ini dikarenakan responden merasa hal tersebut adalah sebuah kewajiban yang harus dilaksanakan. Pozin (2013) menyebutkan bahwa saat ini banyak orang menganggap pekerjaan hanyalah sebuah faktor kewajiban yang harus dilaksanakan demi memenuhi kebutuhan diri. Penelitian baru yang dilakukan para ilmuwan di Universitas Concordia menemukan bahwa orang yang tetap bekerja karena merasa itu adalah kewajiban yang diikat oleh instansi atau organisasi tertentu akan cenderung mengalami kelelahan (Wood, 2012). Hal yang sama ditemukan oleh Tourangeau et al (2014) bahwa beban kerja tidak dapat diatur dan dapat berubah sebagai sumber

frustrasi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan mempengaruhi kualitas perawatan pasien.

Kelelahan yang dialami oleh perawat tersebut membuat mereka akhirnya tidak membuat pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas. Hal ini terbukti dari studi pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas yang dilakukan oleh peneliti, bahwa kenyataannya beban kerja perawat di 31 Puskesmas Kota Makassar mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas, hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian bahwa dari 31 puskesmas tidak ada satupun puskesmas yang dapat menunjukkan pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas yang dilakukan. Hasil ini sesuai dengan penelitian Tourangeau et al (2014) yang menyebutkan bahwa dokumentasi dan kertas tugas, tuntutan perawatan pasien serta pelaporan sebagai aspek beban kerja yang dianggap sulit untuk diimbangi oleh perawat dan diselesaikan pada jam kerja. Dalam penelitian ini beberapa responden menuliskan alasan tidak melaksanakan proses asuhan keperawatan secara lengkap karena tidak ada format pendokumentasian aspek, terlalu banyak yang ditulis, tidak ada waktu, kurangnya petugas, dan banyak pekerjaan yg lain (terdapat pada lampiran 8).

5. Gambaran sarana dan prasarana dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas

Sarana dan prasarana yang di maksud dalam penelitian ini adalah fasilitas kesehatan yang disediakan oleh puskesmas berupa peralatan medis

dan transportasi yang digunakan untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas. Hidayat (2015) menyebutkan bahwa sarana adalah semua alat kesehatan yang digunakan petugas kesehatan untuk melakukan pelayanan kesehatan, sedangkan prasarana adalah segala sesuatu yang digunakan petugas kesehatan untuk mempermudah pelaksanaan program di puskesmas.

Pada penelitian ini menunjukkan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas di 31 puskesmas Kota Makassar sudah optimal yaitu sebesar 65,3% dan hanya 34,7% responden yang mengatakan belum optimal, hal ini disebabkan oleh beberapa puskesmas belum memfasilitasi kendaraan, peralatan yang akan digunakan di daerah binaan, lembar pengkajian asuhan keperawatan komunitas, serta format pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas. Sebagian dari responden mendapatkan ketersediaan transportasi di puskesmas berupa mobil ambulans/dottoro ketika turun ke daerah binaan. Namun tak sedikit responden lebih memilih menggunakan motor pribadi, taksi online, gojek, maupun angkutan umum ketika melaksanakan asuhan keperawatan komunitas meskipun puskesmas telah menyediakan transportasi, hal ini dikarenakan mobil ambulans lebih utama digunakan untuk kegiatan yang jarak jauh, dan petugas telah mendapatkan uang transportasi sehingga tidak lagi menggunakan transportasi dari puskesmas. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hidayat (2015) yang menyebutkan bahwa dengan adanya fasilitas transportasi seperti

mobil ambulans, mobil pusling, serta kendaraan operasional lainnya akan mendukung perjalanan perawat dalam melaksanakan pekerjaannya.

Penelitian ini juga menunjukkan bahwa sebagian besar di 31 puskesmas Kota Makassar telah menyediakan peralatan medis yang digunakan responden untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas berupa tensi, stetoskop, thermometer, dan timbangan. Adapun alat yang paling jarang dibawa oleh responden ketika turun ke daerah binaan yaitu tes diagnostic Hb karena alat tersebut terbatas dan lebih diutamakan di gunakan untuk pemeriksaan pasien di puskesmas. Kurang dari setengah responden juga mengatakan tidak memiliki format pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas, melainkan hanya format pendokumentasian *homecare* yang didokumentasikan dalam kertas, dan sebagiannya di tulis di buku album yang dibuat sendiri oleh responden

Umumnya puskesmas di Kota Makassar telah berupaya untuk menyediakan sarana dan prasarana bagi perawat untuk mendukung pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas. Hal ini sejalan dengan penelitian Kartini (2017) yang mengatakan bahwa produktivitas kerja setiap pegawai bisa saja tinggi atau rendah tergantung dari sarana yang menunjang pelaksanaan kegiatan. Sarana penunjang tersebut adalah kendaraan operasional, peralatan kesehatan, peralatan penunjang pemeriksaan, obat-obatan serta peralatan kantor yang dapat menunjang manajemen organisasi di puskesmas. Hal yang sama disebutkan oleh Hidayat (2015) bahwa ketersediaan alat kesehatan dapat membantu perawat

dalam melaksanakan pekerjaannya dan dapat meningkatkan kinerja pelayanannya.

6. Gambaran pengetahuan perawat terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas

Pengetahuan merupakan hasil yang didapatkan oleh seseorang melalui penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan serta pengecapan terhadap suatu objek tertentu (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan dalam penelitian ini adalah pemahaman perawat tentang pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas mulai dari pengkajian, penyusunan diagnosa, membuat rencana keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi hingga pendokumentasian asuhan keperawatan keluarga di 31 Puskesmas Kota Makassar.

Diniz, Cavalcante, Otoni & Mata (2015) mengatakan bahwa kurangnya pengetahuan perawat tentang proses keperawatan yang sebenarnya membuat perawat kurang percaya diri dalam melaksanakan pelayanan keperawatan pada pasien dan dapat menghambat penerapan pelayanan keperawatan. Tourangeau et al (2014) menjelaskan bahwa perawat diberikan tugas merawat pasien dari seluruh rentang kehidupan, dalam berbagai latar belakang budaya dan dengan berbagai macam kebutuhan perawatan. Variasi pasien dalam hal ini mengharuskan perawat menggunakan berbagai pengetahuan dan keterampilan keperawatan dalam melakukan praktik keperawatan di lapangan atau daerah binaan.

Penelitian ini menemukan bahwa lebih dari setengah responden di 31 Puskesmas Kota Makassar memiliki pengetahuan yang baik tentang

pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga yaitu sebesar 65,3%. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kholifah (2015) menemukan bahwa jika perawat tidak memiliki kemampuan dalam menerapkan asuhan keperawatan, akan membuat mereka tidak yakin untuk melakukan kunjungan lapangan. Perawat selalu berhadapan dengan manusia secara holistik dan bertemu dengan berbagai macam kasus di lapangan, sehingga harus terus meningkatkan pengetahuannya tentang pelaksanaan asuhan keperawatan agar terciptanya pelayanan yang efektif. Pada kenyataannya responden di 31 Puskesmas Kota Makassar telah melakukan beberapa tahapan dari pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas dengan pengetahuan yang mereka miliki.

Notoatmodjo (2007) mengatakan bahwa pengetahuan seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor, yaitu usia, pendidikan, pengalaman dan informasi. Dalam penelitian ini pengetahuan responden dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, serta masa kerja. Hal ini dapat dibuktikan dari beberapa hasil penelitian ini berdasarkan karakteristik responden, yaitu masa kerja dan pendidikan terakhir.

Penelitian ini menunjukkan masa kerja responden rata-rata 13,66 tahun dengan masa kerja tertinggi sebesar 35 tahun, dengan lamanya masa kerja tersebut tentunya sebagian besar responden telah mendapatkan pengalaman yang banyak tentang asuhan keperawatan komunitas. Seseorang yang telah mendapatkan pengalaman yang banyak akan sesuatu

dapat memiliki pengetahuan yang lebih baik akan hal tersebut. Wicaksono (2011) menyebutkan bahwa pengalaman adalah faktor yang dapat menentukan pengetahuan seseorang. Pengalaman seseorang dalam sebuah instansi dapat dikaitkan. Friedman, Bowden & Jones (2010) juga mengatakan bahwa sebagai seorang perawat profesional diharapkan secara rutin harus selalu merefleksikan kemampuan, pengetahuan dan perilaku ketika bekerja.

Selain itu dilihat dari segi pendidikan terakhir sebagian besar responden berpendidikan terakhir S1, hal ini tentu saja mempengaruhi tingkat pengetahuan mereka terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas. Lake & McHugh (2010) menyatakan bahwa tingkat pendidikan dan pengalaman bertahun-tahun yang dialami seseorang berkaitan dengan perawatan berkualitas terhadap pasien. Perawat dengan tingkat pendidikan tinggi dan telah banyak mengikuti pelatihan sudah pasti memiliki tingkat keahlian lebih tinggi pula.

7. Gambaran kerja tim dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas

Kerja tim dan kolaborasi sangat penting dalam merawat pasien. Kerja tim dalam kesehatan merupakan dua atau lebih orang yang berinteraksi satu sama lain secara interdependen dengan tujuan yang sama. Kerja tim dalam perawatan kesehatan menggunakan praktik kolaborasi dan peningkatan komunikasi untuk memperluas peran petugas kesehatan dalam membuat keputusan sebagai unit yang bekerja menuju tujuan yang sama (“HRH

Global Ressource Center,” 2018). Kerja tim merupakan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien oleh tim yang dipimpin oleh seseorang perawat profesional (Kozier et al, 2011). Kerja tim pada penelitian ini adalah suatu kelompok petugas kesehatan yang bekerja sama dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar.

Penelitian ini menunjukkan bahwa kerja tim di 31 puskesmas Kota Makassar sudah optimal yaitu 72,6% dan hanya 27,4% responden yang mengatakan belum optimal dikarenakan beberapa puskesmas tersebut belum menerapkan kerja tim. Sebagian besar responden menerapkan kolaborasi dan kerja tim dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar. Kurang dari setengah responden memiliki jumlah anggota tim 3 orang dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas di Puskesmas Kota Makassar. Hasil ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kholifah (2015) yang menyebutkan bahwa kerja tim diperlukan saat melaksanakan asuhan keperawatan, tanpa kerja sama tim akan sulit bagi perawat untuk melaksanakan asuhan keperawatan dikarenakan banyaknya kegiatan lain di puskesmas dan terbatasnya jumlah tenaga kesehatan.

