

MAKALAH

**PERAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
DALAM PENINGKATAN DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT  
MENUJU MDGs 2015**



**Di susun oleh:  
Jaji, S.Kep, Ns, M.Kep**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS SRIWIJAYA  
TAHUN 2012**

PERAN KEPERAWATAN KOMUNITAS  
DALAM PENINGKATAN DERAJAT KESEHATAN MASYARAKAT  
MENUJU MDGs 2015

**Jaji**

Dosen Jurusan Ilmu Keperawatan-Fakultas Kedokteran  
Universitas Sriwijaya

Email: adji\_azizie@yahoo.com

Masalah kesehatan yang ada di masyarakat saat ini, misalnya: kasus flu burung, HIV/AIDS, TB-Paru, penyalahgunaan NAPZA, kematian ibu dan bayi, penyakit akibat kerja dan kecelakaan kerja, semuanya bersumber dari perilaku kurang sehat. Masalah kesehatan masyarakat terjadi sebagai akibat dari ketidaktahuan, ketidakmampuan, dan ketidakmauan serta rendahnya motivasi masyarakat untuk melakukan upaya pencegahan. Tugas tenaga keperawatan Community/Public Health Nursing yang bersifat aktif mengunjungi masyarakat/keluarga (home visit) dalam rangka pembinaan dan pemberdayaan masyarakat khususnya keluarga sehingga masyarakat mampu melakukan pencegahan dan deteksi dini terhadap masalah-masalah kesehatan tersebut. *Keperawatan* adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Praktik asuhan keperawatan komunitas adalah upaya dalam pencapaian derajat kesehatan yang optimal dilakukan melalui peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif) di semua tingkat pencegahan (*levels of prevention*). Tujuan keperawatan komunitas memelihara dan meningkatkan kesehatan serta mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan masyarakat

Kata kunci: perawat komunitas, derajat kesehatan masyarakat, MDGs,

## DAFTAR ISI

	halaman
abstrak	
BAB I PENDAHULUAN .....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	2
BAB II PEMBAHASAN .....	3
A. Millenium Development Goals (MDGs). .....	3
B. Keperawatan Komunitas .....	4
1. Konsep keperawatan .....	4
2. Keperawatan komunitas .....	6
a. Aplikasi asuhan .....	7
b. Proses kegiatan .....	8
C. Perilaku masyarakat yang kurang sehat .....	9
D. Alternative solusi .....	10
1. Determinan prilaku .....	10
2. Strategi perubahan prilaku .....	11
BAB III PENUTUP .....	12
A. Kesimpulan .....	12
B. Saran .....	12
DAFTAR PUSTAKA	

## BAB I PENDAHULUAN

### C. Latar Belakang

Pembangunan era millenium yang sudah di deklaraasikan, dikenal dengan millennium development goals (MDGs), dan deklarasi MDGs merupakan hasil perjuangan dan kesepakatan bersama antara negara-negara berkembang dan negara maju. Negara-negara berkembang berkewajiban untuk melaksanakannya, termasuk salah satunya Indonesia di mana kegiatan MDGs di Indonesia mencakup pelaksanaan kegiatan monitoring MDGs. Sedangkan negara-negara maju berkewajiban mendukung dan memberikan bantuan terhadap upaya keberhasilan setiap tujuan dan target MDGs. Secara nasional, komitmen tersebut dituangkan dalam berbagai dokumen perencanaan nasional, antara lain dalam Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) 2004–2009. Lalu, dipertegas pada RPJMN 2010-2014 dan Inpres No 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan Berkeadilan.

Saat ini pemerintah serius memberi perhatian terhadap pencapaian delapan tujuan millennium development goals (MDGs). Setiap tujuan MDGs menetapkan satu atau lebih target, serta masing-masing indikator akan diukur tingkat pencapaiannya atau kemajuannya hingga tahun 2015. Secara global, ditetapkan 18 target dan 48 indikator. Namun, implementasinya tergantung pada setiap negara disesuaikan dengan kebutuhan pembangunan dan ketersediaan data yang digunakan untuk mengatur tingkat kemajuannya. Indikator global tersebut bersifat fleksibel bagi setiap negara. Keseriusan itu diimplementasikan dengan mengintegrasikannya dalam program-program daerah sesuai acuan program pembangunan nasional.

