



BMP.UKI : IMM-35-PKM-PK-V-2019

**MODUL PERAWAT KESEHATAN
MASYARAKAT
(PERKESMAS)**

Penyusun :

I Made Mertajaya, S.ST.,M.Kes

Adventus MRL, SKM.,M.Kes

Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep

**PROGRAM STUDI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI
UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA
2019**

MODUL
PERAWAT KESEHATAN MASYARAKAT (PERKESMAS)



DI SUSUN OLEH :

I Made Mertajaya, S.ST., M.Kes
Adventus MR., SKM., M.Kes
Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep

FAKULTAS VOKASI PRODI D III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS KRISTEN INDONESIA
TAHUN 2019

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan Rahmat dan Hidayah-Nya sehingga kami dapat menyelesaikan penyusunan Materi bahan ajar Perkesmas.

Dalam penyusunan materi bahan ajar vini ini kami sedikit mengalami kesulitan dan hambatan, akan tetapi berkat bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, kami dapat menyelesaikan ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Pada kesempatan ini perkenankanlah kami menyampaikan rasa terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu, memberi pengarahan, bimbingan, semangat serta doa untuk keberhasilan kami dalam menyusun buku bahan ajar ini.

Kami menyadari bahwa dalam penyusunan Bahan Ajar ini masih terdapat banyak kekurangan, untuk itu kami mengharapkan saran dan kritik yang membangun dari para pembaca, sehingga nantinya dalam penulisan materi bahan ajar selanjutnya kami dapat membuat lebih baik lagi.

Jakarta, 3 Mei 2019

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
BAB I PENGANTAR PERKESMAS.....	1
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. TUJUAN.....	2
C. SASARAN.....	2
BAB II KONSEP PERKESMAS.....	3
A. FALSAFAH.....	3
B. PENGERTIAN PUSKESMAS.....	3
C. VISI MISI MOTTO PUSKESMAS SRONDOL.....	4
D. PROGRAM PUSKESMAS.....	7
DAFTAR PUSTAKA.....	23

BAB I

PENGANTAR PERKESMAS

A. Latar Belakang

Permasalahan kesehatan yang dihadapi sampai saat ini cukup kompleks, karena upaya kesehatan belum dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 diketahui penyebab kematian di Indonesia untuk semua umur, telah terjadi pergeseran dari penyakit menular ke penyakit tidak menular, yaitu penyebab kematian pada untuk usia > 5 tahun, penyebab kematian yang terbanyak adalah stroke, baik di perkotaan maupun di pedesaan. Hasil Riskesdas 2007 juga menggambarkan hubungan penyakit degeneratif seperti sindroma metabolik, stroke, hipertensi, obesitas dan penyakit jantung dengan status sosial ekonomi masyarakat (pendidikan, kemiskinan, dan lain-lain). Prevalensi gizi buruk yang berada di atas rata-rata nasional (5,4%) ditemukan pada 21 provinsi dan 216 kabupaten/kota. Sedangkan berdasarkan gabungan hasil pengukuran gizi buruk dan gizi kurang Riskesdas 2007 menunjukkan bahwa sebanyak 19 provinsi mempunyai prevalensi gizi buruk dan gizi kurang di atas prevalensi nasional sebesar 18,4%. Namun demikian, target rencana pembangunan jangka menengah untuk pencapaian program perbaikan gizi yang diproyeksikan sebesar 20%, dan target Millenium Development Goals sebesar 18,5% pada 2015, telah dapat dicapai pada 2007.

Sehubungan dengan hal tersebut, perlu terus ditingkatkan upaya-upaya untuk memperluas jangkauan dan mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan mutu pelayanan yang baik, berkelanjutan dan dapat menjangkau seluruh lapisan masyarakat terutama keluarga miskin rawan kesehatan/risiko tinggi. Upaya pelayanan kesehatan dasar kepada masyarakat melalui upaya kesehatan wajib dan upaya kesehatan pengembangan. Salah satu upaya kesehatan pengembangan yang dilakukan dengan program perkesmas. Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 128/Menkes/SK/II/Tahun 2004 tentang kebijakan dasar Puskesmas, upaya perawatan kesehatan masyarakat merupakan upaya program pengembangan yang kegiatannya terintegrasi dalam upaya kesehatan wajib maupun upaya kesehatan pengembangan. Perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dasar yang dilaksanakan oleh Puskesmas. Perkesmas dilakukan dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan dasar.

B. TUJUAN

Pelaksanaan Perkesmas bertujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal. Untuk mengupayakan terbinanya kesehatan masyarakat, maka diharapkan 40 % keluarga rawan kesehatan memperoleh kunjungan rumah dan pembinaan kesehatan oleh tenaga kesehatan melalui kegiatan perkesmas.

C. SASARAN PERKESMAS.

Sasaran perawatan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan maupun ketidakmampuan dalam menyelesaikan masalah kesehatannya. Prioritas sasaran adalah yang mempunyai masalah kesehatan terkait dengan masalah kesehatan prioritas daerah yaitu belum kontak dengan sarana pelayanan kesehatan atau sudah memanfaatkan tetapi memerlukan tindak lanjut. Fokus utama pada keluarga rawan kesehatan yaitu keluarga miskin yang rentan dan keluarga yang termasuk resiko tinggi. Keluarga yang tidak mendapat pelayanan perkesmas merupakan beban sosial dan ekonomi serta dapat berdampak buruk terhadap masyarakat lainnya. Pemerintah memiliki tanggung jawab melindungi kesehatan masyarakat dan memberikan akses ke pelayanan kesehatan terutama bagi keluarga yang memiliki hambatan untuk mencapai pusat-pusat pelayanan kesehatan. Penduduk rawan ini telah menjadi salah satu bagian sasaran program Perkesmas di Puskesmas.