Kerja tim dibuat untuk memahami situasi pasien, membuat pertanyaan tentang masalah yang terjadi, membuat penilaian awal, melakukan diskusi dan menyelesaikan masalah pasien. Tim ini juga dapat bekerja sama untuk mengembangkan promosi kesehatan bagi beragam komunitas dan

menanamkan perilaku pencegahan penyakit (*“HRH Global Resource Center,”* 2018). Petugas kesehatan yang berperan dalam anggota tim akan merasa lebih efektif dalam melaksanakan perawatan pasien. Kolaborasi dan kerja sama tim sangat diperlukan untuk mendapatkan perawatan kesehatan yang berkualitas. Kerja sama tim adalah proses dimana para petugas kesehatan yang profesional memikirkan dan mengembangkan cara untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya (Franklin, Bernhardt, Lopez, Middleton & Davis, 2015).

Kerja tim sangatlah penting, karena dapat mengurangi jumlah kesalahan medis dan meningkatkan keselamatan pasien. Selain itu dengan adanya kerja tim juga dapat mengurangi kelelahan petugas kesehatan, dimana tidak hanya satu orang yang bertanggung jawab atas kesehatan pasien, melainkan seluruh petugas kesehatan berkumpul menjadi sebuah tim untuk saling berkoordinasi memecahkan masalah yang ada. Kerja tim yang terpusat kepada pasien akan membuat pasien merasa lebih nyaman menerima perawatan dan merasa puas dengan perawatan kesehatan yang diberikan. Petugas kesehatan juga akan lebih puas dengan pekerjaan yang mereka lakukan (*“HRH Global Resource Center,”* 2018).

C. Keterbatan Penelitian

1. Jumlah pertanyaan kuesioner terlalu banyak sehingga sebagian besar responden mengalami kejenuhan dalam mengisi kuesioner dan keterbatasan waktu responden karena tugas mereka yang banyak.

2. Persepsi responden mengenai asuhan keperawatan komunitas dengan *homecare* merupakan hal yang sama, sehingga responden menganggap *homecare* juga sebagai pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas.
3. Peneliti tidak membedakan latar belakang pendidikan terakhir responden antara pendidikan S1 dengan S1 dan Ners yang dapat menjadi faktor tingginya pengetahuan responden.
4. Jumlah sampel yang didapatkan oleh peneliti hanya 95 responden, dimana yang seharusnya jumlah sampel adalah 154 orang. Ketidaksesuaian jumlah sampel ini dikarenakan terjadinya perubahan jumlah puskesmas yang diteliti yang mempengaruhi jumlah populasi perawat dan perhitungan jumlah sampel di tiap puskesmas, serta beberapa responden yang di drop out karena tidak sesuai dengan kriteria inklusi.
5. Studi dokumentasi peneliti tidak tercapai karena sebagian besar puskesmas tidak mempunyai pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas, dan beberapa puskesmas hanya menunjukkan pendokumentasian *homecare* dan pendokumentasian askep individu dalam buku album.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Setelah melakukan penelitian, peneliti dapat menarik kesimpulan bahwa :

1. Sebesar 77,9% responden di 31 puskesmas Kota Makassar mengatakan telah melaksanakan asuhan keperawatan komunitas, namun tidak sesuai dengan proses keperawatan komunitas yang semestinya.
2. *Budgetting* di 31 Puskesmas Kota Makassar sudah optimal untuk pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas (51,6%).
3. Sebesar 85,3% responden di 31 Puskesmas Kota Makassar telah mendapatkan pengakuan/penghargaan dari puskesmas/petugas kesehatan/pasien atas pekerjaan yang telah dilakukannya.
4. Sebesar 60% responden di 31 Puskesmas Kota Makassar memiliki beban kerja yang sesuai dengan tupoksinya, namun beban kerjanya berlebihan sehingga mempengaruhi mereka dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas, dan menyebabkan responden tidak memiliki waktu yang cukup dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas.
5. Sebesar 65,3% sarana dan prasarana di 31 Puskesmas Kota Makassar sudah optimal pada pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas.
6. Sebesar 65,3% pengetahuan responden tentang asuhan keperawatan komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar sudah baik.
7. Sebesar 72,6% kerja tim dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di 31 Puskesmas Kota Makassar sudah optimal.

B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian, pembahasan, kesimpulan, serta manfaat yang ingin dicapai dalam penelitian ini maka peneliti mengajukan saran-saran sebagai berikut:

1. Bagi Puskesmas Kota Makassar

Sebaiknya semua puskesmas di Kota Makassar memiliki format pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas menurut Kemenkes. Diharapkan puskesmas memberikan atau memfasilitasi pelatihan/workshop kepada perawat di puskesmas tentang perawat kesehatan masyarakat (perkesmas) dan pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas.

2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat terus meningkatkan pengetahuan dan pengalaman yang dimilikinya dan tetap melaksanakan asuhan keperawatan komunitas mulai dari pengkajian hingga pendokumentasiannya, serta diharapkan menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan komunitas sesuai dengan format dari kemenkes.

3. Bagi Peneliti Lain

Diharapkan pada peneliti selanjutnya untuk melanjutkan penelitian tentang faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas secara lebih mendalam menggunakan metode wawancara di Puskesmas Kota Makassar.

DAFTAR PUSTAKA

- Alghamdi, Mohammed G. (2016). Nursing Workload: a concept analysis. *Journal of Nursing Management*. 24(4). 449-457. doi: 10.1111/jonm.12354
- Asmadi. (2005). *Konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Australian College of Nursing. (2015, September). *Community & Primary Health Care Nursing*. Retrieved from https://www.acn.edu.au/sites/default/files/advocacy/Community_and_Primary_Health_Care_Postition_Statement.pdf
- Badan Pusat Statistik. (2016). *Upah Minimum Regional/Provinsi (UMR/UMP) dan rata-rata Nasional per tahun (Dalam Rupiah), 1997-2016*. Retrieved from <https://www.bps.go.id/linkTableDinamis/view/id/917>
- Chinawa, J. M. (2015). Factors militating against effective implementation of primary health care (PHC) System in Nigeria. *Journal Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 8(1), 5-9. doi:10.4103/1755-6783.156701
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Untuk apa saja pemanfaatan Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)?*. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/article/view/X-3006/faq-untuk-apa-saja-pemanfaatan-dana-bantuan-operasional-kesehatan-bok.html>
- Dinas Kesehatan Pemerintah Kota Makassar. (2016). *Profil Kesehatan Kota Makassar Tahun 2015*. Retrieved from <http://dinkeskotamakassar.com/index.php/2017-02-09-09-3056?download=17:profil-kesehatan-kota-makassar-tahun-2015>
- Diniz, I. A., Cavalcante, R. B., Otoni, A., & Mata, L. R. (2015). Perception of primary healthcare management nurses on the nursing process. *Journal Rev Bras Enferm*, 68(2). 182-189. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680204i>
- Efendi, F., & Makhfudli. (2009). *Keperawatan kesehatan komunitas: Teori dan praktik dalam keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=LKpz4vwQyT8C&printsec=frontcover&dq=Keperawatan+kesehatan+komunitas:+teori+dan+praktik+dalam+keperawatan&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwinyqS28fTXAhVBvJQKHbqTCzcQ6AEIJjAA#v=onepage&q=Keperawatan%20kesehatan%20komunitas%3A%20teori%20dan%20praktik%20dalam%20keperawatan&f=false>
- Filion, Julianne. (2016, May 12). A look at preparing the nursing department annual budget. *Gebaur Company*. Retrieved from <https://www.gebauer.com/blog/nursing-department-annual-budget>

- Franklin, C. M., Bernhardt, J. M., Lopez, R. P., Middleton, E. R., & Davis, S. (2015). Interprofessional teamwork and collaboration between community health workers and healthcare teams: An integrative review. *Journal SAGE*. 1-9. doi: 2333392815573312
- Hamdi, A. S. (2014). *Metode penelitian kuantitatif aplikasi dalam pendidikan*. Yogyakarta: Deepublish. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=nhwaCgAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Metode+Penelitian+Kuantitatif+Aplikasi+dalam+Pendidikan&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwjI3Jej8vTXAhVOv5QKHcXbAKcQ6AEIJjAA#v=onepage&q=Metode%20Penelitian%20Kuantitatif%20Aplikasi%20dalam%20Pendidikan&f=false>
- Harnilawati. (2013). *Pengantar ilmu keperawatan komunitas*. Sulawesi Selatan: Pustaka As Salam. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=3hLEAwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Pengantar+Ilmu+Keperawatan+Komunitas&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwji9ov98vTXAhVDLpQKHS9sBk4Q6AEIJjAA#v=onepage&q=Pengantar%20Ilmu%20Keperawatan%20Komunitas&f=false>
- Hidayat, W. (2015). Studi tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan di puskesmas Long Ikis Kecamatan Long Ikis Kabupaten Paser. *eJournal Ilmu Pemerintahan*, 3(4). 1637-1651. Retrieved from [http://ejournal.ip.fisip-unmul.ac.id/site/wp-content/uploads/2015/11/journal%20fix%20v1%20\(11-09-15-09-07-57\).pdf](http://ejournal.ip.fisip-unmul.ac.id/site/wp-content/uploads/2015/11/journal%20fix%20v1%20(11-09-15-09-07-57).pdf)
- HRHGlobal Resource Center. (2018). Why is teamwork in health care important?. Retrieved from https://www.hrhresourcecenter.org/HRH_Info_Teamwork.html
- Juliandi, A., Irfan, & Manurung, S. (2014). *Metodologi penelitian bisnis*. Medan: Umsupress. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=0X-rBAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Metodologi+Penelitian+Bisnis&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwj45vqq9PTXAhUBOpQKHRuiD5cQ6AEIJjAA#v=onepage&q=Metodologi%20Penelitian%20Bisnis&f=false>
- Kartini, W. (2017). Pengaruh pelaksanaan kebijakan tentang puskesmas dan dukungan sarana prasarana terhadap manajemen pelayanan kesehatan untuk meningkatkan produktivitas kerja. *Jurnal Publik*. 11(2) 146-156. ISN: 2579-9266
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2014, Juni Kamis). *Untuk apa saja pemanfaatan Dana Bantuan Operasional Kesehatan (BOK)?* Dipetik Oktober Minggu, 2017, dari untuk apa saja pemanfaatan dana bantuan operasional kesehatan bok: <http://www.depkes.go.id>

- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2004). *Pedoman penyusunan perencanaan sumber daya manusia kesehatan di tingkat propinsi, kabupaten/kota serta rumah sakit*, Menteri Kesehatan, Jakarta
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2006). *Pedoman penyelenggaraan upaya keperawatan kesehatan masyarakat di puskesmas*, Menteri Kesehatan, Jakarta
- Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan. (2011). *Komisi nasional etik penelitian kesehatan*. Retrieved from <http://www.knepk.litbang.depkes.go.id/knepk/>
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. J. (2011). *Buku ajar fundamental keperawatan: Konsep, proses, & praktik*. Edisi 7. Vol 1. Jakarta: EGC.
- Latham, G. P. (2007). *Work motivation : History, theory, research, and practice*. United States of America: Sage Publication. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=LmApklWApCQC&printsec=frontcover&dq=Work+motivation++History,+theory,+research,+and+practice&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwjOgvPW-vTXAhUHX5QKHdWOB4gQ6AEIKjAA#v=onepage&q=Work%20motivation%20%3A%20History%2C%20theory%2C%20research%2C%20and%20practice&f=false>
- Lake, Eileen T & McHugh, Matthew D. (2010). Understanding clinical expertise: Nurse education, experience, and hospital context. *Journal National Institutes Of Health*. 33(4). 276-287. doi: 10.1002/nur.20388.
- Madonni, S., Erwin, & Woforst, R. (2015). Hubungan penerapan metode tim dengan rencana asuhan keperawatan pasien di ruang rawat inap. *JOM*, 1520-1527. Retrieved from <https://www.neliti.com/publications/185493/hubungan-penerapan-metode-tim-dengan-rencana-asuhan-keperawatan-pasien-diruang-r>
- Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2016). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan : Teori dan aplikasi*. Jakarta: EGC.
- Mubarak, W. I. (2006). *Buku ajar keperawatan komunitas 2*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Notoatmodjo, S. (2007). *Promosi kesehatan dan ilmu perilaku*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurhayati. (2011). *Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Komunitas*. Jakarta: Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Panandu, A. (2016). Upaya peningkatan kualitas pelayanan publik pada pusat kesehatan masyarakat (Puskemas) Marangkayu Kecamatan Marangkayu Kabupaten Kutai Kartanegara. *eJournal Ilmu Pemerintahan*, 1841-1854.

Retrieved from [http://ejournal.ip.fisip-unmul.ac.id/site/wp-content/uploads/2017/01/Alfiransi%20Panandu%20\(01-09-17-08-59-55\).pdf](http://ejournal.ip.fisip-unmul.ac.id/site/wp-content/uploads/2017/01/Alfiransi%20Panandu%20(01-09-17-08-59-55).pdf)

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71. (2016). *Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun Anggaran 2017*. Retrieved from http://hukor.kemkes.go.id/uploads/produk_hukum/PMK_No._71_ttg_JUKNIS_Penggunaan_DAK_NONFISIK_Bidang_Kesehatan_TA_2017_.pdf

Pozin, Ilya. (2013, Okt 16). Stop looking at work as an obligation. *Forbes*. Retrieved from <https://www.forbes.com/sites/ilyapozin/2013/10/16/stop-looking-at-work-as-an-obligation/#563b532a56e0>

Prasetyo, B., & Jannah, L. M. (2011). *Metode penelitian kuantitatif*. Jakarta: Rajawali Pers.

Registered Nurse. (2018). Registered nurse responsibilities, duties, and job prospects. *Registered Nurse: All Guides about RN Schools and Programs*. Retrieved from <https://www.topregisterednurse.com/registered-nurse-job-description-and-duties/>

Riasmini, N. M., Permatasari, H., Chairani, R., Astuti, N. P., Ria, R. T., & Handayani, T. W. (2017). *Panduan asuhan keperawatan individu, keluarga, kelompok dan komunitas dengan modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di puskesmas dan masyarakat*. Jakarta: UI-Press.

Ryan, T. P. (2013). *Sample size determination and power*. United States of America: Wiley. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=WBSwhw-j1ZoC&printsec=frontcover&dq=Sample+size+determination+and+power&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwiFiYOfgPXXAhUJXrwKHSOkDkMQ6AEIJzAA#v=onepage&q=Sample%20size%20determination%20and%20power&f=false>

Seitovirta, J., Julkunen, K. V., Mitronen, L., Gieter, S. D., & Kvist, T. (2016). Attention to nurses' rewarding - an interview study of registered nurses working in primary and private healthcare in Finlandia. *Journal of Clinical Nursing*. 26(7-8). 1042-1052. doi: 10.1111/jocn.13459

Suardi. (2016). Pelaksanaan pelayanan kesehatan di puskesmas Batuah Kecamatan Loa Janan Kabupaten Kutai Kartanegara. *eJournal Ilmu Administrasi Negara*, 2465-2478. Retrieved from [http://ejournal.an.fisip-unmul.ac.id/site/wp-content/uploads/2016/02/Isi%20Jurnal%20\(02-22-16-06-07-45\).pdf](http://ejournal.an.fisip-unmul.ac.id/site/wp-content/uploads/2016/02/Isi%20Jurnal%20(02-22-16-06-07-45).pdf)

Sugiyono. (2014). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta.

- Suyanto. (2011). *Metodologi dan aplikasi penelitian keperawatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Swarjana, I. K. (2016). *Keperawatan Kesehatan Komunitas*. Yogyakarta: ANDI OFFSET. Retrieved from <https://books.google.co.id/books?id=L-9dDQAAQBAJ&pg=PA2&dq=Keperawatan+Kesehatan+Komunitas&hl=id&sa=X&ved=0ahUKEwjL1tqpgfXXAhXJW5QKHengDIEQ6AEIKzAB#v=onepage&q=Keperawatan%20Kesehatan%20Komunitas&f=false>
- Swiger, P. A., Vance, D. E., & Patrician, P. A. (2016). Nursing workload in the acute-care setting: A concept analysis of nursing workload. *The Official Journal of The American Academy of Nursing (Nursing Outlook)*. 64(3) 1-11. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2016.01.003>
- Tourangeau, Ann., Patterson, Erin., Rowe, Alissa., Saari, Margaret., Thomson, Heather., MacDonald, Geraldine., Cranley, Lisa., & Squires, Mae. (2014). Factors influencing home care nurse intention to remain employed. *Journal of Nursing Management*. 22(8). 1015-1026. doi: 10.1111/jonm.12104.
- Videbeck, S. L. (2010). *Psychiatric-Mental Health Nursing*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Wahyudi, I. (2010). *Hubungan Persepsi Perawat Tentang Profesi Keperawatan, Kemampuan, dan Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana Di RSUD dr. Slamet Garut*. Depok: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Retrieved from <http://lib.ui.ac.id/file?file=digital/20282580-T%20Iwan%20Wahyudi.pdf>
- Wicaksono, F. (2011). *Hubungan Pengalaman Kerja Dokter Puskesmas Kota Semarang dengan Pengetahuan Penyakit Jantung*. Skripsi tidak diterbitkan. Semarang: Program Pendidikan Sarjana Kedokteran Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang. Retrieved from eprints.undip.ac.id/32997/1/Fandy.pdf.

Lampiran 1

LEMBAR PENJELASAN UNTUK RESPONDEN

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh. Saya **Nur Ayuana Andini, NIM: C121 14 045** adalah Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin, sedang melakukan penelitian dalam rangka menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin dengan judul **“Analisis Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas Di Puskesmas Kota Makassar”**.

Manfaat dari penelitian ini adalah menggali faktor pendukung dan penghambat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas sehingga kedepannya pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas dapat berjalan lebih baik. Penelitian ini berfokus untuk mengetahui faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas di puskesmas Kota Makassar.

Dalam penelitian ini akan dilakukan pengambilan data berupa pengisian kuisisioner dan studi dokumentasi pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas. Pengambilan data akan dilakukan sebanyak 1 kali sesuai dengan waktu yang telah disepakati antara peneliti dan calon responden. Selama proses penelitian, fasilitas yang disediakan oleh peneliti adalah lembar kuisisioner yang berisi pertanyaan faktor pendukung dan penghambat pelaksanaan askep komunitas dan lembar observasi/studi dokumentasi askep komunitas, serta pulpen.

Apabila saudara ingin mengundurkan diri selama proses penelitian berlangsung karena ada hal-hal yang kurang berkenan, maka saudara dapat mengungkapkan langsung ataupun menelpon peneliti. Jika saudara bersedia mengikuti penelitian ini, silahkan menandatangani lembar persetujuan responden. Apabila terdapat hal-hal yang kurang jelas sehubungan dengan penelitian ini, maka saudara dapat menghubungi saya (Nur Ayuana Andini. / HP. 081245568695).

Makassar, Oktober 2017
Peneliti,

Nur Ayuana Andini

Lampiran 2

**LEMBAR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
.....

TTL :
.....

Pekerjaan :
.....

No. Hp/Telp :
.....

Benar telah menerima dan mengerti penjelasan dari peneliti tentang penelitian **“Analisis Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas Di Puskesmas Kota Makassar”** termasuk tujuan, manfaat, dan prosedur penelitian. Dengan penuh kesadaran serta tanpa paksaan, saya bersedia menjadi peserta penelitian tersebut.

Demikian persetujuan ini saya sampaikan dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Makassar, Oktober 2017

Yang menyatakan
persetujuan

(.....)

Lampiran 3

Lembar Data Umum Puskesmas (diisi oleh peneliti)

Puskesmas :
 Alamat :
 Jumlah perawat :
 Bulan/Tahun :

No	Variabel	Jumlah		
		Desember 2017	Januari 2018	Februari 2018
1	Jumlah daerah binaan			
2	Jumlah kelompok binaan			
3	Jumlah kelompok swabantu			
4	Jumlah kunjungan ke kelompok binaan menurut jenis kelompok			
	A Jumlah kunjungan kelompok Balita			
	B Jumlah kunjungan kelompok Anak Sekolah			
	C Jumlah kunjungan kelompok Maternitas			
	D Jumlah kunjungan kelompok Calon Jamaah Haji			
	E Jumlah Kunjungan kelompok Usia Lanjut			
	F Jumlah kunjungan kelompok Penyakit Menular			
	G Jumlah kunjungan kelompok Penyakit Tidak Menular			
	H Jumlah kunjungan kelompok swabantu			
	I Jumlah kelompok binaan lainnya			
5	Jumlah kunjungan bina semua kelompok			

Lampiran 4

KUISIONER PENELITIAN

“Analisis Faktor Pendukung dan Penghambat Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas Di Puskesmas Kota Makassar”

No. Kode Responden (diisi oleh peneliti) :

Hari/Tanggal :

Lembar Karakteristik Responden

Petunjuk pengisian : Isilah data di bawah ini dengan tepat dan benar.

