

TESIS

PENGEMBANGAN KEPERAWATAN PADA BALITA SAKIT BERDASARKAN MODEL KEPERAWATAN *COMMUNITY AS PARTNER* DI UNIT PELAKSANA TEKNIS PELAYANAN SOSIAL ASUHAN BALITA SIDOARJO



Oleh :

EVA YULIYANTI, S.Kep.,Ns.

NIM. 131041057

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2012

TESIS

PENGEMBANGAN KEPERAWATAN PADA BALITA SAKIT
BERKEMBANGAN MODEL KEPERAWATAN
COMMUNITY AS PARTNER IN UNIT PELAKSANA TEKNIS
KEMAYAN SOSIAL ASUHAN BALITA SINDOJO



Oleh :

EVA YULIYANTI, S.Kep., Ns.
NIM. 131041037

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

SURABAYA

2012

**PENGEMBANGAN KEPERAWATAN PADA BALITA SAKIT
BERDASARKAN MODEL KEPERAWATAN
COMMUNITY AS PARTNER DI UNIT PELAKSANA TEKNIS
PELAYANAN SOSIAL ASUHAN BALITA SIDOARJO**

TESIS

**Untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
Dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan UNAIR**

Oleh :

**EVA YULIYANTI, S.Kep.,Ns
NIM. 131041057**

**PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMAHALAKHATAN
KEMERIKAYAN
KEMERIKAYAN
KEMERIKAYAN
KEMERIKAYAN

RESUME

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian ASI eksklusif terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita sakit. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif. Sampel penelitian adalah balita sakit yang dirawat di rumah sakit. Data dikumpulkan melalui observasi langsung dan wawancara dengan orang tua balita. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pemberian ASI eksklusif berpengaruh signifikan terhadap pertumbuhan dan perkembangan balita sakit.

1998

EVA YULIYANTI
KEPERAWATAN

UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
JURUSAN KEPERAWATAN
KEMERIKAYAN
KEMERIKAYAN
KEMERIKAYAN
KEMERIKAYAN

Tesis ini diajukan oleh :


Nama : Eva Yuliyanti, S.Kep.,Ns
NIM : 131047057
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Pengembangan Keperawatan Pada Balita Sakit
Berdasarkan Model Keperawatan *Community as Partner*
di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Asuhan Balita
Sidoarjo

Tesis ini telah diuji dan dinilai
Oleh panitia penguji pada
Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga
Pada Tanggal 25 September 2012

Panitia Penguji

1. Ketua Penguji :

Dr. Sunarjo, dr., MS., M.Sc.

()

2. Penguji I :

Prof. Dr. S. Supriyanto, dr.,MS.

()

3. Penguji II :

Rizki Fitryasari PK., S.Kep.,Ns., M.Kep.

()

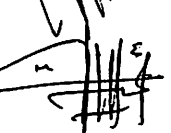
4. Penguji IV :

Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes

()

5. Penguji V :

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

()

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT yang telah melimpahkan segala rahmat dan hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian dengan judul “Pengembangan Keperawatan Pada Balita Sakit Berdasarkan Model Keperawatan *Community as Partner* di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo”.

Penulis juga berterimakasih yang sebesar-besarnya kepada pihak-pihak yang telah berkenan membantu sehingga penelitian ini dapat terselesaikan, antara lain:

1. Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Ibu Purwaningsih, S.Kp., MARS atas fasilitas dan kesempatan yang telah diberikan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan.
2. Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, Prof. Dr. Soeharto, dr., M.Sc., MPDK., DTM&H., Sp.PD-KPTI., FINASIM yang telah memberikan fasilitas dan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan.
3. Pembimbing I, Prof. Dr. Stefanus Supriyanto, dr., MS., yang telah memberikan inspirasi, dengan penuh perhatian dan kesabaran meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan, saran dan kritik kepada penulis hingga penelitian ini dapat terselesaikan dengan baik.
4. Pembimbing II, Ibu Rizki Fityasari PK., S.Kep.Ns., M.Kep., yang dengan penuh kesabaran meluangkan waktu di tengah kesibukannya untuk

memberikan bimbingan, arahan saran dan kritik kepada penulis hingga penelitian ini dapat terselesaikan dengan baik.

5. Tim Penguji, atas saran yang diberikan guna perbaikan penelitian ini.
6. Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo, Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur yang telah memberikan ijin dan tempat kepada penulis untuk melakukan penelitian.
7. Keluarga besarku, suami dan anakku, bapak dan ibu' tersayang, atas do'a, dukungan, perhatian, dan luapan kasih sayangnya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan penelitian ini tanpa halangan yang berarti. Hidup memang penuh warna, penuh makna...
8. Teman-teman angkatan III seperjuangan yang telah membantu hingga terselesaikannya penelitian ini.
9. Pihak sekretariat Magister Keperawatan, Mbak Yatik dan Ruang Baca Fakultas Keperawatan, Pak Hendy yang telah membantu penulis hingga terselesaikannya penelitian ini.
10. serta pihak-pihak yang tak dapat penulis sebutkan satu per satu, yang telah mendukung sepenuhnya kepada penulis.

Penulis menyadari masih banyak terdapat kekurangan dalam penelitian ini, oleh karena itu penulis mengharapkan saran serta kritik yang membangun guna perbaikan isi penelitian ini. Akhirnya penulis berharap, penelitian ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya, September 2012

Penulis,

EVA YULIYANTI, S.Kep.,Ns

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Eva Yuliyanti, S.Kep.,Ns
NIM : 131041057
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : -
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :

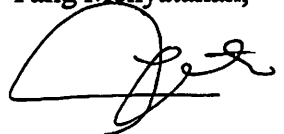
“Pengembangan Keperawatan Pada Balita Sakit
Berdasarkan Model Keperawatan *Community as Partner* di Unit Pelaksana Teknis
Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo”

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga berhak menyimpan, mengalih media/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Surabaya
Pada tanggal : 21 September 2012

Yang Menyatakan,



Eva Yuliyanti, S.Kep.,Ns

RINGKASAN

**PENGEMBANGAN KEPERAWATAN PADA BALITA SAKIT
BERDASARKAN MODEL KEPERAWATAN
COMMUNITY AS PARTNER DI UNIT PELAKSANA TEKNIS
PELAYANAN SOSIAL ASUHAN BALITA SIDOARJO**

Eva Yuliyanti

Undang-undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak menyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental spiritual, dan sosial. Merujuk pada kebijakan umum pembangunan kesehatan nasional, upaya penurunan angka kematian bayi dan balita merupakan bagian penting dalam Program Nasional Bagi Anak Indonesia (PNBAI) yang antara lain dijabarkan dalam Visi Anak Indonesia 2015 untuk menuju anak Indonesia yang sehat. Strategi nasional bagi upaya penurunan kematian bayi dan balita adalah pemberdayaan keluarga, pemberdayaan masyarakat, meningkatkan kerja sama dan koordinasi lintas sektor, dan meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan anak yang komprehensif dan berkualitas (UNDP, 2004). Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sosial Sidoarjo merupakan salah satu Unit Pelaksana Teknis Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur yang merawat balita terlantar. Berdasarkan observasi peneliti dari buku kunjungan rumah sakit/ puskesmas, kejadian sakit pada balita di UPT tersebut pada 5 Maret 2012 mencapai 75,06% dari 41 balita dengan kasus ISPA dan hanya 4,81% saja balita yang dinyatakan sehat. Pelayanan panti kesejahteraan sosial di Indonesia cenderung masih konvensional dalam arti pelayanan yang diberikan masih bersifat rutin dan belum dapat disesuaikan dengan tuntutan kekinian (Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur, 2010). Hal tersebut merupakan penyebab asuhan keperawatan dalam lingkup manajemen panti sosial belum dapat berkembang.

Fokus utama dari keperawatan kesehatan komunitas tidak hanya individu, namun juga keluarga dan masyarakat. Tugas utama seorang perawat komunitas adalah meningkatkan kesehatan populasi (Lundy & Janes, 2009). Peran perawat membantu komunitas untuk mencapai, mempertahankan, dan mempromosikan kesehatan, sehingga komunitas mampu berespon positif terhadap stressor (Anderson dan McFarlane, 2010). Untuk mengidentifikasi kapasitas dan kebutuhan komunitas diperlukan pengkajian komunitas melalui proses pengumpulan dan analisis informasi dan data (Callandrella, 2006). *Community as Partner* yang didasarkan pada *Neuman's model* digunakan untuk pengkajian di komunitas (Anderson & McFarlane, 2000; Ervin, 2002). Model ini sebagai panduan proses keperawatan dalam pengkajian komunitas, analisis dan diagnosa, perencanaan, implementasi komunitas yang terdiri dari tiga tingkatan pencegahan; primer, sekunder, dan tersier, dan program evaluasi (Hitchcock, Schubert, Thomas, 1999).

Penelitian ini menggunakan pendekatan model *Community as Partner* dalam menganalisis stressor yang berhubungan dengan kejadian sakit pada balita di UPT. PSAB Sidoarjo. Menggunakan teknik total sampling dengan kriteria inklusi 1) balita berusia ≥ 2 bulan, 2) balita penghuni tetap panti, bukan titipan

harian dan kriteria eksklusi 1) balita baru yang datang dalam keadaan sakit, maka didapatkan besar sampel 36 balita. Penelitian ini merupakan penelitian observatif : deskriptif dengan pendekatan *cross sectional*. Variabel dalam penelitian ini 1) stressor karakteristik internal (demografi, sejarah), 2) stressor lingkungan eksternal (lingkungan fisik, rekreasi, komunikasi), 3) garis pertahanan dan 4) kejadian sakit. Instrumen yang digunakan merupakan hasil modifikasi peneliti dari instrumen *windshield survey* yang telah disesuaikan dengan kondisi populasi penelitian.

Tahap pertama yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu pengkajian faktor stressor, garis pertahanan dan kejadian sakit kemudian dilakukan analisis hubungan faktor stressor dan garis pertahanan dengan kejadian sakit melalui *crosstab*. Diagnosa keperawatan komunitas prioritas dan rencana intervensi berdasarkan kebutuhan dan sumber daya yang dimiliki panti disusun melalui *focus group discussion* dari tim pengelola panti dengan mengacu dari hasil analisis statistik. Lingkungan fisik merupakan stressor yang berpengaruh besar terhadap kejadian sakit disusul kegiatan rekreatif (tempat, alat dan intensitas bermain) dan komunikasi (intensitas berkumpul dengan balita lain/ pengasuh), sehingga diperlukan upaya pencegahan primer, sekunder dan tersier guna memodifikasi stressor sehingga memperkuat garis pertahanan dan menurunkan kejadian sakit. Berdasarkan hal tersebut, maka diperlukan komitmen dari para pimpinan panti maupun staf untuk dapat membawa panti ke arah perubahan yang lebih baik melalui tindakan pencegahan berdasarkan rencana intervensi keperawatan yang telah disusun.

ABSTRACT

Development of Nursing to Children Morbidity (under 5 years old) based on Community as Partner Nursing Model

Cross sectional study at UPT. PSAB Sidoarjo

by: Eva Yuliyanti

Children morbidity (under 5 years old) at UPT. PSAB Sidoarjo is high enough but the stressor related to children morbidity has not been studied. Community as partner model consists of two main factors : community as a partner and nursing process. This study was aim to analyze the stressors related to children morbidity (under 5 years old) through the development of nursing based on community as partner nursing model.

This study used observational study : descriptive with cross-sectional approach. Samples were selected using total sampling, taken according inclusion and exclusion criteria with sample size 36 children (under 5 years old). The variables were internal characteristics stressor (demographics, history), external environment stressor (physical environment, recreation, communication), line of defense and morbidity. Data were collected by using questionnaire based on windshield survey instruments and analyzed by cross tabulation.

The results showed that children morbidity influenced by group of age was 3-5 years old, female, undernutrition, history (long stay >1 years), unhealthy physical environment, good recreation and communication.

Based on the results of focus group discussion, increasing children morbidity (under 5 years old) related to unhealthy physical environment as a priority of community nursing diagnoses. Nursing plan with prevention interventions approach aimed to minimize internal and external stressors, increase line of defense and decrease children morbidity. So that, required follow-up and monitoring-evaluation of implementation by stakeholders.

Keywords: community as partner, stressor, line of defense, children morbidity (under 5 years old)

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Prasyarat Gelar.....	ii
Pernyataan Orisinilitas.....	iii
Lembar pengesahan	iv
Lembar penetapan panitia penguji tesis.....	v
Kata pengantar	vi
Pernyataan persetujuan publikasi karya ilmiah.....	viii
Ringkasan.....	ix
<i>Abstact</i>	xi
Daftar Isi.....	xii
Daftar Tabel.....	xv
Daftar Gambar.....	xvi
Daftar Lampiran.....	xvii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Identifikasi Penyebab Masalah.....	4
1.3 Rumusan Masalah.....	7
1.4 Tujuan.....	7
1.4.1 Tujuan umum.....	7
1.4.2 Tujuan khusus.....	7
1.5 Manfaat.....	8
1.5.1 Teoritis.....	8
1.5.2 Praktis.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Sehat Sakit	10
2.1.1 Definisi sehat.....	10
2.1.2 Sakit dan perilaku sakit.....	10
2.1.3 Tahapan proses sakit.....	11
2.1.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan.....	12
2.1.5 Kesehatan lingkungan rumah.....	15
2.2 Konsep Keperawatan Kesehatan Masyarakat.....	21
2.2.1 Tujuan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat.....	22
2.2.2 Sasaran keperawatan kesehatan masyarakat.....	22
2.2.3 Bentuk pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat.....	23
2.2.4 Ciri pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat	24
2.2.3 Fokus utama pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat.....	24
2.3 Teori Model Keperawatan Community as Partner.....	25
2.3.1 Empat konsep utama	25
2.3.2 Pengkajian kesehatan komunitas.....	31
2.3.3 Diagnosis dan perencanaan.....	33

2.3.4	Intervensi.....	33
2.3.5	Evaluasi.....	34
2.4	Standar Pelayanan Minimal Panti Sosial Anak.....	34
2.4.1	Definisi agregat balita.....	34
2.4.2	Standar pelayanan minimal bidang sosial daerah provinsi terkait sarana dan prasarana pada panti sosial pelayanan anak.....	37
2.5	Profil Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo.....	39
2.5.1	Sasaran.....	39
2.5.2	Kapasitas.....	39
2.5.3	Uraian.....	39
2.5.4	Sasaran layanan.....	40
2.5.5	Bentuk layanan.....	40
2.5.6	Prosedur layanan.....	41
2.5.7	Output.....	42
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS.....		43
3.1	Kerangka Konseptual Penelitian.....	43
3.2	Hipotesis Penelitian.....	44
BAB 4 METODE PENELITIAN.....		45
4.1	Desain Penelitian.....	45
4.2	Populasi, Sampel, Besar Sampel dan Sampling.....	45
4.2.1	Populasi.....	45
4.2.2	Sampel.....	45
4.2.3	Besar Sampel.....	46
4.2.4	Sampling.....	46
4.3	Variabel Penelitian.....	46
4.3.1	Klasifikasi variabel.....	46
4.3.2	Definisi operasional variabel.....	47
4.4	Instrumen Penelitian.....	49
4.5	Lokasi dan Waktu Penelitian.....	49
4.6	Prosedur Pengumpulan Data.....	49
4.7	Cara Pengolahan dan Analisis Data.....	51
4.8	Kerangka Kerja.....	51
4.9	Etik Penelitian.....	51
4.9.1	Surat persetujuan (<i>Informed consent</i>).....	52
4.9.2	Tanpa nama (<i>Anonimity</i>).....	52
4.9.3	Kerahasiaan(<i>Confidentiality</i>).....	52
BAB 5 ANALISIS HASIL PENELITIAN.....		53
5.1	Hasil Penelitian.....	53
5.1.1	Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	53
5.1.2	Variabel yang Diukur.....	54
BAB 6 PEMBAHASAN.....		69
6.1	Hubungan stressor dan garis pertahanan dengan kejadian sakit pada balita.....	69
6.2	Proses Keperawatan.....	77
6.3	Keterbatasan Penelitian.....	81

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	82
3.1 Kesimpulan	82
3.2 Saran	83
DAFTAR PUSTAKA.....	84
Lampiran 1	87
Lampiran 2	88
Lampiran 3	89
Lampiran 4	90
Lampiran 5	91
Lampiran 6	95
Lampiran 7	97
Lampiran 8	100

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1	Definisi Operasional Variabel.....	47
Tabel 5.1	Karakteristik Demografi Responden.....	55
Tabel 5.2	Karakteristik Sejarah Responden.....	55
Tabel 5.3	Karakteristik Lingkungan Fisik.....	56
Tabel 5.4	Karakteristik Komunikasi Responden.....	56
Tabel 5.5	Karakteristik Rekreasi Responden.....	57
Tabel 5.6	Kondisi garis pertahanan responden.....	58
Tabel 5.7	Kejadian sakit pada balita.....	58
Tabel 5.8	Hubungan karakteristik demografi dengan kejadian sakit...	59
Tabel 5.9	Hubungan jenis kelamin dengan kejadian sakit.....	59
Tabel 5.10	Hubungan status gizi dengan kejadian sakit.....	59
Tabel 5.11	Hubungan karakteristik sejarah dengan kejadian sakit.....	60
Tabel 5.12	Hubungan stressor lingkungan fisik dengan kejadian sakit..	60
Tabel 5.13	Hubungan stressor komunikasi dengan kejadian sakit.....	61
Tabel 5.14	Hubungan stressor rekreasi dengan kejadian sakit.....	61
Tabel 5.15	Hubungan garis pertahanan dengan kejadian sakit.....	61
Tabel 5.16	Hasil <i>focus group discussion</i>	63

DAFTAR GAMBAR

Gambar	1.1	<i>Community Assessment Wheel</i>	5
Gambar	2.1	<i>Model Community as Partner</i>	27
Gambar	2.2	<i>Community Assessment Wheel</i>	28
Gambar	3.1	Kerangka Konseptual Penelitian	43
Gambar	4.1	Kerangka Kerja Penelitian.....	51

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran	1	Jadwal Kegiatan Penelitian.....	87
Lampiran	2	Surat Ijin Penelitian	88
Lampiran	3	Uji Laik Etik.....	89
Lampiran	4	Formulir Persetujuan Menjadi Peserta Penelitian.....	90
Lampiran	5	Lembar Kuesioner.....	91
Lampiran	6	Satuan Acara Kegiatan	95
Lampiran	7	Hasil FGD.....	97
Lampiran	8	Tabulasi data penelitian.....	100

BAB 1
PENDAHULUAN

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Undang-undang No. 23 Tahun 2002 tentang Perlindungan Anak memberikan kesempatan anak Indonesia untuk hidup sehat, tumbuh, dan berkembang secara lebih optimal. Undang-undang itu menyatakan bahwa setiap anak berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial sesuai dengan kebutuhan fisik, mental spiritual, dan sosial. Merujuk pada kebijakan umum pembangunan kesehatan nasional, upaya penurunan angka kematian bayi dan balita merupakan bagian penting dalam Program Nasional Bagi Anak Indonesia (PNBAI) yang antara lain dijabarkan dalam Visi Anak Indonesia 2015 untuk menuju anak Indonesia yang sehat. Strategi nasional bagi upaya penurunan kematian bayi dan balita adalah pemberdayaan keluarga, pemberdayaan masyarakat, meningkatkan kerja sama dan koordinasi lintas sektor, dan meningkatkan jangkauan pelayanan kesehatan anak yang komprehensif dan berkualitas (UNDP, 2004). Pemerintah Indonesia telah berkomitmen untuk mencapai *Millennium Development Goals* (MDGs) bidang kesehatan yang salah satunya adalah menurunkan 2/3 kematian balita pada rentang waktu antara 1990-2015 (Kementrian Kesehatan RI, 2009).

Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sosial Sidoarjo merupakan salah satu Unit Pelaksana Teknis Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur yang merawat balita terlantar. Berdasarkan observasi peneliti dari buku kunjungan rumah sakit/ Puskesmas, kejadian sakit pada balita di UPT tersebut pada 5 Maret 2012 mencapai 75,06% dari 41 balita dengan kasus ISPA dan hanya 4,81% saja balita yang dinyatakan sehat. Pemenuhan gizi dalam pemeliharaan kesehatan anak berpengaruh terhadap kesehatan dan daya

tahan anak. Air susu ibu merupakan yang paling penting bagi bayi dan balita. Di samping itu, imunisasi juga penting dilakukan pada anak (Suyono, 2007). Pemenuhan kebutuhan fisik pada balita di UPT PSAB Sidoarjo berupa pemeriksaan kesehatan secara rutin oleh dokter Puskesmas telah diberikan dua kali dalam sebulan dan oleh dokter spesialis anak dari rumah sakit umum daerah diberikan satu kali dalam sebulan. Imunisasi dasar lengkap juga diberikan. Selain itu, diet diberikan sesuai dengan kebutuhan balita. Melalui observasi dari buku kunjungan dokter, para dokter sering menyarankan keberadaan ruang isolasi, peningkatan kebersihan, dan penambahan relawan agar tidak sering terjadi sakit pada balita. Dari saran tersebut, upaya menjaga kebersihan lingkungan panti saja yang dapat dilakukan dari hari ke hari. Namun, sampai saat ini, stressor yang berhubungan dengan kejadian sakit pada balita di UPT Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo, belum diteliti.

Setiap hari ada 3-7 balita di UPT PSAB Sidoarjo yang dibawa ke rumah sakit untuk berobat. Hal tersebut terjadi secara bergiliran seperti layaknya siklus rantai yang tidak pernah putus. Bila balita sering sakit, maka harus segera dicari penyebabnya, karena bila tidak segera diatasi akan menyebabkan gangguan asupan nutrisi sehingga kenaikan berat badan menjadi kurang atau rendah, pertumbuhan dan perkembangan juga terhambat (www.ayahbunda.co.id). Di samping itu, kejadian tersebut menambah kesibukan para staf apalagi bila kondisi balita mengharuskan untuk masuk rumah sakit, maka satu pegawai harus menjaga balita tersebut di rumah sakit sehingga staf berkurang yang secara otomatis menambah beban kerja. Beban kerja yang terlalu tinggi akan menimbulkan kelelahan baik fisik atau mental dan reaksi emosional seperti sakit kepala, gangguan pencernaan dan mudah marah. Beban kerja yang berlebihan atau rendah dapat menimbulkan stres kerja (Manuaba, 2000). Hal tersebut tentu saja tidak diinginkan untuk terjadi karena dalam memberikan

pelayanan kepada balita tidak hanya pemenuhan kebutuhan fisik saja, tetapi juga kebutuhan mental dan sosial sebagaimana hakekat pembangunan kesejahteraan sosial (Suharto, 2006 dalam Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur, 2010), karena manusia adalah makhluk bio, psiko, sosial-spiritual yang merupakan suatu kesatuan yang utuh, jasmani dan rohani tidak dapat dipisahkan (Potter & Perry, 2005).

Ketidakseimbangan faktor lingkungan di samping faktor epidemiologis dan pejamu (manusia) dapat menyebabkan kejadian sakit maupun penularan penyakit. Peran serta dari petugas kesehatan menentukan keberhasilan penanganan (Yawan, 2006). Namun, kualitas manajemen dan profesionalisme pelayanan kesejahteraan sosial yang masih rendah merupakan salah satu isu strategis penyebab penanganan yang tidak tepat. Masih ada persepsi yang penting bisa memberi makan/sandang, yang lainnya bisa diabaikan; pengasuh/ pembimbing bisa dilakukan siapa saja, tidak perlu profesional. Persepsi semacam ini tanpa disadari menjadi hambatan dalam meningkatkan profesionalisme penyelenggaraan kesejahteraan sosial. Di samping itu, pelayanan panti kesejahteraan sosial di Indonesia cenderung masih konvensional dalam arti pelayanan yang diberikan masih bersifat rutin dan belum dapat disesuaikan dengan tuntutan kekinian (Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur, 2010). Hal tersebut merupakan penyebab asuhan keperawatan dalam lingkup manajemen panti sosial belum dapat berkembang.