Delapan tujuan MDGs yang akan dicapai, pada bidang kesehatan diantaranya pertama, menurunkan angka kematian anak terhitng dari tahun 1990 sampai 2015. Pada 2007, angka kematian anak sekitar 44 per 1.000 kelahiran hidup. MDGs menargetkan pengurangan angka kematian anak 2015 adalah 32 per 1.000 kelahiran hidup. Kedua, meningkatkan kesehatan ibu, sejak 1990 terjadi penurunan yaitu dari 390 menjadi sekitar 307 per 100.000 kelahiran hidup pada tahun 2000. Target MDGs 2015 adalah sekitar 110 per 100.000 kelahiran hidup. Untuk mencegah terjadinya kematian ibu, di antaranya adalah persalinan yang aman bagi ibu yaitu persalinaan yang dibantu tenaga persalinan terlatih. Tahun 2007, proporsi persalinan yang dibantu tenaga persalinan terlatih adalah 73 persen. Ketiga, penanganan berbagai penyakit

menular berbahaya yaitu HIV, TBC, malaria dan penyakit menular lainnya, prevalensi HIV-AIDS nasional saat ini adalah 5,6 per 100.000 orang. Namun, tidak ada indikasi laju penyebaran HIV-AIDS terhenti (Stalker, 2007). Derajat kesehatan masyarakat yang masih belum optimal pada hakikatnya dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan dan genetika, hasil Riskesdas (2007), diketahui bahwa rumah tangga yang telah mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baru mencapai 38,7%. Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 mencantumkan target 70% rumah tangga sudah mempraktekkan (perilaku hidup bersih dan sehat) PHBS pada tahun 2014 (Kementerian Kesehatan RI, 2011)..

Berbagai upaya telah dilakukan oleh pemerintah, tapi belum sepenuhnya mencapai target MDGs baik secara general maupun khusus di bidang kesehatan. Masih banyak masyarakat yang belum tahu MDGs. Pemerintah melalui instansi terkaitnya dalam menjalankan pencapaian program MDGs, kurang memanfaatkan kegiatan-kegiatan yang bersinggungan terhadap pencapaian MDGs, seperti: praktik keperawatan komunitas yang dilakukan oleh instansi-instansi pendidikan keperawatan. Padahal perawat komunitas dalam memberikan asuhan kepada masyarakat, yaitu mengajarkan bagaimana upaya-upaya peningkatan kesehatan kepada masyarakat. Besar peran perawat komunitas perlu diapresiasi oleh pemerintah melalui dinas terkaitnya untuk di jadikan mitra dalam pencapaian MDGs, atau dapat diarahkan kepada pencapaian MDGs supaya apa yang akan dan telah dilakukan dapat lebih focus kepada pencapaian target MDGs. Utamanya menjadikan masyarakat yang mandiri dan dapat menolong dirinya sendiri. Masyarakat sebagai warga Negara yang baik, sudah seharusnya turut mensukseskan apa yang menjadi tujuan pemerintah.

#### D. Tujuan

##### 1. Tujuan umum.

Mengetahui peran perawat komunitas dan pencapaian MDGs tahun 2015.

##### 2. Tujuan khusus.

- a. Mengetahui tujuan pembangunan millennium atau yang dikenal dengan MDGs yang ditargetkan pencapaiannya pada tahun 2015.
- b. Mengetahui determinan perilaku dan perubahan perilaku.
- c. Mengetahui konsep keperawatan komunitas.
- d. Mengetahui kontribusi peran perawat dalam pencapaian MDGs tahun 2015.
- e. Mampu memberikan saran bagi semua pihak demi pencapaian MDGs 2015

## BAB II PEMBAHASAN

### E. Millenium Development Goals (MDGs).

Millennium Development Goals atau disingkat dalam bahasa Inggris MDGs, adalah Deklarasi Milenium hasil kesepakatan kepala negara dan perwakilan dari 189 negara Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB), ditandatangani oleh 147 kepala pemerintahan dan kepala negara pada saat Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) Milenium di New York pada bulan September 2000. Dasar hukum dikeluarkannya deklarasi MDGs adalah resolusi majelis umum PBB Nomor 55/2 Tanggal 18 September 2000, (A/Ris/55/2 United Nations Millennium Development Goals). Deklarasinya sendiri berisi komitmen untuk mencapai 8 buah sasaran pembangunan, sebagai satu paket tujuan yang terukur untuk pembangunan dan pengentasan kemiskinan. Targetnya adalah tercapai kesejahteraan rakyat dan pembangunan masyarakat pada tahun 2015.

