

LAPORAN PRAKTEK KERJA LAPANGAN (PKL)



Disusun Oleh:

KELOMPOK : VIII

KELURAHAN : RANGKAH

KECAMATAN : TAMBAKSARI

KAB/KOTA : SURABAYA

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA**

2018

LAPORAN PRAKTEK KERJA LAPANGAN (PKL)



Disusun Oleh:

KELOMPOK : VIII
KELURAHAN : RANGKAH
KECAMATAN : TAMBAKSARI
KAB/KOTA : SURABAYA

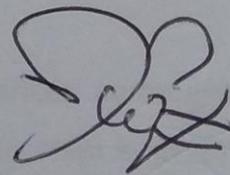
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2018**

HALAMAN PENGESAHAN LAPORAN PRAKTEK KERJA LAPANGAN (PKL)
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
DI KELURAHAN RANGKAH KECAMATAN TAMBAKSARI
KOTA SURABAYA

NAMA MAHASISWA	NIM
1. IKE PUSPITASARI SINGGIH PUTRI	101611123003
2. MEGA DWI IRAWATI	101611123014
3. IKA FAHMA NURIN	101611123022
4. SITI DEWI ISMAYATUN	101611123031
5. PUPUT DWI CAHYA AMBARWATI	101611123050
6. RICA FRASTIA PRAHARDANI	101611123060
7. RIZKY DWI RAHMADANI	101611123061
8. RATNA CAHYANINGTYAS	101611123071
9. ABDURRAKHMAN	101611123074
10. FARISKA FIRDAUS	101611123099
11. DEWI NUR PRATIWI	101611123102
12. INDY ARMAREZA LORA PRATAMA	101611123105

Mengetahui,

Surabaya, 01 Maret 2018
Dosen Pembimbing



Ilham Akhsanu Ridlo, S.K.M., M.Kes.
NIP. 198603232015041003

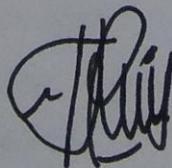


a.n. Lurah Rangkah
Sekretaris Kelurahan

Mustofa, S.H.
NIP. 196505301987031008

Menyetujui,

Koordinator PKL Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga



Riris Diana Rachmayanti, S.K.M., M.Kes.
NIP. 198609042015042001

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat, hidayah, dan ridho-Nya kepada tim Praktek Kerja Lapangan (PKL) Program Studi S1 Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga karena dapat menyelesaikan Laporan Praktek Kerja Lapangan ini. Penulisan Laporan Praktik Kerja Lapangan ini dalam rangka memenuhi salah satu syarat kegiatan wajib mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Kami menyadari bahwa dengan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sehingga penyusunan laporan ini dapat berjalan dengan baik dan selesai tepat pada waktunya. Oleh karena itu, kami mengucapkan terima kasih kepada:

1. Pimpinan Fakultas Kesehatan Masyarakat, bapak/ibu dan seluruh dosen khususnya yang menjadi bagian dari Tim Koordinator Praktik Kerja Lapangan tahun 2017 yang telah banyak memberikan bimbingan, pengetahuan dan bantuan selama kami menempuh kegiatan ini.
2. Bapak Ilham Akhsanu Ridlo, S.K.M., M.Kes. selaku dosen pembimbing lapangan yang telah bersedia memberikan bimbingan, arahan, dan bantuan selama kami menempuh kegiatan ini.
3. Bapak/Ibu, selaku dosen yang telah bersedia meluangkan waktunya memberikan bimbingan dan pengetahuan yang memudahkan kami menyelesaikan laporan ini.
4. Keluarga kami tercinta yang selalu memberikan semangat dan dukungan, baik moril, materil, dan doa untuk kami dari awal kegiatan hingga saat ini kegiatan telah selesai.
5. Seluruh teman dan sahabat dari IKM 2016 untuk bantuan, dukungan, nasihat, dan kebersamaan kita selama kegiatan Praktik Kerja Lapangan ini.
6. Instansi terkait dan seluruh warga Kelurahan Rangkah khususnya RW 08 yang telah memberikan bantuan, perizinan dan partisipasi hingga laporan ini dapat selesai.
7. Seluruh pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu. Terima kasih telah membantu kami baik dalam kelancaran pengumpulan dan penyusunan laporan ini.

Kami menyadari bahwa masih memiliki banyak kekurangan dalam penyusunan laporan ini. Oleh karena itu, kami mengharap saran dan kritik dari para pembaca agar program dari hasil Praktik Kerja Lapangan ini dapat berguna bagi masyarakat. Akhir kata, kami mengucapkan terima kasih dan semoga kegiatan ini dapat membawa manfaat bagi semua pihak.

Surabaya, 7 Februari 2018

Anggota PKL
Kelompok VIII

RINGKASAN

RW 8 Kelurahan Rangkah berada di Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya Provinsi Jawa Timur. Total luas wilayah 70 hektar. Mayoritas penduduk RW 8 Kelurahan Rangkah berprofesi sebagai pedagang dan karyawan swasta.

Berdasarkan analisis data diperoleh hasil dari penyebaran kuesioner di 8 RT dengan jumlah sampel 250 kepala keluarga yang diperoleh dengan metode simple random sampling, observasi, *focus grup discussion* (FGD), wawancara mendalam (*indepth interview*) kepada masyarakat sekaligus perangkat desa, dan studi kasus (*case study*). Data sekunder diperoleh dari Data Puskesmas Rangkah dan Profil Kelurahan Rangkah.

Hasil analisis data didapatkan beberapa masalah terkait pemberian ASI Eksklusif rendah, pemberian MP-ASI kurang dari 6 bulan, adanya kasus Tuberculosis, kepemilikan septictank rendah dan pemberantasan sarang nyamuk yang dilakukan mandiri (oleh diri sendiri) rendah.

Beberapa permasalahan tersebut diprioritaskan menggunakan metode USG dan didapatkan dari perhitungan metode USG adalah masalah kasus Tuberculosis. Selanjutnya dalam pencairan akar penyebab masalah kami menggunakan metode Fishbone, dan penentuan alternative solusi menggunakan metode MERR.

Hasil dari perhitungan MEER diperoleh bahwa prioritas alternative solusi yang ditetapkan adalah sosialisasi kepada masyarakat terkait pencegahan dan penanggulangan penyakit Tuberculosis. Intervensi yang akan dilakukan dikenal dengan KECEBUR RANGKAH (Kita Cegah Tuberculosis Bersama Dulur Rangkah).

Intervensi tersebut bertujuan agar masyarakat mampu dan mau melakukan pencegahan dan penanggulangan penyakit Tuberculosis dengan tujuan khusus yang meliputi peningkatan pengetahuan masyarakat terkait penyakit Tuberculosis. Sasaran dari program KECEBUR RANGKAH adalah masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah. Beberapa kegiatan dalam program KECEBUR RANGKAH dapat terlaksana dengan lancar meskipun terdapat beberapa kendala. Kegiatan tersebut meliputi pembentukan kader TB, pelatihan pengisian form skrining awal Tuberculosis dan penyuluhan / sosialisasi mengenai penyakit Tuberculosis.

SUMMARY

In addition to conducting lectures on campus, students must also be able to apply the knowledge that has been gained in everyday life. Likewise also as a student of public health, can apply knowledge related to health problems in the community. Field Work Practice Activities (PKL) implemented by public health students is one of the bridge of student learning to apply science and solve existing health problems in the community.

This Field Work Practice Activity is held on 10 January until February 4th 2018. This activity is intended to find the problems that exist in the community, where then the problem is found the root of the problem and the solution to the problem, through the preparation of planning, implementation and evaluation activities. Group 8 PKL FKM UNAIR located at RW 8 Rangkah Village Surabaya. To find the public health problem in RW 8 Rangkah village, analyzed from primary data, that is through questionnaires taken at the beginning of street vendors in each household head, then from secondary data such as data from puskesmas, indepth interview with kader, RW chairman, and local RT head.

Based on the analysis, the main problem of RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari is about TB (Tuberculosis). The problems found are about the high number of cases and suspect TB in RW 8 region, it is further exacerbated by poor environmental conditions and is a densely populated area. Less clean and less house ventilation due to the adjacent house (densely populated area) is a factor that can facilitate transmission from TB patients to other residents. From these problems, the solution is to provide education to RW 8 residents about TB and healthy house so that their knowledge is increased so that awareness raises to make efforts to prevent TB. Counseling is designed as interesting as possible so that the participants (residents) are still enthusiastic to follow the course of the event, one of them is by packing the post test stage into the 1st rank race.

In addition to counseling, group 8 established the formation of urban TB cadres with the aim that TB prevention and prevention programs in Kelurahan Rangkah can continue even though the street vendors activities have been completed. Two TB cadres were formed in each kelurahan in charge of initial screening of tuberculosis, sending suspect tuberculosis residents to the

Puskesmas, giving counseling to the local people and being a drug supervisor (PMO) for people who are in TB treatment. both programs, counseling and kader formation. we name it "Kecebur Rangkah"

It is hoped that after this PKL activity ends, the program "Kecebur Rangkah" in RW 8 Kelurahan Rangkah can continue to run, citizens willing and able to maintain health and personal hygiene as part of efforts to prevent transmission of TB. TB cadres who have been formed actively screen early to people who have symptoms leading to TB, so that people affected by TB get immediate treatment.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
RINGKASAN.....	vi
<i>SUMMARY</i>	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat.....	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Metode Pengumpulan Data.....	6
2.1.1 Observasi (pengamatan).....	6
2.1.2 <i>Questioner</i> (Kuesioner/Angket).....	6
2.1.3 <i>Interview</i> (Wawancara).....	8
2.2 Metode Analisis Situasi SWOT.....	10
2.3 Metode Pengolahan Data.....	14
2.4 Metode Penentuan Prioritas Masalah.....	15
2.5 Metode Penentuan Akar Penyebab Masalah.....	18
2.6 Metode Penentuan Alternatif Solusi.....	19
2.7 Metode Penentuan Prioritas Alternatif Solusi.....	21
2.8 Metode Intervensi Masalah.....	23
2.10 Tuberculosis Paru.....	25
2.10.1 Definisi Tuberculosis.....	25
2.10.2 Etiologi Tuberculosis.....	26
2.10.3 Cara penularan Tuberkulosis.....	27
2.10.4 Tanda dan gejala Tuberkulosis.....	28

2.10.5 Pengobatan Tuberkulosis	29
2.10.6 Pencegahan Tuberkulosis.....	30
2.10.7 Komplikasi Tuberkulosis	31
BAB 3 METODE KEGIATAN	
3.1 Metode Kegiatan (Operasional Riset)	32
3.2 Lokasi dan Waktu	32
3.3 Populasi dan Sampel Penelitian	33
3.4 Kerangka Operasional.....	34
3.5 Timeline Kegiatan.....	35
3.6 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisis Data	40
BAB 4 HASIL dan PEMBAHASAN	
4.1 Gambaran Umum Lokasi PKL	43
4.1.1 Karakteristik Monografi dan Geografis.....	43
4.1.2 Karakteristik Demografis	44
4.1.3 Ketersediaan Sarana Prasarana.....	46
4.1.4 Profil Puskesmas.....	49
4.2 Hasil Penelitian.....	
4.2.1 Karakteristik Responden	58
4.2.2 Karakteristik Identitas Keluarga dan Tempat Tinggal.....	62
4.3 List Masalah	72
4.4 Prioritas Masalah	85
4.5 Identifikasi Akar Penyebab Masalah.....	89
4.6 Penentuan Prioritas Solusi	92
4.7 Perencanaan Program dengan Model Dignan.....	93
4.8 Rencana Intervensi	96
4.9 Rencana Evaluasi Dampak	100
4.10 Hambatan	100
4.11 Intervensi	100
4.12 Rencana Keberlanjutan Program	104
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan	107
5.2 Saran.....	108
DAFTAR PUSTAKA.....	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Tabel Penyusunan Prioritas Masalah dengan USG	17
Tabel 2.2	Hasil Skoring Prioritas Masalah dengan USG.....	17
Tabel 2.3	Tabel Penentuan Ranking pada Analisis Pembobotan MEER	22
Tabel 2.4	Tabel Pemberian skor MEER untuk Setiap Alternatif Solusi	22
Tabel 3.1	Tabel <i>Timeline</i> Kegiatan	35
Tabel 4.1	Jumlah Mobilitas Penduduk.....	45
Tabel 4.2	Tabel Sarana Pendidikan Formal	46
Tabel 4.3	Fasilitas Pelayanan Puskesmas Rangkah	50
Tabel 4.4	Tabel Jumlah Ketenagaan Puskesmas Rangkah.....	50
Tabel 4.5	Jumlah Penyakit terbanyak di Wilayah Kerja Puskesmas Rangkah	51
Tabel 4.6	Tabel Jenis, Manfaat, Waktu Pemberian dan Sasaran Pemberian Imunisasi	55
Tabel 4.12	Rencana Intervensi.....	96

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Kuadran SWOT.....	13
Gambar 2.2	Strategi Berdasarkan Kuadran SWOT	13
Gambar 2.3	Skema Teori Dignan	23
Gambar 3.1	Kerangka Operasional	34
Gambar 4.1	Presentase Jenis Kelamin.....	58
Gambar 4.2	Presentase Usia.....	58
Gambar 4.3	Presentase Pendidikan Terakhir	59
Gambar 4.4	Presentase Pekerjaan.....	60
Gambar 4.5	Presentase Jenis Suku	60
Gambar 4.6	Status Kependudukan.....	61
Gambar 4.7	Presentase Status Kepemilikan Rumah	61
Gambar 4.8	Presentase Jumlah Anggota Keluarga	62
Gambar 4.9	Presentase Jenis KB.....	63
Gambar 4.10	Sumber Air yang digunakan	63
Gambar 4.11	Air Minum yang digunakan.....	64
Gambar 4.12	Kepemilikan Jamban.....	64
Gambar 4.13	Presentase Jenis Jamban.....	65
Gambar 4.14	Presentase Kepemilikan Septictank	65
Gambar 4.15	Presentase Kepemilikan Asuransi.....	66
Gambar 4.16	Presentase Jenis Asuransi.....	67
Gambar 4.17	Presentase Pengambilan Keputusan dalam Keluarga.....	67
Gambar 4.18	Keputusan untuk Berobat.....	68
Gambar 4.19	Pemilihan Tempat Pelayanan Kesehatan.....	69
Gambar 4.20	Kendala Pelayanan Kesehatan	69
Gambar 4.21	Presentase Waktu Tempuh Ke Pelayanan Kesehatan	70
Gambar 4.22	Jenis Transportasi Menuju Pelayanan Kesehatan.....	71
Gambar 4.23	Presentase Biaya Kesehatan	71
Gambar 4.24	Diagram Pengetahuan Masyarakat tentang MP-ASI	73
Gambar 4.25	Diagram Sikap masyarakat mengenai Pemberian MP-ASI.....	73
Gambar 4.26	Diagram Perilaku Masyarakat dalam Pemberian MP-ASI	74

Gambar 4.27	Diagram mengenai Pengetahuan Masyarakat tentang Pentingnya Septic-tank	75
Gambar 4.28	Diagram Sikap Masyarakat tentang Pentingnya Kepemilikan Septic-tank.....	76
Gambar 4.29	Diagram Perilaku masyarakat dalam kepemilikan septic-tank	77
Gambar 4.30	Diagram Pengetahuan Responden mengenai Habitat Nyamuk.....	78
Gambar 4.31	Diagram Sikap Responden mengenai Kebersihan Bak Mandi	78
Gambar 4.32	Diagram Sikap Masyarakat mengenai Habitat Nyamuk.....	79
Gambar 4.33	Diagram Perilaku Masyarakat mengenai Pemberian Abate ...	79
Gambar 4.34	Diagram Perilaku Masyarakat Mengantung Baju.....	80
Gambar 4.35	Pengetahuan Pemberian ASI Eksklusif	81
Gambar 4.36	Sikap Terhadap Pemberian ASI Eksklusif	82
Gambar 4.37	Perilaku Terhadap Pemberian ASI Eksklusif	82
Gambar 4.38	Pengetahuan Tentang Penyakit TBC	83
Gambar 4.39	Sikap terhadap Kasus TBC	84
Gambar 4.40	Perilaku Terhadap Kasus TBC.....	84
Gambar 4.41	Alur Pelaksanaan USG	87
Gambar 4.42	Diagram <i>Fishbone</i>	92

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Kartu Konsultasi Mahasiswa
- Lampiran 2 Daftar Hadir Mahasiswa
- Lampiran 3 Evaluasi Mingguan Kelompok
- Lampiran 4 Dokumentasi Kegiatan PKL
- Lampiran 5 Lembar Kuesioner
- Lampiran 6 Lembar Pre Test dan Post Test
- Lampiran 7 Bentuk Pengembangan Media
- Lampiran 8 Form Skrining Awal TB
- Lampiran 9 Lembar Banner Komitmen
- Lampiran 10 Undangan Kegiatan FGD bersama Masyarakat
- Lampiran 11 Daftar Hadir Peserta
- Lampiran 12 Tabulasi SPSS
- Lampiran 13 Data Pengambilan *Urgency*, *Seriousness* dan *Growth*
- Lampiran 14 Prioritas Alternatif Solusi dengan Metode MEER

DAFTAR SINGKATAN

BTA	: Basil Tahan Asam
DOTS	: <i>Directly Observed Treatment Shortcourse</i>
EFAS	: <i>External Factors Analysis Summary</i>
FGD	: <i>Focus Group Discussion</i>
IFAS	: <i>Internal Factors Analysis Summary</i>
ISPA	: Infeksi Saluran Pernapasan Atas
KADARZI	: Keluarga Sadar Gizi
KB	: Keluarga Berencana
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KEK	: Kekurangan Energi Kronis
LIDA	: Lingkar Dada
LIKA	: Lingkar Kepala
MEER	: Metodologi, Efektifitas, Efisiensi, Relevansi
NAPZA	: Narkotika, Psikotropika dan Zat Adiktif
ODF	: <i>Open Defecation Free</i>
PHBS	: Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
PJB	: Pemeriksaan Jentik Berkala
PKL	: Praktik Kerja Lapangan
PKP	: Penilaian Kinerja Puskesmas
PMO	: Pengawasan Minum Obat
PMT	: Pemberian Makanan Tambahan
PoA	: <i>Plan of Action</i>
PSN	: Pemberantasan Sarang Nyamuk
RTL	: Rencana Tindak Lanjut
SPSS	: <i>Software Statistical Product and Service Solutions</i>
SWOT	: <i>Strength, Weakness, Opportunity, Threat</i>
TOMA	: Tokoh Masyarakat
TBC	: Tuberculosis
USG	: <i>Urgency, Seriousness, Growth</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WNA	: Warga Negara Asing
WNI	: Warga Negara Indonesia

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kesehatan merupakan faktor paling penting dan merupakan aset yang paling berharga untuk keberhasilan kehidupan manusia. Setiap individu dengan tubuh yang sehat akan mampu menjalankan aktivitas kehidupan dengan baik, karena kesehatan berhubungan dengan semua segi kehidupan manusia baik mental, fisik, maupun spiritual.

Pembangunan kesehatan di Indonesia merupakan salah satu aspek dari pembangunan nasional. Tujuan diselenggarakannya pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal. Tujuan tersebut dapat dicapai melalui upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata, dapat diterima serta terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat. Realisasi dari pembangunan tersebut adalah adanya segala bentuk upaya peningkatan status kesehatan, baik dalam tingkatan nasional hingga tingkatan keluarga. Upaya-upaya kesehatan tersebut sesuai dengan bab IV pasal 47 Undang-Undang Nomor 36 tahun 2009 tentang kesehatan meliputi pencegahan (preventif), peningkatan kesehatan (promotif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) secara menyeluruh, terpadu dan berkesinambungan.

Mahasiswa sebagai *Agent of Change* atau agen perubahan sebaiknya juga mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang didapat di bangku perkuliahan dalam bentuk pengabdian di masyarakat. Praktik Kerja Lapangan (PKL) merupakan suatu program yang diselenggarakan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga (FKM UNAIR) sebagai salah satu bentuk implementasi ilmu pengetahuan di masyarakat.

Praktek Kerja Lapangan (PKL) merupakan salah satu strategi pembelajaran atau bentuk pengajaran yang membelajarkan secara bersama-sama antara kemampuan psikomotorik (ketrampilan), pengertian (pengetahuan) dan afektif (sikap) yang dimiliki mahasiswa dengan

menggunakan sarana laboratorium. Laboratorium yang dimaksud berupa komunitas atau masyarakat.

Pelaksanaan PKL di tahun 2018 berada di wilayah Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya. Jumlah penduduk di Kecamatan Tambaksari sebanyak 223.000 jiwa dan merupakan kecamatan yang paling padat penduduknya dibandingkan dengan kecamatan lainnya di Kota Surabaya. Wilayah Kecamatan Tambaksari terbagi menjadi 3 Kelurahan yaitu Kelurahan Rangkah, Kelurahan Ploso, dan Kelurahan Tambaksari. Wilayah yang menjadi tempat PKL yaitu di RW 08 Kelurahan Rangkah.

Wilayah RW 08 terdapat di Kelurahan Rangkah dengan jumlah penduduk yang kurang lebih ada sekitar 617 KK yang terbagi dari 8 RT. Mayoritas penduduk RW 08 bekerja sebagai pedagang yang merupakan penduduk musiman. Berdasarkan hasil observasi lapangan didapatkan hasil masalah penumpukan sampah dibak pembuangan sampah. Penyebabnya adalah pengambilan sampah yang tidak dilakukan rutin setiap hari oleh petugas sampah sehingga terjadi penumpukan sampah dibak penampungan sampah. Sedangkan dari data primer terdapat 80 warga yang belum memiliki jamban *septic tank*, sehingga saluran pembuangan tinja mereka langsung dibuang ke sungai. Tidak adanya *septic tank* ini dikarenakan tidak ada lahan untuk membangunnya. Hal ini tidak lepas kaitannya dari kepadatan penduduk di daerah RW 08 yang memang tergolong padat. Selain itu juga ditemukan kasus TBC di RW 08 sebanyak 6 orang positif TBC. Keempat penderita sudah tercatat di Puskesmas Rangkah dan juga menjalani pengobatan. Hal tersebut tentu dapat menimbulkan permasalahan kesehatan di wilayah RW 08. Jika dikaitkan dengan kepadatan penduduk di RW 08 ini maka keberadaan kasus TBC akan mengakibatkan terciptanya lingkungan yang kurang sehat. Jika kasus tersebut tidak ditanggulangi segera maka kasus tersebut akan bertambah untuk penderitanya karena penyakit TBC merupakan penyakit menular.

Tuberculosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *mycobacterium tuberculosis*. Kuman tersebut biasanya masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernafasan ke dalam paru, kemudian kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfa, melalui saluran (bronchus) atau

penyebaran langsung ke bagian tubuh lainnya. Menurut WHO, sebesar 10-15 orang per tahun dapat tertular TBC karena melakukan kontak langsung dengan penderita TBC.

Melalui penyelenggaraan PKL ini, diharapkan dapat tercipta kegiatan yang berguna bagi masyarakat, memberikan wawasan, menyelesaikan masalah kesehatan masyarakat, serta dapat memberikan dampak positif bagi masyarakat secara berkelanjutan, sehingga dapat meningkatkan derajat kesehatan masyarakat di RW 08 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka permasalahan dalam laporan PKL ini dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Bagaimana karakteristik demografi, geografi, kesehatan, sosial, ekonomi, pendidikan, pemerintahan, dan lingkungan di RW VIII Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya?
2. Apa saja masalah kesehatan yang ada di RW VIII Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya ?
3. Apa saja prioritas masalah, penyebab masalah, serta strategi penanggulangan masalah kesehatan di RW VIII Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya ?
4. Bagaimana alternatif solusi dan rencana intervensi untuk mengatasi masalah kesehatan di RW VIII Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya ?
5. Bagaimana pelaksanaan intervensi sebagai upaya pemecahan masalah kesehatan masyarakat yang ada di RW VIII Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya?
6. Bagaimana kesimpulan dan saran dari berbagai program kegiatan intervensi yang telah dilakukan di RW VIII Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu menyusun perencanaan, pengimplementasian dan penilaian/ evaluasi program bidang kesehatan masyarakat di RW VIII Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi karakteristik demografi, geografi, kesehatan, sosial, ekonomi, pendidikan, pemerintahan, dan lingkungan dari Kelurahan Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya.
2. Mengidentifikasi masalah kesehatan yang terdapat di RW VIII Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya.
3. Mengidentifikasi prioritas masalah, penyebab terjadinya masalah dan strategi penanggulangan masalah kesehatan di RW VIII Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya.
4. Mengetahui alternatif solusi dan rencana intervensi untuk mengatasi masalah kesehatan di RW VIII Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya.
5. Mengetahui pelaksanaan intervensi sebagai upaya pemecahan masalah kesehatan yang ada di RW VIII Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya.
6. Mengetahui kesimpulan dan saran dari berbagai program kegiatan intervensi yang telah dilakukan di RW VIII Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Penulis

1. Meningkatkan pengetahuan mengenai kehidupan bermasyarakat dan apa saja masalah kesehatan yang ada di masyarakat.
2. Mengaplikasikan ilmu pengetahuan yang telah diperoleh di bangku kuliah dalam kehidupan masyarakat.
3. Melatih dan meningkatkan softskill mahasiswa.

1.4.2 Bagi Masyarakat

1. Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman terkait permasalahan kesehatan yang terjadi, solusi masalah beserta intervensi terhadap

masalah kesehatan yang terdapat di Kelurahan Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya.

2. Meningkatkan kemampuan masyarakat untuk mampu menyelesaikan masalah kesehatannya sendiri.

1.4.3 Bagi Petugas Kesehatan Puskesmas Rangkah

1. Membantu mengurangi permasalahan kesehatan serta membantu dalam menemukan masalah kesehatan di wilayah kerja Puskesmas Rangkah.
2. Membantu memberdayakan masyarakat agar berperilaku sehat.

1.4.4 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

1. Sebagai gambaran pengalaman untuk acuan kegiatan Praktek Kerja Lapangan (PKL) berikutnya.
2. Sebagai indikator keberhasilan proses belajar mengajar selama di bangku kuliah

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Metode Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data adalah teknik atau cara-cara yang dapat digunakan oleh peneliti untuk pengumpulan data. Teknik dalam menunjuk suatu kata yang abstrak dan tidak diwujudkan dalam benda, tetapi hanya dapat dilihat penggunaannya melalui: angket, wawancara, pengamatan, ujian (tes), dokumentasi, dan lain-lain. Peneliti dapat menggunakan salah satu atau gabungan teknik tergantung dari masalah yang dihadapi atau yang diteliti. Teknik pengumpulan data sangat ditentukan oleh metodologi penelitian, apakah kuantitatif atau kualitatif. Dalam penelitian kualitatif dikenal teknik pengumpulan data: observasi, *focus group discussion* (FGD), wawancara mendalam (*indepth interview*), dan studi kasus (*case study*). Sedangkan dalam penelitian kuantitatif dikenal teknik pengumpulan data: angket (*questionnaire*), wawancara, dan dokumentasi. Beberapa teknik pengumpulan data secara umum adalah sebagai berikut :

2.1.1 Observasi (pengamatan)

Nasution (1992) menyatakan bahwa, observasi adalah dasar semua ilmu pengetahuan. Para ilmuwan hanya dapat bekerja berdasarkan data, yaitu fakta mengenai dunia kenyataan yang diperoleh melalui observasi. Observasi berarti mengumpulkan data langsung dari lapangan. Data yang diobservasi dapat berupa gambaran tentang sikap, kelakuan, perilaku, tindakan, keseluruhan interaksi antar manusia. Data observasi juga dapat berupa interaksi dalam suatu organisasi atau pengalaman para anggota dalam berorganisasi. Proses observasi dimulai dengan mengidentifikasi tempat yang hendak diteliti. Kemudian dilanjutkan dengan membuat pemetaan, sehingga diperoleh gambaran umum tentang sasaran penelitian. Setelah itu, peneliti mengidentifikasi siapa yang akan diobservasi, kapan, berapa lama, dan bagaimana. ⁽¹²⁾

2.1.2 Questioner (Kuesioner/Angket)

Questioner disebut pula angket atau *self administrated questioner* adalah teknik pengumpulan data dengan cara mengirimkan

suatu daftar pertanyaan kepada responden untuk diisi. Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang telah disusun untuk memperoleh data sesuai yang diinginkan peneliti. Pengumpulan kuesioner ada dua macam, yaitu kuesioner terbuka dan kuesioner tertutup. ⁽¹³⁾

1. Kuesioner terbuka (*Opened and Items*)

Kuesioner terbuka adalah suatu kuesioner dimana pertanyaan-pertanyaan yang dituliskan tidak disediakan jawaban pilihan sehingga responden dapat bebas/terbuka luas untuk menjawabnya sesuai dengan pendapat/pandangan dan pengetahuannya. Kelebihan kuesioner terbuka adalah; 1) Menyusun pertanyaan sangat mudah, 2) Memberikan kebebasan kepada responden untuk menjawab dan mencurahkan isi hati dan pemikirannya. Sedangkan, kuesioner terbuka memiliki kelemahan seperti; 1) Untuk peneliti sangat sulit mengolah dan mengelompokkan jawaban karena sangat bervariasinya jawaban yang diberikan oleh responden, 2) Pengolahan jawaban memakan waktu yang lama, satu dan lain hal peneliti harus membacanya satu persatu, 3) Kalimat tidak jelas dari jawaban yang diberikan oleh responden dapat menimbulkan rasa malas kepada peneliti, 4) Rasa malas akan timbul pada responden yang tidak mempunyai banyak waktu luang untuk menjawab.