Berdasarkan penelitian Septino (2007) diketahui beberapa masalah Perkesmas yang dihadapi pada Puskesmas-Puskesmas di Indonesia antara lain dari laporan yang tidak sesuai dari Puskesmas, Puskesmas yang tidak membuat rencana tahunan dan jumlah sasaran tidak dilakukan pendataan. Tentang masalah dana, Dinas Kesehatan memberikan dana secara block grand ke Puskesmas berdasarkan usulan kegiatan yang mereka buat. Selanjutnya, tentang sarana dan prasarana seperti Public Health Nursing (PHN) kit, obat, buku pedoman dan formulir laporan sudah tersedia, tetapi pencapaiannya masih rendah.

BAB II

KONSEP PERKESMAS

A. Falsafah PERKESMAS

Keyakinan terhadap nilai kemanusiaan yang menjadi pedoman dalam melaksanakan asuhan keperawatan kesehatan masyarakat baik untuk individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

1. Perawatan Kesehatan Masyarakat adalah pekerjaan luhur dan manusiawi yang ditujukan untuk klien
2. Perawatan Kesehatan Masyarakat adalah upaya berdasarkan kemanusiaan untuk meningkatkan pertumbuhan dan perkembangan bagi terwujudnya manusia sehat khususnya dan masyarakat yang sehat pada umumnya
3. Pelayanan Perawatan Kesehatan Masyarakat harus terjangkau dan dapat diterima semua orang
4. Upaya promotif dan preventif merupakan upaya pokok tanpa mengabaikan kuratif dan rehabilitatif.
5. Perawat Kesehatan Masyarakat sebagai provider dan masyarakat sebagai consumer pelayanan kesehatan , menjamin suatu hubungan yang saling mendukung dan mempengaruhi perubahan dalam kebijakan dan pelayanan kearah peningkatan status kesehatan masyarakat
6. Pengembangan tenaga kesehatan masyarakat secara berkesinambungan
7. Individu dalam suatu masyarakat ikut bertanggung jawab atas kesehatan

B. Pengertian PERKESMAS

Perawatan kesehatan masyarakat (Perkesmas) adalah perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peran serta aktif masyarakat mengutamakan pelayanan promotif dan preventif secara berkesinambungan tanpa mengabaikan pelayanan kuratif dan rehabilitatif secara menyeluruh dan terpadu, ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk ikut meningkatkan fungsi kehidupan manusia secara optimal, sehingga mandiri dalam upaya kesehatannya masyarakat.

Berikut ini beberapa definisi tentang keperawatan komunitas/perawatan kesehatan masyarakat:

1. WHO (1959)

Lapangan perawatan khusus yang merupakan gabungan ketrampilan ilmu keperawatan, ilmu kesehatan masyarakat dan bantuan sosial, sebagai bagian dari program kesehatan masyarakat secara keseluruhan guna meningkatkan kesehatan, penyempurnaan kondisi sosial, perbaikan lingkungan fisik, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan bahaya yang lebih besar, ditujukan kepada individu, keluarga, yang mempunyai masalah dimana hal itu mempengaruhi masyarakat secara keseluruhan

2. Ruth B. Freeman

Suatu lapangan khusus bidang keperawatan dimana teknik keperawatan, ketrampilan berorganisasi diterapkan dalam hubungan yang serasi kepada ketrampilan anggota profesi kesehatan lain dan kepada tenaga sosial lain demi untuk memelihara kesehatan masyarakat.

3. American Nursing Association (ANA)

Suatu sintesa dari praktik kesehatan masyarakat yang diterapkan untuk meningkatkan dan memelihara kesehatan penduduk.

4. Badan Kerja Keperawatan Kesehatan Masyarakat

Suatu bidang dalam keperawatan yang merupakan perpaduan antara keperawatan dan kesehatan masyarakat dengan dukungan peranserta aktif masyarakat.

C. Konsep Perawatan Komunitas

Tiga komponen dasar ilmu Keperawatan Kesehatan Masyarakat:

1. Ilmu Keperawatan
2. Peran serta Masyarakat
3. Kesehatan Masyarakat

Konsep keperawatan dikarakteristikan oleh 4 konsep pokok yaitu:

1. Manusia

Manusia adalah makhluk bio-psiko-sosial dan spiritual yang utuh dan unik, dalam arti merupakan satu kesatuan utuh dari aspek jasmani dan rohani dan unik karena mempunyai berbagai macam kebutuhan sesuai dengan tingkat perkembangannya. (Konsorsium Ilmu kesehatan, 1992)

Manusia selalu berusaha untuk memahami kebutuhannya melalui berbagai upaya antara lain dengan selalu belajar dan mengembangkan sumber-sumber yang diperlukan sesuai dengan potensi dan kemampuan yang dimilikinya. Dalam kehidupan sehari-hari,

manusia secara terus menerus menghadapi perubahan lingkungan dan selalu berusaha beradaptasi terhadap pengaruh lingkungan.

Dimensi manusia sebagai satu kesatuan utuh antara aspek fisik, intelektual, emosional, social-kultural, spiritual dan lingkungan (Taylor C. dkk. Fundamental of Nursing, 1989)

Manusia sebagai sasaran pelayanan atau asuhan keperawatan dalam praktek keperawatan. Sebagai sasaran praktek keperawatan klien dapat dibedakan menjadi individu, keluarga dan masyarakat.

a. Individu sebagai klien

Individu adalah anggota keluarga yang unik sebagai kesatuan utuh dari aspek biologi, psikologi, social dan spiritual. Peran perawat pada individu sebagai klien, pada dasarnya memenuhi kebutuhan dasarnya mencakup kebutuhan biologi, social, psikologi dan spiritual karena adanya kelemahan fisik dan mental, keterbatasan pengetahuan, kurang kemauan menuju kemandirian pasien/klien.

b. Keluarga sebagai klien

Keluarga merupakan sekelompok individu yang berhubungan erat secara terus menerus dan terjadi interaksi satu sama lain baik secara perorangan maupun secara bersama-sama, di dalam lingkungannya sendiri atau masyarakat secara keseluruhan. Keluarga dalam fungsinya mempengaruhi dan lingkup kebutuhan dasar manusia dapat dilihat pada Hirarki Kebutuhan Dasar Maslow yaitu kebutuhan fisiologis, rasa aman dan nyaman, dicintai dan mencintai, harga diri dan aktualisasi diri.