Pemerintah Indonesia turut menghadiri Pertemuan Puncak Milenium di New York tersebut dan juga turut menandatangani Deklarasi Milenium. Pencapaian sasaran MDGs menjadi salah satu prioritas utama bangsa Indonesia. Delapan tujuan umum MDGs secara general mencakup pengentasan kemiskinan, pendidikan, kesetaraan gender, kesehatan, kelestarian lingkungan dan permasalahan global. Adapun secara rinci target MDGs memuat 8 tujuan yang meliputi; 1) penanggulangan kemiskinan dan kelaparan, 2) mencapai pendidikan dasar untuk semua, 3) kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, 4) mengurangi angka kematian bayi, 5) meningkatkan kesehatan ibu, 6) melawan HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lain, 7) memastikan kelestarian lingkungan hidup, dan 8) kemitraan untuk pembangunan.

Memasuki tahun ke sepuluh, pencapaian MDGs dirasa belum optimal, maka pemerintah melakukan percepatan pencapaian, oleh karena itu percepatan pencapaian target MDGs merupakan amanah dari Inpres No 1 Tahun 2010 tentang Percepatan Pelaksanaan Pembangunan Nasional 2010, dan Inpres No 3 Tahun 2010 tentang Program Pembangunan Berkeadilan. Pada tingkat daerah (provinsi dan kabupaten/kota), dituangkan dalam RAD percepatan pencapaian tujuan pembangunan millenium. Kemudian delapan sasaran umum itu, dikembangkan melalui program Ditjen Bina Kesmas, Kementerian Kesehatan RI, dengan lima tambahan sasaran utama MDGs, yakni : 1. Meningkatkan cakupan antenatal, 2. Meningkatkan cakupan

persalinan yang ditolong oleh tenaga kesehatan terlatih, 3. Meningkatkan cakupan neonatal, 4. Meningkatkan prevalensi kurang gizi pada balita, 5. Meningkatkan tingkat kunjungan penduduk miskin ke puskesmas. Delapan tujuan tersebut pada dasarnya berkaitan satu sama lain, dan MDGs bukan sekedar soal angka –angka dan pencapaian target, namun untuk lebih mendorong tindakan nyata. Salah satu manfaat dari MDGs adalah berbagai persoalan yang diusung menjadi perhatian berbagai pihak termasuk masyarakat secara luas, seharusnya (Stalker, 2007)..

#### F. Keperawatan Komunitas.

##### 3. Konsep keperawatan.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada masyarakat, baik sehat maupun sakit yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Sedangkan proses keperawatan adalah metode yang sistematis untuk mengkaji respon manusia terhadap masalah kesehatan dan membuat rencana keperawatan yang bertujuan mengatasi masalah tersebut (CV Allen, 1991). Proses keperawatan komunitas adalah metode asuhan keperawatan yang bersifat alamiah, sistematis, dinamis, kontinu, dan berkesinambungan dalam rangka memecahkan masalah kesehatan dari klien, keluarga serta kelompok atau masyarakat melalui langkah-langkah: pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Tujuan dari asuhan keperawatan, memberi bantuan yang paripurna dan efektif kepada semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan sesuai dengan Sistem Kesehatan Nasional, menjamin semua bantuan diarahkan untuk memenuhi kebutuhan klien, melibatkan klien dalam perencanaan dan pelaksanaan asuhan keperawatan, memelihara hubungan kerja yang efektif dengan semua anggota tim kesehatan dan meningkatkan status kesehatan masyarakat. Ciri-ciri keperawatan komunitas, yaitu perpaduan antara pelayanan keperawatan dengan kesehatan komunitas, Adanya kesinambungan pelayanan kesehatan (*continuity of care*), Focus pelayanan pada upaya *promotif dan preventif*. Terjadi proses alih peran dari perawat kesehatan komunitas kepada klien (individu, keluarga, kelompok, masyarakat) sehingga terjadi kemandirian.

Landasan kebijakan: PP No.32 th 1996, tentang tenaga kesehatan, yang berbunyi: seseorang yang telah lulus dan mendapatkan ijazah dari pendidikan kesehatan yang

diakui pemerintah. UU No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, pasal 32 ayat (2) bahwa penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dilakukan dengan pengobatan dan atau perawatan. Ayat (3) berbunyi pengobatan dan atau perawatan dapat dilakukan berdasarkan ilmu kedokteran dan ilmu keperawatan atau cara lain yang dapat dipertanggung jawabkan. Perawat dalam memberikan asuhan keperawatan tidak lepas dari menjalankan peran dan fungsinya sebagai perawat. Peran perawat sendiri meliputi: peran sebagai pelaksana pelayanan keperawatan, peran pendidik, peran pengamat kesehatan, koordinator pelayanan kesehatan, peran pembaharu, peran pengorganisir pelayanan kesehatan, peran role model, dan peran fasilitator.

