

TESIS
MODEL OPTIMALISASI PELAKSANAAN TUGAS PERAWAT
KOMUNITAS DALAM LAYANAN KESEHATAN PROMOTIF DAN
PREVENTIF



Oleh
SISMULYANTO
NIM. 131614153087

PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018

**MODEL OPTIMALISASI PELAKSANAAN TUGAS PERAWAT
KOMUNITAS DALAM LAYANAN KESEHATAN PROMOTIF DAN
PREVENTIF**

TESIS

**Untuk Memperoleh Gelar Magister Keperawatan (M.Kep)
dalam Program Studi Magister Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga**

Oleh

Nama : Sismulyanto

NIM. 131614153087

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

2018

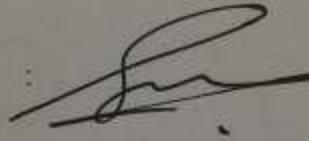
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Sismulyanto

NIM : 131614153087

Tanda Tangan :



Tanggal : 25 Juni 2018

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS

MODEL OPTIMALISASI PELAKSANAAN TUGAS PERAWAT KOMUNITAS
DALAM LAYANAN KESEHATAN PROMOTIF DAN PREVENTIF

Oleh :
Sismulyanto
NIM. 131614153087

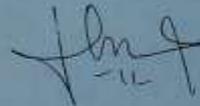
TESIS INI TELAH DISETUJUI
PADA TANGGAL, 29 Mei 2018

Oleh
Pembimbing Ketua



Prof. Dr. H. Nursalam, M.Nurs., (Hons)
NIP. 196612251989031004

Pembimbing Kedua



Ferry Efendi, S.Kep.Ns., M.Sc., PhD
NIP. 198202182008121005

Mengetahui,
Koordinator Program Studi



Dr. Timin Sukartini, S.Kp., M.Kes
NIP. 197212172000032001

LEMBAR PENGESAHAN TESIS

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Sismulyanto
NIM : 131614153087
Program Studi : Magister Keperawatan
Judul : Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas
Dalam Layanan Kesehatan Promotif Dan Preventif

Tesis ini telah diuji dan dinilai

Oleh panitia penguji pada

Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga

Pada Tanggal, 28 Mei 2018

Panitia penguji,

Ketua : Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes

NIP. 197212172000032001

Anggota : 1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs., (Hons)

NIP. 196612251989031004

2. Ferry Efendi, S.Kep., Ns., M.Sc., PhD

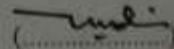
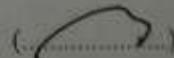
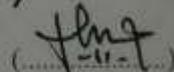
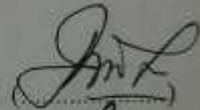
NIP. 198202182008121005

3. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes

NIP: 196701012000031002

4. Dr. Muhammad Sajidin, S.Kp., M.Kes

NIK: 162.601.011



Mengetahui,

Koordinator Program Studi



Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes

NIP. 197212172000032001

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika Universitas Airlangga, saya yang bertanda tangan
dibawah ini :

Nama : Sismulyanto
NIM : 131614153087
Program Studi : Magister Keperawatan
Departemen : Peminatan Keperawatan Komunitas
Fakultas : Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

demikian pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada
Universitas Airlangga **Hak Bebas Royalti Non eksklusif (*Non-exclusive
Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : Model Optimalisasi
Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas Dalam Layanan Kesehatan Promotif Dan
Preventif beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas
Royalti Noneksklusif ini Universitas Airlangga berhak menyimpan,
mengalihmedia/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 : 25 Juni 2018
Yang menyatakan



Sismulyanto

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan bimbingan-Nya penulis dapat menyelesaikan tesis dengan judul **“Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas Dalam Layanan Kesehatan Promotif Dan Preventif”**. Tesis ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan (M.Kep) pada Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa bantuan dari semua pihak yang terkait dalam penyusunan tesis ini sangatlah besar sehingga penyusunan tesis dapat terwujud, untuk itu perkenankanlah penulis menyampaikan rasa hormat dan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Nursalam, M.Nurs (Hons) selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya dan dosen pembimbing yang telah memberikan kesempatan, fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan dan dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan arahan dan bimbingan sehingga penulisan tesis ini dapat selesai tepat waktu.
2. Bapak Ferry Efendi, S.Kep., Ns., M.Sc., PhD selaku dosen pembimbing yang dengan penuh perhatian dan kesabaran telah memberikan arahan dan bimbingan sehingga penulisan tesis ini dapat selesai tepat waktu.
3. Dr. Kusnanto, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan, dorongan, dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
4. Dr. Ah. Yusuf, S.Kp., M.Kes selaku Wakil Dekan III dan Ibu Eka Mishbahtul Mar'ah Has, S.Kep., Ns., M.Kep selaku Wakil Dekan II yang telah memberikan kesempatan, dorongan, dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
5. Dr. Tintin Sukartini, S.Kp., M.Kes selaku Koordinator Program Studi Magister Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan, dorongan, dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
6. Segenap dosen Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan ilmu, pengalaman, dan pengarahan.
7. Segenap staf pendidikan, perpustakaan, dan tata usaha. Terima kasih atas segala bantuan yang diberikan.
8. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Banyuwangi, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi, seluruh Kepala Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi yang telah memberikan izin kepada peneliti untuk melakukan penelitian.
9. Seluruh responden penelitian yang telah bersedia mengikuti penelitian saya sehingga saya bisa menyelesaikan tesis ini.

10. Sahabat-sahabat super Magister Angkatan 9. Terima kasih untuk memotivasi dan memberikan saya semangat dalam menjalani kuliah dan menyelesaikan tesis ini.

Semoga Tuhan Yang Maha Esa membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan, dan bantuan dalam menyelesaikan tesis ini. Peneliti menyadari bahwa tesis ini jauh dari sempurna, namun harapan peneliti adalah semoga tesis ini dapat membawa manfaat bagi pembaca maupun bagi profesi keperawatan nantinya.

Surabaya, 25 Juni 2018

Penulis

RINGKASAN

Layanan kesehatan promotif dan preventif merupakan faktor utama yang penting terhadap status kesehatan individu yang menekankan pada kemampuan individu untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan mengarah pada pencapaian status kesehatan yang lebih tinggi, pemenuhan kebutuhan personal dan aktualisasi diri (Pender, 2011). Layanan kesehatan promotif dan preventif juga merupakan program kerja utama Puskesmas yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat, kemampuan masyarakat untuk menerapkan pola hidup bersih dan sehat serta mampu melakukan pencegahan terhadap kondisi sakit (Menkes RI, 2013). Perlu adanya upaya untuk mengatasi kurang optimalnya tugas perawat di Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Salah satunya dengan menggunakan pendekatan teori keperawatan *Health Promotion Model* (HPM). Teori ini memiliki asumsi bahwa karakteristik individu dan pengalaman berdampak terhadap perilaku kesehatan yang ditampilkan seseorang (Alligood, 2014). Peterson dan Bredow (2009) mengungkapkan bahwa HPM telah mengubah fokus dari peran perawat dari pencegahan penyakit secara sederhana kearah promosi kesehatan. Teori ini sangat berguna bagi perawat karena membantu mengembangkan peran perawat dalam mempromosikan kesehatan daripada hanya mengurangi resiko penyakit. Tujuan perawat adalah bermaksud untuk menguatkan sumber, potensi, dan kapabilitas masyarakat dan menyediakan sumber dan pendidikan untuk promosi peningkatan kesehatan dan kualitas hidup yang lebih baik (Peterson & Bredow, 2009), model ini tidak hanya berfokus pada pengembangan peran perawat melalui *self efficacy*, namun juga meletakkan kesehatan pasien atau masyarakat sebagai tanggung jawab mereka, menjadikan perawat sebagai agen perubahan.

Tinjauan pustaka dalam penelitian ini terdiri dari 1) Konsep teori promosi kesehatan, 2) Konsep teori HPM, dan 3) Faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan promosi kesehatan berdasarkan teori *Health Promotion Model* (HPM). Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif menggambarkan bahwa tugas perawat komunitas (promotif dan preventif) dipengaruhi secara langsung oleh variabel *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja), bisa juga dipengaruhi secara tidak langsung oleh variabel *interpersonal influences* (dukungan sesama perawat, dukungan profesi lain, dukungan kepala puskesmas, dukungan masyarakat), *situational influences* (adanya regulasi, ketersediaan fasilitas), *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap), dan *commitment to a plan of action* (affective, contiuance, normatif), tugas perawat komunitas ini berdampak terhadap perilaku promotif dan preventif masyarakat dalam pencegahan demam berdarah.

Penelitian ini menggunakan 2 tahap. Tahap 1 menggunakan rancangan penelitian survei eksplanasi deskriptif. Sampel pada penelitian ini yaitu sebagian populasi yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria inklusi responden: a) Perawat dengan minimal kerja 1 tahun, dan b) Perawat tersebut sehat secara fisik dan mental. Kriteria eksklusi responden: a) Perawat yang sedang cuti, dan b) Perawat yang sedang mengikuti tugas belajar di luar kota saat

pengumpulan data. Partisipan pada tahap pertama dipilih dengan teknik probability jenis cluster sampling yaitu mengelompokkan sampel berdasar wilayah atau lokasi populasi (Nursalam 2013). Besar sampel penelitian tahap 1 sebesar 161 perawat. Variabel penelitian tahap 1 adalah variabel independen yaitu *interpersonal influences, situational influences, behavior spesific cognition and effect, commitment to a plan of action*, tugas perawat komunitas dalam layanan promotif dan preventif. Tahap kedua adalah uji coba modul pemberdayaan kognitif yang telah dikembangkan dalam tahap pertama penelitian, desain penelitiannya adalah dengan *quasy experiment* kemudian diuji *wilcoxon signed rank test* dan *mann whitney*.

Hasil dari uji PLS ditemukan : 1) pengaruh variabel personal factor terhadap variabel tugas perawat komunitas: menunjukkan terdapat pengaruh personal factor terhadap tugas perawat komunitas karena nilai $t > 1,96$. 2) pengaruh variabel personal factor terhadap variabel behavior: menunjukkan terdapat pengaruh personal factor terhadap behavior karena nilai $t > 1,96$. 3) pengaruh variabel personal factor terhadap interpersonal influences: menunjukkan terdapat pengaruh personal factor terhadap interpersonal influences karena nilai $t > 1,96$. 4) pengaruh variabel personal factor terhadap situational influences: menunjukkan terdapat pengaruh personal factor terhadap situational influences karena nilai $t > 1,96$. 5) pengaruh variabel interpersonal influences terhadap tugas perawat komunitas: menunjukkan terdapat pengaruh interpersonal influences terhadap tugas perawat komunitas karena nilai $t > 1,96$. 6) pengaruh variabel situational influences terhadap tugas perawat komunitas: menunjukkan terdapat pengaruh situational influences terhadap tugas perawat komunitas. 7) pengaruh variabel behavior terhadap komitmen perawat: menunjukkan terdapat pengaruh variabel behavior terhadap komitmen perawat karena mempunyai nilai $t > 1,96$. 8) pengaruh situational influences terhadap komitmen: menunjukkan terdapat pengaruh situational influences terhadap komitmen perawat karena memiliki nilai $t > 1,96$. 11) pengaruh komitmen terhadap tugas perawat komunitas: menunjukkan terdapat pengaruh komitmen perawat terhadap tugas perawat komunitas karena memiliki nilai $t > 1,96$. 12) pengaruh variabel tugas perawat komunitas terhadap layanan masyarakat: menunjukkan terdapat pengaruh tugas perawat komunitas terhadap sikap masyarakat karena memiliki nilai $t > 1,96$. Layanan masyarakat terkait pencegahan dan penanganan demam berdarah antara lain layanan masyarakat terkait program 3M, sikap masyarakat terkait tugas perawat dalam melakukan deteksi dini penyakit demam berdarah dan sikap terkait tindakan penanganan dini demam berdarah dan rujukan ke rumah sakit. Hasil penelitian ini bahwa layanan masyarakat meningkat atau mengalami perubahan ke arah positif setelah perawat komunitas mampu melakukan tugasnya secara optimal dalam memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif.

SUMMARY

Promotional and preventive health services are an important key factor to the health status of individuals who emphasize the individual's ability to take responsibility for their own health and lead to higher health status, personal fulfillment and self-actualization (Pender, 2011). Promotional and preventive health services are also the main work program of primary health care which aims to increase community independence, community ability to apply clean and healthy lifestyle and able to prevent disease condition (Health Minister RI, 2013). There needs to be an effort to overcome the lack of optimal duty of nurses in primary health care as a provider of promotive and preventive health services. One of them is by using the Health Promotion Model (HPM) nursing theory approach. This theory assumes that individual characteristics and experiences have an impact on the health behaviors that a person performs (Alligood, 2014). Peterson and Bredow (2009) revealed that HPM has changed the focus of the nurse's role from simple disease prevention to health promotion. This theory is very useful for nurses because it helps develop the role of nurses in promoting health rather than simply reducing the risk of disease. The purpose of the nurse is to strengthen the source, potential, and capability of the community and provide resources and education for the promotion of improved health and better quality of life (Peterson & Bredow, 2009), this model not only focuses on developing the role of nurses through self-efficacy, also put the patient or community health as their responsibility, making the nurse an agent of change.

The literature review of the theory of health promotion, 2) the concept of HPM theory, and 3) Factors related to the implementation of community nurse tasks in health promotion services based on Health Promotion Model (HPM) theory. The Model of Community Nurse Implementation Implementation in Promotive and Preventive Health Services illustrates that community nurse (promotive and preventive) tasks are directly influenced by personal factors (age, gender, education, work experience), may also be indirectly influenced by interpersonal variables influences, situational influences, behavior related cognition and affect (knowledge, attitude), and commitment to a plan of action (affective, contunance , normative), this community nurse's duties have an impact on society's promotion and preventive behavior in prevention of dengue fever.

This research uses 2 stages. Phase 1 uses descriptive explanatory survey research design. The sample in this study is part of the population that matches the inclusion and exclusion criteria. Criteria of inclusion of respondents: a) Nurses with a minimum of 1 year work, and b) Nurses are healthy physically and mentally. Exclusion criteria of respondents: a) Nurses who are on leave, and b) Nurses who are following the task of studying outside the city during data collection. Participants in the first stage were selected by probability cluster

sampling technique that is grouping the sample by region or population location (Nursalam 2013). The sample size of study 1 is 161 nurses. Variable of research phase 1 is independent variable that is interpersonal influences, situational influences, behavior specific cognition and effect, commitment to a plan of action, duty of community nurse in promotion and preventive service. The second stage is a test of cognitive empowerment module which has been developed in the first phase of the research, the research design is with quasy experiment then tested wilcoxon signed rank test and mann whitney.

The results of the PLS test were found: 1) the influence of personal factor variable on the nurse community task variable: indicated that there was a personal factor influence on the community nurse's job because the value of $t > 1,96$. 2) the influence of personal factor variable on behavior variable: indicates there is influence of personal factor to behavior because value $t > 1,96$. 3) the influence of personal factor variable on interpersonal influences: indicates there is influence of personal factor to interpersonal influences because value $t > 1,96$. 4) the influence of personal factor variable on situational influences: indicates there is influence of personal factor to situational influences because value $t > 1,96$. 5) the influence of interpersonal influencing variables on community nurse tasks: showing the influence of interpersonal influences on nurse duties at the community because the value of $t < 1,96$. 6) the influence of situational influencing variables on community nurse tasks: showing the effect of situational influences on community nurse tasks. 7) the influence of behavioral variables on nurse commitment: show there is influence of behavior variable to nurse commitment because have value $t > 1,96$. 8) the influence of situational influences on commitment: indicates that there is an influence of situational influences on the commitment of the nurse because it has a value of $t > 1,96$. 11) the influence of commitment to the community nurse's job: shows the effect of nurse commitment on community nurse duties because it has a value of $t > 1,96$. 12) the variable assignment of community nurses to community attitudes: showing the effect of community nurse's work on community attitude because it has a value of $t > 1,96$.

Community services related to the prevention and handling of dengue fever include community services related to 3M program, the attitude of the community related duties of nurses in early detection of dengue diseases and services related to the treatment of dengue fever early and referral to the hospital. The results of this study that services of the community increased or changed in a positive direction after the community nurse is able to perform its duties optimally in providing health services promotif and preventif.

ABSTRAK

Introduction: Layanan kesehatan promotif dan preventif merupakan faktor utama yang penting terhadap status kesehatan individu yang menekankan pada kemampuan individu untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan mengarah pada pencapaian status kesehatan yang lebih tinggi, pemenuhan kebutuhan personal dan aktualisasi diri. **Tujuan:** 1) menganalisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif, 2) menganalisis pengaruh model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas. **Method:** Penelitian ini menggunakan 2 tahap, tahap pertama menggunakan desain penelitian survei eksplanasi deskriptif dengan sampel dari kelompok perawat komunitas sebesar 161 responden dengan teknik cluster random sampling, kemudian diuji model dengan menggunakan *Partial Least Square*. Tahap kedua adalah uji coba modul optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dengan desain penelitiannya adalah dengan eksperimen semu (*quasy experiment*) kemudian diuji *wilcoxon signed rank test* dan *Mann Whitney*. **Result:** 1. Personal factors, interpersonal influences, situational influences, dan komitmen berpengaruh terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas, 2. Model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas berpengaruh terhadap pelaksanaan tugas perawat dan outcome layanan. **Discussion:** model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas memiliki pengaruh terhadap pelaksanaan tugas perawat dan luaran layanan kesehatan promotif dan preventif. Model ini bekerja dengan cara mengoptimalkan personal factors, interpersonal influences, situational influences dan komitmen perawat.

Kata kunci: promotif, preventif, layanan, tugas perawat komunitas

ABSTRACT

Introduction: Promotive and preventive care was an important factor to the health status of individuals who emphasize the individual's ability to take responsibility for their own health and lead to higher health status, personal fulfillment and self-actualization. **The objective of the study:** 1) was to analyse factors affected to implementation of community nurses duty in promotive and preventive care, 2) was to analyse affecting of community nurses duty optimizing model to implementation of community nurses duty. **Method:** This study used 2 steps, the first phase used descriptive explanatory survey research design with a sample of community nurse group of 161 respondents with cluster random sampling technique, then tested the model using Partial Least Square. The second stage was the experimental module test of community nurses optimizing duty with research design used quasy experiment then tested wilcoxon signed rank test and Mann Whitney. **Result:** 1. Personal factors, interpersonal influences, situational influences, and commitment had influeced to community nurses duty, 2. Model of optimize community nurses duty had influenced to impelementation of nurses duty and outcome of service. **Discussion:** community nurses duty optimizing model affected to implementation of community nurses tasks and outcome of promotive and preventive health care services, this model worked through optimizing of personal factors, interpersonal influences, situational influences and commitment of nurses.

Keywords: promotive, preventive, care, community nurses duty

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN PEMBIMBING TESIS	iii
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	v
KATA PENGANTAR	vi
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
ABSTRAK	xii
ABSTRACT	xiii
DAFTAR ISI.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan umum	6
1.3.2 Tujuan khusus	6
1.4 Manfaat	7
1.4.1 Teoritis	7
1.4.2 Praktis.....	8
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Teori Promosi Kesehatan.....	9
2.1.1 Definisi.....	9
2.1.2 Strategi	9
2.1.3 Perencanaan layanan kesehatan promotif	16
2.1.4 Pelaksanaan layanan kesehatan promotif.....	18
2.1.5 Evaluasi layanan kesehatan promotif.....	19
2.1.6 Faktor pendukung dalam pelaksanaan layanan kesehatan promotif.....	22
2.1.7 Pemantauan kegiatan promosi kesehatan.....	24
2.2 Konsep Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM)	25

2.3 Faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan promosi kesehatan berdasarkan teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM)	29
2.4 Keaslian Penelitian	37
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	42
3.1 Kerangka Konseptual	42
3.2 Hipotesis.....	43
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	45
4.1 Penelitian Tahap 1	45
4.1.1 Desain penelitian	45
4.1.2 Populasi, sampel, teknik sampling	45
4.1.3 Variabel dan definisi operasional.....	47
4.1.4 Instrumen penelitian.....	50
4.1.5 Analisa data.....	52
4.2 Penelitian Tahap 2.....	55
4.2.1 Desain penelitian	55
4.2.2 Populasi, sampel, teknik sampling	55
4.2.3 Variabel dan definisi operasional.....	56
4.2.4 Instrumen penelitian.....	57
4.2.5 Analisa data.....	57
4.3 Lokasi dan Waktu Penelitian	58
4.4 Prosedur Pengambilan Data	59
4.5 Kerangka Operasional.....	61
4.6 Etik Penelitian	62
BAB 5 HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN.....	64
5.1 Hasil penelitian tahap 1	64
5.1.1 Analisis Deskriptif Variabel Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan kesehatan Promotif dan Preventif	64
5.1.2 Analisis Inferensial variabel Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas	69
5.1.3 Dasar Pengambilan Issu Strategis dan Hasil <i>Focus Group Discussion</i> (FGD).....	78

5.2 Hasil penelitian tahap 2	85
5.2.1 Pelaksanaan Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas	85
BAB 6 PEMBAHASAN	88
6.1 Pengaruh <i>personal factors</i> terhadap <i>behavior related cognition and affect</i> ...	88
6.2 Pengaruh <i>personal factors</i> terhadap <i>interpersonal influences</i>	90
6.3 Pengaruh <i>personal factors</i> terhadap <i>situational influences</i>	91
6.4 Pengaruh <i>personal factors</i> terhadap tugas perawat komunitas	93
6.5 Pengaruh <i>behavior related cognition and affect</i> terhadap komitmen perawat	94
6.6 Pengaruh <i>interpersonal influences</i> terhadap komitmen perawat	95
6.7 Pengaruh <i>situational influences</i> terhadap komitmen perawat.....	97
6.8 Pengaruh <i>behavior related cognition and affect</i> terhadap tugas perawat komunitas	98
6.9 Pengaruh <i>interpersonal influences</i> terhadap tugas perawat komunitas	100
6.10 Pengaruh <i>situational influences</i> terhadap tugas perawat komunitas.....	101
6.11 Pengaruh <i>komitmen</i> perawat terhadap tugas perawat komunitas.....	103
6.12 Pengaruh tugas perawat komunitas terhadap outcome layanan	104
6.13 Pengaruh model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas terhadap tugas perawat komunitas	106
6.14 Temuan penelitian	109
6.15 Keterbatasan penelitian	111
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN	112
7.1 Kesimpulan	112
7.2 Saran.....	113
7.2.1 Perawat.....	113
7.2.2 Puskesmas	114
DAFTAR PUSTAKA	115
LAMPIRAN	119

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Variabel Tahap 1 Model Optimalisasi Pelaksanaan Layanan Kesehatan Promotif di Puskesmas	47
Tabel 4.2 Definisi Operasional Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Promosi Kesehatan.....	48
Tabel 4.3 Rancangan Penelitian Eksperimen Semu tentang Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Promotif dan Preventif	55
Tabel 4.4 Variabel Penelitian Tahap 2 tentang Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Promotif dan Preventif	56
Tabel 4.5 Definisi Operasional Penelitian Tahap 2 tentang Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Promotif dan Preventif	57
Tabel 4.6 Jadwal Rencana Penelitian Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Promotif dan Preventif	58
Tabel 5.1 Variabel <i>Personal factors</i> Perawat Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi pada bulan Januari 2018.....	65
Tabel 5.2 Variabel <i>Behavior related cognition and effect</i> Perawat Puskesmas di Kabupaten Bayuwangi pada bulan Januari 2018	66
Tabel 5.3 Variabel <i>Interpersonal Influences</i> Perawat Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi pada bulan Januari 2018.....	66
Tabel 5.4 Variabel <i>Situational Influences</i> Perawat Puskesmas di kabupaten Banyuwangi pada bulan Januari 2018.....	67
Tabel 5.5 Variabel Komitmen Perawat Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi pada bulan Januari 2018.....	67
Tabel 5.6 Variabel Tugas Perawat Komunitas di Kabupaten Banyuwangi pada bulan Januari 2018	68
Tabel 5.7 Variabel Outcome Masyarakat di Kabupaten Banyuwangi pada bulan Januari 2018	68
Tabel 5.8 Perhitungan <i>Measurement Model</i> pada Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas.....	70
Tabel 5.9 Hasil Perhitungan Uji T (T-Test).....	74

Tabel 5.10 Dasar Pengambilan Issue Strategis	78
Tabel 5.11 Temuan hasil FGD berdasarkan Issu Strategis	79
Tabel 5.12 Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif.....	85
Tabel 5.13 Perbedaan tugas perawat (promotif dan preventif) dan sikap masyarakat sebelum dan sesudah perlakuan (Wilcoxon).....	86
Tabel 5.14 Perbedaan tugas perawat (promotif dan preventif) dan sikap masyarakat sebelum dan sesudah perlakuan (man witney).....	87

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Konsep Teori <i>Health Promotion Model</i> (HPM)	25
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif	42
Gambar 4.1 Kerangka Analisis Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif.....	54
Gambar 4.2 Kerangka Operasional Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif	61
Gambar 5.1 <i>Measurement Model</i> (Outer Model).....	71
Gambar 5.2 <i>Hypotesis Model</i>	73

DAFTAR SINGKATAN DAN ISTILAH

- HPM : Health Promotion Model
KADARZI : Keluarga Sadar Gizi
KB : Keluarga Berencana
KIA : Kesehatan Ibu dan Anak
KK : Kepala Keluarga
KMS : Kartu Menuju Sehat
KTR : Kawasan Tanpa Rokok
LSM : Lembaga Swadaya Masyarakat
MM : Musyawarah Masyarakat
OHP : Over Head Projector
PHBS : Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PKM : Penyuluh Kesehatan Masyarakat
PLS : Parsial Least Square
POKMAIR : Kelompok Pemakai Air
POSKEDES : Pos Kesehatan Desa
SDM : Sumber Daya Manusia
SMD : Survei Mawas Diri
SPM : Standar Pelayanan Minimal
TBC : Tuberculosis
TOGA : Tanaman Obat Keluarga
UKBM : Upaya Kesehatan Bersumberdaya Masyarakat
UKS : Usaha Kesehatan Sekolah
WHO : World Health Organization

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Layanan kesehatan promotif dan preventif merupakan faktor utama yang penting terhadap status kesehatan individu yang menekankan pada kemampuan individu untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan mengarah pada pencapaian status kesehatan yang lebih tinggi, pemenuhan kebutuhan personal dan aktualisasi diri (Pender, 2011). Layanan kesehatan promotif dan preventif juga merupakan program kerja utama Puskesmas yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat, kemampuan masyarakat untuk menerapkan pola hidup bersih dan sehat serta mampu melakukan pencegahan terhadap kondisi sakit (Menkes RI, 2013).

Bentuk layanan kesehatan promotif dan preventif yang dilakukan oleh puskesmas sebagai bentuk peningkatan kemandirian masyarakat untuk menerapkan pola hidup sehat dan pencegahan terhadap penyakit antara lain pengkajian perilaku hidup bersih dan sehat pada tatanan rumah tangga, intervensi dan penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat pada kelompok rumah tangga, institusi pendidikan/ sekolah, institusi sarana kesehatan, institusi tempat kerja, dan pondok pesantren (Menkes RI, 2013).

Penerapan layanan kesehatan promotif dan preventif yang belum optimal oleh perawat komunitas di puskesmas menyebabkan terjadinya kondisi sakit atau penyakit yang ada di masyarakat. Salah satu bentuk penyakit yang ada di masyarakat akibat kegagalan tindakan promotif dan preventif yaitu kejadian demam berdarah. Selama periode tahun 2016, dilaporkan jumlah insiden

demam berdarah di kabupaten Banyuwangi mencapai 1.300 kasus dengan 11 kasus diantaranya meninggal dunia. Jumlah ini meningkat dibandingkan pada tahun 2015 yaitu sejumlah 900 kasus dengan 9 kasus diantaranya meninggal dunia. Tingginya kejadian kasus demam berdarah ini menandakan bahwa implementasi kegiatan layanan kesehatan promotif dan preventif oleh petugas kesehatan di Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi dirasa kurang optimal. Kurang optimalnya layanan kesehatan promotif dan preventif ini dapat dilihat dari Pengkajian Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) pada tatanan rumah tangga (kurang dari 50% dari jumlah Kepala rumah tangga), intervensi dan penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat pada kelompok rumah tangga, sekolah, tempat kerja, pondok pesantren (kurang dari 2x total tempat penyuluhan), serta pengembangan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat posyandu (kurang dari 70% target sasaran).

Kurang optimalnya pelaksanaan kegiatan layanan kesehatan promotif dan preventif di komunitas disebabkan oleh beberapa faktor. Whiehead (2011) membuktikan bahwa perawat komunitas yang memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif tidak didukung dengan adanya kebijakan atau regulasi dari pemerintah atau masyarakat. Beaudet *et al.* (2011) membuktikan bahwa kurang optimalnya pelaksanaan perawat komunitas dalam layanan promosi kesehatan disebabkan karena kurangnya sumber daya pendukung termasuk kekurangan waktu, kurangnya peralatan (misalnya komputer, dan lain-lain) dan materi pendidikan kesehatan.

Goodman *et al.* (2011) melaporkan bahwa kurang optimalnya pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan primer

disebabkan karena kurangnya keterampilan yang dimiliki perawat dalam mengimplementasikan promosi kesehatan di komunitas. Sedangkan Beaudet *et al.*, 2011; Whitehead (2011) mengungkapkan bahwa perawat komunitas masih belum mengetahui dengan jelas jenis kegiatan apa saja yang dilakukan sebagai upaya dari layanan promosi kesehatan di komunitas. (kinerja perawat komunitas, SPM komunitas).

Perlu adanya upaya untuk mengatasi kurang optimalnya tugas perawat di Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Salah satunya dengan menggunakan pendekatan teori keperawatan *Health Promotion Model* (HPM). Teori ini memiliki asumsi bahwa karakteristik individu dan pengalaman berdampak terhadap perilaku kesehatan yang ditampilkan seseorang (Alligood, 2014). Peterson dan Bredow (2009) mengungkapkan bahwa HPM telah mengubah fokus dari peran perawat dari pencegahan penyakit secara sederhana kearah promosi kesehatan.

Teori ini sangat berguna bagi perawat karena membantu mengembangkan peran perawat dalam mempromosikan kesehatan daripada hanya mengurangi resiko penyakit. Tujuan perawat adalah bermaksud untuk menguatkan sumber, potensi, dan kapabilitas masyarakat dan menyediakan sumber dan pendidikan untuk promosi peningkatan kesehatan dan kualitas hidup yang lebih baik (Peterson & Bredow, 2009), model ini tidak hanya berfokus pada pengembangan peran perawat melalui *self efficacy*, namun juga meletakkan kesehatan pasien atau masyarakat sebagai tanggung jawab mereka, menjadikan perawat sebagai agen perubahan. Model ini

menganjurkan perawat dan pasien atau masyarakat bekerja bersama-sama dalam mewujudkan kesehatan yang lebih baik.

Bagaimana *Health Promotion Model* (HPM) ini dapat bekerja dalam mengoptimalkan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif, membuat peneliti tertarik untuk mengembangkan HPM ini sebagai Model Optimalisasi Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif.

1.2 Rumusan Masalah

1. Bagaimanakah pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap)?
2. Bagaimanakah pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *interpersonal influences* (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, masyarakat)?
3. Bagaimanakah pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *situational influences* (regulasi, sarana prasarana)?
4. Bagaimanakah pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif)?
5. Bagaimanakah pengaruh *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap) terhadap *commitment to a plan of action* (*affective, normative, continuance*)?

