

# DIAGNOSIS KOMUNITAS DENGAN PENDEKATAN PROCEED- PRECEDE PADA MAHASISWA KEPANITERAAN KLINIK

Rizma Adlia Syakurah<sup>1</sup>, Jesica Moudy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya, Indonesia

<sup>2</sup>Mahasiswa Profesi Kedokteran, Fakultas Kedokteran, Universitas Sriwijaya, Indonesia

E-mail: rizma.syakurah@gmail.com

## ABSTRACT

*Community diagnosis was a required expertise of the doctors in primary health care facilities. This aimed to adjust health programs to the problems encountered in community, so it could be create holistic and comprehensive medical services with a family and occupational approach to patients. This study done by PROCEED-PRECEDE approach with identifying problems, then directing an improvement intervention, so obtained a concrete plan. Activities in community diagnosis consist of identifying the problems, determining priority of problems, identifying root cause, alternative problem solving, action plans and evaluations, and conclusions and suggestions from community diagnoses that has been done. Priority of problems used various methods, including the Delphi method, the Delbecq method, the Hanlon method, the PAHO method, the matrix criterion method, the Carl method, the Reinke method, the MCUA method and the Bryant Method. While to identify root cause it could be used methods such as check sheets, tree diagrams, Ishikawa diagrams, Pareto diagrams, 5 whys analysis and Drill Down analysis. Evaluation of activities consists of evaluating the process, evaluating the impact, and evaluating the results. The determination of community diagnosis was done by using the PROCEED-PRECEDE approach and using various methods of problem identification.*

**Keywords:** diagnosis, community, methods

## ABSTRAK

Diagnosis komunitas merupakan keahlian yang diperlukan dokter di layanan primer fasilitas kesehatan untuk menyesuaikan program kesehatan yang dilakukan dengan masalah yang dihadapi komunitas, sehingga tercipta pelayanan kedokteran secara holistik dan komprehensif dengan pendekatan keluarga dan okupasi terhadap pasien. Studi ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah, kemudian mengarahkan suatu intervensi perbaikan, sehingga menghasilkan suatu rencana kerja yang konkrit. Kegiatan dalam diagnosis komunitas menggunakan pendekatan PROCEED-PRECEDE, yang terdiri dari identifikasi daftar masalah, penentuan prioritas masalah, identifikasi akar masalah, alternatif pemecahan masalah, rencana kegiatan dan evaluasi, serta kesimpulan dan saran dari diagnosis komunitas yang telah dilakukan. Prioritas masalah menggunakan berbagai metode, diantaranya metode Delphi, metode Delbecq, metode Hanlon, metode PAHO, metode kriteria matriks, metode Carl, metode Reinke, metode MCUA dan Metode Bryant. Sedangkan untuk identifikasi akar akar masalah dapat digunakan metode seperti check sheet, diagram pohon, diagram Ishikawa, diagram Pareto, analisis 5 whys dan analisis Drill Down. Evaluasi kegiatan terdiri dari evaluasi proses, evaluasi dampak, dan evaluasi hasil. Pentuan diagnosis komunitas dilakukan dengan pendekatan PROCEED-PRECEDE dan menggunakan berbagai metode identifikasi masalah.

**Kata kunci:** diagnosis, komunitas, metode

---

## PENDAHULUAN

Kedokteran komunitas atau kesehatan komunitas merupakan perpaduan antara ilmu kesehatan masyarakat, kedokteran pencegahan dan kedokteran sosial, dengan tujuan dan ruang lingkup yang lebih luas yaitu dengan cara mengorganisir seluruh kemampuan atau fasilitas yang tersedia untuk menjaga, melindungi dan meningkatkan status kesehatan masyarakat. Kedokteran komunitas meliputi pelayanan kesehatan, kesehatan ibu dan anak, keluarga berencana, sanitasi lingkungan, laboratorium, pendidikan kesehatan, hiperkes, usaha perbaikan gizi keluarga, kontrol terhadap penyakit menular dan fasilitas tempat-tempat untuk pelayanan tersebut.<sup>1</sup>

Secara keseluruhan, kedokteran komunitas merupakan suatu kesatuan yang seimbang antara kuratif, preventif, promotif dan rehabilitatif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat, berbeda dengan cara yang lazim dilakukan oleh para dokter yang bekerja di rumah sakit atau praktek pribadi.<sup>1</sup>

Fasilitas kesehatan di layanan primer, sebagai pusat pengembangan program kesehatan, perlu melakukan *Diagnosis Komunitas (Community Diagnosis)*, sehingga program kesehatan yang dilakukan sesuai dengan masalah yang terutama dihadapi oleh komunitas/masyarakat di area tersebut. *Diagnosis komunitas* merupakan keterampilan (*skill*) yang harus dikuasai oleh dokter di fasilitas

kesehatan tingkat primer, dan/atau bila bekerja sebagai pimpinan institusi/unit kesehatan yang bertanggung jawab atas kesehatan suatu komunitas /masyarakat. Sehingga, seorang dokter dapat menerapkan pelayanan kedokteran secara holistik dan komprehensif dengan pendekatan keluarga dan okupasi terhadap pasien.<sup>1,2</sup>

*Diagnosis komunitas* merupakan suatu kegiatan yang digunakan untuk menentukan apakah terdapat masalah kesehatan pada sekelompok masyarakat dengan cara pengumpulan data di lapangan. Menurut WHO, *diagnosis komunitas* adalah penjelasan secara kuantitatif dan kualitatif mengenai kondisi kesehatan di komunitas serta faktor-faktor yang mempengaruhi kondisi kesehatannya.<sup>1</sup>

*Diagnosis komunitas* mengidentifikasi masalah, kemudian mengarahkan suatu intervensi perbaikan, sehingga menghasilkan suatu rencana kerja yang konkrit. Kegiatan *diagnosis komunitas* menilai dan menghubungkan masalah, kebutuhan, keinginan, dan fasilitas yang ada dalam komunitas. Dari hubungan keempat hal tersebut, dipikirkan suatu solusi atau intervensi untuk pemecahan masalah yang ada dalam komunitas tersebut.<sup>1</sup>

Suatu *diagnosis komunitas* yang baik diharapkan dapat bersifat luas dan mencakup berbagai aspek komunitas seperti budaya, struktur sosial, peran komunitas, dan lain sebagainya. Sebuah

diagnosis komunitas yang baik harus dapat memberikan suatu bayangan bagi para perencana program akan bagaimana kehidupan di daerah tersebut, masalah-masalah kesehatan yang penting, intervensi yang paling mungkin berhasil, dan cara evaluasi program yang baik.

Pada dasarnya, proses diagnosis komunitas didasarkan pada prinsip-prinsip diagnosis klinis; perbedaannya adalah bahwa diagnosis komunitas diaplikasikan pada komunitas dalam peran dokter yang lebih luas, sedangkan diagnosis klinis diaplikasikan pada tingkat yang lebih personal. Seorang klinisi akan memeriksa pasien serta harus mampu menentukan kondisi patologis berdasarkan gejala dan

tanda yang ada agar dapat menegakkan diagnosis penyakit dan memilih cara tepat untuk pengobatannya. Pada kedokteran komunitas, keterampilan epidemiologi (mempelajari tentang frekuensi dan distribusi penyakit serta faktor determinan yang memengaruhinya di kalangan manusia) sangat diperlukan untuk dapat memeriksa seluruh masyarakat dan memilih indikator yang sesuai untuk menjelaskan masalah kesehatan di komunitas; kemudian menetapkan diagnosis komunitas serta menetapkan intervensi yang paling efektif untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.<sup>2</sup> Perbandingan diagnosis klinik dan diagnosis komunitas ditampilkan pada **Tabel 1** berikut.