Berilah

Tanda *chek list*/contreng (√) pada pilihan jawaban yang tersedia.

1. Nama (inisial) :
2. Alamat :
3. Usia : Tahun
4. Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan
5. Pendidikan : SPK S1
 D3 Pasca Sarjana
6. Masa Kerja : tahun
7. Terdapat Koordinator Perkesmas : Ya Tidak

(diisi oleh responden)

A. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas/Daerah Binaan

1. Apakah Anda melaksanakan pengkajian keperawatan komunitas? (Jika **TIDAK**, apa alasan anda?)
a. Ya b. Tidak
Alasan:.....
.....
2. Apakah anda menyusun diagnosa keperawatan komunitas? (Jika **TIDAK**, apa alasan anda?)
a. Ya b. Tidak
Alasan.....
.....
3. Apakah anda membuat rencana tindakan keperawatan komunitas? (Jika **TIDAK**, apa alasan anda?)
a. Ya b. Tidak
Alasan:.....
.....
4. Apakah Anda melakukan tindakan keperawatan komunitas? (Jika **TIDAK**, apa alasan anda?)
a. Ya b. Tidak
Alasan:.....
.....
5. Apakah Anda melakukan evaluasi keperawatan komunitas? (Jika **TIDAK**, apa alasan anda?)
a. Ya b. Tidak
Alasan:.....
.....
6. Apakah Anda paham dengan pendokumentasian asuhan keperawatan komunitas? (Jika **TIDAK**, apa alasan anda?)
a. Ya b. Tidak
Alasan:.....
.....

7. Apakah Anda membuat dokumentasi asuhan keperawatan komunitas sesuai dengan prioritas masalah? (Jika **TIDAK**, apa alasan anda?)

- a. Ya b. Tidak

Alasan:.....
.....

8. Apakah anda membuat dokumentasi asuhan keperawatan individu dan keluarga untuk tiap kasus yang dibina? (Jika **TIDAK**, apa alasan anda?)

- a. Ya b. Tidak

Alasan:.....
.....

B. Dana (*budgeting*)

1. Apakah puskesmas menyediakan dana ketika melakukan kunjungan ke daerah binaan atau melaksanakan program?

- a. Ya b. Tidak

Alasan:.....
.....

(Jika **TIDAK**, silahkan lanjut ke pertanyaan **no. 4**)

2. Apakah sumber dana yang diberikan oleh puskesmas sesuai dengan kebutuhan anda untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas ?

- a. Ya b. Tidak

Alasan:.....
.....

3. Darimana sumber dana yang diberikan oleh puskesmas untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas? (Jawaban boleh lebih dari satu)

- a. Anggaran APBD
b. Anggaran APBN
c. Pendapatan puskesmas
d. Lain-lain.

Sebutkan.:.....
.....

4. Apakah Anda mendapatkan uang transportasi ketika melakukan kunjungan ke daerah binaan?

- a. Ya b. Tidak

Alasan:.....
.....

5. Apakah Anda mendapatkan biaya untuk membeli perlengkapan atau kebutuhan untuk pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas?

- a. Ya b. Tidak

Alasan.....
.....

C. Pengakuan/penghargaan

1. Apakah Anda pernah mendapatkan pengakuan/penghargaan atas pekerjaan yang Anda lakukan?

- a. Ya b. Tidak

Sebutkan jenis pengakuan/penghargaan yang
didapatkan:.....
.....

(Jika **TIDAK**, lanjutkan ke pertanyaan **no. 3**)

2. Apakah Anda mendapatkan tunjangan finansial dari puskesmas (gaji pokok, kenaikan gaji, dan gaji lembur)?

- a. Ya b. Tidak

Alasan:.....
.....

3. Apakah anda pernah mendapatkan apresiasi dari pasien atau petugas kesehatan lainnya setelah melaksanakan asuhan keperawatan komunitas dengan baik?

- a. Ya b. Tidak

Jika **Ya**, sebutkan apresiasi yang pernah di
dapatkan:.....
.....

4. Apakah puskesmas pernah menawarkan Anda untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi?

- a. Ya b. Tidak

Jika **Ya**, sebutkan pendidikan seperti apa yang diberikan kepada anda

.....
.....

5. Apakah anda pernah mendapatkan pelatihan/workshop mengenai perawat kesehatan masyarakat?

- a. Ya b. Tidak

Jika **Ya**, pelatihan seperti apa yang Anda ikuti dan berapa kali?
(Sebutkan):.....

.....
.....
.....

6. Apakah anda pernah mendapatkan pelatihan/workshop mengenai asuhan keperawatan komunitas?

- a. Ya b. Tidak

Jika **Ya**, pelatihan seperti apa yang Anda ikuti dan berapa kali?
(Sebutkan):.....

.....
.....
.....

7. Apakah puskesmas pernah memberikan pelatihan?

- a. Ya b. Tidak

Jika **Ya**, pelatihan seperti apa yang diberikan?
(Sebutkan):.....

.....
.....
.....

D. Beban kerja

1. Berapa tugas dan tanggung jawab yang anda laksanakan?

- 1
 2
 3
 Lebih dari 3

Sebutkan tugas dan tanggung jawab yang anda emban saat ini.....

.....
.....

2. Apakah tugas dan tanggung jawab lain yang sedang Anda lakukan mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas?

a. Ya b. Tidak

Alasan:.....

.....

3. Apakah jumlah petugas kesehatan di puskesmas mempengaruhi Anda dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas?

a. Ya b. Tidak

Alasan:.....

.....

4. Apakah waktu yang Anda miliki cukup untuk melaksanakan asuhan keperawatan komunitas?

a. Ya b. Tidak

Alasan:.....

.....

E. Sarana dan prasarana

1. Apakah puskesmas menyediakan transportasi untuk Anda ketika melaksanakan asuhan keperawatan komunitas?

a. Ya b. Tidak

Alasan:.....

.....

2. Transportasi apa yang sering Anda gunakan ketika melakukan kunjungan ke daerah binaan?

a. Kendaraan pribadi

Mobil

Motor

b. Transportasi umum

Pete-pete

Gojek

Bus

Taksi online

c. Kendaraan operasional puskesmas

Torniquet		
Spatel		

6. Apakah ketersediaan alat transportasi dan peralatan medis atau alat kesehatan di puskesmas mempengaruhi Anda dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas?

- a. Ya b. Tidak

Alasan:.....

F. Pengetahuan tentang keperawatan komunitas

1. Apakah yang dimaksud dengan asuhan keperawatan komunitas?
 - a. Suatu upaya pemulihan kesehatan kepada pasien, sehingga memberi kepuasan bagi pasien terhadap pelayanan kesehatan
 - b. Suatu tindakan keperawatan yang dilakukan perawat kepada pasien prolans dan lansia
 - c. Tindakan keperawatan yang ditujukan pada masyarakat yang berisiko, rentan atau mempunyai risiko tinggi terhadap timbulnya masalah
 - d. Suatu metode penyelesaian masalah kesehatan yang ditujukan kepada suatu kelompok dengan menitikberatkan pada upaya promotif dan preventif
 - e. Tindakan keperawatan yang di berikan kepada individu yang sakit dan keluarga mulai dari pengkajian, diagnosa, *planning*, implementasi dan evaluasi untuk meningkatkan tingkat kemandirian keluarga

2. Apa yang menjadi fokus dari proses asuhan keperawatan komunitas?
 - a. Meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga dan masyarakat secara optimal
 - b. Meningkatkan derajat kesehatan masyarakat secara optimal
 - c. Meningkatkan derajat kesehatan individu, keluarga, masyarakat, dan lansia secara optimal
 - d. Meningkatkan derajat kesehatan anak-anak, orang dewasa, dan lansia secara optimal
 - e. Meningkatkan derajat kesehatan ibu hamil, lansia, individu yang sakit secara optimal

3. Menurut Anda, urutan langkah-langkah dalam proses keperawatan komunitas yang tepat adalah?
 - a. Pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi/pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi
 - b. Diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi/pelaksanaan tindakan keperawatan, evaluasi dan pengkajian
 - c. Perencanaan, pengkajian, diagnosa keperawatan, implementasi/pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi
 - d. Implementasi/pelaksanaan tindakan keperawatan, evaluasi, pengkajian, diagnosa keperawatan, dan perencanaan
 - e. Evaluasi, pengkajian, implementasi/tindakan keperawatan, perencanaan, dan diagnosa keperawatan

4. Menurut anda manakah susunan pengkajian data yang tepat pada asuhan keperawatan komunitas?
 - a. Pengkajian data inti komunitas, data subsistem komunitas, dan data persepsi
 - b. Pengkajian data persepsi, data inti komunitas, dan data subsistem komunitas
 - c. Pengkajian data subsistem komunitas, data persepsi, dan data inti komunitas.
 - d. Pengkajian data demografi, data persepsi, dan data inti komunitas
 - e. Pengkajian lingkungan fisik, subsistem komunitas, dan data inti komunitas

5. Apa yang menjadi fokus pada diagnosa keperawatan komunitas?
 - a. Masalah kesehatan dan karakteristik populasi
 - b. Masalah kesehatan, karakteristik populasi, dan lingkungan yang dapat bersifat actual, ancaman, dan potensial
 - c. Masalah kesehatan dan lingkungan yang bersifat actual, ancaman, dan potensial
 - d. Masalah kesehatan
 - e. Masalah lingkungan yang bersifat actual, ancaman, dan potensial

6. Terdapat empat langkah dalam menyusun perencanaan keperawatan komunitas, yaitu?
 - a. Menetapkan prioritas, menetapkan sasaran, menetapkan tujuan, dan menetapkan rencana intervensi keperawatan
 - b. Menetapkan langkah awal, menetapkan prioritas, menetapkan sasaran, dan menetapkan tujuan

- c. Menetapkan masalah kesehatan, menetapkan tujuan, menetapkan sasaran, dan menetapkan rencana intervensi keperawatan
 - d. Menetapkan tujuan, menetapkan sasaran, menetapkan prioritas, dan menetapkan rencana intervensi keperawatan
 - e. Menetapkan masalah kesehatan, menetapkan pencegahan masalah, menetapkan tindakan, dan menetapkan evaluasi masalah
7. Manakah dibawah ini yang menurut anda merupakan kegiatan yang dilakukan oleh perawat pada saat kunjungan ke daerah binaan?
- a. Menyusun rencana tindakan keperawatan
 - b. Mengukur dan membandingkan keadaan pasien sebelum dan sesudah dilaksanakan tindakan keperawatan
 - c. Mengidentifikasi masalah kesehatan yang terjadi di suatu daerah dengan masalah spesifik
 - d. Mengkaji kemampuan klien dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari
 - e. Melakukan pemeriksaan fisik pada individu dalam kelompok binaan
8. Menurut Anda, manakah di bawah ini yang merupakan contoh diagnosa keperawatan komunitas?
- a. Defisiensi kesehatan komunitas
 - b. Ketidakseimbangan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh
 - c. Tekanan darah tinggi
 - d. Ketidakefektifan manajemen
 - e. Gangguan komunikasi

G. Kerja tim (*teamwork*)

1. Apakah anda melakukan kolaborasi dengan petugas lain ketika melaksanakan asuhan keperawatan komunitas?
- a. Ya b. Tidak
- Alasan:.....