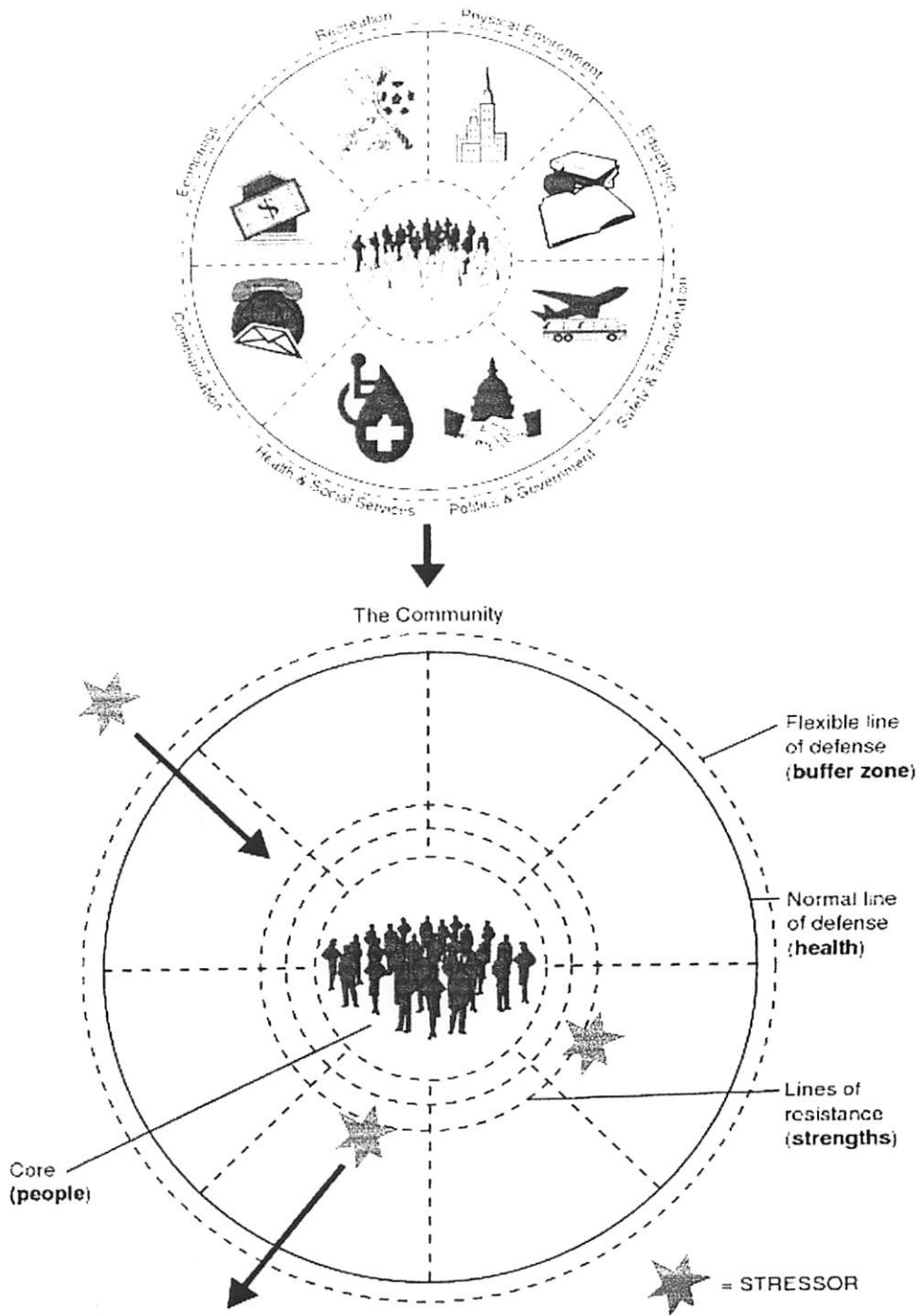
Keperawatan kesehatan komunitas adalah sintesis dari teori keperawatan dan teori kesehatan masyarakat, diterapkan untuk meningkatkan dan menjaga kesehatan populasi. Praktik keperawatan kesehatan komunitas meningkatkan dan menjaga kesehatan populasi melalui penerapan kombinasi *skill* dan keilmuan keperawatan dan kesehatan masyarakat. Fokus utama dari keperawatan kesehatan komunitas tidak hanya individu, namun juga keluarga dan masyarakat. Tugas utama seorang perawat

komunitas adalah meningkatkan kesehatan populasi (Lundy & Janes, 2009). Peran perawat membantu komunitas untuk mencapai, mempertahankan, dan mempromosikan kesehatan, sehingga komunitas mampu berespon positif terhadap stressor (Anderson dan McFarlane, 2010). Untuk mengidentifikasi kapasitas dan kebutuhan komunitas diperlukan pengkajian komunitas melalui proses pengumpulan dan analisis informasi dan data (Callandrella, 2006). *Community as Partner* yang didasarkan pada *Nueman's model* digunakan untuk pengkajian di komunitas (Anderson & McFarlane, 2000; Ervin, 2002). Model ini sebagai panduan proses keperawatan dalam pengkajian komunitas, analisis dan diagnosa, perencanaan, implementasi komunitas yang terdiri dari tiga tingkatan pencegahan; primer, sekunder, dan tersier, dan program evaluasi (Hitchcock, Schubert, Thomas, 1999). Karena itu, peneliti tertarik untuk mengembangkan keperawatan pada balita sakit berdasarkan model keperawatan *Community as Partner* di UPT PSAB Sidoarjo.

1.2 Identifikasi Penyebab Masalah

Status kesehatan dan dampak kesehatan merupakan hasil dari interaksi berbagai faktor/intervensi yang dilakukan baik oleh pemerintah maupun swasta serta dipengaruhi oleh faktor-faktor lingkungan serta individu-individu dalam populasi (Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional, 2009).

Model *community as partner* terdiri dari dua faktor utama, yaitu komunitas sebagai mitra dari perawat (yang digambarkan dengan roda pengkajian komunitas di bagian puncak, di mana orang-orang dalam komunitas sebagai *core/ inti*) dan penggunaan proses keperawatan.



Gambar 1.1 *Community Assessment Wheel* (Anderson dan McFarlane, 2010)

Roda pengkajian menggambarkan penduduk suatu komunitas melalui sejarah, demografi, suku bangsa, nilai dan keyakinan serta hubungan saling mempengaruhi antara komunitas dengan subsistemnya (lingkungan fisik, pelayanan kesehatan dan

sosial, ekonomi, keamanan dan transportasi, politik dan pemerintahan, komunikasi, pendidikan, dan rekreasi). Selain itu, komunitas sebagai inti memiliki tiga garis pertahanan yang disebut garis pertahanan normal, garis pertahanan fleksibel, dan garis resisten. Hal-hal tersebut merupakan bagian dari komunitas yang harus dikaji oleh perawat secara komprehensif (Anderson dan McFarlane, 2010). Smith dan Bazini-Barakat (2003) juga menyatakan bahwa data yang harus dikaji saat menggunakan model *community as partner* meliputi data inti komunitas dan subsistem, termasuk garis pertahanan dan resistensi, stressor, dan derajat reaksi.

Pengkajian komunitas merupakan suatu upaya untuk mengenal masyarakat, karena masyarakat merupakan mitra yang berkontribusi terhadap keseluruhan asuhan keperawatan komunitas. Tujuan pengkajian komunitas adalah untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang berkontribusi terhadap keseluruhan proses baik faktor yang memperlemah maupun yang memperkuat agar dapat mengembangkan strategi promosi kesehatan (Anderson dan Mc Farlane, 2000). Informasi yang didapatkan dalam pengkajian dapat digunakan sebagai informasi untuk perubahan dan pemberdayaan (Hancock dan Minkler, 1997 dalam Anderson dan Mc Farlane, 2000).

Pada penelitian ini, pengembangan keperawatan pada balita sakit berdasarkan model keperawatan *community as partner* dilakukan sesuai dengan tahapan proses keperawatan, namun hanya sebatas rencana intervensi mengingat keterbatasan waktu dan sumber daya. Selain itu, stressor yang dikaji disesuaikan dengan kondisi balita dalam hubungannya dengan kejadian sakit, yaitu : karakteristik internal (sejarah, demografi); lingkungan eksternal (lingkungan fisik, komunikasi, dan rekreasi).

1.3 Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah stressor karakteristik internal dan lingkungan eksternal yang berpengaruh dengan kejadian sakit berdasarkan model keperawatan *community as partner* pada balita di UPT. Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo?
2. Bagaimanakah kejadian sakit pada balita berdasarkan respon garis pertahanan terhadap stressor?
3. Apakah stressor yang berhubungan dengan kejadian sakit pada balita (berdasarkan analisis stressor karakteristik internal, lingkungan eksternal dan garis pertahanan)?
4. Apakah diagnosa keperawatan yang ditetapkan?
5. Bagaimanakah rencana intervensi keperawatan yang harus disusun?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Mengembangkan keperawatan pada balita sakit berdasarkan model *community as partner* di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Mengkaji stressor karakteristik internal (sejarah, demografi).
2. Mengkaji stressor lingkungan eksternal (lingkungan fisik, komunikasi, dan rekreasi).
3. Mengkaji garis pertahanan yang dimiliki.
4. Mengkaji kejadian sakit pada balita.
5. Menganalisis hubungan stressor dan garis pertahanan dengan kejadian sakit pada balita.

6. Menetapkan diagnosa keperawatan.
7. Menyusun rencana intervensi keperawatan.

1.5 Manfaat

1.5.1 Teoritis

Sebagai kerangka dalam pengembangan ilmu keperawatan komunitas berfokus pada pengkajian komunitas yang digunakan untuk menentukan stressor yang berhubungan dengan kejadian sakit pada balita sehingga rencana pencegahan primer, sekunder dan tersier yang sesuai dalam lingkup manajemen panti sosial dapat tersusun.

1.5.2 Praktis

1. Bagi Lembaga (UPT PSAB Sidoarjo)
 - a. Mengetahui masalah prioritas yang dialami balita di pelayanan sosial.
 - b. Menentukan kebutuhan dan mengambil keputusan untuk menanggulangnya.
 - c. Optimalisasi kualitas pelayanan yang diberikan.
 - d. Dapat mencegah/meminimalisir kejadian sakit pada balita.
2. Bagi Profesi Perawat Komunitas
 - a. Dapat mengembangkan pengkajian yang sesuai untuk panti sosial berdasarkan kelemahan dan kelebihan teori yang telah diterapkan.
 - b. Mengembangkan model pencegahan primer dan sekunder sesuai respon garis pertahanan terhadap stressor pada balita.

3. Bagi Penelitian

Hasil analisis dapat digunakan sebagai dasar penelitian lebih lanjut untuk menerapkan intervensi sesuai permasalahan yang dihadapi pada lingkup panti sosial.

BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Sehat Sakit (Kozier & Erb's, 2008)

2.1.1 Definisi Sehat

Definisi WHO tentang sehat mempunyai karakteristik berikut (Edelman dan Mandle, 1994) :

- a. Memperhatikan individu sebagai sebuah sistem yang menyeluruh.
- b. Memandang sehat dengan mengidentifikasi lingkungan internal dan eksternal.
- c. Penghargaan terhadap pentingnya peran individu dalam hidup.

Sehat dalam pengertian luas adalah suatu keadaan yang dinamis dimana individu menyesuaikan diri dengan perubahan lingkungan internal dan eksternal untuk mempertahankan keadaan kesehatannya.

- a. Lingkungan internal terdiri dari : beberapa faktor psikologis, dimensi intelektual dan spiritual, proses penyakit.
- b. Lingkungan eksternal terdiri dari : faktor di luar individu yang dapat mempengaruhi kesehatan antara lain : variabel lingkungan fisik, hubungan sosial dan ekonomi.

2.1.2 Sakit dan Perilaku Sakit

Sakit adalah keadaan terganggunya seseorang dalam proses tumbuh kembang fungsi tubuh secara keseluruhan/ sebagian, serta terganggunya proses penyesuaian diri manusia atau gangguan dalam fungsi yang normal dimana individu sebagai totalitas dari keadaan organisme sebagai sistem biologis dan adaptasi sosial (Parsons, 1972).

Perilaku sakit mencakup cara seseorang memantau tubuhnya, mendefinisikan dan menginterpretasikan gejala yang dialaminya, melakukan upaya penyembuhan, dan menggunakan sistem pelayanan kesehatan.

Menurut pandangan medis, penyakit dapat digambarkan sebagai gangguan dalam fungsi tubuh yang mengakibatkan bekurangnya kapasitas tubuh.

Selain itu sakit dapat diartikan sebagai hasil dari interkasi antara seseorang dengan lingkungan, dimana terjadinya kegagalan dalam beradaptasi dengan lingkungan sehingga menimbulkan ketidakseimbangan antara faktor *host*, *hospes* dan *environment*.

2.1.3 Tahapan Proses Sakit

1. Tahap Gejala

Merupakan tahapan awal seseorang mengalami proses sakit dengan ditandai adanya perasaan tidak nyaman terhadap dirinya karena timbulnya suatu gejala yang dapat meliputi gejala fisik (panas, nyeri).

2. Tahap Asumsi terhadap Penyakit

Menginterpretasi terhadap sakit dan gangguan pada tubuh, merespons dalam bentuk emosi terhadap gejala sakit (takut, cemas), konsultasi/ datang ke tempat pengobatan.

Tahap ini berakhir dengan ditemukannya gejala yang pasti dan terjadi perubahan dari sakitnya.

3. Tahap Kontak dengan Pelayanan Kesehatan

Seseorang telah mengadakan hubungan dengan pelayanan kesehatan dengan meminta nasehat dari profesi kesehatan yang dilakukan atas inisiatif dirinya sendiri.

4. Tahap Ketergantungan

Terjadi setelah seseorang dianggap mengalami suatu penyakit yang akan mendapatkan bantuan pengobatan sehingga kondisi seseorang sudah mulai ketergantungan dalam pengobatan.

5. Tahap Penyembuhan

Merupakan tahapan terakhir menuju proses kembalinya kemampuan untuk beradaptasi. Melepas peran selama sakit dan kembali berperan seperti sebelum sakit.

2.1.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Status Kesehatan

1. Genetik

Faktor genetik mempengaruhi karakteristik biologi, temperamen, derajat aktifitas dan potensi intelektual. Faktor ini berhubungan dengan penyakit spesifik, seperti diabetes dan kanker payudara.

2. Ras

Distribusi penyakit berhubungan dengan ras. Sebagai contoh, ras kulit hitam memiliki insiden yang tinggi terhadap anemia sel sabit dan hipertensi dari pada populasi umum, dan penduduk asli Indian Amerika memiliki resiko lebih tinggi terhadap diabetes.

3. Jenis kelamin

Gangguan tertentu dan penyakit genetik lebih umum terjadi pada satu jenis kelamin. Gangguan yang umum terjadi pada perempuan di antaranya osteoporosis, penyakit autoimun seperti rematoid arthritis dan sistemik lupus eritematosus, obesitas dan penyakit tiroid. Sedangkan yang umum terjadi pada laki-laki antara lain hernia abdominalis, penyakit pada saluran nafas, arteriosclerotik, hemoroid dan tuberculosis. Penyakit yang menyerang organ reproduktif, tergantung pada jenis kelamin.

4. Umur dan tahap perkembangan

Distribusi penyakit bervariasi dalam usia. Sebagai contoh, penyakit jantung arteriosklerotik umum terjadi pada laki-laki usia pertengahan, penyakit menular seperti batuk umum terjadi pada anak-anak. Derajat perkembangan merupakan faktor yang penting. Kemampuan untuk merespon penyakit, lebih rendah pada awal dan akhir dari usia kehidupan. Bayi memiliki tingkat kematangan fisik dan psikologis yang masih lemah. Penurunan kemampuan fisik dan persepsi sensori pada lansia membatasi kemampuan dalam berespon terhadap bahaya.

5. *Mind-body relationship*

Pada faktor ini menjelaskan bagaimana respon emosional terhadap stress memengaruhi fungsi tubuh dan apa reaksi emosional yang terjadi sebagai respon kondisi tubuh. Distress emosional dapat mempengaruhi sistem imun melalui sistem saraf pusat dan endokrin. Gangguan pada sistem imun berhubungan dengan kejadian infeksi, kanker dan penyakit autoimun.

6. Gaya hidup

Bentuk gaya hidup seseorang seperti makan, olah raga, rokok, obat-obatan dan alcohol dan cara coping terhadap stress. Makan yang berlebih, aktivitas minimal akan menjadi kelebihan berat badan dan menyebabkan resiko penyakit jantung, diabetes dan hipertensi. Pemakaian gula yang berlebih dapat menyebabkan karies gigi.

7. Lingkungan fisik

Lingkungan fisik, termasuk rumah dan sanitasi mempengaruhi kesehatan. Udara, makanan, air, secara langsung maupun tidak dapat berhubungan dengan tipe kanker tertentu. Fluktuasi yang tajam pada suhu lingkungan menyebabkan gangguan temporer pada lingkungan internal individu yang menghruskan untuk mengeluarkan energi lebih untuk mencapai stabilisasi fisiologis.

8. Standar hidup

Standar hidup seseorang (pekerjaan, pendapatan dan pendidikan) berhubungan dengan kesehatan. Hygiene, kebiasaan makan serta patuh/tidak terhadap layanan kesehatan bervariasi pada individu berpendapatan rendah dan tinggi. Sebagai contoh, pencegahan penyakit bukan menjadi prioritas pada individu berpendapatan rendah.

9. Keyakinan budaya

Apa yang dipercayai seseorang, pengalaman, menjadi determinan keyakinan budaya. Aturan budaya, nilai dan keyakinan memberikan rasa kestabilan dan dapat memprediksi hasil.

10. Keluarga

Secara umum berkaitan dengan penurunan genetik, pola gaya hidup sehari-hari. Kesehatan emosi tergantung pada lingkungan sosial yang bebas dari tekanan dan tidak terisolasi dari yang lain. Komunikasi terbuka, kasih sayang dapat memberikan dukungan yang optimum pada seseorang.

11. Konsep diri

Bagaimana perasaan seseorang tentang dirinya, mempengaruhi kemampuan seseorang untuk bertindak. Perasaan ekstrim tentang kesendirian, ketidakberdayaan dan ketakutan dapat menyebabkan penyakit dan kematian.

12. Sistem pendukung dan kepuasan kerja

Memiliki sistem pendukung (keluarga, teman) dan kepuasan kerja dapat mencegah penyakit. Dukungan dapat memberikan stimulus pada individu yang sakit untuk dapat sehat kembali karena dapat memastikan penyakitnya dan mencari terapi. Kepuasan kerja dapat mempengaruhi secara positif terhadap konsep diri dan *body-mind relationship*.

13. Geografi

Geografi diartikan sebagai iklim, dan iklim mempengaruhi kesehatan. Sebagai

— contoh, malaria dan malaria terkait kondisi terjadi lebih sering pada daerah tropis.

2.1.5 Kesehatan Lingkungan Rumah (Saputra, 2011)

Lingkungan rumah adalah segala sesuatu yang berada dalam rumah (Walton, 1991). Lingkungan rumah terdiri dari lingkungan fisik yaitu ventilasi, suhu, kelembaban, lantai, dinding, serta lingkungan sosial yaitu kepadatan penghuni. Lingkungan rumah menurut WHO adalah struktur fisik dimana orang menggunakannya sebagai tempat berlindung.

Lingkungan rumah yang sehat dapat di artikan sebagai lingkungan yang dapat memberikan tempat untuk berlindung atau bernaung dan tempat untuk beristirahat serta dapat menimbulkan kehidupan sempurna baik fisik, psikologis maupun sosial (Lubis, 1989). Menurut Ditjen PPM dan PL. (2002), secara umum rumah dapat dikatakan sehat apabila memenuhi kriteria yaitu :

- a. Memenuhi kebutuhan fisiologis meliputi pencahayaan, penghawaan, ruang gerak yang cukup, dan terhindar dari kebisingan yang mengganggu.
- b. Memenuhi kebutuhan psikologis meliputi *privacy* yang cukup, komunikasi yang sehat antar anggota keluarga dan penghuni rumah.
- c. Memenuhi persyaratan pencegahan penularan penyakit antar penghuni rumah meliputi penyediaan air bersih, pengelolaan tinja, limbah rumah tangga, bebas vektor penyakit dan tikus, kepadatan hunian yang tidak berlebihan, dan cukup sinar matahari pagi.
- d. Memenuhi persyaratan pencegahan terjadinya kecelakaan baik yang timbul karena keadaan luar maupun dalam rumah, antara lain fisik rumah yang tidak

mudah roboh, tidak mudah terbakar dan tidak cenderung membuat penghuninya jatuh tergelincir.

Kondisi fisik rumah adalah keadaan rumah secara fisik dimana orang menggunakan untuk tempat berlindung yang mempengaruhi derajat kesehatan manusia. Penyakit atau gangguan saluran pernafasan dipengaruhi oleh kondisi lingkungan yang buruk. Lingkungan yang buruk tersebut dapat berupa kondisi fisik perumahan yang tidak mempunyai syarat seperti ventilasi, kepadatan penghuni, suhu, kelembapan. Lingkungan perumahan sangat berpengaruh terhadap terjadinya pneumonia (Ranuh, 1997).

Kondisi fisik rumah adalah suatu kondisi rumah yang mempunyai struktur fisik dimana orang menggunakannya sebagai tempat berlindung yang mempengaruhi derajat kesehatan manusia, kondisi fisik rumah tersebut antara lain lantai rumah, dinding, atap rumah, ventilasi, suhu, kelembapan, kepadatan hunian, (Ranuh dan Azwar, 1990).

a. Lantai

Ubin atau semen adalah baik, namun tidak cocok untuk kondisi ekonomi pedesaan. Syarat yang penting disini adalah tidak berdebu pada musim kemarau dan tidak basah pada musim hujan.

b. Dinding

Tembok adalah baik, namun disamping mahal, tembok sebenarnya kurang cocok untuk daerah tropis, lebih bila ventilasi tidak cukup, dinding rumah di daerah tropis, khususnya di daerah pedesaan lebih baik dinding papan, sebab meskipun jendela tidak cukup tetapi lubang-lubang pada dinding atau papan tersebut dapat merupakan ventilasi dan dapat menambah penerangan alamiah.

c. Atap genteng adalah umum dipakai baik di daerah perkotaan maupun di daerah pedesaan, disamping cocok untuk daerah tropis, dapat dijangkau oleh masyarakat namun demikian, banyak masyarakat pedesaan tidak mampu untuk itu, maka atap daun rumbai atau dan kelapa pun dapat dipertahankan. Atap seng atau asbes tidak cocok untuk pedesaan disamping mahal juga menimbulkan panas di dalam rumah. Atap seng tingginya minimal 2,75 meter agar tidak menyebabkan panas di dalam rumah.

d. Ventilasi : adalah usaha untuk memenuhi kondisi atmosfer yang menyenangkan dan menyehatkan manusia (Lubis, 1989). Berdasarkan kejadiannya, maka ventilasi dapat dibagi menjadi dua jenis yaitu :

1) Ventilasi alam

Ventilasi alam berdasarkan pada tiga kekuatan yaitu: daya difusi dari gas-gas, gerakan angin dan gerakan massa di udara karena perubahan temperatur. Ventilasi alam ini mengandalkan pergerakan udara bebas (angin), temperatur udara kelembapannya. Selain melalui jendela, pintu lubang angin, maka ventilasi pun dapat diperoleh dari pergerakan udara sebagai hasil sifat poros dinding ruangan, atap dan lantai.

2) Ventilasi buatan

Pada suatu waktu, diperlukan juga ventilasi buatan dengan menggunakan alat mekanis maupun elektrik. Alat-alat tersebut adalah kipas angin, *exhauster* dan AC (*air conditioner*).