Beberapa alasan yang menyebabkan keluarga merupakan salah satu fokus pelayanan keperawatan yaitu:

1) Keluarga sebagai unit utama

Keluarga adalah unit utama dalam masyarakat dan merupakan lembaga yang menyangkut kehidupan masyarakat.

2) Keluarga sebagai suatu kelompok

Dapat menimbulkan, mencegah, memperbaiki atau mengabaikan masalah kesehatan dalam kelompoknya sendiri. Hampir setiap masalah kesehatan mulai dari awal sampai pada penyelesaiannya akan dipengaruhi keluarga. Keluarga mempunyai peran utama dalam pemeliharaan kesehatan seluruh anggota keluarga.

3) Masalah kesehatan dalam keluarga saling berkaitan

Penyakit pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi seluruh anggota keluarga tersebut. Peran dari anggota-anggota keluarga akan mengalami perubahan, bila salah satu anggota menderita sakit. Disisi lain status kesehatan dari klien juga sebagian akan ditentukan oleh kondisi keluarganya.

c. Masyarakat sebagai klien:

Kesatuan hidup manusia yang berinteraksi menurut suatu sistem adat istiadat tertentu yang bersifat terus menerus dan terikat oleh suatu identitas bersama. Adapun ciri-cirinya antara lain:

- 1) Interaksi antar warga
- 2) diatur oleh adat istiadat, norma, hukum dan peraturan yang khas
- 3) Suatu komunitas dalam waktu
- 4) identitas yang kuat mengikat semua warga

2. Kesehatan

Sehat didefinisikan sebagai kemampuan melaksanakan peran dan fungsi dengan efektif (Parson). Kesehatan adalah proses yang berlangsung mengarah kepada kreatifitas, konstruktif dan produktif (Peplau).

Menurut HL Bloom ada 4 faktor yang mempengaruhi kesehatan:

- a. Keturunan
- b. Perilaku
- c. Pelayanan kesehatan
- d. Lingkungan

Sehat merupakan tujuan dalam pemberian pelayanan keperawatan, dimana kondisi sehat-sakit berada dalam suatu rentang dari kondisi sehat optimal sampai dengan status kesehatan yang terendah yaitu kematian dan kondisi normal berada di tengah (dalam kondisi seimbang).

3. Keperawatan dan PERKESMAS

Pelayanan esensial yang diberikan oleh perawat terhadap individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dengan menggunakan proses keperawatan untuk mencapai tingkat kesehatan yang optimal.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional sebagai bagian integral pelayanan kesehatan berbentuk pelayanan biologi, psikologi, social dan spiritual secara komprehensif, ditujukan kepada individu keluarga dan masyarakat baik sehat maupun sakit mencakup siklus hidup manusia.

Asuhan keperawatan diberikan karena adanya kelemahan fisik maupun mental, keterbatasan pengetahuan serta kurang kemauan menuju kepada kemampuan melaksanakan kegiatan sehari-hari secara mandiri. Kegiatan ini dilakukan dalam upaya peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan, pemulihan serta pemeliharaan kesehatan dengan penekanan pada upaya pelayanan kesehatan utama

(Primary Health care) untuk memungkinkan setiap orang mencapai kemampuan hidup sehat dan produktif. Kegiatan ini dilakukan sesuai dengan wewenang, tanggung jawab serta etika profesi keperawatan.

Sebagai suatu profesi, keperawatan memiliki falsafah yang bertujuan mengarahkan kegiatan keperawatan yang dilakukan. Pertama, Keperawatan menganut pandangan yang holistik terhadap manusia yaitu keutuhan sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual. Kedua, kegiatan keperawatan dilakukan dengan pendekatan humanistic dalam arti menghargai dan menghormati martabat manusia, memberi perhatian kepada klien serta menjunjung tinggi keadilan bagi semua manusia. Ketiga, keperawatan bersifat universal dalam arti tidak membedakan atas ras, jenis kelamin, usia, warna kulit, etnik, agama, aliran politik dan status ekonomi sosial. Keempat, keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan serta yang kelima, keperawatan menganggap klien sebagai partne aktif dalam arti perawat selalu bekerjasama dengan klien dalam pemberian asuhan keperawatan.

4. Lingkungan

Lingkungan dalam paradigma keperawatan berfokus pada lingkungan masyarakat, dimana lingkungan dapat mempengaruhi status kesehatan manusia. Lingkungan di sini meliputi lingkungan fisik, psikologis, social budaya dan lingkungan spiritual. Untuk memahami hubungan lingkungan dengan kesehatan masyarakat (individu, keluarga, kelompok dan masyarakat) dapat digunakan model segitiga agen-hospes-lingkungan atau agent-host-environment triangle model yang dikemukakan oleh Leavell (1965), dimana ketiga komponen saling berhubungan dan dapat berpengaruh terhadap status kesehatan penduduk.

1. AGENT/PENYEBAB
2. LINGKUNGAN
3. HOSPES/MANUSIA

Model Leavell. Agen, hospes dan lingkungan saling berhubungan dan mempengaruhi kesehatan (Taylor.C. dkk, Fundamental of Nursing, 1989).