**Tabel 1.** Perbedaan diagnosis klinik dan diagnosis komunitas<sup>3,4</sup>

Spesifikasi	Diagnosis Klinik	Diagnosis Komunitas
Populasi	Individu	Kelompok masyarakat
Tempat	Puskesmas, rumah sakit, praktik dokter	Desa, kecamatan, kabupaten, dan lain-lain
Alat	Peralatan kedokteran physical diagnostic	Biostatistik Epidemiologi
Cara diagnosis	Anamnesis, gejala penyakit, laboratorium	Pengumpulan data, distribusi dan frekuensi penyakit (who, when, where), statistik vital, dan lain-lain
Tindakan atau terapi	Medikamentosa, perawatan RS, radiologi, dan lain-lain	Imunisasi, penyuluhan, kesehatan lingkungan, pengendalian penyakit menular, dan lain-lain

Pembuatan diagnosis komunitas bertujuan untuk mengidentifikasi masalah kesehatan di masyarakat, mengembangkan instrumen untuk mengidentifikasi masalah kesehatan, menganalisis permasalahan kesehatan dan mengajukan solusi pemecahannya, menjelaskan struktur organisasi fasilitas kesehatan tingkat primer, berkomunikasi secara baik dengan

masyarakat, membuat usulan pemecahan terhadap masalah kesehatan.<sup>2</sup> Hal ini penting untuk menyesuaikan program kesehatan yang dilakukan dengan masalah yang dihadapi komunitas, sehingga tercipta pelayanan kedokteran secara holistik dan komprehensif dengan pendekatan keluarga dan okupasi terhadap pasien.

## METODE

Membuat diagnosis komunitas, perlu dikumpulkan alat dan bahan berupa data sekunder dan data primer. Data sekunder yang dikumpulkan dalam diagnosis komunitas yaitu berupa profil wilayah angka kesakitan dan kematian di wilayah, indikator kegiatan program, laporan-laporan lain.<sup>1</sup> Data primer yang dikumpulkan dalam diagnosis komunitas yaitu berupa hasil wawancara, hasil observasi, instrumen pengambilan data.<sup>1</sup>

Langkah-langkah yang harus dilakukan dalam melaksanakan diagnosis komunitas yaitu pertemuan awal untuk menentukan area permasalahan, menentukan instrument pengumpulan data, pengumpulan data dari masyarakat, menganalisis dan menyimpulkan data, membuat laporan hasil dan presentasi diseminasi.<sup>1,2</sup>

Model *PROCEED-PRECEDE* dapat digunakan untuk merancang dan mengevaluasi rencana promosi kesehatan. *PRECEDE* dan *PROCEED* adalah akronim. *PRECEDE* adalah singkatan dari *Predisposing, Reinforcing, and Enabling Constructs in Education / Environment Diagnosis and Evaluation*. *PROCEED* menjabarkan Kebijakan (*Policy*), Peraturan (*Regulatory*), dan Konstruksi Organisasi dalam Pendidikan dan Pengembangan Lingkungan (*Organizational Constructs in Educational and Environmental Development*).<sup>3,4</sup> Berdasarkan pendekatan *PROCEED - PRECEDE*, kerangka

operasional terdiri dari identifikasi daftar masalah, penentuan prioritas masalah, identifikasi akar masalah, alternatif pemecahan masalah, rencana kegiatan dan evaluasi, serta kesimpulan dan saran dari diagnosis komunitas yang telah dilakukan (**Gambar 1**).

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Adapun kegiatan yang dilakukan dalam diagnosis komunitas adalah sebagai berikut<sup>6</sup>.

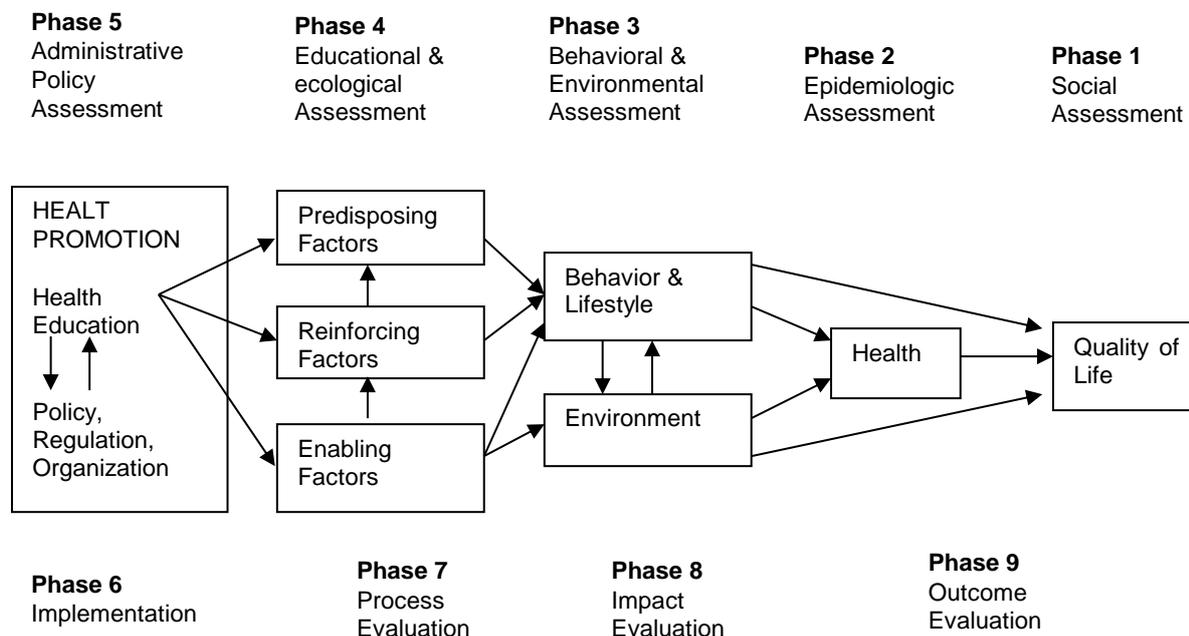
### A. Penentuan Latar Belakang

Tahap pertama yang dilakukan adalah menguraikan mengenai Diagnosis Komunitas, baik pengertian serta alasan mengapa Diagnosis Komunitas perlu dilakukan.

### B Analisis Situasi dan Karakteristik Komunitas

Pada tahap ini, individu melakukan analisis terhadap situasi Puskesmas, berupa wilayah kerja, demografi, program kesehatan yang ada serta capaiannya, data-data penyakit terbanyak pada wilayah tersebut, data PISPK, serta data hasil SMD/MMD Puskesmas dan program lain. Melalui data demografis, data kesehatan, data kualitatif ditentukan komunitas yang spesifik. Lalu, komunitas terpilih dijelaskan gambaran umumnya, seperti demografi, sarana prasarana, serta kegiatan kesehatan yang ada pada wilayah tersebut.