6. Bagaimanakah pengaruh *interpersonal influences* (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, masyarakat) terhadap *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)*?
7. Bagaimanakah pengaruh *situational influences* (regulasi, sarana prasarana) terhadap *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)*?
8. Bagaimanakah pengaruh *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif)?
9. Bagaimanakah pengaruh *interpersonal influences* (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, masyarakat) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif)?
10. Bagaimanakah pengaruh *situational influences* (regulasi, sarana prasarana) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif)?
11. Bagaimanakah pengaruh *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)* terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif)?
12. Bagaimanakah pengaruh tugas perawat komunitas (promotif dan preventif) terhadap sikap promotif dan preventif masyarakat dalam demam berdarah?
13. Adakah pengaruh model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1 Menganalisis pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap).
- 2 Menganalisis pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *interpersonal influences* (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, masyarakat).
- 3 Menganalisis pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *situational influences* (regulasi, sarana prasarana).
- 4 Menganalisis pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).
- 5 Menganalisis pengaruh *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap) terhadap *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)*.
- 6 Menganalisis pengaruh *interpersonal influences* (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, masyarakat) terhadap *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)*.
- 7 Menganalisis pengaruh *situational influences* (regulasi, sarana prasarana) terhadap *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)*.

- 8 Menganalisis pengaruh *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).
- 9 Menganalisis pengaruh *interpersonal influences* (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, masyarakat) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).
- 10 Menganalisis pengaruh *situational influences* (regulasi, sarana prasarana) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).
- 11 Menganalisis pengaruh *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)* terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).
- 12 Menganalisis pengaruh tugas perawat komunitas (promotif dan preventif) terhadap outcome layanan kesehatan promotif dan preventif masyarakat dalam demam berdarah.
- 13 Menganalisis pengaruh model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Dapat dijadikan sebagai kerangka teori dalam upaya meningkatkan tugas perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan promotif dan preventif melalui modifikasi faktor-faktor yang berpengaruh terhadap outcome layanan kesehatan promotif dan preventif.

1.4.2 Praktis

Dapat dijadikan sebagai kerangka kerja dalam penyusunan upaya untuk mengoptimalkan tugas perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan promotif dan preventif.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Promosi Kesehatan

2.1.1 Definisi

Pender (2011) menjelaskan bahwa promosi kesehatan merupakan faktor utama yang penting pada status kesehatan individu yang menekankan pada kemampuan individu untuk bertanggung jawab atas kesehatan mereka sendiri dan mengarah pada pencapaian status kesehatan yang lebih tinggi, pemenuhan kebutuhan personal dan aktualisasi diri.

2.1.2 Strategi

Strategi dasar utama promosi kesehatan antara lain (Maijala *et al.*, 2016):

1. Pemberdayaan

Pemberdayaan masyarakat adalah upaya untuk menumbuhkan dan meningkatkan pengetahuan, kemauan dan kemampuan individu, keluarga dan masyarakat untuk mencegah penyakit, meningkatkan kesehatannya, menciptakan lingkungan sehat serta berperan aktif dalam penyelenggaraan setiap upaya kesehatan (WHO, 2013).

Pemberdayaan terhadap individu, keluarga dan masyarakat yang diselenggarakan puskesmas harus memperhatikan kondisi dan situasi, khususnya sosial budaya masyarakat setempat.

a. Pemberdayaan individu

Pemberdayaan terhadap individu dilakukan oleh setiap petugas kesehatan puskesmas terhadap individu-individu yang menjadi sasaran

kunjungan, misalnya upaya keperawatan kesehatan masyarakat, Usaha Kesehatan (UKS).

Tujuan dari upaya tersebut adalah memperkenalkan perilaku baru kepada individu yang mungkin mengubah perilaku yang selama ini dipraktikkan oleh individu tersebut. Contoh pemberdayaan individu misalnya Setiap ibu yang telah mendapat pelayanan pengobatan untuk anak balitanya, dapat disampaikan tentang manfaat menimbang anak balita secara berkala untuk mengetahui perkembangan dan pertumbuhan anak balitanya, bagaimana mencatat dan menggunakan Kartu Menuju Sehat (KMS) dan dimana ibu dapat melakukan penimbangan anak balitanya selain di puskesmas yaitu posyandu.

Ibu yang dikunjungi ke rumahnya oleh petugas puskesmas karena berhenti memeriksakan kandungannya ke puskesmas atau penderita yang tidak datang mengambil obat TBC ke Puskesmas. Saat kunjungan tersebut dilakukan proses pemberdayaan sesuai dengan masalah yang dihadapi.

Metode yang digunakan dapat berupa pilihan atau kombinasi dari dialog, demonstrasi, konseling dan bimbingan. Demikian pula media komunikasi yang digunakan dapat berupa pilihan atau kombinasi dari lembar balik, leaflet, gambar/foto (poster) atau media lain yang mudah dibawa untuk kunjungan rumah.

b. Pemberdayaan keluarga

Pemberdayaan keluarga yang dilakukan oleh petugas puskesmas/ yang melaksanakan kunjungan rumah terhadap keluarga,

yaitu keluarga dari individu pengunjung puskesmas atau keluarga-keluarga yang berada di wilayah kerja puskesmas (Menkes RI, 2007).

Tujuan dari pemberdayaan keluarga juga untuk memperkenalkan perilaku baru yang mungkin mengubah perilaku yang selama ini dipraktikkan oleh keluarga tersebut. Perilaku baru misalnya, perilaku buang air besar di jamban, mengkonsumsi garam beryodium, memelihara taman obat keluarga, menguras bak mandi-menutup persediaan air-mengubur benda-benda buangan yang menampung air, mengkonsumsi makanan berserat (buah dan sayur).

Pemberian informasi tentang perilaku yang diperkenalkan seperti tersebut diatas perlu dilakukan secara sistematis agar anggota-anggota keluarga yang dikunjungi oleh petugas puskesmas dapat menerima dari tahu “tahu” ke “mau” dan jika sarana untuk melaksanakan perilaku yang diperkenalkan tersedia diharapkan sampai ke tahap “mampu” melaksanakan.

Metode dan media komunikasi yang digunakan untuk memberdayakan keluarga dapat berupa pilihan atau kombinasi. Metodenya antara lain dialog, demonstrasi, konseling dan media komunikasi seperti lembar balik, leaflet, gambar/ foto (poster) atau media lain yang mudah dibawa saat kunjungan rumah.

c. Pemberdayaan Masyarakat

Pemberdayaan terhadap masyarakat (sekelompok anggota masyarakat) yang dilakukan oleh petugas puskesmas merupakan upaya penggerakan atau pengorganisasian masyarakat. Penggerakan atau

pengorganisasian masyarakat diawali dengan membantu kelompok masyarakat mengenali masalah-masalah yang mengganggu kesehatan sehingga masalah tersebut menjadi masalah bersama. Kemudian masalah tersebut dimusyawarahkan untuk dipecahkan secara bersama. Dari hasil tersebut tentunya masyarakat melakukan upaya-upaya agar masalah tersebut tidak menjadi masalah lagi. Tentunya upaya-upaya kesehatan tersebut bersumber dari masyarakat sendiri dengan dukungan dari puskesmas.

Peran aktif masyarakat tersebut diharapkan dalam penanggulangan masalah kesehatan di lingkungan mereka dengan dukungan dari puskesmas. Beberapa yang harus dilakukan oleh puskesmas dalam pemberdayaan masyarakat yang berwujud Usaha Kesehatan Berbasis Masyarakat (UKBM):

Upaya kesehatan ibu dan anak: Posyandu, Polindes, Bina Keluarga Balita.

Upaya pengobatan: Pos Obat Desa, Pos Kesehatan Desa (POSKESDES). Upaya perbaikan gizi: Posyandu, Panti Pemulihan Gizi, Keluarga Sadar Gizi (Kadarzi). Upaya kesehatan sekolah: penyertaan guru dan orang tua/ wali murid, Pos Kesehatan Pesantren. Upaya kesehatan lingkungan: Kelompok Pemakai Air (Pokmair), Desa Percontohan Kesehatan Lingkungan.

Puskesmas juga berfungsi sebagai pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan yaitu menggerakkan lintas sektor dan dunia usaha di wilayah kerjanya agar menyelenggarakan

pembangunan yang berwawasan kesehatan, memantau dan melaporkan secara aktif dampak kesehatan dari penyelenggaraan setiap program pembangunan di wilayah kerjanya serta mengutamakan pemeliharaan kesehatan dan pencegahan penyakit tanpa mengabaikan penyembuhan dan pemulihan.

Ketiga hal tersebut bertujuan untuk mendorong masyarakat/ LSM/ Dunia Swasta untuk membantu pelayanan promosi kesehatan melalui bantuan dana, sarana, metode yang dimilikinya dan diutamakan pada sasaran yang tepat.

2. Bina Suasana

Bina suasana adalah upaya menciptakan suasana atau lingkungan sosial yang mendorong individu, keluarga dan masyarakat untuk mencegah penyakit dan meningkatkan kesehatannya serta menciptakan lingkungan sehat dan berperan aktif dalam setiap upaya penyelenggaraan kesehatan (Menkes RI, 2007).

Seseorang akan terdorong untuk mau melakukan perilaku yang diperkenalkan apabila lingkungan sosialnya (keluarga, tokoh panutan, kelompok pengajian dan lain-lain) mendukung. Oleh karena itu, perlu adanya lingkungan yang kondusif untuk mendukung proses pemberdayaan masyarakat, khususnya dalam upaya mengajak individu, keluarga dan masyarakat untuk menerapkan pola hidup sehat. Keluarga atau orang yang mengantarkan pasien ke Puskesmas, penjenguk (penjenguk pasien) dan petugas kesehatan mempunyai pengaruh untuk menciptakan lingkungan

yang kondusif atau mendukung opini yang positif terhadap perilaku kesehatan yang sedang diperkenalkan.

3. Advokasi

Advokasi merupakan upaya atau proses yang terencana untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak-pihak yang terkait (tokoh-tokoh masyarakat informal dan formal) agar masyarakat dilingkungan puskesmas berdaya untuk mencegah serta meningkatkan kesehatannya serta menciptakan lingkungan sehat (Whitehead, 2011).

Dalam upaya memberdayakan individu, keluarga dan masyarakat, Puskesmas membutuhkan dukungan dari pihak-pihak lain, sehingga advokasi perlu dilakukan. Misalnya, dalam rangka mengupayakan lingkungan Puskesmas yang bebas asap rokok, Puskesmas perlu melakukan advokasi kepada pimpinan daerah setempat untuk diterbitkannya peraturan tentang kawasan tanpa Rokok (KTR) di lingkungan kerja Puskesmas seperti sekolah, kantor kecamatan, tempat ibadah (Menkes RI, 2014).

Selama proses perbincangan dalam advokasi, perlu diperhatikan bahwa sasaran advokasi hendaknya diarahkan/ dipandu untuk menempuh tahapan-tahapan: (1) memahami/ menyadari persoalan yang diajukan, (2) tertarik untuk ikut berperan dalam persoalan yang diajukan, (3) mempertimbangkan sejumlah pilihan kemungkinan dalam berperan, (4) menyepakati satu pilihan kemungkinan dalam berperan, dan (5) menyampaikan langkah tindak lanjut. Jika kelima tahapan tersebut dapat

dicapai selama waktu yang disediakan untuk advokasi, maka dapat dikatakan advokasi tersebut berhasil (Whitehead, 2011).

Langkah tindak lanjut di akhir perbincangan (misalnya dengan membuat disposisi pada usulan yang diajukan) menunjukkan adanya komitmen untuk memberikan dukungan. Selama perbincangan, seorang advokator (misalnya Kepala Puskesmas) terus memantau respon sasaran advokasi.

4. Kemitraan

Dalam pemberdayaan, bina suasana dan advokasi, prinsip-prinsip kemitraan harus ditegakkan. Kemitraan dikembangkan antara petugas kesehatan Puskesmas dengan sasarannya (para pasien atau pihak lain) dalam pelaksanaan pemberdayaan, bina suasana, dan advokasi (Whitehead, 2011). Di samping itu, kemitraan juga dikembangkan karena kesadaran bahwa untuk meningkatkan efektivitas promosi kesehatan, petugas kesehatan Puskesmas harus bekerjasama dengan berbagai pihak terkait, seperti misalnya kelompok profesi, pemuka agama, LSM, media massa, dan lain-lain.

Tiga prinsip dasar yang harus diperhatikan dan dipraktikkan adalah: 1) kesetaraan, 2) keterbukaan, dan 3) saling menguntungkan. 1) Prinsip Kesetaraan menghendaki tidak diciptakannya hubungan yang bersifat hierarkis (atas-bawah). Semua harus diawali dengan kesediaan menerima bahwa masing-masing berada dalam kedudukan yang sederajat. Keadaan ini dapat dicapai bila semua pihak bersedia mengembangkan hubungan kekeluargaan, yaitu yang dilandasi kebersamaan atau kepentingan

bersama. 2) Prinsip keterbukaan mengandung pengertian bahwa alam setia langkah menjalin kerjasama, diperlukan adanya kejujuran dari masing-masing pihak. Setiap usul/ saran/ komentar harus disertai dengan itikad yang jujur, sesuai fakta, tidak menutup-tutupi sesuatu. 3) Prinsip saling menguntungkan terkait solusi yang diajukan hendaknya selalu mengandung keuntungan disemua pihak (*win-win solution*) dan terdapat keuntungan dari segi ekonomis.

2.1.3 Perencanaan layanan kesehatan promotif

Perencanaan terdiri dari tahapan penentuan prioritas, rumusan tujuan, rumusan intervensi dan jadwal kegiatan yang akan dilaksanakan.

1. Menentukan prioritas masalah; prioritas masalah disusun berdasarkan beberapa pertimbangan antara lain: Beberapa masalah yang ada, mana yang dapat diselesaikan dengan mudah, Alasan masalah ini bisa terjadi, Cara mengatasinya, Bentuk kegiatan promosi kesehatan yang sesuai dengan masalah, Jumlah dana yang dibutuhkan, Jadwal kegiatan promosi kesehatan, Petugas kesehatan (perawat) yang mengerjakan, Lama waktu kegiatan promosi kesehatan

2. Menentukan tujuan

Tujuan merupakan keinginan yang akan dicapai sebagai jawaban untuk mengatasi masalah yang ditemukan di puskesmas, khususnya terkait Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS). Berdasarkan masalah yang ditemui dan ketersediaan sumber daya, maka ditentukan tujuan yang akan dicapai untuk mengatasi masalah yang ditemukan. Seperti: meningkatkan presentase perilaku warga untuk melaksanakan perilaku 3 M plus dari 60%

menjadi 70% di puskesmas kecamatan Y dalam 1 tahun. 3 M plus meliputi (Menutup, Menguras, dan Menimbun), selain itu juga melakukan tindakan plus seperti memelihara ikan pemakan jentik, menabur larvasida, menggunakan kelambu pada waktu tidur, menggunakan semprot insektisida, memasang obat nyamuk, memeriksa jentik secara berkala, dan lain-lain

3. Menentukan kegiatan

Setelah ditentukan tujuan, selanjutnya ditentukan kegiatan yang akan dilakukan. Caranya dengan membuat beberapa alternatif kegiatan, kemudian dipilih kegiatan yang mana yang bisa dilakukan dikaitkan dengan ketersediaan sumber daya.

Kegiatan yang dikaitkan dengan ketersediaan sumber daya, misalnya:

No	Masalah Kesehatan	Kegiatan
1	Rendahnya kesadaran masyarakat untuk melaksanakan program 3 M plus.	<p>a. Melakukan bina suasana di ruang penyuluhan di Puskesmas melalui pemasangan poster dan penyebaran leaflets tentang pentingnya 3 M plus</p> <p>b. Melakukan pemberdayaan kepada masyarakat melalui kegiatan penyuluhan tentang pentingnya program 3 M plus untuk mencegah kejadian demam berdarah</p> <p>c. Melakukan advokasi dengan melakukan pendekatan kepada pihak terkait untuk mensukseskan program 3 M plus di masyarakat (aparatur pemerintah desa, tokoh agama, tokoh masyarakat melalui tahapan: (1) memahami/ menyadari persoalan yang diajukan, (2) tertarik untuk ikut berperan</p>

No	Masalah Kesehatan	Kegiatan
		<p>dalam persoalan yang diajukan, (3) mempertimbangkan sejumlah pilihan kemungkinan dalam berperan, (4) menyepakati satu pilihan kemungkinan dalam berperan, dan (5) menyampaikan langkah tindak lanjut</p> <p>d. Melakukan kemitraan dengan pihak terkait untuk mensukseskan program 3 M plus dengan prinsip dasar : kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan.</p>

4. Menyusun jadwal kegiatan

Setelah ditentukan kegiatan terpilih dengan memperhatikan kemampuan sumber daya yang ada, dibuat jadwal kegiatan selama jangka waktu tertentu. Jadwal kegiatan sebaiknya dibahas pada pertemuan dengan berbagai pihak yang terlibat dalam kegiatan promosi kesehatan di puskesmas.

2.1.4 Pelaksanaan layanan kesehatan promotif

Pelaksanaan promosi kesehatan di puskesmas pada dasarnya adalah menerapkan strategi promosi kesehatan, yaitu pemberdayaan, bina suasana, advokasi, dan kemitraan (Menkes RI, 2011). Kegiatan pemberdayaan dilakukan dengan memberikan penyuluhan tentang perilaku kesehatan yang harus diterapkan dalam kehidupan sehari-hari untuk meningkatkan derajat kesehatan.

Bina suasana dilakukan dengan mengkondisikan lingkungan agar kegiatan penyuluhan kesehatan dapat terlaksana dengan lancar, dalam hal

ini termasuk melengkapi sarana prasana penunjang serta mengkondisikan pihak-pihak yang terkait (tokoh agama, tokoh masyarakat, aparat pemerintah setempat).

Advokasi dilakukan dengan melakukan pendekatan kepada pihak terkait (aparat pemerintah desa, tokoh agama, tokoh masyarakat) melalui tahapan: (1) memahami/ menyadari persoalan yang diajukan, (2) tertarik untuk ikut berperan dalam persoalan yang diajukan, (3) mempertimbangkan sejumlah pilihan kemungkinan dalam berperan, (4) menyepakati satu pilihan kemungkinan dalam berperan, dan (5) menyampaikan langkah tindak lanjut. Melakukan kemitraan dengan pihak terkait untuk mensukseskan program 3 M plus dengan prinsip dasar : kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan.

2.1.5 Evaluasi layanan kesehatan promotif

Evaluasi sebaiknya dilakukan di setiap tahapan manajerial mulai dari perencanaan, pelaksanaan, dan hasil. Evaluasi dilakukan pada setiap pertengahan dan akhir tahun untuk menilai proses dan hasil pelaksanaan promosi kesehatan di puskesmas.

Evaluasi dilakukan dengan menggunakan indikator keberhasilan yang terdiri dari indikator masukan, proses, keluaran, dan dampak. Semua indikator tersebut dapat dijadikan sebagai masukan untuk bahan perbaikan dan pemanfaatan kegiatan promosi kesehatan di puskesmas.

Indikator keberhasilan perlu dirumuskan untuk keperluan pemantauan dan evaluasi promosi kesehatan puskesmas. Oleh karena itu, indikator keberhasilan ini sesungguhnya cenderung menjadi perhatian dari Dinas

Kesehatan Kabupaten/ Kota sebagai pembina Puskesmas. Indikator keberhasilan ini mencakup indikator masukan (input), proses, output, dan outcome (dampak).

1. Indikator masukan

Masukan yang perlu diperhatikan yang berupa komitmen, sumber daya manusia, sarana/ peralatan dan dana. Oleh karena itu, indikator masukan ini dapat mencakup:

- a. Ada/ tidaknya komitmen kepala puskesmas yang tercermin dalam rencana umum pengembangan promosi kesehatan puskesmas
- b. Ada/ tidaknya komitmen seluruh jajaran yang tercermin dalam rencana operasional promosi kesehatan puskesmas
- c. Ada/ tidaknya tenaga kesehatan puskesmas sesuai dengan acuan dalam standar SDM promosi kesehatan puskesmas
- d. Ada/ tidaknya tenaga PKM dan tenaga-tenaga kesehatan lain di Puskesmas yang sudah dilatih.
- e. Ada/ tidaknya sarana dan peralatan promosi kesehatan Puskesmas sesuai dengan acuan dalam standar sarana/ peralatan promosi kesehatan Puskesmas
- f. Ada/ tidaknya dana di Puskesmas yang mencukupi untuk penyelenggaraan promosi kesehatan Puskesmas

2. Indikator Proses

Proses dipantau adalah proses pelaksanaan promosi kesehatan Puskesmas yang meliputi promosi kesehatan di dalam gedung dan promosi kesehatan di masyarakat. Indikator yang digunakan di sini meliputi:

- a. Sudah/ belum dilaksanakan kegiatan promosi kesehatan di dalam gedung (setiap tenaga kesehatan melakukan promosi atau diselenggarakan klinik khusus, pemasangan poster, dan lain-lain) dan atau frekuensinya.
- b. Kondisi media komunikasi yang digunakan (poster, leaflet, spanduk, dan lain-lain), yaitu masih bagus atau sudah rusak
- c. Sudah/ belum dilaksanakannya kegiatan promosi kesehatan di masyarakat (kunjungan rumah dan pengorganisasian masyarakat).

3. Indikator keluaran

Keluaran yang dipantau adalah keluaran dari kegiatan-kegiatan yang dilaksanakan, baik secara umum maupun khusus. Oleh karena itu, indikator yang digunakan di sini adalah berupa cakupan dari kegiatan, yaitu:

- a. Apakah semua tenaga kesehatan Puskesmas telah melaksanakan promosi kesehatan
- b. Berapa banyak pasien/ klien yang sudah terlayani oleh berbagai kegiatan promosi kesehatan dalam gedung (konseling, biblioterapi, dan lain-lain)
- c. Berapa banyak kelompok keluarga yang telah mendapat kunjungan rumah oleh Puskesmas
- d. Berapa banyak kelompok masyarakat yang sudah digarap Puskesmas dengan pengorganisasian masyarakat

- e. Puskesmas sebagai model institusi Kesehatan yang ber PHBS, yaitu dengan Puskesmas bebas rokok, Lingkungan bersih, Bebas jentik, jamban sehat.

2.1.6 Faktor Pendukung dalam Pelaksanaan layanan kesehatan promotif

Menurut Majjala *et al.* (2016), strategi promosi kesehatan harus diperkuat dalam pelaksanaannya dengan: 1) Metode dan Media yang tepat, serta tersedianya 2) Sumber Daya yang memadai, 3) Regulasi.

1. Metode dan Media

Metode yang dimaksud disini adalah metode komunikasi. Pada prinsipnya, baik pemberdayaan, bina suasana, maupun advokasi adalah proses dari tindakan promosi kesehatan. Pemilihan metode harus dilakukan dengan memperhatikan kemas informasi, keadaan penerima informasi (termasuk sosial budayanya), dan hal-hal lain seperti ruang dan waktu.

Media atau sarana informasi juga perlu dipilih mengikuti metode yang telah ditetapkan, memperhatikan sasaran atau penerima informasi. Bila penerima informasi tidak bisa membaca maka komunikasi tidak akan efektif jika digunakan media yang penuh tulisan, atau bila penerima informasi hanya memiliki waktu sangat singkat, tidak akan efektif jika dipasang poster yang berisi kalimat terlalu panjang.

2. Sumber Daya

Sumber daya utama yang diperlukan untuk penyelenggaraan promosi kesehatan Puskesmas adalah tenaga (Sumber Daya Manusia atau SDM), sarana/ peralatan termasuk media komunikasi, dan dana atau anggaran. Pengelolaan promosi kesehatan hendaknya dilakukan oleh koordinator yang

mempunyai kapasitas di bidang promosi kesehatan. Koordinator tersebut dipilih dari tenaga khusus promosi kesehatan (yaitu pejabat fungsional Penyuluh Kesehatan Masyarakat atau PKM). Jika tidak tersedia tenaga khusus promosi kesehatan tersebut dapat dipilih dari semua tenaga kesehatan Puskesmas yang melayani pasien/ klien (dokter, perawat, bidan, sanitarian, dan lain-lain).

Semua tenaga kesehatan yang ada di Puskesmas hendaknya memiliki pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan informasi atau konseling. Jika keterampilan ini ternyata belum dimiliki, maka harus diselenggarakan program pelatihan/ kursus. Kualifikasi tenaga kesehatan yang diberi kewenangan untuk melakukan promosi kesehatan yaitu pendidikan minimal D3 kesehatan serta minat dan bakat di bidang promosi kesehatan, dengan kompetensi umum: membantu tenaga kesehatan lain merancang pemberdayaan dan melakukan bina suasana dan advokasi.

Standar sarana/ peralatan promosi kesehatan Puskesmas minimal terdiri dari: flupchats dan stands, Over head Projector (OHP), Amplifier dan wireless microphone, kamera Foto, Megaphone, Portable generator, Tape, dan Papan informasi. Dana atau anggaran promosi kesehatan Puskesmas belum ada standar, namun demikian diharapkan Puskesmas atau Dinas Kesehatan kabupaten/ Kota dapat menyediakan dana/ anggaran yang cukup untuk melaksanakan kegiatan-kegiatan promosi kesehatan Puskesmas.

3. Regulasi/ kebijakan

Tindakan promosi kesehatan yang dilakukan oleh perawat di puskesmas harus di dukung oleh adanya kebijakan terkait kewenangan dan

diskripsi tugas serta batasan yang harus di taati. Kebijakan tersebut dapat berasal dari pemerintah melalui menteri kesehatan antara lain Permenkes RI No.75 tahun 2014 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat, Kepmenkes RI No.585 tahun 2007 tentang Pedoman pelaksanaan promosi kesehatan di Puskesmas, Kepala Pusat Promosi Kesehatan tahun 2011 tentang Promosi Kesehatan di Daerah Bermasalah Kesehatan, atau produk kebijakan pemerintah setempat yaitu pemerintah daerah dan kepala puskesmas.

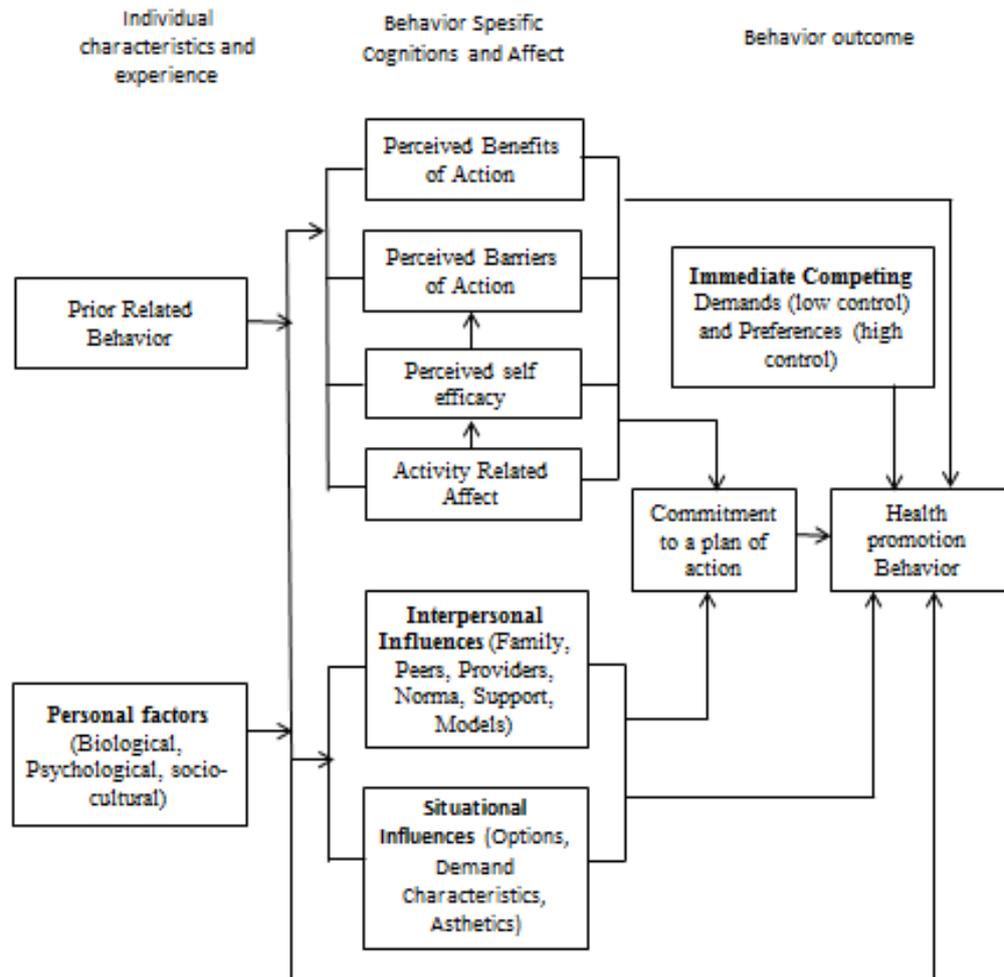
2.1.7 Pemantauan kegiatan promosi kesehatan

Pemantauan adalah kegiatan yang bertujuan untuk mengetahui sejauh mana pencapaian dan pelaksanaan promosi kesehatan di puskesmas. Pemantauan dapat dilakukan pada pelaksanaan program aksi baik di puskesmas maupun di lapangan dan juga pemberian serta membantu memecahkan masalah-masalah yang ada.

Mekanisme pemantauan dapat dilakukan dengan berbagai cara yaitu:

1. Pelaporan yang bersih dan realisasi dan pencapaian program promosi kesehatan di puskesmas, yang disampaikan oleh pengelola promosi kesehatan di puskesmas kepada kepala puskesmas setiap bulannya.
2. Kunjungan/ penilaian lapangan dilakukan ke beberapa lokasi/ daerah terpilih.

2.2 Konsep Teori *Health Promotion Model (HPM)*



Gambar 2.1 *Health Promotion Model (HPM)*. (From Pender, N.J. (1987). *Health Promotion in Nursing Practice* (2nd ed., p.58). New York: Appleton & langa.

Teori ini menjelaskan bahwa *Health Promotion Outcomes* atau capaian promosi kesehatan dibentuk dari integrasi variabel *individual characteristics and experiences*, variabel *Behavior Spesific Cognitions and Affect*, *commitment to a plan of action*, *immediate competing demand and preferences*, serta variabel *outcome* layanan kesehatan promotif. Variabel *Individual characteristics and experiences* terdiri dari subvariabel *prior related behavior* dan *personal factors*, variabel *Behavior spesific cognitions and affect* terdiri dari subvariabel *perceived*

benefits of action, perceived barriers to action, perceived self efficacy, activity related affect, interpersonal influences, dan situational influences, commitment to a plan of action, immediate competing demand and preferences, serta variabel *outcome* layanan kesehatan promotif.

Konsep utama dan definisi (Alligood, 2014):

1. *Prior related behavior*

Frekuensi dari perilaku yang sama diwaktu lampau. Berpengaruh langsung atau tidak langsung yang memungkinkan memiliki berhubungan terkait perilaku promosi kesehatan.