Persyaratan Ventilasi yang baik :

- a) Luas lubang ventilasi tetap minimal 5 % dari luas lantai ruangan, sedangkan luas lubang ventilasi insidental (dapat dibuka dan di tutup) minimal 5 % dari luas lantai. Jumlah keduanya menjadi 10 % dari luas lantai.
- b) Udara yang masuk harus bersih, tidak di cemari asap dari sampah atau pabrik, knalpot kendaraan, debu, asap dapur maka lubang ventilasi dapur harus > 10 % dari luas lantai dapur.
- c) Aliran udara di usahakan *cross ventilation* dengan menempatkan lubang ventilasi berhadapan antara dua dinding. Aliran udara ini jangan sampai terhalang oleh barang besar, misalnya lemari, dinding, sekat dan lain-lain. Secara umum, penilaian ventilasi rumah dengan cara membandingkan antara luas ventilasi dan luas lantai rumah, dengan menggunakan *Role meter*. Menurut indikator pengawasan rumah, luas ventilasi yang memenuhi syarat kesehatan adalah > 10 % luas lantai rumah (Depkes RI, 1989). Rumah dengan luas ventilasi yang tidak memenuhi syarat kesehatan akan membawa pengaruh bagi penghuninya. Menurut Azwar (1990) dan Notoadmojo (2003), salah satu fungsi ventilasi adalah menjaga aliran udara dalam rumah tersebut tetap segar. Luas ventilasi rumah yang < 10 % dari luas lantai (tidak memenuhi syarat kesehatan) akan mengakibatkan berkurangnya konsentrasi oksigen dan bertambahnya konsentrasi karbondioksida yang bersifat racun bagi penghuninya. Disamping itu, tidak cukupnya ventilasi akan menyebabkan peningkatan kelembaban ruangan karena terjadinya proses penguapan cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembaban ruangan yang tinggi akan menjadi media yang baik untuk tumbuh dan berkembang biaknya bakteri kelembaban ruangan yang tinggi akan menjadi media yang baik untuk tumbuh dan berkembang biaknya bakteri-bakteri pathogen termasuk bakteri *Pneumococcus*.

e. Suhu

Secara umum penilaian rumah dengan menggunakan termometer ruangan. Berdasarkan indikator pengawasan rumah, suhu rumah memenuhi syarat kesehatan adalah antara 20-25 °C, dan suhu rumah yang tidak memenuhi syarat kesehatan adalah <20 dan >25°C. Suhu dalam ruangan akan membawa pengaruh bagi penghuninya. Menurut Walton (1991), suhu berperan penting untuk metabolisme tubuh, konsumsi dengan oksigen dan tekanan darah. Sedangkan Lennihan dan Filter (1998), mengemukakan bahwa suhu rumah tidak memenuhi syarat kesehatan akan menghilangkan panas tubuh dan tubuh akan berusaha menyeimbangkan dengan suhu lingkungan melalui proses evaporasi. Kehilangan panas tubuh akan menurunkan vitalisasi tubuh dan merupakan predisposisi untuk terkena infeksi terutama infeksi saluran nafas oleh agen yang menular.

f. Kelembaban

Kelembaban, menurut indikator pengawasan rumah, kelembaban udara yang memenuhi syarat kesehatan dalam rumah adalah 40-60 %, dan kelembaban udara yang tidak memenuhi syarat kesehatan adalah < 40 % atau >60 % (Depkes RI, 1989). Rumah yang tidak memiliki kelembaban yang memenuhi syarat kesehatan akan membawa pengaruh bagi penghuninya. Rumah yang lembab merupakan media yang baik bagi pertumbuhan mikroorganisme antara lain bakteri, spiroket, ricketsia, dan virus. Mikroorganisme tersebut dapat masuk kedalam tubuh melalui udara. Selain itu kelembaban yang tinggi dapat menyebabkan membran mukosa hidung menjadi kering sehingga kurang efektif dalam menghadang mikroorganisme. Bakteri pneumokokus seperti halnya bakteri lain, akan tumbuh dengan subur pada lingkungan dengan kelembaban tinggi karena air membentuk >80% volume sel bakteri dan merupakan hal yang esensial untuk pertumbuhan dan kelangsungan hidup sel bakteri (Gould dan

Brooker, 2003). Selain itu menurut Notoadmodjo (2003), kelembaban udara yang meningkat merupakan media yang baik untuk bakteri- bakteri pathogen termasuk bakteri *Pneumococcus*.

g. Kepadatan penghuni rumah

Kepadatan penghuni adalah perbandingan antara luas lantai rumah dengan jumlah anggota keluarga dalam satu rumah tinggal (Lubis, 1989). Persyaratan kepadatan hunian untuk seluruh perumahan biasa dinyatakan dalam m^2 per orang. luas minimum per orang sangat relatif, tergantung dari kualitas bangunan dan fasilitas yang tersedia. Untuk perumahan sederhana, minimum $10 m^2$ / orang. Untuk kamar tidur diperlukan minimum $3m^2$ / orang. Kamar tidur sebaiknya tidak dihuni > 2 orang, kecuali untuk suami istri dan anak dibawah 2 tahun. Cahaya alamiah yakni matahari, cahaya ini sangat penting karena dapat membunuh bakteri-bakteri pathogen didalam rumah, misalnya kuman pneumonia (Notoatmodjo, 2003). Oleh karena itu, rumah yang cukup sehat seyogyanya harus mempunyai jalan masuk yang cukup (jendela), luasnya sekurang-kurangnya 15%-20%. Perlu diperhatikan agar sinar matahari dapat langsung kedalam ruangan, tidak terhalang oleh bangunan lain. Secara umum penilaian kepadatan penghuni dengan menggunakan ketentuan standar minimum, yaitu kepadatan penghuni yang memenuhi syarat kesehatan diperoleh dari hasil bagi antara luas lantai dengan jumlah penghuni $>10m^2$ /orang dan kepadatan penghuni tidak memenuhi syarat kesehatan bila diperoleh hasil bagi antara luas lantai dengan jumlah penghuni $<10 m^2$ / orang (Lubis, 1989)

Kepadatan penghuni dalam satu rumah tinggal akan memberikan pengaruh bagi penghuninya. Luas rumah yang tidak sebanding dengan jumlah penghuninya akan menyebabkan perjubelan (*overcrowded*). Hal ini tidak sehat karena disamping

menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen, juga bila salah satu anggota keluarga terkena penyakit infeksi (Lubis, 1989; Notoatmodjo, 2003).

2.2 Konsep Keperawatan Kesehatan Masyarakat (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 279/Menkes/SK/IV/2006)

Keperawatan kesehatan masyarakat merupakan salah satu kegiatan pokok Puskesmas yang sudah ada sejak konsep Puskesmas diperkenalkan. Perawatan Kesehatan Masyarakat sering disebut dengan PHN (*Public Health Nursing*) namun pada akhir-akhir ini lebih tepat disebut CHN (*Community Health Nursing*). Perubahan istilah *public* menjadi *community*, terjadi di banyak negara karena istilah "*public*" sering kali di hubungkan dengan bantuan dana pemerintah (*government subsidy atau public funding*), sementara keperawatan kesehatan masyarakat dapat dikembangkan tidak hanya oleh pemerintah tetapi juga oleh masyarakat atau swasta, khususnya pada sasaran individu, contohnya perawatan kesehatan individu di rumah (*home health nursing*).

Keperawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) pada dasarnya adalah pelayanan keperawatan profesional yang merupakan perpaduan antara konsep kesehatan masyarakat dan konsep keperawatan yang ditujukan pada seluruh masyarakat dengan penekanan pada kelompok resiko tinggi. Dalam upaya pencapaian derajat kesehatan yang optimal dilakukan melalui peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif) di semua tingkat pencegahan (*levels of prevention*) dengan menjamin keterjangkauan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan melibatkan klien sebagai mitra kerja dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pelayanan keperawatan.

2.2.1 Tujuan Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Tujuan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat adalah meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah keperawatan kesehatan masyarakat yang optimal. Pelayanan keperawatan diberikan secara langsung kepada seluruh masyarakat dalam rentang sehat-sakit dengan mempertimbangkan seberapa jauh masalah kesehatan masyarakat mempengaruhi individu, keluarga, dan kelompok maupun masyarakat.

2.2.2 Sasaran Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Sasaran keperawatan kesehatan masyarakat adalah seluruh masyarakat termasuk individu, keluarga, kelompok beresiko tinggi termasuk kelompok/masyarakat penduduk di daerah kumuh, terisolasi, berkonflik, dan daerah yang tidak terjangkau pelayanan kesehatan

2.2.3 Bentuk Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat dapat diberikan secara langsung pada semua tatanan pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Unit pelayanan kesehatan (Rumah Sakit, Puskesmas, dll) yang mempunyai pelayanan rawat jalan dan rawat inap.
2. Rumah

Perawat "*home care*" memberikan pelayanan secara langsung pada keluarga di rumah yang menderita penyakit akut maupun kronis. Peran *home care* dapat meningkatkan fungsi keluarga dalam merawat anggota keluarga yang mempunyai resiko tinggi masalah kesehatan,

3. Sekolah

Perawat sekolah dapat melakukan perawatan sesaat (*day care*) di berbagai institusi pendidikan (TK, SD, SMP, SMA, dan perguruan tinggi, guru dan karyawan). Perawat

sekolah melaksanakan program *screening* kesehatan, mempertahankan kesehatan, dan pendidikan kesehatan

4. Tempat kerja/industri

Perawat dapat melakukan kegiatan perawatan langsung dengan kasus kesakitan/kecelakaan minimal di tempat kerja/kantor, home industri/ industri, pabrik dll. Melakukan pendidikan kesehatan untuk keamanan dan keselamatan kerja, nutrisi seimbang, penurunan stres, olah raga dan penanganan perokok serta pengawasan makanan.

5. Barak-barak penampungan

Perawat memberikan tindakan perawatan langsung terhadap kasus akut, penyakit kronis, dan kecacatan fisik ganda, dan mental.

6. Puskesmas keliling

Pelayanan keperawatan dalam puskesmas keliling diberikan kepada individu, kelompok masyarakat di pedesaan, kelompok terlarut. Pelayanan keperawatan yang dilakukan adalah pengobatan sederhana, *screening* kesehatan, perawatan kasus penyakit akut dan kronis, pengelolaan dan rujukan kasus penyakit.

7. Panti atau kelompok khusus lain, seperti panti asuhan anak, panti wreda, dan panti sosial lainnya serta rumah tahanan (rutan) atau lembaga pemasyarakatan (Lapas).

8. Pelayanan pada kelompok kelompok resiko tinggi

- a. Pelayanan perawatan pada kelompok wanita, anak-anak, lansia yang mendapat perlakuan kekerasan
- b. Pelayanan keperawatan di pusat pelayanan kesehatan jiwa
- c. Pelayanan keperawatan di pusat pelayanan penyalahgunaan obat

- d. Pelayanan keperawatan di tempat penampungan kelompok lansia, gelandangan pemulung/pengemis, kelompok penderita HIV (ODHA/Orang Dengan Hiv-Aids), dan WTS

2.2.4 Ciri Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Berdasarkan uraian di atas, pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat mempunyai ciri sebagai berikut :

1. Merupakan perpaduan pelayanan keperawatan dan kesehatan masyarakat
2. Adanya kesinambungan pelayanan kesehatan (*continuity of care*)
3. Fokus pelayanan pada upaya peningkatan kesehatan (promotif) dan pencegahan penyakit (preventif) baik pada pencegahan tingkat pertama, ke dua maupun ke tiga
4. Terjadi proses alih peran dari perawat kesehatan masyarakat kepada klien (individu, keluarga, kelompok, masyarakat) sehingga terjadi kemandirian
5. Ada kemitraan perawat kesehatan masyarakat dengan masyarakat dalam upaya kemandirian klien.
6. Memerlukan kerjasama dengan tenaga kesehatan lain serta masyarakat

2.2.5 Fokus Utama Kegiatan Pelayanan Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Fokus utama kegiatan pelayanan keperawatan kesehatan masyarakat adalah meningkatkan pengetahuan dan keterampilan keperawatan, membimbing dan mendidik individu, keluarga, kelompok, masyarakat untuk menanamkan pengertian, kebiasaan dan perilaku hidup sehat sehingga mampu memelihara dan meningkatkan derajat kesehatannya.

Keperawatan kesehatan masyarakat berorientasi pada proses pemecahan masalah yang dikenal dengan “proses Keperawatan” (*nursing proses*) yaitu metoda

ilmiah dalam keperawatan yang dapat dipertanggung jawabkan sebagai cara terbaik dalam memberikan pelayanan keperawatan yang sesuai respon manusia dalam menghadapi masalah kesehatan. Langkah langkah proses keperawatan kesehatan masyarakat adalah pengakajian, perencanaan, pelaksanaan, dan penilaian. Dalam penerapan proses keperawatan, terjadi proses alih peran dari tenaga keperawatan kepada klien (sasaran) secara bertahap dan berkelanjutan untuk mencapai kemandirian sasaran dalam menyelesaikan masalah kesehatannya.

2.3 Teori Model Keperawatan *Community As Partner*

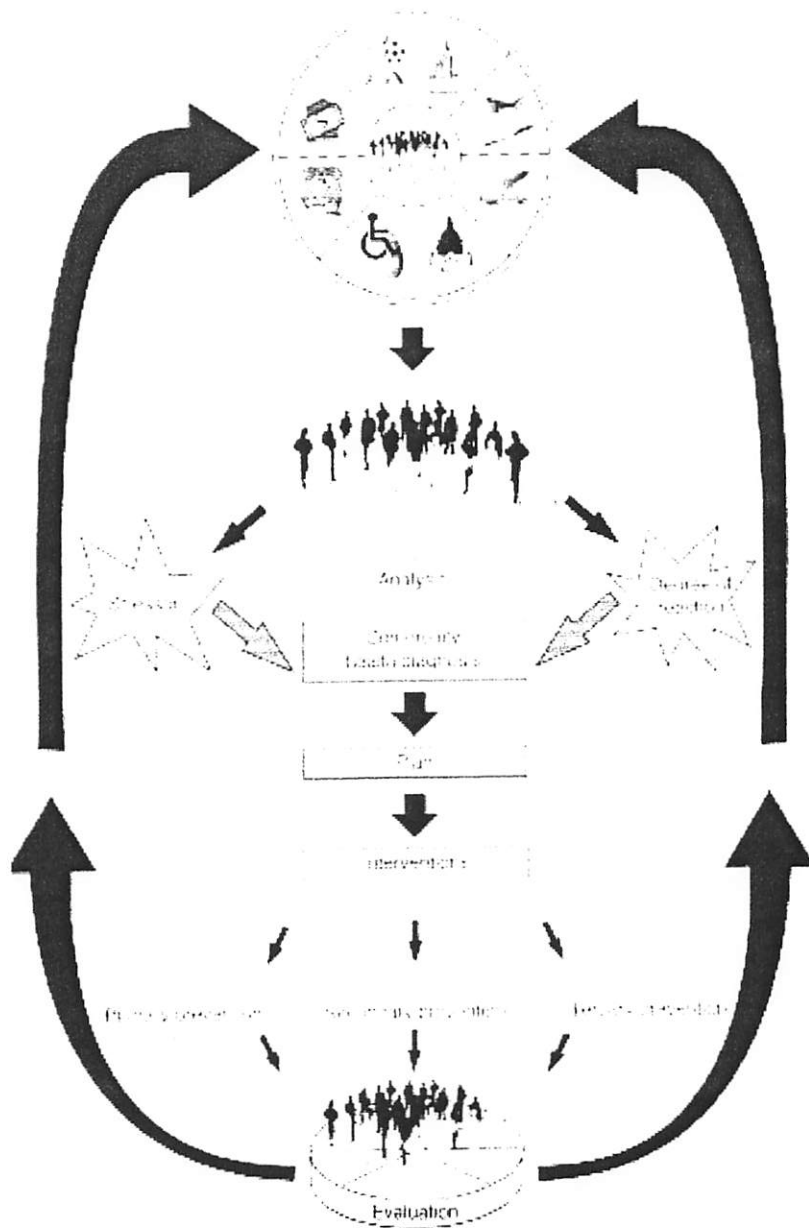
Model *community as client* dikembangkan oleh Anderson (2000) untuk menggambarkan definisi keperawatas kesehatan komunitas, yang merupakan sintesis dari kesehatan masyarakat dan keperawatan. Model tersebut kemudian diperbarui dengan konsep *community as partner* untuk lebih menekankan pada filosofi pelayanan kesehatan primer, yaitu kemitraan petugas kesehatan dengan masyarakat. Model keperawatan ini menggunakan konsep teori sistem dari Newman sebagai dasar pertimbangan. Komunitas diartikan sebagai suatu sistem, yang memiliki tujuan tertentu, saling berinteraksi, dan ada batasan-batasan. Individu, kelompok, dan komunitas merupakan sistem terbuka yang selalu berinteraksi dengan lingkungan dengan batasan tertentu.

2.3.1 Empat konsep utama dalam model *community as partner* (Anderson dan McFarlane, 2010):

1. Manusia diartikan sebagai bagian dari populasi (setiap manusia dalam komunitas tertentu). Populasi dapat berupa agregat (remaja, lansia, perawat, dan lain-lain).
2. Lingkungan diartikan sebagai komunitas (keterkaitan antara manusia dan lingkungan di sekelilingnya). Keterkaitan antara manusia dalam komunitas

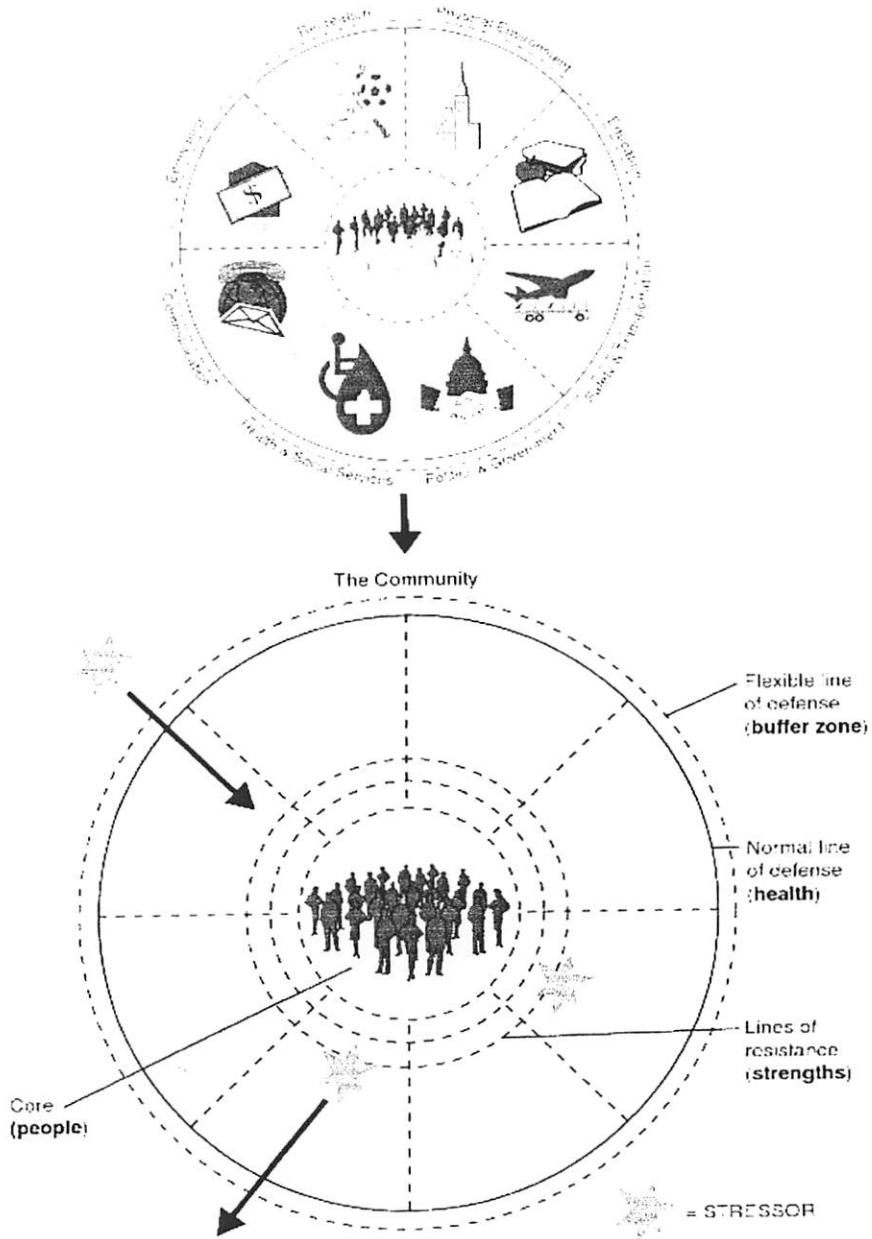
meliputi di mana dia tinggal, apa yang dilakukan, suku/ras, cara hidup, dan faktor-faktor lain yang secara umum dimiliki.

3. Kesehatan diartikan sebagai sumber untuk hidup populasi setiap hari. Suatu konsep positif yang berasal dari sosial dan pribadi, seperti kapasitas fisik.
4. Konsep keperawatan adalah peran perawat dalam tindakan pencegahan. Ada tiga tingkat pencegahan, yaitu pencegahan primer yang bertujuan untuk mengurangi kemungkinan bersinggungan dengan stressor atau memperkuat garis pertahanan (misalnya, pendidikan kesehatan tentang persalinan, imunisasi TT); pencegahan sekunder yang muncul setelah ada stressor yang melewati garis pertahanan dan menyebabkan sebuah reaksi, bertujuan sebagai deteksi dini untuk mencegah kerusakan lebih lanjut (misalnya, deteksi dini kehamilan resiko tinggi); dan pencegahan tersier yang bertujuan untuk mempertahankan dan memperbaiki status kesehatan.



Gambar 2.1 Model *Community as partner* (Anderson & McFarlane, 2010)

Berdasarkan gambar 2.1, ada dua faktor utama dalam model *community as partner*, yaitu fokus pada komunitas sebagai mitra (yang digambarkan dengan roda pengkajian komunitas di bagian puncak, dimana orang-orang dalam komunitas sebagai *core/inti*) dan penggunaan proses keperawatan.



Gambar 2.2 *Community Assessment Wheel* (Anderson dan McFarlane, 2010)

Berdasarkan gambar 2.2, inti dari roda pengkajian menggambarkan penduduk suatu komunitas, meliputi sejarah, demografi, suku bangsa, nilai dan keyakinan. Sebagai penduduk, mereka dipengaruhi dan mempengaruhi delapan subsistem dalam komunitas. Subsistem tersebut diantaranya lingkungan fisik, pendidikan, transportasi

dan keamanan, politik dan pemerintahan, pelayanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi, dan rekreasi (Anderson dan McFarlane, 2010).

Menurut Anderson *et al* (2002), komunitas sebagai inti, dikelilingi oleh tiga garis pertahanan yang disebut garis pertahanan normal, garis pertahanan fleksibel, dan garis resisten. Garis tegas yang mengelilingi komunitas menggambarkan garis pertahanan normal, atau level kesehatan komunitas tertinggi yang berhasil dicapai. Garis pertahanan normal mencakup karakteristik seperti tingginya tingkat imunitas, angka kematian bayi yang rendah, dan tingkat ekonominya menengah. Garis ini juga mencakup pola koping yang biasa digunakan dan kemampuan memecahkan masalah. Sementara garis pertahanan fleksibel, digambarkan sebagai garis putus-putus yang mengelilingi komunitas di luar garis pertahanan normal. Garis ini menggambarkan dinamika tingkat kesehatan sebagai respons sementara dari stressor. Misalnya mobilisasi komunitas sebagai respons dari banjir. Kedelapan subsistem dipisahkan dengan garis putus-putus untuk menunjukkan bahwa masing-masing tidak berdiri sendiri, tetapi saling mempengaruhi dan dipengaruhi. Kedelapan subsistem tersebut merupakan bagian dari komunitas yang harus dikaji oleh perawat. Sedangkan garis resisten merupakan mekanisme internal yang muncul untuk mempertahankan diri dari stressor. Garis resisten ada di setiap subsistem dan menggambarkan kekuatan komunitas. Misalnya pendirian klinik untuk deteksi dini penyakit menular seksual pada remaja.