D. Asumsi Dasar PERKESMAS

1. Sistem pelayanan adalah kompleks
2. Pelayanan kesehatan (primer, sekunder dan tertier) merupakan komponen dari pelayanan kesehatan
3. Keperawatan sebagai subsistem pelayanan kesehatan merupakan hasil produk pendidikan, riset yang dilandasi praktek

4. Focus utama Perawatan Kesehatan Masyarakat adalah *primary care*
5. Perawatan Kesehatan Masyarakat terutama terjadi ditatanan kesehatan utama

E. Pandangan/Keyakinan PERKESMAS

1. Pelayanan kesehatan sebaiknya tersedia, dapat dijangkau, dapat diterima oleh semua orang
2. Penyusunan kebijaksanaan kesehatan seharusnya melibatkan penerima pelayanan kesehatan
3. Perawat sebagai pemberi pelayanan kesehatan dan klien sebagai penerima pelayanan kesehatan dapat membentuk kerjasama untuk mendorong dan mempengaruhi perubahan dalam kebijaksanaan dan pelayanan kesehatan
4. Lingkungan berpengaruh terhadap kesehatan penduduk, kelompok, keluarga dan individu
5. Pencegahan penyakit sangat diperlukan untuk peningkatan kesehatan
6. Kesehatan merupakan tanggung jawab individu
7. Klien merupakan anggota tetap team kesehatan. Individu dalam komunitas bertanggung jawab untuk kesehatan sendiri dan harus didorong serta dididik untuk berperan dalam pelayanan kesehatan

E. Tujuan PERKESMAS

1. Tujuan Umum
Meningkatkan derajat kesehatan dan memampukan masyarakat secara menyeluruh dalam memelihara kesehatannya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal secara mandiri.
2. Tujuan khusus
 - a. Dipahaminya pengertian sehat dan sakit oleh masyarakat.
 - b. Meningkatnya kemampuan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat untuk melaksanakan upaya perawatan dasar dalam rangka mengatasi masalah keperawatan
 - c. Tertanganinya kelompok keluarga rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan
 - d. Tertanganinya kelompok masyarakat khusus/rawan yang memerlukan pembinaan dan asuhan keperawatan di rumah, di pandi dan di masyarakat
 - e. Tertanganinya kasus-kasus yang memerlukan penanganan tindak lanjut dan asuhan keperawatan di rumah
 - f. Terlayaninnya kasus-kasus tertentu yang termasuk kelompok resiko tinggi yang memerlukan penanganan dan asuhan keperawatan di rumah dan di puskesmas

- g. Teratasi dan terkendalinya keadaan lingkungan fisik dan sosial untuk menuju keadaan sehat yang optimal.
3. Ruang Lingkup PERKESMAS
- a. Promotif
- Upaya promotif dilakukan untuk meningkatkan kesehatan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dengan jalan:
- 1) Penyuluhan kesehatan
 - 2) Peningkatan gizi
 - 3) Pemeliharaan kesehatan perorangan
 - 4) Pemeliharaan kesehatan lingkungan
 - 5) Olahraga teratur
 - 6) Rekreasi
 - 7) Pendidikan seks
- b. Preventif
- Upaya preventif untuk mencegah terjadinya penyakit dan gangguan kesehatan terhadap individu, keluarga kelompok dan masyarakat melalui kegiatan:
- 1) Imunisasi
 - 2) Pemeriksaan kesehatan berkala melalui posyandu, puskesmas dan kunjungan rumah
 - 3) Pemberian vitamin A, Iodium
 - 4) Pemeriksaan dan pemeliharaan kehamilan, nifas dan menyusui
- c. Kuratif
- Upaya kuratif bertujuan untuk mengobati anggota keluarga yang sakit atau masalah kesehatan melalui kegiatan:
- 1) Perawatan orang sakit dirumah
 - 2) Perawatan orang sakit sebagai tindak lanjut dari Puskesmas atau rumah sakit
 - 3) Perawatan ibu hamil dengan kondisi patologis
 - 4) Perawatan buah dada
 - 5) Perawatan tali pusat bayi baru lahir
- d. Rehabilitatif
- Upaya pemulihan terhadap pasien yang dirawat dirumah atau kelompok-kelompok yang menderita penyakit tertentu seperti TBC, kusta dan cacat fisik lainnya melalui kegiatan:
- 1) Latihan fisik pada penderita kusta, patah tulang dan lain sebagainya

- 2) Fisioterapi pada penderita strooke, batuk efektif pada penderita TBC dan sebagainya
- e. Resosialitatif
- Adalah upaya untuk mengemabalikan penderita ke masyarakat yang karena penyakitnya dikucilkan oleh masyarakat seperti, penderita AIDS, kusta dan wanita tuna susila.

F. Sasaran PERKESMAS

Individu, keluarga, kelompok dan masyarakat baik yang sehat atau sakit atau yang mempunyai masalah kesehatan karena ketidaktahuan, ketidakmauan serta ketidakmampuan.

Prioritas pelayanan Perawatan Kesehatan Masyarakat difokuskan pada keluarga rawan yaitu:

1. Keluarga yang belum terjangkau pelayanan kesehatan, yaitu keluarga dengan:
 - a. Ibu hamil tertenti yang belum ANC
 - b. Ibu nifas yang persalinannya ditolong oleh dukun dan neonatusnya
 - c. Balita tertentu
 - d. Penyakit kronis menular yang tidak bisa diintervensi oleh program
 - e. Penyakit endemis
 - f. Penyakit kronis tidak menular
 - g. Kecacatan tertentu (mental atau fisik)
2. Keluarga dengan resiko tinggi
 - a. Ibu hamil dengan masalah gizi
 - 1) anemia gizi berat (HB kurang dari 8 gr%)
 - 2) Kurang Energi Kronis (KEK)
 - b. Ibu hamil dengan resiko tinggi lai (perdarahan, infeksi, hipertensi)
 - c. Balita dengan BGM
 - d. Neonatus dengan BBLR
 - e. Usia lanjut jompo
 - f. Kasus percobaan bunuh diri
3. Keluarga dengan tindak lanjut perawatan
 - a. Drop out tertentu
 - 1) Ibu hamil
 - 2) Bayi
 - 3) Balita dengan keterlambatan tumbuh kembang
 - 4) Penyakit kronis atau endemis

- b. Kasus pasca keperawatan
 - 1) Kasus pasca keperawatan yang dirujuk dari institusi pelayanan kesehatan
 - 2) Kasus katarak yang dioperasi di Puskesmas
 - 3) Persalinan dengan tindakan
 - 4) Kasus psikotik
 - 5) Kasus yang seharusnya dirujuk yang tidak dilaksanakan rujukannya
- 4. Pembinaan kelompok khusus