2. Kuesioner tertutup (*Closed and Items*)

Kuesioner tertutup adalah suatu kuesioner dimana pertanyaan-pertanyaan yang dituliskan telah disediakan jawaban pilihan, sehingga responden tinggal memilih salah satu dari jawaban yang telah disediakan. Kelebihan kuesioner tertutup adalah; 1) Untuk peneliti, mudah mengolah jawaban yang masuk, 2) Untuk peneliti, waktu yang dimanfaatkan dalam pengelompokkan jawaban menjadi singkat karena dapat memanfaatkan bantuan enumerator, 3) Untuk responden, mudah memilih jawaban, 4) Untuk responden, dalam mengisi jawaban memerlukan waktu singkat. Sedangkan, kuesioner tertutup memiliki kelemahan yakni; 1) Untuk peneliti, dalam penyusunan pertanyaan perlu berhati-hati agar tidak ditafsirkan lain (berarti ganda), 2) Untuk responden, kebebasan menjawab merasa dibatasi.

2.1.3 *Interview* (Wawancara)

Wawancara adalah suatu tanya jawab secara tatap muka yang dilaksanakan oleh pewawancara dengan orang yang diwawancarai untuk memperoleh informasi yang dibutuhkan. Pada wawancara, peneliti berkomunikasi langsung dengan responden sebagai obyek penelitian. ⁽¹³⁾

1. Macam-macam *Interview*/wawancara

Wawancara terbagi atas dua macam, yaitu terstruktur dan tidak terstruktur. Pada wawancara terstruktur, sudah ada panduannya berupa daftar pertanyaan yang telah disusun sesuai dengan kebutuhan penelitian. Wawancara tidak terstruktur bersifat informal atau ebbas, tetapi tetap direncanakan agar sesuai dengan lingkup penelitian. ⁽¹³⁾

2. Langkah-langkah wawancara

Tujuh langkah dalam penggunaan wawancara untuk mengumpulkan data dalam penelitian kualitatif ⁽⁷⁾, yaitu:

- a. Menetapkan kepada siapa wawancara itu akan dilakukan.
- b. Menyimpan pokok-pokok masalah yang akan menjadi bahan pembicaraan.
- c. Mengawali atau membuka alur wawancara.
- d. Melangsungkan alur wawancara.
- e. Mengkonfirmasi ikhtisar hasil wawancara dan mengakhirinya.
- f. Menuliskan hasil wawancara ke dalam catatan lapangan.
- g. Mengidentifikasi tindak lanjut hasil wawancara yang telah diperoleh.

3. Isi wawancara

Beberapa jenis pertanyaan yang dapat dinyatakan dalam wawancara adalah:

- a. Pengalaman dan perbuatan responden, yaitu apa yang telah dikerjakannya atau yang lazim dikerjakannya.
- b. Pendapat, pandangan, tanggapan, tafsiran atau perkiraannya tentang sesuatu.

- c. Perasaan, respons emosional, apakah ia merasa cemas, takut, senang, gembira, curiga, jengkel dan sebagainya tentang sesuatu.
- d. Pengetahuan, fakta-fakta, apa yang diketahuinya tentang sesuatu.
- e. Penginderaan, apa yang dilihat, didengar, dirabah, dikecap atau diciumnya, diuraikan secara deskriptif.
- f. Latar belakang pendidikan, pekerjaan, daerah asal, tempat tinggal, keluarga dan sebagainya.

Materi pertanyaan dapat melingkupi dimensi waktu, seperti tentang apaapa yang dikerjakan responden di masa lampau, sekarang dan akan datang. Pada dasarnya pertanyaan-pertanyaan yang dirumuskan harus berpedoman pada arah penelitian atau harus sesuai dengan tujuan penelitian.

4. Alat-alat wawancara

- a. Buku catatan : berfungsi untuk mencatat semua pembicaraan atau percakapan dengan informan.
- b. *Tape recorder* : berfungsi untuk merekam semua percakapan atau pembicaraan. Penggunaan tape recorder dalam wawancara perlu persetujuan dari informan apakah boleh atau tidak.
- c. Kamera : untuk dokumentasi pada saat sedang melakukan pembicaraan dengan informan/sumber data. Dengan adanya foto-foto ini dapat meningkatkan keabsahan dan penelitian akan lebih terjamin, karena peneliti betul-betul melakukan pengumpulan data.
- d. Dokumen : merupakan catatan peristiwa yang telah lalu. Dokumen dapat berbentuk tulisan, gambar, atau karya monumental dari seseorang lainnya. Dokumen yang berbentuk tulisan, misalnya catatan harian, sejarah kehidupan (life histories), cerita, biografi, peraturan, kebijakan. Dokumen yang berbentuk gambar, dapat berupa foto, gambar hidup, sketsa, film, video, CD, DVD, cassette, dan lain-lain. Dokumen yang berbentuk karya misalnya karya seni, karya lukis, patung naskah, tulisan, prasasti dan lain sebagainya. Secara interpretatif dapat

diartikan bahwa dokumen merupakan rekaman kejadian masa lalu yang ditulis atau dicetak, dapat merupakan catatan anekdot, surat, buku harian dan dokumen-dokumen. Dokumen kantor termasuk lembaran internal, komunikasi bagi publik yang beragam, file siswa dan pegawai, diskripsi program dan data statistik pengajaran.

2.2 Metode Analisis Situasi SWOT

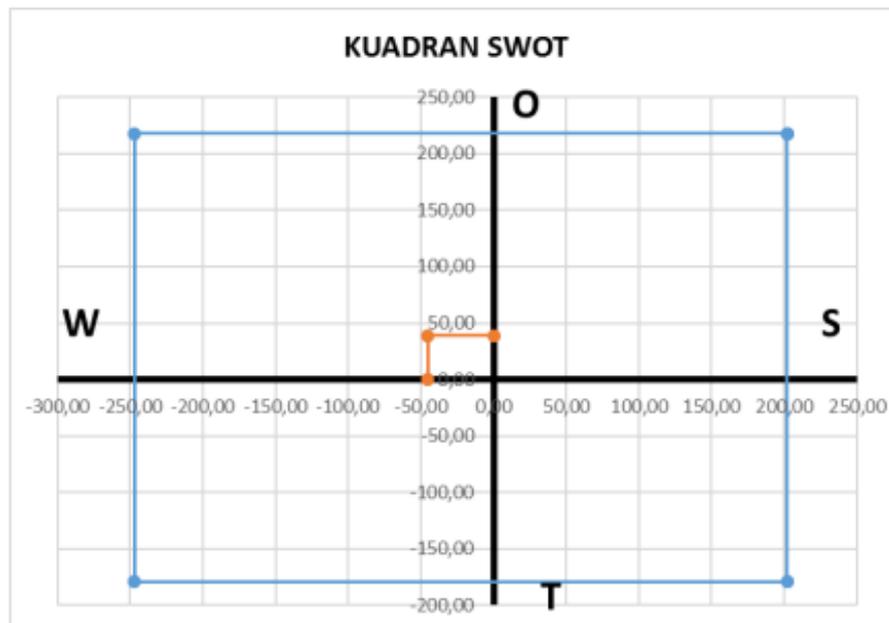
SWOT merupakan suatu *strategic positioning analysis* atau metode analisis situasi internal dan eksternal organisasi yang dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan dan perencanaan strategi. Analisis internal meliputi penilaian terhadap faktor kekuatan (*Strength*) dan kelemahan (*Weakness*) organisasi. Sedangkan analisis eksternal meliputi penilaian terhadap faktor peluang (*Opportunity*) dan tantangan (*Threat*) organisasi. Secara umum, langkah pelaksanaan SWOT ⁽³⁾ ⁽⁴⁾ terdiri atas:

1. Melakukan pengumpulan dan interpretasi data kunci organisasi
Suatu organisasi seringkali memiliki data kunci yang berbeda dengan organisasi lain. Data kunci organisasi dapat meliputi demografi populasi, status kesehatan masyarakat, sumber pembiayaan kesehatan, dan/atau status terkini setiap teknologi medis. Pengumpulan data kunci dilakukan untuk memperoleh data primer dan data sekunder organisasi.
2. Melakukan tabulasi dan penentuan bobot bagi informasi yang telah diperoleh
 - a. Identifikasi variabel yang berhubungan dengan keberlangsungan organisasi, misalnya untuk organisasi puskesmas: pelayanan, sumber daya, manajemen, manusia, keuangan, sarana dan prasarana, dst.
 - b. Klasifikasi setiap informasi terkait organisasi (yang telah diperoleh di awal) berdasarkan variabel-variabel yang sesuai. Informasi dimasukkan sebagai indikator dari variabel yang bersangkutan.
 - c. Kelompokkan setiap indikator beserta variabelnya ke dalam dua kelompok besar, yaitu faktor internal dan faktor eksternal, sesuai asal masing-masing indikator. Faktor internal untuk indikator yang berasal

dari dalam organisasi, sedangkan faktor eksternal untuk indikator yang berasal dari luar organisasi.

- d. Tentukan bobot bagi setiap variabel pada faktor internal dan faktor eksternal. Bobot adalah presentase mengenai tingkat kepentingan suatu variabel bagi organisasi. Penentuan bobot didasarkan pada kesepakatan anggota organisasi atau pihak yang melakukan analisis SWOT. Baik pada faktor internal maupun eksternal, total akhir seluruh bobot variabel harus 100 atau 1.
 - e. Terakhir, klasifikasi setiap indikator pada faktor internal ke dalam *Strength* atau *Weakness* dan setiap indikator pada faktor eksternal ke dalam *Opportunity* atau *Threat*, sesuai definisi dari masing-masing aspek sebagai berikut: *Strength* merupakan atribut / karakteristik internal organisasi yang memperkuat atau menguntungkan organisasi; *Weakness* merupakan atribut internal organisasi yang merugikan atau menghalangi kesuksesan organisasi; *Opportunity* merupakan kondisi eksternal organisasi yang dapat memberikan dampak positif bagi tujuan organisasi; *Threat* merupakan kondisi eksternal organisasi yang dapat memberikan dampak negatif bagi tujuan organisasi.
3. Mengetahui penilaian responden terhadap setiap indikator SWOT organisasi
 - a. Tentukan skala nilai yang akan digunakan pada setiap indikator. Salah satu contoh yang lazim digunakan yaitu skala nilai dari (-2) hingga (2) dengan keterangan sebagai berikut: sangat kurang (-2), kurang (-1), baik (1), dan sangat baik (2).
 - b. Minta seluruh responden memberikan nilai pada setiap indikator sesuai skala nilai yang sudah ditentukan. Responden dapat meliputi anggota yang paham dengan kondisi internal dan eksternal dari organisasi yang bersangkutan.
 4. Menentukan *rating* bagi setiap indikator SWOT organisasi
 - a. Transformasi nilai yang diberikan oleh responden pada setiap indikator menjadi *rating*. Skala *rating* yang umum digunakan yaitu 1-4, dengan *Strength* dan *Opportunity* bernilai positif, sedangkan *Weakness* dan *Threat* bernilai negatif. Sebagai contoh, nilai (-2), (-1),

- (1), dan (2) pada aspek *Weakness* akan ditransformasi menjadi *rating* negatif yaitu (-1), (- 2), (-3), dan (-4). Sedangkan pada aspek *Strength*, nilai (-2) hingga (2) tersebut akan ditransformasi menjadi *rating* positif yaitu (1), (2), (3), dan (4).
- b. Hitung rata-rata *rating* masing-masing indikator dengan cara: total *rating* responden (pada satu indikator) dibagi jumlah responden.
5. Membuat matriks IFAS (*Internal Factors Analysis Summary*) dan EFAS (*External Factors Analysis Summary*).
- a. Buat matriks IFAS dan EFAS sesuai keterangan berikut: matriks IFAS meliputi aspek *Strength* dan *Weakness* beserta seluruh indikator di dalamnya ,matriks EFAS meliputi aspek *Opportunity* dan *Threat* beserta seluruh indikator di dalamnya.
- b. Pada matriks IFAS, hitung total skor aspek *Strength* dan *Weakness* dengan menjumlahkan total skor masing-masing indikator di dalam suatu aspek. Skor satu indikator diperoleh dengan mengalikan bobot dan rata-rata *rating*-nya.
- c. Pada matriks IFAS, hitung *strength posture* dengan cara: total skor aspek *Strength* ditambah total skor aspek *Weakness*.
- d. Pada matriks EFAS, hitung total skor aspek *Opportunity* dan *Threat* dengan menjumlahkan total skor masing – masing indikator di dalam suatu aspek. Skor satu indikator diperoleh dengan mengalikan bobot dan rata-rata *rating*-nya.
- e. Pada matriks EFAS, hitung *competitive posture* dengan cara: total skor aspek *Opportunity* ditambah total skor aspek *Threat*.
6. Menggambar ordinat pada kuadran SWOT untuk mengetahui posisi organisasi.
- a. Gambar posisi terluas dengan menempatkan empat titik ordinat sesuai nilai masing-masing total skor aspek. Sehingga, terdapat titik ordinat *Strength*, *Weakness*, *Opportunity*, dan *Threat*, kemudian tarik garis yang menghubungkan keempatnya.
- b. Tempatkan dua titik ordinat dari hasil perhitungan *strength posture* dan *competitive posture*. *Strength posture* sebagai sumbu x dan *competitive posture* sebagai sumbu y.



Gambar 2.1 Kuadran SWOT

7. Menentukan strategi berdasarkan posisi organisasi. Berdasarkan kuadran SWOT akan diketahui strategi yang sebaiknya diterapkan oleh organisasi. Strategi tersebut dapat meliputi strategi *Opportunity-Strength* (Progresif), strategi *Strength-Threat* (Diversifikasi Strategi), strategi *Weakness -Threat* (Strategi Bertahan), atau strategi *Weakness Opportunity* (Ubah Strategi).



Gambar 2.2 Strategi Berdasarkan Kuadran SWOT

- a. Kuadran I (positif, positif)

Posisi ini menandakan situasi yang menguntungkan, yakni sebuah organisasi yang kuat dan berpeluang. Rekomendasi strategi yang diberikan adalah **Progresif**, artinya organisasi dalam kondisi prima

dan mantap sehingga sangat dimungkinkan untuk terus melakukan ekspansi, memperbesar pertumbuhan dan meraih kemajuan secara maksimal.

b. Kuadran II (positif, negatif)

Posisi ini menandakan sebuah organisasi yang kuat namun menghadapi tantangan yang besar. Rekomendasi strategi yang diberikan adalah **Diversifikasi Strategi**, artinya organisasi dalam kondisi mantap namun menghadapi sejumlah tantangan berat sehingga diperkirakan roda organisasi akan mengalami kesulitan untuk terus berputar bilahanya bertumpu pada strategi sebelumnya. Oleh sebab itu, organisasi disarankan untuk segera memperbanyak ragam strategi taktisnya.

c. Kuadran III (negatif, positif)

Posisi ini menandakan sebuah organisasi yang lemah namun sangat berpeluang. Rekomendasi strategi yang diberikan adalah **Ubah Strategi**, artinya organisasi disarankan untuk memperbarui strategi sebelumnya agar dapat memanfaatkan peluang yang ada sekaligus memperbaiki kinerja organisasi.

d. Kuadran IV (negatif, negatif)

Posisi ini menandakan situasi yang tidak menguntungkan, yakni sebuah organisasi yang lemah dan menghadapi tantangan besar. Kondisi internal organisasi berada pada pilihan dilematis, sehingga rekomendasi strategi yang diberikan adalah **Strategi Bertahan**. Fokus strategi yaitu melakukan tindakan mitigasi risiko dan pencegahan agar terhindar dari kerugian yang lebih besar.

2.3 Metode Pengolahan Data

Data yang telah diperoleh selanjutnya diolah dengan menggunakan *software Statistical Product and Service Solutions* (SPSS) versi 21. Tahapan yang dilakukan yaitu: *data editing*, *data coding*, *data compute*, dan *data cleaning*.

1. Data Editing

Hasil kuesioner yang telah disebar ke responden, data tersebut kemudian diteliti kelengkapan, kejelasan dalam menjawab, daya ungkit, serta relevansi jawaban dan kecocokan data.

2. *Data Coding*

Data coding adalah proses untuk mengkategorikan ulang data dengan memberikan kode untuk masing-masing kategori sesuai dengan tujuan penelitian.

3. *Data Compute*

Data compute adalah proses membuat variabel baru dengan menggabungkan beberapa variabel yang sudah ada sesuai dengan tujuan penelitian.

4. *Data Cleaning*

Data cleaning adalah proses meneliti ulang apakah ada bagian data yang masih kosong, serta membersihkan data dari kesalahan pada proses *entry*.

2.4 Metode Penentuan Prioritas Masalah

2.4.1 Metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*)

Metode USG merupakan suatu cara dalam menetapkan urutan prioritas dengan teknik skoring, dengan memperhatikan urgensinya, keseriusannya dan adanya kemungkinan berkembangnya masalah. *Urgency* (kegawatan) merupakan seberapa mendesak isu harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia serta seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tadi. *Seriousness* (keseriusan) yaitu seberapa serius isu tersebut perlu dibahas dikaitkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah-masalah lain jika masalah penyebab isu tidak dipecahkan. Dalam keadaan yang sama, suatu masalah yang dapat menimbulkan masalah lain adalah lebih serius bila dibandingkan dengan suatu masalah lain yang berdiri sendiri.

Growth (berkembangnya masalah) seberapa kemungkinan-kemungkinannya isu tersebut menjadi berkembang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab isu akan makin memburuk kalau dibiarkan. Metode USG digunakan apabila pihak perencana telah siap mengatasi masalah yang ada, sehingga yang dipentingkan adalah

aspek yang ada di masyarakat dan aspek masalahnya itu sendiri.

Beberapa hal yang perlu dipersiapkan dalam pelaksanaan USG yaitu :

- a. Peserta. Peserta USG merupakan mereka yang mampu melakukan analisis dan menyelesaikan masalah. Keaktifan serta aspirasi peserta sangat di harapkan selama proses.
- b. Pembagian gugus tugas. Pembagian pekerjaan atau gugus tugas perlu dilaksanakan sebelum pertemuan dimulai. Susunan petugas untuk metode teknik scoring dengan metode USG, yakni sebagai berikut:
 1. Pimpinan USG
 2. Petugas pencatat flipchart
 3. Petugas scoring dan ranking
 4. Personil yang bertugas sebagai notulen
- c. Data. Sebelum melaksanakan USG baik data terkait analisis situasi dan data sumberdaya sebuah organisasi perlu dipersiapkan terlebih dahulu. Data tersebut dapat berasal dari data primer maupun sekunder. Adapun langkahlangkah dalam metode USG adalah sebagai berikut :
 1. Penyusunan daftar masalah
 - a) Setiap peserta diminta mengemukakan masalah bagian yang diwakilinya
 - b) Pimpinan USG megistruksikan kepada petugas pencatat untuk mencatat setiap masalah yang dikemukakan di lembar *flipchart*.
 2. Klarifikasi Masalah
 - a) Lakukan klarifikasi masalah yang telah diidentifikasi dalam ragka menentukan prioritas masalah
 - b) Setiap anggota dimintai penjelasan maksud dari masalah yang dikemukakannya
 - c) Setelah diklarifikasi maka tulis masalah hasil dari klarifikasi tersebut
 3. Membandingkan antar masalah
 - a) Bandingkan masalah yang diperoleh, sebagai contoh masalah a dengan masalah b / masalah a dengan masalah c

dan lainnya menurut kriteria urgensi (*urgency*), Keseriusan (*Seriousness*), dan kemungkinan berkembang masalah (*Growth*)

- b) Tulis frekuensi kemunculan tiap masalah setelah diperbandingkan, frekuensi ini dianggap sebagai nilai atau skor masalah. Kemudian jumlah skor yang diperoleh
4. Penyusunan prioritas masalah berdasarkan hasil langkah 3.

Tabel 2.1 Penyusunan Prioritas masalah dengan USG

Aspek Urgency	Aspek Seriousness	Aspek Growth
A = 3	A = 3	A = 3
B = 3	B = 3	B = 4
C = 0	C = 0	C = 0
D = 1	D = 1	D = 1
E = 3	E = 3	E = 2

Tabel 2.2 Hasil Skoring Prioritas Masalah dengan USG

Masalah	Urgency	Seriousness	Growth	Total
A	3	3	3	9
B	3	3	4	10
C	0	0	0	0
D	1	1	1	3
E	3	3	2	8

Adapun kelebihan menggunakan metode USG adalah:

- Merupakan pandangan orang banyak dengan kemampuan sama, sehingga dapat dipertanggung jawabkan.
- Hasil prioritas dapat memberikan objektivitas.
- Bisa diidentifikasi lebih lanjut apakah masalah tersebut dapat diselesaikan secara atau tidak.

Sedangkan kelemahan menggunakan metode USG adalah:

- Cara ini lebih banyak berdasarkan pada asumsi dengan keterbatasan tertentu yang melemahkan eksistensi permasalahan.
- Jika asumsi yang disepakati lebih banyak keterbatasan, maka hasilnya akan bersifat subjektif.

2.5 Metode Penentuan Akar Penyebab Masalah

2.5.1 Fishbone

Menurut Kotsasi (2013) diagram *cause and effect* atau diagram sebab akibat adalah alat yang membantu mengidentifikasi, memilah, dan menampilkan berbagai penyebab yang mungkin dari suatu masalah atau karakteristik tertentu. Diagram ini menggambarkan hubungan antara masalah dengan semua faktor penyebab yang mempengaruhi masalah tersebut. Jenis diagram ini disebut diagram *fishbone* atau diagram tulang ikan karena tampak mirip dengan tulang ikan. Diagram *fishbone* dapat digunakan ketika perlu untuk mengenali akar penyebab masalah atau sebab mendasar dari akibat, masalah, atau kondisi tertentu serta menganalisis masalah yang ada sehingga dapat mengambil tindakan yang tepat. Manfaat menggunakan diagram *fishbone* adalah untuk membantu menentukan akar penyebab masalah serta menunjukkan penyebab yang mungkin dari variasi atau perbedaan yang terjadi dalam suatu proses. Adapun langkah-langkah menyusun dan menganalisa diagram *fishbone* yaitu:

- a. Identifikasi dan definisikan dengan jelas hasil atau akibat yang akan dianalisis.
- b. Gambar garis horisontal ke kanan yang akan menjadi tulang.
- c. Identifikasi penyebab-penyebab utama yang mempengaruhi hasil atau akibat. Penyebab ini akan menjadi label cabang utama diagram dan menjadi kategori yang berisi berbagai akar penyebab masalah yang menyebabkan terjadinya penyebab utama.
- d. Untuk setiap penyebab utama, identifikasi faktor-faktor yang menjadi akar penyebab masalah dari penyebab utama.
- e. Identifikasi lebih detail lagi secara bertingkat berbagai penyebab dan lanjutkan mengorganisasikannya dibawah kategori atau penyebab yang berhubungan. Hal ini dapat dilakukan dengan cara mengajukan pertanyaan “mengapa”.
- f. Menganalisis diagram. Analisis membantu untuk mengidentifikasi kemungkinan penyebab.

2.6 Metode Penentuan Alternatif Solusi

2.6.1 FGD (*Focus Group Discussion*)

Definisi awal tentang metode FGD adalah melakukan eksplorasi suatu isu/fenomena khusus dari diskusi suatu kelompok individu yang berfokus pada aktivitas bersama diantara para individu yang terlibat didalamnya untuk menghasilkan suatu kesepakatan bersama. Aktivitas para individu atau partisipan yang terlibat dalam kelompok diskusi tersebut antara lain saling berbicara dan berinteraksi dalam memberikan pertanyaan, dan memberikan komentar satu dengan lainnya tentang pengalaman atau pendapat diantara mereka terhadap suatu permasalahan/isu sosial untuk didefinisikan atau diselesaikan dalam kelompok diskusi tersebut. ⁽⁵⁾

Tujuan utama metode FGD adalah untuk memperoleh interaksi data yang dihasilkan dari suatu diskusi sekelompok partisipan/responden dalam hal meningkatkan kedalaman informasi menyingkap berbagai aspek suatu fenomena kehidupan, sehingga fenomena tersebut dapat didefinisikan dan diberi penjelasan. Data dari hasil interaksi dalam diskusi kelompok tersebut dapat memfokuskan atau memberi penekanan pada kesamaan dan perbedaan pengalaman dan memberikan informasi/data yang padat tentang suatu perspektif yang dihasilkan dari hasil diskusi kelompok tersebut. Adapun langkah-langkah yang dilakukan dalam kegiatan FGD adalah sebagai berikut :

1. Persiapan FGD

Fasilitator dan pencatat harus datang tepat waktu sebelum peserta datang. Fasilitator dan pencatat (notulen) sebaiknya bercakap-cakap secara informal dengan peserta, sekaligus mengenal nama peserta dan yang menjadi perhatian fasilitator maupun pencatat. Sebelum FGD dilaksanakan perlu ada persiapan-persiapan sebagai berikut (Krueger, 1988):

- a. Menentukan jumlah kelompok FGD
- b. Menentukan komposisi kelompok FGD
- c. Menentukan tempat diskusi FGD
- d. Pengaturan tempat duduk
- e. Menyiapkan undangan

- f. Menyiapkan fasilitator
 - g. Menyiapkan notulen
2. Pembukaan FGD
- Pada waktu membuka diskusi, fasilitator perlu memperhatikan hal-hal sebagai berikut:
- a. Memperkenalkan diri serta nama pencatat dan peranan masing-masing.
 - b. Memberi penjelasan tujuan diadakan FGD.
 - c. Meminta peserta memperkenalkan diri dan dengan cepat mengingat nama peserta dan menggunakannya pada waktu berbicara dengan peserta.
 - d. Menjelaskan bahwa pertemuan tersebut tidak bertujuan untuk memberikan ceramah tetapi untuk mengumpulkan pendapat dari peserta. Tekankan bahwa fasilitator ingin belajar dari para peserta.
 - e. Menekankan bahwa fasilitator membutuhkan pendapat dari semua peserta dan sangat penting, sehingga diharapkan semua peserta bebas mengeluarkan pendapat.
 - f. Menjelaskan bahwa pada waktu fasilitator mengajukan pertanyaan, jangan berebutan menjawab pada waktu yang bersamaan.
 - g. Memulai pertemuan dengan mengajukan pertanyaan yang sifatnya umum, yang tidak berkaitan dengan topik diskusi.
3. Pelaksanaan atau Teknik Pengelolaan FGD Usahakan agar orang yang dianggap ahli tidak hadir (misalnya bidan, dokter atau lurah dalam FGD ibu-ibu pengunjung Posyandu). Tetapi apabila tidak dapat dihindari maka mohon kepada mereka untuk diam dan mendengarkan diskusi dan apabila ada ide atau saran-saran bias dikemukakan kepada fasilitator sesudah diskusi selesai. Beberapa teknik yang dapat dilakukan pada waktu melaksanakan FGD yaitu:
- a. Klarifikasi
- Sesudah peserta menjawab pertanyaan, fasilitator dapat mengulangi jawaban peserta dalam bentuk pertanyaan untuk

meminta penjelasan yang lebih lanjut. Misalnya, apakah saudara dapat menjelaskan lebih lanjut tentang hal tersebut.

b. Reorientasi

Agar diskusi hidup dan menarik, teknik reorientasi harus efektif. Fasilitator dapat menggunakan jawaban seorang peserta untuk ditanyakan kepada peserta lainnya.

c. Peserta yang dominan

Apabila ada peserta yang dominan, maka fasilitator harus lebih banyak memperhatikan peserta lain agar supaya mereka lebih berpartisipasi. Dapat juga dilakukan dengan tidak memperhatikan orang yang dominan tersebut sehingga tidak mendorongnya untuk mengeluarkan pendapat atau jawaban. Apabila tidak berhasil maka secara sopan fasilitator dapat menyatakan kepadanya untuk memberi kesempatan pada peserta yang lain untuk berbicara.

d. Peserta yang diam

Agar peserta yang diam mau berpartisipasi, maka sebaiknya memberikan perhatian yang banyak kepadanya dengan selalu menyebutkan namanya dan mengajukan pertanyaan.

e. Penggunaan gambar atau foto

Dalam melakukan FGD, fasilitator dapat menggunakan foto atau gambar.