2. *Personal Factors*

Dikategorikan sebagai aspek biologi, psikologi dan sosiokultural. Faktor ini sebagai prediktif dari suatu perilaku yang ditampilkan dan dibentuk secara alami oleh tujuan perilaku yang dipertimbangkan

3. *Personal Biological Factors*

Yang termasuk dalam faktor ini antara lain usia, jenis kelamin, body mass index, status puberitas, status menopause, kapasitas latihan, kekuatan, kecerdasan dan keseimbangan

4. *Personal psychological factors*

Yang termasuk dalam faktor ini antara lain variabel harga diri, motivasi diri, kompetensi personal, status kesehatan diri, dan definisi kesehatan

5. *Personal sociocultural factors*

Termasuk faktor ras, etnik, akulturasi, pendidikan, dan status sosial ekonomi

Behavior spesific cognitions and affects dipertimbangkan sebagai motivasi utama secara signifikan, variabel ini dimodifikasi melalui tindakan keperawatan. Variabel ini terdiri dari:

1. *Perceived benefit of action*

Merupakan hasil antisipasi positif yang akan dihasilkan dari perilaku kesehatan

2. *Perceived barrier of action*

Merupakan hambatan terkait tindakan yang diantisipasi, digambarkan, atau kenyataan yang terputus dan nilai personal atau hasil dari perilaku yang dilakukan

3. *Perceived self efficacy*

Kemampuan personal dalam mengorganisir dan mengeksekusi perilaku promosi kesehatan dan berpengaruh terhadap *perceived barrier to action*, sehingga hasil *self efficacy* yang tinggi didapatkan karena rendahnya persepsi terkait hambatan karena upaya perilaku kesehatan yang dilakukan.

4. *Activity related affect*

Merupakan aktivitas yang menggambarkan perasaan positif atau negatif seseorang sebelumnya, saat ini, atau selama perilaku kesehatan dilakukan karena adanya stimulus pada perilaku. *Activity related affect* berpengaruh terhadap *perceived self efficacy*, hal ini berarti semakin positif perasaan seseorang, akan semakin besar *self efficacy* yang ditampilkan.

5. *Interpersonal influence*

Merupakan kesadaran terkait perilaku, kepercayaan, atau sikap terhadap yang lain. *Interpersonal influence* terdiri dari norma (pengharapan terhadap

yang lain), dukungan sosial (instrumen dan dorongan emosional), dan model (pembelajaran mandiri melalui observasi hubungan yang lain dalam suatu perilaku utama. Sumber utama dari interpersonal influence yaitu keluarga, teman sebaya dan petugas kesehatan.

6. *Situational influence*

Merupakan persepsi seseorang dan kesadaran terhadap beberapa situasi yang terjadi yang dapat memfasilitasi perilaku. Termasuk ketersediaan pilihan, karakteristik permintaan, dan tampilan estetika dari lingkungan yang memungkinkan untuk melakukan perilaku kesehatan promotif. *Situational influence* berpengaruh secara langsung atau tidak langsung terhadap perilaku kesehatan.

Variabel mediasi, yang terdiri dari:

1. *Commitment to a plan of action*

Menggambarkan konsep intensi dan identifikasi dari strategi perencanaan yang mengarah pada implementasi perilaku kesehatan

2. *Immediate competing demands and preference*

Competing demands adalah perilaku alternatif lebih pada individu yang memiliki kontrol rendah, karena adanya kemungkinan lingkungan seperti pekerjaan atau tanggung jawab perawatan keluarga. *Competing preferences* adalah perilaku alternatif terlebih pada individu yang memiliki kontrol tinggi, seperti adanya berbagai alternatif pilihan yang diinginkan.

3. *Health promoting behavior*

Merupakan titik akhir atau hasil tindakan yang secara langsung terkait capaian hasil kesehatan positif seperti kesehatan yang optimal, pemenuhan

kebutuhan personal, dan kehidupan yang produktif. Contoh dari perilaku promosi kesehatan antara lain makan makanan yang sehat, olah raga secara rutin, mampu mengontrol stres, mendapatkan kecukupan istirahat dan perkembangan spiritual, dan membangun hubungan positif.

2.3 Faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan promosi kesehatan berdasarkan teori *Health Promotion Model* (HPM):

1. Personal factors

Merupakan faktor internal perawat yang terdiri dari faktor biologis, psikologis, dan sosiokultural.

- a. Faktor Biologis; merupakan faktor fisik yang terdapat pada perawat yang terdiri dari variabel:
 - 1) Usia;
 - 2) Jenis kelamin;
- b. Faktor psikologis; merupakan faktor karakteristik diri perawat yang menunjang dalam pelaksanaan upaya promosi kesehatan di komunitas yang antara lain:
 - 1) Mampu berperan sebagai role model sehat yang mampu menerapkan pola hidup sehat (olah raga teratur, tidak merokok dan mempertahankan berat badan ideal (Kemppainen *et al.*, 2012).
 - 2) Memiliki keyakinan pribadi dan fleksibilitas dalam upaya promosi kesehatan (Rush *et al.*, 2010).

c. Faktor sosiokultural; yang terdiri dari:

- 1) Pendidikan
- 2) Pengalaman kerja

2. *Interpersonal Influences*; yang terdiri dari:

- a. Hubungan sesama perawat (satu profesi); merupakan dukungan perawat lain terkait tindakan promosi kesehatan yang dilakukan oleh perawat.
- b. Hubungan dengan profesi lain (dokter, ahli gizi, kesehatan lingkungan); merupakan dukungan profesi lain terkait tindakan promosi kesehatan yang dilakukan oleh perawat.
- c. Hubungan dengan kepala instansi (Puskesmas); merupakan dukungan dari kepala puskesmas terkait tindakan promosi kesehatan yang dilakukan oleh perawat.
- d. Hubungan dengan masyarakat (individu, keluarga, masyarakat); merupakan dukungan dari masyarakat terkait tindakan promosi kesehatan yang dilakukan perawat.

3. *Situational influences*; merupakan faktor penunjang terlaksananya tindakan promosi kesehatan yang dilakukan oleh perawat. Faktor ini terdiri dari:

- a. Adanya regulasi; regulasi ini dapat berupa aturan khusus yang dibentuk oleh kepala puskesmas untuk dapat dilaksanakan oleh semua jajaran petugas kesehatan yang ada di masyarakat. Maijala et al. (2016) membuktikan bahwa terdapat kurangnya dukungan regulasi atau peraturan yang dibuat oleh pemerintah atau pemegang kebijakan layanan promosi kesehatan di tingkat puskesmas (layanan kesehatan primer).

b. Adanya sarana (fasilitas penunjang); sarana ini dapat berupa media atau alat bantu yang menunjang pelaksanaan promosi kesehatan seperti mikrophone, laptop, LED, leaflet atau poster. Beaudet *et al.* (2011) membuktikan bahwa kurang optimalnya pelaksanaan perawat komunitas dalam layanan promosi kesehatan disebabkan karena kurangnya sumber daya pendukung termasuk kekurangan waktu, kurangnya peralatan (misalnya komputer, dan lain-lain) dan materi pendidikan kesehatan.

4. *Behavior spesific cognition and effect*; merupakan faktor penyusun perilaku yang didasarkan atas:

a. Kognitif (pengetahuan);

Goodman *et al.* (2011) melaporkan bahwa kurang optimalnya pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan primer disebabkan karena kurangnya keterampilan yang dimiliki perawat dalam mengimplementasikan promosi kesehatan di komunitas. Sedangkan Beaudet *et al.*, 2011; Whitehead (2011) mengungkapkan bahwa perawat komunitas masih belum mengetahui dengan jelas jenis kegiatan apa saja yang dilakukan sebagai upaya dari layanan promosi kesehatan di komunitas. (kinerja perawat komunitas, SPM komunitas).

Pengetahuan tentang promosi kesehatan merupakan jenis pengetahuan yang berbasis pada pengetahuan multidisiplin yang luas (Whitehead, 2009).

Jenis Pengetahuan ini termasuk:

- 1) Mengetahui derajat kesehatan pada masing-masing kelompok umur yang berbeda
- 2) Mengetahui epidemiologi, proses penyakit serta teori promosi kesehatan.

- 3) Mengetahui cara menerapkan intervensi promosi kesehatan tersebut dalam praktik keperawatan (Witt & Almeida, 2008).
- 4) Mengetahui karakteristik kondisi ekonomi, sosial dan budaya, kebijakan sosial dan kesehatan dan pengaruhnya terhadap gaya hidup dan perilaku kesehatan pasien (Kemppainen *et al.*, 2012).

b. Afektif (sikap).

Promosi kesehatan (Wilhelmsson dan Lindberg, 2009) dan Majjala et al (2016) membuktikan bahwa kurang optimal capaian pelaksanaan promosi kesehatan di sebabkan karena kurangnya sikap positif yang ditampilkan oleh perawat komunitas yang memberikan layanan promosi kesehatan.

Komponen Sikap:

Menurut Allport (1954) dalam Notoatmodjo (2012) menjelaskan bahwa sikap itu mempunyai 3 komponen pokok yaitu:

- 1) Kepercayaan (keyakinan), ide dan konsep terhadap suatu objek
- 2) Kehidupan emosional (afektif) atau evaluasi terhadap suatu objek
- 3) Kecenderungan untuk bertindak (*trend to behave*)

Jenis sikap yang tampak sebagai penunjang tindakan promosi kesehatan antara lain:

- 1) Sikap proaktif dan advokasi.
- 2) Sikap afirmatif dan egaliter terhadap pasien dan keluarga
- 3) Adanya keinginan untuk melakukan promosi kesehatan dan kesejahteraan pasien (Wilhelmsson dan Lindberg, 2009).
- 4) Sikap positif terhadap upaya promosi kesehatan pasien dalam berbagai situasi

5. *Commitment to a plan of action*; Komitmen merupakan suatu kesepakatan antara individu- individu di dalamnya yang bersifat mengikat dan mengarah pada keseluruhan tujuan organisasi (Sidharta & Margaretha, 2011). Meyer et al. (2002) menyatakan bahwa karyawan yang memiliki komitmen akan bekerja penuh dedikasi, yang membuat karyawan memiliki keinginan untuk memberikan tenaga dan tanggung jawab yang lebih untuk menyokong kesejahteraan dan keberhasilan organisasi tempatnya bekerja.

Terdapat tiga komponen komitmen:

a. Komitmen afektif (*affective commitment*)

Komitmen afektif berkaitan dengan emosional, identifikasi, dan keterlibatan karyawan di dalam suatu organisasi. Karyawan dengan afektif tinggi masih bergabung dengan organisasi karena keinginan untuk tetap menjadi anggota organisasi (Meyer *et al.*, 2002).

Emosional dalam komitmen afektif menyatakan bahwa organisasi akan membuat karyawan memiliki keyakinan yang kuat untuk mengikuti segala nilai-nilai organisasi, dan berusaha untuk mewujudkan tujuan organisasi sebagai prioritas utama.

Identifikasi dalam komitmen afektif muncul karena kebutuhan, dan memandang bahwa komitmen terjadi karena adanya ketergantungan terhadap aktivitas-aktivitas yang telah dilakukan dalam organisasi pada masa lalu dan hal ini tidak dapat ditinggalkan karena akan merugikan.

b. Komitmen normatif

Komitmen normatif merupakan perasaan karyawan tentang kewajiban yang harus diberikan kepada organisasional. Komponen normatif berkembang sebagai hasil dari pengalaman sosialisasi, tergantung dari sejauh apa perasaan kewajiban yang dimiliki karyawan.

Kesetiaan yang harus diberikan karena pengaruh orang lain dalam konsep komitmen terjadi apabila karyawan terus bekerja untuk organisasi disebabkan oleh tekanan dari pihak lain untuk terus bekerja dalam organisasi tersebut. Karyawan yang mempunyai tahap komitmen normatif yang tinggi sangat mementingkan pandangan orang lain terhadap dirinya sendiri jika karyawan meninggalkan organisasi.

Kewajiban yang harus diberikan kepada organisasi dalam konsep komitmen ini mengacu kepada refleksi perasaan akan kewajibannya untuk menjadi karyawan perusahaan. Karyawan dengan komitmen normatif tinggi merasa bahwa karyawan tersebut memang seharusnya tetap bekerja pada organisasi tempat bekerja sekarang.

c. Komitmen berkelanjutan

Komponen komitmen berkelanjutan berdasarkan persepsi karyawan tentang kerugian yang akan dihadapinya jika meninggalkan organisasi. Hal ini disebabkan karena karyawan tersebut membutuhkan organisasi. Kerugian bila meninggalkan organisasi dalam konsep komitmen berkelanjutan merujuk pada kekuatan kecenderungan seseorang untuk tetap bekerja di suatu organisasi karena tidak ada alternatif lain. Komitmen berkelanjutan yang tinggi meliputi waktu dan usaha yang dilakukan dalam

mendapatkan keterampilan yang tidak dapat ditransfer atau hak-hak istimewa sebagai senior.

Karyawan membutuhkan organisasi dalam konsep komitmen digambarkan dengan karyawan yang tetap bekerja dalam organisasi karena karyawan mengakumulasi manfaat yang lebih yang akan mencegah karyawan mencari pekerjaan lain.

6. Tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif

Tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif mengacu pada upaya meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dan pencegahan penyakit tertentu dengan mengotimalkan peran serta masyarakat serta lingkungan. Menkes RI (2014) menjelaskan bahwa tugas petugas kesehatan dalam upaya pencegahan, pengendalian, dan pemberantasan penyakit menular (termasuk demam berdarah) dilakukan melalui: promosi kesehatan dan pengendalian faktor resiko (preventif).

Pelaksanaan promosi kesehatan di puskesmas pada dasarnya adalah menerapkan strategi promosi kesehatan, yaitu pemberdayaan, bina suasana, advokasi, dan kemitraan (Menkes RI, 2011). Kegiatan pemberdayaan dilakukan dengan memberikan penyuluhan tentang perilaku kesehatan yang harus diterapkan dalam kehidupan sehari-hari untuk meningkatkan derajat kesehatan.

Bina suasana dilakukan dengan mengkondisikan lingkungan agar kegiatan penyuluhan kesehatan dapat terlaksana dengan lancar, dalam hal ini termasuk melengkapi sarana prasarana penunjang serta mengkondisikan

pihak-pihak yang terkait (tokoh agama, tokoh masyarakat, aparat pemerintah setempat).

Advokasi dilakukan dengan melakukan pendekatan kepada pihak terkait (aparat pemerintah desa, tokoh agama, tokoh masyarakat) melalui tahapan: (1) memahami/ menyadari persoalan yang diajukan, (2) tertarik untuk ikut berperan dalam persoalan yang diajukan, (3) mempertimbangkan sejumlah pilihan kemungkinan dalam berperan, (4) menyepakati satu pilihan kemungkinan dalam berperan, dan (5) menyampaikan langkah tindak lanjut. Melakukan kemitraan dengan pihak terkait untuk mensukseskan program 3 M plus dengan prinsip dasar : kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan.

Upaya kesehatan preventif atau pengendalian faktor resiko terjadinya demam berdarah ditujukan untuk memutus rantai penularan vektornya (nyamuk *aedes aegypti*) melalui: 1) metode pengendalian lingkungan antara lain dengan pemberantasan sarang nyamuk (PSN), pengelolaan sampah padat, mengganti/ menguras bak mandi, vas bunga, dan lain lain seminggu sekali, menutup dengan rapat tempat penampungan air, mengubur kaleng bekas dan lain lain di sekitar rumah. 2) Metode biologis: pengendalian biologis dilakukan dengan cara menggunakan ikan pemakan jentik. 3) Metode kimia: dengan cara pengasapan/ fogging, memberikan bubuk abate pada tempat-tempat penampungan air (gentong, vas bunga, kolam dan lain-lain).

2.4 Keaslian penelitian

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
1	<p><i>How do nurse practitioners work in primary health care settings? A scoping Review</i> (Grant <i>et al.</i>, 2017).</p> <p>Database pencarian: EBSCO Kata kunci: Nurse practitioners, primary health care</p>	<p>D: scoping review S : 74 artikel V : Variabel Independen : pusat layanan primer, pusat komunitas, rumah, sekolah, klinik, departemen rawat jalan Variabel Dependen : perawat I : Pedoman Arksey dan O'Malley (2005) dan Levac, Colquhoun dan O'Brien (2010) untuk melakukan <i>scoping review</i> A : Systematic review</p>	Mayoritas praktisi perawat yang bekerja di lingkungan masyarakat melakukannya dengan model perawatan kesehatan primer yang selektif dengan beberapa contoh praktisi perawat yang berkontribusi pada model perawatan kesehatan primer yang komprehensif.
2	<p>Nurse practitioners as primary care providers with their own patient panels and organizational structures : A cross-sectional study (Poghosyan, Liu and Norful, 2017)</p> <p>Database pencarian: EBSCO Kata kunci: Nurse practitioners, primary health care, providers</p>	<p>D: Cross sectional S : 807 praktisi perawat V : Variabel Independen : Perawatan dan lingkungan kerja Variabel Dependen : Praktisi perawat I : Nurse Practitioner Primary Care Organizational Climate Questionnaire (NP-PCOCQ) A : fitting multilevel Cox regression models</p>	Perawat dapat membantu memenuhi meningkatnya permintaan akan perawatan primer dengan mengambil tanggung jawab sebagai penyedia perawatan primer, dan mengorganisasi pasien mereka sendiri. Mendukung praktik independen Perawat dalam organisasi mempromosikan peran Perawat sebagai penyedia perawatan primer.
3	<p>Preparing nursing students for enhanced roles in primary care : The current state of prelicensure and RN-to-BSN education (Wojnar and Whelan, 2017)</p> <p>Database pencarian: Science Direct Kata kunci: RN, BSN, education,</p>	<p>D: Cross sectional S : 1409 sekolah V : Variabel Independen : Kekuatan positif (visi kepemimpinan, kesukaan murid, kesesuaian antara teori dan praktek) Variabel Dependen : Program keperawatan I : Survey online A : Summative content analysis</p>	Pimpinan perawat dan fakultas di bidang akademis harus berkolaborasi dengan mitra klinis untuk merancang dan memperluas pengalaman belajar doktor dan klinis yang menekankan kandungan perawatan primer pada pendidikan prelisensi dan RN-to-BSN.

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	role, primary health care		
4	<p>Health promotion practices delivered by primary health care nurses : Elements for success in Finland (Maijala, Tossavainen and Turunen, 2016)</p> <p>Database Pencarian: EBSCO Kata kunci: Health promotion, primary health care, Finland</p>	<p>D: A mixed method two-stage S : 42 perawat terregistrasi V : Variabel Independen : elemen yang dibutuhkan untuk promosi kesehatan Variabel Dependen: Perawat teregistrasi I : - A : Kualitatif: metode map, kuantitatif: descriptive</p>	<p>Budaya organisasi promosikan kesehatan dengan kepemimpinan promosi kesehatan yang strategis dan terhormat sangat penting dalam penerapan praktik promosi kesehatan yang disampaikan oleh RN dalam perawatan kesehatan primer.</p>
5	<p>The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway (Tingvoll, Sæterstrand and Mcclusky, 2016)</p> <p>Database pencarian: Science Direct Kata kunci: Challenges, primary health care, nurse, Norway</p>	<p>D: qualitative design S : 10 perawat V : Variabel Independen : Tantangan <i>Nurse Leader</i> Variabel Dependen: kualitas pelayanan keperawatan I : - A : Kualitatif: fenomenologi</p>	<p>Temuan wawancara ditafsirkan dari tiga sub tema 1) pentingnya dukungan bagi pemimpin perawat, 2) kekhawatiran tentang kualitas layanan secara keseluruhan, dan 3) peningkatan tugas yang tidak terkait dengan kepemimpinan keperawatan.</p>
6	<p>Nurse practioners as a solution to transormative and sustainable health services in primary health care: A qualitative exploratory study (Carrier and Adams, 2017)</p> <p>Database pencarian: EBSCO Kata kunci: Sustainable, health</p>	<p>D: qualitative design S : - V : Variabel Independen : Praktek perawat pelaksana Variabel Dependen: pemberian layanan kesehatan dan disparitas kesehatan I : - A : Kualitatif: etnografi</p>	<p>Temuan wawancara ditafsirkan dari tiga sub tema 1) pentingnya dukungan bagi pemimpin perawat, 2) kekhawatiran tentang kualitas layanan secara keseluruhan, dan 3) peningkatan tugas yang tidak terkait dengan kepemimpinan keperawatan.</p>

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	services, primary health care		
7	Promotion of oral health by community nurses (Garry <i>et al.</i> , 2017) Database Pencarian: Google Scholar Kata kunci: Promotion, oral health, nurses	D: qualitative design S : - V : Variabel Independen : Hambatan yang dirasakan oleh perawat Variabel Dependen: promosi kesehatan mulut I : - A : Kualitatif: thematically	Perawat membutuhkan pendidikan yang relevan, dukungan organisasi, sumber daya yang memadai dan dukungan dari tim multidisiplin untuk memberikan promosi kesehatan mulut yang optimal.
8	Health knowledge effects an integrated community health promotion platform (chang, 2016) Database pencarian: EBSCO Kata kunci: Health knowledge, integrated, community health promotion	D : eksperimen S : 27 sampel, 27 kontrol V : Variabel Independen : Program Pendidikan Kesehatan I : Elderly Health Promotion Plan, Interactive Response System (IRS) A :	Promosi kesehatan masyarakat lebih efektif dalam meningkatkan kesadaran kesehatan terbukti pada kelompok eksperimen mengungguli kelompok kontrol, dengan skor posttest lebih tinggi dan lebih lama retensi pengetahuan.
9	Health promotion and preventive care intervention for older community-dwelling people: long-term effects of a randomised controlled trial (rct) within the lucas cohort (Neumann, 2017) Database Pencarian: EBSCO Kata kunci: Health promotion, preventive, care, elder community	D : randomised controlled trial (RCT) S : 878 participants in the intervention and 1,702 participants in the control group V : Variabel Independen : Promosi kesehatan dan intervensi perawatan preventif Variabel Dependen : komunitas lansia I : the Health Risk Appraisal for Older People (HRA-O) A : log rank tests and Kaplan-Meier estimators	waktu kelangsungan hidup dalam beberapa analisis, dilakukan penyesuaian untuk: jenis kelamin, usia dan kesehatan yang dirasakan sendiri. hasil sekunder: kompetensi Fungsional berdasarkan jawaban kuesioner self-administered pada 1 tahun follow-up dan 12 tahun setelah 1 tahun follow-up
10	Illness prevention in the nhs five year forward view (Fuller, 2015)	D : Literature review S : - V : Illness prevention I : -	Bagaimana perawat pemimpin, manajer dan komisariss dapat memastikan implementasi melalui

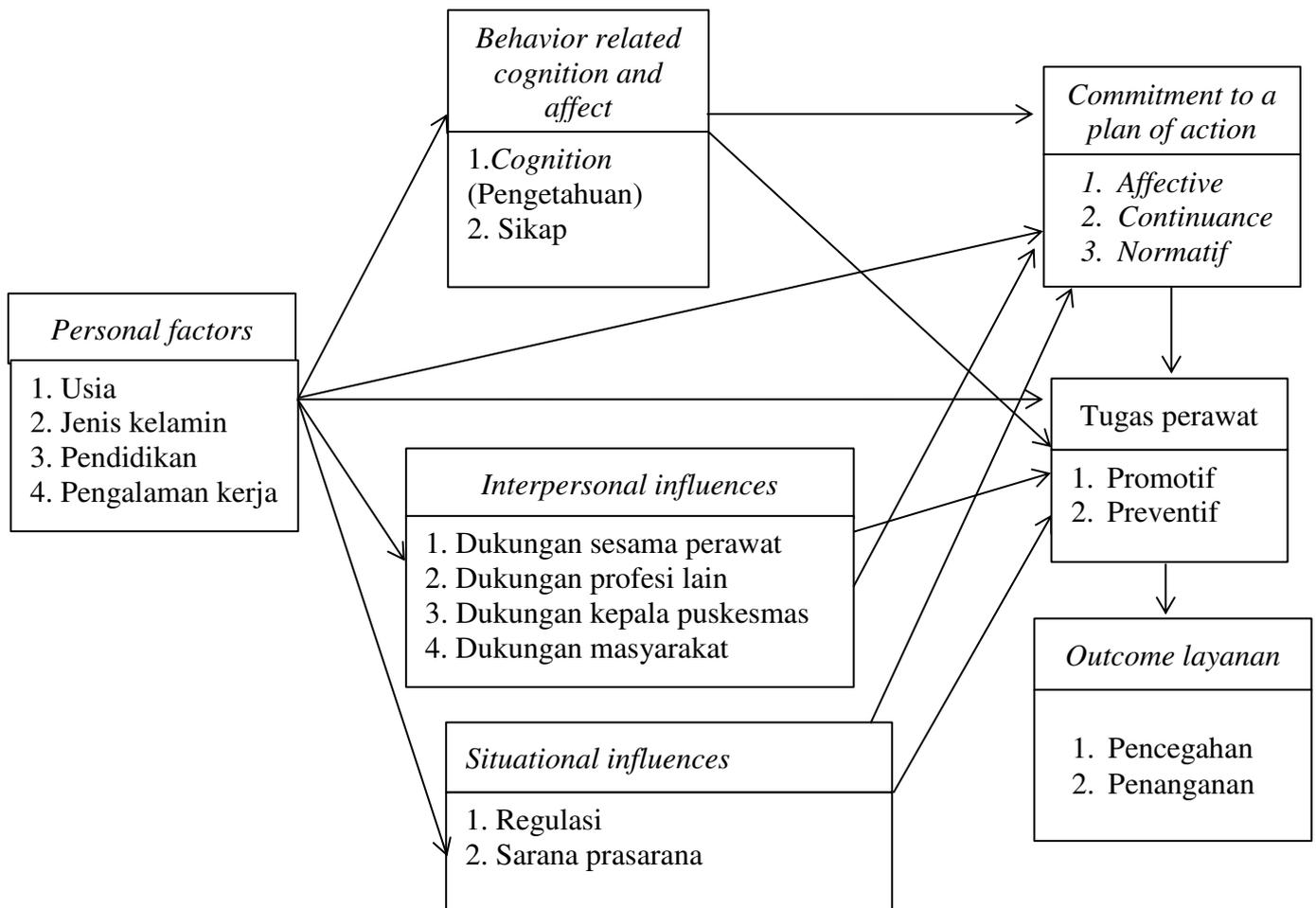
No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
	database pencarian: EBSCO kata kunci: illness, prevention	A : -	pengaturan tujuan untuk staf, pelatihan dan pengembangan, serta staf pendukung untuk mengadopsi gaya hidup sehat.
11	Improving health promotion and disease prevention in np-delivered primary care(Thomas, 2014) Database pencarian: Science Direct Kata kunci: Improving, health promotion, disease prevention	D : Literature review S : 170 sampel V : Variabel independen : Health promotion dan disease prevention, Variabel dependen : Delivered Primary Care I : - A : -	menggambarkan pentingnya teori perilaku untuk perawatan primer NP-disampaikan, untuk membahas strategi untuk pelaksanaan teori perilaku dan teknik dalam praktek, dan untuk menyajikan contoh studi kasus pendekatan untuk implementasi.
12	Physical activity promotion by health practitioners: a distance-learning training component to improve knowledge and counseling (florindo, 2017) database pencarian: EBSCO kata kunci: physical activity, nurse practitioner	D : eksperimen S : 170 sampel V : Variabel Independen : Promosi aktivitas fisik Variabel Dependen : Pengetahuan dan konseling I : - A : Discourse analysis	Dari 170 yang terdaftar dalam kursus, 28 meninggalkan posisi mereka selama kursus. Dari mereka yang menyelesaikan kursus (n = 142), 106 menyelesaikan evaluasi saja nal setelah satu tahun. Dari 106 profesional, 22,6% (n = 24) diakses fi kelima modul (atau menonton beberapa kelas, atau berpartisipasi dalam forum diskusi).
13	The future of community nursing: hospital in the home (lee, 2017) Database pencarian: Google scholar Kata kunci: Future, community nurses, hospital, home	D: Case study S : 1 sampel V : Variabel Independen : Home team nursing Variabel Dependen : Asses, treat, dan manage diagnosa baru I : - A : Kualitatif: thematically	menyoroti kemampuan untuk menilai, merawat dan mengelola pasien akut tidak sehat dengan gagal jantung yang baru didiagnosis di masyarakat tanpa perlu rawat inap. Jenis model perawatan yang terintegrasi dengan tim multidisiplin adalah alternatif yang layak untuk model

No	Judul Artikel; Penulis; Tahun	Metode (Desain, Sampel, Variabel, Instrumen, Analisis)	Hasil Penelitian
			tradisional perawatan di kedua pengaturan akut dan masyarakat.
14	<p>Healthy people 2020 objectives for violence prevention and the role of nursing (Simon, 2014)</p> <p>Database pencarian: Science Direct</p> <p>Kata kunci: Violence, prevention, role, nursing</p>	<p>D: Literature review S : 1 sampel V : Variabel Independen: Violane prevention dan role of nursing Variabel Dependen : Healthy people I : - A : Kualitatif: thematically</p>	<p>tujuan pencegahan kekerasan pada Orang Sehat 2020 dan sumber daya untuk pencegahan yang tersedia untuk mendukung perawat dan orang lain saat mereka melakukan upaya pencegahan di masyarakat untuk menghentikan kekerasan sebelum dimulai.</p>

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 KERANGKA KONSEPTUAL



Keterangan:

: diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konseptual Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Prevent

Keterangan:

Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif menggambarkan bahwa tugas perawat komunitas (promotif dan preventif) dipengaruhi secara langsung oleh variabel *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja), bisa juga dipengaruhi secara tidak langsung oleh variabel *interpersonal influences* (dukungan sesama perawat, dukungan profesi lain, dukungan kepala puskesmas, dukungan masyarakat), *situational influences* (adanya regulasi, ketersediaan fasilitas), *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap), dan *commitment to a plan of action* (affective, contiuance, normatif), tugas perawat komunitas ini berdampak terhadap perilaku promotif dan preventif masyarakat dalam pencegahan demam berdarah.

3.2 HIPOTESIS

- 1 Ada pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap).
- 2 Ada pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *interpersonal influences* (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, masyarakat).
- 3 Ada pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *situational influences* (regulasi, sarana prasarana).
- 4 Ada pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).
- 5 Ada pengaruh *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap) terhadap *commitment to a plan of action* (*affective, normative, continuance*).

- 6 Ada pengaruh *interpersonal influences* (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, masyarakat) terhadap *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)*.
- 7 Ada pengaruh *situational influences* (regulasi, sarana prasarana) terhadap *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)*.
- 8 Ada pengaruh *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).
- 9 Ada pengaruh *interpersonal influences* (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, masyarakat) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).
- 10 Ada pengaruh *situational influences* (regulasi, sarana prasarana) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).
- 11 Ada pengaruh *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)* terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).
- 12 Ada pengaruh tugas perawat komunitas (promotif dan preventif) terhadap outcome layanan kesehatan promotif dan preventif masyarakat dalam demam berdarah.
- 13 Ada pengaruh model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Penelitian Tahap 1

4.1.1. Desain penelitian

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian survei eksplanasi deskriptif. Ekplanasi adalah sebuah cara untuk menggali sesuatu yang baru dan melaporkan hubungan antara perbedaan aspek-aspek yang diteliti dari fenomena. Hal ini kemudian dilanjutkan dengan penelitian deskripsi untuk mengembangkan pengetahuan tentang sebuah topik dan akhirnya kita harus menjelaskan (explain) temuan penelitian. Tahap pertama penelitian ini akan menggali *gap* antara temuan/ fakta dengan teori yang berkenaan dengan elemen-elemen yang bisa mewujudkan motivasi dan bagaimana kinerja perawat saat ini. Pada tahap ini akan digali variabel: 1) *Personal factors*, 2) *Interpersonal influences*, 3) *Situational influence*, 4) *Behavior Spesific Cognition and Effect*, 5) *Commitment to a plan of action*, 6) Tugas perawat komunitas (promotif dan preventif), 7) *Outcome* layanan kesehatan promotif dan preventif

4.1.2. Populasi, sampel, sampling

4.1.2.1 Populasi

Populasi pada tahap ekplanasi/ eksplorasi ini perawat dari 11 Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi antara lain: Puskesmas Wongsorejo, puskesmas Bajulmati, puskesmas Klatak, puskesmas Licin, puskesmas Paspan, puskesmas Songgon, puskesmas Tapanrejo, puskesmas Purwoharjo, puskesmas Gerajagan, puskesmas Pesanggaran, puskesmas kalibaru kulon.