**PRECEDE PROCEED - Framework**



**Gambar 1.** Model *PRECEDE-PROCEED* untuk perencanaan dan evaluasi kesehatan <sup>5</sup>

**C. Penentuan Kerangka Operasional**

Kerangka operasional merupakan acuan tahapan yang akan dilakukan. Berdasarkan pendekatan PROCEED PRECEDE, kerangka operasional terdiri dari identifikasi daftar masalah, penentuan prioritas masalah, identifikasi akar masalah, alternatif pemecahan masalah, rencana kegiatan dan evaluasi, serta kesimpulan dan saran dari diagnosis komunitas yang telah dilakukan.

**D. Identifikasi Daftar Masalah**

Penilaian data kuantitatif dan kualitatif digunakan untuk menentukan masalah kesehatan dalam komunitas yang terpilih untuk kandidat intervensi. Data tersebut didapatkan melalui analisis data awal yang didapat dari Puskesmas, pengamatan

lingkungan dan masyarakat, dan wawancara masyarakat secara langsung untuk mengumpulkan masalah yang ada di masyarakat. Penilaian daftar masalah ini berdasarkan teori L. Green yang menyatakan bahwa perilaku kesehatan dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu faktor predisposisi, faktor pemungkin, serta faktor penguat/ pendorong. Adapun faktor-faktor meliputi penilaian terhadap faktor sosial, faktor epidemiologi, faktor perilaku dan lingkungan, faktor pendidikan dan organisasi, dan faktor administrasi dan kebijakan. Dari faktor-faktor tersebut, ditentukan berbagai masalah yang ada dalam bentuk daftar. Hasil diagnosis sebaiknya terdiri atas tiga aspek yaitu<sup>2</sup>:

- a. Status kesehatan di komunitas
- b. Determinan dari masalah kesehatan di komunitas
- c. Potensi dari pengembangan kondisi kesehatan di komunitas dan area yang lebih luas

Beberapa hal umum yang menjadi sifat hasil analisis data diagnosis komunitas adalah<sup>2</sup>:

- a. Informasi statistik lebih baik ditampilkan dalam bentuk *rate* atau rasio untuk perbandingan
- b. Tren atau proyeksi sangat berguna untuk memonitor perubahan sepanjang waktu yang diamati serta perencanaan ke depan
- c. Data wilayah atau distrik lokal dapat dibandingkan dengan distrik yang lain atau ke seluruh populasi.

Tampilan hasil dalam bentuk skematis atau gambar dapat digunakan untuk mendapatkan pemahaman yang lebih mudah dan cepat.

#### **E. Penentuan Prioritas Masalah**

Dari daftar masalah yang telah dibuat, ditentukan masalah yang paling penting dalam komunitas. Penetapan prioritas dalam proses perencanaan dipandang penting karena adanya keterbatasan sumber daya, sehingga tidak semua masalah dapat diselesaikan sekaligus. Prioritas masalah dapat ditentukan melalui bermacam metode penentuan prioritas masalah. Ditinjau dari datanya, penentuan prioritas masalah dapat disusun menggunakan metode kualitatif dan metode

kuantitatif.<sup>7,8</sup> Ada pula sumber lain yang membagi teknik penentuan prioritas masalah menjadi teknik skoring dan teknik non-skoring. Dalam menentukan prioritas masalah, beberapa studi menggunakan kombinasi dari beberapa metode. Metode yang dapat digunakan dalam menentukan prioritas masalah di antaranya adalah metode Delphi, metode Delbecq, metode Hanlon, metode PAHO, metode kriteria matriks, metode Carl, metode Reinke, metode MCUA<sup>9,10</sup> dan Metode Bryant. Beberapa di antaranya dijabarkan sebagai berikut.

##### **a. Metode Delphi**

Metode Delphi merupakan suatu metode yang dilakukan dengan membentuk suatu kelompok atau komunikasi grup yang terdiri dari para ahli untuk membahas suatu permasalahan. Metode ini merupakan salah satu cara menentukan prioritas masalah dengan pendekatan berbasis nilai (kualitatif).

Pada umumnya pelaksanaan metode Delphi dilakukan dalam 4 tahap. Pada tahap pertama, kuesioner digunakan untuk melakukan eksplorasi terhadap hal atau permasalahan yang sedang dibahas, dengan cara mengumpulkan informasi dari kelompok responden. Pada tahap kedua, kuesioner digunakan untuk mendapatkan pandangan atau pendapat para responden mengenai permasalahan yang dibahas. Hasil dari kuesioner tahap kedua dianalisis untuk

menilai apakah terdapat pertentangan pendapat yang signifikan pada kelompok responden mengenai permasalahan yang dibahas. Jika terdapat pertentangan, maka hal tersebut dijadikan dasar untuk mengetahui alasan mendasar yang menyebabkan pertentangan tersebut melalui pengajuan kuisioner tahap ketiga. Pada tahap keempat, seluruh hasil dan jawaban yang telah diperoleh pada tahap sebelumnya dipresentasikan oleh tim kepada para ahli atau kelompok responden untuk dilakukan penyimpulan akhir terhadap permasalahan yang sedang dibahas. Penyampaian hasil yang diperoleh dapat dilakukan dalam bentuk *mean* atau median data.

#### **b. Metode Delbecq**

Metode Delbecq merupakan metode yang dilakukan secara voting tanpa ada diskusi diantara anggotanya. Metode ini tidak memerlukan kesetaraan tingkat pendidikan sehingga tidak memungkinkan terjadi diskusi.<sup>11</sup> Metode ini memprioritaskan masalah yang perlu diselesaikan dengan memberikan nilai 0 sampai 10, dengan kriteria yang diperlukan seperti, besarnya masalah, urgensi masalah dari waktu ke waktu, jumlah biaya yang diperlukan untuk mengatasi masalah, dan tersedianya tenaga, sarana, waktu dan metode, serta teknologi pendukung.<sup>8</sup> Metode Delbecq merupakan suatu interaksi kelompok tatap muka yang terstruktur, yang

memberdayakan peserta dengan memberikan kesempatan untuk menyampaikan pendapat dan kesempatan agar pendapatnya dipertimbangkan oleh anggota lain. Metode Delbecq juga dikenal dengan nama metode NGT (*Nominal Group Technique*). Metode ini terdiri dari empat tahap utama: generasi diam, *round robin*, klarifikasi dan pemungutan suara (kedudukan atau peringkat).

Pada metode NGT, jumlah anggota kelompok dapat berkisar antara 2-14 orang. Namun, jumlah yang direkomendasikan adalah maksimal tujuh peserta. Tahap pertama adalah generasi diam. Tahap ini diawali dengan memberikan 1-2 pertanyaan kepada peserta. Peserta diberikan waktu hingga 20 menit untuk merefleksikan secara diam-diam atau merekam ide mengenai jawaban dari pertanyaan yang diberikan.

Tahap kedua yaitu *round robin*, yaitu fasilitator meminta satu peserta untuk menyampaikan satu ide kepada kelompok. Peserta dapat memikirkan ide-ide baru pada tahap ini, tetapi peserta harus menunggu giliran sebelum dapat menyampai-kannya pada kelompok. Tahap ini tidak memiliki batasan waktu, dan berakhir saat tidak ada lagi ide baru yang muncul. Pada tahap ini direkomendasikan untuk tidak ada proses diskusi, sehingga ide-ide yang ada hanya dicatat, misalnya di papan tulis atau dalam bentuk *flipchart*.