2.7 Metode Penentuan Prioritas Alternatif Solusi

Alternatif solusi yang telah ditentukan di prioritaskan berdasarkan kemudahan pelaksanaan metodenya, keberhasilan dalam mencapai tujuan, besarnya dukungan, dan keterkaitan dengan organisasi, menggunakan metode MEER (Metodologi, Efektifitas, Efisiensi, Relevansi).

a. Analisis Pembobotan MEER

Pembobotan dengan analisis ini adalah berdasarkan kriteria sebagai berikut:

1. Metodologi : kemudahan pelaksanaan atau tersedia teknologi tepat guna.

2. Efektifitas : seberapa jauh keberhasilan strategi tersebut dalam pencapaian tujuan.
 3. Efisiensi : besar kecilnya dukungan yang diperlukan (5 M : *Man, Money, Material, Methode, Machine*) dalam pelaksanaan strategi.
 4. Relevansi : keterkaitan/kesesuaian strategi tersebut dengan kegiatan organisasi (sektor kesehatan).
- b. Contoh Matriks Penentuan Ranking Pemilihan Pemecahan Masalah (Solusi) pada Analisis Pembobotan MEER.

Tabel 2.3 Penentuan Ranking pada Analisis Pembobotan MEER

Rencana Alternatif Solusi	Nilai				Jumlah Nilai	Ranking
	M	E	E	R		

Cara pengukuran teknik *scoring* ini adalah masing-masing ukuran atau kriteria diberi nilai berdasarkan justifikasi kita, bila alternatif solusi tersebut realistis diberi nilai 5 paling tinggi dan bila sangat kecil diberi nilai 1. Kemudian nilai-nilai tersebut dijumlahkan. Alternatif solusi yang memperoleh nilai tertinggi (terbesar) adalah yang diprioritaskan, alternatif solusi yang memperoleh nilai terbesar kedua memperoleh prioritas kedua, dan seterusnya. Berikut ini adalah salah satu contoh implementasi penentuan solusi terpilih dengan menggunakan metode kuantitatif MEER.

Tabel 2.4 Pemberian skor MEER untuk setiap alternatif solusi

No	Daftar Solusi	Nilai				Jumlah Nilai	Ranking
		M	E	E	R		
1.	Melakukan perencanaan ulang sumber daya (SDM dan alat), dengan memperhitungkan jumlah dan kualitas	2	2	1	4	9	IV
2.	Memperbaiki pemeliharaan dan pengembangan SDM	3	2	3	3	11	III
3.	Memperbaiki alur antrian sehingga dapat lebih tertib	4	3	3	3	13	II

4. Meningkatkan ketrampilan SDM dengan berbagai sarana seperti pelatihan dan worksop
- | | | | | | |
|---|---|---|---|----|---|
| 5 | 4 | 4 | 4 | 17 | I |
|---|---|---|---|----|---|

Berdasarkan hasil perhitungan di atas dapat diketahui bahwa solusi yang terpilih untuk mengatasi masalah antrian lama (pasien menunggu lama) adalah alternatif solusi keempat yaitu meningkatkan ketrampilan SDM, dengan berbagai sarana seperti pelatihan dan *workshop*. Solusi ini dipilih karena hasil perkalian kriteria M,E,E,R nya paling tinggi yaitu 17.

2.8 Metode Intervensi Masalah

2.8.1 Dignan Theory

Teori dignan merupakan teori mengenai promosi kesehatan dimana pelaksana harus menentukan komunitas sasaran untuk mengembangkan suatu program sehingga program tersebut dapat berjalan sesuai dengan harapan. Tahapan dalam setiap upaya promosi kesehatan menurut Dignan and Carr (1992) dalam bukunya "*Program Planning for Health Education and Promotion*" melalui langkahlangkah: analisa masalah (*community analysis*), penilaian target (*targeted assessment*), pengembangan program (*program plan development*), implementasi (*implementation*), dan evaluasi (*evaluation*).



Gambar 2.3 Skema Teori Dignan

Dari bagan di atas dapat diketahui bahwa kita harus melakukan analisis komunitas, setelah mengerti apa yang dibutuhkan oleh komunitas, kita membuat program pengembangan yang sesuai kemudian kita terapkan di komunitas tersebut. Setelah program tersebut berjalan maka dilakukan evaluasi seperti pemantauan secara berkala apakah program tersebut terus berjalan atau tidak. Terkadang tidak semua program yang kita jalankan dapat langsung mengenai kepada komunitas, mungkin karena salahnya saat menganalisa komunitas tersebut. Oleh karena itu ada tanda bolak-balik antara *community analysis* dengan *implementation*.

Analisa komunitas bertujuan untuk mengkaji kebutuhan sasaran. Sasaran tersebut dilakukan penilaian hal-hal apa saja yang berkaitan dengan kesehatan. Dengan mengetahui masalah kesehatan yang menimpa sasaran tersebut, maka bisa dibuat program rencana untuk peningkatan derajat kesehatan sasaran tersebut. Program rencana tersebut harus dipikirkan dengan matang terlebih dahulu agar berhasil dengan optimal. Setelah dirasa cukup, maka realisasi program bisa mulai dilaksanakan. Ketika program promosi kesehatan berjalan, maka perlu diadakan penilaian pula agar hasilnya bisa lebih optimal dan segala kekurangan bisa diperbaiki untuk ke depannya. Penjelasan dari bagan diatas dapat dijelaskan bahwa :

1. Analisis Komunitas. Menganalisis bagaimana keadaan komunitas yang meliputi pendidikan, pekerjaan, umur, keadaan geografis, yang nantinya akan di fokuskan pada satu masalah kesehatan.
2. *Targetted Assement*. Target yang akan dicapai dalam suatu program sebagai bentuk keberhasilan atau tidaknya program yang akan dijalankan.
3. *Program Plan Development*. Pada *program plan development* disusun melalui tahap :
 - a. Mengambil perencanaan anggota grup
 - b. Mengembangkan tujuan program
 - c. Mengembangkan objektif untuk tujuan
 - d. Menggali sumber dan hambatan
 - e. Memilih metode dan kegiatan

- f. Rencana untuk pelaksanaan
 - g. Rencana untuk evaluasi
4. *Implementation*
 5. *Evaluation*. Tahap evaluasi menyatakan terpenuhi atau tidaknya target yang ditentukan. Konsep luas yang lebih pada advokasi kesehatan, meliputi pendidikan, perubahan lingkungan, perundangan, norma sosial (Dignan, 1992). Teori Dignan merupakan teori mengenai promosi kesehatan dimana kita harus menentukan komunitas sasaran untuk mengembangkan suatu program sehingga program tersebut dapat berjalan sesuai dengan harapan. Tahapan dalam setiap upaya promosi kesehatan menurut Dignan and Carr (1992) dalam bukunya "*Program Planning for Health Education and Promotion*" melalui langkah-langkah: analisa masalah (community analysis), penilaian target (targeted assessment), pengembangan program (program plan development), implementasi (implementation) dan evaluasi (evaluation).

2.9 Tuberculosis Paru

2.10.1 Definisi

TB atau Tuberkulosis adalah suatu penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri micro tuberculosis yang dapat menular melalui percikan dahak. Tuberkulosis bukan penyakit keturunan atau kutukan dan dapat disembuhkan dengan pengobatan teratur, diawasi oleh Pengawasan Minum Obat (PMO). Tuberkulosis adalah penyakit menular langsung yang disebabkan oleh kuman TB. Sebagian besar kuman TB menyerang paru tetapi bisa juga organ tubuh lainnya.⁽²⁾ Tuberkulosis (TB) adalah suatu penyakit menular yang sebagian besar disebabkan kuman mycobacterium tuberculosis. Kuman tersebut biasanya masuk ke dalam tubuh manusia melalui udara pernafasan ke dalam paru, kemudian kuman tersebut dapat menyebar dari paru ke bagian tubuh lain melalui sistem peredaran darah, sistem saluran limfa, melalui saluran (bronchus) atau penyebaran langsung ke bagian tubuh lainnya.

Penyakit ini umumnya menimbulkan tanda-tanda dan gejala yang sangat bervariasi pada masing-masing penderita, mulai dari tanpa gejala hingga gejala yang sangat akut.⁽⁸⁾

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Paul *et al* (2015) menyatakan 99 % responden pernah mendengar tentang TB dan tahu bahwa TB merupakan salah satu penyakit yang menular. Mayoritas responden tahu bahwa TB dapat ditularkan selama pengobatan dan sebagian menyatakan bahwa malnutrisi, lingkungan yang tidak sehat, dan ketidaksadaran menjadi faktor resiko untuk terjadinya TB. Penelitian di Somalia oleh Tollosa *et al* (2014) menyatakan bahwa 72,4 % responden berpendapat batuk yang lama (lebih dari dua minggu) menjadi salah satu gejala dari TB dan gejala lainnya seperti batuk berdarah (52,2 %) serta nyeri dada (29 %).

2.10.2 Etiologi

Penyakit tuberkulosis disebabkan oleh kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Kuman ini berbentuk batang, mempunyai sifat khusus yaitu tahan terhadap asam pada pewarnaan. Oleh karena itu disebut pula sebagai Basil Tahan Asam (BTA). Basil ini tidak berspora sehingga mudah dibasmi dengan pemanasan, sinar matahari dan sinar ultraviolet, tetapi dapat bertahan hidup beberapa jam di tempat yang gelap dan lembab. Dalam jaringan tubuh kuman ini dapat dormant, tertidur selama beberapa tahun. Ada dua macam mikobakteria tuberkulosis yaitu tipe human dan tipe bovin. Basil tipe bovin berada dalam susu sapi yang menderita mastitis 12 tuberkulosis usus. Basil tipe human bisa berada di bercak ludah (droplet) di udara yang berasal dari penderita TBC terbuka.⁽⁹⁾

Micobacterium tuberculosis memiliki ukuran panjang 1-4/Um dan tebal 0,3-7 0,6/Um. Kuman TB terdiri atas asam lemak (lipid), kemudian peptidoglikan dan arabinomanan. Lipid inilah yang membuat kuman lebih tahan terhadap asam (asam alkohol) sehingga disebut bakteri tahan asam (BTA) dan juga lebih tahan terhadap gangguan kimia dan fisis. Kuman dapat tahan hidup pada

udara kering maupun dalam keadaan dingin (dapat tahan bertahun-tahun dalam lemari es). Hal ini terjadi karena kuman berada dalam sifat dormant. Dari sifat dormant ini kuman dapat bangkit kembali dan menjadikan tuberkulosis aktif lagi. Didalam jaringan, kuman hidup sebagai parasit intraseluler yakni dalam sitoplasma makrofag. Makrofag yang semula memfagositasi malah kemudian disenangnya karena banyak mengandung lipid. Sifat lain kuman ini adalah aerob. Sifat ini menunjukkan bahwa kuman lebih menyukai jaringan yang tinggi kandungan oksigennya.⁽²⁾

2.10.3 Cara penularan Tuberkulosis

Tuberkulosis ditularkan dari orang ke orang oleh transmisi melalui udara. Individu terinfeksi, melalui berbicara, batuk, bersin, tertawa, atau bernyanyi melepaskan droplet besar, lebih besar dari 100 μ dan kecil 1-5 μ . Setiap orang bisa saja tertular dan terinfeksi kuman TB. Keadaan yang memudahkan penularan kuman TB seperti tinggal bersama pasien TB menular dalam waktu yang lama, seperti tinggal serumah, dipenjara, rumah sakit, dan ditempat-tempat pengungsian. Berperilaku hidup tidak sehat, seperti meludah disembarang tempat. rumah dan lingkungan tidak sehat, seperti tidak ada ventilasi rumah. ⁽⁶⁾

Cara penularan TB meliputi:

1. Sumber penularan adalah pasien TB BTA positif
2. Pada waktu batuk atau bersin, pasien menyebarkan kuman ke udara dalam bentuk percikan dahak (droplet nuclei). Sekali batuk dapat menghasilkan sekitar 3000 percikan dahak.
3. Umumnya penularan terjadi dalam ruangan dimana percikan dahak berada dalam waktu yang lama. Ventilasi dapat mengurangi jumlah percikan, sementara sinar matahari langsung dapat membunuh kuman. Percikan dapat bertahan selama beberapa jam dalam keadaan yang gelap dan lembab.
4. Daya penularan seorang pasien ditentukan oleh banyaknya kuman yang dikeluarkan dari parunya. Makin tinggi derajat

kepositifan hasil pemeriksaan dahak, makin menular pasien tersebut.

Faktor yang memungkinkan seseorang terpajan kuman TB ditentukan oleh konsentrasi percikan dalam udara dan lamanya menghirup udara tersebut.

2.10.4 Tanda dan gejala Tuberkulosis

Sebagian besar pasien menunjukkan demam tingkat rendah, keletihan, anoreksia, penurunan berat badan, berkeringat malam, nyeri dada dan batuk menetap. Batuk pada awalnya mungkin non produktif, tetapi dapat berkembang ke arah pembentukan sputum mukopurulen dengan hemoptisis. Tuberculosis dapat mempunyai manifestasi adpikal pada lansia, seperti perilaku tidak biasa dan perubahan status mental, demam, anoreksia, dan penurunan berat badan. Keluhan yang dirasakan pasien tuberkulosis dapat bermacam-macam atau malah banyak pasien ditemukan TB paru tanpa keluhan sama sekali dalam pemeriksaan kesehatan ⁽⁶⁾, yakni:

1. Demam

Serangan demam pertama dapat sembuh sebentar, tetapi kemudian dapat timbul kembali. Kadang-kadang panas badan dapat mencapai 40-41°C. Keadaan ini sangat dipengaruhi oleh daya tahan tubuh pasien dan berat ringannya infeksi kuman TB yang masuk.

2. Batuk/Batuk darah

Gejala ini banyak ditemukan. Batuk terjadi karena adanya iritasi pada bronkus. Batuk ini diperlukan untuk membuang produk-produk radang keluar. Sifat batuk dimulai dari batuk kering (non-produktif) kemudian setelah timbul peradangan menjadi produktif (menghasilkan sputum). Keadaan yang lanjut adalah berupa batuk darah karena terdapat pembuluh darah yang pecah.

3. Sesak napas

Pada penyakit yang ringan (baru tumbuh) belum dirasakan sesak napas. Sesak napas akan ditemukan pada penyakit yang sudah

lanjut, yang infiltrasinya sudah meliputi setengah bagian paru-paru.

4. Nyeri dada

Nyeri dada timbul bila infiltrasi radang sudah sampai ke pleura sehingga menimbulkan pleuritis. Terjadi gesekan kedua pleura sewaktu pasien menarik/melepaskan napasnya.

5. Malaise

Penyakit tuberkulosis bersifat radang yang menahun. Gejala malaise sering ditemukan berupa anoreksia tidak ada nafsu makan, badan makin kurus (berat badan turun), sakit kepala, meriang, nyeri otot, keringat malam. Gejala malaise ini makin lama makin berat dan terjadi hilang timbul secara tidak teratur.

6. Pemeriksaan laboratorium

Diagnosis pasti tuberkulosis ditegakkan terutama dengan dilakukan pemeriksaan dahak. Seseorang dipastikan TB jika di dalam pemeriksaan mikroskopis, dahaknya mengandung kuman TB. Kriteria sputum BTA (+) adalah bila sekurang-kurangnya ditemukan 3 batang kuman BTA (+) pada satu sediaan. Bila hasil pemeriksaan dahak kurang mendukung, sedangkan gejalanya mengarah ke TB, dokter mungkin akan memerlukan pemeriksaan tambahan yaitu pemeriksaan dengan sinar Rotgen (Ro). Pada pemeriksaan dengan sinar Rotgen lokasi lesi tuberkulosis umumnya didaerah apeks paru.

2.10.5 Pengobatan Tuberkulosis

Waktu pengobatan pasien TB paru baru dibagi menjadi 2 tahap yaitu: tahap intensif/tahap awal (2-4 bulan) obat anti tuberkulosa (OAT) diberikan setiap hari dengan pengawasan untuk mencegah terjadinya resistensi obat. Tahap berikutnya yaitu tahap lanjutan, merupakan tahap setelah tahap intensif dengan cara minum obat OAT 3 kali seminggu selama 4 bulan. Lama pengobatan pasien TB yang sebelumnya sudah pernah diobati sebelumnya, sekitar 8-9 bulan. Pada tahap awal, pasien minum

OAT setiap hari selama 3-4 bulan. Pada tahap lanjutan, pasien minum obat 3 kali seminggu selama 5 bulan.

Pengobatan tuberkulosis paru diberikan dalam 2 tahap, yaitu tahap awal dan tahap lanjutan. Pada tahap awal pasien mendapatkan obat setiap hari dan perlu diawasi secara langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan obat. Bila pengobatan tahap awal tersebut diberikan secara tepat biasanya pasien menular menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu, sebagian besar pasien tuberkulosis BTA positif menjadi BTA negatif (konversi) dalam 2 bulan. Pada tahap lanjutan pasien mendapat jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lebih lama. Tahap yang penting untuk membunuh kuman persisten sehingga mencegah terjadinya kekambuhan.

Pada tahap intensif (awal). Penderita mendapatkan obat setiap hari dan diawasi langsung untuk mencegah terjadinya kekebalan terhadap semua OAT, terutama rifamisin. Bila pengobatan menjadi tidak menular dalam kurun waktu 2 minggu. Sebagian besar penderita tuberkulosis paru (basil tahan asam) BTA positif menjadi (basil tahan asam) BTA negatif (konversi) pada akhir pengobatan intensif. Sedangkan pada tahap lanjutan penderita mendapatkan jenis obat lebih sedikit, namun dalam jangka waktu yang lama.

Tahap lanjutan ini penting untuk membunuh kuman persisten (dormant) sehingga mencegah terjadinya kekambuhan. Tahap sisipan dilakukan apabila pada akhir tahap awal pengobatan penderita baru BTA positif dengan kategori 1 atau penderita BTA positif pengobatan ulang dengan kategori 2 hasil pemeriksaan dahak masih BTA positif, maka diberikan obat sisipan (HRZE) setiap hari selama 1 bulan.

2.10.6 Pencegahan Tuberkulosis

Berperilaku hidup bersih dan sehat dapat mengurangi angka kejadian TB ⁽²⁾ yakni:

1. Makan makanan yang bergizi seimbang sehingga daya tahan tubuh meningkat untuk membunuh kuman TB, tidur dan istirahat yang cukup, tidak merokok, minum alkohol dan menggunakan narkoba, lingkungan yang bersih baik tempat tinggal dan disekitarnya, membuka jendela agar masuk sinar matahari di semua ruangan rumah karena kuman TB akan mati bila terkena sinar matahari, imunisasi BCG bagi balita, yang tujuannya untuk mencegah agar kondisi balita tidak lebih parah bila terinfeksi TB.
2. Bagi pasien TB, yang harus dilakukan agar tidak menularkan kepada orang lain yaitu seorang pasien TB sebaiknya sadar dan berupaya tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain, antara lain dengan tidak meludah di sembarang tempat, menutup mulut saat batuk atau bersin, berperilaku hidup bersih dan sehat, berobat sesuai aturan sampai sembuh, memeriksakan balita yang tinggal serumah.

2.10.7 Komplikasi Tuberkulosis

Penyakit TB paru bila tidak ditangani dengan benar akan menimbulkan komplikasi. Komplikasi dibagi atas komplikasi dini (pleuritis, efusi pleura, laringitis, menjalar ke organ lain seperti usus) dan komplikasi lanjut (kerusakan parenkim berat, karsinoma paru). Komplikasi psikologis juga dapat di timbulkan dari penyakit tuberkulosis yakni bahwa setiap orang memiliki reaksi yang berbeda-beda ketika dihadapkan dengan suatu penyakit, reaksi perilaku dan emosi tersebut tergantung pada penyakit, sikap orang tersebut dalam menghadapi suatu penyakit, reaksi orang lain terhadap penyakit yang dideritanya, dan lain-lain. Penyakit dengan jangka waktu yang singkat dan tidak mengancam kehidupan hanya sedikit menimbulkan sedikit perubahan perilaku dalam fungsi orang tersebut dan keluarga, sedangkan penyakit berat seperti tuberkulosis paru yang dapat mengancam kehidupan dapat menimbulkan perubahan emosi dan perilaku yang lebih luas, seperti ansietas, syok, penolakan, marah, dan menarik diri. ⁽¹⁾

BAB III

METODE KEGIATAN

3.1 Metode Kegiatan (Operasional Riset)

Kegiatan PKL Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga kelompok VIII ini dilakukan di RW VIII RT I sampai dengan RT VIII, Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari. Kegiatan tersebut meliputi analisis situasi, identifikasi masalah, menentukan prioritas masalah, identifikasi akar penyebab masalah, identifikasi alternatif solusi, menentukan prioritas alternatif solusi, penyusunan *Plan of Action* (PoA) dan yang terakhir adalah pelaksanaan program intervensi. Kegiatan PKL dimulai dengan pengambilan data kuantitatif maupun kualitatif, dimana data kuantitatif didapatkan dari hasil kuesioner, wawancara dan dokumentasi. Sedangkan data kualitatif didapatkan dari kegiatan observasi, *focus group discussion* (FGD), wawancara mendalam (*indepth interview*), dan studi kasus (*case study*).

Data yang dikumpulkan akan diolah untuk mendapatkan gambaran umum masyarakat, kondisi kesehatan masyarakat, list dan penyebab permasalahan yang terjadi di masyarakat. Data yang diolah kemudian dianalisis untuk mendapatkan beberapa alternatif permasalahan, lalu dari beberapa permasalahan tersebut diambil prioritas masalahnya menggunakan metode USG. Setelah penentuan prioritas masalah maka langkah selanjutnya adalah penentuan akar penyebab masalah menggunakan diagram *fishbone*. Kemudian dilakukan penentuan prioritas solusi dari berbagai alternatif solusi menggunakan metode MEER.

Setelah mendapatkan prioritas solusi, selanjutnya merancang *plan of action* yang berisi rencana program, media dan alat yang dibutuhkan, indikator keberhasilan, maupun penempatan sumberdaya untuk masing-masing tugas. Bila program telah berjalan, maka diakhir dilakukan evaluasi terhadap program untuk menilai tingkat keberhasilan program tersebut.

3.2 Lokasi dan Waktu

Prosedur kegiatan PKL merupakan suatu rangkaian kegiatan PKL yang diadakan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga

dan diikuti oleh mahasiswa Alih Jenis semester 4 Program Studi Kesehatan Masyarakat. Pelaksanaan PKL dimulai sejak tanggal 9 Januari hingga 4 Februari 2018 bertempat di Kecamatan Tambaksari dan Semampir, dimana mahasiswa dibagi menjadi 12 kelompok, dan kelompok 8 ditempatkan di Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari pada RW VIII, Kota Surabaya.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

Populasi penelitian pada kegiatan praktik kerja lapangan atau PKL yang dilakukan di RW VIII RT I sampai dengan RT VIII, Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari dengan jumlah KK sebanyak 617. Pada penelitian ini kami mengambil sampel, dengan menggunakan rumus Slovin :

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2}$$

dimana :

n = ukuran sampel

N = ukuran populasi

e = prosentase (%), toleransi ketidaktelitian karena kesalahan dalam pengambilan sampel dengan penghitungan sebagai berikut :

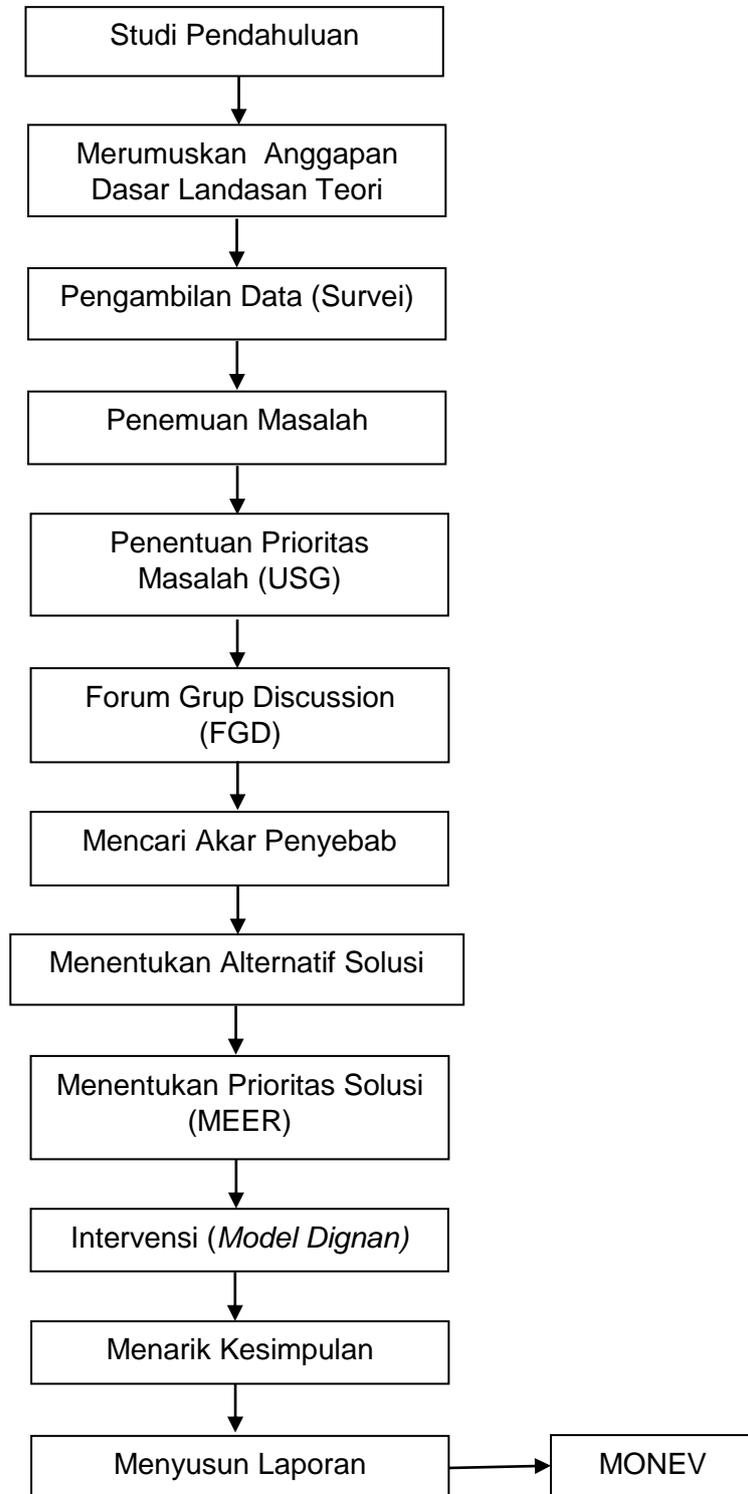
$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2}$$

$$n = \frac{617}{1 + (617 \cdot 0,05)^2}$$

$$n = \frac{617}{7,15}$$

n = 243 dibulatkan menjadi 250 KK

3.4 Kerangka Operasional



Gambar 3.1 Kerangka Operasional

3.6 Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisis Data

3.6.1 Pengumpulan Data

1. Pengumpulan Data Primer

a. Kuesioner

Penyebaran kuesioner dilakukan di RW VIII Kelurahan Rangkah yang terdiri dari 8 RT dengan total 250 Kepala Keluarga. Kuesioner yang digunakan untuk pengumpulan data primer berisi tentang data kesehatan ibu dan anak, kesehatan lingkungan, penyakit dan faktor yang mempengaruhinya, gizi makanan yang dikonsumsi, penanganan kebakaran dan kebocoran gas LPG, dan keikutsertaan BPJS.

b. *Indepth Interview*

Pelaksanaan *indepth interview* dilakukan kepada masyarakat, serta beberapa perangkat setempat yaitu ketua RW, ketua RT dan kader yang dilaksanakan sebelum dan pada saat penyebaran kuesioner.

c. *Observasi*

Observasi dilaksanakan selama proses pengumpulan data.