Peran pelaksana yaitu perawat memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, kelompok / masyarakat berupa asuhan keperawatan yang komprehensif meliputi pemberian asuhan pencegahan pada tingkat 1, ke 2 maupun yang ketiga, baik direct/indirect. Peran educator, perawat memberikan pembelajaran merupakan dasar dari semua tahap kesehatan dan tingkat pencegahan, perawat mengajarkan tindakan penkes, pencegahan penyakit, pemulihan dari penyakit, dan menyusun program health education, memberikan info yang tepat tentang kesehatan. Sebagai pengamat kesehatan perawat melaksanakan monitoring terhadap perubahan yang terjadi pada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang menyangkut masalah kesehatan melalui kunjungan rumah, pertemuan, observasi dan pengumpulan data. Role model, perilaku yang ditampilkan perawat dapat dijadikan panutan, panutan ini digunakan pada semua tingkat pencegahan terutama PHBS, dan menampilkan profesionalisme dalam bekerja.

Peran koordinator pelayanan kesehatan, perawat mengkoordinir seluruh kegiatan upaya pelayanan kesehatan masyarakat dan puskesmas dalam mencapai tujuan kesehatan melalui kerjasama dengan tim kesehatan lain sehingga pelayanan yang diberikan merupakan kegiatan yang menyeluruh. Peran Koordinator, perawat melakukan koordinasi terhadap semua pelayanan kesehatan yang diterima oleh keluarga, dan bekerja sama dengan keluarga dalam perencanaan pelayanan keperawatan serta sebagai penghubung dengan institusi pelayanan kesehatan lain, dalam menjalankan supervisi terhadap asuhan keperawatan yang dilaksanakan anggota tim.

Peran pembaharu, perawat berperan sebagai inovator terhadap individu, keluarga dan masyarakat dalam merubah perilaku dan pola hidup yang berkaitan dengan

peningkatan dan pemeliharaan kesehatan. Peran pengorganisir pelayanan kes, perawat memberikan motivasi untuk mengikutsertakan individu, keluarga dan kelompok dalam setiap upaya pelayanan kesehatan yang dilaksanakan di masyarakat, posyandu, dan dana sehat. Peran fasilitator, perawat merupakan tempat bertanya bagi masyarakat untuk memecahkan masalah kesehatan, perawat dapat memberikan solusi mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi.

#### 4. Keperawatan komunitas.

Peran perawat komunitas dalam pencapaian target MDGs tahun 2015, yaitu dengan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat seoptimal mungkin melalui praktik keperawatan komunitas, dilakukan melalui peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif) di semua tingkat pencegahan (*levels of prevention*). Perawat dalam melaksanakan praktik kelapangan melaksanakan atau memberikan asuhan keperawatan di komunitas atau masyarakat pertama, berbasis institusi pendidikan ketika sedang menempuh program diploma, pada saat menempuh program sarjana (tahap akademik dan profesi), pada tahap menempuh pascasarjana baik aplikasi maupun spesialis, dan ketika berada di tatanan tempat kerja yaitu di Puskesmas dan puskesmas.

Orientasi praktik perawat komunitas tidak hanya kepada masalah sakit saja tetapi juga kepada masalah sehat, dimana perawat komunitas mengajarkan kepada masyarakat bagaimana mengatasi sakit supaya tidak terjadi keparahan dan menjadi sehat, dan bagi yang sehat bagaimana menjaga kesehatannya dan meningkatkan kesehatannya. Juga menjadikan masyarakat dari yang tidak tau menjadi tahu, dari yang tidak mau menjadi mau dan dari yang tidak mampu menjadi mampu.