Tahap ketiga yaitu klarifikasi ide. Pada tahap ini, ide-ide serupa dikelompokkan. Ide-ide yang ada didiskusikan untuk memastikan seluruh peserta paham mengenai ide-ide tersebut, sehingga dapat memutuskan pemilihan ide berdasarkan informasi yang didapat. Tahap keempat adalah pemungutan suara. Peserta diminta memilih ide-ide yang dianggapnya sebagai prioritas masalah. Ide terpilih dituliskan pada lembar peringkat. Jumlah item yang dipilih oleh peserta tergantung pada topik, tetapi yang paling umum ialah peringkat lima ide. Setiap item yang dipilih diberikan skor, dengan angka yang lebih besar mencerminkan kepentingan yang lebih besar. Akhirnya, skor untuk setiap ide dijumlahkan dan disajikan kepada kelompok untuk didiskusikan.

### c. Metode Hanlon

Metode Hanlon merupakan suatu metode penentuan prioritas masalah secara objektif dan mempertimbangkan kriteria yang didapat, berdasarkan data dasar dan nilai-nilai numerik. Metode ini menggunakan 4 kelompok kriteria, yaitu: A = Besarnya masalah (*magnitude*), skornya 0- 10 (kecil-besar). B = Kegawatan atau keseriusan masalah (*emergency*), skornya 0-20 (tidak serius-sangat serius). Keseriusan masalah dapat ditentukan oleh empat faktor yaitu urgensi, keparahan, kerugian ekonomis, dan serta keterlibatan orang lain.

C = Kemudahan penanggulangan masalah (*causability*), skornya 0-10 (sulit-mudah).

D = Faktor yang menentukan dapat tidaknya program dilaksanakan (*PEARL factor*), skornya 0 = tidak dan 1 = ya.

**PEARL factor** terdiri atas:

P = Kesesuaian (*Propierity*), yaitu kesesuaian masalah dengan prioritas berbagai kebijaksanaan atau program atau kegiatan instansi atau organisasi terkait.

E = Murah secara ekonomi (*Economic Feasibility*), yaitu kelayakan dari segi pembiayaan.

A = Dapat diterima (*Acceptability*), yaitu situasi penerimaan masyarakat dan instansi terkait/instansilainnya.

R = Ketersediaan sumber daya manusia (*Resource availability*), ketersediaan sumberdaya untuk memecahkan masalah (tenaga, sarana, peralatan, dan waktu).

L = Legalitas (*Legality*), dukungan aspek hukum atau perundang-undangan atau juknis atau protap

Setiap uji dalam masalah dengan faktor PEARL hanya menggunakan 2 jawaban "Ya" = 1 dan "tidak" = 0. Setelah keempat kriteria tersebut diisi, maka untuk menghitung nilai dari *Basic Priority Rating* (BPR) dan *Overall Priority Rating* (OPR) dapat menggunakan dengan rumus sebagai berikut: BPR (*Basic Priority Rating*) adalah  $(A + B) C/3$  dan OPR (*Overall Priority Rating*) =  $\{(A + B) C/3\} \times D$ . Prioritas pertama merupakan

masalah dengan nilai skor *Overall Priority Rating* (OPR) yang tertinggi. Faktor PEARL ditampilkan pada **Tabel 2**.

**d. Metode PAHO (Matematika)**

Metode PAHO juga dikenal dengan sebagai metode matematika. Beberapa kriteria yang digunakan pada metode ini adalah sebagai berikut.<sup>12</sup>

1) Luasnya masalah (*magnitude*), menunjukkan jumlah penduduk yang terkena masalah atau penyakit, dapat dinyatakan dengan insiden penyakit atau angka dari prevalensi. Semakin luas atau tinggi prevalensinya atau banyak penduduk yang terkena, maka semakin tinggi prioritas yang diberikan kepada penyakit tersebut.

2) Derajat keparahan (*severity*), adalah besarnya kerugian yang dapat ditimbulkan. *Case fatality rate* digunakan sebagai ukuran dari *severity* pada waktu lampau, *Severity* pada waktu sekarang dapat dilihat dari jumlah *disability days* atau bisa juga *disability years* atau *disease burden* yang ditimbulkan oleh penyakit yang bersangkutan.

3) Ketersediaan teknologi (*vulnerability*), menunjukkan sejauh mana tersedianya teknologi atau obat yang efektif untuk mengatasi suatu masalah tersebut.

4) Kepedulian masyarakat dan pejabat (*community/ political Concern*), menunjukkan sejauh mana masalah tersebut menjadi perhatian masyarakat dan politisi.

**Tabel 2.** Contoh tabel PEARL

Masalah	P	E	A	R	L	Hasil Perkalian PEARL
A	1	1	1	1	1	1
B	1	1	1	1	1	1
C	1	0	1	1	0	0

**e. Metode CARL**

Metode CARL merupakan metode kuantitatif/skor. Metode CARL didasarkan pada beberapa kriteria yang diberi skor 0-10 yaitu sebagai berikut. 13 C = Capability adalah ketersediaan sumber daya seperti dana, sarana dan peralatan.

A = Accessibility adalah kemudahan, masalah ada yang mudah diatasi dan ada yang tidak. Kemudahan dapat diketahui atas ketersediaannya metode

atau cara atau teknologi serta penunjang pelaksanaan seperti peraturan yang dibuat.

R = Readiness adalah kesiapan dari tenaga pelaksana maupun kesiapan sasaran, seperti keahlian atau kemampuan dan motivasi.

L = Leverage adalah seberapa besarnya pengaruh dari kriteria yang satu dengan yang lain dalam memecahkan masalah yang dibahas.

**Tabel 3.** Contoh penggunaan metode CARL

No.	Masalah	Skor				Hasil $C \times A \times R \times L$	Ranking
		C	A	R	L		
1.	Mutu pelayanan BP rendah	4	5	4	5	400	1
2.	Perilaku PHBS rendah	3	3	3	3	81	3
3.	Perhatian keluarga pada bumil rendah	4	4	3	3	144	2

## F Identifikasi Akar Masalah

Dari masalah yang menjadi prioritas dinilai kemungkinan penyebab dari masalah tersebut. Penilaian tersebut dapat menggunakan bermacam metode identifikasi akar masalah, seperti *check sheet*, diagram pohon, diagram Ishikawa, diagram Pareto, analisis 5 whys dan analisis Drill Down yang dijelaskan sebagai berikut:

### a. Check Sheet

*Check Sheet* atau *check list* adalah suatu metode analisis masalah dengan cara mendaftar masalah-masalah dalam bentuk pernyataan dan pertanyaan yang ingin dipecahkan dengan cara memberi tanda centang atau symbol serupa. Check sheet menggunakan kertas yang berisi pencatatan masalah, biasanya berupa pernyataan yang dibuat secara rinci. Lalu akar masalah ditentukan dari kolom yang diberi tanda.