Kelompok yang rawan dan rentan terhadap masalah kesehatan

 - a. Terikat dalam institusi, misalnya
 - 1) Panti
 - 2) Rutan/lapas
 - 3) Pondok pesantren
 - 4) Lokalisasi/WTS
 - b. Tidak terikat dalam institusi, misalnya:
 - 1) Karang wredha
 - 2) Karang balita
 - 3) KPKIA
 - 4) Kelompok pekerja informal
 - 5) Perkumpulan penyandang penyakit tertentu (jantung, asma, DM dan lain-lain).
 - 6) Kelompok remaja.
- 5. Pembinaan desa atau masyarakat bermasalah
 - 1. Masyarakat di daerah endemis suatu penyakit misalnya endemis malaria, filariasis, DHF, diare.
 - 2. Masyarakat didaerah dengan keadaan lingkungan kehidupan buruk, misalnya daerah kumuh di kota besar.
 - 3. Masyarakat di daerah yang mempunyai masalah yang menonjol dibanding dengan daerah lain, misalnya daerah dengan AKB tinggi.
 - 4. Masyarakat di daerah yang mempunyai masalah kesenjangan pelayanan kesehatan lebih tinggi dari daerah sekitar, misalnya cakupan ANC rendah, immunisasi rendah.
 - 5. Masyarakat di daerah pemukiman baru, yang diperkirakan akan mengalami hambatan dalam melaksanakan adaptasi kehidupannya, seperti daerah transmigrasi, pemukiman masyarakat terasing.

G. Kegiatan PERKESMAS

1. Memberikan asuhan keperawatan individu, keluarga dan kelompok khusus melalui home care.
2. Penyuluhan kesehatan
3. Konsultasi dan problem solving
4. Bimbingan
5. Melaksanakan rujukan
6. Penemuan kasus
7. Sebagai penghubung antara masyarakat dengan unit kesehatan
8. Melaksanakan asuhan keperawatan komunitas
9. Melakukan koordinasi dalam berbagai kegiatan asuhan keperawatan komunitas
10. Kerjasama lintas program dan lintas sektoral
11. Memberikan tauladan
12. Ikut serta dalam penelitian

Prinsip dasar dalam praktek perawatan kesehatan masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Keluarga adalah unit utama dalam pelayanan kesehatan masyarakat
2. Sasaran terdiri dari, individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.
3. Perawat kesehatan bekerja dengan masyarakat bukan bekerja untuk masyarakat.
4. Pelayanan keperawatan yang diberikan lebih menekankan pada upaya promotif dan preventif dengan tidak melupakan upaya kuratif dan rehabilitatif.
5. Dasar utama dalam pelayanan perawatan kesehatan masyarakat adalah menggunakan pendekatan pemecahan masalah yang dituangkan dalam proses keperawatan.
6. kegiatan utama perawatan kesehatan masyarakat adalah di masyarakat dan bukan di rumah sakit.
7. Pasien adalah masyarakat secara keseluruhan baik yang sakit maupun yang sehat.
8. Perawatan kesehatan masyarakat ditkankan kepada pembinaan perilaku hidup sehat masyarakat.
9. Tujuan perawatan kesehatan masyarakat adalah meningkatkan fungsi kehidupan sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan seoptimal mungkin.
10. Perawat kesehatan masyarakat tidak bekerja secara sendiri tetapi bekerja secara team.
11. Sebagian besar waktu dari seorang perawat kesehatan masyarakat digunakan untuk kegiatan meningkatkan kesehatan, pencegahan penyakit, melayani masyarakat yang

sehat atau yang sakit, penduduk sakit yang tidak berobat ke puskesmas, pasien yang baru kembali dari rumah sakit.

12. Home visite sangat penting.
13. Pendidikan kesehatan merupakan kegiatan utama.
14. Pelayanan perawatan kesehatan masyarakat harus mengacu pada sistem pelayanan kesehatan yang ada.
15. Pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan di institusi pelayanan kesehatan yaitu puskesmas, institusi seperti sekolah, panti, dan lainnya dimana keluarga sebagai unit pelayanan.

Contoh pendekatan yang dapat digunakan dalam Perawatan Kesehatan Masyarakat adalah sebagai berikut:

1. Problem solving approach

Pendekatan pemecahan masalah yang dituangkan dengan menggunakan proses keperawatan.

2. Family approach

Pendekatan terhadap keluarga binaan.

3. Case Approach

Pembinaan dilakukan berdasar kasus yang datang ke puskesmas yang dinilai memerlukan tindak lanjut.

4. Community approach

Pendekatan dilakukan terhadap masyarakat daerah binaan melalui survey mawas diri dengan melibatkan partisipasi masyarakat.

H. Peran perawat komunitas dalam asuhan keperawatan

Komunitas adalah kelompok sosial yang tinggal dalam suatu tempat, saling berinteraksi satu sama lain, saling mengenal serta mempunyai minat dan interest yang sama. (WHO).

Komunitas adalah kelompok dari masyarakat yang tinggal di suatu lokasi yang sama dengan dibawah pemerintahan yang sama, area atau lokasi yang sama dimana mesekak tinggal, kelompok sosial yang mempunyai interest yang sama (Linda Jarvis)

Komunitas dipandang sebagai target pelayanan kesehatan sehingga diperlukan suatu kerjasama yang melibatkan secara aktif masyarakat untuk mencapai peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang optimal, untuk itu dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan perawat komunitas merupakan suatu upaya yang esensial atau sangat dibutuhkan oleh komunitas, mudah dijangkau, dengan pembiayaan yang murah, lebih ditekankan pada penggunaan teknologi tepat guna.

Peran serta masyarakat sangat dibutuhkan dimana individu, keluarga maupun masyarakat sebagai pelaku kegiatan upaya peningkatan kesehatan serta bertanggung jawab atas kesehatannya sendiri berdasarakan azas kebersamaan dan kemandirian.