2. Apakah anda menerapkan kerja tim dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas?
- a. Ya b. Tidak
- Alasan:.....

3. Apakah anda berdiskusi dengan anggota tim ketika membuat diagnosa keperawatan?
- a. Ya b. Tidak

Alasan:.....
.....

4. Apakah anda berdiskusi dengan anggota tim ketika membuat rencana tindakan keperawatan komunitas?
a. Ya b. Tidak

Alasan:.....
.....

5. Apakah anda melakukan tindakan keperawatan ke daerah binaan bersama anggota tim?
a. Ya b. Tidak

Alasan:.....
.....

6. Apakah anda melibatkan anggota tim dalam melakukan evaluasi tindakan keperawatan komunitas?
a. Ya b. Tidak

Alasan:.....
.....

7. Apakah dengan adanya *teamwork* mempermudah Anda dalam melaksanakan asuhan keperawatan komunitas?
a. Ya b. Tidak

Alasan:.....
.....

8. Berapa jumlah anggota Anda dalam satu tim ketika melaksanakan asuhan keperawatan komunitas?

- a. 2
b. 3
c. 4
d. Lain-lain. Sebutkan.....

Lampiran 5

Lembar Penilaian Pendokumentasian pelaksanaan asuhan keperawatan komunitas/daerah binaan

	Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas	Ya	Tidak	Keterangan
A.	<p>Pengkajian Keperawatan</p> <p>a. Menuliskan data inti komunitas (riwayat daerah, perubahan daerah, data demografi, tipe keluarga, status perkawinan, statistic vital, nilai-nilai dan keyakinan, serta agama)</p> <p>b. Menuliskan data subsistem komunitas (lingkungan fisik, pelayanan kesehatan dan sosial, ekonomi, transportasi dan kemanan, politik dan pemerintahan, komunikasi, pendidikan, dan rekreasi)</p> <p>c. Menuliskan data persepsi (masyarakat dan perawat)</p> <p>d. Menganalisis data</p>			
B.	<p>Diagnosa Keperawatan</p> <p>a. Membuat diagnosa keperawatan individu sesuai dengan NANDA</p> <p>b. Membuat diagnosa keperawatan keluarga sesuai dengan NANDA</p> <p>c. Menggunakan <i>single diagnosis</i></p> <p>d. Menuliskan domain sesuai dengan NANDA</p> <p>e. Menuliskan kode sesuai dengan NANDA</p> <p>f. Menuliskan kelas sesuai dengan NANDA</p>			
C.	<p>Perencanaan/Planning</p> <p>a. Menetapkan prioritas</p> <p>b. Menetapkan sasaran</p> <p>c. Menetapkan tujuan</p> <p>d. Menetapkan rencana intervensi</p>			

D.	Implementasi/Tindakan Keperawatan a. Melakukan promosi kesehatan b. Melakukan pemeliharaan kesehatan/mengatasi kondisi tidak sehat c. Mecegah penyakit dan dampak pemulihan			
E.	Evaluasi Keperawatan a. Menentukan tujuan evaluasi b. Menyusun desain evaluasi yang kredibel c. Mendiskusikan rencana evaluasi d. Menentukan pelaku evaluasi e. Melaksanakan evaluasi f. Mendeseminasikan hasil evaluasi g. Menggunakan hasil evaluasi			

Lampiran 6

Contoh Format Pengkajian Keperawatan Komunitas Menurut Kemenkes

No KK:

PENDATAAN DAERAH BINAAN
(Dusun Desa Puskesmas) Tgl: / / 201

Nama KK :
U m u r KK :
L/P :
Pekerjaan :
Pendidikan :

I. IDENTITAS ANGGOTA KELUARGA Jumlah anggota keluarga :

No	Nama	Umur	L/P	Hub KK	Pendidikan	Pekerjaan

II. LINGKUNGAN FISIK

A. PERUMAHAN

- Jenis rumah
(1) Permanen (2) Semi permanen (3) Panggung/Kayu (4) Lainnya:.....
- Kebersihan dalam rumah :
(1) Bersih (2) Tidak bersih
- Keadaan kebersihan halaman
(1) Bersih (2) Tidak bersih
- Vektor yang banyak disekitar rumah dan membahayakan keselamatan :
(1) Lalat (2) Nyamuk (3) Anjing (4) Kucing (5) Ayam (6) Lainnya:.....

B. SUMBER AIR

- Sumber air untuk diminum :
(1) Sumur pompa (2) Sumur gali (3) Air hujan (4) PDAM (5) Lainnya:.....
- Apakah air direbus sebelum diminum ?
(1) Ya (2) Tidak, alasannya:.....
- Jarak sumber air dengan septic tank / bak WC :
(1) Kurang dari 10 meter (2) Lebih dari 10 meter
- Keadaan fisik air (untuk minum) :
(1) Jernih (2) Keruh (3) Berbau
- Sumber air untuk mandi dan mencuci :
(1) Sumur pompa (2) Sumur gali (3) Air hujan (4) PDAM (5) Lainnya :.....
- Tempat penampungan air minum :
(1) Tertutup (2) Terbuka

C. PEMBUANGAN TINJA

- Apakah keluarga mempunyai jamban keluarga . (1) Ya (2) Tidak
- Jika ya :
- Jenis apa (sebutkan) : (1) Cemplung (2) Leher angsa
 - Kondisi jamban : (1) Terpelihara (2) Tidak terpelihara
- Jika tidak : Buang air besar dimana ?
- (1) Pantai (4) Sungai
 - (2) Sawah, Kebun, Hutan (5) Menumpang (Siapa:.....)
 - (3) Sembarangan tempat (6) Lainnya (sebutkan).....

D. CARA PEMBUANGAN SAMPAH

- Bagaimana sampah dibuang dari rumah
- (1) Dikumpulkan dan dibakar (3) Ditimbun dalam tanah (5) Lainnya:.....
 - (2) Dibuang sembarangan (4) Diselokan

III. EKONOMI

- Berapakah penghasilan rata-rata keluarga setiap bulan ?
- (1) < Rp. 200.000 (3) Rp. 300.000 – Rp. 500.000
 - (2) Rp. 200.000-Rp. 300.000 (4) > Rp. 500.000

IV. PELAYANAN KESEHATAN DAN PELAYANAN SOSIAL

A. Apakah keluarga sudah / sering mendapat informasi tentang kesehatan
(1) Ya (2) Tidak

B. Dimana keluarga melakukan pemeriksaan kesehatan
(1) Puskesmas (4) Rumah sakit (7) Dukun
(2) Pustu/Puskesmasdes (5) Dokter praktek (8) Lainnya.....
(3) Balai pengobatan (6) Perawat/mantri

V. KESEHATAN BAYI DAN BALITA

Jika keluarga mempunyai bayi / balita berapa umurnya?.....

A. STATUS GIZI BAYI DAN BALITA

1. Anak keberapa ?
2. Apakah Bayi / Balita itu mempunyai KMS (1) Ya (2) Tidak
3. Apakah bayi ibu masih diberi ASI (1) Ya (2) Tidak
Jika tidak alasannya :
4. Apakah bayi ibu mendapat makanan tambahan (1) Ya (2) Tidak
5. Penyakit apa yang sering diderita oleh bayi / balita ibu
(1) Batuk - batuk (2) Demam
(3) Penyakit kulit seperti kudis, kurap, gatal, bisul .
(4) Diare (5) Lainnya, sebutkan.....

B. IMUNISASI

Apakah bayi / balita sudah imunisasi dasar ? (1) Ya (2) Tidak

Bila Ya, jenis imunisasi yang diberikan :

- (1) BCG (2) DPT-HB I-POLIO I (3) DPT-HB II-POLIO II
(4) DPT-HB III- POLIO III (5) POLIO IV (6) CAMPAK

Bila tidak alasannya ?

- (1) Takut (2) Sedang sakit (3) Tdk tahu mamfaat imunisasi (4) Lainnya:.....

C. KESEHATAN IBU MENYUSUI

Jika ada ibu yang mempunyai anak 0 - 2 tahun.

1. Apakah ibu menyusui anak (1) Ya (2) Tidak
2. Apakah ibu yang menyusui sering membersihkan puting susu ?
(1) Ya (2) Tidak
Jika ya barapa lama menyusui : Jika tidak alasannya
3. Apakah pernah mendapat pendidikan kesehatan balita dengan ibu menyusui :
(1) Ya (2) Tidak
Jika ya dimana didapatkan :
(1) Posyandu (3) Puskesmas
(2) Bidan Desa (4) Media komunikasi

VI. MASALAH KEHAMILAN / MATERNAL DAN KB

Jika dalam keluarga ada ibu hamil :

A. KESEHATAN IBU HAMIL

1. Apakah dalam keluarga ada ibu hamil :
(1) Ya, Usia < 20 Thn, 20 - 35 Thn, > 35 Thn (2) Tidak
2. Ini adalah kehamilan yang ke :
(1) pertama (2) kedua (3) ketiga (4) keempat lebih
3. Jarak kehamilan dengan kehamilan sekarang
(1) > 3 tahun (2) < 3 tahun
4. Berapa umur kehamilan sekarang :
(1) 1-3 bulan (2) 4 - 6 bulan (3) 7-9 bulan
5. Apakah ibu hamil mendapat Imunisasi TT :
(1) Ya (2) Tidak, jelaskan alasannya.....