Smith, et.all (1995) menjelaskan bahwa tanggung jawab perawat adalah: 1. Menyediakan pelayanan bagi orang sakit atau orang cacat di rumah mencakup pengajaran terhadap pengasuhnya, 2. Mempertahankan lingkungan yang sehat, 3. Mengajarkan upaya-upaya peningkatan kesehatan, 4. Pencegahan, penyakit dan injuri. 5. Identifikasi standar kehidupan yang tidak adekuat atau mengancam penyakit/injuri. 6. Melakukan rujukan. 7. Mencegah dan melaporkan adanya kelalaian atau penyalahgunaan (neglect & abuse). 8. Memberikan pembelaan untuk mendapatkan kehidupan dan pelayanan kesehatan yang sesuai standart. 9. Kolaborasi dalam mengembangkan pelayanan kesehatan yang dapat diterima, sesuai dan adekuat, 10. Melaksanakan pelayanan mandiri serta berpartisipasi dalam

mengembangkan pelayanan profesional, 11. Menjamin pelayanan keperawatan yang berkualitas, dan 12. Melaksanakan riset keperawatan.

Perawat komunitas melakukan asuhan keperawatannya mulai dari aplikasi asuhan, dan proses kegiatan (Jaji, 2011), secara rinci diuraikan di bawah ini.

### c. Aplikasi asuhan

Perawat komunitas dalam pengaplikasi asuhan keperawatan di mulai dari tahap persiapan, pelaksanaan, dan evaluasi. Adapun proses asuhan melalui tahapan pengkajian kesehatan komunitas. Pengkajian keperawatan komunitas merupakan suatu proses tindakan untuk mengenal komunitas, mengidentifikasi faktor positif dan negative yang berbenturan dengan masalah kesehatan dari masyarakat, hingga sumber daya yang dimiliki komunitas, dengan tujuan merancang strategi promosi kesehatan. Pada tahap pengkajian didahului dengan sosialisasi program perawatan kesehatan komunitas serta program apa saja yang akan dikerjakan bersama-sama dalam komunitas. Sasaran dari sosialisasi adalah tokoh masyarakat baik formal maupun non formal, kader masyarakat, serta perwakilan dari tiap elemen dimasyarakat (PKK, karang taruna, dan lainnya). Kumpulan data sekunder dan wawancara dengan orang penting di komunitas yang dipilih merupakan metode yang dapat membantu dalam menentukan kebutuhan atau masalah kesehatan yang mungkin mempunyai risiko tinggi pada komunitas.

Pengkajian di lakukan kepada objek kumpulan individu/keluarga di komunitas merupakan "Core" dari asuhan keperawatan komunitas. Demografi, populasi, nilai-nilai, keyakinan dan riwayat individu termasuk riwayat kesehatannya, serta dipengaruhi pula oleh delapan sub sistem: fisik dan lingkungan perumahan, pendidikan, keselamatan dan transportasi, politik dan kebijakan pemerintah, kesehatan dan pelayanan sosial, komunikasi, ekonomi dan rekreasi. Metode yang digunakan dalam pengkajian meliputi: wawancara, interviu, forum komunitas (forkom), focus group discussion (FGD), dan kuisisioner (Anderson,2006).

Setelah data pengkajian terkumpul, maka data dikembangkan dan merumuskan diagnose keperawatan komunitas. Rumusan diagnosa kesehatan komunitas berdasarkan diagnosa komunitas (problem, karakteristik komunitas, etiologi, manifestasi). Diagnosa yang ada disusun urutannya sesuai dengan prioritas. Kriteria urutan termasuk: kemungkinan dilaksanakan, hubungan dengan biaya, sumber-

sumber, minat dari komunitas, tingkat ancaman bahaya pada kesehatan, risiko atau kemungkinan berisiko apa yang dapat dikurangi.

Setelah didapatkan urutan diagnosa masalah kesehatan komunitas, maka perawat membuat perencanaan atau *planning of action* (POA), dan proses implementasi. Pada tahap ini perawat mengidentifikasi “*recipient community*” (komunitas yang menerima) dan “*target community*” (komunitas yang menjadi target) dari intervensi. Perencanaannya meliputi menentukan tujuan umum (*goal*) dan tujuan khusus (*objektive*), pendekatan teoritis untuk berubah yang dipakai bersama target komunitas, misalnya *social planning*, *social action*, *locality development*.

Proses implementasi yang telah dilaksanakan dilakukan evaluasi. Evaluasi dilaksanakan untuk melihat hasil kelompok kerja kesehatan komunitas dengan mengukur pencapaian tujuan sesuai *criteria*, dimana *criteria* evaluasi dapat mengevaluasi dampak program lebih efektif, hasil lain yang diobservasi secara langsung berhubungan dengan intervensi, kelompok akan merumuskan kembali urutan prioritas dari diagnosa komunitas, dan perawat komunitas membuat rekomendasi apa yang kelompok sarankan untuk berkelanjutan dari program ini.