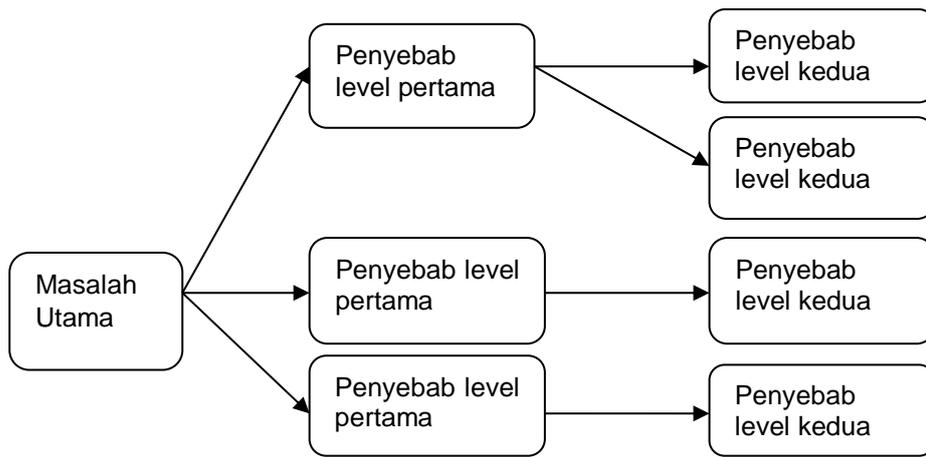
**Tabel 4.** Contoh *check sheet* penyebab keluhan pasien

No	Penyebab	Frekuensi	Jumlah
1.	Petugas datang terlambat	IIII	5
2.	Petugas tidak peduli dengan pasien	IIII II	7
3.	Ruang tunggu kotor dan sempit	IIII IIII I	11
4.	Fasilitas kesehatan kurang memadai	III	3
5.	Lama antri menunggu obat	IIII IIII	9
Jumlah		34	

### b. Diagram Pohon Masalah (*Tree Diagram*)

Diagram pohon merupakan metode untuk memecah masalah yang luas menjadi bagian-bagian yang lebih spesifik dan terperinci. Masalah utama digambarkan dengan batang, akar mewakili penyebab-penyebab yang membuat masalah utama, dan untuk

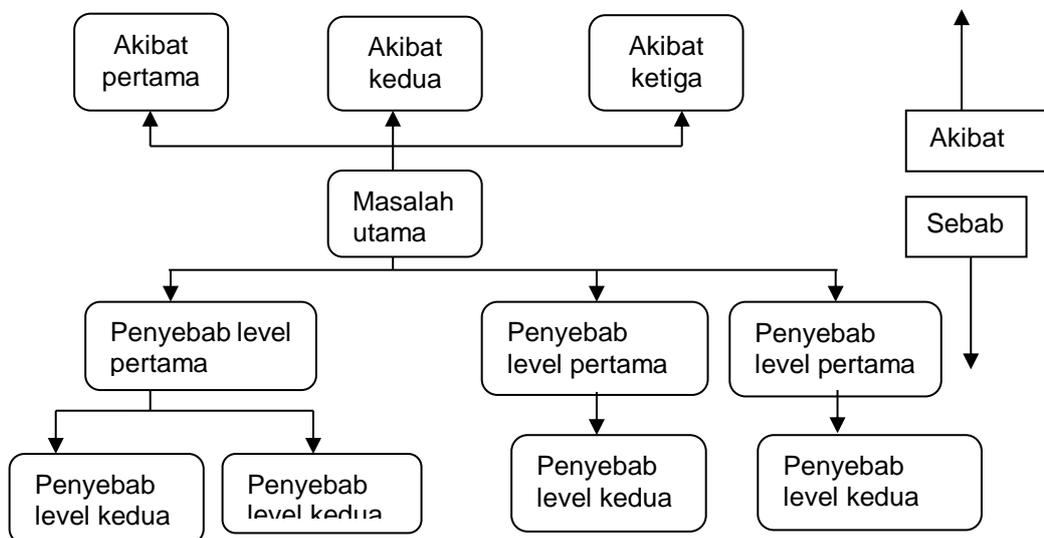
cabang dianalogikan sebagai dampak-dampak dari masalah. Secara umum, terdapat dua tipe diagram pohon masalah. Diagram pohon masalah tipe pertama ialah dengan cara meletakkan masalah utama di sebelah kiri gambar, sedangkan untuk penyebab terjadinya masalah berada di sebelah kanan, sehingga alurnya dari kiri ke kanan.



**Gambar 2.** Diagram pohon masalah tipe pertama

Diagram pohon masalah tipe kedua dibuat dengan meletakkan masalah pada tengah gambar, sedangkan untuk penyebab masalah diletakkan di bagian

bawah, serta akibat masalah utama diletakkan pada bagian atas. Berikut contoh tipe diagram pohon masalah kedua.

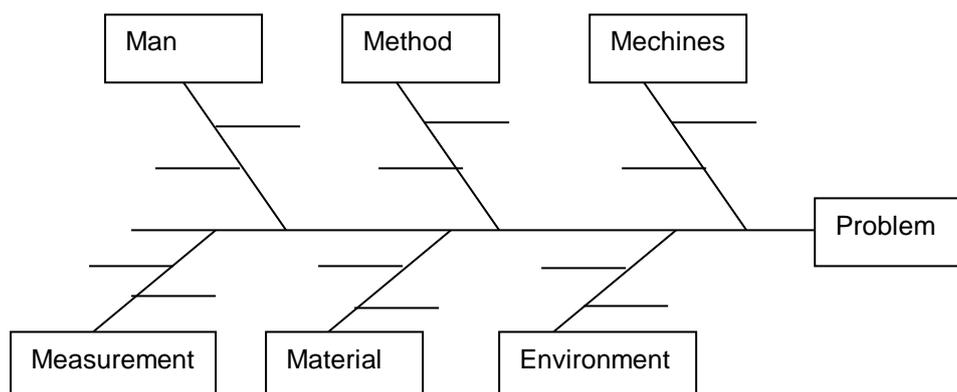


**Gambar 3.** Diagram pohon masalah tipe kedua

**c. Diagram Ishikawa**

Diagram ishikawa disebut juga diagram tulang ikan (*fishbone diagram*) atau diagram sebab akibat didefinisikan sebagai grafik yang secara skematis

menggambarkan hubungan antara masalah dan penyebab. Masalah dari studi sebagai “kepala ikan” dan potensi penyebab dan sub-penyebab sebagai “struktur tulang ikan”.



**Gambar 4.** Diagram Ishikawa<sup>7,14</sup>

Pada diagram Ishikawa, terdapat kategori yang berpengaruh terhadap masalah, yaitu:

- 1) Orang: siapapun yang terlibat dalam proses
- 2) Metode: bagaimana proses dilakukan dan persyaratan khusus untuk melakukannya
- 3) Mesin: semua peralatan, termasuk komputer
- 4) Bahan: bahan mentah atau komponen, bahan baku, pena, kertas, dll
- 5) Pengukuran: data yang dihasilkan dari proses yang digunakan untuk mengevaluasi kualitasnya.
- 6) Lingkungan: kondisi, seperti lokasi, waktu, suhu dan budaya dimana proses beroperasi.