Stresor merupakan stimulus yang menimbulkan ketegangan, yang memiliki potensi untuk mengganggu keseimbangan sistem. Stresor menembus garis pertahanan fleksibel dan normal. Stresor bisa berasal dari luar maupun dari dalam komunitas itu sendiri. Pelayanan kesehatan yang tidak adekuat, tidak mudah diakses, dan tidak kompeten juga merupakan stressor dalam komunitas. Stresor dan garis

pertahanan menjadi bagian dari diagnosa keperawatan komunitas dengan memunculkan derajat reaksi. Derajat reaksi merupakan sejumlah ketidakseimbangan dan kerusakan sebagai akibat dari stressor yang mempenetrasi garis pertahanan komunitas. Derajat reaksi digambarkan dengan angka kesakitan, kematian, dan data statistik yang lain (Anderson dan McFarlane, 2010).

Data yang harus dikaji saat menggunakan model *community as partner* meliputi data inti komunitas dan subsistem, termasuk garis pertahanan dan resistensi, stressor, dan derajat reaksi. Data yang terkumpul kemudian dianalisis untuk menentukan diagnosa keperawatan komunitas bersama-sama dengan masyarakat. Diagnosa menjadi panduan bagi perawat-komunitas dalam menentukan tujuan perawatan dan intervensi. Tujuan merujuk pada derajat reaksi dengan menambahkan menghilangkan stressor, memperkuat ketahanan komunitas dengan memperkuat garis pertahanan. Dengan menentukan derajat reaksi, perawat dapat merencanakan intervensi keperawatan untuk memperkuat garis resisten melalui salah satu tingkat pencegahan, primer, sekunder, maupun tersier. Evaluasi dilakukan dengan mendengarkan umpan balik dari masyarakat, berdasarkan kriteria hasil yang telah ditentukan sebelumnya (Smith dan Bazini-Barakat, 2003).

2.3.2 Pengkajian Kesehatan Komunitas (Anderson, & McFarlane, 2008)

Inti komunitas, sub sistem, stressor dan derajat reaksi serta garis pertahanan menjadi parameter pengkajian bagi pekerja komunitas. Analisis data dari parameter tersebut menghasilkan diagnosa keperawatan.

Di bawah ini adalah data-data yang harus dikaji :

1. Data inti komunitas :

(1) Sejarah

Mengkaji tentang lama tinggal, orang yang paling lama tinggal, keragaman usia dan kondisi di lingkungan, perubahan yang terjadi pada lingkungan dan sejarah lingkungan tersebut.

(2) Demografi

Berisi tentang usia rata – rata penduduk, kepemilikan tempat tinggal, suku bangsa yang ada di lingkungan tersebut, status marital, homogenitas populasi.

(3) Suku Bangsa

Mengidentifikasi indikator kelompok etnik tertentu, tanda-tanda kelompok budaya.

(4) Nilai dan Keyakinan

Mengidentifikasi keberadaan beberapa tempat ibadah dan homogenitasnya, pelaksanaan ibadah tertentu, keberadaan tanda seni, budaya, warisan leluhur, tanda-tanda peninggalan sejarah.

2. Sub sistem komunitas :

(1) Lingkungan Fisik

Mengkaji kualitas udara, tumbuhan, perumahan, pembatasan daerah, jarak, daerah penghijauan, binatang peliharaan, anggota masyarakat, struktur yang dibuat masyarakat, keindahan alam, air, iklim, luas daerah.

(2) Pelayanan Sosial dan Kesehatan

Meliputi kejadian kondisi akut atau kronis, keberadaan rumah singgah, penyembuh tradisional/ dukun, rumah sakit, klinik, pelayanan para praktisi, pelayanan kesehatan masyarakat, lembaga kesehatan di rumah, pusat kedaruratan, rumah jompo, fasilitas pelayanan sosial, pelayanan kesehatan mental.

(3) Ekonomi

Menilai komunitas berkembang/ miskin, keberadaan industry, pertokoan, lapangan kerja, angka pengangguran, mengidentifikasi tempat penduduk berbelanja.

(4) Transportasi dan keamanan

Menjelaskan tentang cara masyarakat melakukan perjalanan, alat transportasi yang digunakan, kondisi jalan dan trotoar. Jenis layanan perlindungan yang tersedia (kebakaran, polisi, sanitasi), pemantauan kualitas udara, jenis tindakan criminal yang sering terjadi, keamanan yang dirasakan warga masyarakat.

(5) Politik dan Pemerintahan

Mengidentifikasi tanda-tanda kegiatan politik (poster, rapat/ pertemuan), afiliasi partai yang paling berpengaruh, pembentukan pemerintahan daerah, keterlibatan warga masyarakat.

(6) Komunikasi

Mengidentifikasi keberadaan tempat khusus untuk warga berkumpul, Koran yang ada, kepemilikan radio/ TV, topik yang biasa ditonton/ didengar warga, alat komunikasi formal/ informal yang ada.

(7) Pendidikan

Mengidentifikasi keberadaan sekolah, kondisinya, perpustakaan, badan pengurus pendidikan dan bagaimana fungsinya, reputasi sekolah yang ada. Isu utama yang muncul tentang pendidikan, angka putus sekolah, ketersediaan aktivitas ekstrakurikuler dan pemanfaatannya, pelayanan kesehatan sekolah dan keberadaan perawat di sekolah.

(8) Rekreasi

Mengidentifikasi tempat anak-anak bermain, bentuk rekreasi utama, peserta dan fasilitas yang ada.

3. Persepsi

(1) Warga masyarakat

Mengkaji perasaan warga terhadap masyarakat, identifikasi kekuatan, masalah (pada berbagai kelompok masyarakat)

(2) Personal

Pernyataan umum tentang kesehatan masyarakat setempat, kekuatan, masalah dan potensial masalah yang dapat diidentifikasi

2.3.3 Diagnosis dan Perencanaan

Diagnosa kesehatan komunitas terdiri dari tujuan keperawatan dan intervensi. Tujuannya disusun berdasarkan derajat reaksi termasuk menghilangkan stressor atau memperkuat pertahanan komunitas dengan memperkuat garis pertahanan.

2.3.4 Intervensi

Mengacu pada model ini, semua intervensi keperawatan merupakan mode preventif. Prevensi primer merupakan intervensi keperawatan yang bertujuan pada

penguatan garis pertahanan sehingga tidak ada tekanan stressor dan menimbulkan reaksi.

Prevensi sekunder dilakukan setelah stressor memberikan tekanan pada komunitas. Intervensi memberikan dukungan pada garis pertahanan dan untuk meminimalisir derajat reaksi dari stressor.

Prevensi tersier diaplikasikan setelah stressor memberikan tekanan dan terdapat derajat reaksi dari komunitas. Di sini terjadi ketidakseimbangan sistem dan prevensi tersier bertujuan untuk mencegah tambahan ketidakseimbangan dan meningkatkan pada keseimbangan.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan nilai dari pencapaian. Selama proses evaluasi, informasi dikumpulkan dan dianalisis untuk menilai signifikansinya. Parameter dalam pengkajian digunakan untuk evaluasi.

2.4 Standar Pelayanan Minimal Panti Sosial Anak (Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor: 80 / HUK/ 2010)

2.4.1 Definisi Agregat Balita sebagai Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)

Anak Balita Terlantar adalah anak yang berusia 0-4 tahun karena sebab tertentu orang tuanya tidak dapat melakukan kewajibannya karena beberapa kemungkinan: miskin/tidak mampu, salah seorang sakit, salah seorang/kedua-duanya, meninggal, anak balita sakit, sehingga terganggu kelangsungan hidup, pertumbuhan, dan perkembangannya baik secara jasmani, rohani dan sosial.

Menurut Wikipedia Indonesia (2011), bawah lima tahun atau sering disingkat sebagai balita merupakan salah satu periode usia manusia setelah bayi sebelum anak

awal. Rentang usia balita dimulai dari dua sampai dengan lima tahun atau biasa digunakan perhitungan bulan yaitu usia 24-60 bulan. Periode usia ini disebut juga sebagai usia prasekolah.

1. Ciri khas perkembangan balita :

(1) Perkembangan fisik

Pertambahan berat badan menurun, terutama di awal balita. Hal ini terjadi karena balita menggunakan banyak energi untuk bergerak.

(2) Perkembangan Psikologis

a. Psikomotor

Terjadi perubahan yang cukup drastis dari kemampuan psikomotor balita yang mulai terampil dalam pergerakannya (*lokomotion*). Mulai melatih kemampuan motorik kasar misalnya berlari, memanjat, melompat, berguling, berjinjit, menggenggam, melempar yang berguna untuk mengelola keseimbangan tubuh dan mempertahankan rentang atensi.

Pada akhir periode balita kemampuan motorik halus anak juga mulai terlatih seperti meronce, menulis, menggambar, menggunakan gerakan *pincer* yaitu memegang benda dengan hanya menggunakan jari telunjuk dan ibu jari seperti memegang alat tulis atau mencubit serta memegang sendok dan menyuapkan makanan ke mulutnya, mengikat tali sepatu.

b. Aturan

Pada masa balita adalah saatnya dilakukan latihan mengendalikan diri atau biasa disebut sebagai *toilet training*. Freud mengatakan bahwa pada usia ini individu mulai berlatih untuk mengikuti aturan melalui proses penahanan keinginan untuk membuang kotoran.

c. Kognitif

Pada periode usia ini pemahaman terhadap obyek telah lebih ajeg. Balita memahami bahwa obyek yang diaembunyikan masih tetap ada, dan akan mengetahui keberadaan obyek tersebut jika proses penyembunyian terlihat oleh mereka. Akan tetapi jika proses penghilangan obyek tidak terlihat, balita mengetahui benda tersebut masih ada, namun tidak mengetahui dengan tepat letak obyek tersebut. Balita akan mencari pada tempat terakhir ia melihat obyek tersebut. Oleh karena itu pada permainan sulap sederhana, balita masih kesulitan untuk membuat prediksi tempat persembunyian obyek sulap.

Kemampuan bahasa balita bertumbuh dengan pesat. Pada periode awal balita yaitu usia dua tahun kosa kata rata-rata balita adalah 50 kata, pada usia lima tahun telah menjadi diatas 1000 kosa kata. Pada usia tiga tahun balita mulai berbicara dengan kalimat sederhana berisi tiga kata dan mulai mempelajari tata bahasa dari bahasa ibunya. Contoh kalimat usia 24 bulan: "haus, minum", usia 36 bulan: "Aku haus minta minum"

d. Sosial dan individu

Pada periode usia ini balita mulai belajar berinteraksi dengan lingkungan sosial diluar keluarga, pada awal masa balita, bermain bersama berarti bersama-sama berada pada suatu tempat dengan sebaya, namun tidak bersama-sama dalam satu permainan interaktif. Pada akhir masa balita, bermain bersama berarti melakukan kegiatan bersama-sama dengan melibatkan aturan permainan dan pembagian peran.

Balita mulai memahami dirinya sebagai individu yang memiliki atribut tertentu seperti nama, jenis kelamin, mulai merasa berbeda dengan orang lain dilingkungannya. Mekanisme perkembangan ego yang drastis untuk

membedakan dirinya dengan individu lain ditandai oleh kepemilikan yang tinggi terhadap barang pribadi maupun orang signifikannya sehingga pada usia ini balita sulit untuk dapat berbagi dengan orang lain.

Proses pembedaan diri dengan orang lain atau individuasi juga menyebabkan anak pada usia tiga atau empat tahun memasuki periode negativistik sebagai salah satu bentuk latihan untuk mandiri.

2. Pendidikan dan pengembangan

Cara belajar yang dilakukan pada usia prasekolah ini melalui bermain serta rangsang dari lingkungannya, terutama lingkungan rumah. Terdapat pula pendidikan di luar rumah yang melakukan kegiatan belajar lebih terprogram dan terstruktur, walaupun tidak selamanya lebih baik.

(1) Bermain

- a. Permainan peran, melatih kemampuan pemahaman sosial.

Contoh: permainan sekolah, dokter-dokteran, ruman-rumahan.

- b. Permainan imajinasi melatih kemampuan kreativitas anak.

- c. Permainan motorik, melatih kemampuan motorik kasar dan halus.

Motorik kasar, contoh: *spider web*, permainan palang, permainan keseimbangan.

Motorik halus: meronce, mewarnai, menyuap

2.4.2 Standar Pelayanan Minimal Bidang Sosial Daerah Provinsi terkait

Sarana Dan Prasarana Pada Panti Sosial Pelayanan Anak

1. Sumber Daya Manusia (SDM) terdiri atas:

- a. Pekerja sosial
- b. Petugas administrasi.

2. Struktur Organisasi terdiri atas:
 - a. Kepala;
 - b. Urusan tata usaha;
 - c. Bidang/seksi persiapan pelayanan sosial;
 - d. Bidang/seksi rehabilitasi sosial; dan
 - e. Bidang/seksi resosialisasi dan bimbingan lanjut.
3. Tahapan Pelayanan terdiri atas:
 - a. Pendekatan awal/persiapan;
 - b. Penentuan dan pengkajian kebutuhan pmks;
 - c. Penyusunan rencana pelayanan;
 - d. Pelaksanaan pelayanan;
 - e. Pelayanan kesehatan dasar;
 - f. Monitoring;
 - g. Pencatatan pelaporan;
 - h. Evaluasi; dan
 - i. Terminasi dan bimbingan lanjut.
4. Fasilitas Pelayanan terdiri atas:
 - a. gedung administrasi;
 - b. gedung asrama;
 - c. gedung/ruang keterampilan;
 - d. gedung/ruang jenis-jenis pelayanan/bimbingan;
 - e. gedung/ruang makan;
 - f. gedung/ruang dapur;

- g. gedung/ruang ibadah;
- h. sanitasi;
- i. ruang kesehatan;
- j. peralatan dan obat-obatan;
- k. lapangan/ ruangan olah raga;
- l. peralatan dan bahan keterampilan;
- m. peralatan, bahan, dan materi bimbingan; dan
- n. peralatan dan bahan olah raga serta rekreasi.

2.5 Profil Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo (Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur, 2009)

2.5.1 Sasaran

Pelayanan Sosial Asuhan Balita Terlantar yang meliputi Pengasuhan, Perawatan, Perlindungan dan Pembinaan Lanjut.

2.5.2 Kapasitas

50 Orang

2.5.3 Uraian

1. UPT. Pelayanan Sosia Asuhan Balita mempunyai fungsi :
 - a. Pelaksanaan Program Kerja UPT;
 - b. Pembinaan dan Pengendalian, pengelolaan ketaausahaan, penyelenggaraan kegiatan pelayanan sosial.
 - c. Penyelenggaraan praktek pekerjaan sosial dalam pengembangan anak usia dini dan penyaluran;

- d. Penyelenggaraan kerjasama dengan instansi/lembaga lain/perorangan dalam rangka pengembangan program UPT;
- e. Pengembangan metodologi pelayanan kesejahteraan sosial dalam pengembangan sikap, mental dan perilaku anak usia dini;
- f. Pengarahan dan pengendalian penyelenggaraan penyebarluasan informasi pelayanan kesejahteraan sosial di lingkup bidang tugasnya dan konsultasi bagi keluarga atau masyarakat yang menyelenggarakan usaha kesejahteraan sosial.
- g. Pelaksanaan tugas-tugas ketatausahaan;
- h. Pelaksanaan pelayanan masyarakat;
- i. Pelaksanaan tugas-tugas lain yang di berikan oleh kepala Dinas.

2. Visi

Terwujudnya perlindungan dan penyelamatan anak dari keterlantaraan.

3. Misi

- a. Mewujudkan kebutuhan jasmani, rohani, dan sosial secara layak.
- b. Mewujudkan kepercayaan diri anak, disiplin dan bertanggung jawab.

2.5.4 Sasaran Layanan

- 1. Bayi/balita usia 0- 5 tahun.
- 2. Anak yatim, Piatu, Yatim Piatu terlantar usia 0-5 tahun.
- 3. Anak dari keluarga yang tidak mampu di bawah 5 tahun.

2.5.5 Bentuk Layanan :

Perlindungan, pengasuhan, perawatan dan bimbingan sosial di dalam panti.

2.5.6 Prosedur Layanan :

1. Pendekatan Awal
 - a. Orientasi dan Konsultasi
 - b. Identifikasi
 - c. Seleksikerja sama dengan Instansi terkait.
2. Penerimaan
 - a. Pencatatan awal klien dari rumah sakit, panti asuhan, kepolisian/ masyarakat.
 - b. Pengisian Formulir penerimaan oleh petugas UPT.
 - c. Melakukan wawancara/intervie kepada petugas/orang tua/wali yang mengantarkan klien.
 - d. Pemeriksaan Kesehatan meliputi penimbangan balita/pengukuran tinggi badan/lingkaran kepala, dll.
 - e. Penempatan dalam asrama.
 - f. Assesmen.
3. Fisik
 - a. Pemberian gizi dan obat-obatan
 - b. Pemeriksaan Kesehatan
 - c. Pendidikan Olah raga untuk usia pra sekolah.
 - d. Penyediaan sarana kebutuhan Taman kanak-kanak/kelompok bermain.
4. Mental Sosial
 - a. Pendidikan mental
 - b. Bimbingan sosial melalui bermain.
 - c. Kegiatan rekreatif.

5. Ketrampilan

- a. Bimbingan Ketrampilan anak usia dini melalui pendidikan Pra sekolah.
- b. Bimbingan Ketrampilan melalui pendidikan

6. Penyaluran

- a. Ke keluarga
- b. Adopsi
- c. Rujukan ke UPT. Pelayanan Sosial Asuhan Anak (PSAA).

7. Terminasi / Binjut

Merupakan kegiatan pengakiran pelayanan/penanganan balita terlantar selama di UPT. PSA Balita Sidoarjo dengan cara Orang tua/Wali/Petugas panti/Adoptan dengan mengisi blanko terminasi bila klien telah diambil oleh keluarganya, dirujuk ke Panti Asuhan Anak, di adopsi oleh orang lain.

Melaksanakan kunjungan / home visit ke rumah Adoptan/ keluarga/ Panti Asuhan dalam rangka Pembinaan Lanjut/ Monitoring Eks Klien PSA Balita Sidoarjo.

2.5.7 Output :

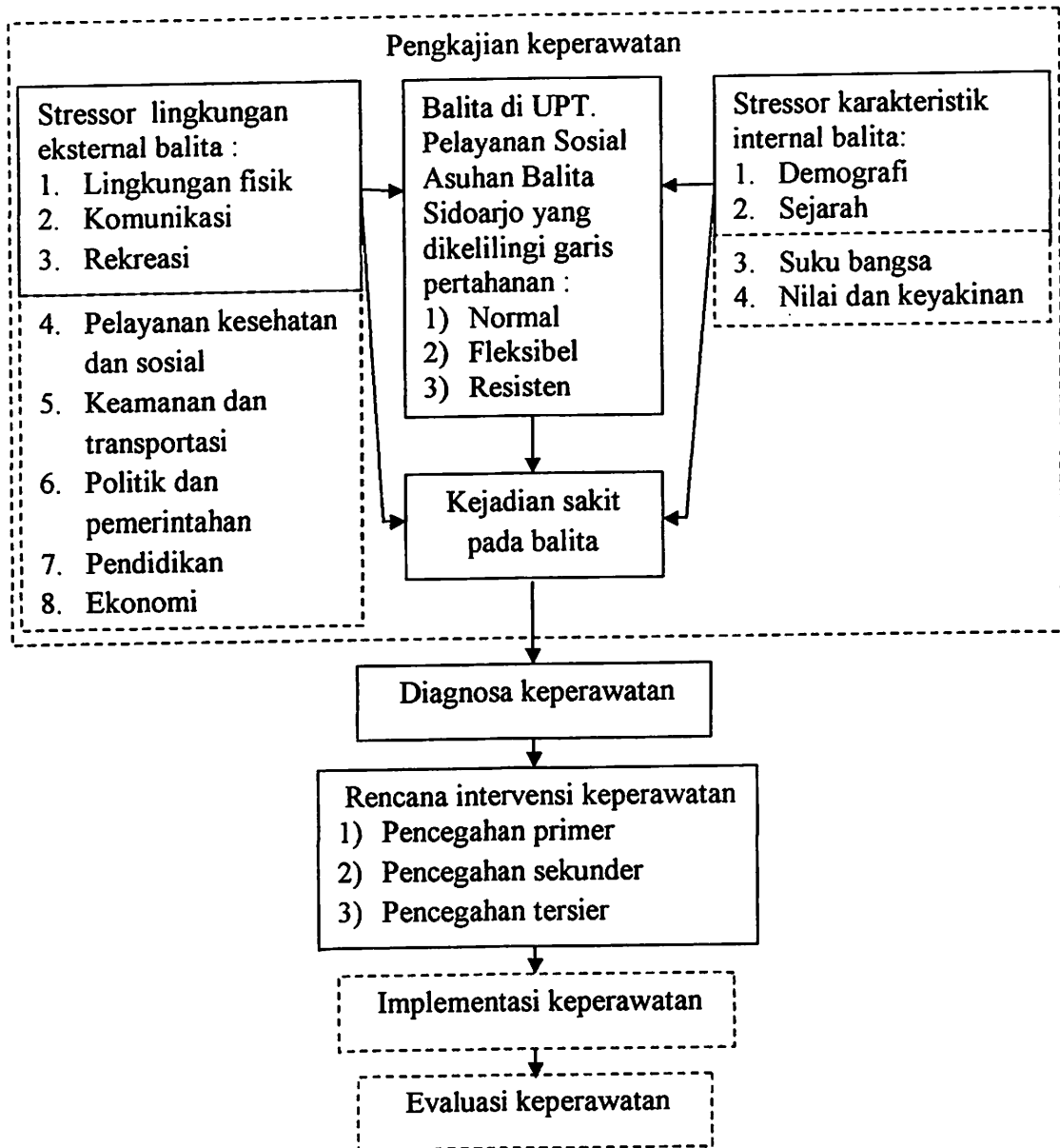
1. Penyaluran/pengembalian klien terhadap keluarga.
2. Penyaluran/pengembalian klien kepada lembaga pelayanan sosial lainnya dan masyarakat.
3. Melaksanakan *home visite*/kunjungan ke rumah adoptan/keluarga/panti asuhan dalam rangka monitoring
4. Melaksanakan proses adopsi

BAB 3
KERANGKA KONSEPTUAL
DAN HIPOTESIS PENELITIAN

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEPTUAL



Keterangan :

: diteliti

: tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Penelitian

Berdasarkan paradigma keperawatan yang digunakan melalui pendekatan *Community as Partner*, balita di UPT. Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo merupakan populasi ditentukan oleh stressor karakteristik internal yaitu : sejarah, demografi, suku bangsa, nilai dan keyakinan, serta lingkungan eksternal yang terdiri dari 8 sub sistem, di antaranya lingkungan fisik, pendidikan, keamanan dan transportasi, politik dan pemerintahan, pelayanan kesehatan dan sosial, komunikasi, ekonomi, dan rekreasi (Anderson dan McFarlane, 2010).

Balita di UPT. Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo sebagai populasi dikelilingi oleh tiga garis pertahanan yang disebut garis pertahanan normal, garis pertahanan fleksibel, dan resisten. Stresor merupakan stimulus yang menimbulkan ketegangan, yang memiliki potensi untuk mengganggu keseimbangan sistem. Stresor menembus garis pertahanan fleksibel dan normal. Stresor bisa berasal dari luar maupun dari dalam komunitas itu sendiri. Stresor yang diteliti disesuaikan dengan kondisi balita dalam hubungannya dengan kejadian sakit.

Stresor dan garis pertahanan menjadi bagian dari diagnosa keperawatan komunitas dengan memunculkan derajat reaksi yang digambarkan dengan kejadian kesakitan pada balita. Untuk menyelesaikan masalah yang dihadapi komunitas, maka perlu disusun rencana intervensi komunitas yang berfokus pada pencegahan primer, sekunder dan tersier.