#### d. Proses kegiatan

Mahasiswa dalam praktik komunitas dimasyarakat di bagi kedalam kelompok-kelompok kecil ideal, dan ditempatkan di wilayah RW secara berkelompok. Minggu pertama melakukan orientasi wilayah praktik dengan melakukan identifikasi melalui struktur yang ada dimasyarakat, tokoh masyarakat, tokoh agama, dan lingkungan. Selanjutnya mahasiswa melakukan persiapan pertemuan dengan masyarakat untuk mengidentifikasi masalah dan melakukan pengorganisasian masyarakat. Selanjutnya diikuti dengan penyusunan instrument. Minggu kedua mahasiswa melakukan orientasi program puskesmas di pelayanan kesehatan setempat. Program tersebut merupakan program prioritas dan dilanjutkan dengan presentasi mengenai hasil telaah program tersebut.

Setelah instrument siap, maka mahasiswa bersama masyarakat menyusun rencana berdasarkan data yang diperoleh dan diakhiri dengan penyusunan POA (*planning of action*) awal. Minggu selanjutnya mahasiswa dapat melakukan implementasi sesuai dengan POA terkait dengan kebutuhan dan masalah yang ditemukan. Adapun untuk kegiatan usaha kesehatan sekolah, posyandu dan kesehatan industry dapat dilakukan

secara mandiri tanpa perlu menunggu data pengkajian masyarakat, cukup dengan data dari sekolah, posyandu dan kesehatan kerja di kelompok tersebut.

Setelah data terkumpul dan dianalisis, maka dilakukan lokmin (lokakaryamini), tujuannya adalah masyarakat mengetahui permasalahan kesehatan yang ada diwilayahnya, dan bersama-sama mencari solusi dan alternative pemecahan masalahnya (dilakukan implementasi). Seluruh implementasi yang dilaksanakan dilakukan evaluasi dan menyusun rencana tindak lanjut kegiatan yang disepakati.

#### G. Perilaku masyarakat yang kurang sehat.

Permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat secara umum telah terjadi penurunan angka kesakitan, akan tetapi beberapa penyakit menular terutama HIV dan AIDS, Tuberkulosis dan Malaria sampai saat ini masih menjadi masalah kesehatan yang cukup besar. Sedangkan beberapa penyakit menular lain seperti Filariasis, Kusta, dan Frambusia menunjukkan kecenderungan meningkat kembali dan penyakit Pes masih terdapat di sejumlah daerah. Sementara itu, prevalensi penyakit tidak menular seperti Penyakit Kardiovaskular, Hipertensi, Diabetes mellitus dan Obesitas cenderung meningkat serta menunjukkan potensi yang semakin besar sebagai penyebab kematian. Bahkan cakupan *Universal Child Immunization (UCI)* yang belum tercapai akan dapat berdampak pada rawannya bayi terhadap serangan berbagai penyakit yang sebenarnya dapat dicegah dengan imunisasi (Riskesdas, 2007).

Derajat kesehatan masyarakat yang masih belum optimal pada hakikatnya dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan dan genetika. Kalangan ilmuwan umumnya berpendapat bahwa determinan utama dari derajat kesehatan masyarakat tersebut, selain kondisi lingkungan, adalah perilaku masyarakat. Sesuai hasil Riskesdas (2007), diketahui bahwa rumah tangga yang telah mempraktikkan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS) baru mencapai 38,7%. Oleh sebab itu, Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014 mencantumkan target 70% rumah tangga sudah mempraktekkan PHBS pada tahun 2014. Persentase Rumah Tangga Ber-PHBS memang merupakan salah satu Indikator Kinerja Utama (IKU) dari Kementerian Kesehatan (Kementerian Kesehatan RI, 2011).

Meningkatkan cakupan rumah tangga yang mempraktekkan PHBS sebesar lebih dari 30% dalam kurun waktu 2010-2014 merupakan upaya yang sangat berat (Kementerian Kesehatan RI, 2011). Perilaku rumah tangga sangat dipengaruhi oleh proses yang

terjadi di tatanan sosial lain, yaitu tatanan instansi pendidikan, tatanan tempat kerja, tatanan tempat umum dan tatanan fasilitas kesehatan. Sudah seharusnya dibuktikan dengan aksi nyata menggandeng atau bermitra dengan swasta sesuai dengan tujuan khusus dari pedoman PHBS (termasuk institusi pendidikan dan organisasi profesi). Seyogyanya pula tidak bosan-bosan untuk memberikan informasi kepada masyarakat luas, sehingga permasalahan yang ada di usung dan di perhatikan oleh semua pihak.