4.1.2.2 Sampel

Sampel pada penelitian ini yaitu sebagian populasi yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi.

Kriteria inklusi responden:

- a. Perawat dengan minimal kerja 1 tahun
- b. Perawat tersebut sehat secara fisik dan mental

Kriteria eksklusi responden:

- a. Perawat yang sedang cuti
- b. Perawat yang sedang mengikuti tugas belajar di luar kota saat pengumpulan data

Sampling

Partisipan pada tahap pertama dipilih dengan teknik probability jenis cluster sampling yaitu mengelompokkan sampel berdasar wilayah atau lokasi populasi (Nursalam 2013).

Besar sampel

Besar sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus (Nursalam, 2013) :

$$n = \frac{N \cdot z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{275 \cdot 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,05^2 \cdot (275-1) + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = 161 \text{ perawat}$$

4.1.3. Variabel dan definisi operasional

Variabel dalam Penelitian ini adalah variabel independen yaitu *interpersonal influences, situational influences, behavior spesific cognition and effect, commitment to a plan of action*, tugas perawat komunitas dalam layanan promotif dan preventif

Tabel 4.1 Variabel Tahap 1 Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Promotif dan Preventif

Variabel	Keterangan	Indikator
X1	<i>Personal factors</i>	X1.1= Usia
		X1.2= Jenis kelamin
		X1.3= Pendidikan
		X1.4= Pengalaman kerja
X2	<i>Behavior spesific cognition and effect</i>	X2.1 = Pengetahuan
		X2.2 = Sikap
X3	<i>Interpersonal influences</i>	X3.1 = Sesama perawat
		X3.2 = Profesi lain
		X3.3 = Kepala Puskesmas
		X3.4 = Masyarakat
X4	<i>Situational influences</i>	X4.1 = Fasilitas Penunjang
		X4.2 = Regulasi
X5	<i>Commitment to a plan of action</i>	X5.1 = <i>Affective</i>
		X5.2 = <i>Normative</i>
		X5.3 = <i>Contiunance</i>
Y1	Tugas perawat komunitas	Y1.1 = Promotif
		Y1.2 = Preventif
Y2	Luran layanan	Y2.1 = Pencegahan
		Y2.2 = Penanganan

Definisi operasional bertujuan untuk menciptakan variabel yang jelas dan terukur (Dharma, 2011). Definisi operasional bertujuan untuk mempermudah pembaca untuk mengartikan variabel dalam penelitian.

Tabel 4.2 Definisi Operasional Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Promotif dan Preventif

Variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
A. Personal faktor (X1)					
Usia (X1.1)	Jumlah bilangan tahun yang dimiliki perawat sejak lahir sampai penelitian dilakukan	Pertanyaan tertutup	Kuesioner	Ordinal	1. 21-30 tahun 2. 31-40 tahun 3. 41-50 tahun 4. >50 tahun
Jenis kelamin (X1.2)	Jenis kelamin perawat	Pertanyaan tertutup	Kuesioner	Nominal	1. Laki-laki 2. perempuan
Pendidikan (X1.3)	Pendidikan formal di bidang keperawatan yang pernah diikuti sesuai ijazah terakhir yang dimiliki perawat saat dilakukan penelitian	Pertanyaan tertutup	Kuesioner	Ordinal	1. Sekolah Perawat Kesehatan 2. DIII/DIV Keperawatan 3. S1 keperawatan
Pengalaman kerja (X1.4)	Mulai saat pertamakali perawat bekerja di instansi tersebut	Pertanyaan tertutup	Kuesioner	Ordinal	1. 1-10 tahun 2. 11-20 tahun 3. 21-30 tahun
B. Behavior spesific cognation and effect (X2)					
Pengetahuan (X2.1)	Pengetahuan yang dimiliki perawat terkait layanan promotif dan preventif	1. Derajat kesehatan 2. Epidemiologi, proses penyakit, dan teori promotif dan preventif 3. Cara menerapkan intervensi promotif dan preventif 4. Karakteristik ekonomi, sosial dan budaya, kebijakan terhadap gaya hidup dan perilaku kesehatan	Kuesioner	Ordinal	Baik: >75% Cukup: 56-75% Kurang: ≤55%
Sikap (X2.2)	Sikap yang dimiliki perawat terkait	1. Sikap proaktif dan advokasi	Kuesioner	Nominal	Positif Negatif

Variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
	pelaksanaan layanan promotif dan preventif	2. Sikap afirmatif dan egaliter 3. Keinginan untuk melakukan layanan promotif dan preventif 4. Sikap positif			
C. Interpersonal Influence (X3)	Dukungan teman sejawat dan profesi lain terkait layanan promotif dan preventif	1. Dukungan teman sejawat (perawat) 2. Dukungan profesi lain (dokter, dll) 3. Dukungan kepala puskesmas 4. Dukungan masyarakat	Kuesioner	Ordinal	Baik: > 75 % Cukup: 56-75% Kurang: ≤ 55%
D. Situational influence (X4)	Instrumen atau sarana pendukung layanan promotif dan preventif	1. Regulasi 2. Fasilitas	Kuesioner	Ordinal	Baik: >75% Cukup: 56-75% Kurang: ≤55%
Komitmen (X5)	Komitmen perawat komunitas dalam melaksanakan layanan kesehatan promotif dan preventif	1. <i>Affective</i> 2. <i>Normative</i> 3. <i>Contiunance</i>	Kuesioner	Nominal	Positif Negatif
Tugas perawat komunitas (Y1)					
Promotif (Y1.1)	Pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam memberikan layanan promotif	1. Pemberdayaan 2. Bina suasana 3. Advokasi 4. Kemitraan	Lembar observasi	Ordinal	Baik: >75% Cukup: 56-75% Kurang: ≤55%
Preventif (Y1.2)	Pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam memberikan layanan preventif	1. Pencegahan primer 2. Pencegahan sekunder 3. Pencegahan tersier	Lembar observasi	Ordinal	Baik: >75% Cukup: 56-75% Kurang: ≤55%
Luaran layanan (Y2)	Capaian layanan promotif dan preventif yang dilihat dari perilaku masyarakat dalam melakukan pencegahan dan penanganan demam berdarah	1. pencegahan 2. promotif	Lembar observasi	Ordinal	Baik: >75% Cukup: 56-75% Kurang: ≤55%

4.1.4. Instrumen penelitian

1. Kuesioner

- a. Interpersonal influences, menggunakan Likert antara lain: Selalu (4), Sering (3), Kadang-kadang (2), Tidak pernah (1), kuesioner ini terdiri dari indikator dan pertanyaan:

No	Indikator	Pertanyaan
1	Dukungan sesama perawat	1,2,3,4
2	Dukungan profesi lain	5,6,7,8
3	Dukungan kepala puskesmas	9,10,11,12
4	Dukungan masyarakat	13,14,15,16

- b. Situational influences, menggunakan Likert antara lain: Selalu (4), Sering (3), Kadang-kadang (2), Tidak pernah (1), kuesioner ini terdiri dari indikator dan pertanyaan:

No	Indikator	Pertanyaan
1	Regulasi	1,2,3
2	Fasilitas penunjang	4,5,6

- c. *Behavior spesific cognition and effect.*

Terdiri dari sub variabel:

1) Pengetahuan

Pengetahuan menggunakan skala dikotomi antara lain: ya (2), tidak (1), kuesioner ini terdiri dari indikator dan pertanyaan:

No	Indikator	Pertanyaan
1	Derajat kesehatan	1,2
2	Epidemiologi, proses penyakit, teori promkes	3,4
3	Intervensi promkes	5,6
4	Dampak faktor lain terhadap perilaku kesehatan	7,8

2) Sikap

Pengukuran sikap menggunakan skala Likert antara lain: sangat tidak setuju (1), Tidak setuju (2), kurang setuju (3), Setuju (4), Sangat setuju (5). Kuesioner ini terdiri dari indikator dan pertanyaan:

No	Indikator	Pertanyaan
1	Sikap proaktif dan advokasi	1,2,3
2	Sikap afirmatif dan egaliter	4,5
3	Keinginan untuk melakukan promkes	6,7
4	Sikap positif	8,9,10

d. Variabel commitment to a plan of action

Pengukuran komitmen menggunakan skala likert yang terdiri dari: sangat tidak setuju (1), tidak setuju (2), kurang setuju (3), setuju (4), sangat setuju (5). Kuesioner ini terdiri dari indikator dan pertanyaan:

No	Indikator	Pertanyaan
1	<i>Affective</i>	1,2
2	<i>Normative</i>	3,4
3	<i>Contiunance</i>	5,6

2. Lembar observasi

Variabel yang menggunakan lembar observasi yaitu variabel tugas perawat komunitas dalam kesehatan promotif dan preventif dan variabel sikap masyarakat dalam demam berdarah.

a. Pengukuran variabel tugas perawat komunitas ini menggunakan pengukuran dengan skala dikotomi antara lain: dilakukan (2), tidak dilakukan (1). Instrument ini terdiri dari indikator dan komponen observasi:

No	Indikator	Komponen observasi
1	Promotif	1,2,3,4
2	Preventif	5,6,7

- b. Pengukuran variabel luaran layanan promotif dan preventif masyarakat dalam demam berdarah ini dengan menggunakan skala dikotomi antara lain: dilakukan (2), tidak dilakukan (1). Instrument ini terdiri dari indikator dan komponen observasi:

No	Indikator	Komponen observasi
1	Pencegahan	1,2
2	Promotif	3,4,5

4.1.5. Analisa data

4.1.5.1 Uji Validitas dan Reliabilitas

Peneliti melakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner pada responden yang memiliki karakteristik yang sama dengan responden penelitian. Hasil uji coba alat ukur selanjutnya dianalisis validitas dan reliabilitasnya. Uji validitas dilakukan untuk melihat sejauh mana alat ukur yang akan digunakan benar dan akurat dalam mengukur apa yang akan diukur. Penghitungan validitas item pernyataan dilakukan dengan menggunakan korelasi *Pearson product moment*. Pernyataan dinyatakan valid jika nilai r hitung $\geq r$ tabel dan sebaliknya jika r hitung $<$ nilai r tabel maka pernyataan dinyatakan tidak valid. Uji reliabilitas instrumen bertujuan untuk mengetahui suatu instrument dapat dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data. Uji reliabilitas instrumen pada penelitian ini akan dilakukan dengan metode penghitungan koefisien *Alpha Cronbach* dengan menggunakan koefisien *Alpha Cronbach*. (Sugiyono, 2006).

4.1.5.2 Analisis Deskriptif

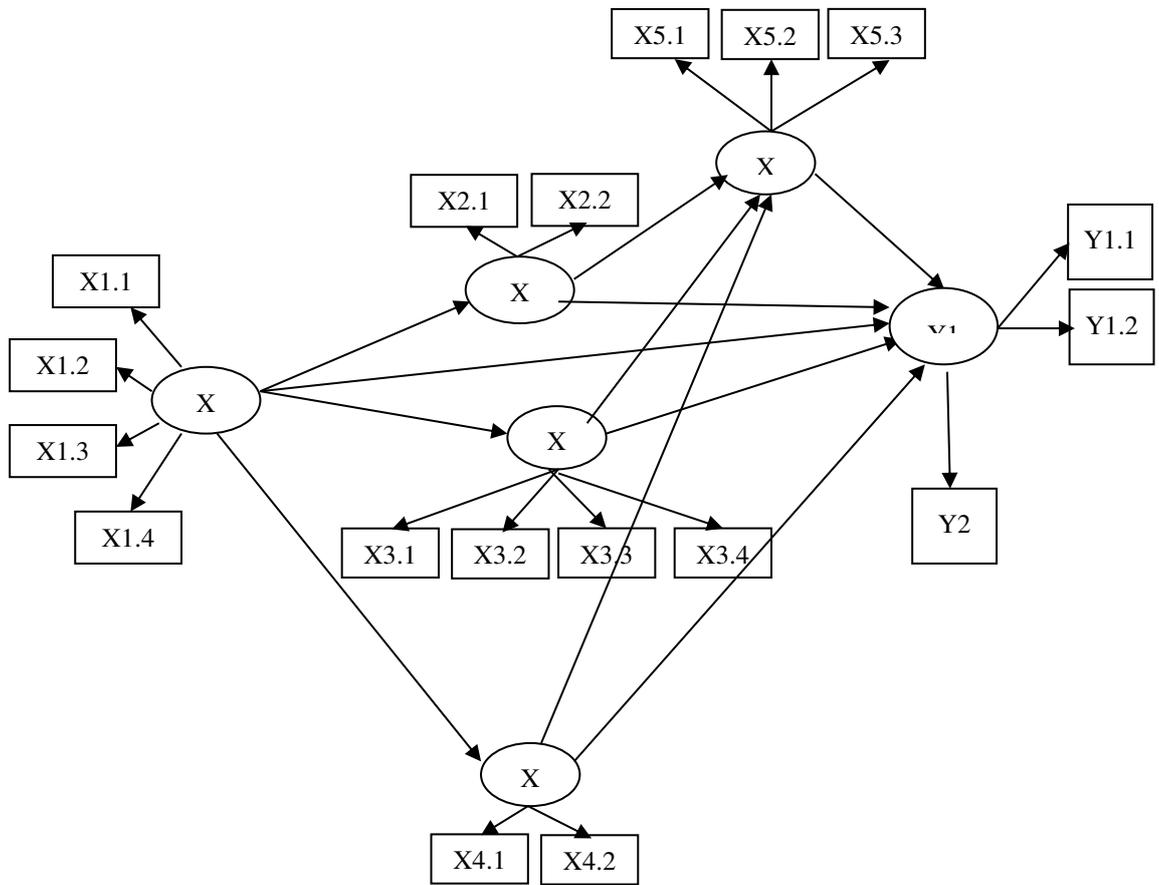
Pada penelitian ini akan dilakukan pada semua variabel penelitian, dengan menghitung nilai tengah (X , median dan modus) dan membuat distribusi frekuensi berdasarkan kategori masing-masing variable dan deskripsi kategori dengan pendekatan analisis baris kolom, tabulasi silang. Analisis univariat pada umumnya ini hanya menghasilkan distribusi dan persentase dari tiap variabel (Martini, 2007).

4.1.5.3 Analisis Inferensial

Analisis yang digunakan adalah dengan menggunakan pendekatan PLS (*Partial Least Square*). Dengan menggunakan PLS dimungkinkan melakukan permodelan persamaan struktural dengan ukuran sampel relatif kecil dan tidak membutuhkan asumsi normal multivariat. PLS merupakan metode yang analisis yang kuat karena dapat diterapkan pada semua skala data, tidak membutuhkan banyak asumsi dan ukuran sampel tidak harus besar. PLS selain dapat digunakan sebagai konfirmasi teori juga dapat digunakan untuk membangun hubungan yang belum ada landasan teorinya atau untuk pengujian proposisi. Langkah-langkah permodelan persamaan struktural berbasis PLS adalah sebagai berikut:

- a. Langkah pertama: merancang model struktural (*Inner model*)
- b. Langkah kedua: merancang model pengukuran (*outer model*)
- c. Langkah ketiga: mengkontruksi diagram jalur
- d. Langkah keempat: konversi diagram jalur ke dalam sistem persamaan
- Langkah kelima: estimasi
- e. Langkah keenam: *Goodness of fit*

f. Langkah ketujuh: pengujian hipotesis



Gambar 4.1 Kerangka Analisis Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Promotif dan Preventif

4.2. Penelitian Tahap 2

4.2.1. Desain penelitian

Tahap kedua adalah uji coba modul optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas yang telah dikembangkan dalam tahap pertama penelitian, langkah terakhir pada tahap ini adalah dengan eksperimen semu (*quasy experiment*). Rancangan ini berupaya untuk mengungkapkan hubungan sebab akibat dengan cara melibatkan kelompok kontrol di samping kelompok perlakuan. Pemilihan kedua kelompok ini tidak menggunakan teknik acak. Rancangan ini biasanya menggunakan kelompoksubjek yang telah terbentur secara wajar (teknik rumpun).

Tabel 4.3 Rancangan Penelitian Eksperimen Semu tentang Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Promotif dan Preventif

Subjek	Pra	Perlakuan	Post
K-A	O	I	OI-A
K-B	O	-	OI-B
	Time 1	Time 2	Time 3

Keterangan:

- K-A : Subjek perlakuan
- K-B : Subjek kontrol
- : Aktivitas lainnya
- O : pre test sebelum perlakuan
- I : Perlakuan (modul optimalisasi)
- OI (A+B) : Post test sesudah perlakuan (kelompok perlakuan dan kontrol)

Kelompok eksperimen eksperimental diberi perlakuan sedangkan kelompok kontrol tidak. Pada kedua kelompok perlakuan diawali dengan pra-tes, dan setelah pemberian perlakuan diadakan pengukuran kembali (pasca-test).

4.2.2. Populasi, sampel, teknik sampling

Populasi terjangkau dalam tahap uji coba ini adalah responden yang terpilih daam penelitian tahap 1 yaitu sejumlah 161 perawat yang berasal dari 11 puskesmas di kabupaten banyuwangi.

Sampel dalam penelitian tahap 2 yaitu sebagian populasi yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yang diambil dengan tehnik *purposive sampling*.

Besar sampel

Besar sampel dalam penelitian ini sejumlah 50 perawat, yang dibagi dalam dua kelompok: kelompok perlakuan sejumlah 25 responden, dan kelompok kontrol sejumlah 25 responden.

Kriteria inklusi:

1. Perawat pelaksana yang berstatus PNS maupun BLUD (bukan perawat yang sedang orientasi maupun magang)
2. Perawat dengan minimal masa kerja 1 tahun
3. Perawat tersebut sehat secara fisik dan mental

Kriteria eksklusi dari perawat pelaksana:

- a. Perawat yang sedang cuti
- b. Perawat yang sedang mengikuti tugas belajar di luar kota saat pengumpulan data

4.2.3. Variabel dan definisi operasional

Tabel 4.4 Variabel Penelitian Tahap 2 tentang Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Promotif dan Preventif

Variabel	Keterangan	Indikator
X	Tugas perawat promotif dan preventif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promotif: <ol style="list-style-type: none"> a. pemberdayaan b. Bina suasana c. Advokasi d. Kemitraan 2. Preventif: <ol style="list-style-type: none"> a. <i>Primary prevention</i> b. <i>Secondary prevention</i> c. <i>Tertiary prevention</i>
Y	Outcome layanan promotif dan preventif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pencegahan 2. Penanganan

Tabel 4.5 Definisi Operasional Penelitian Tahap 2 tentang Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Promotif dan Preventif

Variabel	Definisi	Parameter	Alat Ukur	Skala	Kategori
Tugas Perawat komunitas	Tugas perawat komunitas dalam layanan promotif dan preventif	1. Layanan Promotif 2. Layanan preventif	Lembar observasi	Ordinal	-baik -cukup -kurang
Luaran layanan	Capaian layanan promotif dan preventif	1. Pencegahan 2. Promotif	Kuesioner	Nominal	-baik: jika nilai $Cut\ of\ mean \geq mean$ – -kurang: jika nilai $cut\ of\ mean < mean$

4.2.4. Instrumen penelitian

1. Kesioner
2. Materi tayang
3. LCD

4.2.5. Analisa data

Penelitian ini menggunakan analisis bivariat wilcoxon dan Mann Witney karena skala data berbentuk ordinal. Uji wilcoxon digunakan untuk mengetahui pengaruh intervensi pada kelompok perlakuan sebelum dan sesudah pemberian intervensi, sedangkan uji Mann Witney digunakan untuk mengetahui perbedaan efektivitas perlakuan dengan menggunakan model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas pada kelompok perlakuan/ intervensi dan kelompok kontrol.

Sebelum dilakukan uji bivariat sebelumnya peneliti melakukan uji homogenitas data. Uji homogenitas untuk mengetahui apakah dua atau lebih kelompok data mempunyai varians yang sama atau tidak yaitu: *Levene's Test*. Sebagai kriteria pengujian, jika signifikansi lebih dari 0,05 maka dapat dikatakan bahwa varian kelompok data adalah sama.

4.3. Lokasi dan Waktu Penelitian

4.3.1. Lokasi penelitian

Penelitian dilaksanakan di sleuruh Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi. Pemilihan lokasi tersebut karena peneliti ingin mendapati kinerja keperawatan yang dilakukan perawat terkait promotif dan preventif.

4.3.2. Waktu penelitian

Waktu penelitian dimulai dari bulan November 2017 yang dimulai dari kegiatan penyusunan proposal sampai ujian tesis Juli 2018. Setelah mendapat masukan dari para penguji, proposal diperbaiki sambil mengurus perijinan. Waktu rencana penelitian disajikan pada tabel 4.6

Tabel 4.6 Jadwal Rencana Penelitian Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Promotif dan Preventif

No	Kegiatan	Bulan Pelaksanaan								
		Nov 2017	Des 2017	Jan 2018	Feb 2018	Mar 2018	Apr 2018	Mei 2018	Juni 2018	Juli 2018
1	Penyusunan proposal									
2	Ujian proposal tesis dan perbaikan									
3	Uji etik									
4	Pengumpulan dan pengolahan data									
5	Penyusunan tesis									

No	Kegiatan	Bulan Pelaksanaan								
		Nov 2017	Des 2017	Jan 2018	Feb 2018	Mar 2018	Apr 2018	Mei 2018	Juni 2018	Juli 2018
6	Ujian tesis dan perbaikan									

4.4. Prosedur Pengambilan Data

1. Tahap 1

Sebelum memulai pengumpulan data, peneliti memenuhi syarat administratif dengan mengurus surat ijin penelitian kepada Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi. Setelah jawaban dari surat pengambilan data diterima, maka peneliti menemui kepala puskesmas dan pejabat terkait dengan penelitian untuk mendapatkan keterangan secara teknis penelitian. Peneliti akan memberikan penjelasan dan menyerahkan proposal penelitian. Penjelasan tentang proses penelitian dan permintaan persetujuan kepada partisipan dilakukan sebelum pengambilan data. Selanjutnya, pada partisipan yang telah menandatangani surat persetujuan maka peneliti melakukan pengumpulan data penelitian pada tahap pertama yang dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Hasil analisa data yang didapat dari penghitungan skor kuesioner akan dideskripsikan dalam frekuensi, persentase dan *mean*. *Issue* strategis disimpulkan dari hasil analisa data pada tahap 1 yang memenuhi persyaratan yaitu luas cakupan masalah, topik masalah yang sedang trend, memiliki keterkaitan yang luas dan menyangkut banyak pihak, mengandung risiko dan kemungkinan menimbulkan kerugian besar.

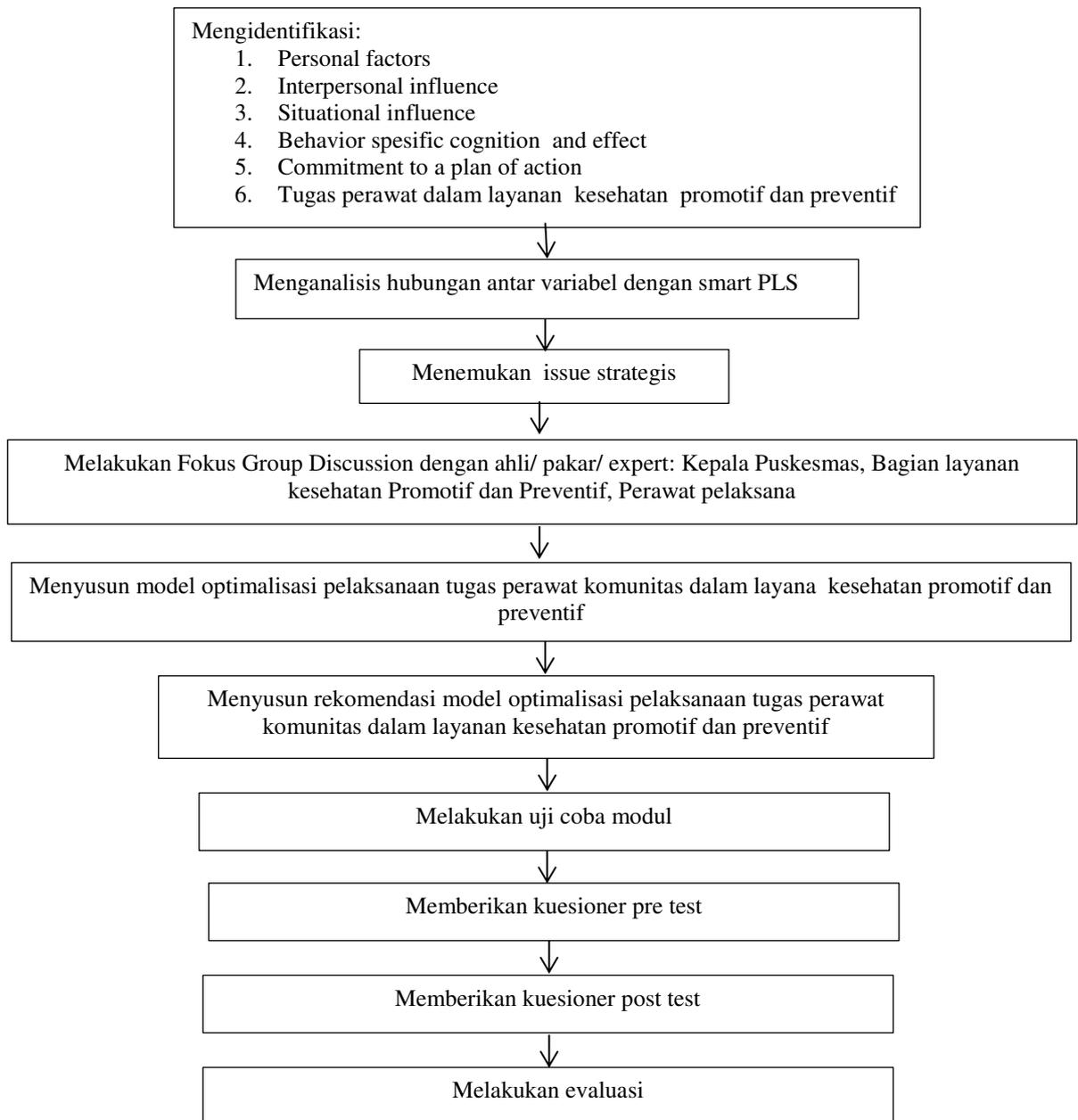
Pengumpulan data kualitatif dilakukan dengan metode FGD yang dan dihadiri oleh kepala dinas, kepala puskesmas, dan perwakilan perawat dari masing-masing puskesmas. Observasi selama diskusi berlangsung diamati, dicatat

dan direkam melalui media audio dan audiovisual untuk meningkatkan ketekunan pengamatan dan mendapatkan data yang akurat dalam memahami konteks diskusi.

2. Tahap 2

Hasil identifikasi kuesioner yang dibagikan dan masukan dari FGD dirumuskan dan selanjutnya disusun modul optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas. Setelah modul siap digunakan maka peneliti akan mulai melakukan uji coba pada perawat kelompok perlakuan. Teknis ujicoba modul secara lengkap ada di lampiran. Peneliti memberikan *pre test* kepada perawat pelaksana di kelompok perlakuan dan kontrol, kemudian memberikan penjelasan kepada responden tentang penggunaan modul, dan melakukan pelatihan kepada kelompok perlakuan sebanyak 3 kali pertemuan. Hasil pelatihan akan dinilai dari *post test*. Peneliti menganalisis hasil evaluasi uji coba modul. Hasil evaluasi dari kuesioner maupun dari FGD digunakan untuk membuat rekomendasi.

4.5. Kerangka Operasional



Gambar 4.2 Kerangka Operasional Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif

4.6. Etik Penelitian

Penelitian ini telah disetujui oleh komisi etik penelitian kesehatan Fakultas Keperawatan No: 640-KEPK.

1) Prinsip adil (*justice*)

Keterlibatan responden dalam penelitian ini berdasarkan pemilihan yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi. Semua responden diperlakukan sama dan adil pada setiap tahapan penelitian. Kelompok kontrol maupun kelompok intervensi mempunyai hak yang sama untuk berpartisipasi atau menolak menjadi responden penelitian tanpa dikenakan sanksi apapun.

2) Manfaat (*beneficence* dan *nonmaleficence*)

Peneliti mengupayakan semaksimal mungkin manfaat bagi responden dan kerugian yang minimal. Peneliti juga memperhatikan beberapa hal, yaitu : 1) meminimalkan risiko penelitian agar sebanding dengan manfaat yang diterima dalam hal ini melakukan *turning* dan peneliti menjamin bahwa proses pengambilan data yang dilakukan tidak menimbulkan kondisi yang berisiko bagi responden, 2) desain penelitian telah dirancang sedemikian rupa dengan mematuhi persyaratan ilmiah dan berdasarkan referensi terkait, 3) peneliti memberikan kesempatan kepada klien dan atau keluarga untuk memutuskan apakah melanjutkan proses penelitian atau tidak.

3) Hormat (*respect for human dignity*)

Peneliti menghormati harkat martabat manusia sebagai pribadi yang memiliki kebebasan berkehendak atau memilih dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan sendiri. Jika klien dan atau keluarga bersedia mengikuti penelitian maka dapat menandatangani lembar *informed consent*.

4) *Otonomy and freedom*

Responden memiliki otonomi dan kebebasan menentukan pilihan untuk mengikuti penelitian atau tidak, tanpa paksaan, dan bertanggung jawab secara pribadi terhadap keputusan sendiri. Otonomi responden sangat diprioritaskan selama proses pengumpulan data.

5) *Veracity and fidelity*

Prinsip *veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Kebenaran adalah dasar dalam membangun hubungan saling percaya. Peneliti akan memberikan informasi yang sebenar-benarnya tentang intervensi dan proses pelaksanaan intervensi kepada klien dan atau keluarga sehingga terbina hubungan baik antara klien, keluarga dan peneliti sehingga penelitian dapat berjalan dengan lancar sesuai dengan tujuan penelitian. Menjunjung tinggi komitmen yang telah disepakati bersama dengan responden terkait dengan proses perlakuan meliputi waktu pelaksanaan, jenis perlakuan, dan durasi perlakuan.

6) *Confidentiality*

Peneliti harus menjaga kerahasiaan data yang diperoleh dari responden dan tidak menyampaikan kepada orang lain. Identitas responden dibuat kode atau inisial, hasil pengukuran hanya diketahui oleh peneliti. Selama proses pengolahan data, analisis dan publikasi identitas responden tetap dijaga kerahasiaannya.

BAB 5

HASIL DAN ANALISIS PENELITIAN

Bab ini memaparkan hasil Penelitian pada tahap 1 dan tahap 2. Pada tahap 1 memaparkan hasil analisis deskriptif dan analisis inferensial, sedangkan pada tahap 2 memaparkan hasil uji coba model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan promotif dan preventif. Pada penelitian tahap 1, variabel yang diteliti antara lain variabel *personal factors* yaitu usia, jenis kelamin, pendidikan, dan lama kerja, variabel *behavior related cognition and effect* yaitu pengetahuan dan sikap, variabel *interpersonal influences* yaitu dukungan sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, dan masyarakat, variabel *situational influences* yaitu kebijakan dan fasilitas, variabel komitmen yaitu *affirmative, normative dan contiunance*, variabel tugas perawat komunitas yaitu layanan promotif dan preventif, dan variabel outcome masyarakat yaitu sikap promotif dan preventif masyarakat dalam demam berdarah.