Tujuan dari observasi adalah melihat kondisi sebenarnya dan perilaku masyarakat di daerah sasaran.

2. Pengumpulan Data Sekunder

a. Profil Puskesmas Rangkah

Data sekunder didapatkan langsung dari pihak Puskesmas Rangkah. Data tersebut meliputi profil Puskesmas Rangkah, data 10 penyakit terbanyak, program yang terdapat di puskesmas. Data tersebut nantinya akan digunakan untuk salah satu pertimbangan dalam melakukan intervensi program.

b. Profil Kelurahan Rangkah

Diperoleh dari perangkat Kelurahan Rangkah, yang berupa data monografi Kelurahan Rangkah tahun 2016. Informasi yang didapat dari data monografi meliputi letak geografis kelurahan Rangkah, jumlah penduduk, serta sarana dan prasarana di wilayah Kelurahan Rangkah. Data tersebut digunakan untuk informasi penunjang.

3.6.2 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan agar selanjutnya dapat dilakukan analisis data dan didapatkan kesimpulan dari permasalahan kesehatan masyarakat di RW VIII Kelurahan Rangkah meliputi RT 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07 dan 08. Jumlah kuesioner yang diolah adalah 249 kuesioner. Pengolahan data dilakukan dengan memasukkan setiap pertanyaan kuesioner ke dalam Microsoft Excel dan disajikan dalam bentuk grafik maupun tabel. Selain *entry* kuesioner ke dalam Microsoft Excel, pengolahan dan analisis data juga dilakukan dengan metode USG dan MEER. Berdasarkan data hasil kuesioner yang telah dilakukan pengolahan data, dapat ditemukan beberapa permasalahan yang ada. Selanjutnya semua permasalahan tersebut dilakukan penentuan prioritas masalah dengan metode USG untuk mendapatkan prioritas masalah. Pada kegiatan FGD, peserta dimintai pendapat mengenai akar permasalahan dari prioritas masalah serta solusinya dengan peserta dari ketua RW VIII, ketua RT I sampai dengan RT VIII, perwakilan kader RT I sampai dengan kader RT VIII sehingga didapatkan beberapa akar penyebab permasalahan kesehatan. Setelah didapatkan akar-akar penyebab masalah kesehatan, peserta diminta untuk memberikan pendapat terkait solusi mengenai permasalahan yang didapatkan, sehingga didapatkan beberapa alternatif solusi. Dari beberapa alternatif solusi tersebut dicari prioritasnya menggunakan metode MEER.

3.6.3 Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam kegiatan Praktik Kerja Lapangan (PKL) ini adalah sebagai berikut :

1. Analisis non statistik

Analisis yang dilakukan pada data kualitatif yang datanya bersifat deskriptif, dimana data yang bersifat deskriptif tersebut diperoleh melalui *indepth interview*.

2. Analisis statistik

Analisis bersifat kuantitatif atau bersifat angka yang digunakan adalah statistik deskriptif. Beberapa cara penyajian datanya melalui

grafik, tabel, diagram lingkaran, perhitungan menggunakan persentase.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Lokasi PKL

Berdasarkan data profil Kelurahan Rangkah tahun 2017 periode Oktober sampai dengan Desember, didapatkan hasil sebagai berikut.

4.1.1 Karakteristik Monografi dan Geografis

1. Monografi

- a. Kelurahan : Rangkah
- b. Kecamatan: Tambaksari
- c. Kota : Surabaya
- d. Propinsi : Jawa Timur

2. Geografis

- a. Alamat : Jl. Alun-Alun Rangkah No.25 Surabaya

- b. Luas Wilayah : 70 H.a

c. Batas Wilayah

Batas Wilayah Sebelah Utara : Kelurahan Kapas Madya Baru

Batas Wilayah Sebelah Timur : Kelurahan Gading

Batas Wilayah Sebelah Selatan : Kelurahan Ploso

Batas Wilayah Sebelah Barat : Kecamatan Simokerto

d. Kondisi Geografis

1) Ketinggian tanah dari Permukaan laut : 4 meter

2) Banyaknya Curah Hujan : -299+355.7 mm/tahun

3) Topografi : Rendah menengah tinggi

4) Suhu udara rata-rata di kelurahan Rangkah adalah 36 °C

e. Orbitasi

1) Jarak Dari Pusat Pemerintah Kecamatan : 4 km / 1/3 jam

2) Jarak Dari Pusat Pemerimtah Kota : 5 km / 1/2 jam

f. Status Gedung / Kantor

1) Luas Tanah : 300 Ha

2) Luas Bangunan : 200 M²

3) Asset Pemerintah Kota Surabaya : 1965

4) Kondisi bangunan : Baik

5) Kepemilikan Balai Kec /Kel : Bertingkat/Tidak Memiliki

4.1.2 Karakteristik Demografis

1. Jumlah Kepala Keluarga : 6.545 KK
2. Jumlah Penduduk Menurut Jenis Kelamin
 - a. Laki-laki : 9.667 orang
 - b. Perempuan : 9.851 orang
3. Jumlah Penduduk Menurut Kewarganegaraan
 - a. WNI
 - 1) Laki-Laki : 29.719 orang
 - 2) Perempuan : 30.633 orang
 - 3) Jumlah : 60.352 orang
 - b. WNA
 - 1) Laki-Laki : 5 orang
 - 2) Perempuan : - orang
 - 3) Jumlah : 5 orang

4. Jumlah Penduduk berdasarkan Agama

- a. Islam : 15.103 orang
- b. Kristen : 2.859 orang
- c. Katholik : 1.332 orang
- d. Hindu : 114 orang
- e. Budha : 61 orang
- f. Menurut Kepercayaan tertahan Tuhan YME : 49 orang

5. Jumlah Penduduk berdasarkan Usia

- a. Kelompok Pendidikan
 - 1) 00 – 03 Tahun : 974 orang
 - 2) 04 – 06 Tahun : 1.095 orang
 - 3) 07 – 12 Tahun : 1.031 orang
 - 4) 13 – 15 Tahun : 1.279 orang
 - 5) 16 – 18 Tahun : 1.312 orang
 - 6) 19 – Keatas : 1.303 orang
- b. Kelompok Tenaga kerja
 - 1) 10 – 14 Tahun : 1.608 orang
 - 2) 15 – 19 Tahun : 1.759 orang
 - 3) 20 – 26 Tahun : 2.894 orang
 - 4) 27 – 49 Tahun : 2.692 orang

5) 49 – 56 Tahun : 1.943 orang

6) 57 – Keatas : 1.628 orang

6. Jumlah Penduduk berdasarkan tingkat pendidikan

a. Pendidikan Formal

1) Tamat Kanak – Kanak : 3.329 orang

2) Sekolah Dasar : 5.503 orang

3) SMP/SLTP : 4.703 orang

4) SMU/SLTA : 4.326 orang

5) Akademi (D1-D3) : 336 orang

6) Sarjana (S1-S3) : 859 orang

b. Pendidikan Non Formal

1) Pondok pesantren : 130 orang

2) Madrasah : 215 orang

3) Pendidikan Keagamaan : 47 orang

4) Sekolah Luar Biasa : - orang

5) Kursus Ketrampilan : 70 orang

7. Jumlah Penduduk berdasarkan pekerjaan

a. Pedagang : 395 orang

b. Pegawai Negeri : 473 orang

c. Anggota TNI : 133 orang

d. Anggota POLRI : 45 orang

e. Pensiunan/Purnawirawan : 297 orang

f. Karyawan swasta : 4.709 orang

g. Wiraswasta : 2.063 orang

h. Ibu Rumah Tangga : 4.158 orang

i. Belum bekerja : 3.864 orang

8. Jumlah Mobilitas Penduduk

Tabel 4.1 Jumlah Mobilitas Peduduk

Jenis Kelamin	Lahir	Mati	Datang	Pindah
Laki-laki	201	62	117	86
Perempuan	206	67	72	106
Jumlah	407	129	189	192

Sumber : Data Profil Kelurahan Rangkah Tahun 2017

9. Jumlah penduduk musiman

- a. Laki-laki : 2.366 orang
- b. Perempuan : 36 orang

4.1.3 Ketersediaan Sarana Prasarana

1. Sarana Keagamaan

- a. Jumlah Masjid : 5 unit
- b. Jumlah Musholah : 8 unit
- c. Jumlah Gereja : 5 unit
- d. Jumlah Gereja Katholik : -
- e. Jumlah Vihara : 1 unit
- f. Jumlah Pura : 1 unit

2. Sarana Kesehatan

- a. Rumah Sakit Umum Pemerintah : - Unit
- b. Rumah sakit Umum Pemerintah : - Unit
- c. Rumah sakit Kusta : - Unit
- d. Rumah sakit Mata : - Unit
- e. Rumah sakit Jantung : - Unit
- f. Rumah Sakit Bersalin : - Unit
- g. Poliklinik / Balai Pengobatan : 1 Unit
- h. Laboratorium : 2 Unit
- i. Apotik/Depot Obat : 6 Unit
- j. Posyandu : 21 Unit
- k. Puskesmas : 1 Unit
- l. Puskesmas Pembantu

3. Sarana Pendidikan Formal

Tabel 4.2 Sarana Pendidikan Formal

No	Pendidikan	Negeri	Swasta
1.	Kelompok Bermain (Paud)	7 unit	- unit
2.	Taman Kanak Kanak	- unit	9 unit
3.	Sekolah dasar	8 unit	4 unit
4.	SMP/SLTP	1 unit	3 unit
5.	SMU/SLTA	- unit	1 unit
6.	Institut Perguruan Tinggi	- unit	- unit

Sumber : Data Profil Kelurahan Rangkah Tahun 2017

4. Sarana Pendidikan Non Formal

- a. Pondok Pesantren : 1 Unit
- b. Sekolah Luar Biasa : - Unit
- c. Balai Latihan Kerja : - Unit
- d. Kursus : 3 Unit

5. Sarana Olahraga

- a. Lapangan Sepak Bola : 1 Buah
- b. Lapangan Basket : 1 Buah
- c. Lapangan Volly : 1 Buah
- d. Lapangan Bulu Tangkis : 1 Buah
- e. Lapangan Tenis Meja : 2 Buah
- f. Lapangan Atletik : - Buah
- g. Kolam Renang : - Buah
- h. Fitnes / Klub Malam : - Buah
- i. Arena Bilyart Bola : 3 Buah

6. Saran Kebudayaan

- a. Sarana Krida : 1 Buah
- b. Gedung Remaja : - Buah
- c. Gedung Kesenian : - Buah
- d. Gedung Bioskop : - Buah
- e. Diskotik/Klub Malam : - Buah
- f. Gedung Sandiwara/Teater : - Buah

7. Sarana Panti Sosial

- a. Panti Asuhan : - Buah
- b. Panti Wreda : - Buah
- c. Panti Laras : - Buah
- d. Panti Pijat Tuna Netra : 2 Buah
- e. Rumah Jompo : - Buah

8. Sarana Perhubungan

- a. Jalan
 - 1) Lingkungan : - Km
 - 2) Ekonomi : 1 Km
 - 3) Protokol : 1 Km
 - 4) Kota : 6 Km

5) Propinsi	:	7	Km
b. Jembatan	:	8	Km
c. Stasiun Kereta Api	:	-	Km
d. Terminal	:	-	Km

9. Sarana Komunikasi

a. Kantor Postel	:	-	Buah
b. Kantor Pos Pembantu	:	-	Buah
c. Pemancar Radio	:	-	Buah
d. ORARI	:	-	Buah
e. KRAF	:	-	Buah
f. NTERCOM	:	-	Buah
g. WARTEL	:	18	Buah
h. TELEVISI UMUM	:	-	Buah
i. Telepon Umum	:	-	Buah
j. Pemilikan Pesawat telepon	:	2.004	Buah
k. Pemilikan Pesawat Televisi	:	5.834	Buah
l. Pemilikan Pesawat Radio	:	1.436	Buah
m. Pemilikan decoder TV Swasta	:	-	Buah
n. Pemilikan Antena Parabola	:	-	Buah

10. Alat Transportasi

a. Sepeda	:	1.867	Buah
b. Dokar/Delman	:	-	Buah
c. Gerobak	:	21	Buah
d. Kendaraan beroda tiga	:	218	Buah
e. Becak	:	215	Buah
f. Sepeda Motor	:	6216	Buah
g. Mikrolet	:	-	Buah
h. Taksi	:	-	Buah
i. Bus Umum	:	-	Buah
j. Mobil Dinas	:	-	Buah
k. Mobil Pribadi	:	259	Buah
l. Truk / Pic Up	:	4	Buah

11. Sarana dan Prasarana Pengairan

a. Cek Cam	:	1	Buah
------------	---	---	------

b. Saluran Irigasi	: 3.105	Buah
c. Gorong – Gorong	: 1	Buah
d. Pompa Air	: -	Buah
e. Pembagi Air	: 1	Buah

12. Sarana Penyebaran Industri

a. Besar	: 1	buah
b. Sedang	: 9	Buah
c. Kecil	: 12	Buah
d. Rumah Tangga	: 30	Buah

4.1.4 Profil Puskesmas Rangkah

Nama	: Puskesmas Rangkah
Alamat	: Jl. Rangkah VII/94, Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Kota Surabaya
No Telp	: (031) 3710064
Tipe Puskesmas	: Rawat jalan, pelayanan pagi dan sore
Visi	: “Terwujudnya masyarakat sehat dan mandiri diwilayah Puskesmas Rangkah “
Misi	:
	1. Sebagai pusat informasi kesehatan,
	2. Menggerakkan masyarakat mandiri, berperilaku hidup bersih dan sehat, dan
	3. Menjalin kemitraan dengan lintas sektor.
Tujuan Puskesmas Rangkah	: Meningkatkan kemandirian dan perilaku untuk hidup sehat agar terwujud kesehatan masyarakat yang optimal.
Tata Nilai Puskesmas Rangkah	: Ramah, Profesional dan Kerjasama.
Motto Puskesmas Rangkah	: “Kesehatan Anda adalah Impian Kami”

Sarana Pelayanan Puskesmas Rangkah

Puskesmas Tambakrejo meningkatkan pelayanan menjadi puskesmas perawatan dasar sejak tahun 2008. Pada tahun tersebut BOR nya

mencapai 86% dan angka tersebut membuktikan tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan Puskesmas Rangkah, sehingga apabila ada masyarakat Tambakrejo yang menderita sakit ringan tidak perlu lagi melakukan perawatan ke Rumah Sakit. Adapun fasilitas pelayanan yang dimiliki oleh Puskesmas Rangkah sebagai berikut :

Tabel 4.3 Fasilitas Pelayanan Puskesmas Rangkah

No	Fasilitas Pelayanan	Jumlah	No	Fasilitas Pelayanan	Jumlah
1.	Puskesmas induk keperawatan	1	6.	Posyandu balita	56
2.	Pelayanan BP, KIA/KB, Laboratorium, Poli Gigi, Pojok Gizi	1	7.	Posyandu lansia	3
3.	Puskesmas pembantu	1	8.	Motor dinas	3
4.	Puskesmas keliling	2	9.	Ambulance	1
5.	Poskeskel	3			

(Sumber : Profil Puskesmas Rangkah Tahun 2016)

Sumberdaya Manusia Puskesmas Rangkah

Sumber daya manusia merupakan faktor terpenting dalam pelayanan kesehatan masyarakat di Puskesmas. Semakin lengkap tenaga kesehatan yang ada maka semakin maksimal pula pelayanan yang diberikan kepada masyarakat. Adapun jumlah ketenagaan yang dimiliki oleh Puskesmas Rangkah adalah sebagai berikut :

Tabel 4.4 Jumlah Ketenagaan Puskesmas Rangkah

No	Jenis tenaga	Jumlah	No	Jenis tenaga	Jumlah
1.	Dokter umum	3	7.	TU/Pekarya	1
2.	Dokter gigi	2	8.	Juru imunisasi	1
3.	Bidan	6	9.	Asisten apoteker	1
4.	Perawat	5	10.	Analisis kesehatan	1
5.	Psikolog	1	11.	Petugas gizi	1
6.	Sanitarian	1	12.	Rekam Medik	1

(Sumber : Profil Puskesmas Rangkah Tahun 2016)

Penyakit Terbanyak di Wilayah Kerja Puskesmas Rangkah

Tabel 4.5 Jumlah Penyakit terbanyak di Wilayah Kerja Puskesmas Rangkah

No	Nama Penyakit	Jumlah
1.	<i>Acute Laryngopharyngitis</i> atau Infeksi Saluran Pernapasan Atas (ISPA).	2769
2.	<i>Essential (Primary) Hypertension</i> , atau sakit hipertensi / darah tinggi.	403
3.	<i>Unspecified acute lower rheumatoid arthritis</i> atau Osteoarthritis.	1062
4.	<i>Seronegative rheumatoid arthritis</i> atau Rheumatoid arthritis	651
5.	Pulpitis atau peradangan pada pulpa gigi.	931
6.	Non-insulin dependent diabetes mellitus with multiple complication atau <i>Diabetes Mellitus</i> Type 2.	858
7.	<i>Tuberculosis of Lung</i> atau sakit TBC.	88
8.	<i>Headache</i> atau <i>Chephalgia</i> .	629
9.	Stroke	802
10.	Diarrhoea atau diare.	

(Sumber : Profil Puskesmas Rangkah Tahun 2016)

Berdasarkan data profil Puskesmas Rangkah tahun 2016 diperoleh data bahwa penyakit ISPA menduduki peringkat pertama sebagai penyakit yang paling banyak diderita oleh warga. Hal tersebut sangat erat kaitannya dengan lingkungan tempat tinggal warga yang berada didekat sungai dan wilayah padat penduduk dan juga perilaku masyarakat yang merokok. Pada peringkat kedua penyakit yang paling banyak diderita adalah Penyakit radang sendi (reumatik) dan di peringkat ketiga adalah penyakit radang gigi.

Program Pembangunan Kesehatan

Program pembangunan kesehatan yang terdapat di Puskesmas Rangkah Kota Surabaya disusun berdasarkan penilaian kinerja puskesmas (PKP) tahun 2012. Berdasarkan penilaian kinerja

puskesmas (PKP) tahun 2012, program pembangunan kesehatan di Puskesmas meliputi:

1. Program pokok / wajib, meliputi:
 - a. Promosi kesehatan, yang meliputi:
 - 1) Pengembangan Desa Siaga,
 - 2) Pemberdayaan Masyarakat, antara lain:
 - a) Memotivasi tokoh masyarakat dalam pembentukan kader kesehatan atau pembentukan kelompok yang peduli terhadap kesehatan.
 - b) Membentuk jejaring dalam pembentukan PHBS di masyarakat yang bertujuan membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat bagi perorangan, keluarga/kelompok dan masyarakat sehingga dapat memberikan dampak yang bermakna terhadap derajat kesehatan Penggerakan kelompok masyarakat dalam pemanfaatan posyandu.
 - 3) Penyuluhan Kesehatan, bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan kesehatan kepada masyarakat meliputi berbagai program KIA, KB, P2M, gizi, napza, HIV-AIDS, IMS, kesehatan gigi dan mulut, dan lain-lain.
 - b. Kesehatan lingkungan, meliputi:
 - 1) Pengawasan dan Pengendalian Kualitas Air, bertujuan untuk meningkatkan kualitas air bersih sebagai upaya untuk meningkatkan kesehatan masyarakat.
 - 2) Pengawasan dan pengendalian tempat-tempat umum (TTU), bertujuan untuk mewujudkan kondisi tempat-tempat umum yang memenuhi syarat kesehatan agar masyarakat terhindar dari kemungkinan bahaya penularan penyakit serta tidak menimbulkan resiko gangguan/bahaya terhadap kesehatan masyarakat di sekitarnya.
 - 3) Pengawasan dan pengendalian penyehatan lingkungan pemukiman, bertujuan untuk mencapai peningkatan kesehatan perumahan dan terpenuhinya syarat kesehatan

bagi rumah yang akan dan sedang dibangun oleh masyarakat.

- 4) Pembinaan pengelolaan TPM dan penjamah makanan, bertujuan untuk meningkatkan kemampuan masyarakat dalam pengelolaan penyehatan makanan, diperolehnya kualitas makanan yang sehat, aman, dan higienis.
 - 5) Pembinaan kesehatan lingkungan institusi, bertujuan untuk mencapai peningkatan derajat kesehatan di lingkungan institusi, meliputi institusi pendidikan, institusi kesehatan, dan tempat kerja.
- c. Perbaiki gizi, meliputi:
- 1) Memantau status gizi balita melalui kegiatan posyandu balita.
 - 2) Memantau pemberian PMT pada balita.
 - 3) Membantu pemberian MP-ASI.
 - 4) Memantau dan meningkatkan kegiatan KADARZI.
 - 5) Memantau pemakaian garam beryodium di wilayah keluarga dan anak sekolah dan melakukan kegiatan palpasi.
 - 6) Memantau pemberian suplemen gizi pada balita gizi buruk, wanita, KEK, serta bumil dan busui
 - 7) Pelacakan balita gizi buruk.
 - 8) Pemantauan pola konsumsi keluarga melalui kegiatan intervensi gizi.
 - 9) Pemberian kapsul vitamin A dosis tinggi.
 - 10) Pelayanan pemberian tablet tambah darah (Fe tablet).
 - 11) Pelayanan pemberian makanan tambahan pemulihan.
- d. Kesehatan ibu dan anak (KIA) termasuk keluarga berencana (KB), meliputi:
- 1) Kesehatan Ibu, yaitu:
 - a) Pemeriksaan kehamilan (minimal 4 kali),
 - b) Pemeriksaan laboratorium untuk bumil yang baru pertama kali periksa. Periksa Hb, Albumin, Reduksi, Golongan Darah bila perlu Plano Test,

- c) Pemberian imunisasi TT,
 - d) Pemberian tablet besi
 - e) Pemeriksaan gigi untuk Bumil yang baru pertama kali periksa.
- 2) Kesehatan Anak, yaitu:
- a) Pengukuran tinggi badan, berat badan, LIKA (Lingkar Kepala, dan Lida (Lingkar Dada).
 - b) Imunisasi, meliputi: BCG, DPT Combo, Hepatitis B, Campak, dan Polio.
 - c) Pembinaan TK, meliputi pemeriksaan kesehatan umum.
 - d) Pembinaan Posyandu, meliputi penyuluhan dan imunisasi.
- 3) Kesehatan Anak Usia Sekolah dan Remaja, meliputi:
- a) Pendidikan kesehatan,
 - b) Penyuluhan kesehatan,
 - c) Penjaringan kesehatan,
 - d) Pemeriksaan kesehatan berkala 6 bulan sekali,
 - e) Imunisasi,
 - f) Rujukan ke Puskesmas.
- 4) Keluarga Berencana, meliputi:
- a) Pemasangan IUD,
 - b) Pemasangan Implant,
 - c) Pemberian Suntik KB,
 - d) Pemberian Pil KB Kombinasi,
 - e) Pencabutan IUD,
 - f) Pencabutan Implant,
 - g) Penanganan akseptor KB aktif dengan efek samping / komplikasi / kegagalan,
 - h) Pelayanan IVA
- e. Pencegahan dan pemberantasan penyakit menular, meliputi:
- 1) Imunisasi,

Tabel 4.6. Jenis, Manfaat, Waktu Pemberian dan Sasaran Pemberian Imunisasi

NO	VAKSIN	MANFAAT	WAKTU	SELANG WAKTU	SASARAN
1.	BCG	Mencegah TB Paru	1 kali	-	0-11 bln
2.	DPT	Mencegah Penyakit Difteri, Pertusis, Tetanus	3 kali	4 mgg	2-11 bln
3.	Polio	Mencegah Penyakit Polio	3 kali (Polio 1, 2, 3)	4 mgg	2-11 bln
4.	Campak	Mencegah Penyakit Campak	1 kali	-	9-11 bln
5.	Hepatitis B 1, 2, 3	Mencegah Penyakit Hepatitis	3 kali (HB 1,2, 3)	-	0-11 bln
6.	DT	Mencegah Penyakit Difteri, Tetanus	2 kali	4 mgg	Murid SD Kelas 1
7.	TT	Mencegah Penyakit Tetanus	2 kali	4 mgg	Murid SD Kelas 1, 2, 3

2) Pencegahan dan Pemberantasan Demam Berdarah Dengue (P2 DBD), meliputi:

- a) Penemuan suspect DBD di Puskesmas,
- b) Penyelidikan epidemiologi, meliputi *fogging focus*, abatisasi selektif, pemeriksaan jentik berkala (PJB) di rumah dan sekolah,

3) Pencegahan dan Pemberantasan Diare (P2 Diare),

4) Pencegahan dan Pemberantasan Kusta (P2 Kusta), meliputi:

- a) Pencatatan penderita, meliputi:
 1. Active Case Finding dengan School Survey: di sekolah-sekolah,
 2. Active Case Finding dengan Contact Survey: keluarga penderita
 3. Passive Case Finding dengan pemeriksaan penderita yang dicurigai yang datang di puskesmas
- b) Pengobatan penderita sesuai tipe,
 1. Tipe PB: 6 Dosis, 6-9 bln, Obat: Rifampisin, DDS.