Indicator PHBS sendiri meliputi: 1) persalinan ditolong oleh tenaga kesehatan. 2) memberi ASI eksklusif. 3) menimbang bayi dan balita. 4) menggunakan air bersih. 5) mencuci tangan dengan air bersih dan sabun. 6) menggunakan jamban sehat. 7) memberantas jentik di rumah. 8) makan buah dan sayur setiap hari. 9) melakukan aktivitas fisik setiap hari. Dan 10) tidak merokok di dalam rumah. Upaya penerapan 10 (sepuluh) indikator PHBS di tingkat rumah tangga, tentu sangat tergantung lagi dengan kesadaran dan peran serta aktif masyarakat di lingkungan tempat tinggalnya masing-masing. Sebab upaya mewujudkan lingkungan yang sehat akan menunjang pola perilaku kehidupan rakyat yang sehat secara berkelanjutan.

#### H. Alternative solusi.

Perilaku masyarakat yang kurang sehat dapat di tingkatkan dengan, pemberian informasi yang berkelanjutan, perubahan perilaku, dan peraturan perundang-undangan. Gambaran bagaimana perilaku dapat berubah, dari perilaku kurang sehat menjadi perilaku sehat (Notoatmodjo, 2011), diuraikan dibawah ini:

#### 3. Determinan perilaku

Banyak teori yang mencoba untuk mengungkap determinan perilaku dengan menganalisis factor-faktor yang mempengaruhi perilaku, khususnya perilaku yang berhubungan dengan kesehatan, antara lain teori Green (1980), Snehandu B. Kar (1983), dan WHO (1984). Pada kesempatan ini akan dibahas teori menurut Snehandu B. Kar (1983), Kar mencoba menganalisis perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu fungsi dari: a. niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (behavior intention), b. dukungan social dari masyarakat sekitarnya (social support), c. ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (accessibility of information), d. otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (personal autonomy), dan e. situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (action situation).

Dapat disimpulkan bahwa perilaku kesehatan seseorang atau masyarakat ditentukan oleh niat orang terhadap objek kesehatan, ada atau tidaknya dukungan dari masyarakat sekitarnya, ada atau tidaknya informasi tentang kesehatan, kebebasan dari individu untuk mengambil keputusan/ bertindak, dan situasi yang memungkinkan ia berperilaku atau bertindak atau tidak berperilaku atau tidak bertindak.

#### 4. Strategi perubahan perilaku

Program-program kesehatan, agar diperoleh perubahan perilaku yang sesuai dengan norma-norma kesehatan, sangat diperlukan usaha-usaha konkrit dan positif, beberapa strategi untuk memperoleh perubahan perilaku WHO, mengelompokkannya menjadi tiga: pertama, menggunakan kekuatan atau kekuasaan atau dorongan. Dalam hal ini perubahan perilaku dipaksakan kepada sasaran atau masyarakat sehingga ia mau melakukan (berperilaku) seperti yang diharapkan. Cara ini dapat ditempuh misalnya dengan adanya peraturan-peraturan atau undang-undang yang harus dipatuhi oleh anggota masyarakat. Cara ini akan menghasilkan perilaku yang cepat, akan tetapi perubahan tersebut belum tentu akan berlangsung lama karena perubahan perilaku yang terjadi tidak atau belum didasari oleh kesadaran sendiri.

Kedua, pemberian informasi. Dengan memberikan informasi-informasi tentang cara-cara mencapai hidup sehat, cara pemeliharaan kesehatan, cara menghindari penyakit, dan sebagainya akan meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang hal tersebut. Selanjutnya dengan pengetahuan-pengetahuan itu akan menimbulkan kesadaran mereka, dan akhirnya akan menyebabkan orang berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya itu. Hasil atau perubahan perilaku dengan cara ini memakan waktu lama, tetapi perubahan yang dicapai akan bersifat langgeng karena didasari oleh kesadaran mereka (bukan karena paksaan).