5.1 Hasil Penelitian Tahap 1

5.1.1 Analisis Deskriptif Variabel Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan kesehatan Promotif dan Preventif

1. *Personal factors*

Variabel *personal factors* terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan dan lama kerja yang disajikan pada tabel distribusi frekuensi berikut:

Tabel 5.1 Variabel *Personal factors* Perawat Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi pada bulan Januari 2018

No	Variabel <i>personal factors</i>	Kategori	n	%
1	Usia	1. 21-30 tahun	53	32,9
		2. 31-40 tahun	74	46,0
		3. 40-50 tahun	27	16,8
		4. > 50 tahun	7	4,3
2	Jenis kelamin	1. Laki-laki	87	54
		2. Perempuan	74	46
3	Pendidikan	1. SPK	16	9,9
		2. D3 Kep	113	70,2
		3. S1 Kep	32	19,9
4	Lama kerja	1. 1-10 tahun	61	37,9
		2. 11-20 tahun	73	45,3
		3. 21-30 tahun	27	27
Total			161	100

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa variabel *personal factors* pada indikator usia berada dalam kategori usia 31-40 tahun sebanyak 74 responden (46%), pada indikator jenis kelamin berada dalam kategori jenis kelamin laki-laki sebanyak 87 responden (54%), pada indikator pendidikan berada pada kategori jenis pendidikan D3 Keperawatan sebanyak 113 responden (70,2%), dan pada indikator lama kerja berada dalam kategori lama kerja 11-20 tahun sebanyak 73 responden (45,3%).

2. Behavior related cognition and effect

Variabel *Behavior related cognition and effect* terdiri pengetahuan dan sikap yang disajikan pada tabel distribusi frekuensi berikut:

Tabel 5.2 Variabel *Behavior related cognition and effect* Perawat Puskesmas di Kabupaten Bayuwangi pada bulan Januari 2018

Variabel <i>Behavior related cognition and effect</i>	Kategori	n	%
Pengetahuan	a. Kurang	34	21,1
	b. Cukup	36	22,4
	c. Baik	91	56,5
Sikap	a. Negatif	32	19,9
	b. Positif	129	80,1
Total		161	100

Tabel 5.2 Menunjukkan bahwa variabel *behavior related cognition and effect* berada pada kategori baik pada indikator pengetahuan yaitu sebanyak 91 responden (56,5%), sedangkan indikator sikap berada dalam dalam kategori positif sebanyak 129 responden (80,1%).

3. *Interpersonal Influences*

Variabel *Interpersonal Influences* terdiri dari dukungan sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, dan masyarakat yang disajikan pada tabel distribusi frekuensi berikut:

Tabel 5.3 Variabel *Interpersonal Influences* Perawat Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi pada bulan Januari 2018

Variabel <i>Interpersonal Influences</i>	Kategori	n	%
Dukungan sesama perawat	a. Kurang	33	20,5
	b. Cukup	67	41,6
	c. Baik	61	37,9
Dukungan profesi lain	a. Kurang	38	23,6
	b. Cukup	84	52,2
	c. Baik	39	24,2
Dukungan kepala puskesmas	a. Kurang	32	19,9
	b. Cukup	77	47,8
	c. Baik	52	32,3
Dukungan masyarakat	a. Kurang	34	21,1
	b. Cukup	62	38,5
	c. Baik	65	40,4
Total		161	100

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa variabel interpersonal influences dalam kategori cukup pada tiga indikator yaitu dukungan sesama perawat sebanyak 67 responden (41,6%), dukungan profesi lain sebanyak 84 responden (52,2%), dan dukungan kepala puskesmas sebanyak 77 responden (47,8%), hanya indikator dukungan masyarakat berada dalam kategori baik yaitu sebanyak 65 responden (40,4%).

4. *Situational Influences*

Variabel *Situational Influences* terdiri kebijakan dan fasilitas yang disajikan pada tabel distribusi frekuensi berikut

Tabel 5.4 Variabel *Situational Influences* Perawat Puskesmas di kabupaten Banyuwangi pada bulan Januari 2018

Variabel <i>Situational Influences</i>	Kategori	n	%
Kebijakan	a. Kurang	33	20,5
	b. Cukup	44	27,3
	c. Baik	64	52,2
Fasilitas	a. Kurang	25	15,5
	b. Cukup	43	26,7
	c. Baik	93	57,8
Total		161	100

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa variabel *situational influences* berada dalam kategori baik pada kedua indikator (pada indikator kebijakan sebanyak 64 responden (52,2%) dan pada indikator fasilitas sebanyak 93 responden (57,8%).

5. Komitmen

Variabel komitmen terdiri dari *affective*, *normative* dan *continuance* yang disajikan pada tabel distribusi frkuensi berikut:

Tabel 5.5 Variabel Komitmen Perawat Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi pada bulan Januari 2018

Variabel komitmen	Kategori	n	%
<i>Affective</i>	a. Negatif	36	22,4
	b. Positif	125	77,6
<i>Normative</i>	a. Negatif	36	22,4
	b. Positif	125	77,6
<i>Continuance</i>	a. Negatif	22	13,7

Variabel komitmen	Kategori	n	%
	b. Positif	139	86,3
Total		161	100

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa variabel komitmen berada dalam kategori positif pada ketiga indikator (pada indikator *affective* sebanyak 125 responden (77,6%), pada indikator *normative* sebanyak 25 responden (77,6%), dan pada indikator *continuance* sebanyak 139 responden (86,3%).

6. Tugas Perawat Komunitas

Variabel Tugas Perawat Komunitas terdiri promotif dan preventif yang disajikan pada tabel distribusi frekuensi berikut

Tabel 5.6 Variabel Tugas Perawat Komunitas di Kabupaten Banyuwangi pada bulan Januari 2018

Variabel Tugas Perawat Komunitas	Kategori	n	%
Promotif	a. Kurang	53	32,9
	b. Cukup	85	52,8
	c. Baik	23	14,3
Preventif	a. Kurang	50	31,1
	b. Cukup	80	49,7
	c. Baik	31	19,3
Total		161	100

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa variabel tugas perawat komunitas berada dalam kategori cukup pada kedua indikator (pada indikator promotif sebanyak 85 responden (52,8%) dan pada indikator preventif sebanyak 80 responden (49,7%).

7. Outcome Layanan

Variabel Outcome layanan terdiri upaya pencegahan dan penanganan demam berdarah oleh masyarakat yang disajikan pada tabel distribusi frekuensi berikut

Tabel 5.7 Variabel Outcome Masyarakat di Kabupaten Banyuwangi pada bulan Januari 2018

Variabel outcome masyarakat	Kategori	n	%
Pencegahan	a. Kurang	60	37,3
	b. Cukup	69	42,9
	c. Baik	32	19,9

Variabel outcome masyarakat	Kategori	n	%
Promotif	a. Kurang	56	34,8
	b. Cukup	70	43,5
	c. Baik	35	21,7
Total		161	100

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa variabel outcome masyarakat terkait sikap promotif dan preventif dalam demam berdarah berada dalam kategori cukup pada kedua indikator (pada indikator pencegahan sebanyak 69 responden (42,9%) dan pada indikator penanganan sebanyak 70 responden (43,5)).

5.1.2 Analisis Inferensial variabel Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas

Perawat Komunitas

Analisis inferensial pada penelitian ini menggunakan software smartPLS 3.2.9 dengan menggunakan metode *bootstrapping*, hasilnya ditunjukkan menjadi 3 tahap pengujian: outer model, inner model, dan nilai Gof.

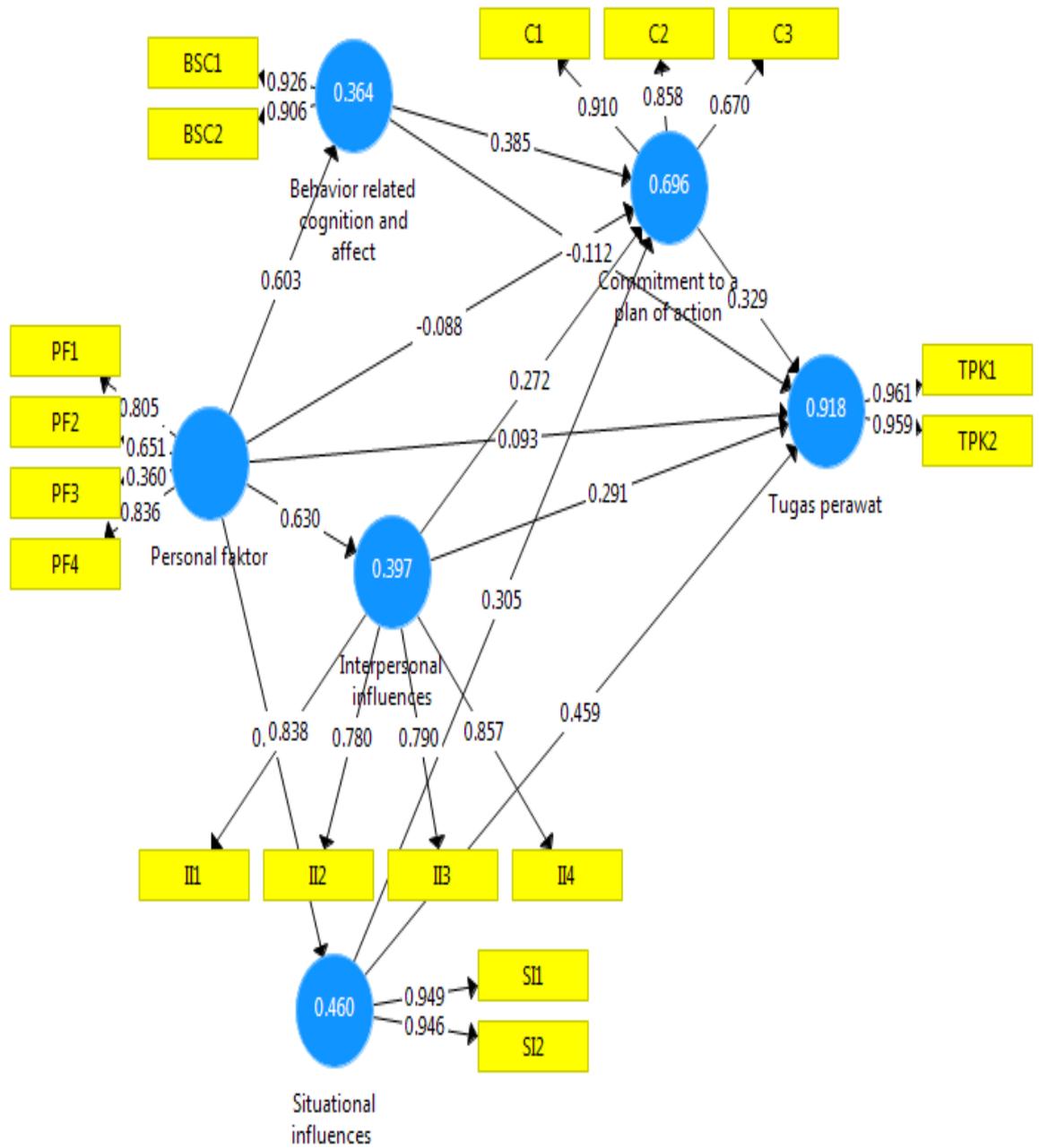
5.1.2.1 Tahap pengujian *Measurement Model (Outer Model)*

Tahap ini menampilkan gambaran hasil pengujian PLS tahap measurement model pada variabel *personal factors* yang terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja, variabel *behavior related cognition and effect* yang terdiri dari pengetahuan dan sikap, variabel *interpersonal influences* terdiri dari dukungan sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas dan masyarakat, variabel *situational influences* yang terdiri dari kebijakan dan fasilitas, variabel komitmen yang terdiri dari *affirmative, normative dan contiunance*, variabel tugas perawat komunitas yang terdiri dari promotif dan preventif, dan variabel outcome layanan yang terdiri dari sikap promotif dan sikap preventif. Hasil perhitungan *measurement model* pada masing-masing variabel dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.8 Perhitungan *Measurement Model* pada Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas

Variabel	Sub variabel	<i>Loading factor</i>	Ket.	<i>Composite reliability</i>
<i>Personal factors</i>	1. Usia	0,805	Valid	0,770
	2. Jenis kelamin	0,651	Valid	
	3. Pendidikan	0,360	Tidak valid	
	4. Lama kerja	0,836	Valid	
<i>Behavior related cognition and effect</i>	1. Pengetahuan	0,926	Valid	0,913
	2. Sikap	0,906	Valid	
<i>Interpersonal influences</i>	1. Dukungan sesama perawat	0,838	Valid	0,889
	2. Dukungan profesi lain	0,780	Valid	
	3. Dukungan kepala puskesmas	0,790	Valid	
	4. Dukungan masyarakat	0,857	Valid	
<i>Situational influences</i>	1. Kebijakan	0,949	Valid	0,946
	2. Fasilitas	0,946	Valid	
Komitmen	1. <i>Affirmative</i>	0,910	Valid	0,858
	2. <i>Normative</i>	0,858	Valid	
	3. <i>Contuinance</i>	0,670	Tidak Valid	
Tugas perawat komunitas	1. Promotif	0,961	Valid	0,959
	2. Preventif	0,959	Valid	

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa hasil perhitungan *loading factors* menunjukkan bahwa nilai *loading factors* dinyatakan valid apabila indikator pada tiap variabel $\geq 0,5$.



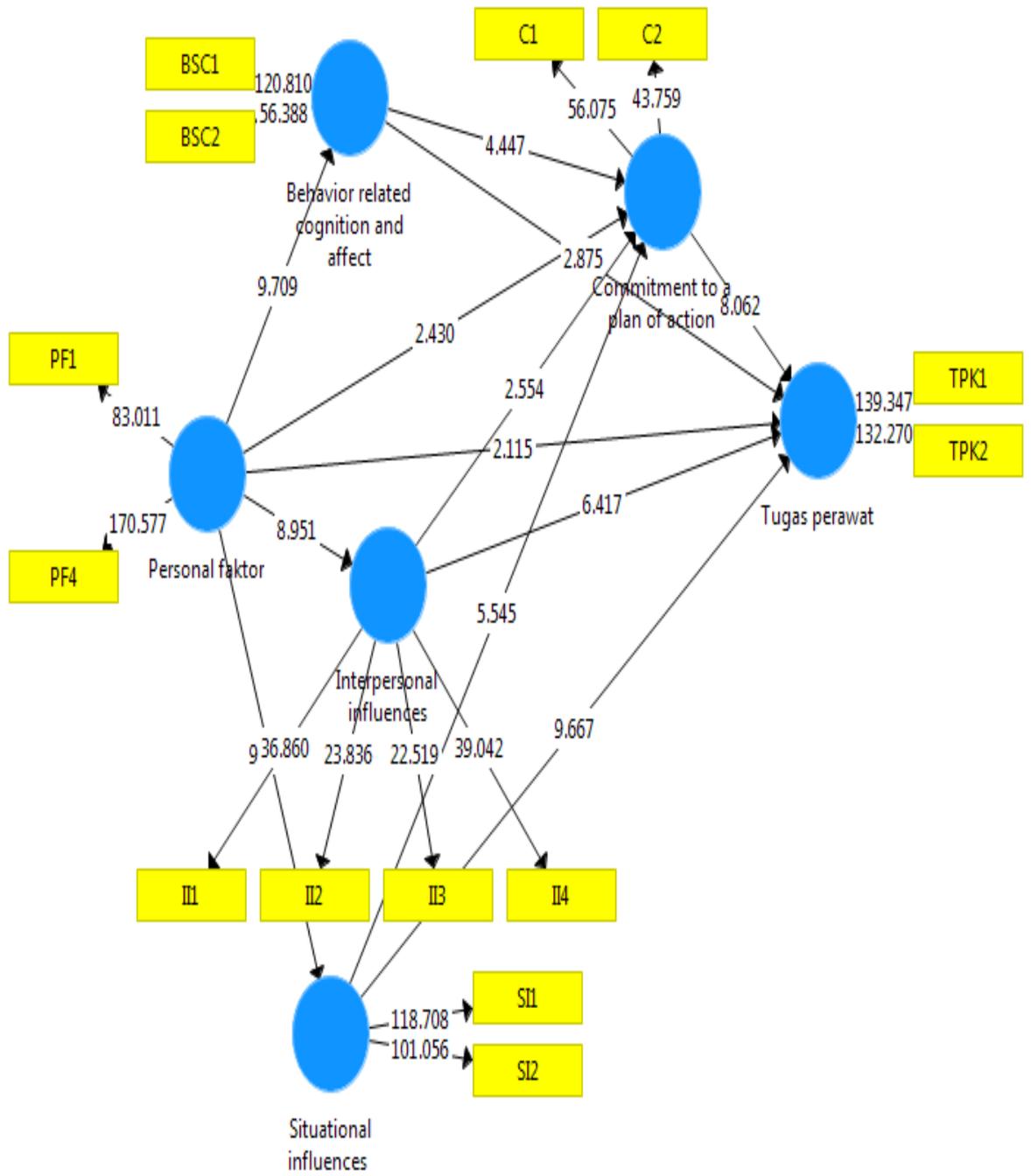
Gambar 5.1 Measurement Model (Outer Model)

Keterangan:

Variabel personal factor (Indikator): PF1: Usia PF2: Jenis Kelamin PF3: Pendidikan PF4: Lama kerja	Variabel situational influences (indikator): S11: kebijakan S12: fasilitas
Variabel behavior (Indikator): BSC1: kognitif BSC2: afektif	Variabel Komitmen (Indikator): C1: affective C2: normative C3: contiunance
Variabel interpersonal influences (indikator): II1: dukungan sesama perawat II2: dukungan profesi lain II3: dukungan kepala puskesmas II4: dukungan masyarakat	Variabel Tugas perawat (indikator): TPK1: promotif TPK: preventif
	Variabel outcome layanan (Indikator): OM1: pencegahan OM2: penanganan

5.1.2.2 Tahap Pengujian Structural Model (Inner Model)

Tahap pengujian *structural model (inner model)* adalah hasil koefisien parameter jalur pada analisis PLS diperoleh melalui bobot *inner model* dengan terlebih dahulu mencari nilai T-statistiknya melalui prosedur *bootstrap standard error* dengan hasil perhitungan software *Smart PLS versi 3.2.9*. Ukuran *reflektif individual* dikatakan valid jika memiliki korelasi *loading (cross loading)* dengan *konstruk variabel laten* yang diukur $\geq 5\%$ atau nilai T-statistiknya harus lebih besar dari 1,96 (uji dua pihak) pada level signifikasi $\alpha = 5\%$. Nilai statistiknya $< 1,96$ maka variabel tersebut tidak saling mempengaruhi.



Gambar 5.2 Hypotesis Model

Tabel 5.9 Hasil Perhitungan Uji T (T-Test)

Hubungan antar variabel	Original sample	Sample X	Standard Deviation (STDEV)	T Statistic	Keterangan
<i>Personal factors - > behavior related cognition and effect</i>	0,631	0,643	0,054	9,709	Signifikan
<i>Personal factors - > commitment</i>	0,631	0,643	0,054	2,430	Signifikan
<i>Personal factors-> Interpersonal Influences</i>	0,659	0,668	0,050	8,951	Signifikan
<i>Personal factors - > Situational Influences</i>	0,690	0,698	0,054	9,804	Signifikan
<i>Personal factors-> Tugas Perawat Komunitas</i>	0,096	0,096	0,048	2,115	Signifikan
<i>Behavior related cognition and effect-> komitmen</i>	0,399	0,400	0,166	4,447	Signifikan
<i>Interpersonal influences-> komitmen</i>	0,257	0,267	0,150	2,554	Signifikan
<i>Situational influences-> komitmen</i>	0,248	0,241	0,093	5,548	Signifikan
<i>Behavior related cognition and effect-> Tugas perawat komunitas</i>	-0,121	-0,126	0,068	2,875	Signifikan
<i>Interpersonal influences-> Tugas perawat komunitas</i>	0,307	0,304	0,075	6,417	Signifikan
<i>Situational influences-> Tugas perawat komunitas</i>	0,437	0,448	0,077	9,667	Signifikan
<i>Komitmen -> Tugas perawat komunitas</i>	0,338	0,329	0,060	8,062	Signifikan

Tabel 5.9 menjawab tentang ada tidaknya pengaruh variabel laten eksogen terhadap variabel laten endogen. Hasil pengujian hipotesa dengan uji t sesuai tabel diatas dapat dijelaskan sebagai berikut

1. Hipotesis 1

Nilai t statistik sebesar 9,709, hali ini menunjukkan adanya pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap).

2. Hipotesis 2

Nilai t statistik sebesar 2,430, hali ini menunjukkan adanya pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *commitment to a plan of action* (pengetahuan, sikap).

3. Hipotesis 3

Nilai t statistik sebesar 8,951, hali ini menunjukkan Ada pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *interpersonal influences* (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, masyarakat).

4. Hipotesis 4

Nilai t statistik sebesar 9,804, hali ini menunjukkan Ada pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap *situational influences* (regulasi, sarana prasarana).

5. Hipotesis 5

Nilai t statistik sebesar 2,115, hali ini menunjukkan Ada pengaruh *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif)

6. Hipotesis 6

Nilai t statistik sebesar 4,447, hali ini menunjukkan Ada pengaruh *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap) terhadap *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)*.

7. Hipotesis 7

Nilai t statistik sebesar 2,554, hali ini menunjukkan tida ada pengaruh *interpersonal influences* (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, masyarakat) terhadap *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)*.

8. Hipotesis 8

Nilai t statistik sebesar 5,548, hali ini menunjukkan Ada pengaruh *situational influences* (regulasi, sarana prasarana) terhadap *commitment to a plan of action (affective, normative, continuance)*.

9. Hipotesis 9

Nilai t statistik sebesar 2,875, hali ini menunjukkan ada pengaruh *behavior related cognition and affect* (pengetahuan, sikap) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).

10. Hipotesis 10

Nilai t statistik sebesar 6,417, hali ini menunjukkan ada pengaruh *interpersonal influences* (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas, masyarakat) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).

11. Hipotesis 11

Nilai t statistik sebesar 9,667, hali ini menunjukkan ada pengaruh *situational influences* (regulasi, sarana prasarana) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).

12. Hipotesis 12

Nilai t statistik sebesar 8,062, hali ini menunjukkan ada pengaruh *commitment to a plan of action* (*affective, normative, continuance*) terhadap tugas perawat komunitas (promotif dan preventif).

5.1.2.3 Kekuatan prediksi model (*Goodness of Fit* (GOF)).

Menilai kekuatan prediksi dari model (*goodness of Fit*)- Inner model. Diukur dengan menggunakan *Q-square predictive relevance* dengan rumus:

$$Q^2 = 1 - (1-R_1^2)(1-R_2^2)\dots(1-R_p^2)$$

Interpretasi Q^2 dimana suatu konstruk memiliki relevansi prediksi yang baik apabila memiliki nilai $Q^2 > 0$ (Chin, 1998). Pada pemodelan ini dapat di hitung nilai Q^2 sebagai berikut:

$$Q^2 = 1 - (1-R_1^2)(1-R_2^2)\dots(1-R_p^2)$$

$$= 1 - (1-0,247^2)(1-0,262^2)(1-0,274^2)(1-0,709^2)(1-0,923^2) = 0,058 (Q^2 > 0)$$

Berarti model yang dibentuk dari prediksi ini memiliki relevansi prediksi yang baik.

Keterangan:

R1= nilai R^2 pada variabel *behavior* = 0,247

R2= nilai R^2 pada variabel *interpersonal influences* = 0,262

R3= nilai R^2 pada variabel *situational influences* = 0,274

R4= nilai R^2 pada variabel *commitment* = 0,709

R5= nilai R^2 pada variabel tugas perawat = 0,923

5.1.3 Dasar Pengambilan Isu Strategis dan Hasil *Focus Group Discussion* (FGD)

FGD bertujuan untuk membahas isu strategis dan mendapatkan faktor penyebab dan solusi sebagai dasar untuk menyusun rekomendasi dalam menyusun model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif. FGD dilakukan setelah peneliti selesai melakukan analisis data baik deskriptif maupun inferensial. FGD ini dilakukan pada tanggal 30 Maret 2018 selama 2 jam dari jam 08.00-10.00 WIB di gedung GST PPNI Banyuwangi yang dihadiri oleh 30 perawat puskesmas.

Hasil dari analisis diangkat isu strategis yaitu hasil yang menunjukkan lebih dari 80% hasil yang terbukti signifikan, dan hasil yang terbukti benar sesuai dengan teori yang ada. Dasar pengambilan isu strategis akan ditampilkan pada tabel 5.10

Tabel 5.10 Dasar Pengambilan Issue Strategis

Variabel	Hasil analisis data	Issue Strategis
<i>Personal factors</i> terhadap tugas perawat komunitas	a. Hasil uji PLS <i>personal factors</i> di sub variabel lama kerja menunjukkan nilai <i>loading factors</i> yang lebih tinggi dibandingkan sub variabel (usia dan jenis kelamin) b. Hasil uji hipotesis pada variabel <i>personal factor</i> terhadap tugas perawat komunitas didapatkan nilai t-statistik 1,985	<i>Personal factors</i> pada subvariabel lama kerja memiliki nilai yang paling tinggi.
<i>Interpersonal influences</i> terhadap Tugas perawat komunitas	a. Hasil uji PLS <i>interpersonal influences</i> di sub variabel dukungan masyarakat menunjukkan nilai <i>loading factors</i> yang lebih tinggi dibandingkan sub variabel (dukungan sesama perawat, profesi lain, dan kepala puskesmas) b. Hasil uji hipotesis pada variabel	<i>Interpersonal influences</i> pada sub variabel dukungan masyarakat berada dalam kategori baik.

Variabel	Hasil analisis data	Issue Strategis
	<i>interpersonal influences</i> terhadap tugas perawat komunitas didapatkan nilai t-statistik 4,068	
<i>Situational influences</i> terhadap Tugas perawat komunitas	<p>a. Hasil uji PLS <i>Situational influences</i> di sub variabel kebijakan memiliki nilai <i>loading factors</i> yang lebih tinggi dibandingkan sub variabel fasilitas</p> <p>b. Hasil uji hipotesis pada variabel <i>situational influences</i> terhadap tugas perawat komunitas didapatkan nilai t-statistik 5,700</p>	<i>Situational influences</i> berada pada kategori baik pada kedua indikator (kebijakan dan fasilitas)
Komitmen terhadap Tugas perawat komunitas	a. Hasil uji PLS komitmen di sub variabel <i>affective loading factors</i> memiliki nilai yang lebih tinggi dibandingkan kedua sub variabel yang lain	Komitmen perawat berada dalam kategori positif pada ketiga indikator
Tugas perawat komunitas terhadap sikap promotif dan preventif masyarakat	<p>a. Hasil uji PLS tugas perawat komunitas di sub variabel layanan promotif memiliki nilai <i>loading factors</i> yang lebih tinggi dibandingkan sub variabel layanan preventif.</p> <p>b. Hasil uji hipotesis pada variabel tugas perawat komunitas terhadap outcome masyarakat didapatkan nilai t-statistik 42,584</p>	<i>Tugas perawat komunitas</i> berada dalam kategori cukup pada kedua indikator

Hasil atau temuan penting yang didapatkan dari kegiatan FGD disajikan pada tabel 5.11 berikut ini

Tabel 5.11 Temuan hasil FGD berdasarkan Isu Strategis

No.	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Pendapat Peserta FGD	Telaah Peneliti
1	<i>Personal factors</i> pada subvariabel lama kerja memiliki nilai yang paling tinggi.	Sudah adanya ketentuan bahwa yang boleh memberikan layanan promotif dan preventif di masyarakat harus	Kepala Puskesmas dan tim kesehatan (promotif dan preventif) sudah mengerti dan berkomitmen	Tim kesehatan (perawat) yang sudah lama memberikan layanan promotif dan dapat mengoptimalkan

No.	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Pendapat Peserta FGD	Telaah Peneliti
		mencapai minimal masa kerja tertentu	untuk menerapkan peraturan (permenkes) tentang persyaratan negara yang boleh memberikan layanan promotif dan preventif di masyarakat	potensi yang dimiliki karena lebih berpengalaman dan lebih mampu beradaptasi dengan masyarakat dan petugas kesehatan lain
2	<i>Interpersonal influences</i> pada sub variabel dukungan masyarakat berada dalam kategori baik	Pemegang kebijakan setempat (Camat, Lurah, RT/ RW), dan adanya kelompok-kelompok (pertanian, dasa wisma, petugas jumatik) yang terbuka dan berkontribusi terhadap layanan promotif dan preventif	Pemegang kebijakan setempat (Camat, Lurah, RT/RW) dan kelompok masyarakat (pertanian, dasa wisma, ibu jumatik dll) merasa sangat membutuhkan layanan promotif dan preventif karena sangat mendukung status kesehatan mereka	Dukungan pemegang kebijakan setempat dan adanya kelompok-kelompok di masyarakat yang terbuka dan berkontribusi mampu mengoptimalkan pelaksanaan layanan promotif dan preventif
3	<i>Situational influences</i> berada pada kategori baik pada kedua indikator (kebijakan dan fasilitas)	Sebagian besar puskesmas sudah menerapkan kebijakan terkait layanan promotif dan preventif (terkait kriteria petugas, sasaran layanan, bentuk kegiatan, tempat/sasaran, anggaran dan fasilitas yang dibutuhkan)	Kebijakan terkait layanan promotif dan preventif serta kelengkapan fasilitas merupakan faktor utama yang menunjang kelangsungan kegiatan layanan promotif dan preventif	Kebijakan yang didukung oleh ketersediaan (tenaga dan fasilitas (dana/dll) yang memadai dapat mengoptimalkan capaian pelaksanaan layanan promotif dan preventif
4	Komitmen perawat berada dalam kategori	Perawat komunitas menyadari bahwa	Komitmen merupakan faktor utama yang	Adanya komitmen yang kuat dalam diri

No.	Isu Strategis	Kemungkinan Penyebab	Pendapat Peserta FGD	Telaah Peneliti
	positif pada ketiga indikator (<i>Normative, affective dan contiunance</i>)	tugas dalam memberikan layanan promotif dan preventif adalah sebagai tuntutan personal sebagai petugas kesehatan, selain itu mereka menyadari bahwa layanan promotif dan preventif merupakan tugas utama puskesmas dan harus dijalankan untuk eksistensi puskesmas	mendorong seseorang untuk terus eksis dalam memberikan layanan kesehatan baik karena diri sendiri maupun dorongan institusi/ puskesmas	perawat dapat menjaga dan mempertahankan dalam melaksanakan tugas dalam layaan promotif dan preventif

Rekomendasi *focus group discussion* dengan kepala puskesmas, perawat bagian PJ Promkes, dan perawat yang bertugas di komunitas didapatkan:

1. Meningkatkan kapasitas *Personal factors*, antara lain melalui upaya:
 - a. Memberikan pelatihan berkelanjutan mengenai optimalisasi layanan kesehatan promotif dan preventif
 - b. Membangun karakter personal yang peka budaya (mampu beradaptasi dengan karakter budaya masyarakat setempat)
 - c. Memfokuskan tugas masing-masing perawat komunitas pada tugas layanan promotif dan preventif, daripada tugas pendelegasian
 - d. Membagi wilayah kerja masing-masing perawat komunitas sesuai dengan jumlah tenaga dan jumlah cakupan layanan (per KK/ Keluarga)
2. Mempertahankan *Interpersonal influences* pada sub variabel dukungan masyarakat tetap berada dalam kategori baik, melalui upaya:

- a. Meningkatkan upaya pemberdayaan masyarakat, melalui pendekatan yang berkelanjutan dengan kelompok-kelompok tertentu (kelompok pertanian, dasa wisma, petugas jumatik, petugas UKS sekolah) untuk mengikuti kegiatan layanan promotif dan preventif, menerapkan pola hidup sehat, mampu melakukan deteksi dini adanya kondisi sakit, dan mampu melakukan pertolongan pertama terhadap kejadian demam berdarah
- b. Mampu melakukan upaya bina suasana yang optimal dengan masyarakat dengan cara menciptakan lingkungan yang kondusif yang memungkinkan masyarakat mampu berperan serta secara maksimal dalam layanan promotif dan preventif, suasana ini dapat dicapai melalui pendekatan yang baik dan harmonis dengan masyarakat setempat, mampu beradaptasi dengan budaya masyarakat setempat serta mampu mengarahkan budaya masyarakat ke arah budaya hidup sehat serta tanggap terhadap kondisi sakit.
- c. Meningkatkan upaya advokasi dengan pihak terkait (pemerintah setempat, tokoh masyarakat, tokoh agama) dengan tujuan untuk mendapatkan komitmen dan dukungan agar layanan promotif dan preventif terlaksana dengan optimal, adapun tahapan advokasi antara lain: (1) memberikan pemahaman kepada pihak terkait sehingga sadar akan pentingnya layanan promotif dan preventif pada masyarakat, (2) pihak terkait/ masyarakat tertarik untuk ikut berperan dalam layanan kesehatan promotif dan preventif, (3) pihak terkait/ masyarakat mampu mempertimbangkan sejumlah pilihan kemungkinan dalam berperan,

- (4) pihak terkait/ masyarakat mampu menyepakati satu pilihan kemungkinan dalam berperan, dan (5) mampu menyampaikan langkah tindak lanjut.
- d. Meningkatkan upaya kemitraan antara perawat puskesmas dengan masyarakat dan pihak terkait (pemerintah setempat, tokoh masyarakat dan tokoh agama) (Whitehead, 2011). Kemitraan bertujuan untuk mengoptimalkan capaian dan kualitas layanan promotif dan preventif. Tiga prinsip dasar yang harus diperhatikan dan dipraktikkan dalam melakukan upaya kemitraan anatara lain: 1) kesetaraan, 2) keterbukaan, dan 3) saling menguntungkan.
3. Meningkatkan *situational influences* berada pada kategori baik pada kedua indikator (kebijakan dan fasilitas), melalui upaya:
- Berkoordinasi dengan kepala puskesmas dan kepala dinas kesehatan untuk menyusun kebijakan yang mengatur tentang tugas dan kewenangan perawat puskesmas yang berfokus pada tugas layanan kesehatan promotif dan preventif, disamping tugas pendelegasian
 - Memastikan bahwa kebijakan tersebut disosialisasikan dan diterapkan oleh petugas kesehatan di puskesmas, baik perawat atau petugas kesehatan yang lain yang memberikan layanan promotif dan preventif
 - Berkoordinasi dengan dinas kesehatan, kepala puskesmas dan pemerintah setempat di wilayah kerja puskesmas (camat, kepala desa, RT, RW) terkait manajemen pengelolaan sumber pendanaan, penggunaan dana untuk penyediaan fasilitas yang diperlukan untuk kepentingan layanan kesehatan promotif dan preventif

- d. Melakukan evaluasi terkait penggunaan fasilitas dan serta melakukan manajemen pengelolaan fasilitas secara maksimal untuk kepentingan layanan kesehatan promotif dan preventif.
4. Meningkatkan komitmen perawat tetap berada dalam kategori positif pada ketiga indikator (*Normative, affective dan contiunance*) melalui upaya:
 - a. Meningkatkan kognitif (pemahaman) perawat tentang tugas utama perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif. Upaya ini dapat dilakukan melalui memberikan pelatihan tentang pentingnya layanan kesehatan promotif dan preventif terhadap derajat kesehatan masyarakat, epidemiologi proses penyakit, bentuk intervensi layanan promotif dan preventif serta faktor-faktor yang mendukung terhadap keberhasilan implementasi layanan promotif dan preventif.
 - b. Meningkatkan karakter positif perawat dalam menjalankan tugas dalam memberikan layanan promotif dan preventif. Upaya ini dapat dilakukan melalui pembinaan berkelanjutan dan penguatan sikap positif antara lain sikap proaktif dan advokasi, sikap afirmatif dan egaliter, keinginan untuk memberikan layanan promotif dan preventif, dan sikap positif.
 - c. Meningkatkan situational influence, melalui membuat rekomendasi kepada kepala puskesmas terkait regulasi/ kebijakan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif, dukungan petugas kesehatan lain, mapping (jadwal kegiatan, jumlah petugas, jumlah komunitas cakupan, jenis kegiatan dan pendanaan), selain itu

membuat anggaran untuk penyediaan fasilitas yang menunjang untuk kegiatan layanan promotif dan preventif.

Tabel 5.12 Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif

Optimalisasi tugas perawat komunitas	Faktor dimodifikasi	yang Metode optimalisasi faktor yang berpengaruh
Promotif	<i>1. Personal factors</i>	<i>1. Personal factors</i>
Preventif	<i>2. Interpersonal influences</i>	a. Pelatihan berkala
	<i>3. Situational influences</i>	b. Membangun karakter peka budaya
	<i>4. Komitmen</i>	c. Berfokus pada tugas
		d. Pembagian wilayah dan cakupan kerja
		<i>2. Interpersonal influences</i>
		a. Pemberdayaan
		b. Bina suasana
		c. Advokasi
		d. kemitraan
		<i>3. Situational influences</i>
		a. Koordinasi penyusunan kebijakan
		b. Sosialisasi
		c. Manajemen pengeloaan dana
		d. Evaluasi
		<i>4. Komitmen</i>
		a. Kognitif
		b. Sikap positif
		c. Modifikasi <i>Situational influence</i>

5.2 Hasil Penelitian Tahap 2

5.2.1 Pelaksanaan Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas

Pengembangan model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas di Puskesmas di kabupaten Banyuwangi dilakukan setelah melalui tahap FGD.

Modul diterapkan pada kelompok perlakuan selama 2 minggu. Berikut ini hasil yang didapatkan setelah intervensi:

Setelah dilakukan pengambilan data penelitian, peneliti sebelum melakukan uji statistic bivariat untuk mengetahui pengaruh intervensi pemberian modul terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas dan outcome layanan, peneliti melakukan uji homogenitas untuk mengetahui bahwa sampel yang diambil homogen yaitu dengan uji levene, hasilnya menunjukkan bahwa $p=0,197 (>0,05)$ artinya bahwa data yang diambil dari responden bersifat homogen. Setelah itu dilakukan uji komparatif untuk mengetahui pengaruh 2 variabel seperti yang ditunjukkan pada tabel di bawah ini:

Tabel 5.13 Perbedaan tugas perawat (promotif dan preventif) dan outcome layanan sebelum dan sesudah perlakuan (Wilcoxon)

Variabel	Min	Max	Mean	SD	P value	Keterangan
Tugas perawat (perlakuan)						
Sebelum	7	9	7,92	0,812	0,000	Signifikan
Sesudah	7	13	10,24	1,877		
Outcome layanan (perlakuan)						
Sebelum	5	6	5,44	0,507	0,000	Signifikan
Sesudah	6	10	8,32	1,108		
Tugas perawat (kontrol)						
Sebelum	7	9	7,56	0,712	0,007	Signifikan
Sesudah	7	12	8,56	1,660		
Outcome layanan (kontrol)						
Sebelum	5	7	5,88	0,833	0,000	Signifikan
Sesudah	5	9	6,96	1,020		

Hasil uji wilcoxon signed rank test tugas perawat pada kelompok perlakuan menunjukkan hasil p value = 0,000 yang artinya ada beda kelompok perlakuan sesudah intervensi. Uji wilcoxon signed test outcome layanan pada kelompok

perlakuan menunjukkan hasil p value = 0,000 yang artinya ada beda antara kelompok perlakuan sesudah intervensi.

Hasil uji wilcoxon signed rank test tugas perawat pada kelompok kontrol menunjukkan hasil p value = 0,007 yang artinya ada beda kelompok kontrol sesudah intervensi. Uji wilcoxon signed test outcome layanan pada kelompok kontrol menunjukkan hasil p value = 0,000 yang artinya ada beda antara kelompok kontrol sesudah intervensi.

Tabel 5.14 Perbedaan tugas perawat (promotif dan preventif) dan outcome layanan sebelum dan sesudah perlakuan (man witney)

Variabel	Mean	P value
pre-test		
Tugas perawat	28,58	0,106
Luaran layanan	29,04	0,060
Post-test		
Tugas perawat	23,36	0,000
Luaran layanan	33,04	0,000

Tabel diatas menunjukkan bahwa hasil uji Mann Whitney pada kelompok pre test tugas perawat didapatkan p value sebesar 0,106 maka artinya tidak ada beda tugas perawat sebelum intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol. Hasil Uji man Whitney pada kelompok pre test outcome layanan didapatkan p value sebesar 0,060 maka artinya tidak ada beda outcome layanan sebelum intervensi antara kelompok perlakuan dan kontrol.

Hasil uji *Mann Whitney* pada kelompok *post test* tugas perawat didapatkan p value sebesar 0,000 maka artinya ada perbedaan tugas perawat setelah intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol. Hasil Uji man Whitney pada kelompok post test outcome layanan didapatkan p value sebesar 0,000 maka artinya terdapat perbedaan outcome layanan setelah intervensi antara kelompok perlakuan dan kontrol.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Pengaruh *personal factors* terhadap *behavior related cognition and affect*.

Personal factors memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *behavior related cognition and effect*. *Personal factors* memiliki indikator yang signifikan yang terdiri dari usia, jenis kelamin, lama kerja. Hasil penelitian ini dapat diartikan bahwa tingkat *personal* perawat yang berbeda satu dengan yang lain dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin dan lama kerja, sedangkan faktor lama kerja memiliki kategori yang paling tinggi dalam mempengaruhi faktor *personal* perawat.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa berdasarkan indikator lama kerja, sebagian besar responden bekerja selama 11-20 tahun. Semakin lama masa kerja responden, semakin lama pula pengalaman kerja responden dalam memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif, dan tentunya mempengaruhi pengetahuan dan sikap responden dalam memberikan layanan promotif dan preventif. Responden yang layak sebagai tenaga kesehatan yang memberikan layanan promotif dan preventif harus mengetahui dan mengerti tentang layanan promotif dan preventif serta memiliki sikap antusias dan positif dalam memberikan layanan promotif dan preventif kepada masyarakat.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Kempainen *et al.* (2012) bahwa perawat yang bertugas memberikan layanan promotif dan preventif harus mampu berperan sebagai role model sehat yang mampu mempraktikkan pola hidup sehat dan memiliki keyakinan pribadi dan fleksibilitas dalam upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit (Rush *et al.*, 2010). Perawat komunitas yang memiliki karakter pribadi mengerti dan mampu mempraktikkan pola hidup sehat kepada masyarakat serta memiliki sikap positif terhadap layanan promotif dan preventif, akan dapat memberikan layanan kesehatan secara optimal kepada masyarakat. Kurnat *et al.* (2017) juga membuktikan bahwa *personal factors* memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif.

Faktor personal berpengaruh terhadap perilaku dan sikap petugas kesehatan dalam memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif. Upaya untuk meningkatkan faktor personal perawat antara lain adanya pelatihan berkelanjutan mengenai optimalisasi layanan kesehatan promotif dan preventif, membangun karakter personal perawat yang peka budaya (mampu beradaptasi dengan karakter budaya masyarakat setempat), memfokuskan tugas masing-masing perawat komunitas pada tugas layanan promotif dan preventif.

6.2 Pengaruh *personal factors* terhadap *interpersonal influences*

Personal factor memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *interpersonal influences*. Artinya perawat yang memiliki karakter personal yang kuat sebagai tenaga kesehatan yang memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif, akan mampu membangun hubungan yang baik dengan sesama perawat puskesmas, tenaga kesehatan yang lain, kepala puskesmas dan masyarakat guna mewujudkan layanan kesehatan promotif dan preventif yang optimal.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa dari empat indikator interpersonal influence yang terdiri dari hubungan sesama perawat, dukungan profesi lain, kepala puskesmas, dan dukungan masyarakat. Indikator dukungan masyarakat memiliki kategori yang paling tinggi (nilai *loading factor* 0,861) artinya perawat komunitas lebih sering berinteraksi dengan masyarakat sebagai penerima layanan kesehatan promotif dan preventif.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dikemukakan oleh Poghosyan *et al* (2017) bahwa sebagian besar perawat komunitas bertugas sebagai penyedia jasa layanan kesehatan primer yang berfokus langsung kepada masyarakat dan tugas ini bersifat independen karena perawat mempunyai otoritas dalam pengorganisasian masyarakat untuk mengotimalkan capaian layanan kesehatan primer yang diberikan.

Wojnar dan Whelan (2017) melaporkan bahwa agar interaksi yang dijalin antara perawat dengan masyarakat sebagai penerima layanan kesehatan primer, perawat harus memiliki karakter positif yang kuat antara lain memiliki visi kepemimpinan, suka bersosialisasi/ berinteraksi, mampu mensinergiskan

antara teori dan praktik serta memiliki kemampuan peka budaya. Perawat komunitas dan masyarakat adalah satu kesatuan, sehingga perlu adanya interaksi yang intens dan optimal, sehingga masing-masing komponen mampu berperan secara optimal.

Interpersonal influence berdampak pada keberlangsungan layanan promotif dan preventif yang diberikan perawat komunitas. Upaya untuk meningkatkan hubungan interpersonal influences antara lain melalui upaya pemberdayaan masyarakat melalui pendekatan-pendekatan dengan kelompok-kelompok masyarakat, melakukan upaya advokasi dan kemitraan dengan pemerintah setempat dan pihak terkait.

6.3 Pengaruh *personal factors* terhadap *situational influences*

Personal factors memiliki pengaruh yang signifikan terhadap *situational influences*. *Situational influences* yang dimaksud terdiri dari indikator adanya regulasi/ kebijakan dan ketersediaan fasilitas. Hal ini diartikan bahwa perawat komunitas dapat mempengaruhi kondisi kebijakan dan ketersediaan fasilitas yang menunjang dalam layanan kesehatan promotif dan preventif. Adanya perawat komunitas yang kompeten dalam layanan promotif dan preventif, dapat menginisiasi penyusunan kebijakan terkait layanan promotif dan preventif, mengontrol jalannya kebijakan serta dapat menjamin ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan dan menunjang keberlangsungan layanan promotif dan preventif.

Maijala *et al.* (2016) membuktikan bahwa kurangnya dukungan regulasi atau peraturan yang dibuat oleh pemerintah atau pemegang kebijakan layanan promosi kesehatan di tingkat puskesmas (layanan kesehatan primer) dapat

menyebabkan layanan kesehatan promotif dan preventif tidak berjalan dengan optimal, karena perawat tidak mempunyai arahan yang jelas terkait tugas dan tanggung jawabnya sebagai perawat komunitas, sehingga tugas yang dilakukan tidak berfokus pada tugas independen perawat, melainkan tugas pendelegasian. Hal ini sesuai dengan hasil diskusi FGD bahwa perawat puskesmas lebih cenderung melakukan tugas pendelegasian daripada tugas independen sebagai perawat komunitas.

Beaudet *et al.* (2011) membuktikan bahwa kurang optimalnya pelaksanaan perawat komunitas dalam layanan promosi kesehatan disebabkan karena kurangnya sumber daya pendukung termasuk kekurangan waktu, kurangnya peralatan (misalnya komputer, dan lain-lain) dan materi pendidikan kesehatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang peneliti dapatkan bahwa layanan kesehatan promotif dan preventif sebagian besar tidak terjadwal dengan sistematis, tetapi dilakukan jika ada jadwal kosong setelah melakukan tugas pendelegasian, layanan lebih mengarah pada penyuluhan kesehatan saja, kurangnya dukungan dana untuk kegiatan promotif dan preventif di puskesmas maupun di desa menyebabkan masyarakat dan petugas kesehatan sendiri enggan melakukan.

Kondisi Situational influence tampak dari keberadaan kebijakan terkait layanan promotif dan preventif, serta ketersediaan dan kelengkapan fasilitas penunjang upaya promotif dan preventif. Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kondisi *situational influences* melalui peningkatan koordinasi dengan kepala puskesmas, kepala dinas kesehatan dan aparat pemerintah setempat terkait penyusunan kebijakan yang mengatur tentang tugas dan

kewenangan perawat puskesmas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif serta pendanaan untuk penyediaan fasilitas yang memadai untuk layanan promotif dan preventif.

6.4 Pengaruh *personal factors* terhadap tugas perawat komunitas

Personal factors memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif. Hal ini diartikan bahwa perawat dengan karakter personal yang kuat sebagai pemberi layanan kesehatan promotif dan preventif akan dapat menjalankan tugasnya dengan optimal. Karena tugas dalam menjalankan layanan promotif dan preventif melekat pada diri perawat komunitas.

Poghosyan *et al* (2017) menjelaskan bahwa Perawat komunitas melaporkan bahwa layanan promotif dan preventif adalah tugas utama mereka di layanan primer, bukan sekedar menjalankan tugas pendelegasian dan membantu jalannya program pemerintah. Keberadaan perawat komunitas sangat diharapkan bagi masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatannya, mampu melakukan pencegahan penyakit dan melakukan upaya pencegahan kecacatan akibat penyakit (Pender, 2011). Selain itu, Menkes RI (2011) menjelaskan bahwa tugas perawat puskesmas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif lebih berfokus pada pelaksanaan upaya pemberdayaan masyarakat, melakukan pendekatan dengan bina suasana, upaya advokasi dan kemitraan dengan pihak terkait. Namun, hasil penelitian ini menunjukkan bahwa proporsi perawat komunitas yang memberikan layanan promotif secara optimal masih dirasa kurang, hal ini dibuktikan bahwa hanya 14,3% layanan promotif yang diberikan perawat komunitas dalam kategori baik, dan hanya

19,3% layanan preventif yang diberikan perawat komunitas dalam kategori baik. Hal ini disebabkan karena sebagian besar perawat masih melakukan tugas pendelagasian dan memegang program kerja puskesmas yang lain, bukan berfokus pada layanan kesehatan promotif dan preventif.

Personal faktor berpengaruh terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas. Upaya untuk meningkatkan kapasitas personal factors dalam memberikan layanan promotif dan preventif melalui memfokuskan tugas perawat komunitas pada layanan kesehatan promotif dan preventif, meningkatkan kemampuan kognitif dan afektif perawat melalui pelatihan berkala dan pembinaan berkala.

6.5 Pengaruh *behavior related cognition and affect* terhadap komitmen perawat

Behavior related cognition and effect memiliki pengaruh yang signifikan terhadap komitmen perawat. Komitmen yang dimaksud terdiri dari komitmen afektif, *normative* dan *contiuance*. Perawat yang mengerti tentang pentingnya tugas dalam memberikan layanan promotif dan preventif serta memiliki sikap positif terhadap layanan promotif dan preventif akan dapat memberikan komitmen yang baik terhadap tugasnya. Hal ini dibuktikan dari hasil penelitian bahwa komitmen perawat berada pada kategori positif pada indikator *afektif, normative, dan contiuance*. Artinya perawat berkomitmen untuk memberikan layanan promotif dan preventif karena suatu keharusan yang timbul dari dalam diri sendiri, tuntutan insititusi/ puskesmas maupun karena keberlangsungan layanan promotif terhadap tuntutan dan kebutuhan masyarakat.

Hasil penelitian ini dikuatkan oleh penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Goodman *et al.* (2011) yang melaporkan bahwa kurang optimalnya pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan primer disebabkan karena kurangnya keterampilan yang dimiliki perawat dalam mengimplementasikan promosi kesehatan di komunitas. Sedangkan Beaudet *et al.*, 2011; Whitehead (2011) mengungkapkan bahwa perawat komunitas masih belum mengetahui dengan jelas jenis kegiatan apa saja yang dilakukan sebagai upaya dari layanan promosi kesehatan di komunitas. (kinerja perawat komunitas, SPM komunitas). Ini mengindikasikan bahwa perawat yang tidak mengerti akan tugasnya dalam memberikan layanan promotif dan preventif, tidak memiliki komitmen yang positif dalam menjalankan tuagisnya sebagai perawat komunitas, sehingga layanan yang diberikan tidak optimal.

Untuk meningkatkan komitmen perawat melalui pendekatan kognitif dan afektif perawat, perlu dilakukan upaya antara lain meningkatkan kognitif (pemahaman) perawat tentang tugas utama perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif. Upaya ini dapat dilakukan melalui memberikan pelatihan tentang pentingnya layanan kesehatan promotif dan preventif, serta meningkatkan karakter positif perawat dalam menjalankan tugas dalam memberikan layanan promotif dan preventif.

6.6 Pengaruh *interpersonal influences* terhadap komitmen perawat.

Interpersonal influences tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap komitmen perawat. Artinya komitmen perawat tidak dipengaruhi oleh faktor eksternal yaitu hasil hubungan interpersonal perawat dengan

sesama perawat, profesi lain atau hubungan dengan masyarakat. Tetapi komitmen perawat secara langsung dipengaruhi oleh faktor internal perawat (yaitu aspek kognitif, afektif dan situational influences).

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pada dukungan perawat dari profesi lain, kepala puskesmas dan masyarakat berada pada kategori baik hingga mencapai 37-40%, namun masih terdapat perawat dengan komitmen negatif sebesar 22,4%. Hal ini menunjukkan bahwa perawat dengan faktor interpersonal influence baik belum tentu dapat memberikan komitmen yang positif terhadap pelaksanaan layanan kesehatan promotif dan preventif. Dari hasil penelitian juga ditemukan bahwa komitmen perawat komunitas sebagian besar dipengaruhi oleh faktor *behavior releted cognition dan effect* (pengetahuan dan sikap perawat) dan faktor *situational influences* (ketersediaan regulasi dan fasilitas).

Hasil ini berbeda dengan konsep *Health Promotion Model* (HPM) yang dikemukakan oleh Pender (2011) bahwa komitmen dipengaruhi oleh *interpersonal influence* atau komitmen merupakan hasil dari dukungan interpersonal antara perawat dengan tim profesi kesehatan yang lain terkait layanan kesehatan promotif dan preventif, dukungan interpersonal akan menguatkan komitmen perawat. Lee (2017) juga membuktikan bahwa dukungan tim profesional kesehatan dapat memberikan komitmen positif terhadap perawat. Sedangkan dari hasil penelitian komitmen perawat dipengaruhi oleh faktor faktor *behavior releted cognition dan effect* (pengetahuan dan sikap perawat) dan faktor *situational influences* (ketersediaan regulasi dan fasilitas). Hal ini disebabkan karena ketersediaan

tenaga kesehatan (perawat) dan profesi yang lain yang bekerja di puskesmas masih relatif kurang, mereka bekerja dengan mengoptimalkan kapasitas tenaga yang ada dalam memberikan layanan promotif dan preventif. Sehingga yang membuat perawat untuk terus berkomitmen dalam memberikan layanan promotif dan preventif berasal dari masing-masing individu perawat (kognitif dan sikap perawat) disamping karena regulasi dan ketersediaan fasilitas.

6.7 Pengaruh *situational influences* terhadap komitmen perawat.

Situational influences memiliki pengaruh yang signifikan terhadap komitmen perawat. Artinya komitmen perawat dipengaruhi oleh faktor situational influences yaitu adanya kebijakan dan ketersediaan fasilitas penunjang. Adanya kebijakan terkait layanan promotif dan preventif serta ketersediaan fasilitas yang menunjang untuk layanan promotif dan preventif dapat meningkatkan komitmen perawat dalam memberikan layanan promotif dan preventif terhadap masyarakat.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa komitmen perawat dalam memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif sebagian besar berada pada kategori positif yaitu mencapai 77,6%, artinya sebagian besar perawat sudah mempunyai komitmen untuk memberikan layanan promotif dan preventif dengan berbagai kondisi dan konsekuensi. Komitmen positif perawat ini disebabkan karena adanya dukungan kebijakan terkait layanan promotif dan preventif serta ketersediaan fasilitas yang menunjang untuk keberlangsungan upaya promotif dan preventif. Hal ini dibuktikan bahwa ketersediaan regulasi dan fasilitas yang menunjang untuk layanan promotif dan preventif berada pada kategori baik (52,8%) .

Adanya komitmen positif perawat komunitas ini akan dapat menyebabkan layanan kesehatan promotif dan preventif perawat dapat tercapai dengan optimal. Seperti yang diungkapkan oleh Sidharta dan Margaretha (2011) bahwa komitmen individu dapat mengarah ke cara optimal pada tujuan organisasi yaitu dalam hal ini tercapainya layanan kesehatan promotif dan preventif secara optimal. Hal ini dikuatkan oleh penelitian sebelumnya oleh Meyer *et al.* (2002) menyatakan bahwa petugas kesehatan yang memiliki komitmen akan bekerja penuh dedikasi, yang membuat petugas kesehatan memiliki keinginan untuk memberikan tenaga dan tanggung jawab yang lebih untuk menyokong kesejahteraan dan keberhasilan organisasi tempatnya bekerja.

Upaya untuk meningkatkan komitmen perawat komunitas dalam memberikan layanan promotif dan preventif dapat dilakukan dengan pendekatan atau modifikasi faktor situational influence (regulasi dan fasilitas) melalui memberikan masukan kepada kepala puskesmas untuk penyusunan regulasi/ kebijakan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif, menjalankan kebijakan tersebut sebagai arahan dalam menjalankan praktik kesehatan promotif dan preventif.

6.8 Pengaruh *behavior related cognition and affect* terhadap tugas perawat komunitas

Behavior related cognition and effect tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap tugas perawat komunitas. Adanya pemahaman dan sikap perawat dalam memberikan layanan promotif dan preventif tidak secara langsung berpengaruh terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas. Artinya

walaupun perawat komunitas memahami terkait layanan promotif dan preventif serta memiliki sikap positif terhadap layanan kesehatan promotif dan preventif, namun belum tentu dapat menjalankan tugasnya dalam memberikan layanan promotif dan preventif dengan optimal.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa tingkat kognitif perawat sebagian besar berada pada kategori baik yaitu sebesar 56,5% dan sebagian besar perawat memiliki sikap positif yaitu sebesar 80,1%, namun pelaksanaan tugas perawat dalam memberikan layanan promotif dan preventif dalam kategori baik masih relatif kurang, yaitu hanya 14,3-19,3%. Sehingga dapat disimpulkan bahwa walaupun pemahaman perawat baik dan sikap perawat positif terhadap layanan promotif dan preventif, tapi belum tentu dapat menjalankan tugas dalam layanan promotif dan preventif secara optimal.

Hasil penelitian tidak sesuai dengan yang dikemukakan oleh Goodman *et al.* (2011) melaporkan bahwa kurang optimalnya pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan primer disebabkan karena kurangnya keterampilan yang dimiliki perawat dalam mengimplementasikan promosi kesehatan di komunitas. Sedangkan Beaudet *et al.*, 2011; Whitehead (2011) mengungkapkan bahwa perawat komunitas masih belum mengetahui dengan jelas jenis kegiatan apa saja yang dilakukan sebagai upaya dari layanan promosi kesehatan di komunitas. Selain itu Wilhelmsson dan Lindberg (2009) dan Maijala *et al* (2016) membuktikan bahwa kurang optimal capaian pelaksanaan promosi kesehatan di sebabkan karena kurangnya sikap positif yang ditampilkan oleh perawat komunitas yang memberikan layanan promosi kesehatan.

Pelaksanaan tugas perawat komunitas sebagian besar dipengaruhi faktor personal perawat, baik karena pemahaman atau sikap positif yang ditampilkan perawat dalam memberikan layanan promotif dan preventif. Namun ada faktor lain yang turut menentukan optimalnya pelaksanaan layanan promotif dan preventif, yaitu faktor eksternal yang berasal dari adanya regulasi yang mengatur tentang tata laksana kegiatan layanan dan fasilitas penunjang.

6.9 Pengaruh *interpersonal influences* terhadap tugas perawat komunitas

Faktor interpersonal influences memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan promotif dan preventif. Artinya dampak hubungan interpersonal antara sesama perawat dan profesi kesehatan lain dalam menjalankan kegiatan layanan promotif dan preventif, dukungan kepala puskesmas dalam menentukan kebijakan tentang layanan promotif serta respon masyarakat terkait layanan kesehatan yang diberikan perawat akan menentukan kualitas layanan promotif dan preventif yang diberikan perawat. Karena dampak hubungan interpersonal yang baik dapat memberikan dampak yang positif terhadap perawat, perawat akan lebih berfokus menjalankan layanan kesehatan promotif dan preventif daripada menjalankan tugas lainnya termasuk tugas pendelegasian.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa sebagian besar dukungan eksternal (sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas dan masyarakat) berada pada kategori baik yaitu sebesar 37-40%, artinya sebagian besar mendukung perawat untuk berfokus menjalankan layanan kesehatan promotif dan preventif daripada menjalankan tugas pendelegasian atau program puskesmas yang lain. Hal ini ditunjukkan dengan pelaksanaan tugas perawat

komunitas yang mendapatkan dukungan eksternal berada pada kategori cukup yaitu sebesar 49-52% dan kategori baik sebesar 14-19%.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Fuller (2015) bahwa dukungan staf petugas kesehatan lain dapat menentukan capaian tugas perawat komunitas dalam memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif. Dukungan staf petugas kesehatan yang lain dapat membantu perawat untuk membangun sistem layanan kesehatan promotif dan preventif lebih stabil dan terkontrol, sehingga perawat lebih terfokus terhadap tugasnya dan memperhatikan responden masyarakat sebagai bentuk adopsi perilaku sehat yang ditampilkan oleh perawat. Selain itu Garry *et al.* (2017) membuktikan bahwa perawat membutuhkan dukungan organisasi, sumber daya yang memadai dan dukungan dari tim multidisiplin untuk dapat memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif yang optimal.

Hal ini membuktikan bahwa interpersonal influence atau dukungan tim petugas kesehatan yang lain dapat memberikan pengaruh yang kuat terhadap perawat komunitas agar dapat memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif dengan optimal. Faktor interpersonal influence menjadi salah satu faktor yang menentukan optimalnya layanan kesehatan promotif dan preventif.

6.10 Pengaruh *situational influences* terhadap tugas perawat komunitas.

Situational influences memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam memberikan layanan promotif dan preventif. Adanya dukungan regulasi dan ketersediaan

fasilitas yang menunjang dapat menjadikan perawat dapat menjalankan tugas dalam memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif dengan optimal.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa faktor interpersonal influence dalam hal ini yaitu ketersediaan regulasi dan fasilitas yang menunjang untuk layanan promotif dan preventif berada pada kategori baik (52,8%), artinya regulasi dan fasilitas dari puskesmas, sangat mendukung perawat untuk dapat menjalankan tugasnya dalam memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif.

Hasil penelitian ini sesuai dengan yang dikemukakan oleh Maijala *et al.* (2016) bahwa dukungan regulasi atau peraturan yang dibuat oleh pemerintah atau pemegang kebijakan layanan promosi kesehatan di tingkat puskesmas dapat menentukan optimalnya layanan kesehatan promotif dan preventif di komunitas, Beaudet *et al.* (2011) juga membuktikan bahwa kurang optimalnya pelaksanaan perawat komunitas dalam layanan promosi kesehatan disebabkan karena kurangnya sumber daya pendukung termasuk kekurangan waktu, kurangnya peralatan (misalnya komputer, dan lain-lain) dan materi pendidikan kesehatan.