BAB 4
METODE PENELITIAN

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Menurut Nursalam (2003) desain penelitian adalah suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data. Penelitian ini merupakan penelitian observasional : deskriptif dengan desain *cross sectional* dimana desain mengkaji variabel penelitian hanya sekali saja dan selanjutnya dilakukan analisis masalah untuk menetapkan diagnosa keperawatan dari analisis lingkungan internal dan eksternal, kondisi garis pertahanan. Hasil akhir dari penelitian ini berupa rencana intervensi keperawatan, belum sampai pada implementasi keperawatan mengingat dibutuhkan kesiapan sumber daya dan target waktu evaluasi membutuhkan jangka waktu yang cukup lama.

4.2 Populasi, Sampel, Besar sampel dan sampling

4.2.1 Populasi

Menurut Sastroasmoro (2002), populasi dalam penelitian merupakan sekelompok subyek atau data dengan karakteristik tertentu. Populasi dalam penelitian ini adalah balita pada UPT PSAB Sidoarjo sebesar 36 balita.

4.2.2 Sampel

Dalam pemilihan sampel, peneliti menetapkan kriteria sampel sebagai berikut:

1. **Kriteria Inklusi:**
 - a. Balita berusia ≥ 2 bulan
 - b. Balita penghuni tetap panti, bukan titipan harian.
2. **Kriteria Eksklusi:**
 - a. Balita baru yang datang sudah dalam keadaan sakit.

4.2.3 Besar Sampel

Sesuai kriteria sampel maka sampel yang diambil dalam penelitian ini sebesar 36 balita.

4.2.4 Sampling

Dalam penelitian ini, cara pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling* atau sampling jenuh yaitu menggunakan semua anggota populasi sebagai sampel (Sugiyono, 2007).

4.3 Variabel Penelitian

Variabel merupakan gejala yang menjadi fokus peneliti untuk diamati. Variabel itu sebagai atribut dari sekelompok orang atau obyek yang mempunyai variasi antara satu dengan yang lainnya dalam kelompok itu (Sugiyono, 2007).

4.3.1 Klasifikasi Variabel

Variabel-variabel dalam penelitian ini antara lain:

- a) Karakteristik internal : demografi, sejarah.
- b) Lingkungan eksternal : sub sistem lingkungan fisik, rekreasi dan komunikasi.
- c) Garis pertahanan
- d) Kejadian sakit pada balita.

4.3.2 Definisi Operasional Variabel

Definisi operasional memberikan pengertian suatu variabel dan aktivitas-aktivitas yang diperlukan untuk mengukurnya (Brockopp, D. Y., 1999).

Tabel 4.1 Definisi operasional variabel

No.	Variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala Data	Skor
1.	Stressor karakteristik internal					
1)	Demografi	Karakteristik individual balita	a. Umur b. Jenis kelamin c. Status gizi	Kuesioner	Nominal Ordinal	Baik = 2 Buruk = 1
2)	Sejarah	Riwayat balita selama di panti	a. Lama tinggal di panti 2 = ≤ 2 bulan – 1 tahun 1 = Lebih dari 1 tahun b. Riwayat tinggal di panti 2 = dititipkan 1 = ditinggal orang tua setelah melahirkan/ dibuang	Kuesioner	Ordinal	> 50% baru, ≤ 50% lama
2.	Lingkungan eksternal					
1)	Lingkungan fisik	Segala sesuatu yang berada di sekitar balita	a. Kebersihan ruangan b. Ventilasi c. Pencahayaan d. Kepadatan e. Kelengkapan fasilitas	Kuesioner	Ordinal	Ideal = 2 Kurang ideal = 1 ≥ 80% sehat, < 80% kurang sehat
2)	Komunikasi	Kemampuan balita untuk bersosialisasi dengan orang lain	a. Intensitas berkumpul dengan balita lain	Kuesioner	Ordinal	sering =2 kadang-kadang=1 tidak pernah=0 > 50% baik,

3)	Rekreasi	Kecukupan aktivitas bermain	<p>a. Tempat bermain : 3 = Lebih banyak di luar panti 2 = Ada waktu untuk keluar panti 1 = Terbatas dalam lingkungan panti/ asrama 0 = Terbatas di tempat tidur</p> <p>b. Penggunaan alat bermain: 2 = sering 1 = kadang-kadang 0 = tidak pernah</p> <p>c. Intensitas bermain : 2 = terjadwal/ rutin 1 = tidak terjadwal/ bila diperlukan 0 = tidak terjadwal dan tidak dilakukan</p>	Kuesioner	Ordinal	<p>≤ 50% Kurang baik</p> <p>> 50% baik, ≤ 50% Kurang baik</p>
3.	Garis pertahanan	Respon imunitas balita berdasarkan riwayat imunisasi dan alergi	<p>a. Kelengkapan imunisasi</p> <p>b. Riwayat alergi</p>	Kuesioner	Ordinal	<p>Resisten = balita sehat, tidak sering sakit</p> <p>Normal = imunisasi lengkap, tidak alergi</p> <p>Fleksibel = selain batasan resisten dan normal</p>

4.	Kejadian sakit	Status kesehatan balita dalam 2 bulan terakhir	a. Frekuensi sakit b. Jenis sakit	Observasi hasil pemeriksaan fisik	Ordinal	Sakit = 2 (Bila sakit berturut-turut dalam 2 bulan) Sehat ≤ 1
----	----------------	--	--------------------------------------	-----------------------------------	---------	--

4.4 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini, instrumen yang digunakan adalah:

1. Kuesioner untuk mengkaji variabel penelitian berdasarkan instrumen *windshield survey* Anderson & McFarlane (2008) yang telah disesuaikan oleh peneliti berdasarkan kondisi komunitas.
2. Kuesioner yang disusun merupakan bentuk angket/ kuesioner, bukan bentuk skala psikologi atau alat ukur aspek/ atribut afektif yang harus diuji validitas dan reliabilitasnya (Azwar, 2008).

4.5 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di UPT Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo, tanggal 2-3 Agustus 2012.

4.6 Prosedur Pengumpulan Data

Proses pengambilan dan pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh melalui:

1. Peneliti menentukan responden berdasarkan kriteria inklusi dan eksklusi.
2. Peneliti melakukan kontrak dan persetujuan dengan responden (ijin dari UPT. Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo). Pengisian kuesioner

dilakukan oleh pengasuh balita dengan menandatangani surat persetujuan menjadi responden terlebih dahulu, setelah menerima penjelasan tentang tujuan penelitian dari peneliti.

3. Variabel stressor karakteristik internal, lingkungan eksternal, kondisi garis pertahanan dan kejadian sakit pada balita dinilai melalui kuesioner. Peneliti memberikan penjelasan tentang tata cara pengisian dan mendampingi pengasuh saat mengisi kuesioner.
4. Menganalisis data pengkajian yang terkumpul untuk menentukan faktor yang berhubungan dengan kejadian sakit pada balita (dari analisis kondisi stressor karakteristik internal, eksternal dan garis pertahanan yang dimiliki).
5. Melakukan *Focus Group Discussion* pada tanggal 15 Agustus 2012 di Ruang Rapat UPT. PSAB Sidoarjo yang diikuti oleh Kepala Seksi Bimbingan dan Pembinaan Lanjut, Kepala Seksi Pelayanan Sosial, dokter puskesmas, psikolog, pekerja sosial dan staf pelayanan untuk menetapkan diagnosa keperawatan prioritas sekaligus sebagai isu strategis yang merupakan dasar dalam penyusunan solusi/ rekomendasi dalam bentuk rencana intervensi keperawatan. Diagnosa keperawatan prioritas serta rencana intervensi keperawatan ditentukan dengan mempertimbangkan sumber daya yang dimiliki panti karena berdasar pada tujuan dan waktu pencapaian serta kriteria hasil.

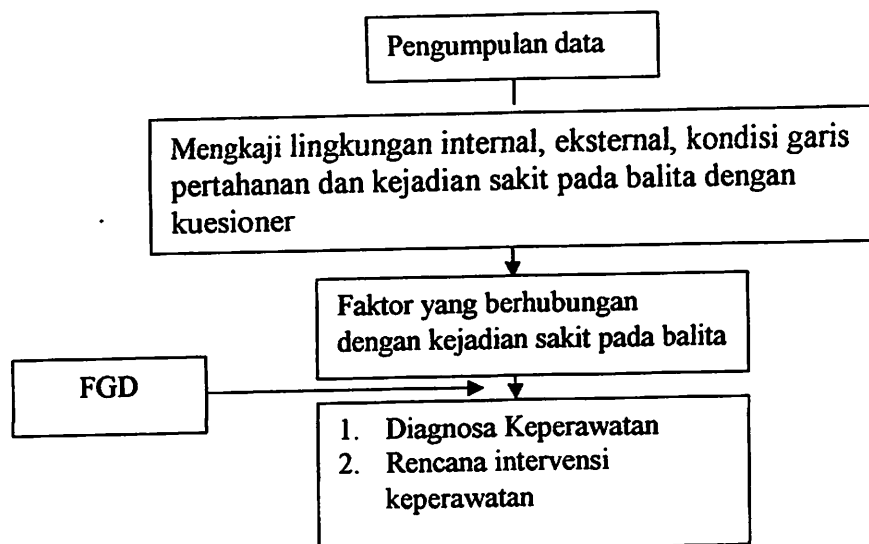
4.7 Cara Pengolahan dan Analisis Data

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan melalui tahap sebagai berikut:

1. Data hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel.
2. Data yang telah terkumpul kemudian dianalisis dengan menggunakan *crossstab*. Faktor dominan ditentukan berdasarkan analisis data dengan frekuensi yang terbesar.

4.8 Kerangka Kerja

Gambaran tentang proses dan jalannya penelitian, tergambar dalam kerangka kerja di bawah ini.



Gambar 4.1 Kerangka kerja penelitian

4.9 Etik Penelitian

Setelah mendapatkan rekomendasi dari bagian akademik Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Unair dan persetujuan dari UPT. PSAB Sidoarjo Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur, barulah peneliti melakukan penelitian dengan menekankan pada masalah etika yang meliputi:

4.9.1 Surat persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan diberikan kepada subyek yang akan diteliti untuk bersedia menjadi responden.

Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan dari penelitian yang akan dilakukan. Jika responden bersedia diteliti, maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan tersebut. Jika tidak bersedia menjadi responden dan menolaknya, maka peneliti akan menghormati dengan tidak memaksanya.

4.9.2 Tanpa nama (*Anonymity*)

Untuk menjaga kerahasiaan responden, peneliti sengaja tidak mencantumkan namanya pada lembar pengumpulan data. Peneliti cukup memberikan nomer kode pada masing-masing lembar tersebut.

4.9.3 Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti. Hanya kelompok data tertentu (yang dibutuhkan) saja yang akan dicantumkan sebagai hasil penelitian.

BAB 5
HASIL DAN ANALISIS

BAB 5

ANALISIS HASIL PENELITIAN

Bab ini akan menguraikan hasil penelitian yang meliputi gambaran umum Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo dan hasil penelitian berdasar variabel yang telah ditentukan sesuai dengan tujuan penelitian.

5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur mendirikan panti untuk balita terlantar pada awal tahun 2009. Panti tersebut berusaha menampung seluruh kepentingan yang diperlukan dan melindungi balita terlantar dari berbagai tindakan yang merugikan hak-hak mereka, baik hak untuk kelangsungan hidup, hak untuk tumbuh dan berkembang secara wajar maupun terbebas dari tindak kekerasan. Panti tersebut adalah UPT Pelayanan Sosial Asuhan Balita (PSAB) berlokasi di Jalan W.Monginsidi No 25 Sidoarjo, sesuai dengan Peraturan Gubernur No 119 Tahun 2009 Tanggal 25 Agustus 2009, yang selanjutnya berfungsi sebagai tempat transit proses adopsi. Produk yang dihasilkan UPT Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo adalah bayi/ balita (usia 0-5 tahun) yang terpenuhi kebutuhan secara fisik, mental, sosial, dan spiritualnya.

Sarana dan prasarana yang ada di UPT. PSA Balita Sidoarjo dengan luas tanah 5.700 m², terdiri dari 7 bangunan meliputi: kantor, asrama I (asrama bayi), asrama II (asrama balita), aula, musholla, rumah dinas, gudang *consumable*, ruang

kegiatan rekreatif, taman bermain anak, alat permainan, alat-alat kesehatan, lemari obat, sumber informasi, dan kendaraan operasional.

Sumber daya manusia di UPT. PSA Balita Sidoarjo terdiri dari 29 orang Pegawai Negeri Sipil dan 19 orang Tenaga *Outsourcing*. Petugas penunjang di pelayanan UPT. PSA Balita terdiri dari (1) Dokter Spesialis Anak dari RSUD Sidoarjo, (2) Dokter umum dari Puskesmas Sidoarjo sebanyak 1 orang, (3) Tenaga Psikolog 1 orang, dan (4) Tenaga Fisioterapi 1 orang.

Dalam memberikan pelayanan pada balita terlantar, secara teknis para pengasuh berdinam dalam 6 hari kerja dan secara rotasi piket pagi dan malam selama 12 jam, 3 kali dalam seminggu. Ada 4 kelompok piket dimana pada satu kelompok piket terdapat 5 orang yang terdiri dari 1 perawat, 1 pengasuh, 1 staf pelayanan sosial dan sisanya merupakan petugas administrasi yang diperbantukan dalam pengasuhan balita.

5.1.2 Variabel yang Diukur

1. Stressor Karakteristik Internal

a. Demografi

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden berumur 1-3 tahun, kemudian disusul umur 3-5 tahun dan sebagian kecil 2 bulan - 1 tahun. Dari 36 orang responden, sebagian besar berjenis kelamin laki-laki dan sisanya berjenis kelamin perempuan. Sebagian besar responden memiliki status gizi baik dan sisanya memiliki status gizi buruk.

Karakteristik demografi responden dijelaskan dalam tabel di bawah ini :

Tabel 5.1 Karakteristik Demografi responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

No.	Indikator	Kriteria	n	%	N	%
1.	Umur	2 bulan – 1 tahun	6	16,7	36	100
		1 – 3 tahun	17	47,2		
		3 – 5 tahun	13	36,1		
2.	Jenis kelamin	Laki-laki	25	69,4	36	100
		Perempuan	11	30,6		
3.	Status gizi	Baik	24	66,7	36	100
		Buruk	12	33,3		

b. Sejarah

Tabel 5.2 Karakteristik sejarah responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

No.	Indikator	Kriteria	n	%	N	%
1.	Lama tinggal	≥ 2 bulan-1 tahun	16	44,4	36	100
		> 1 tahun	20	55,6		
2.	Riwayat tinggal	Dititipkan	5	13,9	36	100
		Ditinggal orang tua setelah melahirkan/ dibuang	31	86,1		

Berdasarkan indikator tersebut di atas, hasil penelitian menunjukkan sebagian besar responden (21 orang atau 58,3%) memiliki sejarah riwayat tinggal dalam kategori lama dan sisanya (15 orang atau 41,7%) dalam kategori baru.

2. Stressor Lingkungan Eksternal

a. Lingkungan Fisik

Tabel 5.3 Karakteristik lingkungan fisik di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

No.	Indikator	Kriteria	Asrama bayi	Asrama bayi 6 bulan – 2 tahun	Asrama balita 2 - 5 tahun
1.	Kebersihan ruangan	Bersih	Kurang bersih	Kurang bersih	Bersih
		Kurang bersih			
2.	Ventilasi	$\geq 10\%$ luas lantai	Ideal	Kurang ideal	Ideal
		$< 10\%$ luas lantai			
3.	Pencahayaannya	$\geq 15\%$ luas lantai	Ideal	Ideal	Ideal
		$< 15\%$ luas lantai			
4.	Kepadatan	$>3\text{ m}^2$	Kurang ideal	Kurang ideal	Ideal
		$< 3\text{m}^2$			
5.	Kelengkapan fasilitas	Lengkap	Tidak lengkap	Tidak lengkap	Tidak lengkap
		Tidak lengkap			
Kategori			Kurang sehat	Kurang sehat	Sehat

Berdasarkan tabel di atas didapatkan bahwa dari 3 ruang asrama, hanya 1 ruang asrama untuk balita usia 2-5 tahun dikategorikan memiliki lingkungan fisik yang sehat. Berdasarkan indikator lingkungan fisik, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (25 orang atau 69,4%) tinggal dalam kondisi lingkungan asrama yang kurang sehat dan sisanya (11 orang atau 30,6%) tinggal dalam lingkungan yang sehat.

b. Komunikasi

Tabel 5.4 Karakteristik komunikasi responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

No.	Indikator	Kriteria	n	%	N	%
1.	Intensitas berkumpul dengan balita lain/ pengasuh	Sering	18	50	36	100
		Kadang-kadang	7	19,4		
		Tidak pernah	11	30,6		

Berdasarkan indikator tersebut di atas, hasil penelitian menunjukkan bahwa setengah dari responden (18 orang atau 50%) melakukan komunikasi (berkumpul dengan balita lain/ pengasuh) dengan baik maupun kurang baik.

c. Rekreasi

Tabel 5.5 Karakteristik rekreasi responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

No.	Indikator	Kriteria	N	%	N	%
1.	Tempat bermain	Ada waktu keluar panti	9	25	36	100
		Terbatas dalam asrama	16	44,4		
		Terbatas di tempat tidur	11	30,6		
2.	Penggunaan alat bermain	Sering	0	0	36	100
		Kadang-kadang	25	69,4		
		Tidak pernah	11	30,6		
3.	Intensitas bermain	Terjadwal/ rutin	9	25	36	100
		Tidak terjadwal/ bila diperlukan	18	50		
		Tidak terjadwal dan tidak dilakukan	9	25		

Berdasarkan indikator tersebut di atas, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar reponden (27 orang atau 75%) melakukan kegiatan rekreatif dengan kurang baik dan sebagian kecil responden (9 orang atau 25% melakukan kegiatan rekreatif dengan baik.

3. Garis pertahanan yang dimiliki balita

Tabel 5.6 Kondisi garis pertahanan responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

No.	Indikator	Kriteria	N	%	N	%
1.	Kelengkapan imunisasi	Lengkap	22	61,1	36	100
		Tidak lengkap	14	38,9		
2.	Riwayat alergi	Tidak ada	14	38,9	36	100
		Ada	22	61,1		

Berdasarkan indikator tersebut di atas, hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar responden (22 orang atau 61,1%) memiliki garis pertahanan fleksibel, 10 orang (27,8 %) memiliki garis pertahanan normal dan hanya 4 orang (11,1) memiliki garis pertahanan resisten.

4. Kejadian sakit pada balita

Tabel 5.7 Kejadian sakit responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

Kriteria	n	%
Sehat	4	11,1
Sakit	32	88,9
N	36	100

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dalam kurun waktu 2 bulan, sebagian besar responden mengalami sakit (ISPA dan dermatitis) dan hanya sebagian kecil responden yang sehat.

5. Hubungan stressor dan garis pertahanan dengan kejadian sakit pada balita

a. Hubungan karakteristik demografi dengan kejadian sakit

Tabel 5.8 Hubungan umur dengan kejadian sakit pada responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

Umur	Kejadian sakit				Total	
	Sehat		Sakit		N	%
	n	%	n	%		
2 bulan – 1 tahun	1	16,7	5	83,3	6	100
1 – 3 tahun	2	11,8	15	88,2	17	100
3 – 5 tahun	1	7,7	12	92,3	13	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dijelaskan bahwa kejadian sakit paling banyak terjadi pada kelompok umur 3-5 tahun, disusul kelompok umur 1-3 tahun dan 2 bulan – 1 tahun. Namun dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa kejadian sakit sebagian besar terjadi merata pada semua kelompok umur.

Tabel 5.9 Hubungan jenis kelamin dengan kejadian sakit pada responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

Jenis kelamin	Kejadian sakit				Total	
	Sehat		Sakit		N	%
	n	%	n	%		
Laki-laki	4	16	21	84,0	25	100
Perempuan	0	0	11	100	11	100

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa seluruh responden perempuan menderita sakit. Seluruh status sehat didapatkan pada responden berjenis kelamin laki-laki.

Tabel 5.10 Hubungan status gizi dengan kejadian sakit pada responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

Status gizi	Kejadian sakit				Total	
	Sehat		Sakit		N	%
	n	%	n	%		
Baik	4	16,7	20	83,3	24	100
Buruk	0	0	12	100	12	100

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa seluruh responden yang berstatus gizi buruk mengalami sakit dan seluruh status sehat didapatkan pada responden berstatus gizi baik.

b. Sejarah

Tabel 5.11 Hubungan karakteristik sejarah dengan kejadian sakit pada responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

Sejarah	Kejadian sakit				Total	
	Sehat		Sakit		N	%
	n	%	n	%		
Baru	2	13,3	13	86,7	15	100
Lama	2	9,5	19	90,5	21	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dijelaskan bahwa kejadian sakit paling banyak terjadi pada responden yang memiliki sejarah tinggal di panti dalam kategori lama.

c. Lingkungan fisik

Tabel 5.12 Hubungan stressor lingkungan fisik dengan kejadian sakit pada responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

Lingkungan fisik	Kejadian sakit				Total	
	Sehat		Sakit		N	%
	n	%	n	%		
Sehat	2	18,2	9	81,8	11	100
Kurang sehat	2	8,0	23	92,0	25	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dijelaskan bahwa kejadian sakit paling banyak terjadi pada responden yang tinggal dalam lingkungan asrama yang kurang sehat dibandingkan lingkungan yang sehat.

d. Komunikasi

Kejadian sehat dan sakit terjadi sama banyak pada komunikasi (intensitas berkumpul dengan balita lain/ pengasuh) yang dilakukan dengan baik maupun kurang baik.

Tabel 5.13 Hubungan stressor komunikasi dengan kejadian sakit pada responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

Komunikasi	Kejadian sakit				Total	
	Sehat		Sakit		N	%
	n	%	n	%		
Baik	2	11,1	16	88,9	18	100
Kurang baik	2	11,1	16	88,9	18	100

e. Rekreasi

Tabel 5.14 Hubungan stressor rekreasi dengan kejadian sakit pada responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

Rekreasi	Kejadian sakit				Total	
	Sehat		Sakit		N	%
	n	%	n	%		
Baik	0	0	9	100	9	100
Kurang baik	4	14,8	23	85,2	27	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dijelaskan bahwa seluruh responden yang menjalankan kegiatan rekreatif (alat, tempat dan intensitas bermain) dengan baik mengalami sakit, sedangkan seluruh status sehat didapatkan pada responden yang menjalankan kegiatan rekreatif kurang baik.

f. Garis pertahanan

Tabel 5.15 Hubungan garis pertahanan dengan kejadian sakit pada responden di UPT. PSAB Sidoarjo Bulan Agustus 2012

Garis pertahanan	Kejadian sakit				Total	
	Sehat		Sakit		N	%
	n	%	n	%		
Resisten	4	100	0	0	4	100
Normal	0	0	10	100	10	100
Fleksibel	0	0	22	100	22	100

Berdasarkan tabel di atas dapat dijelaskan bahwa seluruh status sehat ditentukan oleh responden yang memiliki garis pertahanan resisten, sedangkan seluruh responden yang memiliki garis pertahanan normal maupun fleksibel, mengalami sakit.

6. Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan hasil analisis *crosstab* sesuai dengan data pengkajian yang telah terkumpul, maka dapat disusun diagnosa keperawatan sesuai prioritas sebagai berikut :

- 1) Tingginya angka kejadian sakit pada kelompok balita di UPT. PSAB Sidoarjo berhubungan dengan lingkungan fisik kurang sehat, yang dimanifestasikan dengan 25 orang atau 69,4% tinggal dalam ruangan yang kurang bersih, 19 orang atau 52,8% memiliki ventilasi < 10% luas lantai dan 25 orang atau 69,4% tinggal dalam ruangan dengan kepadatan <math><3\text{m}^2</math>
- 2) Resiko terjadi penularan penyakit pada kelompok balita di UPT. PSAB Sidoarjo berhubungan dengan kegiatan rekreatif (tempat, alat dan intensitas bermain) dilakukan kurang baik dan komunikasi (intensitas berkumpul dengan balita lain/ pengasuh) dijalankan dengan baik, yang dimanifestasikan dengan 16 orang atau 44,4% melakukan kegiatan terbatas dalam lingkungan panti, 11 orang atau 30,6 melakukan kegiatan terbatas di atas tempat tidur, 25 orang atau 69,4% kadang-kadang menggunakan alat bermain, 11 orang atau 30,6% tidak pernah menggunakan alat bermain, 18 orang atau 50% melakukan kegiatan bermain tidak terjadwal/ bila diperlukan dan 9 orang atau 25% melakukan kegiatan bermain dengan tidak terjadwal/ tidak dilakukan serta 18 orang atau 50% sering berkumpul dengan balita lain atau pengasuh.

7. Rencana intervensi keperawatan

Rencana intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan komunitas disusun melalui *focus group discussion*.

Tabel 5.16 Hasil *focus group discussion*

No	Topik	Analisis Jawaban	Usulan solusi yang ditawarkan berdasarkan tingkat pencegahan		
			Primer	Sekunder	Tersier
1.	Masalah prioritas	1. Tingginya angka kesakitan karena lingkungan fisik kurang sehat	1. Maksimalisasi tindakan kebersihan ruang asrama 2. Penyimpanan alat dan bahan kebersihan yang aman dari balita 3. Kebersihan AC secara berkala (3 bulan) 4. Membuka jendela asrama (bisa sampai jam 12 siang)	1. Pemeriksaan kesehatan secara berkala (tiap bulan) oleh dokter Puskesmas maupun RS Daerah 2. Pengobatan secara adekuat pada balita sakit	1. Peningkatan kerja sama/ kemitraan dengan Puskesmas/ RS
		2. Resiko penularan penyakit karena kegiatan rekreatif (tempat, alat dan intensitas bermain) kurang baik dan komunikasi (intensitas berkumpul) dilakukan dengan baik	1. Perbaikan dan optimalisasi fasilitas serta kegiatan bermain sesuai perkembangan balita 2. Meningkatkan kegiatan <i>personal hygiene</i> (cuci tangan, pemakaian masker) dan kebersihan alat yang kontak dengan balita 3. Pembatasan waktu dan jumlah pengunjung	1. Dilakukan isolasi pada balita sakit	1. Perencanaan terjadwal untuk kegiatan rekreatif

Focus group discussion dilakukan lebih kurang 30 menit dengan keterlibatan Kepala Seksi Bimbingan dan Pembinaan Lanjut, Kepala Seksi Pelayanan Sosial, dokter puskesmas, psikolog dan staf pelayanan. Diskusi dengan tim berlangsung

setelah peneliti memberikan daftar diagnosa keperawatan prioritas berdasarkan analisis hasil penelitian yang telah dilakukan.

Kondisi lingkungan fisik yang kurang sehat dijadikan sebagai penyebab masalah prioritas. Indikator kebersihan ruangan maupun ventilasi dapat dimodifikasi agar menjadi lebih baik dan dapat dilakukan dalam waktu dekat. Staf pelayanan meminta agar tenaga kebersihan selalu siap jika diperlukan dan meminta agar alat dan bahan kebersihan memiliki tempat tersendiri yang aman dari jangkauan anak-anak. Tim pelayanan dengan mempertimbangkan pendapat dokter puskesmas juga menyepakati akan membuka jendela setiap hari (diperbolehkan sampai jam 12 siang), selain untuk mendapatkan udara segar sekaligus mendapatkan cahaya matahari. *Air conditioner* (AC) diupayakan agar dibersihkan setiap 3 bulan sekali. Hal ini menjadi tanggung jawab sub bagian tata usaha. Namun indikator kepadatan ruangan asrama belum dapat dilakukan perubahan mengingat keterbatasan sumber daya yang ada di panti. Adapun kecukupan kepadatan ruangan balita sebagai berikut :

- a. Ruang asrama bayi (0-6 bulan), maksimal dihuni oleh 3 orang.
- b. Ruang asrama balita usia 6 bulan-2 tahun, maksimal dihuni 20 orang.
- c. Ruang asrama balita usia 2-5 tahun, maksimal dihuni 16 orang.

Sehingga, untuk melakukan perubahan pada indikator kepadatan asrama tersebut, diperlukan kurun waktu yang cukup lama yaitu \pm 5 tahun.

Masalah prioritas ke dua setelah faktor lingkungan yakni kegiatan rekreatif. Unit Pelaksana Teknis PSAB Sidoarjo selama ini telah memiliki fasilitas bermain (ruang maupun alat bermain), tetapi tidak dipergunakan secara maksimal sehingga diperlukan tindakan-tindakan dan perbaikan agar ruang dan alat bermain dapat

difungsikan dengan baik. Tim sepakat bahwa masalah kegiatan rekreatif ini memerlukan kesiapan dari seksi bimbingan dan pembinaan lanjut. Kegiatan untuk balita usia 3-5 tahun yang sebagian telah dilaksanakan psikolog, tetap terus dijalankan sesuai jadwal yang ada. Kegiatan bermain untuk balita usia 6 bulan – 2 tahun perlu diadakan dan terjadwal dengan pembimbingan (kerja sama staf bimbingan dan pembinaan lanjut dengan pekerja sosial) di ruang bermain sesuai tahap perkembangan balita.

Kesepakatan berikutnya sesuai masalah yang berhubungan dengan intensitas berkumpul dengan balita lain/ pengasuh adalah *personal hygiene*. Tim pelayanan beserta dokter puskesmas mengharapkan agar segala sesuatu yang kontak dengan balita dapat dijaga kebersihannya termasuk mencuci tangan setiap kali melakukan kegiatan atau akan melakukan kontak dengan balita. Pemakaian masker diperlukan guna penularan infeksi silang. Pembatasan jumlah dan waktu berkunjung diperlukan mengingat pengunjung juga dapat membawa bibit penyakit dari luar lingkungan panti. Pengadaan ruang isolasi perlu dilakukan mengingat angka kejadian sakit pada balita cukup tinggi dan balita rentan dengan penularan penyakit. Hal ini menjadi wacana bagi para pimpinan panti.

Dokter puskesmas juga menekankan kembali bahwa kunjungan dokter dapat dilakukan secara insidental bila banyak balita yang sakit, tanpa harus membawa anak ke rumah sakit karena lingkungan rumah sakit dapat sebagai sumber penularan penyakit. Selain itu, hal-hal yang telah dilakukan seperti biasanya (pemeriksaan laboratorium, imunisasi) dapat dilakukan sesuai kebutuhan balita.

Berdasarkan FGD tersebut maka dapat disusun rencana intervensi sesuai diagnosa keperawatan prioritas dengan hasil sebagai berikut :

- 1) Tingginya angka kejadian sakit pada kelompok balita di UPT. PSAB Sidoarjo berhubungan dengan lingkungan fisik kurang sehat, yang dimanifestasikan dengan 25 orang atau 69,4% tinggal dalam ruangan yang kurang bersih, 19 orang atau 52,8% memiliki ventilasi < 10% luas lantai dan 25 orang atau 69,4% tinggal dalam ruangan dengan kepadatan <math><3\text{m}^2</math>

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan dalam waktu 6 bulan, angka kejadian sakit pada kelompok balita di UPT. PSAB Sidoarjo menurun 50%.

Kriteria hasil :

- a. 80% balita tinggal dalam lingkungan asrama dalam kondisi yang bersih
- b. 80% balita memperoleh ventilasi yang baik
- c. Alat dan bahan kebersihan tersimpan pada ruang yang aman dari jangkauan balita
- d. Kebersihan AC terjaga secara berkala (3 bulan)
- e. 75% balita sehat

Rencana intervensi keperawatan :

- a. Maksimalkan tindakan kebersihan lingkungan asrama balita, jaga lingkungan sekitar balita agar senantiasa bersih dari kotoran maupun hewan.
- b. Simpan alat-alat maupun bahan kebersihan pada ruangan khusus dan aman dari jangkauan balita.
- c. Maksimalkan penggunaan ventilasi alami (jendela) dengan membuka jendela tiap hari saat udara masih segar dan di siang hari.
- d. Bersihkan ventilasi buatan (*air conditioner*) secara berkala (tiap 3 bulan).

- e. Lakukan pemeriksaan kesehatan secara berkala, lakukan rujukan ke rumah sakit bila balita membutuhkan terapi yang lebih spesifik
 - f. Kolaborasi pemeriksaan kesehatan dengan dokter puskesmas dan rumah sakit secara berkala
 - g. Berikan obat/ terapi yang telah diresepkan dokter pada balita yang sakit
 - h. Kolaborasi untuk pemeriksaan laboratorium untuk deteksi dini bagi bayi/ balita baru.
- 2) Resiko terjadi penularan penyakit pada kelompok balita di UPT. PSAB Sidoarjo berhubungan dengan kegiatan rekreatif (tempat, alat dan intensitas bermain) dilakukan kurang baik dan komunikasi (intensitas berkumpul dengan balita lain/ pengasuh) dijalankan dengan baik, yang dimanifestasikan dengan 16 orang atau 44,4% melakukan kegiatan terbatas dalam lingkungan panti, 11 orang atau 30,6 melakukan kegiatan terbatas di atas tempat tidur, 25 orang atau 69,4% kadang-kadang menggunakan alat bermain, 11 orang atau 30,6% tidak pernah menggunakan alat bermain, 18 orang atau 50% melakukan kegiatan bermain tidak terjadwal/ bila diperlukan dan 9 orang atau 25% melakukan kegiatan bermain dengan tidak terjadwal/ tidak dilakukan serta 18 orang atau 50% sering berkumpul dengan balita lain atau pengasuh.
- Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 6 bulan, tidak terjadi penularan penyakit pada kelompok balita di UPT. PSAB Sidoarjo.
- Kriteria hasil :
- a. Ruang bermain bersih dan aman digunakan

- b. Balita terdampingi saat bermain sesuai jadwal dan perkembangan balita
- c. 80% balita bersosialisasi dengan balita lain/ pengasuh
- d. Balita sakit terisolasi
- e. 80% balita tidak mengalami penularan penyakit
- f. Pengasuh/ pengunjung selalu cuci tangan dan memakai masker
- g. Pengunjung berdisiplin terhadap tata tertib berkunjung (waktu dan jumlah pengunjung)

Rencana intervensi keperawatan :

- a. Bersihkan ruang bermain dan alat bermain agar siap digunakan untuk bermain secara aman.
- b. Dampingi balita saat bermain sesuai jadwal dan perkembangan balita (isi bermain pada bayi : afektif-sosial, toddler : imitatif, prasekolah : imajinatif)
- c. Rapihan alat bermain dan letakkan sesuai tempat semula setelah selesai bermain. Jaga kebersihan ruang bermain
- d. Pastikan alat-alat yang kontak dengan balita terjaga kebersihannya.
- e. Lakukan kontak dengan balita, anjurkan petugas/pengasuh untuk selalu menjaga kebersihan tangan atau menggunakan masker untuk mencegah penularan penyakit.
- f. Batasi jumlah pengunjung dan pendisiplinan jadwal berkunjung, anjurkan pengunjung untuk melakukan cuci tangan.
- g. Lakukan kewaspadaan isolasi untuk mencegah penularan penyakit pada balita. Sehingga diperlukan ruang isolasi agar tidak terjadi penularan dan penyebaran penyakit pada balita.

BAB 6
PEMBAHASAN

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Hubungan stressor dan garis pertahanan dengan kejadian sakit pada balita

Berdasarkan analisis hasil pengkajian dapat dijelaskan bahwa kejadian sakit paling banyak terjadi pada kelompok umur 3-5 tahun, disusul kelompok umur 1-3 tahun dan 2 bulan – 1 tahun. Pada umur di atas 1 tahun, seorang anak mulai mengenal lingkungan sekitar tanpa memperhatikan bahaya-bahaya yang ditimbulkan. Dengan demikian anak akan lebih mudah terjangkit penyakit (terutama ISPA) dikarenakan belum tahu mana yang baik atau yang buruk untuk kesehatan (Rahmawati, 2008). Balita berumur 3-5 tahun di UPT. PSAB Sidoarjo lebih sering berinteraksi rutin dengan lingkungan luar panti (bersekolah, kegiatan rekreatif). Salah satu efek positif adalah memberikan hal yang menyenangkan pada balita namun pendampingan yang diberikan saat beraktifitas di luar panti dapat dikatakan minimal, sehingga lingkungan di luar panti dengan segala kondisinya yang kurang dapat dikendalikan tersebut dapat memberikan efek negatif pada balita. Sedangkan bayi yang berumur kurang dari 1 tahun sangat tergantung pada stimulasi orang tua (Wong, 2003). Bayi/ balita di UPT. PSAB Sidoarjo dapat dikatakan kurang mendapatkan perhatian khusus dari para pengasuh karena keterbatasan petugas dibandingkan dengan segala pelayanan yang harus diberikan.

Berdasarkan analisis hasil dapat disimpulkan bahwa seluruh responden perempuan menderita sakit dan seluruh status sehat didapatkan pada responden

berjenis kelamin laki-laki. Hasil tersebut tidak sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa salah satu faktor yang meningkatkan kejadian ISPA adalah jenis kelamin laki-laki, karena laki-laki sangat rentan terhadap suatu penyakit infeksi dibanding anak perempuan (Depkes RI, 1996). Hal ini dapat berkaitan dengan hasil pengkajian bahwa balita di UPT. PSAB Sidoarjo sebagian besar berjenis kelamin laki-laki. Selain itu, balita tidak tinggal dalam lingkungan yang sama dan memiliki karakteristik lain yang berbeda (umur, status gizi, riwayat tinggal, kondisi garis pertahanan).

Berdasarkan analisis hasil dapat disimpulkan bahwa seluruh responden yang berstatus gizi buruk mengalami sakit dan seluruh status sehat didapatkan pada responden berstatus gizi baik. Hal ini sesuai dengan teori yang mengemukakan bahwa malnutrisi walaupun masih ringan, mempunyai pengaruh negatif pada daya tahan tubuh terhadap infeksi. Hubungan ini sinergistis, sebab malnutrisi disertai infeksi pada umumnya mempunyai konsekuensi yang lebih besar daripada sendiri-sendiri (John, 1999). Status gizi buruk masih terjadi pada 33,3% responden. Tidak semua balita yang masuk ke panti dengan riwayat yang baik. Beberapa balita datang dengan berat badan lahir rendah. Meskipun telah diberikan nutrisi yang adekuat tetapi latar belakang yang kurang baik tersebut dapat menjadi hambatan karena balita dengan gizi buruk lebih mudah dan sering sakit. Balita yang berstatus gizi baik juga tidak mutlak bebas dari sakit. Terkait dengan nutrisi, diet yang diberikan kadangkala tidak bebas dari alergen padahal sebagian besar balita memiliki riwayat alergi.

Kejadian sakit paling banyak terjadi pada responden yang memiliki sejarah tinggal di panti dalam kategori lama. Beberapa penelitian menunjukkan

adanya beberapa resiko dari pemberian susu formula pada bayi dan anak-anak. Bayi yang memiliki riwayat asma/ gangguan pernafasan karena memiliki riwayat alergi dari keluarganya, diteliti untuk penyakit dermatitis atopik dalam tahun pertama kehidupannya. Menyusui eksklusif selama tiga bulan pertama diakui dapat melindungi bayi dari penyakit dermatitis. Selain itu, untuk menentukan faktor-faktor resiko dalam mendeteksi ISPA pada balita, sebuah rumah sakit di India membandingkan 201 kasus dengan 311 kunjungan pemeriksaan. Menyusui adalah salah satu dari sekian faktor yang dapat menurunkan tingkat risiko ISPA pada balita (Arliva, 2012). Bayi/ balita dengan riwayat tinggal tidak diketahui (ditinggal orang tua setelah melahirkan/ dibuang) dengan latar belakang sosial yang sudah pasti bermasalah, memiliki resiko alergi lebih tinggi (dari 31 balita, 21 orang yang alergi). Hal ini dapat disebabkan oleh tidak diberikannya ASI pada balita tersebut karena ASI mengandung kolostrum yang berperan dalam memberikan antibodi kepada balita. Faktor riwayat dan lama tinggal di panti merupakan faktor yang telah terjadi dan tidak dapat diintervensi melalui asuhan keperawatan. Intervensi yang dapat dilakukan adalah dengan memperbaiki kualitas hidup balita selama tinggal di panti.

Intervensi yang dilakukan dalam rangka memperbaiki kualitas hidup balita selama tinggal dipanti dapat dilakukan melalui pendekatan stressor yang memiliki pengaruh besar yaitu lingkungan fisik. Berdasarkan analisis hasil pengkajian dapat dijelaskan bahwa kejadian sakit paling banyak terjadi pada responden yang tinggal dalam lingkungan asrama yang kurang sehat dibandingkan lingkungan yang sehat. Terdapat 18,19% balita sehat di asrama balita 2-5 tahun (lingkungan fisik sehat), 10,52% balita sehat di asrama balita >6 bulan – 2 tahun (lingkungan

fisik kurang sehat) dan 0% balita sehat di asrama bayi 0-6 bulan (lingkungan fisik kurang sehat).

Luas penghawaan atau ventilasi minimal yaitu 10% dari luas lantai (Kemenkes RI, 1999). Luas ventilasi pada asrama bayi = 14,9% (ideal), asrama balita 6 bulan - 2 tahun = 8,46% (kurang ideal) dan asrama balita 2-5 tahun = 14,86% (ideal). Luas ventilasi penting untuk suatu rumah karena berfungsi sebagai sarana untuk menjamin kualitas dan sirkulasi masuk keluarnya udara dalam ruangan, menjaga agar aliran udara di dalam ruangan tetap segar, bersih dan untuk membebaskan udara ruangan dari bakteri-bakteri, terutama bakteri patogen (Notoatmodjo, 2003). Luas ventilasi pada asrama bayi sudah ideal, tetapi tidak difungsikan dengan baik. Jendela sebagai ventilasi alami jarang dibuka terutama pada siang hari karena lebih memilih penggunaan AC. Padahal menurut hasil penelitian Yusup dan Lilis (2005) di Desa Sidomulyo Sidoarjo menyimpulkan bahwa pencahayaan alami pada rumah di pengaruhi oleh ventilasi atau jendela rumah yang tidak di buka pada siang hari. Demikian pula pada asrama balita, jendela tidak difungsikan sama sekali sepanjang hari dengan alasan balita dikhawatirkan jatuh bila dibuka. Padahal, penggunaan rangka eksternal jendela dapat digunakan sebagai pilihan agar jendela dapat difungsikan dengan aman bila dibuka, sehingga dapat memperbaiki kualitas sirkulasi udara. Meskipun dalam kategori ideal namun penggunaan ventilasi asrama dikategorikan kurang sehingga udara yang dirasakan cenderung lembab. Hal ini sesuai dengan Widyaningtias (2004) bahwa kurangnya luas ventilasi juga dapat menyebabkan kelembaban udara di dalam ruangan naik karena terjadinya proses penguapan

cairan dari kulit dan penyerapan. Kelembaban ini akan merupakan media yang baik untuk bakteri-bakteri penyebab penyakit.

Menurut Azwar (1990) fungsi jendela, di samping sebagai ventilasi juga sebagai jalan masuk cahaya. Cahaya matahari juga sangat penting karena dapat membunuh bakteri-bakteri patogen di dalam rumah, misalnya bakteri penyebab penyakit ISPA dan TBC. Oleh karena itu, rumah yang sehat harus mempunyai jalan masuk cahaya yang cukup. Luas jalan masuk cahaya, sekurang-kurangnya 15% sampai 20% dari luas lantai yang terdapat di dalam ruangan rumah. Luas jalan masuk cahaya pada asrama bayi = 18,5% (ideal), asrama balita 6 bulan – 2 tahun = 18,5% (ideal) dan asrama balita 2-5 tahun = 22% (ideal). Namun, tata letak jendela asrama tidak berhadapan dengan jalan masuk sinar matahari.

Menurut pendapat Notoatmodjo (2003) menyatakan bahwa untuk ketetapan luas rumah, jumlah, dan ukuran ruangan harus disesuaikan dengan jumlah orang yang akan menempati rumah tersebut agar tidak terjadi kelebihan jumlah penghuni rumah. Luas lantai bangunan rumah sehat harus cukup untuk penghuni di dalamnya, artinya luas lantai bangunan tersebut harus disesuaikan dengan jumlah penghuninya. Luas bangunan yang tidak sebanding dengan penghuninya akan menyebabkan perjubelan (*over-crowded*). Hal ini akan mengakibatkan dampak buruk bagi kesehatan serta menyebabkan kurangnya konsumsi oksigen sehingga berpotensi terhadap penularan penyakit infeksi, artinya jika penghuni terlalu padat, bila ada penghuni yang sakit maka dapat mempercepat penularan penyakit tersebut, seperti penyakit yang berhubungan dengan saluran pernapasan. Kepadatan hunian yang banyak berperan pada kejadian penyakit ISPA ialah kepadatan hunian kamar tidur (*sleeping density*)

yang umumnya sangat rawan di negara yang sedang berkembang. Untuk kamar tidur diperlukan minimum 3m^2 / orang. Kepadatan ruang asrama bayi = $1,134\text{ m}^2$ (kurang ideal), ruang asrama bayi 6 bulan – 2 tahun = $2,97\text{ m}^2$ (kurang ideal) dan ruang asrama balita 2-5 tahun $4,5\text{ m}^2$ (ideal). Kondisi tersebut sangat jelas akan mempercepat penularan penyakit terutama ISPA yang saat ini dialami oleh sebagian besar balita, apalagi bayi dan balita sangat rentan terhadap penularan infeksi. Berdasarkan luas ruangan, maka untuk asrama bayi sebaiknya dihuni oleh 3 orang (sebelumnya 10 orang), asrama balita 6 bulan– 2 tahun dihuni oleh 20 orang (sebelumnya 21 orang) dan balita 2-5 tahun, maksimal dihuni 14 orang (saat ini 11 orang).

Kejadian penyakit juga merupakan hasil hubungan interaktif antara penduduk dengan lingkungan yang memiliki atau mengandung potensi bahaya yang menimbulkan gangguan kesehatan, salah satunya adalah penyakit yang ditularkan melalui vektor. Mewabahnya penyakit yang disebabkan oleh vektor itu diakibatkan oleh kondisi lingkungan yang buruk (Anies, 2006). Di lingkungan asrama panti, faktor kebersihan yang kurang, ditentukan oleh adanya binatang (paling sering kaki seribu, laba-laba, serangga) dan makanan yang tercecer. Binatang jenis serangga tersebut dapat menjadi vektor penyakit, contohnya skabies yang saat ini juga dialami oleh sebagian besar balita.

Berdasarkan analisis hasil pengkajian dapat dijelaskan bahwa kejadian sehat dan sakit terjadi sama banyak pada komunikasi (intensitas berkumpul dengan balita lain/ pengasuh) yang dilakukan dengan baik maupun kurang baik. Balita yang sering berkumpul dengan balita lain/ pengasuh, cenderung mengalami sakit. Interaksi sosial menjadi hal yang mutlak untuk diajarkan pada anak semenjak dini.

Interaksi sosial adalah kunci dari kehidupan sosial karena tanpa adanya interaksi maka tidak akan ada kehidupan bersama. Interaksi sosial ini terwujud karena adanya kontak dan komunikasi (Zunlynadia, 2010). Di sisi lain, penularan penyakit dapat melalui kontak langsung dan tak langsung. Penularan kontak langsung melibatkan kontak langsung antar permukaan badan dan perpindahan fisik mikroorganisme antara orang yang terinfeksi dan pejamu yang rentan. Penularan kontak tak langsung melibatkan kontak antara pejamu yang rentan dengan benda perantara yang terkontaminasi (misalnya, tangan yang terkontaminasi) yang membawa dan memindahkan organisme tersebut (WHO, 2007). Dari teori tersebut dapat disimpulkan bahwa melalui kegiatan berkumpul dengan balita lain/ pengasuh, dapat terjadi penularan penyakit melalui kontak langsung maupun tidak langsung. Kejadian sakit pada balita yang sering disebabkan oleh kontak langsung (kontak tubuh) maupun tidak langsung (alat mandi) adalah dermatitis (skabies). Balita yang sakit tidak terpisah dari yang sehat. Saat ini sedang diupayakan tindakan pengisolasian penyakit menular pada ruangan khusus tetapi belum memenuhi standar. Oleh karena itu, pengasuh maupun pengunjung perlu melakukan pengendalian infeksi agar tidak terjadi penularan penyakit dengan membersihkan tangan secara memadai dan memakai masker bedah serta kewaspadaan isolasi pada penyakit menular. Selain itu, sebagai upaya preventif perlu dijaga kebersihan segala sesuatu yang kontak dengan balita (misalnya alat bermain).