Perawatan Kesehatan Masyarakat merupakan sintesa dari praktek keperawatan dan praktek kesehatan masyarakat yang diaplikasikan untuk meningkatkan kesehatan dan pemeliharaan kesehatan dari masyarakat. Perawatan Kesehatan Masyarakat mempunyai tujuan membantu masyarakat dalam upaya meningkatkan kesehatan dan pencegahan terhadap penyakit melalui:

1. Pemberian asuhan keperawatan secara langsung kepada individu, keluarga, dan kelompok dalam masyarakat, dengan strategi intervensi yaituproses kelompok, pendidikan kesehatan serta kerjasama (partnership).
2. Memperhatikan secara langsung terhadap status kesehatan seluruh masyarakat secara komprehensive. Pada Perawatan Kesehatan Masyarakat harus mempertimbangkan beberapa prinsip, yaitu:
 1. Kemanfaatan
Semua tindakan dalam asuhan keperawatan harus memberikan manfaat yang besar bagi komunitas.
 2. Kerjasama
Kerjasama dengan klien dalam waktu yang panjang dan bersifat berkelanjutan serta melakukan kerja sama lintas program dan lintas sektoral.
 3. Secara langsung
Asuhan keperawatan diberikan secara langsung mengkaji dan intervensi, klien dan lingkungannya termasuk lingkungan sosial, ekonomi serta fisik mempunyai tujuan utama peningkatan kesehatan.
 4. Keadilan
Tindakan yang dilakukan disesuaikan dengan kemampuan atau kapasitas dari komunitas itu sendiri.
 5. Otonomi
Klien atau komunitas diberi kebebasan dalam memilih atau melaksanakan beberapa alternatif terbaik dalam menyelesaikan masalah kesehatan yang ada.

Perawat komunitas dapat bekerja diberbagai tatanan:

1. Klinik rawat jalan
2. Kantor kesehatan
3. Kesehatan kerja
4. Sekolah

5. Rumah
6. Perkemahan
7. Institusi pemeliharaan kesehatan
8. Tempat pengungsian

Perawat di komunitas dapat bekerja sebagai:

1. Perawat keluarga

Keperawatan kesehatan keluarga adalah tingkat keperawatan tingkat kesehatan masyarakat yang dipusatkan pada keluarga sebagai satu kesatuan yang dirawat dengan sehat sebagai tujuan pelayanan dan perawatan sebagai upaya (Bailon dan Maglaya, 1978).

Perawat keluarga adalah Perawat teregistrasi dan telah lulus dalam bidang keperawatan yang dipersiapkan untuk praktek memberikan pelayanan individu dan keluarga disepanjang rentang sehat sakit. Praktek ini mencakup pengambilan keputusan independen dan interdependen dan secara langsung bertanggung gugat terhadap keputusan klinis.

Peran perawat keluarga adalah melaksanakan asuhan keperawatan keluarga, berpartisipasi dan menggunakan hasil riset, mengembangkan dan melaksanakan kebijakan di bidang kesehatan, kepemimpinan, pendidikan, case managemen dan konsultasi.

2. Perawat Sekolah

Keperawatan sekolah adalah: keperawatan yang difokuskan pada anak ditatanan pendidikan guna memenuhi kebutuhan anak dengan mengikutsertakan keluarga maupun masyarakat sekolah dalam perencanaan pelayanan (Logan, BB, 1986)

Perawatan kesehatan sekolah mengaplikasikan praktek keperawatan untuk memenuhi kebutuhan unit individu, kelompok dan masyarakat sekolah.

Keperawatan kesehatan sekolah merupakan salah satu jenis pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk mewujudkan dan menumbuhkan kemandirian siswa untuk hidup sehat, menciptakan lingkungan dan suasana sekolah yang sehat. Fokus utama perawat kesehatan sekolah adalah siswa dan lingkunganya dan sasaran penunjang adalah guru dan kader.

3. Perawat Kesehatan Kerja

Perawatan kesehatan kerja adalah penerapan prinsip-prinsip keperawatan dalam memelihara kelestarian kesehatan tenaga kerja dalam segala bidang pekerjaan (American Asociation of Occupational Health Nursing).

Perawat kesehatan kerja mengaplikasikan praktek keperawatan untuk memenuhi kebutuhan unik individu, kelompok dan masyarakat di tatanan industri, pabrik, tempat kerja, tempat konstruksi, universitas dan lain-lain.

Lingkup praktek keperawatan kesehatan kerja mencakup pengkajian riwayat kesehatan, pengamatan, memberikan pelayanan kesehatan primer konseling, promosi kesehatan, administrasi management quality assurance, peneliti dan kolaborasi dengan komunitas.

4. Perawat gerontologi

Perawatan gerontologi atau gerontik adalah ilmu yang mempelajari dan memberikan pelayanan kepada orang lanjut usia yang dapat terjadi di berbagai tatanan dan membantu orang lanjut usia tersebut untuk mencapai dan mempertahankan fungsi yang optimal.

Perawat gerontologi mengaplikasikan dan ahli dalam memberikan pelayanan kesehatan utama pada lanjut usia dan keluarganya dalam berbagai tatanan pelayanan. Peran lanjut perawat tersebut independen dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan profesional.

Lingkup praktek keperawatan gerontologi adalah memberikan asuhan keperawatan, melaksanakan advokasi dan bekerja untuk memaksimalkan kemampuan atau kemandirian lanjut usia, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan, mencegah dan meminimalkan kecacatan dan menunjang proses kematian yang bermartabat.

Perawat gerontologi dalam prakteknya menggunakan manajemen kasus, pendidikan, konsultasi, penelitian dan administrasi.

I. Tujuan PERKESMAS

Dalam pelaksanaan kegiatan Perkesmas tujuan yang diharapkan adalah meningkatnya kemandirian individu, keluarga, kelompok/masyarakat (rawan kesehatan) untuk mengatasi masalah kesehatan/keperawatannya sehingga tercapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal.