Dukungan regulasi dan ketersediaan fasilitas ikut berkontribusi menentukan optimalnya layanan kesehatan promotif dan preventif di komunitas. Adanya regulasi yang berfokus pada layanan kesehatan promotif dan preventif yang diperuntukkan perawat, serta adanya fasilitas yang menunjang untuk pelaksanaan layanan promotif dan preventif,

diharapkan dapat mengoptimalkan layanan kesehatan promotif dan preventif yang dilakukan oleh perawat.

6.11 Pengaruh *komitmen* perawat terhadap tugas perawat komunitas

Komitmen perawat memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif. Perawat yang mempunyai komitmen positif dalam layanan promotif dan preventif, akan mampu memberikan layanan dengan optimal, sebaliknya jika perawat komunitas tidak mempunyai komitmen untuk menjalankan layanan promotif dan preventif, maka layanan tidak akan terlaksana dengan optimal.

Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa komitmen perawat terhadap layanan kesehatan promotif dan preventif berada pada kategori positif yaitu sebesar 77-86%, dan capaian tugas perawat komunitas pada perawat dengan komitmen positif berada pada kategori cukup sebesar 52,8% dan baik sebesar 19,3%. Hasil ini menunjukkan bahwa komitmen perawat ikut berkontribusi menentukan optimalnya tugas yang dilakukan perawat dalam memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif.

Komitmen merupakan suatu kesepakatan antara individu- individu di dalamnya yang bersifat mengikat dan mengarah pada keseluruhan tujuan organisasi (Sidharta & Margaretha, 2011). Meyer *et al.* (2002) menyatakan bahwa petugas kesehatan yang memiliki komitmen akan bekerja penuh dedikasi, yang membuat petugas kesehatan memiliki keinginan untuk memberikan tenaga dan tanggung jawab yang lebih untuk menyokong kesejahteraan dan keberhasilan organisasi tempatnya bekerja. Konsep dan

temuan penelitian sebelumnya ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti bahwa perawat komunitas yang memiliki komitmen positif terhadap layanan kesehatan promotif dan preventif akan memberikan kontribusi yang optimal dalam layanan kesehatan promotif dan preventif. Adapun Program Pengendalian yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Banyuwangi dalam mengendalikan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) kepada masyarakat meliputi : Pengembangan media promosi dan informasi sadar penyakit DBD dan Penyuluhan kepada masyarakat mengenai penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD), Penyelidikan Epidemiologi, penggerakan masyarakat untuk Pemberantasan Sarang Nyamuk, Abatesasi dan Fogging. Pengendalian penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan meliputi Upaya Preventif dan Upaya Represif (Idriansyah, 2016).

Komitmen menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif. Perlu adanya upaya untuk meningkatkan komitmen perawat dalam memberikan layanan promotif dan preventif agar layanan promotif dan preventif yang diberikan dapat mencapai hasil yang optimal.

6.12 Pengaruh tugas perawat komunitas terhadap outcome layanan

Tugas perawat komunitas memiliki pengaruh yang signifikan terhadap outcome layanan. Artinya layanan kesehatan promotif dan preventif yang diberikan oleh perawat komunitas sangat berpengaruh terhadap perilaku promotif dan preventif masyarakat. Kualitas layanan promotif dan preventif yang diberikan secara optimal oleh perawat komunitas terhadap masyarakat, akan dapat meningkatkan sikap masyarakat dalam mengimplementasikan

layanan promotif dan preventif khususnya dalam mencegah kasus demam berdarah.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan promotif dan preventif yang berada pada kategori baik hanya sekitar 14,3%, dan sikap masyarakat dalam upaya promotif dan preventif dalam pencegahan demam berdarah juga sebagian besar berada pada kategori kurang 37,3 % dan cukup sekitar 42,9%. Hal ini menunjukkan bahwa perawat komunitas masih belum melakukan tugasnya dalam memberikan layanan promotif dan preventif dengan optimal sehingga dampaknya terhadap masyarakat yaitu masih rendahnya sikap masyarakat dalam menerapkan upaya promotif dan preventif sebagai upaya pencegahan demam berdarah.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya oleh Kempainen et al. (2012) bahwa sikap masyarakat terhadap penerapan upaya promotif dan preventif dipengaruhi oleh peran petugas kesehatan sebagai role model sehat yang mampu menerapkan pola hidup sehat serta memiliki keyakinan pribadi dan fleksibilitas dalam upaya promosi kesehatan (Rush et al., 2010). Selain itu, ditentukan juga oleh karakteristik kondisi ekonomi, sosial dan budaya masyarakat, kebijakan sosial dan kesehatan yang mengikat masyarakat untuk menerapkan tindakan promotif dan preventif serta gaya hidup dan perilaku hidup sehat masyarakat sebelumnya (Cang, 2016).

Penerapan promotif dan preventif masyarakat dipengaruhi secara internal dan eksternal. Secara eksternal dipengaruhi oleh kemampuan perawat komunitas dalam memberikan layanan promotif dan preventif dengan optimal secara faktor internal masyarakat sendiri seperti karakteristik sosial ekonomi,

budaya setempat, serta gaya hidup dan perilaku kesehatan masyarakat sebelumnya.

6.13 Pengaruh Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas terhadap Tugas Perawat Komunitas

6.13.1 Pengaruh Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas terhadap Tugas Perawat Komunitas kelompok perlakuan

Uji wilcoxon didapatkan $p= 0,000$ sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh model pelaksanaan tugas perawat komunitas terhadap tugas perawat komunitas.

Tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif terdiri dari pemberdayaan masyarakat, bina suasana, upaya advokasi, dan upaya kemitraan dengan pihak terkait (Menkes RI, 2014). Dalam upaya pengendalian sebelum terjadinya kasus (Preventif), yaitu dengan mensosialisasikan informasi mengenai upaya pencegahan penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) kepada masyarakat, Dinas Kesehatan Kabupaten Pelalawan menggunakan tipe komunikasi massa dan juga komunikasi kelompok. Yaitu melalui sosialisasi menggunakan media massa dan sosialisasi melalui penyuluhan (Idriansyah, 2016).

Upaya primer dilakukan melalui mengajarkan masyarakat menerapkan pola pencegahan demam berdarah, menjaga kondisi lingkungan, dan skreening penyakit demam berdarah. Upaya sekunder dilakukan melalui upaya pengobatan dan perawatan dini dan rujukan ke rumah sakit, upaya sekunder dilakukan melalui upaya rehabilitasi dan pembatasan kecacatan (Menkes RI, 2014). Model optimalisasi

pelaksanaan tugas perawat komunitas merekomendasikan bahwa untuk mengoptimalkan pelaksanaan tugas perawat perlu meningkatkan atau mengoptimalkan pengaruh faktor personal, *interpersonal influences*, *situational influences*, dan komitmen perawat. Upaya personal dilakukan dengan mengoptimalkan kemampuan personal perawat dan identifikasi tugas sesuai dengan keahliannya, upaya interpersonal dengan cara membina hubungan baik dan meningkatkan dukungan sesama perawat, profesi lain, kepala puskesmas dan masyarakat untuk mendukung upaya perawat dalam memberikan layanan promotif dan preventif. Upaya situational influence dilakukan melalui rekomendasi kepada kepala puskesmas dan dinas kesehatan untuk menyusun kebijakan tentang tugas perawat dalam layanan promotif dan preventif serta memberikan fasilitas yang memadai untuk layanan promotif dan preventif. Sedangkan upaya komitmen dapat ditingkatkan dengan mengoptimalkan kognitif dan afektif perawat serta mengoptimalkan jalannya kebijakan dan ketersediaan fasilitas.

6.13.2 Pengaruh Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas terhadap luaran layanan kelompok perlakuan

Uji wilcoxon didapatkan $p = 0,000$ sehingga dapat disimpulkan terdapat pengaruh model pelaksanaan tugas perawat komunitas terhadap sikap masyarakat dalam melakukan pencegahan dan penanganan demam berdarah.

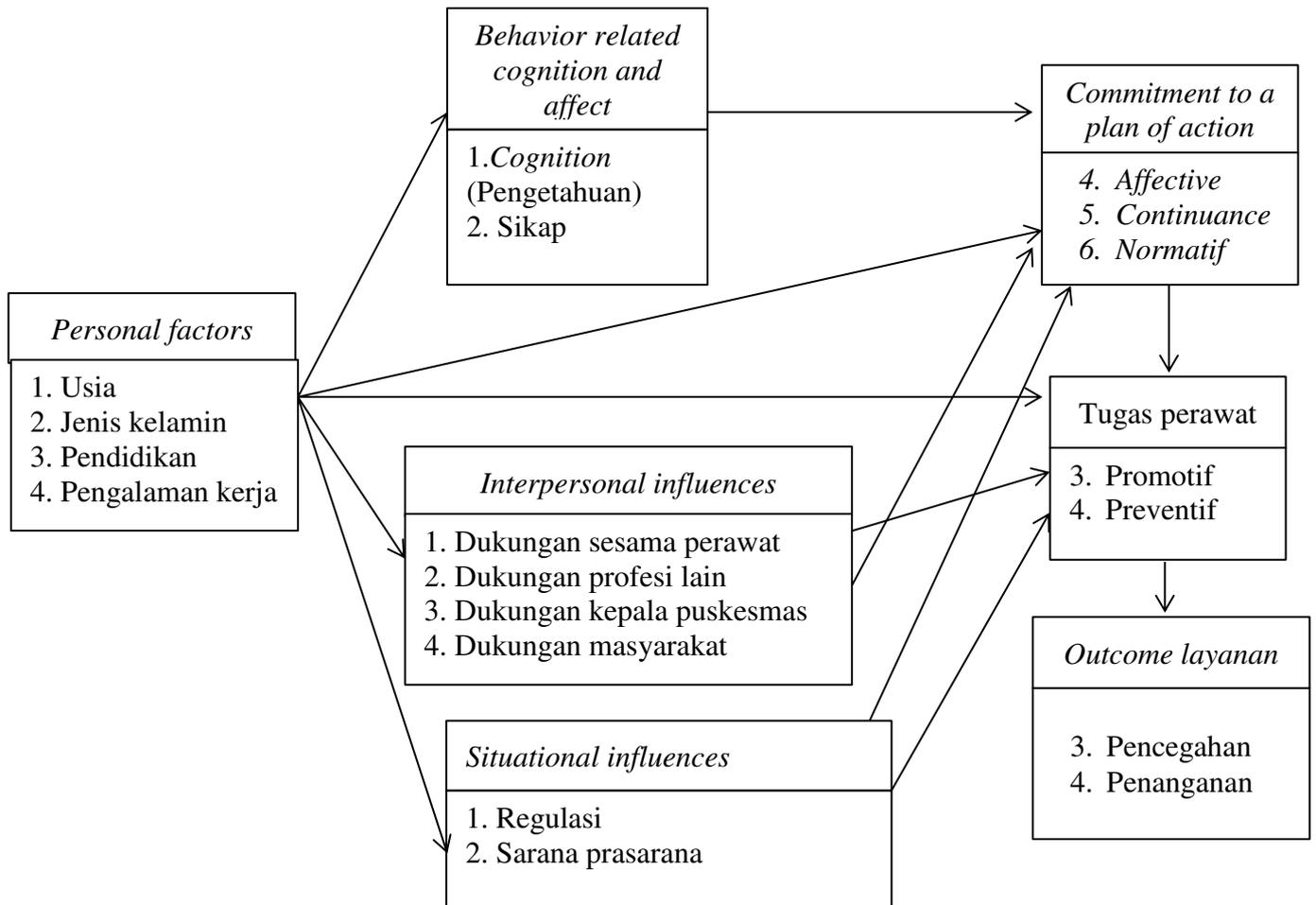
Capaian layanan kesehatan masyarakat terkait pencegahan dan penanganan demam berdarah antara lain perilaku masyarakat terkait

program 3M, perilaku masyarakat dalam melakukan deteksi dini penyakit demam berdarah dan penerapan tindakan penanganan dini demam berdarah dan rujukan ke rumah sakit. Hasil penelitian ini respon masyarakat atau outcome layanan meningkat atau mengalami perubahan ke arah positif setelah perawat komunitas mampu melakukan tugasnya secara optimal dalam memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif.

Strategi pengendalian demam berdarah meliputi: pertama, membudayakan gerakan pemberantasan sarang nyamuk di masyarakat. Kedua, meningkatkan peran kelompok kerja dalam memobilisasi dan memberdayakan masyarakat. Ketiga, meningkatkan komitmen dan peran serta aktif pimpinan daerah, tokoh agama, tokoh masyarakat. Keempat, meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan petugas kesehatan, kader dan masyarakat. Dan kelima, komunikasi informasi dan edukasi (KIE) kepada masyarakat tentang upaya pengendalian demam berdarah secara berkesinambungan (Bahtiar, 2012).

6.14 Temuan Penelitian

Temuan yang dihasilkan dari Penelitian ini antara lain dapat diuraikan sebagai berikut:



Gambar 6.1 Model Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif

Keterangan:

Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif di puskesmas di Banyuwangi dipengaruhi oleh variabel *personal factors* (usia, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja), *interpersonal influences* (dukungan sesama perawat, dukungan profesi lain,

dukungan kepala puskesmas, dukungan masyarakat), *situational influences* (adanya regulasi, ketersediaan fasilitas), dan *commitment to a plan of action* (affective, continuance, normatif). Tugas perawat komunitas ini berdampak terhadap perilaku promotif dan preventif masyarakat dalam pencegahan demam berdarah.

Kontribusi hasil penelitian model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas terhadap tugas perawat komunitas di puskesmas di kabupaten Banyuwangi, yaitu:

1. Kontribusi Teoritis

Penelitian ini memberikan masukan bagi pengembangan ilmu keperawatan dengan menerapkan teori Health Promotion Model (Pender, 2011).

Selain itu penelitian ini menerapkan konsep kesehatan promotif dan kesehatan preventif (Menkes RI, 2014). Model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dipengaruhi oleh personal factors, interpersonal influences, situational influences dan komitmen perawat. Implementasi model secara optimal dapat menjadikan pelaksanaan tugas perawat menjadi lebih optimal.

2. Kontribusi praktis

Kepala puskesmas, kepala dinas kesehatan dan dukungan profesi lain dan masyarakat memiliki kontribusi yang besar demi tercapainya pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif secara optimal. Rekomendasi penelitian ini dapat digunakan untuk memfasilitas pelaksanaan tugas perawat komunitas di puskesmas

6.15 Keterbatasan Penelitian

Masih belum adanya perawat puskesmas yang spesifik bertugas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif, mereka juga menjalankan tugas pendelegasian.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

7.1.1 Penelitian Tahap 1

1. *Personal factors* meningkatkan *behavior related cognition and effect* perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif.
2. *Personal factors* meningkatkan *Interpersonal Influences* perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif.
3. *Personal factors* meningkatkan *Situational Influences* perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
4. *Personal factors* meningkatkan Tugas Perawat Komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
5. *Behavior related cognition and effect* meningkatkan komitmen perawat dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
6. *Interpersonal influences* meningkatkan komitmen perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
7. *Situational influences* meningkatkan komitmen perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
8. *Behavior related cognition and effect* tidak meningkatkan Tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
9. *Interpersonal influences* meningkatkan Tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
10. *Situational influences* meningkatkan Tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif

11. Komitmen perawat komunitas meningkatkan Tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
12. Tugas perawat komunitas meningkatkan sikap promotif dan preventif masyarakat dalam demam berdarah
13. Model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas berpengaruh terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas. model ini menekankan pada modifikasi faktor personal, interpersonal influences, situational influence dan komitmen. Diantara ke empat faktor tersebut, faktor *situational influences* perawat memiliki pengaruh yang paling dominan terhadap pelaksanaan tugas perawat komunitas. peningkatan komitmen dilakukan melalui penyusunan regulasi dan implementasi regulasi yang berfokus pada tugas perawat dalam layanan promotif dan preventif serta menjamin ketersediaan fasilitas yang dibutuhkan dalam layanan promotif dan preventif.

7.2 Saran

7.2.1 Perawat

Perawat komunitas diharapkan dapat memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif kepada masyarakat secara optimal. Upaya peningkatan layanan promotif dengan cara memaksimalkan upaya pemberdayaan masyarakat, melakukan pendekatan dengan pihak terkait serta melakukan upaya advokasi dan kemitraan dengan pemerintah setempat dan masyarakat. Sedangkan upaya peningkatan layanan preventif dengan melakukan pencegahan pada tahap primer, sekunder dan tersier.

7.2.2 Puskesmas

Kepala puskesmas dan kepala dinas kesehatan hendaknya lebih memperhatikan dan mengevaluasi berjalannya layanan promotif dan preventif, mengingat hal tersebut merupakan tugas utama puskesmas dalam memberikan layanan kepada masyarakat. Tugas tersebut secara maksimal dapat dijalankan oleh perawat jika mereka difokuskan dalam layanan promotif dan preventif daripada menjalankan tugas pendelegasian.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M.R. 2014. *Nursing Theorists and Their Work 8th Edition*. Missouri: Elsevier
- Beaudet, N., Richard, L., Gendron, S. and Boisvert, N. (2011) Advancing population-based health promotion and prevention practice in community-health nursing. *Advances in Nursing Science*, 34, E1–E12.
- Carrier, J. and Adams, S. (2017) ‘Nurse practitioners as a solution to transformative and sustainable health services in primary health care: A qualitative exploratory study’, *Collegian*. Australian College of Nursing Ltd, 24(6), pp. 525–531. doi: 10.1016/j.colegn.2016.12.001.
- Chang, I.-C. *et al.* (2016) ‘Health Knowledge Effects’, *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 34(3), pp. 137–142.
- Florindo, A. A. *et al.* (2017) ‘Physical activity promotion by health practitioners: a distance-learning training component to improve knowledge and counseling’, *Primary Health Care Research and Development*, (September), pp. 1–11.
- Fraser, S., Grant, J., and Mannix, T. 2014. The role and experience of child and family health nurses in developed countries: A review of the literature’. *Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing*; 17(3): pp. 2-10.
- Fuller, S. (2015) ‘Illness prevention in the nhs five year forward view’, *Nursing Management*, 22(3), pp. 20–26. doi: 10.7748/nm.22.3.20.e1354.
- Garry, B. *et al.* (2017) ‘Promotion of oral health by community nurses’, *British Journal of Community Nursing*, 22(10).
- Grant, A. J. *et al.* (2017) ‘How do nurse practitioners work in primary health care settings? A scoping review’, *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier Ltd. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.06.011.
- Kemppainen, V., Tossavainen, K., and Turunen, H. 2012. Nurses’ roles in health promotion practice: an integrative review. *Health Promotion International*; 28(4): pp. 490-501.
- Kurnat, E., El-Banna, M., Oacrum, M., and Tylorer, J. 2017. Nurses’s health promoting life style behaviors in a community hopsital. *Applied Nursing Science*; 35: pp.77-81.

- Lee, G. *et al.* (2017) 'The future of community nursing: Hospital in the Home', *British Journal of Community Nursing*, 22(4), pp. 174–180.
- Maijala, V., Tossavainen, K. and Turunen, H. (2016) 'Health promotion practices delivered by primary health care nurses : Elements for success in Finland', *Applied Nursing Research*. Elsevier Inc., 30, pp. 45–51. doi: 10.1016/j.apnr.2015.11.002.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Menkes RI). 2007. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.585/MENKES/SK/V/2007 tentang Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Puskesmas.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.75 Tahun 2014 Tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2014. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.82 Tahun 2014 Tentang Penanggulangan Penyakit Menular.
- Neumann, L. *et al.* (2017) 'Health promotion and preventive care intervention for older community-dwelling people: Long-term effects of a randomised controlled trial (RCT) within the LUCAS cohort', *The journal of nutrition, health & aging*, 21(9), pp. 1016–1023.
- Rush, K. L., Kee, C. C. and Rice, M. 2010. Nurses as imperfect role models for health promotion. *Western Journal of Nursing research*, 27, 166–183.
- Schmied, V., Fowler, C., Rossiter, C., Homer, C., Kruske, S. 2014. Nature and Frequency of services provided by child and family health nurses in Australia: results of a national survey'. *Australian Health Review*; 38(2): 177-185.
- Simon, T., Hurvitz, K., (January 31, 2014) "Healthy People 2020 Objectives for Violence Prevention and the Role of Nursing" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* Vol. 19, No. 1, Manuscript 1.
- Thomas, J. J., Hart, A. M. and Burman, M. E. (2014) 'Improving Health Promotion and Disease Prevention in NP-Delivered Primary Care', *Journal for Nurse Practitioners*. Elsevier, Inc, 10(4), pp. 221–228.

- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., and Parsons, M.A. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. 6th Edition. Boston: Pearson
- Peterson, S. J., and Bredow, T.S. 2009. *Middle range theories: Application to nursing research* (2nd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams & Wilkins
- Poghosyan, L., Liu, J. and Norful, A. A. (2017) 'Nurse practitioners as primary care providers with their own patient panels and organizational structures : A cross-sectional study', *International Journal of Nursing Studies*. Elsevier, 74 (December 2016), pp. 1–7. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.05.004.
- Samarasinghe, K., Fridlund, B. and Arvidsson, B. (2010). Primary health care nurses' promotion of involuntary migrant families' health. *International*
- Tingvoll, W., Sæterstrand, T. and McClusky, L. M. (2016) 'The challenges of primary health care nurse leaders in the wake of New Health Care Reform in Norway', *BMC Nursing*. BMC Nursing, pp. 1–8. doi: 10.1186/s12912-016-0187-x.
- Whitehead, D. (2011) Health promotion in nursing: a Derridean discourse analysis. *Health Promotion International*, 26, 117–127. *Nursing Review*, 57, 224–231.
- Whitehead, D. 2017. The Role of Community based Nurses in Health Promotion. *British Journal of Community Nursing*; 5(12): pp.604-608
- Wojnar, D. M. and Whelan, E. M. (2017) 'Preparing nursing students for enhanced roles in primary care : The current state of prelicensure and RN-to-BSN education', *Nursing Outlook*. Elsevier Inc., 65(2), pp. 222–232. doi: 10.1016/j.outlook.2016.10.006.
- World Health Organization (WHO). 2013. Helsinki Statement on health in all policies. eight Global Conference on Health Promotion, 10-14 June, 2013. Helsinki, Finland.
- World Health Organization (WHO). 2014. *Transforming Health Services Delivery towards People-centered health systems*. (Briefing note). Retrieved from: <http://www.euro.who.int/>

Idriansyah (2016) 'Pengendalian Penyakit Demam Berdarah Dengue (DBD) Oleh Dinas Kesehatan Di Kecamatan Pangkalan Kerinci Kabupaten Pelalawan', *JOM FISIP*, 3(2).

Bahtiar, Y. (2012) 'Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Tokoh Masyarakat Dengan Perannya Dalam Pengendalian Demam Berdarah Di Wilayah Puskesmas Kawalu Kota Tasikmalaya', *Aspirator*, 4(2).

Lampiran 1

Lembar Penjelasan Penelitian

PENJELASAN PENELITIAN BAGI RESPONDEN PENELITIAN

Judul Penelitian :

“Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif”

Peneliti: Sismulyanto

Tujuan Penelitian:

Menganalisis Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif.

Perlakuan yang diterapkan pada subjek

Penelitian ini terdiri dari 2 tahap:

Tahap 1

Pada penelitian tahap 1, tidak ada perlakuan khusus terhadap responden. Responden hanya diminta untuk mengisi kuesioner. Pengisian kuesioner dilakukan oleh peneliti dan dibantu oleh fasilitator untuk menunggu proses pengisian yang dilakukan oleh responden.

Tahap 2

Pada penelitian tahap 2, responden dibagi menjadi 2 kelompok: kelompok perlakuan dan kontrol. Pada kelompok perlakuan, diberikan intervensi berupa pelatihan dengan menggunakan modul yang telah disusun dari penelitian tahap 1. Kelompok perlakuan diberikan pre test dengan menggunakan kuesioner kemudian diberikan pelatihan dengan menggunakan modul dan terakhir diberikan post test dengan menggunakan kuesioner beberapa hari kemudian.

Manfaat

Responden mendapatkan informasi baru terkait strategi cara mengoptimalkan layanan kesehatan promotif dan preventif di komunitas

Bahaya Potensial

Bahaya potensial yang mungkin muncul akibat keterlibatan dalam penelitian ini adalah waktu yang dipakai untuk mengisi kuesioner dan mengikuti FGD di sela-sela pekerjaannya, sehingga akan menambah kesibukan para responden. Cara menghindarinya adalah dengan mengatur jadwal pengisian kuesioner dengan responden setelah waktu pelayanan selesai dilakukan. Kerahasiaan data diperoleh dengan tidak mencantumkan nama responden pada kuesioner yang diberikan. Data yang didapat disimpan di laptop peneliti dan hanya dapat diakses oleh peneliti. Data tersebut dimusnahkan saat peneliti selesai menyusun tesis.

Hak untuk undur diri

Keikutsertaan responden dalam penelitian ini bersifat sukarela dan responden berhak untuk mengundurkan diri kapanpun, tanpa menimbulkan konsekuensi yang

merugikan responden dan apabila dalam penelitian ini responden tidak bersedia, atau undur diri di dalam proses penelitian, maka peneliti akan mencari responden lainnya untuk dijadikan subyek penelitian.

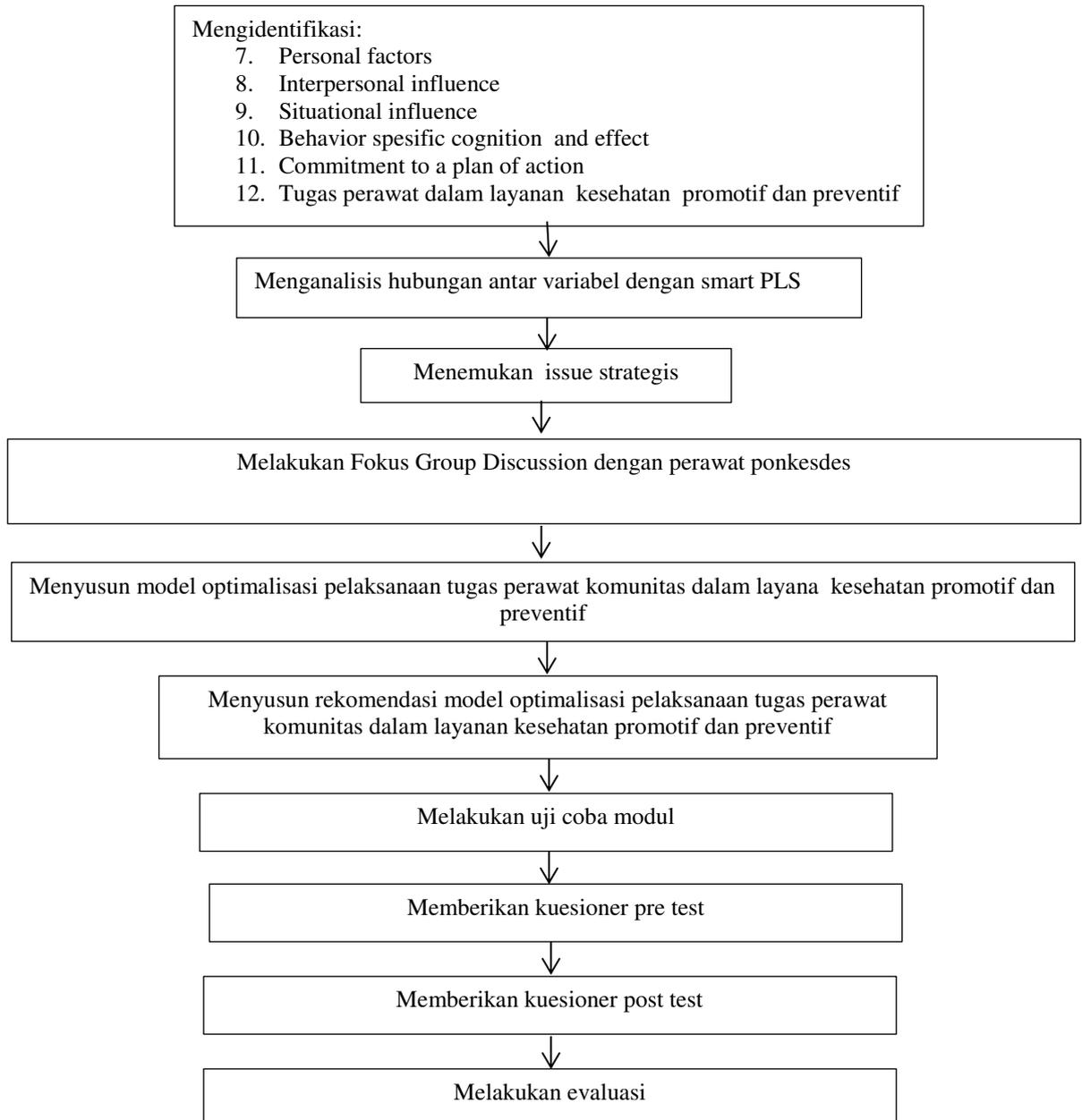
Jaminan kerahasiaan data

Dalam penelitian ini, semua data dan informasi identitas subyek penelitian dijaga kerahasiaannya yaitu dengan tidak mencantumkan identitas subyek penelitian secara jelas dan pada laporan penelitian nama subyek penelitian dibuat kode misalnya A01, data disimpan di tempat yang aman dan tidak mudah dilihat oleh orang lain, lama waktu penyimpanan yaitu sampai proses penyusunan tesis setelah dan setelah itu semua data akan dimusnahkan.

Adanya insentif untuk subyek penelitian

Seluruh subyek penelitian memperoleh cinderamata dari peneliti.

Kerangka Operasional



Informasi tambahan

Subyek penelitian bisa menanyakan semua hal yang berkaian dengan penelitian ini dengan menghubungi peneliti:

Sismulyanto

Telp. : 081331735666

Lampiran 2
 INFORMED CONSENT
 (PERNYATAAN PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
 Umur :
 Jenis kelamin :
 Pekerjaan :
 Alamat :

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai:

1. Penelitian yang berjudul “MODEL OPTIMALISASI PELAKSANAAN TUGAS PERAWAT KOMUNITAS DALAM LAYANAN KESEHAHATAN PROMOTIF DAN PREVENTIF ”
2. Perlakuan yang akan diterapkan pada subjek
3. Manfaat ikut sebagai subyek penelitian
4. Bahaya yang akan timbul
5. Prosedur Penelitian

Dan prosedur penelitian mendapat kesempatan mengajukan pernyataan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan penelitian tersebut. Oleh karena itu saya (bersedia/ tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

.....
20.....

Peneliti,

Responden,

.....

Saksi,

.....

.....

*) Coret salah satu

Lampiran 3

Lembar Penjelasan Penelitian

Lembar Penjelasan Penelitian

Judul Penelitian : “ Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif”

Peneliti : Sismulyanto

Kami akan mengadakan penelitian untuk menganalisis Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif. Manfaat dari penelitian ini adalah dapat mengoptimalkan tugas perawat dalam layanan kesehatan promotif dan preventif di komunitas. Sudara/i, penelitian ini terdiri dari 2 tahap: tahap 1 peneliti akan memberikan kuesioner kepada responden untuk diisi sesuai dengan kondisi yang ada, sedangkan pada penelitian tahap 2 peneliti akan memberikan intervensi kepada responden berupa pelatihan dengan menggunakan modul yang telah disusun.