#### **d. Analisis 5 Why**

Dalam analisis *5 why*, kita bertanya “mengapa” setidaknya lima kali untuk sampai ke akar penyebab masalah.<sup>15</sup> Metode identifikasi *5 why* membantu

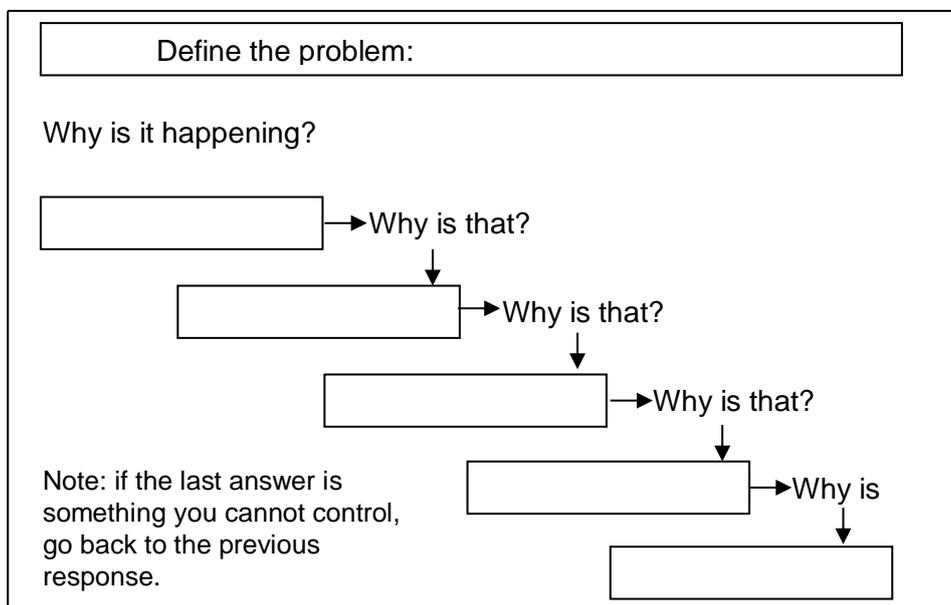
menentukan hubungan sebab akibat dalam masalah. Metode ini merupakan salah satu alat investigasi paling sederhana yang mudah diselesaikan tanpa analisis statistik. Teknik ini dimulai dari pernyataan situasi dan bertanya mengapa itu terjadi. Kemudian jawaban pertanyaan pertama diarahkan menjadi pertanyaan mengapa yang kedua. Jawaban berikutnya menjadi pertanyaan mengapa yang ketiga dan seterusnya.<sup>16</sup> Analisis 5 Why ditampilkan pada **Gambar 5**.

#### **e. Analisis Pareto**

Analisis Pareto adalah teknik yang menggunakan statistik dan pengambilan keputusan untuk mengidentifikasi sejumlah faktor (*input*) yang paling banyak mempengaruhi dampak yang signifikan (*output*). Analisis Pareto, juga dikenal dengan Prinsip 80/20, yang mengansumsikan bahwa : mayoritas masalah (80%) berasal dari 20% penyebab , atau 80% dari masalah dapat

diselesaikan dengan 20% usaha. Analisis ini didasarkan pada teori bahwa sejumlah kecil proses akan memiliki

kontribusi terbesar terhadap kualitas yang buruk.<sup>17,18</sup>



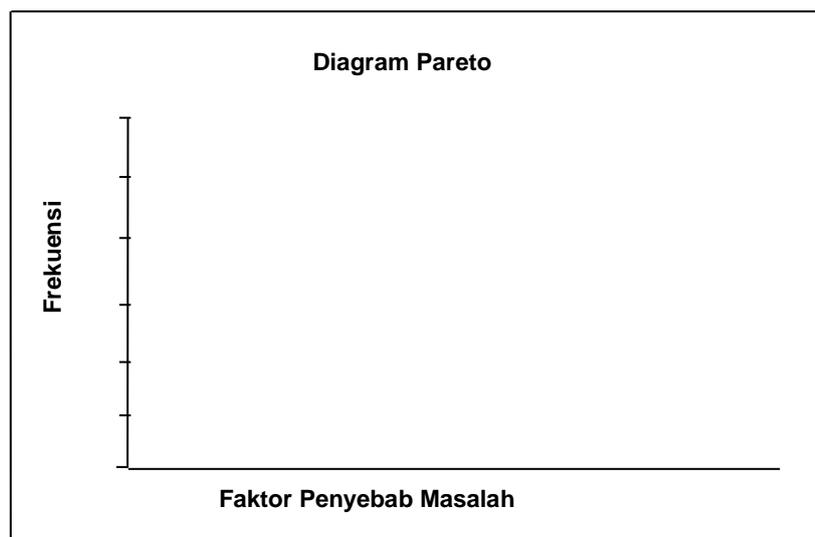
Gambar 5. 5 why worksheet<sup>8</sup>

Diagram Pareto adalah jenis diagram dimana faktor yang berkontribusi terhadap masalah diurutkan dari yang memiliki kontribusi terbesar sampai terkecil. Urutan ini membantu mengidentifikasi “vital few” (faktor-faktor yang memiliki kontribusi terbesar terhadap masalah yang

memerlukan perhatian terbesar), sebagaimana dibedakan dengan “useful many” (faktor-faktor yang meskipun bermanfaat untuk diketahui, memiliki kontribusi yang relatif lebih kecil terhadap masalah). Berikut ini merupakan *template* dari data tabel dan diagram Pareto (Tabel 5 dan Tabel 6).

Tabel 5. Data Tabel Diagram Pareto<sup>11</sup>

Faktor penyebab	Frekuensi	Persentase (%)	Persentase Kumulatif (%)
Total			



Gambar 6. Diagram Pareto<sup>11</sup>

#### f. Analisis Drill Down

Drill down adalah suatu metode pendekatan pemecahan masalah dengan cara memecah-mecahkan masalah menjadi bagian-bagian yang lebih kecil, sehingga masalah lebih detail dan lebih mudah untuk diselesaikan. Drill down biasanya digunakan pada masalah besar dan kompleks, prinsip awal metode drill down yaitu dengan meringkas masalah hanya dalam satu kata atau satu frasa pendek saja. Hasil metode drill down biasanya akan lebih banyak mendapatkan poin-poin masalah dengan itu akan banyak solusi-solusi yang akan didapatkan dalam pemecahan masalah berdasarkan poin yang telah dibuat. Penting dilakukan dalam membuat *drill down* adalah menelusuri masalah sejak awal karena beberapa faktor penyebab masalah saling berkaitan satu sama lainnya.

#### G. Penentuan Alternatif Pemecahan Masalah

Berdasarkan prioritas masalah dan akar masalah yang telah didapat, individu membuat alternatif pemecahan masalah. Masalah yang terpilih dianalisa dengan mempertimbangkan faktor-faktor yang terkait dan strategi serta fasilitas yang ada untuk rencana intervensi. Pendekatan yang dapat digunakan dalam alternatif pemecahan masalah ialah dengan strategi promosi kesehatan. Promosi kesehatan adalah proses untuk meningkatkan pengetahuan, kesadaran dan kemampuan individu, keluarga serta masyarakat untuk berperan aktif dalam upaya memperbaiki kesehatan yang dilaksanakan dengan cara pendidikan kesehatan yaitu pemberdayaan masyarakat yang didukung oleh bina suasana, advokasi dan kemitraan.

Pemberdayaan diartikan sebagai upaya pemberian informasi disertai pendampingan dengan tujuan untuk

mencegah dan menanggulangi masalah kesehatan, guna membantu individu, keluarga, atau kelompok masyarakat menjalani tahap tahu, mau, dan mampu melaksanakan kegiatan atau program kesehatan.

Advokasi adalah pendekatan dan motivasi terhadap pihak tertentu yang telah dipertimbangkan dapat mendukung keberhasilan pembinaan program kesehatan baik dari segi materi maupun yang tidak termasuk materi.

Bina Suasana adalah upaya pembentukkan suasana lingkungan sosial yang kondusif untuk mengajak atau mendorong program kesehatan serta penciptaan panutan-panutan dalam mengadopsi dan melestarikan program kesehatan tersebut.