J. Dasar Hukum PERKESMAS

Adapun dasar hukum pelaksanaan Perkesmas yaitu:

1. UU no 23 th 1992 tentang kesehatan
2. UU no 32/2004 tentang pemerintahan daerah
3. 3. Kepmenkes no 1575 /menkes/sk/xi/2005 tentang organisasi dan tata kerja Departemen Kesehatan Republik Indonesia
4. Kepmenkes no 1239/2001 tentang registrasi dan praktik perawat
5. Kepmenkes no 1457/menkes/sk/ x/ 2003 tentang standar pelayanan minimal bidang kesehatan di kabupaten/kota
6. Kepmenkes no 128/menkes/sk/ii/2004 tentang kebijakan dasar pusat kesehatan masyarakat
7. Kepmenkes 836/2005 tentang pengembangan manajemen kinerja perawatan/bidan

8. Kepmenkes no 279/2006 tentang pedoman upaya penyelenggaraan Perkesmas di Puskesmas

K. Sasaran PERKESMAS

Adapun yang menjadi sasaran program Perkesmas ini adalah seluruh masyarakat yang dapat terbagi menjadi:

1. Individu khususnya individu risiko tinggi (risti): menderita penyakit, balita, lanjut usia (lansia), masalah mental/jiwa.
2. Keluarga khususnya ibu hamil (bumil), lansia, menderita penyakit, masalah mental/jiwa.
3. Kelompok/masyarakat berisiko tinggi, termasuk daerah kumuh, terisolasi, konflik, tidak terjangkau pelayanan kesehatan. Fokus sasaran Perkesmas adalah keluarga rawan kesehatan dengan prioritasnya adalah keluarga rentan terhadap masalah kesehatan (Gakin), keluarga risiko tinggi (anggota keluarga bumil, balita, lansia, menderita penyakit).

L. Bentuk Kegiatan PERKESMAS

Adapun bentuk kegiatan Perkesmas antara lain:

1. Asuhan keperawatan pasien (prioritas) kontak Puskesmas yang berada di poliklinik Puskesmas, Puskesmas pembantu (pustu), Puskesmas keliling (pusling), posyandu, poskesdes.
 - a. Pengkajian keperawatan pasien sebagai deteksi dini (sasaran prioritas)
 - b. Penyuluhan kesehatan
 - c. Tindakan Keperawatan (direct care)
 - d. Konseling keperawatan
 - e. Pengobatan (sesuai kewenangan)
 - f. Rujukan pasien/masalah kesehatan
 - g. Dokumentasi keperawatan
2. Kunjungan rumah oleh perawat (home visit/home care) terencana, bertujuan untuk pembinaan keluarga rawan kesehatan.

Home visit adalah suatu bentuk pelayanan kesehatan yang komprehensif bertujuan memandirikan pasien dan keluarganya, pelayanan kesehatan diberikan di tempat tinggal pasien dengan melibatkan pasien dan keluarganya sebagai subyek yang ikut berpartisipasi merencanakan kegiatan pelayanan, pelayanan dikelola oleh suatu unit/sarana/institusi baik aspek administrasi maupun aspek pelayanan dengan

mengkoordinir berbagai kategori tenaga profesional dibantu tenaga non profesional, di bidang kesehatan maupun non kesehatan.

Ruang Lingkup home visit yaitu memberi asuhan keperawatan secara komprehensif, melakukan pendidikan kesehatan pada pasien dan keluarganya, mengembangkan pemberdayaan pasien dan keluarga.

Mekanisme pelayanan home visit:

a. Proses penerimaan kasus.

Home visit menerima pasien dari tiap poliklinik di Puskesmas, Koordinator program Perkesmas menunjuk perawat pelaksana Perkesmas untuk mengelola kasus dan Perawat pelaksana Perkesmas membuat surat perjanjian dan proses pengelolaan kasus

b. Proses pelayanan home visit:

Persiapan terdiri dari memastikan identitas pasien, bawa denah/petunjuk tempat tinggal pasien, lengkap kartu identitas unit tempat kerja, memastikan perlengkapan pasien untuk di rumah, menyiapkan file asuhan keperawatan, menyiapkan alat bantu media untuk pendidikan.

Pelaksanaan terdiri dari perkenalan diri dan jelaskan tujuan, observasi lingkungan yang berkaitan dengan keamanan perawat, lengkapi data hasil pengkajian dasar pasien, membuat rencana pelayanan, lakukan perawatan langsung, diskusikan kebutuhan rujukan, kolaborasi, konsultasi dll, diskusikan rencana kunjungan selanjutnya dan aktifitas yang akan dilakukan, dokumentasikan kegiatan.

Monitoring dan evaluasi antara lain keakuratan dan kelengkapan pengkajian awal, kesesuaian perencanaan dan ketepatan tindakan, efektifitas dan efisiensi pelaksanaan tindakan oleh pelaksana.

Proses penghentian pelayanan home visit, dengan kriteria: tercapai sesuai tujuan, kondisi pasien stabil, program rehabilitasi tercapai secara maksimal, keluarga sudah mampu melakukan perawatan pasien, pasien di rujuk, pasien menolak pelayanan lanjutan, pasien meninggal dunia.

c. Pembiayaan home visit terdiri dari:

Prinsip penentuan tarif antara lain pemerintah/masyarakat bertanggung jawab dalam memelihara kesehatan, disesuaikan dengan kemampuan keuangan dan keadaan sosial ekonomi, mempertimbangkan masyarakat berpenghasilan rendah/asas gotong royong, pembayaran dengan asuransi ditetapkan atas dasar saling membantu, mencakup seluruh unsur pelayanan secara proporsional.