Ketiga diskusi partisipasi, sebagai peningkatan cara yang kedua yang dalam memberikan informasi tentang kesehatan tidak bersifat searah saja, tetapi dua arah. Hal ini berarti bahwa masyarakat tidak hanya pasif menerima informasi, tetapi juga harus aktif berpartisipasi melalui diskusi-diskusi tentang informasi yang diterimanya. Dengan demikian maka pengetahuan kesehatan sebagai dasar perilaku mereka diperoleh secara mantap dan lebih mendalam, bahkan merupakan referensi perilaku orang lain. Sudah barang tentu cara ini akan memakan waktu yang lebih lama dari cara yang kedua, dan jauh lebih baik dengan cara yang pertama. Diskusi partisipasi adalah salah satu cara yang baik dalam rangka memberikan informasi-informasi dan pesan-pesan kesehatan.

## BAB III PENUTUP

### C. Kesimpulan.

Peran perawat komunitas dalam pencapaian target MDGs tahun 2015, yaitu dengan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat seoptimal mungkin melalui praktik keperawatan komunitas, dilakukan melalui peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif) di semua tingkat pencegahan (*levels of prevention*). Perawat dalam melaksanakan praktik kelapangan melaksanakan atau memberikan asuhan keperawatan di komunitas atau masyarakat pertama, berbasis institusi pendidikan ketika sedang menempuh program diploma, pada saat menempuh program sarjana (tahap akademik dan profesi), pada tahap menempuh pascasarjana baik aplikasi maupun spesialis, dan ketika berada di tatanan tempat kerja yaitu di Puskesmas dan puskesmas.

Derajat kesehatan masyarakat yang masih belum optimal pada hakikatnya dipengaruhi oleh kondisi lingkungan, perilaku masyarakat, pelayanan kesehatan dan genetika. Kalangan ilmuwan umumnya berpendapat bahwa determinan utama dari derajat kesehatan masyarakat tersebut, selain kondisi lingkungan, adalah perilaku masyarakat. Peran perawat komunitas dalam pencapaian MDGs, baik secara langsung maupun tidak langsung sangat berperan yaitu dengan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat seoptimal mungkin.

### D. Saran.

Setelah mempelajari peran perawat komunitas dan pencapaian MDGs, maka dapat di usulkan:

1. Program MDGs disosialisasikan kepada pihak-pihak yang berkontribusi dalam pencapaiannya seperti institusi pendidikan kesehatan, juga di informasikan kepada masyarakat luas.
2. Semua praktik keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat komunitas selama masa pendidikan, di fasilitasi, di koordinir supaya apa yang telah dikerjakan dapat difokuskan dalam mencapai capaian MDGs.
3. Perawat komunitas yang ada di puskesmas dipolakan sama seperti mereka melaksanakan asuhan keperawatan pada masa berada di bangku kuliah, karena untuk saat ini perawat kesannya lebih banyak didalam gedung mengerjakan administrasi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, Elizabeth T & Judith Mc Farlan. Community as partner: theory and practice in nursing. ISBN 979-448-742-2
- Alramadona. Pemerintah Serious Capai Delapan Tujuan MDGs, Sumber: Padang Ekspres Mar. 30, 2012.
- Depkes RI. Buku Saku Rumah Tangga Sehat dengan PHBS, Pusat Promosi Kesehatan: Jakarta, 2007.
- Jaji & Nurharlina. Buku panduan praktik profesi keperawatan komunitas, PSIK-FK Unsri tahun 2011.
- Gustini M. Jenjang karier, artikel 2009.
- Kementerian Kesehatan RI. Pedoman pembinaan perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS),-- Jakarta: 2011.
- Kuliah Umum: Peran Bidan dan Perawat dalam Mensukseskan Program Pencapaian Millenium Development Goals 2015 dan Program Bali Ndeso Mbangun Deso; [www.poltekkes-smg.ac.id](http://www.poltekkes-smg.ac.id), diakses 30-05-2012.
- Notoatmodjo,soekijo. Promosi kesehatan dan Ilmu Perilaku, teori dan aplikasi. Jakarta: Rineka cipta. 2011.
- Pedoman Penyusunan Rencana Aksi Percepatan Pencapaian Tujuan MDGs Di Daerah (RAD MDGs). Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/BPPN TAHUN 2010.
- Stalker, Peter. "Kita Suarakan Millennium Development Goals (MDGs) Demi Pencapaiannya di Indonesia". 2007.
- Stanhope, marcia, ruth N. Knollmueller. Handbook of community-based and home health nursing practice, tools for assessment, intervention, and education, 3 th Ed. Mosby Inc. 2000
- <http://ipkki.org>.diakses 29-05-2012.
- <http://ipkkidiy.wordpress.com>, diakses 29-05-2012.