## H. Rencana Kegiatan (Intervensi)

Setelah mengetahui penyebab masalah serta alternatif pemecahan masalahnya, dibuat rencana intervensi yang akan dilakukan kepada masyarakat. Dalam menentukan kegiatan/intervensi harus didasari oleh masalah dan mempertimbangkan sumber yang ada di wilayah tersebut. Ketersediaan sarana prasarana yang mendukung akan membuat kegiatan tersebut menjadi mungkin untuk dilakukan pada wilayah tersebut.

## I. Evaluasi

Evaluasi penting untuk menilai pemecahan masalah melalui intervensi yang diberikan. Dalam model PRECEDE-

PROCEED oleh L. Green, seperti pada Gambar 1, langkah diagnostic terdiri dari perencanaan, pengaplikasian, dan evaluasi. Evaluasi tersebut terdiri dari evaluasi proses, evaluasi dampak, dan evaluasi hasil.

Dalam evaluasi proses perlu diperhatikan pendekatan penting dan hal-hal yang menentukan, yaitu:

- Sosial-ekologis dengan penekanan khusus pada dampak lingkungan fisik, sosial dan politik pada kesehatan populasi.
- Berpusat pada populasi, bukan berfokus pada individu; karena itu bisa dibidang kerangka teoritis kesehatan masyarakat, dengan perubahan perilaku kesehatan yang tertanam di dalamnya.
- Partisipatif, melibatkan warga dalam mengidentifikasi, menilai, dan menangani masalah kesehatan dan kualitas hidup komunitas mereka.
- Fokus pada kualitas hidup, daripada perubahan perilaku atau bahkan berorientasi kesehatan.
- Berlandaskan pengalaman dari lapangan dengan revisi dan penyempurnaan yang sedang berlangsung.

Konsep promosi kesehatan memiliki sasaran individu serta masyarakat, sehingga dalam prosesnya masyarakat tidak hanya berperan pasif tetapi juga berperan sebagai pelaku penggerak promosi kesehatan tersebut. Sasaran promosi kesehatan dibagi menjadi sasaran

primer (*primary target*), sasaran sekunder (*secondary target*) dan sasaran tersier (*tertiary target*). Sasaran primer merupakan upaya promosi kesehatan yang paling utama, dengan sasaran individu sehat, individu sakit dan keluarga (rumah tangga). Kelompok sasaran ini diharapkan dapat merubah perilaku hidup mereka menjadi perilaku hidup bersih dan sehat (PHBS). Akan tetapi pada dasarnya disadari bahwa terdapat kesulitan dalam mengubah perilaku manusia apalagi bila tidak didukung oleh nilai dan norma-norma sosial dan hukum yang dapat diciptakan/dikembangkan oleh para pemuka masyarakat.

Keterlibatan masyarakat dalam keseluruhan proses perencanaan dan pelaksanaan belum tercapai secara optimal. Program yang dapat menyelesaikan dan memenuhi kebutuhan masyarakat adalah program yang disusun sendiri oleh masyarakat. Kegiatan promosi kesehatan bukan sekedar kewajiban yang harus dilakukan oleh petugas pemerintah sendiri tetapi juga menuntut keterlibatan masyarakat yang secara langsung akan diperbaiki dan ditingkatkan kualitas derajat kesehatannya. Untuk itu, dibutuhkan program yang bisa menampung aspirasi masyarakat bukan sekedar program untuk menjalankan program pemerintah seperti yang terjadi saat ini, yaitu strategi promosi kesehatan dilakukan untuk merealisasikan program pemerintah tanpa ada keterlibatan partisipasi masyarakat secara luas. Partisipasi masyarakat secara luas

dibutuhkan agar sasaran PHBS dapat terealisasikan dengan cepat dan masif.

Pada sasaran sekunder yang dituju adalah para pemuka masyarakat, baik pemuka formal maupun informal, organisasi kemasyarakatan dan media massa. Mereka diharapkan dapat turut serta dalam upaya peningkatan kesehatan PHBS masyarakat dengan cara berperan sebagai panutan dalam mempraktikkan PHBS, menyebarkan informasi mengenai pentingnya PHBS dan menciptakan suasana yang suportif untuk berjalannya PHBS.

Sasaran tersier adalah para pembuat kebijakan publik yang berperan dalam membuat peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan dan bidang-bidang lain yang berhubungan serta mereka yang dapat memfasilitasi sumber daya. Sasaran tersier ini bertujuan untuk mendukung terciptanya PHBS dan kesehatan masyarakat serta membantu menyediakan sumber daya yang mampu memperbaiki dan meningkatkan PHBS di masyarakat. Interaksi perilaku kesehatan yang menggambarkan hubungan individu dan lingkungan sosialnya.

Setelah dilakukan evaluasi proses, kemudian dilakukan evaluasi dampak. Dampak memiliki indikator yang mengacu pada tujuan dilaksanakannya program promosi kesehatan, yaitu menciptakan PHBS di masyarakat. Maka dari itu, kondisi ini sebaiknya di evaluasi setelah program promosi kesehatan telah berjalan beberapa lama. Kelompok tatanan yang digunakan dalam upaya evaluasi adalah tatanan

rumah tangga, sehingga indikator dampak dari promosi kesehatan adalah berupa persentase keluarga atau rumah tangga yang telah menerapkan PHBS. PHBS sendiri merupakan gabungan dari beberapa indikator perilaku. Dikarenakan terbatasnya sumber daya dibanding dengan banyaknya jumlah PHBS yang dilakukan masyarakat, maka perlu ditetapkan beberapa perilaku yang paling sensitif untuk digunakan sebagai indikator.<sup>13</sup>