2. Tipe MB: 12 Dosis, 12-18 bln, Obat: Rifampisin, Lamprene, DDS
- 5) Pencegahan Dan Pemberantasan TB (P2 TB),
 - a) Pencarian penderita : Penderita dengan keluhan batuk lebih dari 3 minggu diperiksa dahak SPS.
 - b) Pengobatan Gratis Bagi Penderita TB Paru.
 - c) Pengobatan TB : Program DOTS (*Directly Observed Treatment Shortcourse* atau Pengobatan Jangka Pendek).
- f. Pengobatan, meliputi:
 - 1) Pemeriksaan umum,
 - 2) Pemeriksaan gigi,
 - 3) Pemeriksaan KIA/KB,
 - 4) Konsultasi Psikologi,
 - 5) Konsultasi Gizi,
2. Program pengembangan / inovatif, meliputi:
 - a. Upaya kesehatan usia lanjut, meliputi posyandu lansia.
 - b. Upaya kesehatan mata/pencegahan kebutaan, meliputi penemuan kasus penyakit mata dan pelayanan rujukan mata.
 - c. Upaya kesehatan telinga/pencegahan gangguan pendengaran, meliputi penemuan kasus sulit dan rujukan, serta penemuan kasus penyakit telinga.
 - d. Upaya kesehatan jiwa, meliputi deteksi dini dan penanganan kasus kesehatan jiwa melalui rujukan RS/Spesialis.
 - e. Upaya kesehatan pencegahan dan penanggulangan penyakit gigi, meliputi pelayanan kesehatan gigi dan mulut, demo sikat gigi masal untuk anak SD/MI, serta penyuluhan kesehatan gigi dan mulut.
 - f. Perawatan kesehatan masyarakat, meliputi kegiatan asuhan keperawatan pada keluarga rawan, termasuk *home care* atau kunjungan rumah.
 - g. Pemberdayaan masyarakat dalam PHBS, meliputi pengkajian PHBS di institusi pendidikan, sarana kesehatan, tatanan tempat-tempat umum, tatanan tempat kerja, dan tatanan pondok pesantren yang berada di wilayah kerja Puskesmas Sidotopo Wetan.
 - h. Pengembangan UKBM, meliputi pembinaan poskeskel.

3. Program kegiatan manajemen puskesmas, meliputi:
 - a. Manajemen operasional puskesmas,
 - b. Manajemen alat dan obat,
 - c. Manajemen keuangan di puskesmas,
 - d. Manajemen ketenagaan,
 - e. Manajemen pembiayaan (laporan pelayanan kesehatan program jamkesmas), dan
 - f. Manajemen pengolahan barang / aset.

Sasaran Pembangunan Kesehatan

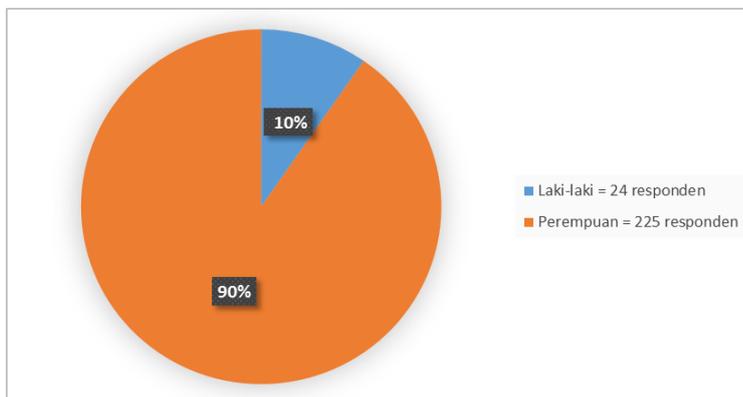
Program pembangunan kesehatan menggunakan pendekatan *Continuum of care* dan *life cycle*, dimana program tersebut berkesinambungan dan meliputi seluruh tahapan siklus hidup manusia. Sasaran dari pembangunan kesehatan ini meliputi:

1. Individu / kelompok masyarakat, meliputi:
 - a. Pasangan usia subur dan wanita usia subur,
 - b. Ibu hamil dan ibu menyusui,
 - c. Bayi dan balita,
 - d. Anak sekolah dan remaja,
 - e. Dewasa, dan
 - f. Lanjut usia (Lansia).
2. Lingkungan, meliputi:
 - a. Pangan,
 - b. Air (air bersih, sanitasi),
 - c. Perumahan dan lingkungan sehat,
 - d. Akses (pendidikan dan kesehatan).
3. Pemegang kebijakan dan regulasi berwawasan kesehatan, meliputi:
 - a. Kecamatan,
 - b. Kelurahan,
 - c. Pengurus RW,
 - d. Pengurus RT,
 - e. Tokoh masyarakat, serta
 - f. Kader kesehatan.

4.2 Hasil Penelitian

4.2.1 Karakteristik Responden

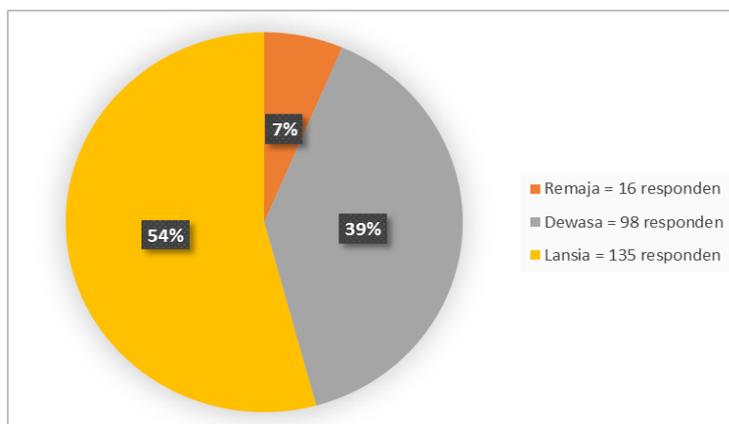
1. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Gambar 4.1 Persentase jenis kelamin

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden yang berjenis kelamin perempuan sebesar 225 responden (90%) dan responden yang berjenis kelamin laki-laki sebesar 24 responden (10%). Dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan.

2. Karakteristik Responden Berdasarkan Usia

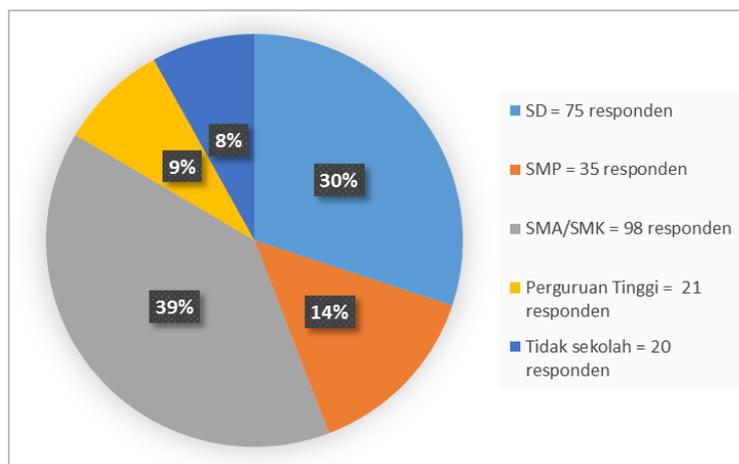


Gambar 4.2 Persentase usia

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden yang termasuk dalam kategori lansia sebanyak 135 responden (54%), responden yang termasuk kategori dewasa sebanyak 98 responden (39%), dan responden yang termasuk dalam kategori remaja sebesar

sebanyak 16 responden (7%). Sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden berada dalam kategori lansia. Dengan banyaknya penduduk yang lansia, sehingga prosentase penggunaan KB rendah, karena pada jaman dahulu program KB belum berjalan dengan baik.

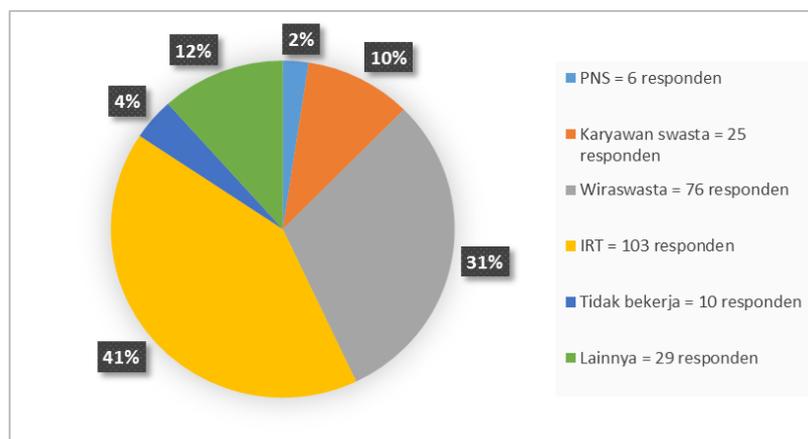
3. Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan Terakhir



Gambar 4.3 Persentase pendidikan terakhir

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik pendidikan terakhir responden, sebagian besar pendidikan terakhir responden adalah SMA/SMK sebanyak 98 responden(39%) dan sebagian kecil reponden berpendidikan terakhir tidak sekolah sebanyak 20 responden (8%). Dengan prosentase pendidikan SD yang cukup besar berdampak pada tingkat pengetahuan responden yang rendah, hal ini tergambar pada tingkat pengetahuan responden tentang penggunaan masker untuk mencegah penularan penyakit TBC.

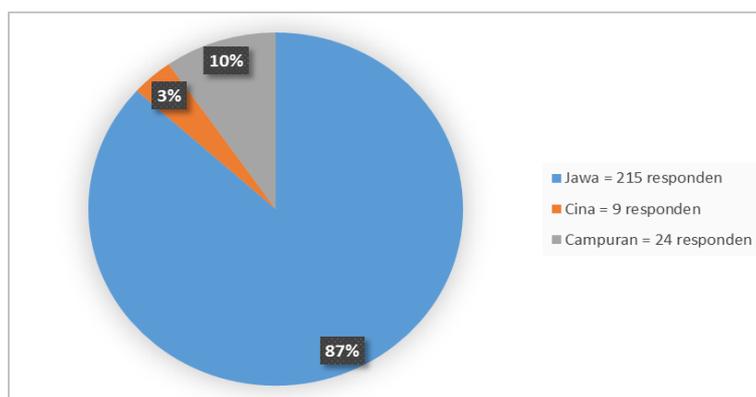
4. Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan



Gambar 4.4 Persentase pekerjaan

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik pekerjaan responden sebagian besar adalah seorang Ibu Rumah Tangga (IRT) sebanyak 103 responden (41%). Untuk sebagian kecil responden bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil (PNS) sebanyak 6 responden (2%). Dengan prosentase responden IRT yang tinggi maka tingkat pendapatan keluarga menjadi rendah, sehingga konsumsi sayur dan buah setiap hari tidak terpenuhi.

5. Karakteristik Responden Berdasarkan Suku

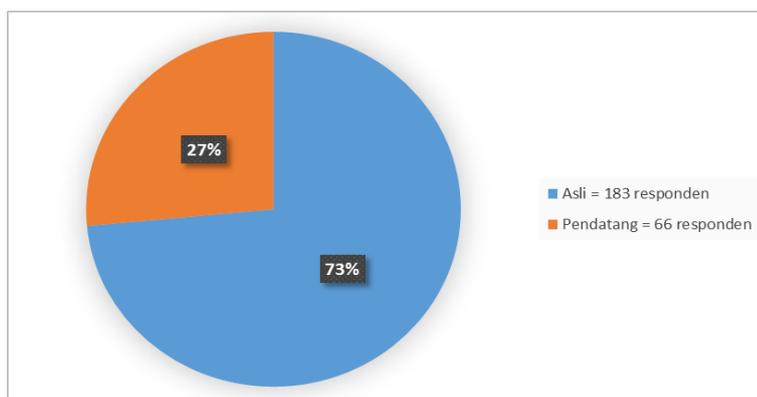


Gambar 4.5 Persentase jenis suku

Berdasarkan hasil pengambilan data dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik suku responden sebagian besar adalah Jawa sebanyak 215 responden (87%) dan sebagian kecil karakteristik suku responden adalah China sebanyak 9 responden (3%). Dengan prosentase responden Suku Jawa yang

tinggi, hal ini berdampak pada pemberian MP ASI yang salah, yakni tradisi yang dipercaya Suku Jawa memberikan MP ASI pada usia kurang dari 6 bulan.

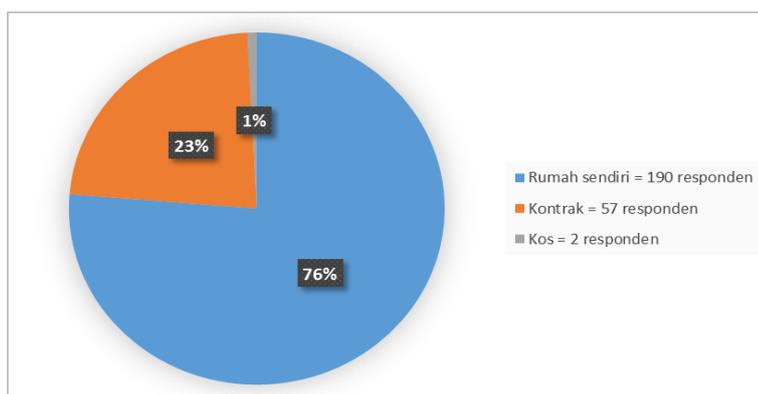
6. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Kependudukan



Gambar 4.6 Persentase status kependudukan

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik status kependudukan dari responden sebanyak 183 responden (73%) adalah penduduk asli dan penduduk pendatang sebanyak 66 responden (27%). Dapat disimpulkan bahwa sebagian besar penduduk merupakan penduduk asli.

7. Karakteristik Responden Berdasarkan Status Kepemilikan Rumah



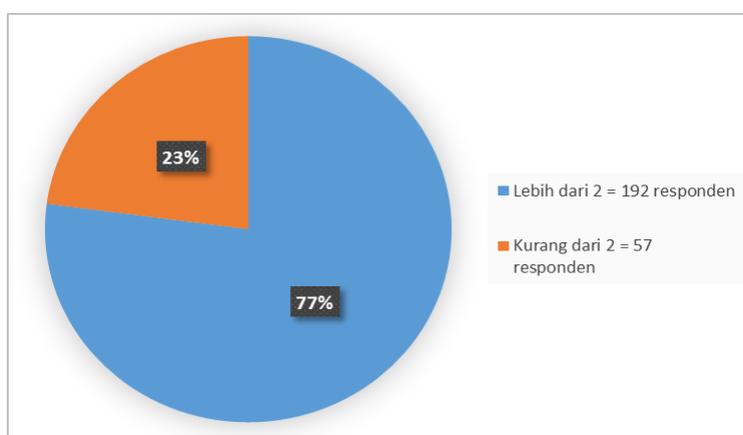
Gambar 4.7 Persentase status kepemilikan rumah

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang status rumah sebanyak 190 responden (76%) adalah rumah sendiri, penduduk yang kontrak sebanyak 57 responden (23%) dan penduduk yang kos sebanyak 2 responden (1%). Sehingga dapat

disimpulkan bahwa sebagian besar status rumah responden adalah rumah sendiri. Dengan jumlah responden 57 KK yang status kepemilikan rumahnya bukan rumah sendiri (kontrak) yang kondisi rumahnya kurang ventilasi menjadikan penduduk tersebut tidak mampu menambah jumlah ventilasi, hal ini berakibat pada meningkatnya risiko penularan penyakit TBC.

4.2.2. Karakteristik Identitas Keluarga Dan Tempat Tinggal

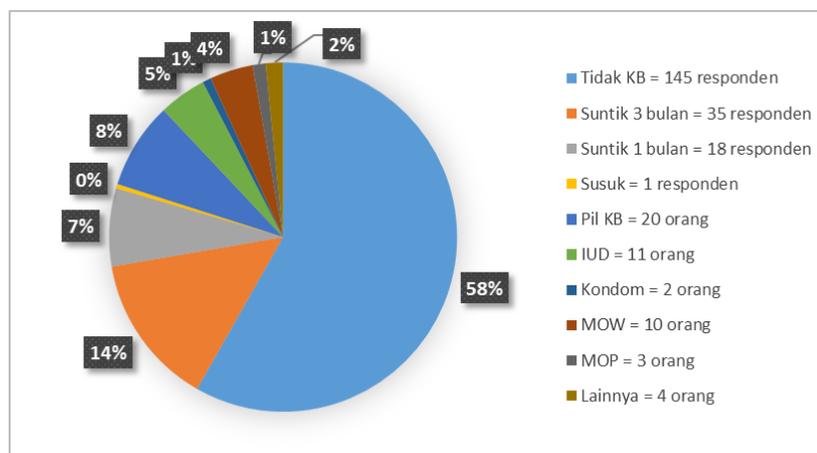
1. Distribusi Jumlah Anggota Keluarga



Gambar 4.8 Persentase jumlah anggota keluarga

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang jumlah keluarga responden yang memiliki jumlah keluarga lebih dari 2 orang sebanyak 192 responden (77%) dan responden yang memiliki jumlah keluarga kurang dari 2 orang sebanyak 57 responden (23%). Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden memiliki jumlah keluarga lebih dari 2 orang. Dengan prosentase jumlah anggota keluarga yang lebih dari 2 maka berdampak pada kepadatan penduduk, sehingga semakin banyak sampah rumah tangga yang dihasilkan.

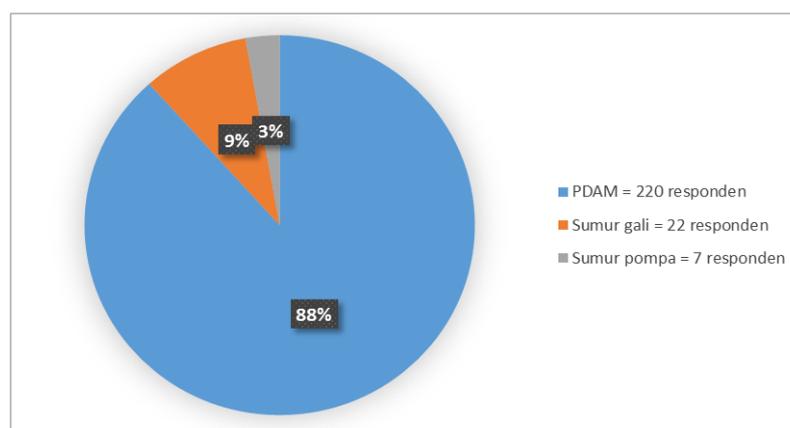
2. Distribusi Program KB yang Diikuti



Gambar 4.9 Persentase jenis KB

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang jenis KB yang digunakan sebagian besar responden tidak KB yakni sebanyak 145 responden (58%) dan tidak ada responden yang menggunakan jenis KB Implan. Dengan banyaknya prosentase responden yang tidak ikut KB maka jumlah anak yang lebih dari 2 menjadi banyak sehingga menyebabkan kepadatan penduduk.

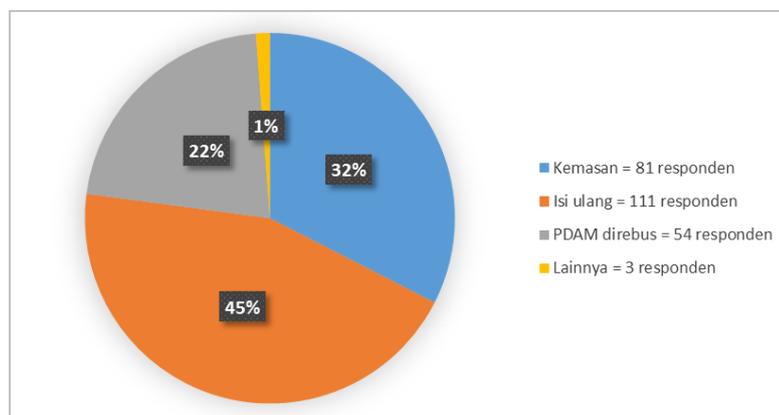
3. Distribusi Sumber Air Bersih



Gambar 4.10 Persentase sumber air yang digunakan

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang sumber air bersih sebanyak 220 responden (88%) mendapat sumber air bersih dari PDAM dan sebagian kecil responden mendapat sumber air bersih dari sumur pompa sebanyak 7 responden (3%).

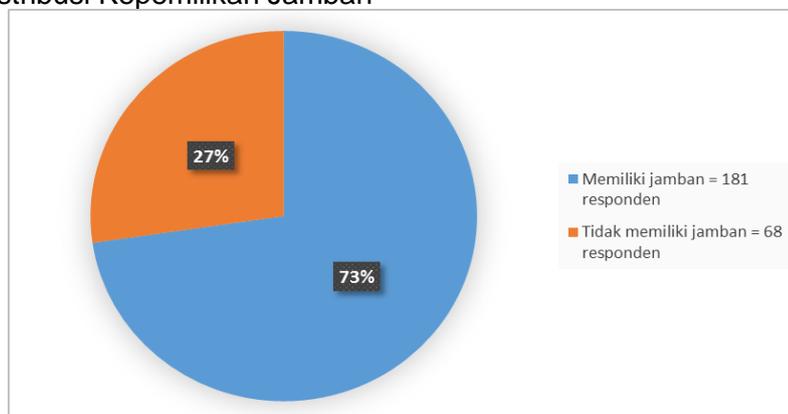
4. Distribusi Sumber Air Minum



Gambar 4.11 Persentase air minum yang digunakan

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang air minum yang digunakan sebanyak 111 responden (45%) menggunakan air isi ulang dan sebagian kecil responden menggunakan sumber air minum lainnya dalam hal ini adalah air minum isi ulang yang direbus sebanyak 3 responden (1%).

5. Distribusi Kepemilikan Jamban

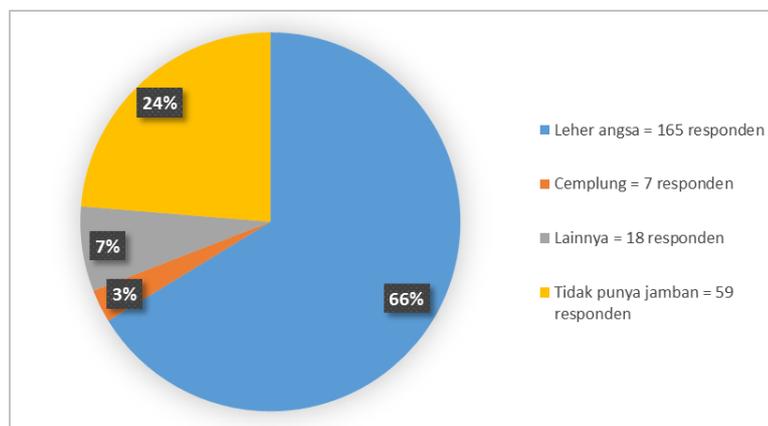


Gambar 4.12 Persentase kepemilikan jamban

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang kepemilikan jamban sebanyak 181 responden (73%) telah memiliki jamban dan responden yang tidak memiliki jamban sebanyak 68 responden (27%). Disimpulkan bahwa sebagian besar responden sudah memiliki jamban. Penduduk di RW 8 Kelurahan Tambaksari

kebanyakan sudah memiliki jamban namun tidak semua jamban dilengkapi dengan *septictank*.

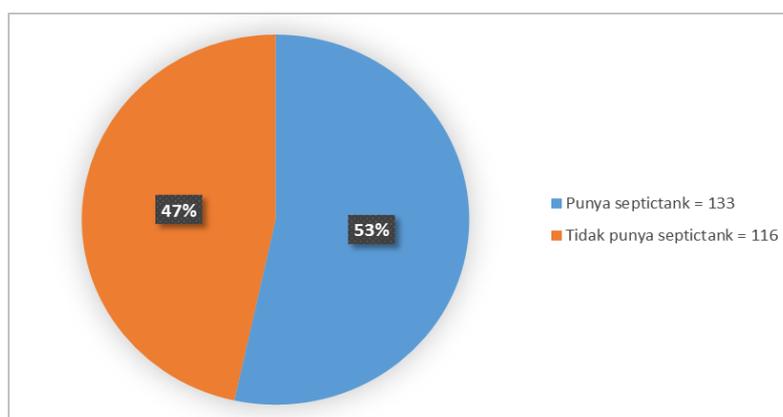
6. Distribusi Jamban yang Digunakan



Gambar 4.13 Persentase jenis jamban

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang jenis jamban yang digunakan oleh responden sebanyak 165 responden (66%) menggunakan jenis jamban leher angsa dan sebagian kecil responden menggunakan jenis jamban cemplung yakni sebesar 7 responden (3%).

7. Distribusi Kepemilikan Septictank

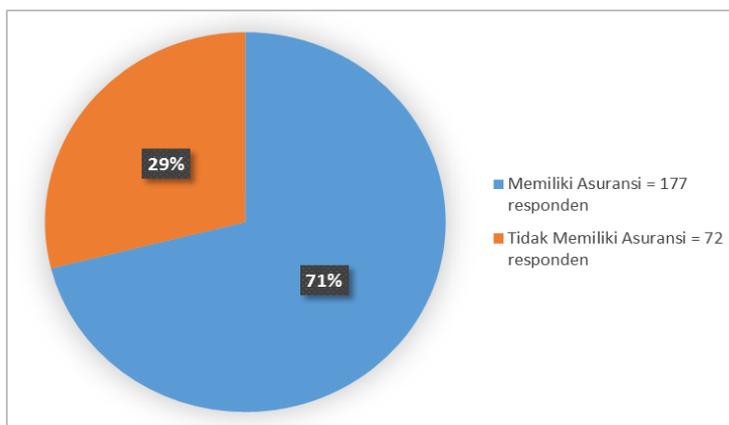


Gambar 4.14 Persentase kepemilikan septictank

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang kepemilikan septictank sebanyak 133 responden (53%) telah memiliki septictank dan responden yang belum memiliki septictank sebanyak 116 responden (47%). Sehingga dapat disimpulkan

sebagian besar responden sudah memiliki septictank. Kebanyakan responden yang belum memiliki *septictank* lokasi rumahnya dekat dengan sungai, hal ini menyebabkan responden lebih memilih mengalirkan tinja ke sungai daripada membuat *septictank*.

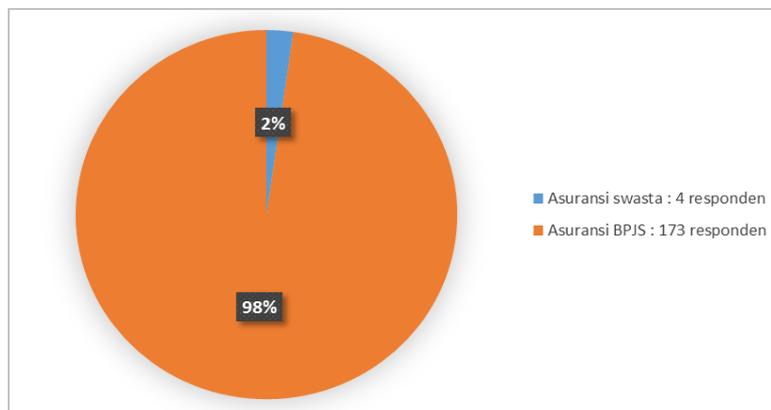
8. Distribusi Keanggotaan Asuransi



Gambar 4.15 Persentase kepemilikan asuransi

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang kepemilikan asuransi sebanyak 177 responden (71%) telah memiliki asuransi dan sebanyak 72 responden (29%) masih belum memiliki asuransi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden telah memiliki asuransi kesehatan. Responden mendapatkan asuransi sebagian besar dari pemerintah, sehingga merasa diberi kemudahan. Sedangkan yang tidak memiliki asuransi, sebagian besar dikarenakan responden tidak mengerti tatacara mengurus asuransi, namun tetap diberikan edukasi untuk mengurus kepemilikan asuransi, sehingga responden yang tidak memiliki asuransi dapat memanfaatkan asuransi tersebut dengan baik.