B. KELUARGA BERENCANA

Apakah ibu menjadi akseptor KB (1) Ya (2) Tidak (3) Menopause/Perawan tua /Janda

Bila Ya Alat kontrasepsi apa yang digunakan :

- (1) Suntik (3) AKDR (5) Kondom
(2) Pil (4) Susuk (6) Lainnya.....
Jika tidak alasannya

- VII. MASALAH REMAJA :** Umurnya 14-18 thn Remaja ada ? (1)Ya (2)Tidak
 1. Apakah dia mengerti tentang HIV dan penyakit kelamin (1)Ya (2)Tidak
 2. Apakah remaja mengerti tentang narkoba (1)Ya (2)Tidak

VIII. MASALAH LANSIA

- Jika dalam keluarga ada lansia : Umurnya lebih dari 55 thn Lansia ada? (1)Ya (2)Tidak
 1. Berapa usia lansia :
 (1) 55 – 59 tahun (2) 60 – 69 tahun (3) lebih dari 70 tahun
 2. Dengan adanya penyakit sebutkan apa yang dilakukan lansia :
 (1) Berobat disarana Kesehatan (3) Berobat di dukun (5) Tidak
 (2) Berobat ke praktik tenaga kesehatan (4) Diobati /diatasi sendiri
 3. Apakah kegiatan lansia sehari – hari :
 (1) Santai, Nonton TV (3) Olaharaga, mengasuh cucu
 (2) Berkebun, Nelayan, memelihara hewan (4) Kegiatan yg lain:.....
 4. Bentuk bantuan apa yang di butuhkan lansia di masyarakat :
 (1) Dana sehat (3) Penyuluhan kesehatan ttg masalah kesehatan()
 (2) Pelayanan kesehatan(Posyandu lansia) (4) Kelompok ,contoh :senam lansia, rekreasi.

IX. APAKAH ADA KELUARGA PERNAH MENDAPAT PENGobatan

Penyakit	TBC	Diare/Tipoid	Hipertensi	Rematik	Penyakit lain / Nama Penyakit
Tidak					
Ya					
Jika ya, siapa?					
Jika ya, tahu cara mencegah					

X. APAKAH ADA KELUARGA YANG MEROKOK

- A. (1) Ya (2) Tidak
 B. Siapa yang merokok (1) Suami (2) Anak (3) Lainnya :.....
 C. Berapa batang sehari? (1) 1-5 (2) 6-10 (3) >11
 D. Merokok dimana ? Apakah di dalam atau di luar rumah?
 (1) Dalam rumah dan luar rumah (2) Di luar saja

XI. Yang lain

- A. (Makanan dan gizi) Apakah makan sayur setiap hari? (1) Ya (2) Tidak
 B. (Gigi) Apakah ada anggota keluarga yg mengalami gigi berlubang sekarang? (1) Ya :Siapa? (2) Tidak
 Apakah sikat gigi minimal 2 kali sehari? (1) Ya (2) Tidak

XII. KRITERIA KEMANDIRIAN KELUARGA :

1	Menerima petugas puskesmas	√
2	Menerima yankes sesuai rencana	
3	Menyatakan masalah kesehatan secara benar	
4	Memanfaatkan fasilitas kesehatan sesuai anjuran	
5	Melaksanakan perawatan sederhana sesuai anjuran	
6	Melaksanakan tindakan pencegahan secara aktif	
7	Melaksanakan tindakan promotif secara aktif	

Kesimpulan		√
Kemandirian I	Jika memenuhi kriteria 1 & 2	
Kemandirian II	Jika memenuhi kriteria 1 s.d 5	
Kemandirian III	Jika memenuhi kriteria 1 s.d 6	
Kemandirian IV	Jika memenuhi kriteria 1 s.d 7	

- Contoh : (Penting...!!!)
 • Belum punya WC
 • Belum masak air minum
 • Merokok di dalam dan luar rumah
 • Sampah dibuang sembarangan

Pengumpul Data

Lampiran 7

Hasil Analisis SPSS

Statistics

		Kode_Responde n	Usia	Masa_Kerja
N	Valid	133	133	133
	Missing	0	0	0
Mean		67.00	38.04	13.39
Std. Error of Mean		3.342	.718	.742
Median		67.00	37.00	10.00
Std. Deviation		38.538	8.285	8.562
Minimum		1	23	1
Maximum		133	57	35

Jenis_Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lak-laki	11	8.3	8.3	8.3
	Perempuan	122	91.7	91.7	100.0
	Total	133	100.0	100.0	

Pendidikan_Terakhir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SPK	12	9.0	9.0	9.0
	D3	38	28.6	28.6	37.6
	S1	78	58.6	58.6	96.2
	Pasca Sarjana	5	3.8	3.8	100.0
	Total	133	100.0	100.0	

Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Melaksanakan	74	77.9	77.9	77.9
Tidak Melaksanakan	21	22.1	22.1	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengkajian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	7	7.4	7.4	7.4
Ya	88	92.6	92.6	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Diagnosa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	13	13.7	13.7	13.7
Ya	82	86.3	86.3	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Rencana Tindakan Keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	5	5.3	5.3	5.3
Ya	90	94.7	94.7	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Tindakan Keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	5	5.3	5.3	5.3
Ya	90	94.7	94.7	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Evaluasi Keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	5	5.3	5.3	5.3
Ya	90	94.7	94.7	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Paham Pendokumentasian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	7	7.4	7.4	7.4
Ya	88	92.6	92.6	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Membuat Pendokumentasian Askep Komunitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	15	15.8	15.8	15.8
Ya	80	84.2	84.2	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Membuat Pendokumentasian Askep Individu Dan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	17	17.9	17.9	17.9
Ya	78	82.1	82.1	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Ketersediaan Budgetting

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Optimal	49	51.6	51.6	51.6
Belum Optimal	46	48.4	48.4	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Penyediaan Dana Dari Puskesmas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak	12	12.6	12.6	12.6
Valid Ya	83	87.4	87.4	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Sumber Dana Yang Diberikan Sesuai

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak	24	25.3	25.3	25.3
Valid Ya	71	74.7	74.7	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Asal Sumber Dana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak tau	6	6.3	6.3	6.3
APBD	44	46.3	46.3	52.6
APBN	15	15.8	15.8	68.4
PENDAPATAN PUSKESMAS	1	1.1	1.1	69.5
Valid BOK	13	13.7	13.7	83.2
APBD/APBN	10	10.5	10.5	93.7
JKN	1	1.1	1.1	94.7
LAIN-LAIN	3	3.2	3.2	97.9
tidak ada dana	2	2.1	2.1	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Mendapat Uang Transportasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak	9	9.5	9.5	9.5
Valid Ya	86	90.5	90.5	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Mendapat Biaya Untuk Membeli Perlengkapan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak	43	45.3	45.3	45.3
Valid Ya	52	54.7	54.7	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Beban Kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sesuai tupoksi	57	60.0	60.0	60.0
Valid Tidak sesuai tupoksi	38	40.0	40.0	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengaruh Jumlah Tugas Dan Tanggung Jawab Terhadap Askep

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak	44	46.3	46.3	46.3
Valid Ya	51	53.7	53.7	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengaruh Jumlah Petugas Kesehatan Dalam Pelaksanaan Askep

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak	40	42.1	42.1	42.1
Valid Ya	55	57.9	57.9	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Kecukupan Waktu Dalam Pelaksanaan Askep

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	49	51.6	51.6	51.6
Valid Ya	46	48.4	48.4	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Sarana dan Prasarana

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Optimal	62	65.3	65.3	65.3
Valid Belum Optimal	33	34.7	34.7	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Penyediaan Transportasi Dari Puskesmas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	34	35.8	35.8	35.8
Valid Ya	61	64.2	64.2	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Penyediaan Alat Dari Puskesmas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	18	18.9	18.9	18.9
Valid Ya	77	81.1	81.1	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Penyediaan Format Pendokumentasian Askep

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	37	38.9	38.9	38.9
Valid Ya	58	61.1	61.1	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengaruh Ketersediaan Alat Transportasi Dan Alat Medis

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	13	13.7	13.7	13.7
Valid Ya	82	86.3	86.3	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengetahuan Perawat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Baik	62	65.3	65.3	65.3
Valid Tidak Baik	33	34.7	34.7	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengetahuan Tentang Askep Komunitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	69	72.6	72.6	72.6
Valid Benar	26	27.4	27.4	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengetahuan Tentang Fokus Dari Proses Askep

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	46	48.4	48.4	48.4
Valid Benar	49	51.6	51.6	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengetahuan Tentang Urutan Askep

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	10	10.5	10.5	10.5
Valid Benar	85	89.5	89.5	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengetahuan Tentang Susunan Pengkajian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	60	63.2	63.2	63.2
Benar	35	36.8	36.8	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengetahuan Tentang Fokus Diagnosa Keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	26	27.4	27.4	27.4
Benar	69	72.6	72.6	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengetahuan Tentang Langkah Penyusunan Perencanaan Keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	61	64.2	64.2	64.2
Benar	34	35.8	35.8	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengetahuan Tentang Kegiatan Yang Dilakukan Pada Saat Kunjungan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	55	57.9	57.9	57.9
Benar	40	42.1	42.1	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Pengetahuan Tentang Contoh Diagnosa Askep Komunitas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Salah	36	37.9	37.9	37.9
Benar	59	62.1	62.1	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Kerja_Tim

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Optimal	69	72.6	72.6	72.6
Valid Belum Optimal	26	27.4	27.4	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Melakukan_Kolaborasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	13	13.7	13.7	13.7
Valid Ya	82	86.3	86.3	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Menerapkan_Kerja_Tim

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	12	12.6	12.6	12.6
Valid Ya	83	87.4	87.4	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Berdiskusi_Untuk_Membuat_Diagnosa_Keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	13	13.7	13.7	13.7
Valid Ya	82	86.3	86.3	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Berdiskusi_Untuk_Membuat_Rencana_Tindakan_Keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	12	12.6	12.6	12.6
Valid Ya	83	87.4	87.4	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Melakukan Tindakan Keperawatan Bersama Tim

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	11	11.6	11.6	11.6
Ya	84	88.4	88.4	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Melibatkan Tim Dalam Evaluasi Keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	14	14.7	14.7	14.7
Ya	81	85.3	85.3	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Kemudahan Dengan Adanya Teamwork

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak	8	8.4	8.4	8.4
Ya	87	91.6	91.6	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Jumlah Anggota Tim

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Tidak Ada	8	8.4	8.4	8.4
2	22	23.2	23.2	31.6
3	44	46.3	46.3	77.9
4	17	17.9	17.9	95.8
5	4	4.2	4.2	100.0
Total	95	100.0	100.0	

Lampiran 8

ALASAN RESPONDEN

Alasan Tidak Melaksanakan Asuhan Keperawatan Komunitas Secara Lengkap

Kode Responden	Alasan
1	Tidak melaksanakan pengkajian karena tidak ada format dan beban kerja banyak. Tidak sempat membuat dokumentasi asuhan keperawatan komunitas, keluarga, dan individu karena banyak kerjaan, dan tidak ada nilai tambah.
11	Tidak melaksanakan pendokumentasian askep, hanya pelaporan biasa
20	Tidak melakukan pengkajian karena format terlalu ribet, butuh yang praktis untuk di isi. Tidak mendokumentasikan askep komunitas secara menyeluruh, hanya sebagian.
25	Tidak membuat diagnosa keperawatan komunitas, hanya koordinator perkesmas yang membuat.
89	Tidak membuat diagnosa keperawatan komunitas karena terlalu banyak pekerjaan dan kurang tenaga kerja.
93	Tidak membuat pendokumentasian askep, karena pengelola yang membuat.
105	Tidak membuat diagnosa keperawatan komunitas, hanya rumusan masalah. Tidak membuat pendokumentasian askep komunitas, keluarga, dan individu hanya memonitoring.
121	Tidak melakukan pendokumentasian askep komunitas, keluarga, dan individu, karena kurang waktu.
127	Tidak melakukan pendokumentasian askep komunitas karena terlalu banyak kasus.