Jenis pelayanan yang kena tarip antara lain jasa pelayanan tenaga kesehatan, imbalan atas pemakaian sarana kesehatan yang digunakan langsung oleh pasien, dana transportasi untuk kunjungan pasien

3. Kunjungan perawat ke kelompok prioritas terencana (posyandu usila, posyandu balita, panti asuhan dan lain-lain)
 - a. Pengkajian keperawatan individu di kelompok
 - b. Pendidikan/penyuluhan kesehatan di kelompok
 - c. Pengobatan (sesuai kewenangan)
 - d. Rujukan pasien/masalah kesehatan
 - e. Dokumentasi keperawatan
4. Asuhan keperawatan pasien di ruang rawat inap Puskesmas
 - a. Pengkajian keperawatan individu
 - b. Tindakan keperawatan langsung (direct care) dan tidak langsung (lingkungan)
 - c. Pendidikan/penyuluhan kesehatan
 - d. Pencegahan infeksi di ruangan
 - e. Pengobatan (sesuai kewenangan)
 - f. Penanggulangan kasus gawat darurat
 - g. Rujukan pasien/masalah kesehatan
 - h. Dokumentasi keperawatan
- N. Pelaksana Kegiatan PERKESMAS

Perawat koordinator Perkesmas di Puskesmas harus mempunyai kualifikasi yaitu minimal D3 Keperawatan dan pernah mengikuti pelatihan/sertifikasi Perkesmas serta memiliki pengalaman kerja di Puskesmas yang mempunyai tugas sebagai berikut:

- a. Pertemuan dengan perawat pelaksana Perkesmas/penanggung jawab daerah binaan (darbin) untuk mengidentifikasi masalah prioritas dengan data epidemiologi, merencanakan kegiatan Perkesmas, memfasilitasi pembahasan masalah dalam Refleksi Diskusi Kasus (RDK), membahas masalah keuangan.
 - b. Kunjungan lapangan untuk melakukan bimbingan pada perawat pelaksana
 - c. Penyusunan laporan yang disusun berdasarkan hasil evaluasi pelaksanaan Perkesmas yang merupakan bahan pertanggung jawaban kepada Kepala Puskesmas
- Sertifikasi bagi Perawat PERKESMAS yaitu:
- a. Pelatihan Perkesmas
 - b. Pelatihan Pengembangan Manajemen Kinerja Klinis (PMKK) untuk perawat koordinator
 - c. Pelatihan gadar (basic)
 - d. Pelatihan HIV/AIDS

- e. Pelatihan Keperawatan Kesehatan jiwa Masyarakat (basic)
- f. Pelatihan-pelatihan lainnya (program ISPA, PHBS, gizi, flu burung, dan lain-lain)
- O. Indikator Keberhasilan PERKESMAS

Indikator keberhasilan kinerja Perkesmas terdiri dari:

a. Indikator kinerja klinik

Ada 4 indikator dalam menilai keberhasilan kinerja klinik Perkesmas yaitu:

1) Indikator input

Persentasi perawat koordinator (D3 Keperawatan), Persentasi perawat terlatih keperawatan kesehatan komunitas dan Persentasi Penanggung jawab daerah binaan/desa punya PHN kit, Persentasi Puskesmas memiliki pedoman/standar, Tersedia dana operasional untuk pembinaan, Tersedia standar/pedoman/SOP pelaksanaan kegiatan, Tersedia dukungan administrasi (buku register, family folder, formulir laporan, dll).

2) Indikator proses

Persentasi keluarga rawan mempunyai family folder, Mapping (peta) sasaran Perkemas, Rencana kegiatan Perkesmas (POA), Bukti Pembagian tugas perawat, Ada kegiatan koordinasi dengan petugas kesehatan lain, Catatan keperawatan, Kegiatan Refleksi Diskusi Kasus, Hasil pemantauan dan evaluasi.

3) Indikator output (key indicator)

Persentasi keluarga rawan dibina, Persentasi keluarga selesai dibina, Persentasi penderita (prioritas SPM) dilakukan tindak lanjut keperawatan (follow up care), Persentasi kelompok dibina, Persentasi daerah binaan di suatu wilayah

4) Indikator hasil (Outcome) yang ingin dicapai

Adalah terbentuknya keluarga mandiri dalam memenuhi kesehatannya/mengatasi masalah kesehatannya yang terdiri dari 4 tingkatan keluarga mandiri (KM), masing-masingnya mempunyai kriteria-kriteria sebagai berikut:

b. Indikator kinerja fungsional

Indikator kinerja fungsional yaitu indikator kinerja perawat Puskesmas untuk mengukur pencapaian angka kredit jabatan fungsionalnya yaitu jumlah angka kredit yang dicapai sama dengan jumlah kegiatan perawat dalam mencapai indikator klinik (output) nya.

P. Pemantauan dan Penilaian PERKESMAS

Pemantauan dilaksanakan secara periodik setiap bulan oleh kepala Puskesmas dan Perawat koordinator Perkesmas. Hasil pemantauan terhadap pencapaian indikator kinerja menjadi masukan untuk perbaikan dan peningkatan kinerja perawat

berikutnya, peningkatan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan. Sedangkan penilaian dilaksanakan minimal setiap akhir tahun dan hasilnya digunakan untuk masukan dalam penyusunan perencanaan kegiatan Perkesmas pada tahun berikutnya. Untuk memudahkan pemantauan dan penilaian kinerja Perkesmas maka dilakukan penyajian hasil dengan menggunakan tabel, grafik balok/garis atau grafik Pemantauan Wilayah Setempat (PWS). Penilaian dilakukan setahun sekali meliputi semua aspek baik input, output, outcome sebagai masukan penyusunan rencana kegiatan Perkesmas tahun berikutnya.

Rangkuman

Pelaksanaan PERKESMAS bertujuan untuk meningkatkan kemandirian masyarakat dalam mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi, sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal. Untuk mengupayakan terbinanya kesehatan masyarakat, maka diharapkan 40 % keluarga rawan kesehatan memperoleh kunjungan rumah dan pembinaan kesehatan oleh tenaga kesehatan melalui kegiatan PERKESMAS.

Sasaran perawatan kesehatan masyarakat adalah individu, keluarga, kelompok dan masyarakat yang mempunyai masalah kesehatan akibat faktor ketidaktahuan, ketidakmauan maupun ketidakmampuan dalam mengenal masalah kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI). 1993. Jakarta. Petunjuk Pengelolaan Perawatan Kesehatan Masyarakat.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI). 1996. Jakarta. Pedoman Pemantauan Penilaian Program Perawatan Kesehatan Masyarakat.
- Rencana Tingkat Puskesmas (RTP) Puskesmas Sronдол Tahun 2014.