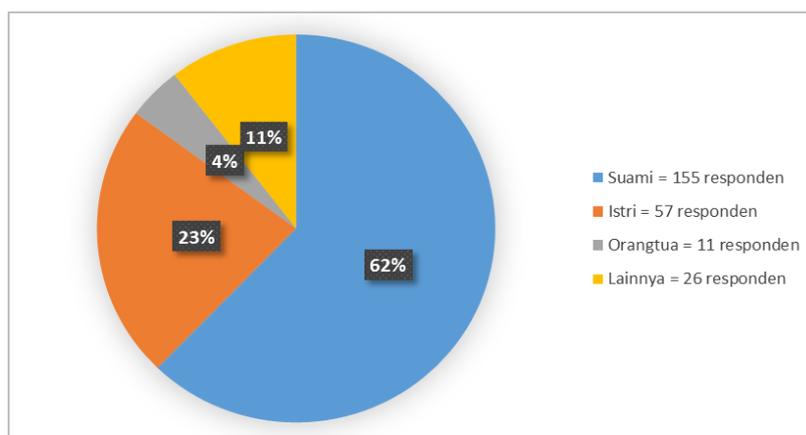
9. Distribusi Kepemilikan Asuransi Kesehatan Lainnya



Gambar 4.16 Persentase jenis asuransi

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang jenis asuransi yang digunakan oleh responden sebanyak 173 responden (98%) telah memiliki asuransi BPJS dan responden yang memiliki asuransi swasta sebanyak 4 responden (2%). Responden sebagian besar mendapatkan BPJS melalui Kartu Indonesia Sehat (KIS), PBI BPJS, dan BPJS Mandiri. Sementara untuk asuransi swasta didapatkan dari perusahaan atau tempat responden bekerja, yaitu Prudential, AXA, dan In Health.

10. Distribusi Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga

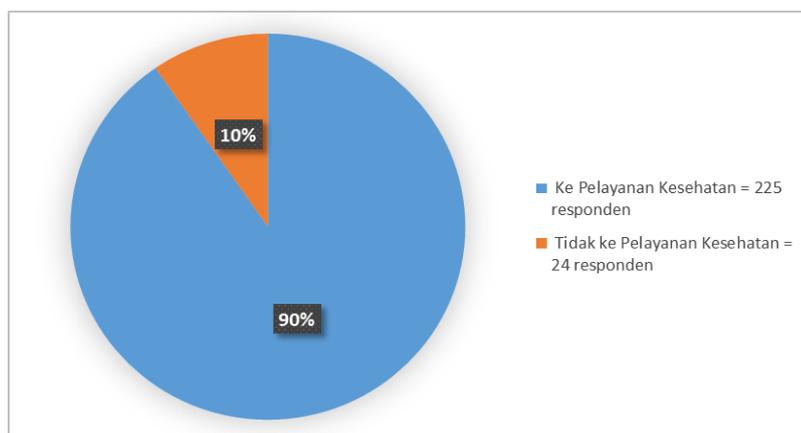


Gambar 4.17 Persentase pengambilan keputusan dalam keluarga

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang pengambil keputusan apabila terjadi masalah kesehatan sebanyak 155

responden (62%) adalah suami dan sebagian kecil pengambil keputusan apabila terjadi masalah kesehatan adalah orangtua sebesar 11 responden (4%).

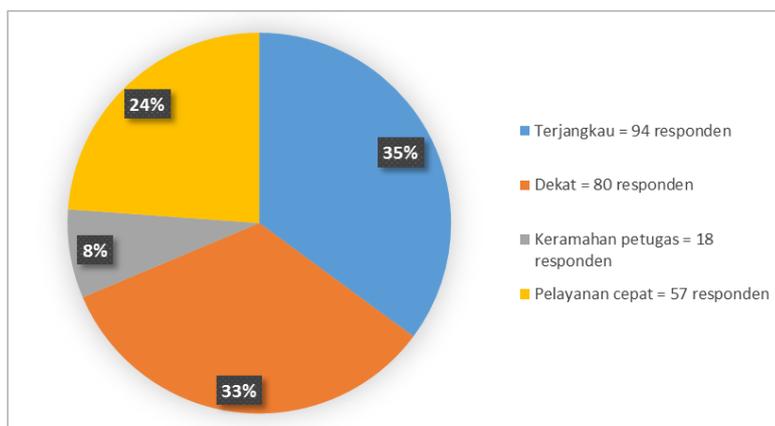
11. Distribusi Keputusan Untuk Berobat Ke Pelayanan Kesehatan



Gambar 4.18 Persentase keputusan untuk berobat

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang tempat pelayanan kesehatan yang dituju sebagian besar responden datang ke tempat pelayanan kesehatan sebanyak 225 responden (90%) dan sebagian kecil responden tidak datang ke tempat pelayanan kesehatan sebanyak 24 responden (10%). Responden memilih pergi ke pelayanan kesehatan sebagian besar dikarenakan lokasi pelayanan kesehatan terjangkau dari rumah responden, namun yang tidak memilih untuk pergi dikarenakan mengobati sendiri dengan membeli obat di warung, dan mengaku jarang sakit, sehingga merasa tidak perlu pergi ke pelayanan kesehatan.

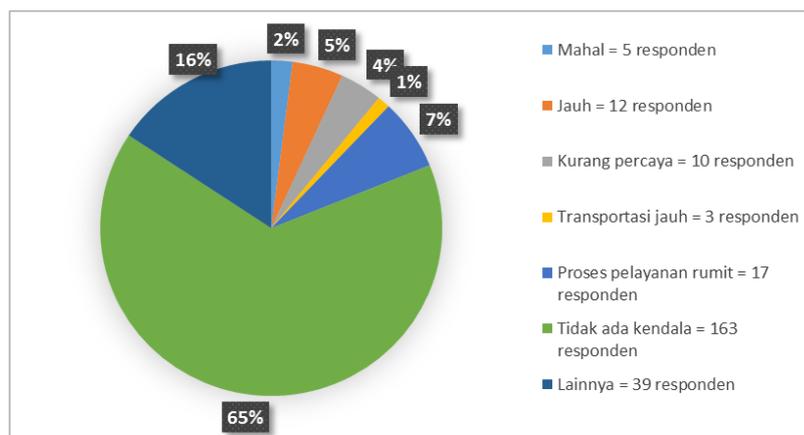
12. Distribusi Alasan Pemilihan Pelayanan Kesehatan



Gambar 4.19 Persentase pemilihan tempat pelayanan kesehatan

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang alasan pemilihan tempat pelayanan kesehatan sebagian besar responden beralasan karena terjangkau yakni sebanyak 94 responden (35%) dan sebagian kecil responden beralasan karena keramahan petugas sebanyak 18 responden (8%). Jarak pelayanan kesehatan dari rumah warga adalah kurang dari 2 km, yang dapat ditempuh dengan kendaraan bermotor bahkan becak, sehingga dapat menghemat biaya. Disamping itu pelayanan cepat dan keramahan petugas membuat warga tertarik untuk pergi ke pelayanan kesehatan.

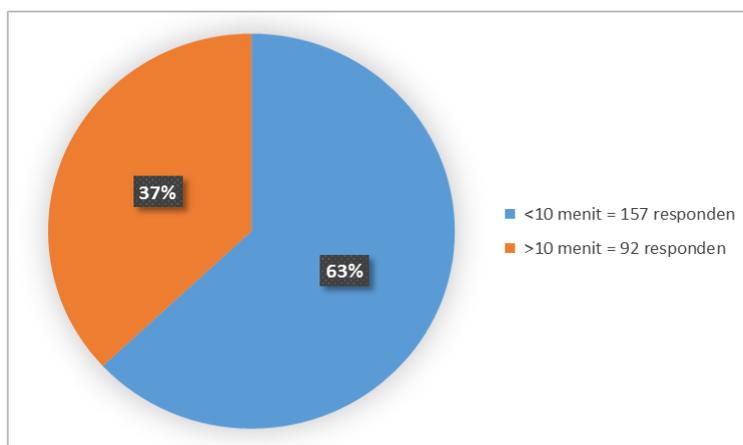
13. Distribusi Kendala Ke Pelayanan Kesehatan



Gambar 4.20 Persentase kendala pelayanan kesehatan

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang kendala yang dihadapi oleh responden untuk menjangkau pelayanan kesehatan yakni sebagian besar responden tidak ada kendala sebanyak 163 responden (65%) dan sebagian kecil responden terkendala dengan transportasi jauh sebesar 3 responden (1%). Responden tidak mengalami kendala untuk mencapai pelayanan kesehatan dikarenakan jarak rumah dengan tempat pelayanan kesehatan dekat, walaupun terkadang responden harus mengantri namun responden tetap memilih datang ke tempat pelayanan kesehatan untuk memeriksakan kesehatannya.

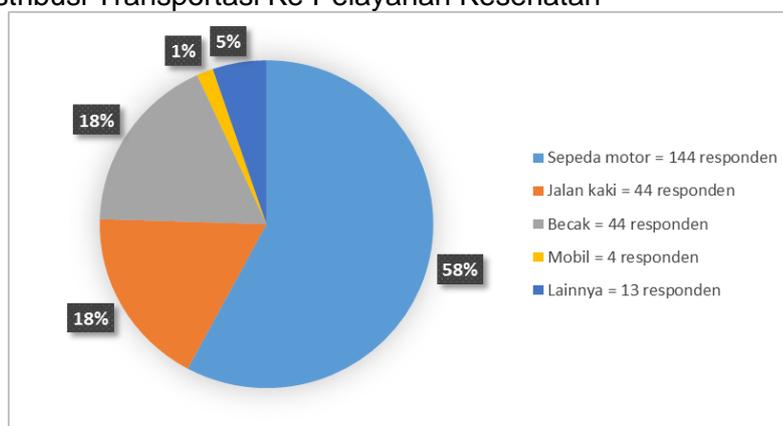
14. Distribusi Waktu Tempuh Ke Pelayanan Kesehatan



Gambar 4.21 Persentase waktu tempuh ke pelayanan kesehatan

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang waktu tempuh yang dibutuhkan untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan sebanyak 157 responden (63%) kurang dari 10 menit dan sebanyak 92 responden (37%) membutuhkan waktu lebih dari 10 menit. Sehingga dapat disimpulkan bahwa sebagian besar responden membutuhkan waktu kurang dari 10 menit untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan. Waktu tempuh untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan hanya berkisar antara 2-30 menit dikarenakan jaraknya hanya kurang dari 2 Km.

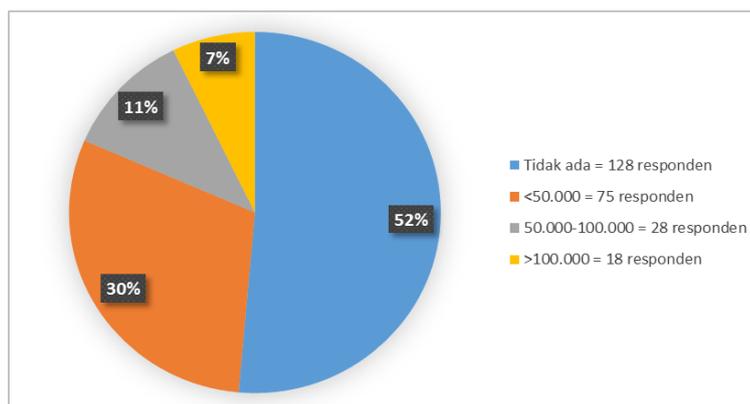
15. Distribusi Transportasi Ke Pelayanan Kesehatan



Gambar 4.22 Persentase jenis transportasi menuju pelayanan kesehatan

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang transportasi yang digunakan untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan sebanyak 144 responden (58%) menggunakan sepeda motor dan sebagian kecil responden menggunakan mobil untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan yaitu sebanyak 4 responden (1%). Responden memilih untuk menggunakan sepeda motor karena sebagian besar responden memiliki kendaraan tersebut.

16. Distribusi Biaya yang Digunakan Untuk Berobat



Gambar 4.23 Persentase biaya kesehatan

Berdasarkan hasil pengambilan data primer dari kuesioner didapatkan hasil bahwa karakteristik responden tentang biaya yang harus dikeluarkan untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan sebesar 128 responden (52%) tidak mengeluarkan

biaya dan sebagian kecil responden harus mengeluarkan biaya diatas Rp. 100.000 untuk mencapai tempat pelayanan kesehatan sebesar 18 responden (7%). Responden tidak mengeluarkan biaya untuk mencapai tempat kesehatan dikarenakan jarak rumah responden dengan tempat pelayanan kesehatan dekat sehingga mereka tidak memerlukan biaya.

7.2.2 Tabulasi silang antara kendala dengan alasan pergi ke tempat pelayanan kesehatan.

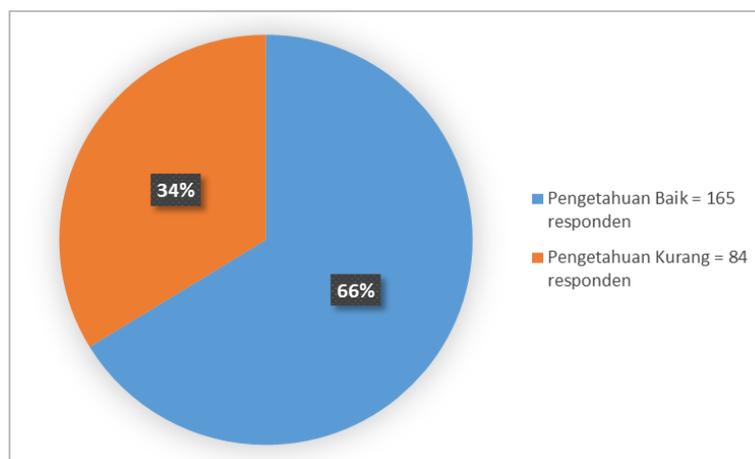
Berdasarkan hasil tabulasi silang antara kendala dengan alasan pergi ke tempat pelayanan kesehatan, didapatkan nilai sig sebesar 0,597 dan nilai *alpha* sebesar 5%, sehingga dapat disimpulkan tidak terdapat hubungan antara kendala dengan alasan pergi ke tempat pelayanan kesehatan.

4.3 Daftar Masalah

Berdasarkan hasil analisis data primer dan *indepth interview* yang dilakukan di wilayah RW 08 Kelurahan Rangkah terdapat beberapa *list* masalah yang perlu diatasi, sebagai berikut:

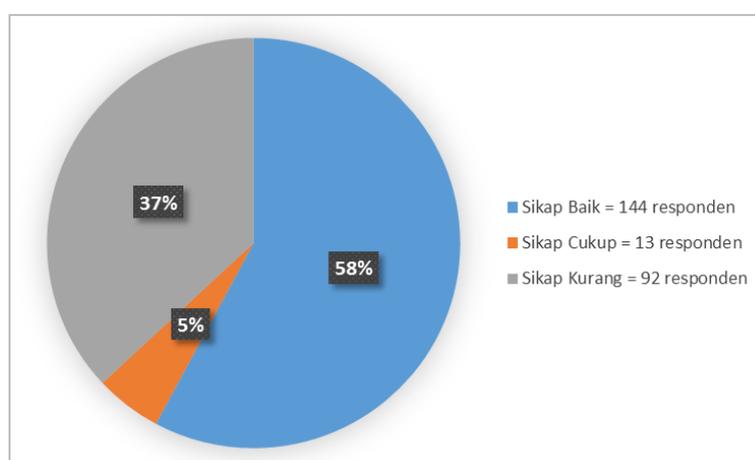
1. Pemberian Makanan Pendamping ASI tidak sesuai dengan Usianya

Berdasarkan hasil kuesioner pada masyarakat, pemberian Makanan Pendamping ASI biasanya berupa pisang yang dihaluskan, bubur, nasi tim, sari buah, dan sari sayur. Hal ini juga diturunkan dari orangtua bahwa anak lebih baik diberikan makanan pendamping ASI lebih awal. Rendahnya pemberian MP-ASI dapat dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat mengenai pemberian Makanan Pendamping ASI. Pengetahuan masyarakat ditampilkan pada diagram berikut:



Gambar 4.24 Diagram Pengetahuan Masyarakat tentang MP-ASI Berdasarkan gambar 4.22, dapat diketahui bahwa pengetahuan responden tentang pemberian MP ASI sebanyak 165 responden memiliki pengetahuan baik (66%) dan 84 responden lainnya (34%) memiliki pengetahuan kurang. Masyarakat yang pengetahuannya baik, rata-rata memberikan anaknya makanan pendamping ASI pada usia 6-7 bulan. Masyarakat yang pengetahuannya kurang, rata-rata memberikan makanan pendamping ASI berupa bubur, nasi tim, pisang yang diserut saat anak berusia 3 bulan. Masyarakat mengaku bahwa anak lebih cepat diam dan tidak rewel apabila disuapi pisang atau bubur pada malam hari. Secara umum, pengetahuan masyarakat sudah baik.

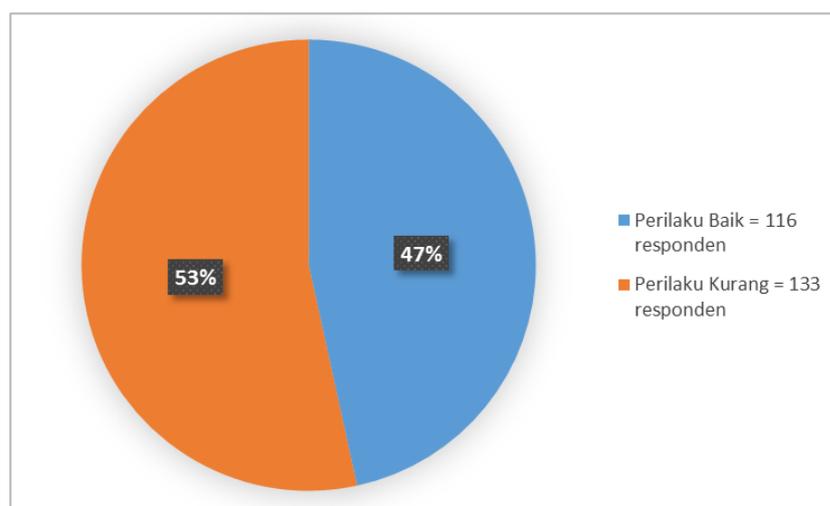
Selain pengetahuan, hal yang dapat mempengaruhi pemberian Makanan Pendamping ASI tidak sesuai dengan usianya adalah sikap. Sikap masyarakat mengenai pemberian MP-ASI disajikan pada gambar berikut:



Gambar 4.25 Diagram Sikap masyarakat mengenai Pemberian MP-ASI

Berdasarkan gambar, dapat diketahui bahwa sikap masyarakat mengenai pemberian MP-ASI sudah baik dalam hal pemberian MP-ASI yakni 144 responden (58%). Untuk yang memiliki sikap kurang, sebanyak 92 responden (37%) dan presentasi terakhir adalah yang memiliki sikap cukup yaitu sebanyak 13 responden (6%). Masyarakat yang sikapnya kurang, rata-rata sangat yakin bahwa anaknya dapat tumbuh lebih cepat apabila diberikan MP-ASI sebelum usia 6 bulan. Masyarakat juga yakin bahwa pemberian MP-ASI dapat menenangkan anak ketika rewel, terutama saat anak terbangun di malam hari.

Selain sikap, hal lain yang berpengaruh pada rendahnya pemberian MP-ASI adalah perilaku Pengetahuan dan sikap seseorang dapat menentukan perilakunya. Perilaku masyarakat RW 8 dalam Pemberian MP-ASI disajikan pada gambar berikut:

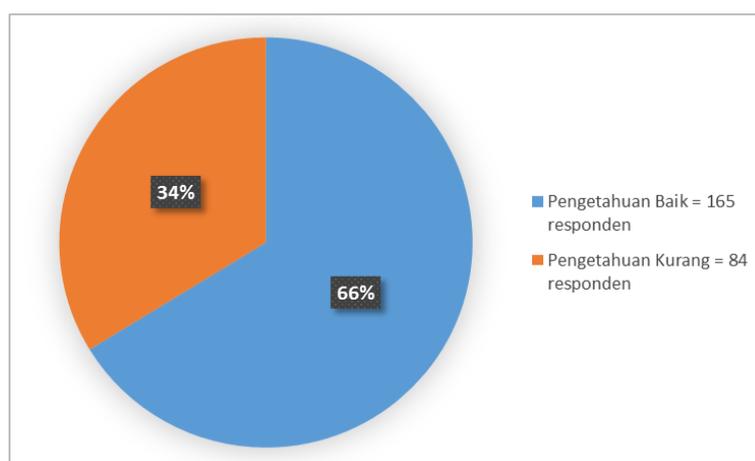


Gambar 4.26 Diagram Perilaku Masyarakat dalam Pemberian MP-ASI

Berdasarkan gambar, dapat diketahui bahwa perilaku responden dalam pemberian MP ASI sebanyak 116 responden (53%) dalam kategori kurang karena responden memberikan MP ASI dibawah 6 bulan, dan 133 responden (47%) dalam kategori baik. Perilaku ini didorong dari sikap masyarakat yang yakin bahwa anak akan tumbuh lebih cepat apabila diberikan Makanan Pendamping ASI sejak kecil. Selain itu, faktor budaya juga berpengaruh terhadap perilaku masyarakat, dimana secara turun temurun telah diajarkan bahwa anak akan lebih cepat diam dan tidak rewel apabila diberikan MP-ASI terutama pada malam hari.

2. Kepemilikan *Septic-tank* Rendah

Berdasarkan hasil kuesioner yang disebarakan pada masyarakat, kepemilikan septic-tank di RW 8 masih tergolong rendah, terutama RT 3, 4, dan RT 8. Masyarakat mayoritas sudah memiliki jamban dengan tipe leher angsa namun belum memiliki septic-tank. Ada juga masyarakat yang tidak memiliki jamban, sehingga hanya memanfaatkan Kamar Mandi Umum yang dibangun oleh pemerintah. Seperti jamban yang dimiliki oleh masyarakat, kamar mandi umum yang dibangun oleh pemerintah juga tidak dilengkapi dengan septictank. Hal ini karena rumah warga berada di sepanjang aliran sungai, dan kurangnya lahan untuk membangun septic-tank, sehingga masyarakat lebih memilih untuk langsung menghubungkan pipa tinja dari jamban ke sungai. Berdasarkan hasil wawancara, Puskesmas juga telah melakukan upaya meningkatkan kesadaran masyarakat untuk membangun jamban, mengajak untuk iuran pembangunan jamban, hingga pemicuan. Namun upaya ini masih belum bisa menyelesaikan masalah rendahnya kepemilikan *septic-tank*, hal ini antara lain disebabkan oleh status tanah yang tidak jelas, status rumah yang hanya mengontrak, pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat tentang pentingnya *septic-tank* dan bahayanya buang air besar sembarangan. Pengetahuan masyarakat mengenai *septic-tank* disajikan pada gambar berikut:

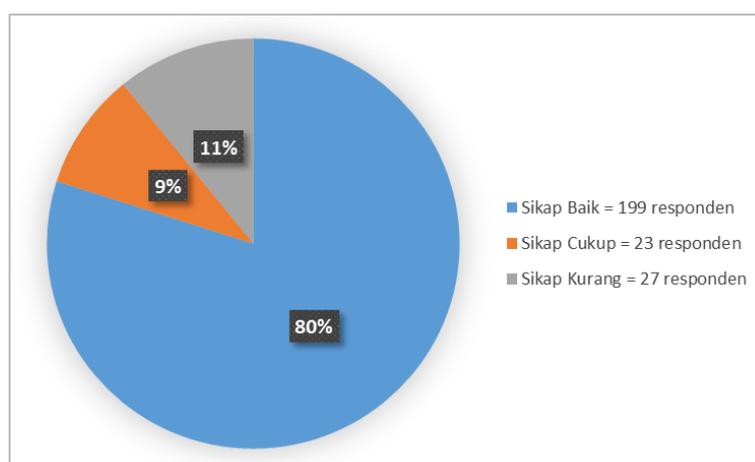


Gambar 4.27 Diagram mengenai Pengetahuan Masyarakat tentang Pentingnya *Septic-tank*

Berdasarkan gambar, dapat diketahui bahwa terdapat 165 responden (66%) memiliki pengetahuan yang baik, dan sebanyak 84

responden (34%) berada pada kategori kurang. Dari data tersebut dapat disimpulkan bahwa pengetahuan responden tentang pembuangan tinja telah baik. Kebanyakan responden telah mengetahui bahwa tinja yang langsung dibuang ke sungai akan menyebabkan pencemaran. Masyarakat juga paham bahwa sungai yang mereka gunakan untuk membuang tinja tersebut nantinya juga akan digunakan kembali sebagai sumber air bersih. Sedangkan 34% responden yang pengetahuannya kurang, tidak mengetahui bagaimana akhir dari tinja yang berada di sungai.

Selain pengetahuan, hal lain yang mempengaruhi adalah sikap. Sikap masyarakat mengenai kepemilikan *septic-tank* disajikan pada gambar berikut:

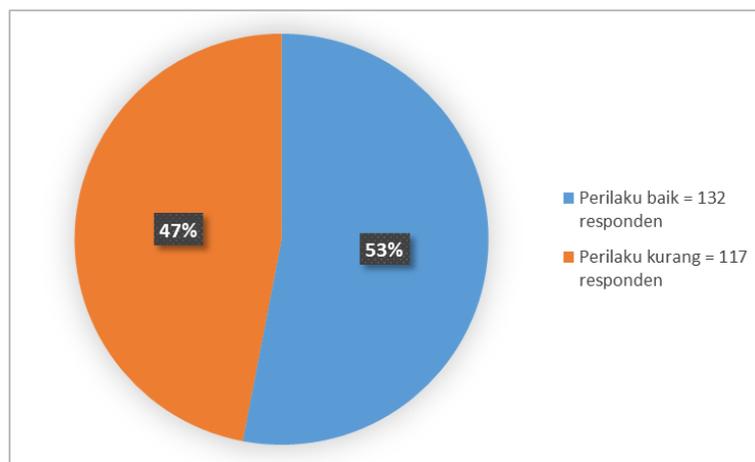


Gambar 4.28 Diagram Sikap Masyarakat tentang Pentingnya Kepemilikan *Septic-tank*

Berdasarkan gambar dapat diketahui bahwa sebagian besar sikap responden dalam hal membuang tinja di sungai sudah cukup baik yang artinya responden telah memiliki sikap untuk tidak membuang tinja disungai. Hal ini dapat diketahui dari diagram diatas sebanyak 199 responden (80%) mempunyai sikap baik, sisanya 27 responden (11%) memiliki sikap kurang dan 23 responden (9%) memiliki sikap cukup. Masyarakat yakin bahwa membuang tinja di sungai adalah hal yang tidak baik dan dapat menimbulkan pencemaran. Sedangkan masyarakat yang sikapnya kurang, memilih untuk menyalurkan pipa tinja langsung ke sungai karena lebih praktis dan langsung hanyut ke sungai. Masyarakat juga merasa bahwa kepemilikan *septic-tank* adalah hal yang

menyusahkan, karena *septic-tank* cepat penuh. Hal ini karena jumlah *septic-tank* tidak sebanding dengan jumlah penduduk. Membuang tinja ke sungai akan lebih praktis karena tidak perlu menguras seperti halnya *septic-tank*.