Alasan Tidak Tersedianya Dana Dari Puskesmas Ketika Melakukan Kunjungan Komunitas

Kode Responden	Alasan
70	Tidak ada dana
127	Terlalu banyak yang harus di danai

Alasan Dana Yang Diberikan Dari Puskesmas Tidak Sesuai Ketika Melakukan Kunjungan ke Daerah Binaan

Kode Responden	Alasan
54	Dana terbatas
55	Anggaran terbatas
56	Dana masih terbatas untuk program perawatan komunitas
57	Masih program integrasi
58	Masih program integrasi
67	Tidak ada dana untuk makanan untuk orang yang akan dikunjungi
121	Dana terbatas
127	Askep banyak tapi dana sedikit
128	terlalu banyak kegiatan lain yang juga di danai sehingga penggunaan dana di komunitas kadang tidak sesuai kebutuhan

Alasan Tidak Mendapatkan Uang Transportasi Saat Melakukan Kunjungan ke Daerah Binaan

Kode Responden	Alasan
70	Tidak ada dana untuk kegiatan perkesmas
93	Diberikan kepada pengelola
127	Tidak di anggarkan

Alasan Tidak Mendapatkan Biaya Untuk Membeli Perlengkapan Untuk Pelaksanaan Askep Komunitas

Kode Responden	Alasan
13	Alat sudah ada dari puskesmas
29	Tidak ada pembiayaan dari puskesmas
54	Biaya di kelola oleh perlengkapan
55	Alkes dan bahan habis pakai disediakan oleh pihak dinas kesehatan, tidak dalam bentuk dana
56	Alat dan bahan disiapkan oleh dinas kesehatan kota makassar
57	Alat dari permintaan alkes puskesmas
58	Alat dari permintaan alkes puskesmas
67	Alat menggunakan punya masing-masing perawat
87	Perlengkapan untuk kebutuhan disiapkan oleh puskesmas
88	Perlengkapan untuk kebutuhan disiapkan oleh puskesmas
120	Sudah disiapkan oleh puskesmas
121	Dana dari BOK terbatas
127	Tidak dianggarkan

Jenis Pengakuan/Penghargaan Yang Didapatkan Oleh Responden

Kode Responden	Alasan
11	Sebagai pegawai teladan, dan mendapatkan satya lencana
12	Sebagai pegawai teladan, dan mendapatkan penghargaan masa kerja 30 tahun
15	Sebagai pegawai teladan tahun 2006 dan tahun 2017
23	Sebagai pegawai teladan
56	Pengelola perkesmas terbaik di sulsel dalam rangka HKN ke 50
89	<i>Reward</i>
111	Sebagai pegawai teladan
128	Apresiasi dari kepala puskesmas

Alasan Tidak Mendapatkan Tunjangan Finansial Dari Puskesmas

Kode Responden	Alasan
16	Karena tunjangan dari puskesmas memang tidak ada (khusus dari puskesmas)
26	Gaji lembur tidak ada
28	Sudah ada transportasi program
56	Gaji lembur tidak ada
67	Hanya kenaikan gaji

Jenis Apresiasi Dari Pasien/Petugas Lain Ketika Melakukan Askep Komunitas Dengan Baik

Kode Responden	Alasan
8	Ucapan terima kasih
9	Ucapan terima kasih
17	Ucapan terima kasih
20	Ucapan terima kasih dan penghargaan dalam bentuk materi
25	Ucapan terima kasih dan apresiasi finansial
54	Ucapan terima kasih
55	Perlakuan yang baik dan pujian
56	Ungkapan terimakasih pada saat MMK oleh pak lurah
87	Pujian dari rekan kerja
88	Pujian dari rekan kerja
89	Masyarakat senang untuk di kunjungi
116	Ucapan terima kasih
118	Ucapan terima kasih
127	Pasien memberikan makanan
128	Diberikan pujian oleh pasien

Jenis Tawaran Pendidikan Yang Diberikan Oleh Responden

Kode Responden	Alasan
16	Melanjutkan pendidikan ke jenjang S1 dan Ners
24	Melanjutkan pendidikan ke jenjang D3 Keperawatan
106	Melanjutkan pendidikan ke jenjang D3 Keperawatan
114	Pendidikan S2 Keperawatan
127	Melanjutkan pendidikan ke jenjang S1 Keperawatan

Jenis Pelatihan/Workshop Perkesmas Yang Diikuti Oleh Responden

Kode Responden	Alasan
1	Hanya pertemuan biasa antar pemegang program perkesmas pada tahun 2016
10	Pertemuan biasa
15	Pelatihan perkesmas pada tahun 1996
20	Pelatihan <i>homecare</i> IX
23	Pelatihan tentang indikator keluarga sehat
49	Diklat keluarga sehat
54	Pelatihan keluarga sehat dengan pendekatan perkesmas
55	Pelatihan <i>homecare</i> dan pasien palliative
56	Monev perkesmas
63	Pelatihan imunisasi, pelatihan imunisasi MR, pelatihan microplaning
64	Pelatihan pendekatan keluarga
70	Pelatihan perkesmas / penyusunan laporan di dinas kesehatan kota makassar
76	Sosialisasi tentang perkesmas 2 kali
111	Pelatihan dasa wisma
112	Hanya pelatihan kegawatdaruratan, pelatihan BCLS, dan pelatihan BTCLS (2X)
118	Pelatihan perkesmas 1 kali di hotel trisula yang di adakan oleh dinas kesehatan provinsi

127	Hanya pelatihan perawatan luka
-----	--------------------------------

Jenis Pelatihan/Workshop Mengenai Askep Komunitas yang Diikuti oleh Responden

Kode Responden	Alasan
17	Pelatihan <i>homecare</i>
56	Verifikasi format askep keluarga
67	Hanya pelatihan kanker
127	Pelatihan pendidikan kesehatan

Jenis Pelatihan/Workshop Lainnya Yang Pernah Diikuti Oleh Responden yang diberikan oleh Puskesmas

Kode Responden	Alasan
23	Pelatihan mata/kesehatan mata, pelatihan BTCLS, pelatihan IKS/Indikator Keluarga Sehat
26	Pelatihan imunisasi 1 kali, pelatihan bendahara gaji 1 kali, pelatihan petugas <i>homecare</i> 1 kali
127	Penyuluhan

Tugas Dan Tanggung Jawab Yang Diemban Oleh Responden

Kode Responden	Alasan
1	TB, posyandu
7	Bendahara, surveilans
8	Program lansia, prolanis, posbindu
10	Imunisasi, pengelola BPJS dan JKN
11	Kesehatan kerja, PKPR, PMS, mata dan indera, pelayanan polik pp, dan tindakan gadar
12	Kesehatan haji, promkes, <i>homecare</i> , polik umum, tindakan, kamar obat, koord posyandu, pengendalian/pelatihan kader ke masyarakat
13	Pembuat laporan bulanan penyakit, laporan rujukan, laporan tindakan
15	Pustu, <i>homecare</i> , K3, perkesmas, lansia, jiwa, kesehatan olahraga
16	Petugas pustu, koordinator posyandu, puskel
17	Pengelola ISPA, PPTM, kesehatan kerja
18	Prolanis, kesehatan kerja, PTM
19	P2PL, prolanis, kesehatan kerja
20	Administrasi, pengelola EKG, adven akreditasi, petugas UGD dan rawat inap
21	Pj lansia, pj kesehatan indera, pj pelayanan gratis
23	Koordinator rawat inap, petugas prolanis, tim IKS, pj kesehatan olahraga, pj puskel
24	Bertugas di ruang EKG, sebagai pengurus barang
25	Petugas UGD, petugas rawat inap
28	Penginputan kunjungan pasien, poli umum, pemegang program kesehatan indera, kesehatan jiwa, kesehatan kerja, kesehatan haji
38	Petugas rawat inap
45	Prolanis, K3, pengelola penyakit kusta
48	Telemedicine EKG, <i>homecare</i> , perkesmas, prolanis
49	Pj PTM, <i>homecare</i> , UKS, prolanis, posbindu, manajemen PKM, puskel
54	Kasubag TU, koordinator praktik, penanggung jawab SIK, pemegang/pelaksana program TB, pelaksana program kusta