Berdasarkan analisis hasil pengkajian dapat dijelaskan bahwa seluruh responden yang menjalankan kegiatan rekreatif (alat, tempat dan intensitas bermain) dengan baik cenderung mengalami sakit, sedangkan seluruh status sehat

didapatkan pada responden yang menjalankan kegiatan rekreatif kurang baik. Hal ini tidak sesuai dengan teori yang menyatakan bahwa selain untuk menstimulasi perkembangan sensorimotor, intelektual, sosialisasi dan moral, meningkatkan kreativitas dan kesadaran diri, bermain juga memiliki fungsi nilai terapeutik antara lain pelepasan stres dan ketegangan, serta memungkinkan ekspresi emosi (Wong, 2003). Selama ini, UPT. PSAB Sidoarjo telah memiliki fasilitas (ruang dan alat bermain), tetapi tidak difungsikan dengan optimal. Balita di UPT.PSAB Sidoarjo yang berusia >2 tahun telah melakukan kegiatan bermain baik di dalam maupun di luar panti sesuai dengan tahapan perkembangannya karena telah ada pendampingan dari psikolog. Pada balita yang berusia 0-6 bulan jarang dan dapat dikatakan tidak pernah melakukan kegiatan bermain karena kondisi sumber daya yang tidak memungkinkan. Kegiatan bermain yang dilakukan balita (sebagian besar usia 1-3 tahun) selama ini masih dalam taraf tidak terjadwal/ bila diperlukan terutama saat balita rewel. Namun bila balita bermain dan berkumpul dengan balita lain, berebut alat bermain adalah kondisi yang sering dialami sehingga pelepasan stress tidak terjadi. Saat bersosialisasi dalam kegiatan bermain, balita cenderung belum mampu berbagi karena otonomi yang dimilikinya. Oleh karena itu, agar pelepasan stress dapat terjadi sehingga didapatkan nilai terapeutik, diperlukan pendampingan oleh pengasuh saat balita bermain. Sebagaimana menurut Wong (2003) bahwa bermain perlu dilakukan pada balita sesuai dengan tahap perkembangannya dan selalu memperhatikan keamanan alat bermain baik dalam hal pemilihan, pengawasan, pemeliharaan dan penyimpanan.

Berdasarkan hasil analisis dapat dijelaskan bahwa seluruh status sehat ditentukan oleh responden yang memiliki garis pertahanan resisten, sedangkan

seluruh responden yang memiliki garis pertahanan normal maupun fleksibel, mengalami sakit. Pada penelitian ini, kondisi garis pertahanan resisten ditentukan dari ketahanan balita terhadap sakit/ balita tidak sering sakit, garis pertahanan normal ditentukan oleh kelengkapan imunisasi tanpa adanya alergi dan selain batasan tersebut dikategorikan balita memiliki garis pertahanan fleksibel. WHO memberikan pengakuan bahwa vaksin sebagai faktor utama pencegah penyakit (Indrawati, 2009). Namun pada penelitian ini, hal tersebut tidak dapat dibuktikan karena kejadian sakit yang dikaji pada penelitian ini bukan spesifik dari penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi. Oleh karena itu, perlu dipertimbangkan vaksin yang spesifik terhadap penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi sebagaimana pengakuan WHO tersebut. Selain itu, garis pertahanan dalam hubungannya dengan kejadian sakit pada penelitian ini dapat dipengaruhi oleh stressor karakteristik internal (demografi, sejarah) dan stressor lingkungan eksternal (lingkungan fisik, rekreasi, komunikasi).

6.2 Proses Keperawatan

Dua faktor utama dalam model *community as partner*, yaitu fokus pada komunitas sebagai mitra (yang digambarkan dengan roda pengkajian komunitas di bagian puncak, dimana orang-orang dalam komunitas sebagai *core/inti*) dan penggunaan proses keperawatan. Roda pengkajian menggambarkan penduduk suatu komunitas, meliputi sejarah, demografi, suku bangsa, nilai dan agama. Sebagai penduduk, mereka dipengaruhi dan mempengaruhi delapan subsistem dalam komunitas. Subsistem tersebut di antaranya lingkungan fisik, pendidikan, keamanan dan transportasi, politik dan pemerintahan, pelayanan kesehatan dan

sosial, komunikasi, ekonomi, dan rekreasi (Anderson dan McFarlane, 2010). Berdasarkan instrumen *windshield survey* yang telah disesuaikan dengan kondisi populasi, penelitian ini mengkaji stressor karakteristik internal (demografi, sejarah) dan stressor lingkungan eksternal (lingkungan fisik, rekreasi, komunikasi) yang bervariasi antar balita.

Menurut Anderson *et al* (2002), komunitas sebagai inti, dikelilingi oleh tiga garis pertahanan yang disebut garis pertahanan normal, garis pertahanan fleksibel, dan garis resisten. Stressor merupakan stimulus yang menimbulkan ketegangan, yang memiliki potensi untuk mengganggu keseimbangan sistem. Stressor mempenetrasi garis pertahanan fleksibel dan normal. Stressor bisa berasal dari luar maupun dari dalam komunitas itu sendiri. Stressor dan garis pertahanan menjadi bagian dari diagnosa keperawatan komunitas dengan memunculkan derajat reaksi. Derajat reaksi merupakan sejumlah ketidakseimbangan dan kerusakan sebagai akibat dari stressor yang mempenetrasi garis pertahanan komunitas. Derajat reaksi digambarkan dengan angka kesakitan, kematian, dan data statistik yang lain (Anderson dan McFarlane, 2010). Garis pertahanan resisten dalam penelitian ini ditentukan dari ketahanan balita terhadap sakit/ balita jarang sakit, garis pertahanan normal ditentukan kelengkapan imunisasi dan tidak ada alergi. Selain batasan tersebut, balita dianggap memiliki garis pertahanan fleksibel.

Data yang harus dikaji saat menggunakan model *community as partner* meliputi data inti komunitas dan subsistem, termasuk garis pertahanan dan resistensi, stressor, dan derajat reaksi. Data yang terkumpul kemudian dianalisis untuk menentukan diagnosa keperawatan komunitas bersama-sama dengan

masyarakat. Diagnosa menjadi panduan bagi perawat komunitas dalam menentukan tujuan perawatan dan intervensi. Tujuan merujuk pada derajat reaksi dengan menambahkan/ menghilangkan stressor, memperkuat ketahanan komunitas dengan memperkuat garis pertahanan. Dengan menentukan derajat reaksi, perawat dapat merencanakan intervensi keperawatan untuk memperkuat garis resisten melalui salah satu tingkat pencegahan, primer, sekunder, maupun tersier (Smith dan Bazini-Barakat, 2003).

Kelompok balita pada penelitian ini merupakan populasi yang tinggal dalam komunitas panti, sedangkan *stakeholder* (pengelola panti, tim medis Puskesmas, Rumah sakit, psikolog, donatur) merupakan mitra. Setelah melakukan pengkajian pada stressor karakteristik internal dan lingkungan eksternal, garis pertahanan dan kejadian sakit pada balita, maka pada penelitian ini dilakukan analisis hasil pengkajian guna menentukan faktor dominan yang dapat mempengaruhi garis pertahanan maupun berpengaruh langsung terhadap kejadian sakit sesuai *Model Community as Partner*. Faktor dominan tersebut digunakan untuk menyusun diagnosa keperawatan komunitas prioritas dengan formulasi masalah (reaksi), etiologi (stressor) dan manifestasi/ tanda (indikator). Berdasarkan paradigma masyarakat sebagai mitra dan mengacu pada hasil analisis statistik dari pengkajian yang telah dilakukan, maka dalam penelitian ini menggunakan keterlibatan tim yang menentukan kelangsungan kualitas hidup balita di UPT. PSAB Sidoarjo dalam menentukan masalah prioritas yang dihadapi serta menentukan target waktu pencapaian dan dukungan yang diperlukan sesuai kebutuhan dan sumber daya yang dimiliki panti melalui *focus group discussion*.

Berdasarkan pada model ini, semua intervensi keperawatan merupakan mode preventif. Prevensi primer merupakan intervensi keperawatan yang bertujuan pada penguatan garis pertahanan sehingga tidak ada tekanan stressor dan menimbulkan reaksi. Prevensi sekunder dilakukan setelah stressor memberikan tekanan pada komunitas. Intervensi memberikan dukungan pada garis pertahanan dan untuk meminimalisir derajat reaksi dari stressor (Anderson & McFarlane, 2008).

Hal tersebut sama dengan penelitian yang telah dilakukan Yamin, Susanti dan Sulastri (2012) yang menyatakan bahwa pencegahan (preventif) adalah komponen kunci dari praktek kesehatan modern. Dalam terminologi, pencegahan berarti menghindari suatu kejadian sebelum terjadi. Praktik kesehatan komunitas menggunakan tiga tingkatan pencegahan yaitu (1) pencegahan primer, merupakan usaha sungguh-sungguh untuk menghindari suatu penyakit atau tindakan kondisi kesehatan yang merugikan melalui kegiatan promosi kesehatan dan tindakan perlindungan, (2) pencegahan sekunder yang mencakup deteksi dini, pengobatan terhadap kondisi kesehatan yang merugikan dan pembatasan kecacatan (3) pencegahan tersier dilakukan jika penyakit atau kondisi tertentu telah menyebabkan kerusakan pada individu (Anderson dan Judith, 2006).

Berdasarkan teori tersebut maka intervensi pada tingkat pencegahan primer merupakan faktor penting yang harus diprioritaskan pelaksanaannya dalam mengatasi masalah kesehatan sehingga diharapkan terjadi penurunan yang berarti terhadap angka kesakitan dan kematian akibat suatu penyakit (Anderson dan Judith, 2006). Oleh karena itu, penting sekali untuk melakukan pencegahan sebelum terjadinya sakit khususnya pada Balita di UPT. PSAB Sidoarjo

sebagaimana yang telah tersusun dalam rencana intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan komunitas prioritas.

6.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini tidak terlepas dari keterbatasan yang dimiliki yaitu :

1. Tidak dapat mengkaji stressor secara keseluruhan mengingat kondisi populasi balita.
2. Hasil penelitian hanya sebatas rencana intervensi, tidak sampai pada implementasi dan evaluasi keperawatan mengingat perlu kesiapan sumber daya dan target waktu pencapaian membutuhkan waktu yang cukup lama.

B A B 7
KESIMPULAN DAN SARAN

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Stressor karakteristik internal didapatkan kejadian sakit banyak terjadi pada balita dengan kelompok umur 3-5 tahun, jenis kelamin perempuan, dan status gizi buruk serta tinggal di panti > 1 tahun dengan riwayat ditinggal orang tua setelah melahirkan/ dibuang.
2. Stressor lingkungan eksternal didapatkan kejadian sakit banyak terjadi pada balita yang tinggal di asrama lingkungan fisik sehat, komunikasi (berkumpul dengan balita lain/ pengasuh) baik, dan melakukan kegiatan rekreatif (tempat, alat, intensitas bermain) baik.
3. Seluruh status sehat didapatkan pada balita yang memiliki garis pertahanan resisten.
4. Hampir seluruh responden dalam kurun waktu 2 bulan mengalami sakit (sebagian besar ISPA dan dermatitis)
5. Lingkungan fisik (kebersihan, ventilasi, kepadatan) dijadikan sebagai stressor dominan yang berhubungan dengan kejadian sakit.
6. Tingginya angka kejadian sakit pada kelompok balita di UPT. PSAB Sidoarjo berhubungan dengan lingkungan fisik kurang sehat, yang dimanifestasikan dengan 25 orang atau 69,4% tinggal dalam ruangan yang kurang bersih, 19 orang atau 52,8% memiliki ventilasi < 10% luas lantai dan 25 orang atau 69,4% tinggal dalam ruangan dengan kepadatan <3m² ditetapkan sebagai diagnosa keperawatan komunitas prioritas.

7. Berdasarkan analisis pengkajian hubungan stressor karakteristik internal, lingkungan eksternal dan garis pertahanan dengan kejadian sakit, maka dapat disusun prinsip rencana intervensi untuk tindakan pencegahan (primer, sekunder dan tersier) dengan menurunkan stressor karakteristik internal dan eksternal guna meningkatkan garis pertahanan dan menurunkan kejadian sakit pada balita.

6.2 Saran

1. Rekomendasi yang telah tersusun dalam bentuk rencana intervensi keperawatan agar ditindaklanjuti oleh *stakeholder* (pimpinan panti, donatur).
2. Perlu kajian lebih lanjut dalam hal monitoring dan evaluasi oleh Pemerintah Provinsi Jawa Timur ketika usulan tersebut dijalankan.

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR PUSTAKA

- Anderson, E. T., & McFarlane, J. M. (2008). *Community as Partner: Theory and Practice in Nursing*: Lippincott Williams & Wilkins.
- Anderson, S., Guthrie, T., & Schirle, R. (2002). A nursing model of community organization for change. *Public Health Nursing*, 19(1), 40-46.
- Anies (2006). *Hubungan Faktor Lingkungan Fisik dengan Kejadian Penyakit Chikungunya di Desa Tanah Raja Kecamatan Sei Rempah Kabupaten Serdang Bedagai*. Skripsi. Universitas Sumatra Utara.
- Arliva (2012). Faktor Resiko Pemberian Susu Formula pada Anak dan Bayi. Diakses tanggal 30 Agustus 2012 jam 07.18.
- Ayahbunda (2011). Balita sering sakit. *www.ayahbunda.co.id*. Diakses tanggal 4 April 2012 jam 02.19.
- Azwar, Azrul. (1990). *Pengantar Ilmu Kesehatan Lingkungan*. Jakart: Mutiara.
- Azwar, Syaifuddin (2008). *Penyusunan Skala Psikologi*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.
- Brockopp, D.Y. (1999). *Dasar-dasar Riset Keperawatan*. Alih bahasa Yasmin Asih. Edisi 2. Jakarta : EGC.
- Callandrella, et al. (2006). *Community Assesment Report*. Hamilton: McMaster University.
- Departemen Kesehatan RI (1996) Pedoman Program Pemberantasan Pneumonia Pada Balita. Jakarta : Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan, Pemukim.an
- Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur (2009). Profil UPT Pelayanan Sosial Asuhan Balita Terlantar Sidoarjo . *www.dinsos.jatimprov.go.id*. Diakses tanggal 12 Maret 2012 jam 19.46
- Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur (2010). *Rencana Strategi 2010-2014*. Surabaya: Dinas Sosial Provinsi Jawa Timur
- Ditjen PPM dan PL, 2002. *Pedoman Teknis Penilaian Rumah Sehat* . Jakarta : Departemen Kesehatan RI.
- Hitchcock J.E., Schubert P.E., dan Thomas S.A.(1999). *Community health nursing caring in action*. New York: Delmar Publishers.

- Indrawati (2009). Vaksin, Intervensi Kesehatan Terbaik Rekomendasi WHO. *www.ubaya.ac.id*. Diakses tanggal 09 September 2012 jam 21.10.
- John Biddulph John Stace (1999). *Kesehatan Anak*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press.
- Kementrian Kesehatan RI. (2009). Pneumonia, Penyebab Kematian Utama Balita. *www.depkes.go.id*. Diakses tanggal 07 Maret 2012 jam 14.26
- Kementerian Negara Perencanaan Pembangunan Nasional/ Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. (2009) *Pembangunan Kesehatan dan Gizi di Indonesia : Overview dan Arah ke Depan, Backrgound Study RPJMN 2010-2014*. Jakarta
- Kementerian Sosial RI (2010). Standar Pelayanan Dasar Panti Sosial. *www.depsos.go.id*. Diakses tanggal 12 Maret 2012 jam 19.41
- Keputusan Menteri Kesehatan RI No 829/ MENKES/ SK/VII/1999 tentang *Persyaratan Kesehatan Perumahan*. Jakarta: Menkes RI
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 279/MenKes/SK/IV/2006 Tentang *Pedoman Penyelenggaraan Upaya Keperawatan Kesehatan Masyarakat Di Puskesmas*.
- Kozier & Erb's (2008) *Fundamentals of Nursing, Concepts, Process & Practice 8th edition*. New Jersey : Pearson Prentice Hall
- Lundy, K. S., & Janes, S. (2009). *Community health nursing: caring for the public's health*: Jones and Bartlett Publishers.
- Manuaba, A (2000) *Ergonomi, kesehatan keselamatan kerja*. Dalam Wygnyosoebroto S & Wiranto "Eds Proceeding Seminar Nasional Ergonomi PT. Guna Widya Surabaya.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam (2003) *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian*. Jakarta : Salemba Medika
- Potter, Patricia A & Anne G. Perry (2009) *Fundamental Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Rahmawati, Dewi (2008) Hubungan Antara Status Gizi Dengan Kejadian ISPA Pada Balita Di URJ Anak RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Buletin Penelitian RSUD Dr. Soetomo*, (10)3

- Saputra (2007). Kesehatan Lingkungan. *lubmazresearch.blogspot.com*. Diakses tanggal 15 maret 2012 jam 10.05.
- Smith, K., & Bazini-Barakat, N. (2003). A public health nursing practice model: Melding public health principles with the nursing process. *Public Health Nursing*, 20(1), 42-48.
- Sastroasmoro, S.(2002). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Sagung Seto.
- Sugiyono (2007) *Statistika untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Supriyanto, S. dan A.J. Djohan (2011) *Metodologi Riset Bisnis dan Kesehatan*. Banjarmasin : Grafika Wangi Kalimantan
- Suyono (2007) Balita, Penyakit dan Pengobatannya. *www.doktersehat.com*. Diakses tanggal tanggal 4 April 2012 jam 02.11.
- UNDP. (2004). Laporan Perkembangan Pencapaian Tujuan Pembangunan Milenium Indonesia Menurunkan angka kematian anak. *www.undp.or.id/*. Diakses tanggal 10 Maret 2012 jam 16.00
- WHO (2007). Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) yang Cenderung Menjadi Pandemi dan Pandemi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan. *Pedoman Interim WHO*. Jenewa : WHO.
- Widianingias, R., dkk. 2004. Survei Cepat Gambaran Kondisi Fisik Rumah Kaitanya dengan Kejadian Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) Pada Balita di Wilayah Kerja Puskesmas Kebumen 2 Kabupaten Kebumen. 3 (2): 33-37
- Wikipedia indonesia (2011). Balita. *www.wikipedia.org*. Diakses tanggal 10 Maret 2012 jam 17.15
- Wong, Donna L. (2003). *Pedoman Klinis Keperawatan Pediatri*. Alih bahasa Monica Ester. Jakarta : EGC.
- Yamin, Susanti dan Sulastri (2012). Kebiasaan Ibu dalam Pencegahan Primer Penyakit ISPA (Infeksi Saluran Pernafasan Akut) Pada Balita Non Gakin Di Desa Nanjung Mekar Wilayah Kerja Puskesmas Nanjung Mekar Bandung.
- Yusup, Nur Ahmad dan Lilis S. (2005). Hubungan Sanitasi Rumah secara Fisik dan Kejadian ISPA pada Balita. *Jurnal Kesehatan Lingkungan*. 1 (2) : 110-119.
- Zunlynadia (2010). Pentingnya Interaksi Sosial bagi Anak. *http://elearning.gunadarma.ac.id*. diakses tanggal 09 September 2012 jam 20.21

LAMPIRAN

Lampiran 1: Jadwal Kegiatan Penelitian

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN
DI UPT. PELAYANAN SOSIAL ASUHAN BALITA SIDOARJO

No	Kegiatan Penelitian	Februari				Maret				April				Mei- Agustus				September			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1.	Penyusunan rencana penelitian																				
2.	Perijinan penelitian, pengumpulan dan pengolahan data																				
3.	Penyusunan hasil/ laporan penelitian																				

Lampiran 2 : Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS SOSIAL

Jl. Gayung Kebonsari No. 56 B Telp./Fax. (031) 8290794/8296515
Website : <http://www.dinsosjatim.go.id>
SURABAYA 60235

Surabaya, 24 JUN 2012

Nomor : 070127⁸⁸ / 102.008/2012
Sifat : Segera
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada
Yth.Sdr. DEKAN FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA

DI -

SURABAYA

Memperhatikan surat Saudara nomor : 246/H3.1.12/PPd/2012 tanggal 25 Juni 2012, perihal Permohonan Ijin Penelitian Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga, maka dengan ini kami memberikan ijin kepada :


NAMA : Eva Yullyanti, S.Kep.Ns
NIM : 131041057

Untuk melaksanakan kegiatan penelitian dengan judul "Pengembangan teori model keperawatan community as partner berdasarkan analisis stressor yang berhubungan dengan kejadian sakit pada balita di UPT PSAB. Sidoarjo."

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, diharapkan kepada mahasiswa yang bersangkutan setelah selesainya pelaksanaan kegiatan dapat memberikan laporan tertulis hasil kegiatan tersebut kepada UPT yang bersangkutan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

A.n. KEPALA DINAS SOSIAL
PROVINSI JAWA TIMUR
Sekretaris

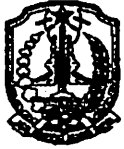

DR. ANDROMEDA QOMARIAH, MM
Pembina
NIP. 19680117 199403 2 003

Tembusan :

- Yth. 1. Bapak Gubernur Jawa Timur
(sebagai laporan).
2. Kepala UPT PSAB. Sidoarjo

+

Lampiran 3 : Uji Laik Etik



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
DINAS SOSIAL
UNIT PELAKSANA TEKNIS
PELAYANAN SOSIAL ASUHAN BALITA SIDOARJO
 JL.W. MONGONSIDI No.25 Telp.(031) 8941814 Fax.8958285 Kode Pos 61218
 SIDOARJO

KETERANGAN KELAIKAN ETIK
("ETHICAL CLEARANCE")
No. 800/210 /102.009/2012

KEPALA UPT. PELAYANAN SOSIAL ASUHAN BALITA SIDOARJO, DINAS SOSIAL PROVINSI JAWA TIMUR BESERTA TIM TELAH MEMPELAJARI SECARA SEKSAMA PROPOSAL PENELITIAN YANG DIUSULKAN, MAKA DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN BERJUDUL :

"Pengembangan Model Keperawatan *Community as Partner* Berdasarkan Analisis Stressor yang Berhubungan dengan Kejadian Sakit pada Balita di Unit Pelaksana Teknis Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo"

PENELITI UTAMA : EVA YULIYANTI, S.Kep.,Ns
 UNIT LEMBAGA/ TEMPAT PENELITIAN : DINAS SOSIAL PROVINSI
 JAWA TIMUR/
 UPT. PELAYANAN SOSIAL
 ASUHAN BALITA SIDOARJO

DINYATAKAN LAIK ETIK

Sidoarjo, 13 Agustus 2012
 KEPALA UPT. PSA BALITA SIDOARJO

Dra. AMELIA ROZANTY

Pembina

NIP. 19590518 198509 2 001

Lampiran 4 : Formulir Persetujuan Menjadi Peserta Penelitian**FORMULIR PERSETUJUAN**

Saya Eva Yuliyanti, S.Kep.,Ns., Mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, memohon kesediaan Ibu (selaku penanggung jawab balita) untuk menjadi peserta penelitian saya yang berjudul “Pengembangan Keperawatan Pada Balita Sakit Berdasarkan Model Keperawatan *Community as Partner* di UPT Pelayanan Sosial Asuhan Balita Sidoarjo”, dengan menandatangani formulir persetujuan yang telah disediakan. Dalam penelitian ini, kesediaan Ibu adalah sukarela, data yang diambil dan disajikan nanti bersifat rahasia, tanpa menyebutkan nama. Karena itu Saya memohon Ibu untuk menjawab semua pertanyaan yang diajukan dengan sejujurnya.