Hal lain yang mempengaruhi adalah perilaku. Perilaku mengenai pembuangan tinja langsung ke sungai disajikan pada gambar berikut:

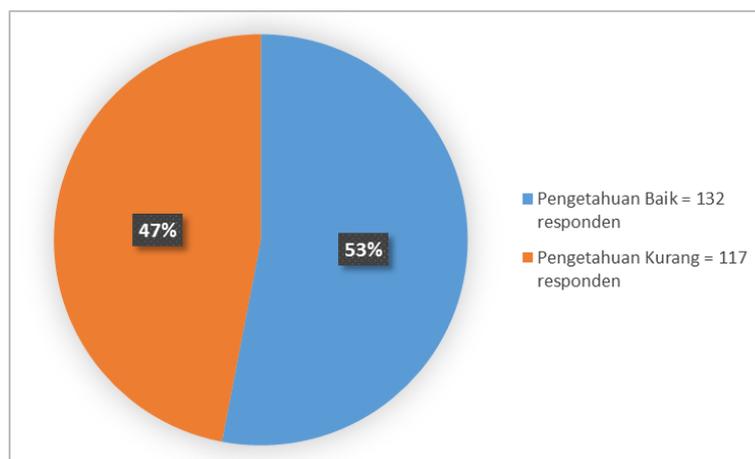


Gambar 4.29 Diagram Perilaku masyarakat dalam kepemilikan *septic-tank*

Berdasarkan gambar, dapat diketahui bahwa sebanyak 132 responden (53%) memiliki perilaku yang baik yakni memiliki *septic-tank* dan mengalirkan pipa tinjanya dari jamban ke *septic-tank*. Sebanyak 117 responden (47%) memiliki perilaku kurang, artinya tidak memiliki *septic-tank* dan mengalirkan pipa tinjanya ke sungai atau menggunakan jamban umum yang pipanya langsung mengalir ke sungai. Perilaku ini karena warga tidak memiliki *septic-tank*. Dimana alasan responden tidak membangun *septic-tank* adalah kurangnya lahan, lebih praktis apabila dibuang ke sungai, dan status tanah yang tidak jelas.

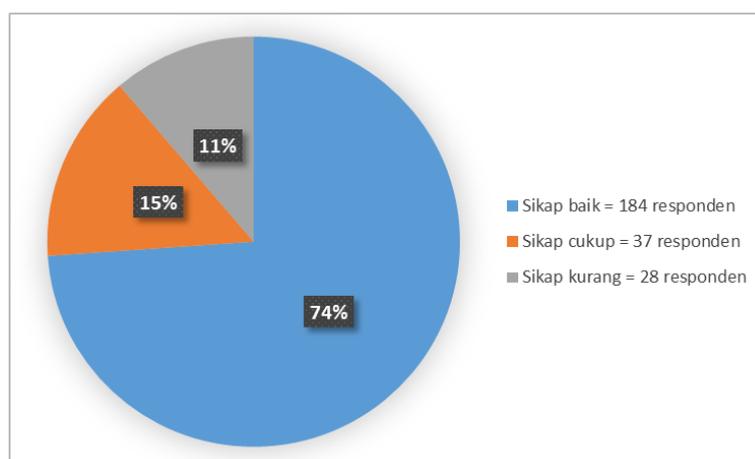
3. Pemberantasan Sarang Nyamuk Mandiri masih Rendah

Berdasarkan hasil penelitian, pemberantasan sarang nyamuk mandiri masih rendah. Responden mengaku masih sering menggantung baju-baju kotor dan tidak mengubur *container* yang dapat menjadi sarang nyamuk. Hal ini dapat dipengaruhi oleh pengetahuan responden. Pengetahuan responden mengenai pemberantasan sarang nyamuk mandiri disajikan pada gambar berikut:



Gambar 4.30 Diagram Pengetahuan Responden mengenai Habitat Nyamuk

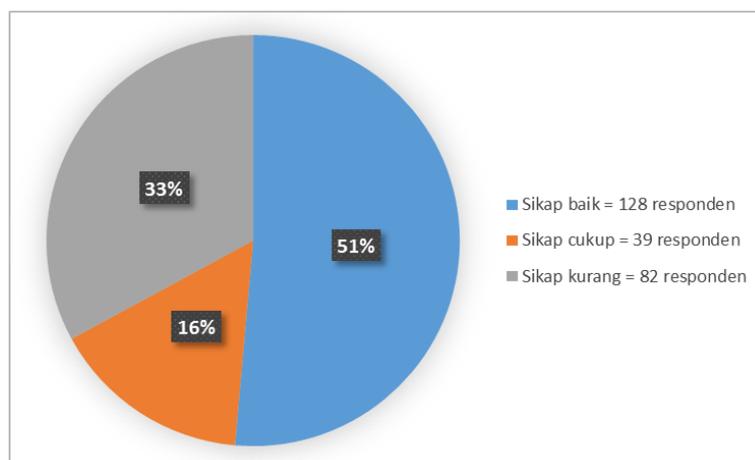
Berdasarkan gambar, dapat diketahui bahwa pengetahuan responden tentang habitat nyamuk dalam kategori kurang sebanyak 132 responden (53%) dan dalam kategori baik sebanyak 117 responden (47%). Responden tidak mengetahui bahwa baju-baju yang digantung, kaleng-kaleng bekas, dan sampah dapat menjadi sarang nyamuk. Responden juga tidak mengetahui bahwa Kamar Mandi harus dikuras 2 kali seminggu. Selain pengetahuan, pemberantasan sarang nyamuk mandiri juga dipengaruhi oleh sikap responden, sebagaimana disajikan pada gambar berikut:



Gambar 4.31 Diagram Sikap Responden mengenai Kebersihan Bak Mandi

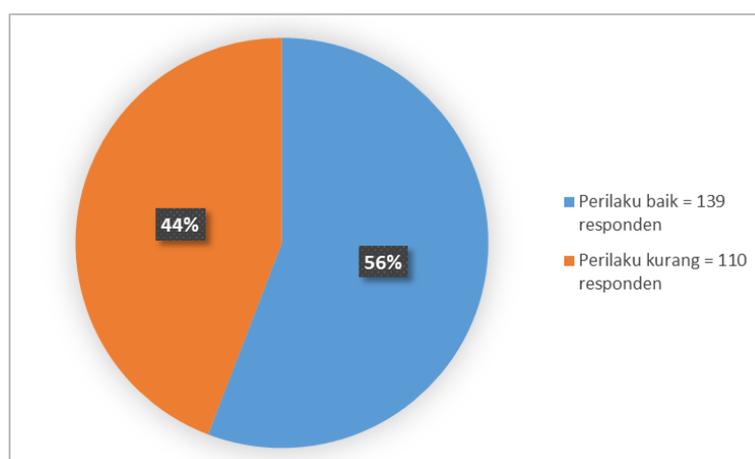
Berdasarkan gambar dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai sikap yang baik dalam hal menjaga kebersihan bak mandi agar tidak terdapat jentik nyamuk yakni sebesar 184 responden (74%). Untuk yang memiliki sikap kurang sebanyak 28

responden (11%) dan presentasi terakhir adalah yang memiliki sikap cukup yaitu sebanyak 37 responden (15%). Responden yakin bahwa apabila bak mandi dikuras secara rutin, jentik-jentik akan dapat dihilangkan.



Gambar 4.32. Diagram Sikap Masyarakat mengenai Habitat Nyamuk

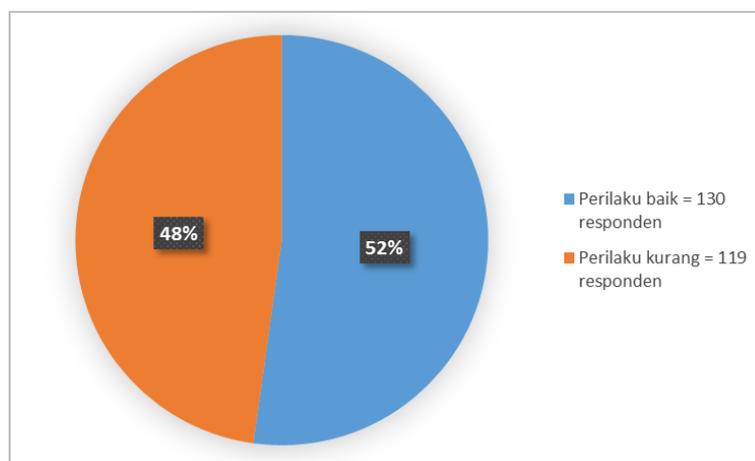
Berdasarkan gambar, dapat diketahui bahwa sebagian besar responden mempunyai sikap yang baik dalam hal pencegahan sarang nyamuk dirumah dengan cara melipat baju dari pada menggantungnya yakni sebanyak 128 responden (51%). Untuk yang memiliki sikap kurang yaitu 82 responden (33%) dan presentase terakhir adalah yang memiliki sikap cukup yaitu sebanyak 39 responden (16%). Masyarakat yakin bahwa nyamuk tidak suka tinggal di baju-baju yang dilipat.



Gambar 4.33. Diagram Perilaku Masyarakat mengenai Pemberian Abate

Berdasarkan gambar, dapat diketahui bahwa perilaku responden tentang penggunaan bubuk abate dalam kategori kurang sebanyak 110

responden (56%) dan dalam kategori baik sebanyak 110 responden (44%). Hal ini dikarenakan responden belum mendapatkan bubuk abate dari Puskesmas, malas membeli bubuk abate, dan responden tidak menggunakan bak mandi. Responden lebih memilih untuk menggunakan *shower* atau ember untuk menampung air, sehingga air cepat habis dan tidak perlu menguras, hal ini dapat mengurangi potensi adanya jentik pada bak mandi. Air yang keruh juga meningkatkan kesadaran masyarakat untuk menguras bak mandi lebih sering. Selain perilaku menguras bak kamar mandi, perilaku yang dapat memunculkan habitat nyamuk adalah kebiasaan menggantung baju.



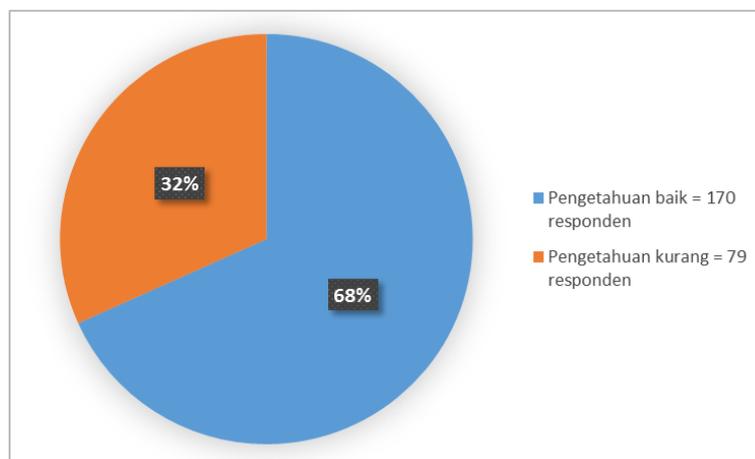
Gambar 4.34. Diagram Perilaku Masyarakat Mengantung Baju Berdasarkan gambar dapat diketahui bahwa kebiasaan responden

yang tidak menggantung baju sebanyak 130 responden (52%) dan yang memilih untuk menggantung baju sebanyak 119 responden (48%). Responden memilih untuk menggantung baju kotor di tempat yang terbuka (tidak di dalam almari) sehingga memungkinkan menjadi habitat nyamuk.

4. Rendahnya pemberian ASI eksklusif

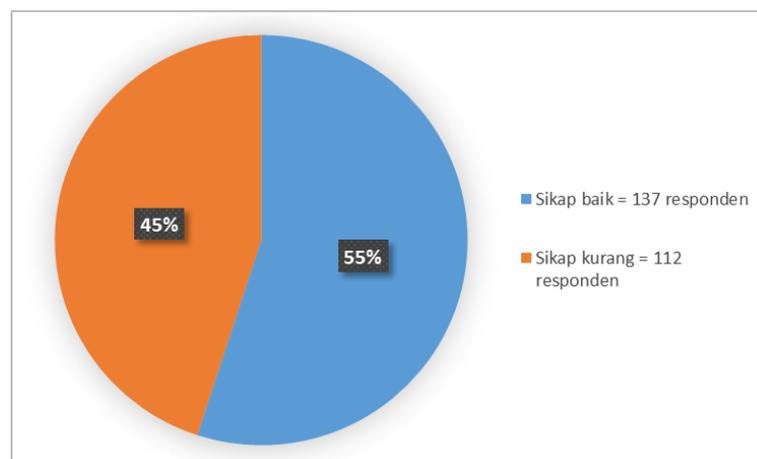
Dari hasil kuesioner yang disebar di RW 8 diperoleh hasil berupa beberapa masalah salah satunya adalah rendahnya pemberian ASI eksklusif. Hal ini disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor yang pertama adalah kesibukan dari si ibu yang bekerja sehingga tidak bisa memberikan ASI secara optimal, yang kedua adalah cara pemberian ASI yang salah yaitu sebagian besar responden di RW 8 memberikan

makanan pendamping ASI pada usia 3 bulan sehingga dapat dikatakan bayi tidak mendapatkan ASI eksklusif. Faktor tersebut dapat dilihat dari beberapa dimensi yaitu dari pengetahuan, perilaku dan sikap.



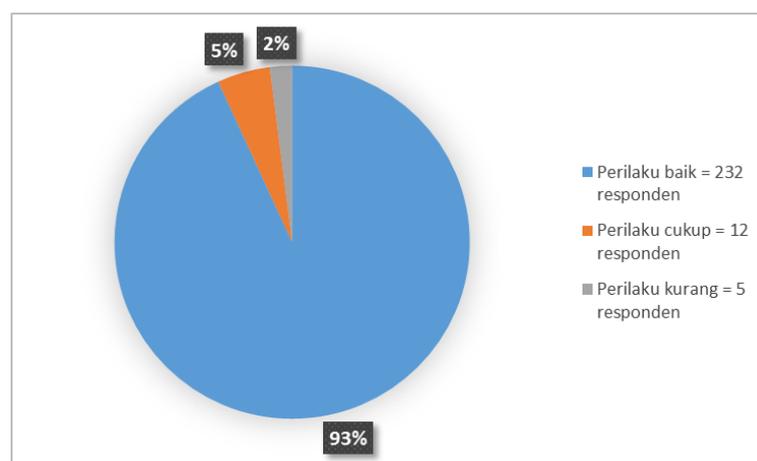
Gambar 4.35 Pengetahuan Pemberian ASI Eksklusif

Dari diagram di atas dapat diketahui bahwa pengetahuan responden tentang pemberian ASI baik yaitu sebanyak sebanyak 170 responden (68%), sisanya memiliki pengetahuan kurang sebanyak 79 responden (32%), responden yang memiliki pengetahuan kurang adalah mereka yang memberikan ASI selama 4 bulan hal ini dikarenakan responden tersebut bekerja sehingga tidak memiliki waktu yang cukup serta responden tersebut memiliki masalah dalam hal produksi ASI sehingga bayi tidak mendapat asupan ASI yang maksimal. Disamping itu sebagian besar dari responden yang memiliki pengetahuan kurang juga tidak aktif mencari informasi mengenai cara agar dapat memproduksi ASI dengan lancar, kebanyakan dari mereka lebih mempercayai mitos yang dianut secara turun-temurun dibandingkan dengan informasi baru.



Gambar 4.36 Sikap Terhadap Pemberian ASI Eksklusif

Sedangkan untuk segi sikap sebanyak 137 responden atau sebanyak 55% responden memiliki sikap baik dalam pemberian ASI eksklusif, sisanya sebanyak 112 responden (43%) memiliki sikap kurang dalam pemberian ASI Eksklusif. Hal ini dikarenakan responden yang memiliki sikap kurang dalam hal pemberian ASI Eksklusif memiliki masalah dalam proses produksi ASI. Produksi ASI juga erat kaitannya dengan gizi dari makanan yang mereka konsumsi sehari-hari. Sehingga akhirnya mereka lebih memilih untuk memberikan susu formula daripada anak mereka tidak memperoleh asupan nutrisi.



Gambar 4.37 Perilaku Terhadap Pemberian ASI Eksklusif

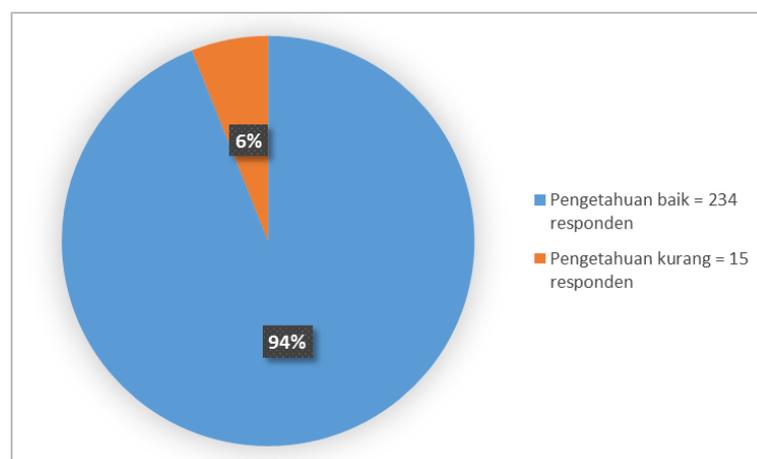
Sementara dari segi perilaku diagram diatas menunjukkan bahwa sebagian besar perilaku responden baik yaitu sebanyak 232 responden (93%), untuk sisanya 5% berperilaku cukup dan 2% kurang. Responden yang berperilaku kurang dalam hal pemberian ASI dikarenakan

beberapa faktor seperti ASI sulit atau tidak keluar, responden dalam hal ini ibu yang sibuk bekerja serta informasi yang salah dari orang tua yang telah dipercaya secara turun temurun. Faktor-faktor tersebut membuat perilaku responden yang kebanyakan adalah ibu, rendah dalam pemberian ASI.

Dari berbagai faktor di setiap dimensi baik pengetahuan, sikap dan perilaku sebenarnya telah dilakukan upaya untuk mengatasi masalah tersebut seperti penyuluhan yang dilakukan pada saat posyandu.

5. Ditemukannya Kasus TBC

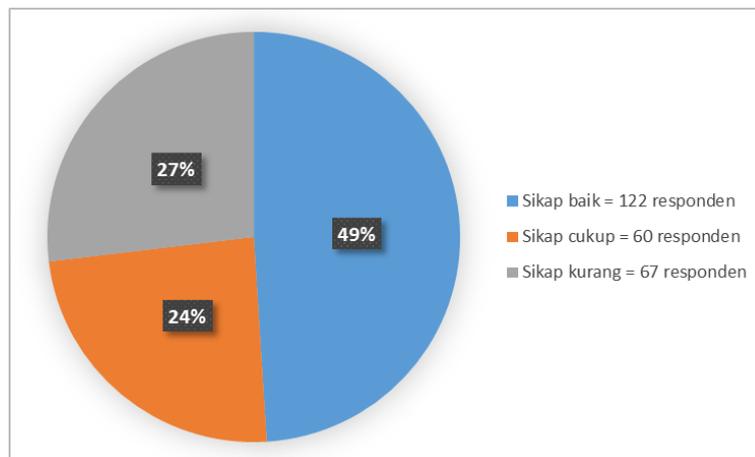
Berdasarkan hasil kuesioner yang telah disebarkan ditemukan beberapa kasus TBC di RW 8 Kecamatan Tambaksari Kelurahan rangkah. Kasus TBC ini banyak ditemukan pada RW yang memiliki tingkat kepadatan penduduk tinggi. Hal ini disebabkan dengan tingkat kepadatan yang tinggi virus TBC akan dapat menyebar dengan mudah, karena kuman TBC ini dapat menyebar lewat udara dan tidak akan mati apabila tidak terkena cahaya. Selain itu lingkungan rumah penderita TBC yang memiliki pencahayaan dan ventilasi yang kurang.



Gambar 4.38 Pengetahuan Tentang Penyakit TBC

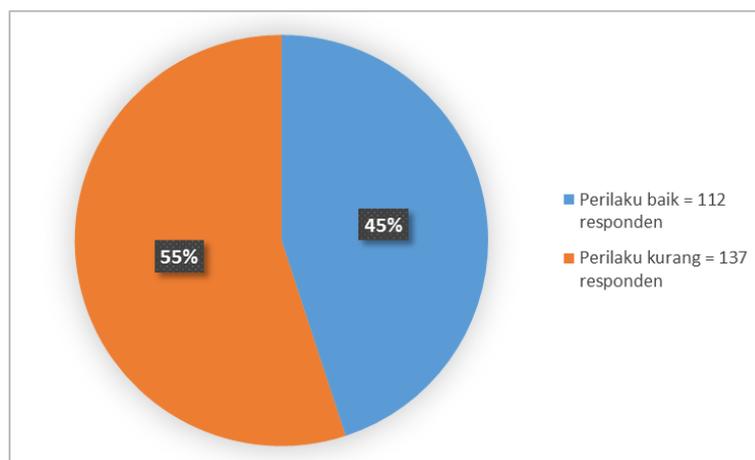
Dari segi pengetahuan diketahui bahwa pengetahuan responden tentang penyakit TBC baik, sedangkan yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 6% . Hal ini dapat terjadi karena responden yang memiliki pengetahuan kurang tidak mendapatkan informasi tentang penyakit TBC ditambah lagi mereka yang memiliki pengetahuan kurang

tidak memiliki akses yang cukup untuk memperoleh informasi dikarenakan belum adanya penyuluhan tentang penyakit TBC serta mereka tidak memiliki handphone yang terdapat akses internet, sehingga mereka kesulitan untuk mendapatkan informasi secara mandiri.



Gambar 4.39 Sikap terhadap Kasus TBC

Untuk sikap dapat dilihat sebanyak 49% responden memiliki sikap yang positif, 27% memiliki sikap yang kurang dan 24% memiliki sikap cukup. Sehingga dapat dilihat secara garis besar sikap masyarakat terhadap kasus TBC kurang baik. Hal ini dapat terjadi karena penderita TBC ini cenderung tertutup dan tidak ingin orang lain mengetahui bahwa mereka menderita TBC. Ditambah lagi lingkungan sekitar yang bersikap acuh dengan penderita TBC, hanya kader dan stakeholder saja yang peduli dengan para penderita TBC.



Gambar 4.40 Perilaku Terhadap Kasus TBC

Untuk perilaku sebesar 55% berperilaku buruk dan sisanya 45% berperilaku baik. Secara garis besar dapat dikatakan bahwa perilaku responden terhadap kasus TBC ini buruk. Hal ini dapat terjadi karena responden baik yang sehat ataupun responden yang terdeteksi memiliki TBC paru tidak memperhatikan kesehatan mereka dengan baik. Untuk penderita TBC mereka tidak menggunakan masker, membuang dahak sembarangan, lingkungan rumah yang lembab serta kurangnya pencahayaan. Dari sisi masyarakat yang sehat mereka lebih memilih tidak menggunakan masker saat berkomunikasi dengan warga yang menderita TBC. Beberapa faktor tersebut yang menyebabkan tingkat perilaku responden buruk terhadap kasus TBC.

4.4 Prioritas Masalah

1. Analisis Masalah

Setelah melakukan pendataan dengan menggunakan kuesioner serta didukung oleh data sekunder yang telah ada di RW 8 Kelurahan Rangkah, ditemukan list masalah di RW 8 adalah :

- a. Rendahnya pemberian ASI Eksklusif
- b. Pemberian MP-ASI tidak sesuai dengan usianya
- c. Kepemilikan septictank rendah
- d. Rendahnya PSN (Pemberantasan Sarang Nyamuk) mandiri
- e. Kasus TBC

2. Prioritas Masalah

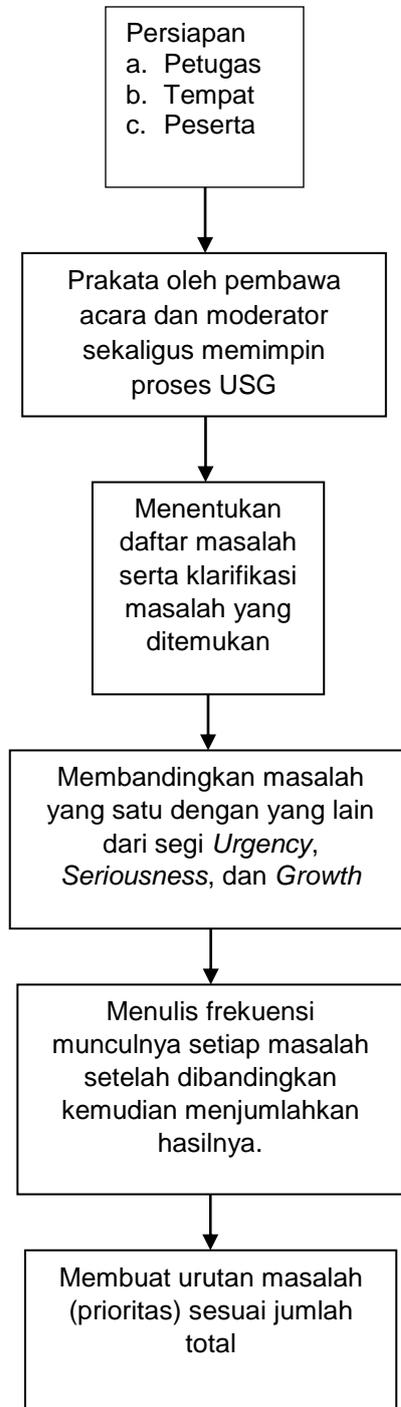
Dalam mengidentifikasi masalah, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan seperti kemampuan sumber daya manusia, biaya, tenaga, teknologi dan lain-lain. Untuk itu, dilakukan penilaian prioritas masalah dari yang paling mendesak hingga tidak terlalu mendesak. Penentuan prioritas masalah menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, Growth*). Metode USG merupakan salah satu cara menetapkan dengan mempertimbangkan tiga komponen dalam metode USG.

- a. *Urgency* (urgensi), yaitu melihat seberapa mendesak masalah tersebut harus diatasi dikaitkan dengan waktu yang tersedia serta seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah.

- b. *Seriousness* (keseriusan), yaitu melihat seberapa serius masalah tersebut perlu dibahas berkaitan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah atau akibat yang akan menimbulkan masalah lain apabila tidak segera diatasi.
- c. *Growth* (berkembangnya masalah), yaitu apakah masalah tersebut akan berpotensi menjadi berkembang sedemikian rupa sehingga sulit untuk dicegah dan diatasi.

Penentuan prioritas masalah dilakukan oleh 17 orang yang terdiri dari : ketua RW 8, Ketua RT 1, Ketua RT 2, Ketua RT 3, Ketua RT 4, Ketua RT 5, Ketua RT 6, Ketua RT 7, Ketua RT 8, kader posyandu dan kader jumatik bertempat di Balai RW 8 Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari, Surabaya. Dimana, setiap peserta yang hadir akan memberikan skornya terhadap tiap masalah yang ada.