55	Bendahara dana BOK, koordinator homecare, perawat pelaksana, koordinator EKG-Telemedicine
56	Program lansia, program jiwa, dan program perkesmas
57	Imunisasi
58	Imunisasi dan poli
60	Perawat UGD
61	Perawat, petugas PTM, petugas pustu, bendahara
64	Poli, petugas kesehatan jiwa, petugas kesehatan indra, bendahara
65	Pj jiwa, pj indera, pj UKS, pj rujukan, pj perkesmas
66	Paliatif care, bpjs, GIS, DHIS, SIK, TB, kusta, haji, home care, EKG
67	Pj lansia, SP2TP (LB 1, LB 3, LB 4), kesorga, instruktur senam prolanis, pengelola data prolanis, pj poli umum, rawat inap
68	Petugas poli, pj perkesmas, indra, jiwa, UGD, home care
69	Surveilans, TB, kusta
70	Petugas perkesmas, home care, bendahara gaji, penginput p-care
71	Petugas lansia, petugas HIV, (RR), petugas loket, petugas sistem informasi kesehatan
72	Kesehatan lingkungan
73	Petugas lansia, prolanis, petugas op, surveilans, SKBS
75	Posyandu lansia, prolanis, petugas haji
80	petugas TB, petugas HIV
87	petugas poli umum
88	Petugas poli, PJ. Kesorga, PJ. Indra, PJ Jiwa, PJ Prog. P2 Diare, PJ kecacangan, PJ homecare, PJ prolanis, PJ posbindu
89	Surveilans, imunisasi, pengelola indra
90	Tensi pasien, surat berbadan sehat, keterangan sakit
91	Tensi pasien, surat berbadan sehat, keterangan sakit
93	Petugas homecare, kesorga, pengelola barang, bendahara gaji, petugas UGD
95	Surveilans, poli, auditor
96	Memberikan asuhan keperawatan, memflimentari laporan, melakukan tugas pokok dan individu/ BPJS
97	PTM, poli, posyandu
98	Perkesmas, jiwa, malaria, posyandu
99	Perkesmas, posbindu, kesorga
100	Perkesmas, posyandu
101	TB, Kusta
105	Imunisasi
106	TB dan P2
107	Haji, perkesmas, puskel, poli umum
110	Pj imunisasi, pj perkesmas
111	HIV aids, malaria, kes. Haji
113	PTM, haji, telemedicine, home care
115	Homecare, telemedicine, pencatatan diagnosa
116	Poli umum, HIV, diare
117	Prolanis, siskohat, sispomas
118	Perkesmas, home care
119	HIV, TB, diare
121	Homecare, telemedicine, P2TB, kusta, perkesmas
122	Imunisasi, bendahara
123	Ruang tindakan, rujukan, mata
127	Bendahara, perkesmas

Alasan Tugas dan Tanggung Jawab Responden Mempengaruhi Pelaksanaan Askep Komunitas

Kode Responden	Alasan
17	Kadang kegiatan bertabrakan
18	Kadang kegiatan bertabrakan
20	Waktu lebih banyak tersita untuk hal lain
48	Terlalu banyak program yang dipegang
49	Pekerjaan tumpang tindih
54	Sulit membagi waktu
55	Sulit membagi waktu
65	Keterbatasan waktu dan tenaga
67	Keterbatasan waktu dan tenaga karena banyak beban kerja
69	Waktu dan tenaga terbatas
71	Kami melayani di loket pada pagi sampai siang hari sehingga tidak bisa melaksanakan tugas lapangan pada pagi hari baik di posyandu atau di masyarakat
87	Sulit membagi waktu, jika kemungkinan setiap kegiatan di laksanakan secara bersamaan
88	Sulit membagi waktu, apalagi jika kegiatan bertabrakan
93	Tidak maksimal
118	Terbatasnya waktu
120	Keterbatasan waktu
121	Waktu terbatas
127	Beban kerja semakin berat
128	Ada kalanya jadwal pelaksanaan bertabrakan

Alasan Jumlah Petugas Kesehatan Di Puskesmas Mempengaruhi Responden dalam Pelaksanaan Askep Komunitas

Kode Responden	Alasan
1	Kurang tenaga kerja
16	Kurang petugas
17	Kurang petugas
18	Kurang petugas
45	Kurang tenaga kerja
48	Kurang tenaga
49	SDM kurang
54	Jumlah petugas yang proporsional dapat memudahkan dalam pelaksanaan program askep komunitas
55	Keterbatasan SDM mempengaruhi kinerja/beban kerja
56	Pelaksanaan tugas rangkap membuat kurang efektifnya tugas
61	Kurangnya tenaga
64	Karena kalau sedikit petugas kami tidak dapat turun lapangan karena harus melakukan tugas dalam ruangan
65	Jumlah petugas sedikit
67	Kurang tenaga perawat
69	Kurang tenaga kerja
71	Jumlah petugas kesehatan terbatas, sehingga setiap orang harus rangkap tugas
87	Jumlah perawat kurang
88	Jumlah perawat kurang, sehingga pelaksanaan askep tidak mencakup semua penduduk di wilayah kerja puskesmas

89	keterbatasan tenaga kerja
107	Kurang tenaga kerja
120	Kurang tenaga kerja
127	Semakin sedikit petugas beban kerja meningkat
128	Pembagian tanggung jawab, semakin banyak petugas yang diberi untuk tanggung jawab sehingga bisa fokus

Alasan Responden Tidak Memiliki Waktu Yang Cukup dalam Melaksanakan Askep Komunitas

Kode Responden	Alasan
6	Karena ada beban kerja yang lain
7	Karena ada beban kerja lain
16	Banyak beban kerja
20	Mengerjakan pekerjaan yang lain
25	Terlalu banyak yang harus di tulis
28	Terlalu banyak kegiatan lapangan
48	Terlalu banyak program dan kurangnya tenaga sehingga askep komunitas terabaikan
49	Pekerjaan tumpang tindih
54	Banyaknya beban kerja lain
55	Besarnya beban kerja menuntut untuk pembagian waktu yang baik
56	Tugas rangkap dan tenaga keperawatan masih kurang
65	Homecare setelah jam pelayanan
67	Tidak cukup waktu
88	Waktu terbagi dengan program lain
89	Waktu dan kurang tenaga
127	Terlalu banyak yang harus dilakukan

Alasan Puskesmas Tidak Menyediakan Transportasi untuk Responden dalam Pelaksanaan Askep Komunitas

Kode Responden	Alasan
18	Puskesmas memberikan dalam bentuk uang, bukan kendaraan
57	Karena mempunyai kendaraan pribadi
71	Karena sudah tersedia biaya transport untuk setiap kali kunjungan
87	Disediakan biaya transportasi oleh puskesmas
88	Disediakan biaya transportasi oleh puskesmas
93	Sudah termasuk di uang transportasi
127	Kendaraan puskesmas dipakai untuk tugas yang jarak jauh
128	Kadang-kadang

Alasan Puskesmas Tidak Menyediakan Peralatan Yang Digunakan Responden Ketika Melaksanakan Askep Komunitas

Kode Responden	Alasan
12	Tersedia, namun tidak lengkap
48	Tidak ada dana untuk pembelian alat
62	Tidak ada pengadaan alat untuk puskesmas kami
63	Tidak ada pengadaan alat tersebut untuk puskesmas kami
64	Tidak ada pengadaan alat tersebut untuk puskesmas kami

127	Alatnya di pake di puskesmas
-----	------------------------------

Alasan Puskesmas Tidak Menyediakan Format Pendokumentasian Askep Komunitas

Kode Responden	Alasan
12	Tidak lengkap
49	Format askep masing-masing petugas
56	Disediakan oleh pengelola sesuai dengan tujuan kunjungan dan program
67	Buat sendiri
87	Format ada oleh inisiatif perawat puskesmas
88	Format ada oleh inisiatif perawat puskesmas
120	Inisiatif perawat itu sendiri

Alasan Responden Tidak Melaksanakan Kerja Tim Ketika Melaksanakan Askep Komunitas

Kode Responden	Alasan
12	Kadang-kadang
13	Karena bukan perawat lapangan
27	Tidak ada tim
63	Tidak ada tim
64	Karena memang tidak ada pembentukan tim untuk pelaksanaan askep komunitas
67	Tidak ada tim karena masing-masing mengerjakan program yang berbeda-beda
93	Tidak ada tim, hanya satu orang petugas perkesmas



**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS HASANUDDIN
FAKULTAS KEDOKTERAN**



**RSPTN UNIVERSITAS HASANUDDIN
RSUP Dr. WAHIDIN SUDIROHUSODO MAKASSAR
KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN**

Sekretariat : Lantai 3 Gedung Laboratorium Terpadu
JL.PERINTIS KEMERDEKAAN KAMPUS TAMALANREA KM.10 MAKASSAR 90245.

Contact Person: dr. Agussalim Bukhari, MMed, PhD, SpGK Telp. 081241850858, 0411 5780103, Fax : 0411-581431

REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK

Nomor : 415 / H4.8.4.5.31 / PP36-KOMETIK / 2018

Tanggal: 21 Juni 2018

Dengan ini Menyatakan **Amandemen** Protokol dan Dokumen yang Berhubungan Dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :

No Protokol	UH170111009	No Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	Nur Ayuana Andini	Sponsor	Pribadi
Judul Penelitian	Gambaran Faktor Yang Mempengaruhi Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Komunitas di Puskesmas Kota Makassar		
No Versi Protokol	1	Tanggal Versi	6 Juni 2018
No Versi PSP	1	Tanggal Versi	6 Juni 2018
Tempat Penelitian	31 Puskesmas di Kota Makassar		
Jenis Review	<input checked="" type="checkbox"/> Exempted <input type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard Tanggal	Masa Berlaku 4 Desember 2017 sampai 4 Desember 2018	Frekuensi review lanjutan
Ketua Komisi Etik Penelitian	Nama Prof.Dr.dr. Suryani M.Sc.,Sp.GK (K) (K)	Tanda tangan As'ad,	Tanggal
Sekretaris Komisi Etik Penelitian	Nama dr. Agussalim Bukhari, M.Med.,Ph.D.,Sp.GK (K)	Tanda tangan	Tanggal

Kewajiban Peneliti Utama:

- Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
- Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 Jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 Jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
- Menyerahkan Laporan Kemajuan (progress report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setiap setahun untuk penelitian resiko rendah
- Menyerahkan laporan akhir setelah Penelitian berakhir
- Melaporkan penyimpangan dari prokol yang disetujui (protocol deviation / violation)
- Mematuhi semua peraturan yang ditentukan



**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR**

JL. TEDUH BERSINAR NO.1 MAKASSAR
TELP. (0411) 81549 FAX (0411) 887710



Nomor : 440 / 178 / PSDSK/II/2017
Lampiran :
Perihal : Penelitian

Kepada Yth,

Kepala Puskesmas se kota Makassar

Di

Tempat

Sehubungan dengan surat dari Badan Kesatuan bangsa dan politik, no: surat :
070/199-II-BKBP/II/2017 , tanggal 31 Januari 2018, perihal tersebut diatas, maka bersama ini
disampaikan kepada saudara bahwa :

Nama : Nur Ayuana Andini
NIM : C12114045
Jurusan : Keperawatan
Institusi : UNHAS (Universitas Hasanuddin) Makassar
Judul : Analisis Faktor Pendukung dan penghambat pelaksanaan asuhan
keperawatan komunitas di puskesmas Kota Makassar

Akan melaksanakan penelitian, di wilayah kerja saudara pada tanggal 30 Januari
2018 s/d 30 April 2018 . Demikianlah disampaikan , agar diberikan bantuan
seperlunya. Atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Makassar , 1 Februari 2018
Kepala Dinas Kesehatan
Kota Makassar



Dr. Hj. A. Nasyah T Azikin. M. Kes
Nip. 19601014198902 2 001