Kami menjamin bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif bagi siapapun. Bila selama berpartisipasi dalam penelitian ini saudara/i merasa ketidaknyamanan maka saudara mempunyai hak untuk berhenti. Kami berjanji akan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara menjaga kerahasiaan dari data yang diperoleh, baik dalam proses pengumpulan, pengolahan, maupun penyajian. Peneliti juga menghargai keinginan responden untuk tidak berpartisipasi atau keluar kapan saja dalam penelitian ini.

Adapun hasil penelitian ini akan dimanfaatkan untuk meningkatkan perilaku perawatan diri pasien DM dan Petugas kesehatan sebagai salah satu metode yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku perawatan diri pasien DM.

Melalui penjelasan ini, kami sangat mengharapkan partisipasi saudara. Kami ucapkan terima kasih atas kesediaan bapak/ibu/saudara berpartisipasi dalam penelitian ini

Surabaya, Oktober 2017

Hormat saya,

(Peneliti)

Lampiran 4
Kuesioner Penelitian

Variabel Independen

KUESIONER PENELITIAN

PENGEMBANGAN MODEL OPTIMALISASI PELAKSANAAN TUGAS PERAWAT KOMUNITAS DALAM LAYANAN KESEHATAN PROMOTIF DAN PREVENTIF

NOMOR RESPONDEN:

DATA UMUM RESPONDEN

Unit Kerja :
Jenis Kelamin : 1. Laki-laki, 2. Perempuan
Status Kepegawaian : 1. PNS; 2. Non PNS
Usia :
Pendidikan :
Lama kerja :

Lampiran 4
Kuisisioner Penelitian

A. Interpersonal Influences:

Kuesioner Faktor *interpersonal Influences*

Petunjuk:

Berilah tanda cek (v) pada kolom yang ada di sebelah kanan sesuai dengan keadaan, pendapat, dan perasaan Bapak/ Ibu.

Keterangan:

Selalu (SL) = 4

Sering (SR) = 3

Kadang-kadang (KK) = 2

Tidak Pernah (TP) = 1

No.	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
Dukungan sesama perawat					
1	Perawat lain membantu saya mempersiapkan kegiatan promotif (membantu mempersiapkan tempat, fasilitas, dan audien untuk penyuluhan kesehatan kepada masyarakat)				
2	Perawat lain terlibat saat penyuluhan kesehatan berlangsung (sebagai fasilitator, moderator, atau notulen)				
3	Perawat lain membantu saya mempersiapkan kegiatan preventif. Aktif menginformasikan kepada masyarakat untuk melakukan: Lingkungan: pemberantasan sarang nyamuk, menguras bak mandi/ penampungan air sekurang-kurangnya sekali seminggu, menutup dengan rapat tempat penampungan air, mengubur kaleng bekas dan sebagainya Biologis: menggunakan ikan pemakan jentik yang diletakkan dalam bak mandi Kimia: pengasapan/ fogging, menggunakan bubuk abate pada tempat penampungan air seperti gentong air, vas bunga, kolam dan lain-lain.				
4	Perawat lain aktif terlibat dalam layanan preventif				
Dukungan profesi lain					
5	Profesi lain (dokter, bidan, kesling, ahli gizi) membantu saya mempersiapkan kegiatan penyuluhan kesehatan dipuskesmas atau di masyarakat (mempersiapkan tempat, fasilitas, audien)				
6	Profesi lain (dokter, bidan, kesling, ahli gizi)				

	membantu saya saat saya memberikan penyuluhan kesehatan di puskesmas atau di masyarakat (sebagai fasilitator, moderator, atau notulen)				
7	Profesi lain (dokter, bidan, kesling, ahli gizi) memberikan ide atau masukan kepada saya terkait topik penyuluhan kesehatan di puskesmas atau di masyarakat				
8	Profesi lain (dokter, bidan, kesling, ahli gizi) membantu saya menjawab pertanyaan audien saat penyuluhan kesehatan berlangsung				
Dukungan kepala puskesmas					
9	Kepala Puskesmas beserta stafnya membentuk tim khusus yang bertugas memberikan layanan promotif dan preventif				
10	Kepala Puskesmas ikut membentuk strategi perencanaan kegiatan layanan promotif dan preventif (membuat mapping kegiatan, pembagian wilayah kerja, dan capaian tugas)				
11	Kepala puskesmas selalu berkoordinasi dengan tim yang sedang bertugas memberikan layanan promotif dan preventif di masyarakat				
12	Kepala puskesmas ikut melakukan evaluasi/ tindakan lanjut atas capaian layanan promotif dan preventif yang telah diberikan				
Dukungan masyarakat (individu, keluarga, masyarakat)					
13	Masyarakat antusias/tertarik terhadap layanan kesehatan promotif dan preventif yang diberikan oleh perawat				
14	Masyarakat berperan/ turut serta dalam layanan promotif dan preventif yang diberikan oleh perawat				
15	Masyarakat aktif memberikan ide/ masukan untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan promotif dan preventif				
16	Masyarakat menerapkan intervensi/ anjuran yang diberikan perawat terkait layanan kesehatan promotif dan preventif				

B. Kuesioner Faktor *Situational Influences*

Petunjuk:

Berilah tanda cek (v) pada kolom yang ada di sebelah kanan sesuai dengan keadaan, pendapat, dan perasaan Bapak/ Ibu.

Keterangan:

Selalu (SL) = 4

Sering (SR) = 3

Kadang-kadang (KK) = 2

Tidak Pernah (TP) = 1

No.	Pernyataan	SL	SR	KK	TP
Regulasi/ kebijakan					
1	Saya melakukan penyuluhan kesehatan di puskesmas atau di komunitas sesuai dengan regulasi/kebijakan yang ada				
2	Regulasi/ kebijakan dapat memberikan arahan kepada saya terkait tugas dan tanggung jawab selama proses penyuluhan kesehatan berlangsung				
3	Regulasi/ kebijakan berdampak terhadap keberlangsungan kegiatan penyuluhan kesehatan di puskesmas atau di komunitas				
Fasilitas penunjang (sarana-prasarana)					
4	Saya beranggapan bahwa fasilitas penunjang seperti (leaflet, poster, mikrophone, speaker) menjadi hal yang utama dalam menunjang kelancaran proses penyuluhan kesehatan di puskesmas atau di komunitas				
5	Saya mempersiapkan dengan baik ketersediaan fasilitas penunjang sebelum kegiatan penyuluhan kesehatan berlangsung				
6	Ketersediaan fasilitas penunjang yang memadai dapat membuat proses penyuluhan kesehatan berjalan lancar dan optimal				

C. Kuesioner Faktor *Behavior spesific cognition and effect*

1. Kognitif (pengetahuan)

Petunjuk:

Berilah tanda cek (v) pada kolom yang ada di sebelah kanan sesuai dengan keadaan, pendapat, dan perasaan Bapak/ Ibu.

Keterangan:

Ya =1

Tidak = 0

No.	Pernyataan	1	2
Derajat kesehatan			
1	Bentuk layanan kesehatan promotif dan preventif harus sesuai dengan kondisi kesehatan masyarakat		
2	Layanan kesehatan promotif dan preventif dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat		
Epidemiologi, proses penyakit, teori promotif dan preventif			
3	Kondisi sakit/ penyakit terjadi karena adanya interaksi antara <i>agent</i> (bibit penyakit), <i>host</i> (manusia) dan <i>environment</i> (lingkungan) dalam waktu tertentu.		
4	Layanan promotif dan preventif berperan dengan cara meningkatkan ketahanan <i>host</i> (manusia) dan <i>environment</i> (lingkungan) terhadap paparan dengan <i>agent</i> (bibit penyakit).		
Intervensi layanan promotif dan preventif			
5	Intervensi layanan kesehatan promotif berfokus pada peningkatan pemahaman masyarakat untuk dapat menerapkan pola hidup sehat.		
6	Intervensi layanan kesehatan preventif berfokus pada upaya pencegahan kondisi sakit.		
Dampak faktor lain terhadap perilaku kesehatan			
7	Kondisi sosial ekonomi, budaya, dan regulasi berpengaruh terhadap derajat kesehatan masyarakat.		
8	Upaya modifikasi/ perbaikan terhadap kondisi sosial ekonomi, budaya serta regulasi dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.		

2. Afektif (Sikap)

Petunjuk:

Berilah tanda cek (v) pada kolom yang ada di sebelah kanan sesuai dengan keadaan, pendapat, dan perasaan Bapak/ Ibu.

Keterangan:

1. Sangat Tidak Setuju
2. Tidak setuju
3. Kurang setuju
4. Setuju
5. Sangat setuju

No.	Pernyataan	1	2	3	4	5
Layanan proaktif dan advokasi						
1	Saya mendukung segala bentuk upaya layanan kesehatan promotif dan preventif terhadap masyarakat					
2	Saya antusias terhadap segala bentuk upaya layanan kesehatan promotif dan preventif terhadap masyarakat					
3	Saya dapat memastikan bahwa layanan kesehatan promotif dan preventif mampu mengatasi masalah kesehatan yang dialami masyarakat.					
Layanan afirmatif (setuju) dan egaliter (percaya)						
4	Saya setuju bahwa layanan kesehatan promotif dan preventif menjadi prioritas utama untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.					
5	Saya percaya dapat memberikan layanan promotif dan preventif kepada masyarakat					
Keinginan untuk memberikan layanan promotif dan preventif						
6	Saya ingin memberikan layanan promotif kepada masyarakat secara optimal melalui upaya pemberdayaan, bina suasana, advokasi dan kemitraan dengan pihak terkait.					
7	Saya ingin memberikan layanan preventif kepada masyarakat secara optimal melalui upaya pencegahan primer, sekunder dan tersier.					
Layanan positif						
8	Saya tetap mendukung upaya layanan kesehatan promotif dan preventif terhadap masyarakat walau dibenturkan dengan berbagai kesulitan dan hambatan					
9	Saya percaya bahwa upaya kesehatan promotif dan preventif yang berkelanjutan dapat memberikan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.					
10	Saya mendukung perubahan perilaku masyarakat menjadi lebih baik setelah					

	mendapatkan layanan kesehatan promotif dan preventif					
--	--	--	--	--	--	--

Variabel Komitmen

Petunjuk:

Berilah tanda cek (v) pada kolom yang ada di sebelah kanan sesuai dengan keadaan, pendapat, dan perasaan Bapak/ Ibu.

Keterangan:

1. Sangat Tidak Setuju
2. Tidak setuju
3. Kurang setuju
4. Setuju
5. Sangat setuju

No.	Pernyataan	1	2	3	4	5
Affective						
1	Saya yakin dapat memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif kepada masyarakat.					
2	Saya harus memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif kepada masyarakat karena suatu keharusan dan tidak bisa ditinggalkan					
Normative						
3	Saya harus memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif karena anjuran dari kepala puskesmas, teman sejawat dan profesi lain.					
4	Saya harus melaksanakan tugas perawat komunitas karena saya bertempat di puskesmas dan masyarakat dan tugas itu merupakan tugas utama di puskesmas dan masyarakat					
Contiunance						
5	Saya merasa rugi jika tidak melaksanakan tugas perawat komunitas karena dapat menurunkan derajat kesehatan masyarakat dan mengingkatnya angka kejadian penyakit di masyarakat					
6	Saya memperoleh banyak manfaat dengan melaksanakan tugas perawat komunitas baik bagi diri saya sendiri, puskesmas maupun masyarakat					

Tugas perawat komunitas dalam promotif dan preventif terhadap kejadian demam berdarah

Petunjuk:

Berilah tanda cek (v) pada kolom yang ada di sebelah kanan sesuai dengan keadaan yang sesungguhnya.

Dilakukan=2

Tidak dilakukan=1

No.	Pernyataan	1	2
	Promotif		
1	Mengoptimalkan pemberian kegiatan penyuluhan kesehatan melalui pengkondisian lingkungan yang tenang, pemasangan poster dan penyebaran leaflets tentang pentingnya 3 M plus		
2	Mengoptimalkan peran serta masyarakat dalam usaha promotif melalui keterlibatan dan keaktifan dalam penyuluhan kesehatan tentang program 3 M plus		
3	Melakukan pendekatan dengan pihak terkait (aparatur pemerintah desa, tokoh agama, tokoh masyarakat) untuk mensukseskan program 3 M plus		
4	Melakukan upaya kemitraan/ kerjasama/ sinergisitas dengan pihak terkait untuk mensukseskan program 3 M plus dengan prinsip dasar : kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan.		
	Preventif		
5	Primary prevention Melakukan upaya mengurangi paparan masyarakat dengan agent penyakit DBD (virus dengue) melalui upaya peningkatan ketahanan individu (penerapan pola hidup sehat seperti intake nutrisi yang bagus, istirahat dan olah raga yang cukup) dan pengkondisian lingkungan yang sehat (melakukan gerakan 3M plus).		
6	Secondary prevention Melakukan upaya deteksi dini adanya kasus DBD pada masyarakat (mendata jumlah individu dalam satu komunitas yang menderita penyakit DBD) dan melakukan intervensi cepat terhadap kejadian DBD melalui fogging, melakukan pertolongan awal penderita DBD dengan kompres dingin, pemberian minum yang cukup, perujuk penderita ke fasilitas kesehatan (rumah sakit) untuk penanganan lebih lanjut		
7	Tertiary prevention Melakukan upaya pencegahan memburuknya kondisi dan rehabilitasi melalui upaya perawatan dan pengobatan dengan maksimal dan berkelanjutan		

Outcome layanan kesehatan promotif

Petunjuk:

Berilah tanda cek (v) pada kolom yang ada di sebelah kanan sesuai dengan keadaan yang ditemui.

Ya = 2

Tidak = 1

Pertanyaan perilaku masyarakat promotif dan preventif

No	Pertanyaan	Ya	Tidak
1	Apakah anda ada melakukan pemberantasan sarang nyamuk sekurang-kurangnya seminggu sekali ?		
2	Apakah anda melakukan pengompresan jika ada salah satu keluarga yang diduga terkena DBD ?		
3	Apakah anda melakukan pemberian air minum sebanyak-banyaknya jika ada salah satu anggota keluarga ?		
4	Apakah anda memberi obat penurun panas jika ada salah satu anggota keluarga yang diduga terkena DBD ?		
5	Apakah anda menutup rapat-rapat tempat penampungan air ?		



**PEMERINTAH KABUPATEN BANYUWANGI
DINAS KESEHATAN**

Jalan Letkol Istiqlah Nomor 42 Banyuwangi
Telepon. (0333) 424794 Faks. (0333) 413173
email : dinkesbwi@gmail.com website : www.dinkes.banyuwangikab.go.id

PEMBERITAHUAN TERTULIS

Nomor : 440/1680/429.114/2017

Berdasarkan permohonan informasi pada tanggal 21 Desember 2017 kami menyampaikan Kepada saudara/i :

Nama : Sismulyanto, S. Kep., Ners
NIM : 131614153087
Instansi : Universitas Airlangga
Alamat : Banyuwangi
Informasi Yang Dimohon : Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif

A. Informasi dapat Diberikan

1. Penguasaan Informasi Publik
 - Kami (PPID Dinas Kesehatan Kab. Banyuwangi)
 - Badan Publik Lain, Yaitu
2. Bentuk Fisik Yang Tersedia
 - Soft Copy / Salinan Elektronik
 - Hard Copy / Salinan Tertulis
3. Biaya Yang Dibutuhkan
 - Penyalinan Rp. x (Jumlah Lembaran)
 - Pengiriman Rp.
 - Lain – Lain Rp.
 - Jumlah Rp.
4. Waktu Penyediaan 22 Desember 2017 s/d 22 Pebruari 2018

B. Informasi Tidak Dapat Diberikan Karena :

- Informasi Yang Diminta Belum dikuasai
- Informasi Yang Diminta Belum Didokumentasikan
- Penyediaan Informasi Yang Belum Di Dokumentasikan Dilakukan dalam Jangka Waktu

Banyuwangi, 20 Desember 2017

An. KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN BANYUWANGI

Sekretaris
Selaku Ketua PPID Dinas Kesehatan
Kab. Banyuwangi



LULUK KHOMSIYAH, SE. M.Si
Pembina Tk. I

19690316 199403 2 010

Tembusan :

1. Kepala Puskesmas Se-Kabupaten Banyuwangi
2. Kepada Yang Bersangkutan



KEMENTRIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEPERAWATAN

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. (031) 5913754, 5913757, 5913752 Fax. (031) 5913257, 5913752
Website: <http://www.ners.unair.ac.id> | e-mail : dekan_ners@fkip.unair.ac.id

Nomor : 782 /UN3.1.13/PPd/S2/2017
Lampiran : 1 (Satu) berkas
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
Mahasiswa Prodi Magister Keperawatan – FKp Unair

19 Desember 2017

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Banyuwangi

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun Proposal Penelitian terlampir.

Nama : Sismulyanto, S.Kep., Ns.
NIM : 131614153087
Judul Proposal : Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas Dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.





KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
FACULTY OF NURSING UNIVERSITAS AIRLANGGA

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL

“ETHICAL APPROVAL”
 No : 640-KEPK

Komite Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga dalam upaya melindungi hak asasi dan kesejahteraan subyek penelitian kesehatan, telah mengkaji dengan teliti protokol berjudul :

The Committee of Ethical Approval in the Faculty of Nursing Universitas Airlangga, with regards of the protection of Human Rights and welfare in health research, has carefully reviewed the research protocol entitled :

**“MODEL OPTIMALISASI PELAKSANAAN TUGAS PERAWAT KOMUNITAS
 DALAM LAYANAN KESEHATAN PROMOTIF DAN PREVENTIF”**

<u>Peneliti utama</u>	: Sismulyanto
<i>Principal Investigator</i>	
<u>Nama Institusi</u>	: Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga
<i>Name of the Institution</i>	
<u>Unit/Lembaga/Tempat Penelitian</u>	: Kabupaten Banyuwangi
<i>Setting of research</i>	

Dan telah menyetujui protokol tersebut di atas melalui Dipercepat.
And approved the above-mentioned protocol with Expedited



Surabaya, 02 Februari 2018
 Ketua, (CHARMAN)

Dr. Joni Haryanto, S.Kp., M.Si.
 NIP. 1963 0608 1991 03 1002

Lampiran panduan FGD

Panduan Fokus Group Discussion (FGD)

Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif

Hari/tanggal :
Waktu :

Tempat :

Jumlah Peserta :

Kegiatan selama dilakukan FGD:

- a. Memperkenalkan diri (moderator dan asisten peneliti) kepada partisipan
- b. Menyampaikan topik penelitian.

Saya tertarik melakukan penelitian yang berhubungan dengan peningkatan optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif di Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi. Oleh karena itu saya meminta kepada anda sekalian untuk menjawab beberapa pertanyaan yang saya ajukan dan selanjutnya saya akan paparkan hasil penelitian saya tentang pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif di Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi serta faktor-faktor-faktor yang mempengaruhi. Setelah saya memaparkan hasil penelitian, saya memohon ijin juga untuk memaparkan tentang rencana tindak lanjut penelitian saya setelah kegiatan FGD ini. FGD ini akan berlangsung 1-2 jam dan terdiri dari 2 sesi.

Sesi 1:

Pertanyaan tentang pendapat perawat mengenai pelaksanaan tugas perawat puskesmas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif.

- 1)Menurut anda, bagaimana kondisi pelaksanaan tugas perawat puskesmas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif?
- 2)Menurut anda, faktor-faktor apa yang mendukung dan menjadi kendala terhadap pelaksanaan tugas perawat dalam layanan kesehatan promotif dan preventif?
- 3)Menurut anda, bagaimana solusi untuk mengoptimalkan pelaksanaan tugas perawat puskesmas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif?

Sesi 2:

- 1)Pemaparan hasil analisis saya tentang pelaksanaan tugas perawat puskesmas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif saat ini
- 2)Pemaparan rencana penelitian
- 3)Saya berharap hasil FGD ini dapat memberikan sumbangan yang berarti bagi penelitian saya dan khususnya peningkatan optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif.

- c. Persetujuan partisipan terhadap kerahasiaan jawaban dan aturan selama proses FGD.

- d. Menutup FGD

Terima kasih atas waktu yang diberikan. Atas kerja sama, saya ucapkan terima kasih.

Lampiran Informed consent FGD

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN FGD

Salam sejahtera,

Nama saya Sismulyanto, Mahasiswa program magister Keperawatan fakultas Keperawatan Universitas Airlangga. Saya sedang melakukan penelitian dengan judul “Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif”. Tujuan Penelitian ini adalah untuk menyusun model dalam upaya meningkatkan optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif. Melalui penelitian ini diharapkan dapat menghasilkan suatu model representatif yang dapat meningkatkan optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif, sehingga hasil penelitian ini bermanfaat bagi perkembangan ilmu dan kompetensi profesi perawat komunitas khususnya dalam layanan kesehatan promotif dan preventif.

Penelitian ini sudah sampai pada tahap *focus group discussion* (FGD). Saya mohon partisipasi bapak/Ibu untuk berkenan menjadi peserta FGD penelitian ini dengan membahas isu strategis yang ditemukan melalui analisis penelitian ini. Hasil FGD akan bermanfaat untuk penyusunan rekomendasi yang nantinya dapat digunakan oleh Puskesmas sebagai upaya untuk meningkatkan optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif.

Keikutsertaan Bapak/ Ibu dalam FGD penelitian ini tidak mengandung risiko. Keikutsertaan Bapak/ Ibu bersifat sukarela dan tanpa paksaan. Semua data yang berhubungan dengan penelitian akan dijamin kerahasiaannya. Data hanya disajikan untuk penelitian pengembangan ilmu keperawatan dengan tetap menjaga kerahasiaan identitas serta tidak digunakan untuk maksud yang lain.

Saya ucapkan terima kasih dan menghargai atas kesediaan Bapak/Ibu berpartisipasi dalam kegiatan FGD ini.

Wasalamu'alaikum Wr.Wb.

Banyuwangi, 2018

Hormat Saya,

Sismulyanto

Lampiran Lembar Persetujuan Menjadi Peserta FGD
LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PESERTA FGD

(Informed Consent)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat:

Menyatakan bersedia untuk berpartisipasi dalam kegiatan FGD pada penelitian dengan judul “Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan preventif” yang dilakukan oleh Sismulyanto, Mahasiswa Magister Keperawatan fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya.

Atas pemikiran bahwa kegiatan ini akan mendukung tinggi hak-hak saya selaku peserta FGD dan penelitian ini dilakukan untuk mengembangkan ilmu keperawatan, maka saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Tanda tangan di bawah ini menunjukkan bahwa saya telah diberi penjelasan dan menyatakan bersedia menjadi peserta FGD dengan sadar serta tanpa keterpaksaan.

Surabaya,

Peneliti

Peserta FGD

Sismulyanto

Saksi

Lampiran 14 SAP Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif

Topik : Materi Konsep Model Optimalisasi Pelaksanaan Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif
 Sasaran : Perawat Puskesmas di kabupaten Banyuwangi
 Hari/ Tanggal :
 Waktu :
 Tempat :

Latar Belakang

Layanan kesehatan promotif dan preventif merupakan jenis layanan kesehatan utama yang diberikan oleh perawat komunitas terhadap individu, keluarga dan masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang lebih tinggi melalui upaya peningkatan kemampuan, pemenuhan kebutuhan personal dan aktualisasi diri (Pender, 2011). Layanan kesehatan promotif dan preventif juga merupakan program kerja utama Puskesmas yang bertujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat, kemampuan masyarakat untuk menerapkan pola hidup bersih dan sehat serta mampu melakukan pencegahan terhadap kondisi sakit (Menkes RI, 2013).

Jenis layanan kesehatan promotif antara lain upaya pemberdayaan masyarakat (individu, keluarga dan masyarakat) melalui penyuluhan kesehatan dan konseling, menciptakan lingkungan yang kondusif, melakukan advokasi dengan pihak terkait untuk mendapatkan komitmen dan dukungan dari pihak terkait, serta melakukan upaya kemitraan dengan pihak terkait untuk mengoptimalkan pelaksanaan upaya kesehatan promotif (Menkes RI, 2013).

Layanan kesehatan preventif merupakan layanan kesehatan yang berfokus pada beberapa level pencegahan penyakit (primer, sekunder dan tersier) melalui upaya edukasi kepada masyarakat untuk menerapkan pola hidup sehat, melakukan deteksi dini penyakit serta melakukan penanganan awal dan pemulihan kondisi sakit (McEwen dan Wills, 2014).

Kegagalan penerapan layanan kesehatan promotif dan preventif menyebabkan terjadinya kondisi sakit atau penyakit yang ada di masyarakat. Salah satu bentuk penyakit yang ada di masyarakat akibat kegagalan tindakan promotif dan preventif yaitu kejadian DBD. Selama periode tahun 2016, dilaporkan jumlah insiden DBD di kabupaten Banyuwangi mencapai 1.300 kasus dengan 11 kasus diantaranya meninggal dunia. Jumlah ini meningkat dibandingkan pada tahun 2015 yaitu sejumlah 900 kasus dengan 9 kasus diantaranya meninggal dunia.

Tingginya kejadian kasus DBD ini menandakan bahwa implementasi kegiatan layanan kesehatan promotif dan preventif oleh petugas kesehatan di Puskesmas di Kabupaten Banyuwangi dirasa kurang optimal. Kurang optimalnya layanan kesehatan promotif dan preventif ini dapat dilihat dari pengkajian PHBS pada tatanan rumah tangga (kurang dari 50% dari jumlah KK), intervensi dan penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat pada kelompok rumah tangga, sekolah, tempat kerja, pondok pesantren (kurang dari 2x total tempat penyuluhan), serta pengembangan upaya kesehatan bersumberdaya masyarakat posyandu (kurang dari 70% target sasaran).

Kurang optimalnya pelaksanaan kegiatan layanan kesehatan promotif dan preventif di komunitas disebabkan oleh beberapa faktor. Whitehead (2011) membuktikan bahwa perawat komunitas yang memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif tidak didukung dengan adanya kebijakan atau regulasi dari pemerintah atau masyarakat. Beaudet *et al.* (2011) membuktikan bahwa kurang optimalnya pelaksanaan perawat komunitas dalam layanan promosi kesehatan disebabkan karena kurangnya sumber daya pendukung termasuk kekurangan waktu, kurangnya peralatan (misalnya komputer, dan lain-lain) dan materi pendidikan kesehatan.

Goodman *et al.* (2011) melaporkan bahwa kurang optimalnya pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan primer disebabkan karena kurangnya keterampilan yang dimiliki perawat dalam mengimplementasikan promosi kesehatan di komunitas. Sedangkan Beaudet *et al.*, 2011; Whitehead (2011) mengungkapkan bahwa perawat komunitas masih belum mengetahui dengan jelas jenis kegiatan apa saja yang dilakukan sebagai upaya dari layanan promosi kesehatan di komunitas. (kinerja perawat komunitas, SPM komunitas).

Perlu adanya upaya untuk mengatasi kurang optimalnya tugas perawat di Puskesmas sebagai pemberi pelayanan kesehatan promotif dan preventif. Salah satunya dengan meningkatkan optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif dengan menggunakan pendekatan teori keperawatan *Health Promotion Model* (HPM). Teori ini memiliki asumsi bahwa karakteristik individu dan pengalaman berdampak terhadap perilaku kesehatan yang ditampilkan seseorang (Alligood, 2014). Peterson dan Bredow (2009) mengungkapkan bahwa HPM telah mengubah fokus dari peran perawat dari pencegahan penyakit secara sederhana kearah promosi kesehatan.

Teori ini sangat berguna bagi perawat karena membantu mengembangkan peran perawat dalam mempromosikan kesehatan daripada hanya mengurangi resiko penyakit. Tujuan perawat adalah bermaksud untuk menguatkan sumber, potensi, dan kapabilitas masyarakat dan menyediakan sumber dan pendidikan untuk promosi peningkatan kesehatan dan kualitas hidup yang lebih baik (Peterson & Bredow, 2009), model ini tidak hanya berfokus pada pengembangan peran perawat melalui *self efficacy*, namun juga meletakkan kesehatan pasien atau masyarakat sebagai tanggung jawab mereka, menjadikan perawat sebagai agen perubahan. Model ini menganjurkan perawat dan pasien atau masyarakat bekerja bersama-sama dalam mewujudkan kesehatan yang lebih baik.

Bagaimana *Health Promotion Model* (HPM) ini dapat bekerja dalam mengoptimalkan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif, membuat peneliti tertarik untuk mengembangkan HPM ini sebagai Model Optimalisasi Tugas Perawat Komunitas dalam Layanan Kesehatan Promotif dan Preventif.

Kompetensi

Setelah dilakukan pelatihan model optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif, perawat komunitas diharapkan mampu:

1. Memahami tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
2. Memahami faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
3. Memahami konsep teori *Health Promotion Model* (HPM) dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
4. Memahami penerapan teori *Health Promotion Model* (HPM) sebagai suatu strategi untuk penerapan solusi dalam mengotimalkan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif

Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penyusunan modul ini adalah memberikan rekomendasi kepada pihak puskesmas dan dinas kesehatan kota Banyuwangi dalam mengoptimalkan pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif

2. Tujuan Khusus

1. Kemampuan kognitif

- a. Memahami tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
- b. Memahami faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
- c. Memahami konsep teori *Health Promotion Model* (HPM) dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
- d. Memahami penerapan teori *Health Promotion Model* (HPM) sebagai suatu strategi untuk penerapan solusi dalam mengotimalkan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif

2. Kemampuan afektif

- a. Memiliki sikap positif terhadap strategi solusi yang ditawarkan untuk meningkatkan optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
- b. Memiliki sikap proaktif terhadap peningkatan optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas
- c. Memiliki keyakinan yang kuat untuk dapat mengimplementasikan strategi solusi yang ditawarkan

3. Kemampuan Psikomotor

- a. Perawat puskesmas mampu melakukan identifikasi faktor-faktor penyebab kurang optimalnya pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
- b. Perawat puskesmas mampu menyusun strategi perencanaan penerapan intervensi untuk meningkatkan optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif

- c. Perawat puskesmas mampu menerapkan intervensi peningkatan optimalisasi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif

Peserta

Peserta adalah perawat puskesmas di kabupaten Banyuwangi yang bertugas di komunitas dalam memberikan layanan kesehatan promotif dan preventif dengan jumlah peserta 15 orang, maka pendekatan pembelajaran yang digunakan adalah pembelajaran orang dewasa yaitu dengan small group.

Metode Pembelajaran

No	Metode	Tugas Peserta	Tugas Fasilitator
1	<i>Problem based Learning</i>	Belajar dengan menggali informasi serta memanfaatkan informasi tersebut untuk memecahkan masalah faktual atau yang dirancang oleh fasilitator	<ul style="list-style-type: none"> • Merancang tugas untuk mencapai kompetensi tertentu. • Membuat petunjuk (metode) untuk peserta dalam mencari solusi pemecahan masalah
2	<i>Project based Learning</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Mengerjakan tugas yang telah dirancang secara sistematis • Menunjukkan hasil kerja dan mempresentasikan nya di depan forum 	<ul style="list-style-type: none"> • Merancang suatu tugas yang sistematis agar peserta dapat mendapatkan pemahaman dan mampu mendemonstrasikan tugas dengan benar • Merumuskan dan melakukan proses pembimbingan

Fasilitator

Fasilitator dalam pelatihan adalah peneliti

Media

1. Bahan tayang (PPT)
2. Modul
3. Laptop
4. LCD
5. ATK

Materi

1. Tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
2. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
3. Konsep teori *Health Promotion Model* (HPM) dalam layanan kesehatan promotif dan preventif
4. Solusi untuk mengoptimalkan pelaksanaan tugas perawat komunitas dalam layanan kesehatan promotif dan preventif berdasarkan teori *Health Promotion Model* (HPM)