Demikian pemberitahuan saya, atas partisipasi Ibu dalam penelitian ini, saya mengucapkan banyak terima kasih.

Tanda tangan	:
No. Kode (diisi petugas)	:

Lampiran 5: Lembar Kuesioner

LEMBAR KUESIONERDiisi Petugas
No. Kode:

Petunjuk pengisian:
Berilah tanda (X) pada jawaban yang dipilih.

KARAKTERISTIK INTERNAL**Demografi**

1. Umur balita
 - a. 2 bulan – 1 tahun
 - b. 1 – 3 tahun
 - c. 3 – 5 tahun

2. Jenis kelamin
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan

3. Status gizi
(berdasarkan BB/umur dilihat dari KMS):
 - a. Garis hijau
 - b. Garis kuning
 - c. Bawah/ garis merah

Sejarah

1. Lama balita tinggal di panti
 - a. \leq 2 bulan – 1 tahun
 - b. Lebih dari 1 tahun

2. Riwayat balita tinggal di panti
 - a. Dititipkan
 - b. Ditinggal orang tua setelah melahirkan/ dibuang

LINGKUNGAN EKSTERNAL**Lingkungan Fisik**

1. Kebersihan ruangan balita
(bersih : tidak ada sampah, kotoran, binatang)
 - a. Semua indikator tersebut di atas terpenuhi
 - b. Salah satu indikator di atas tidak terpenuhi, yaitu

2. Kondisi ventilasi ruangan balita
(luas ventilasi minimal 10% dari luas lantai)
 - a. $\geq 10\%$
 - b. $< 10\%$

3. Kondisi pencahayaan ruangan balita
(jalan masuk/ jendela minimal 15-20% luas lantai)
 - a. $\geq 15\%$
 - b. $< 15\%$

4. Kondisi kepadatan ruangan balita
(minimal 3m²/ orang)
 - a. $> 3\text{m}^2$
 - b. $\leq 3\text{m}^2$

5. Kelengkapan fasilitas di panti
(kebutuhan sesuai usia balita) :
 - gedung/ ruang keterampilan
 - gedung/ ruang jenis-jenis pelayanan/bimbingan
 - gedung/ ruang makan
 - gedung/ ruang ibadah
 - ruang kesehatan
 - peralatan dan obat-obatan
 - lapangan/ ruangan olah raga
 - peralatan dan bahan keterampilan
 - peralatan, bahan, dan materi bimbingan
 - peralatan dan bahan olah raga serta rekreasi.
 - a. Lengkap
 - b. Tidak

Komunikasi

1. Intensitas balita berkumpul dengan balita lain/ pengasuh
 - a. Sering
 - b. Kadang-kadang
 - c. Tidak pernah

Rekreasi

1. Tempat aktifitas bermain balita
 - a. Lebih banyak di luar panti
 - b. Ada waktu untuk keluar panti
 - c. Terbatas dalam lingkungan panti
 - d. Terbatas di tempat tidur
2. Kesempatan balita menggunakan alat bermain
 - a. Sering
 - b. Kadang-kadang
 - c. Tidak pernah
3. Intensitas kegiatan bermain yang dilakukan
 - a. Terjadwal / rutin
 - b. Tidak terjadwal/ bila diperlukan
 - c. Tidak terjadwal dan tidak dilakukan

KONDISI GARIS PERTAHANAN YANG DIMILIKI

Kelengkapan imunisasi (sesuai usia)			Riwayat alergi	Garis Pertahanan yang dimiliki Balita
Umur/ bulan	Jenis imunisasi	Keterangan		
0	HBO	a. Lengkap b. Tidak lengkap	a. Tidak ada b. Ada	<input type="checkbox"/> Fleksibel <input type="checkbox"/> Normal
1	BCG, Polio 1			
2	DPT/HB1, Polio 2			
3	DPT/HB2, Polio 3			
4	DPT/HB3, Polio 4			
9	Campak			

KEJADIAN SAKIT PADA BALITA

	Bulan 1	Bulan 2
Frekuensi sakit		
Jenis sakit	1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.

Keterangan frekuensi sakit:

0 = tidak pernah sakit

1 = Pernah (berapa kali)

Lampiran 6 : Satuan Acara Kegiatan

SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK)

Topik : *Focus Group Discussion* (FGD) analisis stressor yang berhubungan dengan kejadian sakit pada balita di UPT. PSAB Sidoarjo

Sasaran : Pimpinan panti, pekerja sosial, staf pelayanan, dokter puskesmas dan psikolog.

Tempat : Ruang Rapat UPT. PSAB Sidoarjo

Waktu : ± 30 menit

1. Tujuan Instruksional Umum :

Setelah dilakukan FGD dapat ditentukan diagnosa keperawatan prioritas sekaligus rencana intervensi/ solusi dengan mempertimbangkan sumber daya yang dimiliki panti.

2. Tujuan Instruksional Khusus :

Setelah dilakukan FGD :

- 1) Dapat menentukan diagnosa keperawatan komunitas
- 2) Menyusun solusi dalam bentuk rencana intervensi keperawatan berdasarkan sumber daya yang dimiliki panti.

3. Materi :

- 1) Daftar diagnosa keperawatan komunitas prioritas sesuai analisis hasil penelitian
- 2) Pertanyaan tentang masalah/ diagnosa keperawatan prioritas komunitas yang diangkat dan diberikan solusi sesuai kondisi dan sumber daya panti.

4. Metode :

Focus Group Discussion (FGD)

5. Alat dan Media :

- 1) Alat tulis
- 2) Daftar diagnosa keperawatan komunitas sesuai analisis hasil penelitian.

6. Kegiatan :

No.	Tahap dan waktu	Kegiatan fasilitator	Kegiatan orang tua
1.	Pendahuluan 5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucap salam 2. Menyebutkan tujuan pertemuan 3. Kontrak waktu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Memperhatikan atau bertanya 3. Menyetujui kontrak
2.	Kerja 20 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan daftar diagnosa prioritas berdasarkan hasil analisis statistik 2. Menanyakan masalah/ diagnosa keperawatan prioritas menurut kebutuhan dan kemampuan panti dengan mengacu pada analisis hasil statistik 3. Menanyakan usulan solusi berdasarkan masalah/ diagnosa keperawatan prioritas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan atau bertanya 2. Menjawab pertanyaan sesuai kondisi sumber daya panti dan berdiskusi 3. Menjawab pertanyaan dan berdiskusi
3.	Penutup 5 menit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menyimpulkan hasil diskusi 2. Mengucapkan terima kasih dan salam 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendengarkan dan menanggapi 2. Menjawab salam

7. Evaluasi :

1) Kriteria Struktur

- a. Tim diskusi hadir sesuai kontrak sebelumnya
- b. Kontrak dilakukan satu minggu sebelum pelaksanaan

2) Kriteria Proses

- a. Tim mengikuti diskusi mulai dari pembukaan sampai penutup
- b. Tim mengikuti diskusi dengan antusias

3) Kriteria Hasil

- a. Tim menjawab dan memberikan argumentasi terhadap jawaban pertanyaan
- b. Tersusun solusi dalam bentuk rencana intervensi dengan pendekatan prevensi primer, sekunder dan tersier untuk menyelesaikan masalah keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan prioritas yang ada sesuai dengan kondisi sumber daya yang dimiliki panti.

Lampiran 7 : Hasil FGD

Hasil Focus Group Discussion

Tanggal : 15 Agustus 2012
 Tempat : Ruang Rapat UPT.PSAB Sidoarjo
 Waktu : Jam 10.00-10.30 WIB

Topik 1 : Masalah (Diagnosa Keperawatan) Prioritas



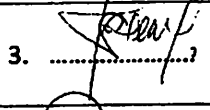
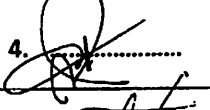
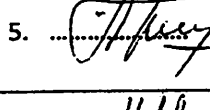
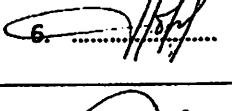
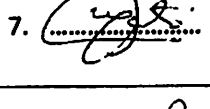
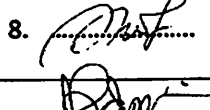
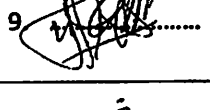
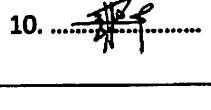
No.	Anggota (tim) diskusi	Jawaban
1.	Anggota 9	Biar panti ini ndak kelihatan bobrok sekali ya ngangkat yang rekreasi saja karena fasilitas sudah ada, tinggal pelaksanaan program saja.
2.	Anggota 2	Kalau dari binjut tidak mungkin rasanya mengangkat masalah rekreasi sebagai masalah utama, karena personil kami terbatas, butuh waktu untuk membenahi ruangan, dana juga dibutuhkan. Rasanya kok dari pelayanan ya, dari binjut nanti dulu setelah pelayanan saja. Kalau saya setuju tentang lingkungan asrama tapi fokus ke perilaku petugas saja dulu. Sementara jangan yang menyinggung masalah dana karena kita baru selesai renovasi gedung jadi butuh waktu cukup lama, 2-5 tahunan.
3.	Anggota 8	Saya setuju dengan ibu (2)
4.	Anggota 4	Pelayanan siap kalau memang untuk kebaikan anak-anak, karena kejadian sakit anak-anak cukup tinggi dibanding periode sebelumnya. Saya segera akan melakukan sosialisasi berkaitan dengan ini.

Topik 2 : Usulan Solusi (Rencana Intervensi Keperawatan)

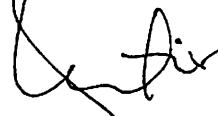
No.	Anggota (tim) diskusi	Jawaban
1.	Anggota 4	Saya setuju, karena kalau masuk asrama rasanya lembab dan sepanjang waktu anak-anak tinggal di dalam asrama. Jendela boleh dibuka sampai jam 12 juga tidak apa-apa. Meskipun pakai AC tapi sirkulasi di sini dibutuhkan. Usaha-usaha <i>universal precaution</i> , paling tidak cuci tangan dan pemakaian masker terutama saat pengasuh/ pengunjung sakit karena sakitnya anak-anak karena penularan. Saya berharap segera direalisasikan ruang isolasi agar akitnya anak-anak tidak mewabah. Saya juga siap dipanggil sewaktu-waktu kalau anak-anak butuh pengobatan, jadi anak-anak tidak perlu ke RS karena RS juga gudangnya kuman selain antibiotik yang bisa menyebabkan resistensi anak terhadap obat.

		Untuk pelayanan yang lain seperti biasa, saya akan mengirimkan staf saya. Dari sini bisa langsung telepon saja.
2.	Anggota 2	Kalau untuk ruang isolasi itu kami tampung dulu, nanti bagaimana kebijakan ibu karena menyangkut masalah dana. Untuk kebersihan AC itu sudah jadi tanggung jawab TU, 3 bulan sekali harus dibersihkan.
3.	Anggota 3	Sementara yang bisa kami lakukan untuk anak yang sakit biasanya dipisahkan ke ruang tersendiri tapi memang tidak optimal karena belum ada ruang dan staf khusus untuk itu
4.	Anggota 9	Tambahan bu, kalau bisa pengunjung dibatasi karena saya ingat, anak-anak pernah terkena cacar dan menular ke yang lain setelah dikunjungi dari TK yang jumlahnya banyak dan ada yang terkena cacar. Dan kalau berkunjung sesuai dengan jamnya, ini butuh ketegasan penjaga karena kami sungkan kalau mengingatkan.
5.	Anggota 10	Kami berharap dari kebersihan selalu siap jika dibutuhkan, terutama hari sabtu-minggu kadang-kadang tidak ada petugas jadi kami yang melakukan. Untuk sapu dan peralatan lainnya seperti obat pel atau penyemprot kaca agar diamankan dari anak-anak karena kadang-kadang ditinggal sehingga dipakai mainan untu anak-anak.
6.	Anggota 2	Dari binjut kami tetap minta bantuan Bapak (6) untuk kegiatan anak-anak balita ya pak, yang lain nanti bisa koordinasi dengan ibu (5) bagaimana programnya.
7.	Anggota 6	Saya siap bu,
8.	Anggota 5	Saya juga siap bekerja sama dengan Bapak (6). Akan saya jalankan semua program saya tentunya juga dengan abntuan pelayanan dan binjut

**DAFTAR HADIR TIM FGD
DI UPT. PSAB SIDOARJO
TANGGAL 15 AGUSTUS 2012**

NO.	N A M A	JABATAN	TANDA TANGAN
1.	Dra. AMELIA ROZANTY	Kepala UPT PSA Balita Sidoarjo .	
2.	Dra.DWI ANTINI S. M.Si.	Kasie Pengembangan & Bimbingan Lanjut UPT PSA Balita Sidoarjo .	2. 
3.	SRI MARYANI ,S.Sos .M.Si	Kasie Pelayanan Sosial UPT PSA . Balita Sidoarjo .	3. 
4.	Dr. WIDODO TIAHJONO	Dokter UPT PSA. Balita Sidoarjo .	4. 
5.	SIH WULANDARI S.SOS.M.Si.	Pekerja Sosial UPT PSA Balita Sidoarjo .	5. 
6.	Drs. HANDOKO.SH,MSi.	Tenaga Psikolog UPT. PSA Balita Sidoarjo.	6. 
7.	EVA YULIANTI,SK.KEP.Ns.	Perawat UPT PSA. Balita Sidoarjo .	7. 
8.	NUNUK SUPRIJATIN	Staf Pengembangan dan Bimbingan Lanjut UPT. PSA Balita Sidoarjo	8. 
9.	KASMINI	Staf Pelayanan Sosial UPT. PSA Balita Sidoarjo	9. 
10.	LAILIYUL KOMARIAH	Tenaga Pengasuh UPT. PSA Balita Sidoarjo	10. 

Sidoarjo, Agustus 2012
Kasie Pengembangan dan Pembinaan Lanjut



Dra. DWI ANTINI S, M.Si
NIP. 19630510 198902 2 002

Lampiran 8 : Tabulasi data hasil penelitian

TABULASI DATA HASIL PENELITIAN

NO. RESPONDEN	KARAKTERISTIK INTERNAL									
	DEMOGRAFI			SEJARAH				KATEGORI		
	UMUR	JENIS KELAMIN	STATUS GIZI	LAMA TINGGAL	RIWAYAT TINGGAL	TOT TINGGAL	TOT	KATEGORI	TOT	KATEGORI
1	2	1	1	1	2	3	1			
2	3	1	2	1	1	2	2			
3	3	1	2	1	2	3	1			
4	2	1	1	1	1	2	2			
5	2	1	2	1	1	2	2			
6	2	1	2	1	1	2	2			
7	3	1	2	1	1	2	2			
8	2	2	1	1	1	2	2			
9	2	2	2	1	1	2	2			
10	3	2	1	1	1	2	2			
11	3	1	2	1	1	2	2			
12	2	1	2	1	1	2	2			
13	3	2	2	1	1	2	2			
14	2	1	2	1	1	2	2			
15	2	1	2	1	1	2	2			
16	2	1	1	1	2	3	1			
17	2	1	2	1	2	3	1			
18	2	1	2	1	2	3	1			
19	2	2	2	2	1	3	1			
20	2	2	1	2	1	3	1			
21	2	1	2	2	1	3	1			
22	2	1	2	1	1	2	2			
23	1	2	1	2	1	3	1			
24	1	1	2	2	1	3	1			

25	1	1	1	2	1	3	1
26	1	1	2	2	1	3	1
27	2	2	1	1	1	2	2
28	1	2	2	2	1	3	1
29	1	1	2	2	1	3	1
30	1	1	2	2	1	3	1
31	1	1	2	2	1	3	1
32	1	1	1	2	1	3	1
33	1	2	1	2	1	3	1
34	1	1	2	2	1	3	1
35	1	1	1	2	1	3	1
36	1	2	2	2	1	3	1

Keterangan :**Umur :**

3 = 2 bulan – 1 tahun

2 = 1 – 3 tahun

1 = 3 – 5 tahun

Jenis kelamin :

2 = perempuan

1 = laki-laki

Status gizi :

2 = baik

1 = buruk

Lama tinggal :

2 = ≤ 2 bulan – 1 tahun

1 = Lebih dari 1 tahun

Riwayat tinggal :

2 = Dititipkan

1 = Ditinggal orang tua
setelah melahirkan/
dibuang**Kategori :**

2 = lama

1 = baru

NO. RESPONDEN	KARAKTERISTIK EKSTERNAL													
	LINGKUNGAN FISIK							KOMUNIKASI				REKREASI		
	BERSIH	VENTI-LASI	CAHAYA	PADAT	LINGKAP	TOT	KATE-GORI	INTEN-SITAS	KATE-GORI	TEMPAT	ALAT	INTEN-SITAS	TOT	KATE-GORI
1	2	2	2	2	1	9	2	2	2	1	2	5	2	
2	2	2	2	2	1	9	2	1	1	0	1	2	1	
3	2	2	2	2	1	9	2	2	2	1	2	5	2	
4	2	2	2	2	1	9	2	2	2	1	2	5	2	
5	2	2	2	2	1	9	2	2	2	1	2	5	2	
6	2	2	2	2	1	9	2	2	1	1	1	3	1	
7	2	2	2	2	1	9	2	2	2	1	2	5	2	
8	2	2	2	2	1	9	2	2	2	1	2	5	2	
9	2	2	2	2	1	9	2	2	2	1	2	5	2	
10	2	2	2	2	1	9	2	2	2	1	2	5	2	
11	2	2	2	2	1	9	2	2	2	1	2	5	2	
12	1	1	2	1	1	6	1	1	1	1	1	3	1	
13	1	1	2	1	1	6	1	2	1	1	1	3	1	
14	1	1	2	1	1	6	1	2	1	1	1	3	1	
15	1	1	2	1	1	6	1	1	1	1	1	3	1	
16	1	1	2	1	1	6	1	2	1	1	1	3	1	
17	1	1	2	1	1	6	1	2	1	1	1	3	1	
18	1	1	2	1	1	6	1	2	1	1	1	3	1	
19	1	1	2	1	1	6	1	2	1	1	1	3	1	
20	1	1	2	1	1	6	1	2	1	1	1	3	1	
21	1	1	2	1	1	6	1	1	1	1	1	3	1	
22	1	1	2	1	1	6	1	1	1	1	1	3	1	
23	1	1	2	1	1	6	1	2	1	1	1	3	1	
24	1	1	2	1	1	6	1	1	1	1	1	3	1	
25	1	1	2	1	1	6	1	1	1	1	1	3	1	
26	1	1	2	1	1	6	1	0	0	1	1	2	1	
27	1	1	2	1	1	6	1	0	0	0	1	1	1	
28	1	1	2	1	1	6	1	0	0	0	0	0	1	

29	1	1	2	1	1	6	1	0	1	0	0	0	0	1
30	1	1	2	1	1	6	1	0	1	0	0	0	0	1
31	1	2	2	1	1	7	1	0	1	0	0	0	0	1
32	1	2	2	1	1	7	1	0	1	0	0	0	0	1
33	1	2	2	1	1	7	1	0	1	0	0	0	0	1
34	1	2	2	1	1	7	1	0	1	0	0	0	0	1
35	1	2	2	1	1	7	1	0	1	0	0	0	0	1
36	1	2	2	1	1	7	1	0	1	0	0	0	0	1

Keterangan :**Kebersihan :**

2 = bersih

1 = kurang bersih

Kepadatan :2 = > 3m²1 = < 3m²**Intensitas berkumpul :**

2 = sering

1 = kadang-kadang

0 = tidak pernah

Tempat bermain :

3 = Lebih banyak di luar panti

2 = Ada waktu untuk keluar panti

1 = Terbatas dalam lingkungan panti

0 = Terbatas di tempat tidur

Ventilasi :

2 = ≥10% luas lantai

1 = <10% luas lantai

Kelengkapan fasilitas :

2 = lengkap

1 = tidak lengkap

Kategori :

2 = baik

1 = kurang baik

Penggunaan alat bermain :

2 = sering

1 = kadang-kadang

0 = tidak pernah

Pencahayaan :

2 = ≥15% luas lantai

1 = <15% luas lantai

Kategori :

2 = sehat

1 = kurang sehat

Intensitas bermain :

2 = terjadwal/ rutin

1 = tidak terjadwal/ bila diperlukan

0 = tidak terjadwal dan tidak dilakukan

Kategori :

2 = baik

: 1 = kurang baik

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

NO. RESPONDEN	KONDISI GARIS PERTAHANAN					KEJADIAN SAKIT			
	KELENGKAPAN IMUNISASI	KEJADIAN SAKIT	ALERGI	TOT	KATEGORI	BULAN 1	BULAN 2	TOT	KATEGORI
1	1	0	1	2	2	Rhinitis	Rhinitis	2	2
2	1	1	1	3	3	0	0	0	1
3	1	0	1	2	2	ISPA	ISPA	2	2
4	1	0	1	2	2	Rhinitis, dermatitis, ISPA	ISPA	2	2
5	1	0	1	2	2	Dermatitis, ISPA	Dermatitis	2	2
6	1	0	0	1	3	ISPA	-	1	1
7	1	0	0	1	1	TB, Rhinitis	TB	2	2
8	1	0	1	2	2	ISPA, dermatitis	Dermatitis	2	2
9	1	0	1	2	2	Dermatitis, ISPA	Dermatitis	2	2
10	1	0	1	2	2	Rhinitis, dermatitis	ISPA	2	2
11	1	0	1	2	2	Rhinitis	ISPA	2	2
12	1	0	0	1	1	ISPA, dermatitis	ISPA	2	2
13	1	0	0	1	1	Rhinitis, dermatitis	Rhinitis	2	2
14	1	0	0	1	1	Rhinitis, dermatitis	ISPA	2	2
15	1	0	0	1	1	ISPA, dermatitis	ISPA, dermatitis	2	2
16	1	0	1	2	2	ISPA, dermatitis	ISPA, dermatitis	2	2
17	1	1	1	3	3	-	Rhinitis	1	1
18	1	0	0	1	1	ISPA, dermatitis	ISPA	2	2
19	0	0	0	0	1	ISPA	ISPA	2	2
20	1	0	0	1	1	ISPA, dermatitis	ISPA, dermatitis	2	2
21	0	0	0	0	1	ISPA, dermatitis	ISPA, dermatitis	2	2
22	1	0	0	1	1	ISPA	ISPA	2	2
23	0	0	0	0	1	ISPA, dermatitis	ISPA	2	2
24	1	0	0	1	1	ISPA, dermatitis	ISPA	2	2
25	0	0	0	0	1	ISPA, dermatitis	ISPA	2	2
26	0	0	0	0	1	ISPA	ISPA	2	2
27	1	0	1	1	2	ISPA, dermatitis	ISPA	2	2
28	0	0	0	0	1	ISPA	ISPA	2	2

29	0	0	0	0	1	ISPA	ISPA	2	2
30	0	1	1	2	3	ISPA	-	1	1
31	0	0	0	0	1	GE, dermatitis, TB	GE, dermatitis, TB	2	2
32	0	0	0	0	1	ISPA	ISPA	2	2
33	0	0	1	1	1	ISPA	ISPA	2	2
34	0	0	0	0	1	ISPA	ISPA	2	2
35	0	0	0	0	1	ISPA, TB	ISPA, TB	2	2
36	0	0	0	0	1	ISPA	ISPA	2	2

Keterangan :**Kelengkapan imunisasi :**

1 = lengkap

0 = tidak lengkap

Kejadian sakit :

1 = sehat

0 = sakit

Riwayat alergi :

1 = tidak ada

0 = ada

Kategori :

3 = resisten

2 = normal

1 = fleksibel

Kategori kejadian sakit :

1 = sehat

2 = sakit