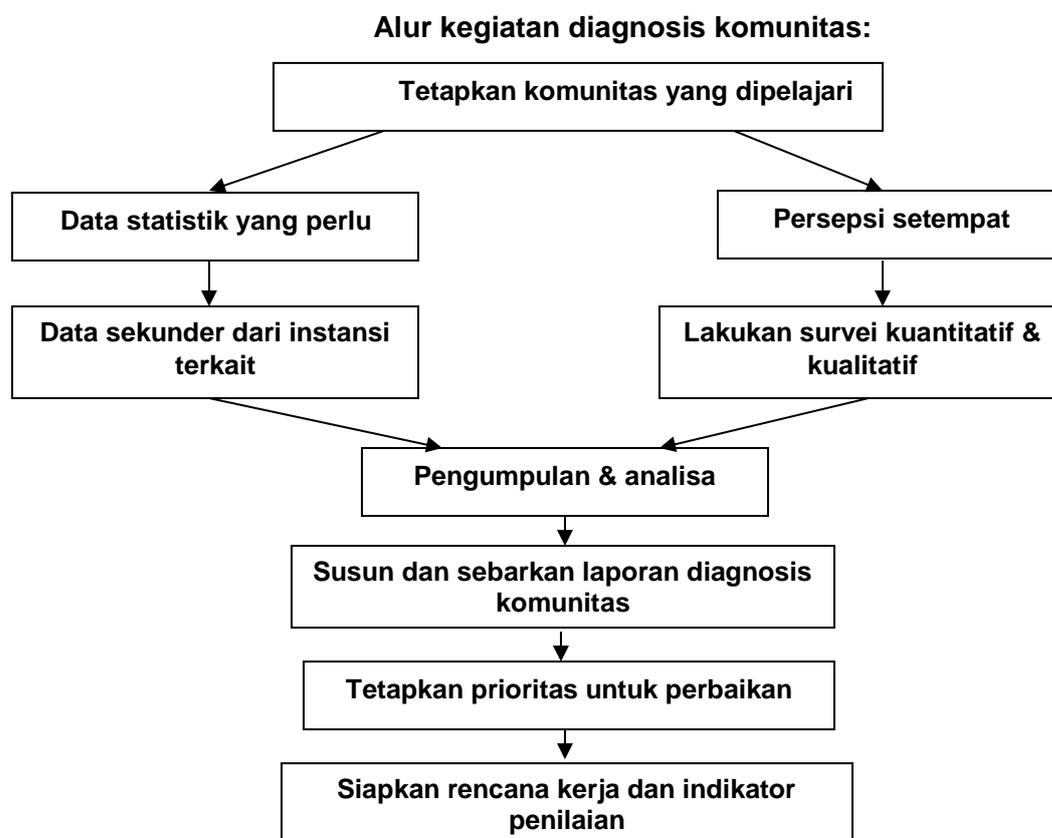
Evaluasi yang terakhir adalah evaluasi hasil. Cragg menyatakan bahwa langkah-langkah promosi kesehatan memiliki efek yang kemungkinan hanya dapat dicatat dalam periode yang panjang dan akan sulit untuk diukur. Hal ini menimbulkan pertanyaan 'variabel intervensi'; yaitu, walaupun tampaknya ada korelasi antara promosi kesehatan tertentu atau inisiatif pendidikan kesehatan, dampak yang terlihat pada gaya hidup atau peningkatan kesehatan mungkin merupakan hasil dari beberapa faktor lain, seperti pindah ke lingkungan atau perumahan yang lebih sehat, kampanye sekolah untuk mendorong siswa makan makanan yang lebih sehat dan/atau ikut serta dalam kegiatan olahraga atau keputusan pemerintah daerah untuk menyediakan kegiatan rekreasi gratis selama jam kerja yang semuanya dapat sangat berbeda dari proyek promosi kesehatan pemerintah.<sup>14</sup> Setelah semua langkah dilakukan, ditarik kesimpulan dan saran dari diagnosis komunitas yang telah dilakukan. Secara singkat, alur dalam

diagnosis komunitas dapat terlihat pada **Gambar 7**.

## SIMPULAN

Diagnosis komunitas merupakan suatu kegiatan yang digunakan untuk menentukan apakah terdapat masalah kesehatan pada sekelompok masyarakat dengan cara pengumpulan data di lapangan. Kegiatan dalam diagnosis komunitas menggunakan pendekatan PROCEED-PRECEDE, yang terdiri dari identifikasi daftar masalah, penentuan prioritas masalah, identifikasi akar masalah, alternatif pemecahan masalah, rencana kegiatan dan evaluasi, serta kesimpulan dan saran dari diagnosis komunitas yang telah dilakukan.

Metode yang dapat digunakan dalam menentukan prioritas diantaranya adalah metode Delphi, metode Delbecq, metode Hanlon, metode PAHO, metode kriteria matriks, metode Carl, metode Reinke, metode MUA dan Metode Bryant. Sedangkan untuk identifikasi akar masalah dapat digunakan metode seperti *check sheet*, diagram pohon, diagram Ishikawa, diagram Pareto, analisis 5 whys dan analisis Drill Down. Pada akhir kegiatan, dilakukan evaluasi yang terdiri dari evaluasi proses, evaluasi dampak, dan evaluasi hasil.



**Gambar 7.** Alur kegiatan diagnosis komunitas<sup>2</sup>

## UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis mengucapkan terima kasih kepada staf dosen Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat dan Ilmu Kedokteran

Komunitas, Fakultas Kedokteran, Universitas Sriwijaya.

## REFERENSI

1. *Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia. Panduan Keterampilan Klinis bagi Dokter di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama. Jakarta: Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia; 2017. 368–371 p.*
2. *Budiningsih S. Panduan Pelaksanaan Keterampilan Kedokteran Komunitas di FKUI : Modul Ilmu Kedokteran Komunitas. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia; 2013.*
3. *Azar FE, Solhi M, Nejhaddadgar N, Amani F. The effect of intervention using the PRECEDE-PROCEED model based on quality of life in diabetic patients. Electronic physician. 2017; 9(8): 5024.*
4. *Saulle R, et al. The PRECEDE–PROCEED model as a tool in Public Health screening: a systematic review. La Clinica Terapeutica. 2020;171.2: e167-e177.*

5. Porter CM. *Revisiting Precede-Proceed: A leading model for ecological and ethical health promotion*. *Health Educ J*. 2016;75(6):753–64.
6. Suryakantha A. *Community Medicine with Recent Advances*. 2nd ed. Jaypee: Brothers Medical Publisher; 2010.
7. Terwindt F, Rajan D, Soucat A. *Priority-setting for national health policies, strategies and plans*. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*, 2016.71.
8. Pujiati S. *Pemetaan Masalah Dan Penentuan Prioritas Program Kesehatan Pada Masyarakat Kelurahan Gerem, Kecamatan Grogol, Kota Cilegon*. *HEARTY: Jurnal Kesehatan Masyarakat*. 2018; 6(2):1-9
9. Listyorini PI. *Identifikasi Prioritas Masalah Unit Rekam Medis di Puskesmas Nusukan*. *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*. 2020; 3(1):24-28.
10. Febgriantje L, Rosita A, Dharmastuti A. *Prioritas masalah di unit rekam medis rumah sakit griya waluya ponorogo dengan menggunakan metode MCUA (Multiple Criteria Utility Assessment)*. *GLOBAL HEALTH SCIENCE (GHS)*. 2017; 2(2):165-172
11. Wiatma DS, Nirmala S. *Prioritas masalah diare pada balita akibat kurangnya pengetahuan ibu terhadap penyakit diare di kelurahan mandalika tahun 2017*. *JURNAL KEDOKTERAN*. 2019; 3(2): 548-551
12. Avisena AM, Bantas K. *Manajemen Analisis Situasi Penyakit Menular Di Kota Bogor Tahun 2016*. *Afiat*. 2017; 3(2): 357-364
13. Tyas RC. *Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan Dan Jenis Intervensi Di Rw 13 Dan Rw 14 Kelurahan Ampel Kecamatan Semampir Surabaya Tahun 2018*. *JURNAL PENELITIAN KESEHATAN (JPK)*. 2020 Feb 11;18(1):10-3.
14. Burhan M, Harijanto T, Roosalina A. *Causes Of Emptiness Drugs And Medical Devices Consumables At The Regional Public Hospital Pharmaceutical Warehouse*. *Jurnal Aplikasi Manajemen*. 2018; 16(3): 544-552
15. Liliana L. *A new model of Ishikawa diagram for quality assessment*. *IOP Conf Ser Mater Sci Eng*. 2016;161(1).
16. King RH, Baum N. *Problem Solving in the Medical Practice Using the Five Whys*. *The Journal of Medical Practice Management: MPM*. 2018); 34(3): 177-179
17. Harel Z, Silver SA, McQuillan RF, Weizman A V, Thomas A, Chertow GM, et al. *How to diagnose solutions to a quality of care problem*. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2016;11(5):901–7.
18. Salem SO, Al-Dossari DS, Al-Zaagi IA, Qureshi NA. *Lean Six Sigma, Root Cause Analysis to Enhance Patient Safety in Healthcare Organizations: A Narrative Review, 2000-2016*. *Journal of Advances in Medical and Pharmaceutical Sciences*. 2017; 1-26