Adapun alur pelaksanaan USG dijelaskan pada gambar dibawah ini :



Gambar 4.41 Alur Pelaksanaan USG

HASIL PENGAMBILAN USG

- Masalah A : Rendahnya Pemberian ASI Eksklusif
- Masalah B : Pemberian MP-ASI tidak sesuai dengan usianya
- Masalah C : Kepemilikan septictank rendah
- Masalah D : Rendahnya Pemberantasan Sarang Nyamuk (PSN) mandiri
- Masalah E : Ditemukan kasus TBC

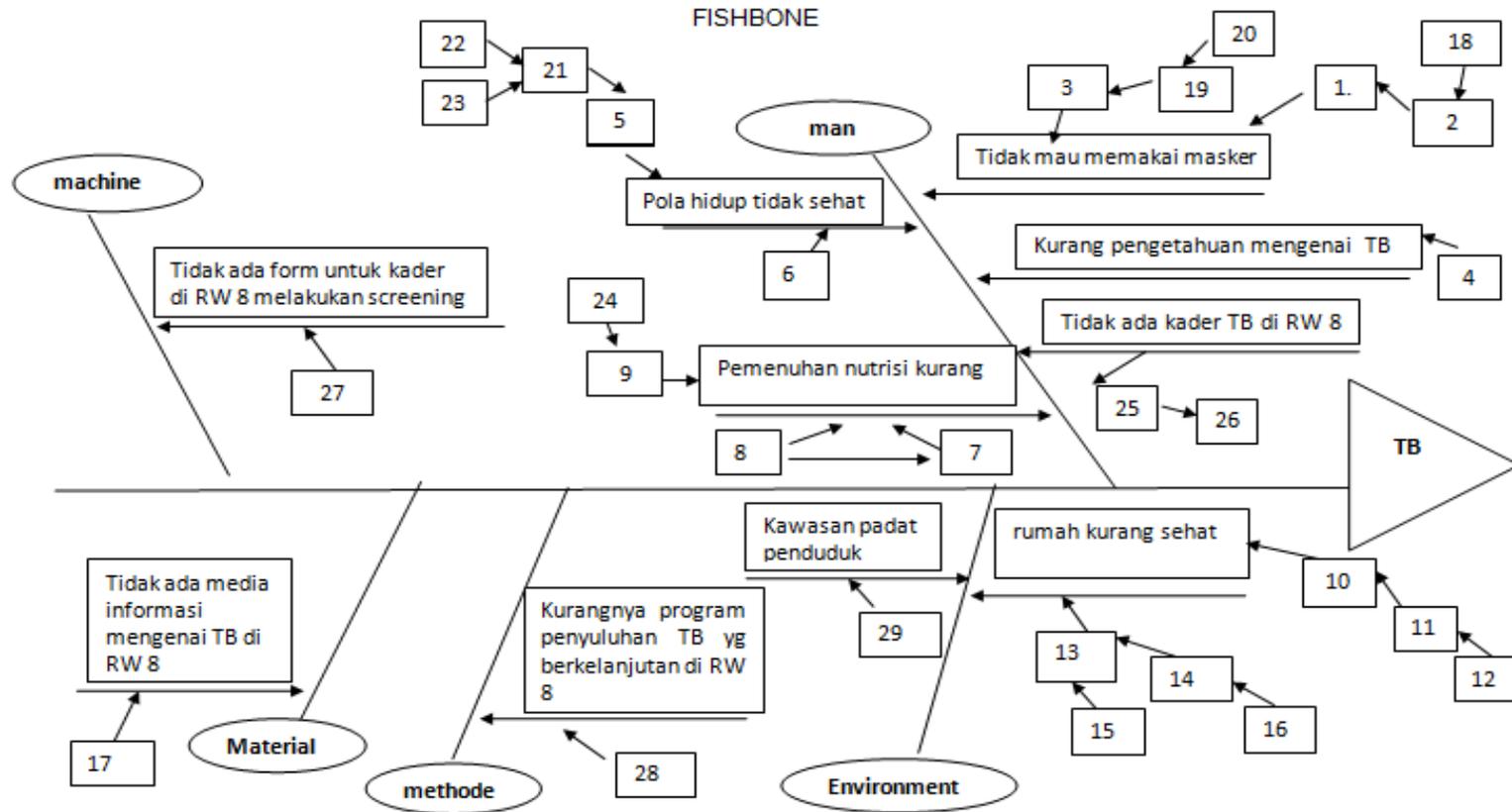
Dari kelima masalah yang telah ditemukan, hanya 1 masalah yang menjadi fokus untuk diselesaikan berdasarkan kesepakatan bersama antara kelompok dengan peserta diskusi yang terdiri dari ketua RW 8, ketua RT 1 sampai dengan 8, kader jumantik dan kader posyandu. Masalah tersebut adalah TB

TB dinilai sebagai masalah yang diprioritaskan karena dari kelima daftar masalah yang memiliki *urgency* paling tinggi adalah TB, hal ini dikarenakan setiap tahunnya satu penderita TB dapat menularkan 10-15 orang, di wilayah RW 8 telah ditemukan 11 warga terduga TB. Untuk *seriousness* dari kelima masalah yang terpilih menjadi prioritas masalah adalah TB dikarenakan dampak kesehatan yang ditimbulkan akibat penyakit TB sangat serius, dimana dampak tersebut harus segera ditangani agar tidak mengganggu kualitas hidup penderita. Dari sisi *growth* TB juga menjadi prioritas masalah yang utama, hal ini dikarenakan kecepatan penularan dari bakteri TB yang tinggi.

4.5 Identifikasi Akar Penyebab Masalah

Metode yang digunakan untuk menggali akar penyebab masalah kesehatan yang ada di RW 08 adalah dengan menggunakan metode FGD yang dilakukan bersama masyarakat dan perangkat RW 08. List akar penyebab masalah yang muncul atau diutarakan oleh peserta FGD pada saat kegiatan FGD berlangsung dianalisis menggunakan diagram *fishbone*. Adapun akar penyebab masalah yang menyebabkan penyakit TBC adalah sebagai berikut :

Gambar 4.43 DIAGRAM FISHBONE PENYEBAB PENYAKIT TB di RW 8



Penjelasan :

1. Malu memakai masker
2. Sering dikucilkan
3. Kurang pengetahuan
4. Kurang sosialisasi
5. Pengaruh teman
6. Malas berolahraga
7. Sibuk bekerja
8. Makan tidak teratur
9. Pengetahuan tentang nutrisi kurang
10. Kurang menjaga kebersihan
11. malas
12. sibuk
13. Ventilasi kurang
14. Membangun rumah asal-asalan
15. Kurang lahan
16. Pengetahuan kurang
17. Kurang sosialisasi
18. pengap
19. tidak pernah datang ke penyuluhan
20. waktu penyuluhan tidak tepat (jam bekerja)
21. salah pergaulan
22. kurang perhatian keluarga
23. pengetahuan teman rendah
24. jarang datang ke penyuluhan
25. tidak ada yang bersedia menjadi kader TB
26. Takut tertular TB
27. Tidak ada form dari puskesmas mengenai screening TB
28. Partisipasi masyarakat untuk datang ke penyuluhan TB kurang
29. Banyak pendatang/ penduduk musiman
30. Sibuk bekerja

Identifikasi akar masalah

Tahapan selanjutnya adalah pencarian akar masalah. Pada tahap ini, digunakan metode fishbone untuk menggambarkan akar masalah paling dasar dari prioritas masalah. Identifikasi akar penyebab masalah ini berdasarkan hasil dari FGD yang telah dilakukan. Gambar diatas merupakan hasil identifikasi akar penyebab masalah dengan metode *Fishbone*.

Penjelasan :

a. Man

Masalah yang berhubungan dengan sumber daya manusia terkait permasalahan ditemukannya 11 warga dengan suspect Tuberkulosis adalah pengetahuan mengenai TB kurang, tidak mau memakai masker, pola hidup tidak sehat dan pemenuhan nutrisi kurang. Pengap, tidak pernah datang ke penyuluhan, waktu penyuluhan tidak tepat (jam bekerja), salah pergaulan, kurang perhatian keluarga, pengetahuan teman rendah, tidak ada yang bersedia menjadi kader TB, Takut tertular TB.

b. methode

Masalah yang berhubungan dengan metode terkait permasalahan TB yaitu kurangnya program penyuluhan mengenai TB yang berkelanjutan dan merata pada semua warga.

c. Machine

Masalah yang berhubungan dengan machine terkait permasalahan TB adalah tidak tersedianya form bagi kader untuk melakukan screening.

d. Material

Masalah yang berhubungan dengan material terkait masalah TB merupakan tidak tersedianya media informasi mengenai TB, media informasi yang dimaksud disini contohnya adalah banner atau poster yang terpampang di wilayah RW 8.

e. Environment

Masalah yang berhubungan dengan environment terkait masalah TB merupakan hal-hal yang berkaitan dengan lingkungan disekitar RW 8. Masalah tersebut meliputi kawasan padat penduduk, dan rumah yang kurang sehat.

No	Akar penyebab masalah	Intervensi yang diberikan
1	Tidak ada kader TB di RW 8	Pembentukan kader TB tingkat kelurahan
2	Kurang pengetahuan tentang TB	Penyuluhan tentang TB
3	Pola hidup tidak sehat	Penyuluhan tentang pola hidup sehat untuk pencegahan TB. Penyuluhan dilakukan bersamaan dengan penyuluhan TB.
4	Pemenuhan nutrisi yang kurang	Tidak dilakukan intervensi
5	Tidak ada form untuk kader di RW 8 melakukan screening	Membuat form skrining awal TB
6	Rumah kurang sehat	Lomba rumah sehat
7	Kawasan penduduk padat	Tidak dilakukan intervensi
8	Kurangnya penyuluhan TB berkelanjutan di RW 8	Pemberdayaan Karang Taruna untuk penyuluh TB secara berkelanjutan.
9	Tidak ada media informasi mengenai TB di RW 8	Pembuatan Posko TB berisi konseling, pemberian pamphlet, dan media informasi lain tentang TB.

4.6 Penentuan Prioritas Solusi

Hasil perumusan alternatif solusi dari kegiatan FGD bersama masyarakat dan perangkat desa diterjemahkan menjadi suatu strategi operasional yang mungkin dan mampu untuk dilakukan oleh pihak pelaksana intervensi, sebagai alternatif solusi penyelesaian masalah TBC. Alternatif solusi yang telah diubah menjadi strategi operasional kemudian dihitung menggunakan metode MEER (Metodologi, Efektifitas, Efisiensi dan Relevansi) dengan tujuan untuk memperoleh prioritas alternatif solusi yang akan diambil sebagai langkah penyelesaian masalah.

Berdasarkan hasil perhitungan menggunakan MEER diperoleh hasil bahwa alternatif solusi yang menjadi prioritas adalah pembentukan kader TB dan sosialisasi kepada masyarakat terkait penyakit TB melalui serangkaian

kegiatan yakni program “KECEBUR RANGKAH” yang berarti Kendalikan Tuberculosis Bersama Sedulur Rangkah.

4.7 Perencanaan Program dengan Model Dignan

1. Diagnosis Sosial

a. Usia

Berdasarkan data primer yang didapatkan melalui kuesioner masyarakat di RW 8 Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari sebagian besar berusia 40 tahun. Usia ini termasuk usia produktif dimana para responden ini menghabiskan waktunya untuk bekerja. Hal ini berdampak pada status kesehatan para responden, mereka menjadi lebih acuh terhadap kesehatan diri sendiri dan lingkungan.

b. Pendidikan

Tingkat pendidikan mayoritas masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah yaitu SLTA dan sederajat sehingga pengetahuan masyarakat dapat dikatakan baik mengenai masalah kesehatan yang ada di wilayah sekitar.

c. Sosial Ekonomi

Pendapatan rata-rata masyarakat yaitu Rp 3.000.000,00 dengan pengeluaran perbulan rata-rata Rp 2.500.000,00. Perkerjaan mayoritas penduduk yaitu pedagang dan karyawan swasta. Sehingga dapat dikatakan bahwa mayoritas masyarakat tergolong dalam tingkat ekonomi yang rendah.

2. Diagnosis Epidemiologi

Masalah kesehatan yang ada pada RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari adalah TBC. TBC merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh *Mycobacterium Tuberculosis* yang dapat ditularkan melalui udara. Penyakit ini ditularkan oleh penderita TB aktif yang batuk dan mengeluarkan titik-titik kecil air liur dan terinhalasi oleh orang sehat yang tidak memiliki kekebalan tubuh terhadap penyakit ini.

3. Diagosis Perilaku dan Lingkungan

a. Diagnosis Perilaku

Masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari kurang peduli terhadap lingkungan, kurang menjaga kebersihan

rumah, tidak menggunakan masker pada penderita TBC, dan kurangnya makan sayur dan buah setiap hari,

b. *Diagnosis Lingkungan*

Pada wilayah RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari, kebanyakan rumah warga berdekatan dikarenakan lahan yang terbatas dan padat penduduk, sehingga pada beberapa rumah memiliki ventilasi yang kurang. Dengan kurangnya ventilasi pada rumah warga mengakibatkan pencahayaan yang kurang dan kurangnya udara didalam rumah.

4. *Diagnosis Pendidikan dan Organisasi*

a. *Predisposing Factor*

Di wilayah RW 8 ditemukan penderita TBC, akan tetapi penderita tidak mengetahui bagaimana upaya yang dilakukan agar tidak menularkan penyakitnya kepada orang lain. Selain itu masyarakat RW 8 belum mengetahui bagaimana upaya agar tidak tertular TBC.

b. *Enabling Factor*

RW 8 merupakan wilayah yang padat penduduk sehingga rumah warga saling berdekatan yang berakibat pada kurangnya sirkulasi udara dan cahaya matahari yang masuk ke dalam rumah. Tidak adanya *screening* awal TB dengan menggunakan *chek list*.

c. *Reinforcing Factor*

- 1) Kurangnya perhatian dari dinas kebersihan setempat mengenai pengambilan sampah di wilayah RW 8.
- 2) Belum adanya sosialisasi mengenai TBC dari pihak puskesmas.

5. *Diagnosis Administrasi Kebijakan*

1. *Diagnosis Administrasi*

a. Sumber daya yang dibutuhkan masyarakat dalam bidang kesehatan, antara lain:

- 1) Kader yang memiliki kemampuan dan keahlian yang baik untuk melakukan perubahan di masyarakat, sehingga mampu meningkatkan kepedulian masyarakat terhadap kesehatan. Selain itu diperlukan juga kader yang supel dalam berkomunikasi sehingga masyarakat mudah dipengaruhi untuk intervensi program kesehatan.

- 2) Tenaga kesehatan yakni pihak puskesmas untuk membantu pelaksanaan program pemberdayaan seperti melakukan penyuluhan dan pelatihan kader.
 - 3) Dukungan dana yang cukup untuk melaksanakan program kesehatan secara maksimal.
 - 4) Waktu pelaksanaan program kesehatan yang tepat waktu dan sasaran.
- b. Sumber daya yang terdapat di lingkungan masyarakat dan organisasi kemasyarakatan, antara lain:
- 1) Kader posyandu dan jumantik yang terdapat di RW 8 yang pro aktif dalam melaksanakan program-programnya.
 - 2) Tenaga kesehatan dari puskesmas dan bidan Kelurahan Rangkah yang dapat membantu pelaksanaan program seperti Posyandu Balita.
 - 3) Ibu-ibu PKK dan perkumpulan pengajian di RW 8 yang dapat mendukung pelaksanaan program.
2. Diagnosis Kebijakan di tingkat Puskesmas Rangkah
- a. Upaya promosi kesehatan di puskesmas Rangkah sebesar 82,68%.
 - b. Upaya kesehatan lingkungan di puskesmas Rangkah sebesar 74,81%.
 - c. Upaya pengobatan dasar di puskesmas Rangkah
Cakupan penemuan dan penanganan penderita penyakit sebesar 100%.

4.8 Rencana Intervensi

Tabel 4.12 Program kegiatan "KECEBUR RANGKAH" dilaksanakan pada hari Minggu, 28 Januari 2018

No.	Kegiatan	Waktu	Penanggung Jawab	Materi	Tujuan	Anggaran Dana	Media	Capaian
1.	Pembentukan dan Pelatihan Kader TB Kelurahan	Sabtu, 27-1-2018 Jam 11.00-12.00	Siti Dewi Ismayatun	a. Pembentukan kader TB tingkat kelurahan b. Sosialisasi form skrining c. Penggalangan komitmen dari RT, RW, kader TB.	Membentuk kader TB tingkat kelurahan, meningkatkan pengetahuan tentang skrining awal pada kader, dan inisiasi skrining awal TB	a. Konsumsi 26.000 x 5 = Rp 130.000 b. Transport 28.200 x 5 = Rp 141.000 c. Cetak form = Rp 36.000 d. Cetak leaflet = Rp 30.000 e. Cetak banner = Rp 30.000 Total anggaran: Rp 337.000	a. Form Skrining 30 buah b. Leaflet 30 buah c. Banner komitmen	a. Terbentuknya minimal 2 kader TB tingkat kelurahan b. kader dapat melakukan skrining awal
2.	Tes Kesehatan dan <i>Screening</i> awal TB	Minggu, 28-1-2018 Jam 08.00	Dewi Nur Pratiwi	Terdapat tes kesehatan berupa tensi gratis dan	Untuk mengetahui status kesehatan	a. <i>Sticker</i> 10 x Rp 4500 = Rp 45.000	a. Tensimeter 3 buah b. <i>Form</i>	Diikuti oleh 90 % dari target.

Sasaran 50 orang	- 09.00		<i>screening</i> awal masyarakat dan TB untuk deteksi dini penyakit TBC		<i>b. Banner</i> Rp 70.000 <i>c. Form skrining</i> 50 x Rp 1000 = Rp 50.000 Total Anggaran = Rp 165.000	<i>screening</i> <i>c. Banner</i> <i>d. Leaflet</i>	
3. <i>Pre-test</i> Sasaran 50 orang	Jam 08.00 – 08.20	Abdurakhman	Terdapat 10 soal mengenai TBC	Untuk menilai tingkat pengetahuan masyarakat tentang TBC	<i>a. Photo Copy</i> 50 x Rp 200 = Rp 10.000 <i>b. Bolpoin</i> Rp 1000 x 50 = Rp 50.000 Total Anggaran = Rp 60.000	<i>a. Sound system</i> <i>b. Bolpoin</i> <i>c. Kertas HVS</i>	Dikerjakan oleh 90% target
4. Penyuluhan Sasaran 50 orang	Jam 08.20 – 09.20	Rizky Dwi R.	a. Penyuluhan tentang TBC b. Penyuluhan rumah sehat c. Penjelasan <i>form</i>	a. Untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang TBC b. Untuk	a. Air mineral Rp 20.000 x 2 dus = Rp 40.000 b. Konsumsi snack Rp 100.000	a. Sound system b. Laptop c. LCD d. Layar Proyektor	- Dihadiri oleh 90 % target.

				<i>screening</i> awal	meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang pentingnya rumah sehat	Total Anggaran Rp 140.000		e. Video iklan layanan masyarakat at	
					c. Untuk memberikan pengetahuan tentang <i>screening</i> awal kepada masyarakat				
5.	<i>Post-test</i> yang dikemas dalam Lomba "Rangking 1" Sasaran 50 orang	Jam 09.20 – 10.00	Ike Puspitasari Singgih	a. Babak penyisihan dengan jumlah 10 soal b. Babak semi final dengan jumlah 5 soal c. Babak final	Untuk mengetahui adanya peningkatan pengetahuan warga mengenai TBC	a. Kertas HVS 40 x Rp 100 = Rp 4.000 b. Hadiah pemenang "Lomba Rangking 1" Rp 130.000		a. Sound system b. Bolpoin c. Kertas HVS	a. Dihadiri 100% peserta <i>pre- test</i> b. 50% peserta mengalami peningkatan pengetahuan sebesar 30%

dengan jumlah	Total Anggaran
3 soal	Rp 134.000

4.9 Rencana Evaluasi Dampak

Program “KECEBUR RANGKAH” apabila tidak dilakukan maka tidak terdapat peningkatan tentang pengertian TBC, penularan TBC, tanda dan gejala TBC, dan cara pencegahan TBC pada warga yang mengakibatkan penyebaran TBC semakin cepat dan prevalensi penyakit TBC semakin meningkat pula.

4.10 Hambatan

Kemungkinan hambatan yang dihadapi adalah jumlah kehadiran peserta tidak mencapai target yang ditetapkan dikarenakan banyaknya warga yang bekerja dimana pekerjaan tersebut dilakukan setiap hari.

4.11 Intervensi

1. Pembentukan Kader TB Kelurahan Rangkah

A	Pelaksana	:	Anggota PKL Kelompok 8 FKM Unair 2018 Dan Petugas PKM Rangkah.
B	Tujuan Program	:	Untuk membentuk kader TB tingkat Kelurahan Rangkah
C	Tempat	:	Balai RW 3
D	Waktu	:	10.00 – 11.00 WIB
E	Hari dan Tanggal	:	Sabtu, 27 Januari 2018
F	Sasaran	:	Calon Kader setiap RW
G	Jumlah Peserta	:	18
H	Deskripsi Kegiatan	:	Setiap RW diminta untuk mengirimkan calon kader TB untuk menjadi kader TB dikelurahan Rangkah. Kader ini bertugas untuk melaporkan temuan <i>suspect</i> kasus TB dengan cara melakukan <i>screening</i> awal, melaporkan ke Puskesmas dan mengantarnya periksa, serta memantau PMO (Pengawasan Minum Obat). Setelah itu para kader TB dan perangkat kelurahan

diharapkan untuk menandatangani petisi yang berisi penggalangan komitmen untuk penanggulangan penyakit TB.

- I Evaluasi : 1. *Output* :
 Terbentuknya kader TB tingkat Kelurahan Rangkah
2. Hambatan :
 Banyak para undangan yang datang terlambat
3. Saran :
 Apabila peserta undangan datang terlambat maka dikenai sanksi harus menyebutkan sila-sila dalam Pancasila
-

2. Pelatihan Pengisian Form *Screening* Awal TB

- A Pelaksana : Anggota PKL Kelompok 8 FKM Unair 2018
- B Tujuan Program : Kader dapat memahami cara pengisian form *screening* awal TB
- C Tempat : Balai RW 3
- D Waktu : 11.00 – 12.30 WIB
- E Hari dan Tanggal : Sabtu, 27 Januari 2018
- F Sasaran : Calon Kader setiap RW
- G Jumlah Peserta : 18 orang
- H Deskripsi Kegiatan : Mahasiswa PKL membagikan form *screening* yang telah dibuat dan menjelaskan cara pengisiannya kepada Kader TB agar dapat digunakan untuk program berkelanjutan yaitu *screening* awal TB di kelurahan Rangkah.
- I Evaluasi : 1. *Ouput* :
 Kader memahami cara pengisian form *screning* awal TB
2. Hambatan :
-

Ada beberapa peserta pelatihan yang kurang fokus dikarenakan membawa anak di bawah umur.

3. Saran :

Memberi himbauan di lembar surat undangan untuk tidak membawa anak

3. Melakukan sosialisasi tentang penyakit TB dan Rumah Sehat

A	Pelaksana	:	Anggota PKL Kelompok 8 FKM Unair 2018
B	Tujuan Program	:	Untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang penyakit TB dan Rumah Sehat
C	Tempat	:	Balai RW 8
D	Waktu	:	08.00 – 12.00 WIB
E	Hari dan Tanggal	:	Minggu, 28 Januari 2018
F	Sasaran	:	Warga RW 8
G	Jumlah Peserta	:	51 orang
H	Deskripsi Kegiatan	:	Mahasiswa PKL melakukan pendataan peserta yang hadir, dilanjutkan dengan pemeriksaan tes kesehatan yaitu pemeriksaan tekanan darah dan <i>screening</i> awal TB sebaga inisiasi program <i>screening</i> awal yang berkelanjutan oleh Kader TB Kelurahan. Peserta diarahkan masuk ke dalam aula untuk melakukan pre test, yang kemudian hasil pretest dikumpulkan kembali ke mahasiswa. Lalu dilanjutkan dengan sosialisasi penyakit TB yang disampaikan oleh kader RW terpilih dan kader tingkat kecamatan, dan penyampaian Rumah Sehat oleh mahasiswa. Lalu peserta diberikan post test yang dikemas dalam dua kegiatan

yaitu post test tertulis dan dilanjutkan melalui lomba Ranking 1, untuk menilai peningkatan pengetahuan tentang TB dan memeriahkan acara serta memberikan penghargaan kepada peserta.

I Evaluasi

- : 1. Ouput :
- a. Pretest diikuti oleh 51 orang (prosentase keberhasilan 102%)
 - b. Postest diikuti oleh 51 orang (prosentasi keberhasilan 102%)
 - c. 57% peserta (29 orang) mengalami peningkatan pengetahuan sebesar 30%
 - d. 29% peserta (15 orang) tidak mengalami peningkatan pengetahuan.
 - e. 14% peserta (7 orang) mengalami penurunan pengetahuan, hal ini dikarenakan beberapa warga pulang ketika penyuluhan belum selesai.
 - f. Warga yang hadir mencapai 102% dari target. Target adalah 50 orang, kehadiran mencapai 51 orang.
2. Hambatan :
- Warga tidak datang dengan tepat waktu dikarenakan warga masih banyak yang melakukan kegiatan pribadi seperti berdagang, memasak, dan mengasuh anak.
3. Saran :
- Waktu pelaksanaan kegiatan dimulai lebih siang
-

4.12 Rencana Keberlanjutan Program

Rencana keberlanjutan ini merupakan tindak lanjut dari evaluasi yang telah

dilakukan pada program KECEBUR RANGKAH. Tahapan yang dilakukan berawal dari analisis hasil evaluasi program KECEBUR RANGKAH. Selanjutnya menentukan alternatif solusi untuk menyempurnakan program. Kegiatan program KECEBUR RANGKAH meliputi Pembentukan kader TB dan sosialisasi atau penyuluhan TB. Masing-masing kegiatan memiliki hambatan dan kekurangan yang berbeda. Secara umum kegiatan Pembentukan sudah berlangsung lancar dengan *output* yang sudah tercapai. Namun, diperlukan tindakan lebih lanjut terhadap *output* yang sudah dicapai untuk menyempurnakan program KECEBUR RANGKAH melalui kegiatan pembinaankader yang mengoptimalkan peran kader TB di Kelurahan Rangkah. Sosialisasi dilakukan disatu tempat yaitu di balai RW yang mana sosialisasi tersebut dihadiri oleh seluruh warga RW 8. Berdasarkan evaluasi dalam kegiatan ini diperlukan untuk mengoptimalkan peran dari kader TB sebagai fasilitator sosialisasi TB dan juga pelaksanaan skrining awal penyakit TB.

Oleh karena itu, dirancang rincian kegiatan lanjutan di dalam program KECEBUR RANGKAH sebagai berikut, sebagai upaya keberlanjutan program.

1. Keberlanjutan Pembentukan Kader TB

a. Nama Kegiatan

Pembinaan kader TB (Pertemuan Kader TB)

b. Deskripsi Kegiatan

Pembentukan kader TB sudah dilakukan saat intervensi kemudian dilanjutkan kegiatan pembinaan kader TB. Pembinaan kader TB merupakan suatu fasilitas untuk para kader dalam melakukan koordinasi merancang strategi intervensi yang akan diberikan kepada masyarakat. Kader yang dimaksud adalah kader TB yang terpilih sebelumnya. Tujuan dari program ini adalah untuk melakukan pembinaan kepada kader TB mengenai penyakit TB sekaligus menyamakan

presepsi yang akan diberikan kepada masyarakat saat sosialisasi TB di setiap RW.

c. Tujuan

Mengkoordinir sumber daya manusia (SDM) yang memiliki potensi dalam mendukung pelaksanaan penanggulangan penyakit TB kepada masyarakat sasaran. Yang dimaksudkan adalah kader TB.

d. Waktu / Tempat Pelaksanaan

Kondisional sebelum kader turun lapangan sesuai kebutuhan dan kesepakatan kader.

e. Pihak yang terlibat dalam keberlanjutan program

- 1) Koordinator kader TB Kecamatan
- 2) Bidan Kelurahan
- 3) Petugas Promkes Puskesmas

f. Media

Seluruh media yang sudah dirancang sebelumnya dapat digunakan sebagai pendukung pelaksanaan program Bina Suasana bersama Kader

g. Indikator keberhasilan

- 1) Tingkat keaktifan peserta selama kegiatan sebesar 60% dari peserta yang hadir.
- 2) Tingkat kehadiran peserta sebanyak 90% dari total undangan
- 3) Kader dapat menyampaikan informasi TB kepada masyarakat minimal setiap bulan sekali.

2. Keberlanjutan Kegiatan Sosialisasi Tentang TB

a. Nama Kegiatan

Sosialisasi tentang penyakit TB dan Rumah Sehat (lanjutan)

b. Deskripsi Kegiatan

Kegiatan yang dilakukan antara lain adalah sebagai berikut.

- 1) Penyampaian informasi terkait penyakit TB dan rumah sehat kepada masyarakat oleh kader.

- 2) Kader mengingatkan masyarakat untuk melakukan pencegahan agar tidak terkena penyakit TB agar menjadi perilaku kebiasaan sejak dini sebagai upaya pencegahan diri sendiri
 - 3) Kader melakukan skrining awal penyakit TB kepada masyarakat.
 - 4) Kader melakukan penjangkauan komitmen masyarakat untuk bersedia pencegahan dan penanggulangan penyakit TB.
- c. Tujuan
- Membentuk perilaku masyarakat sehat dan mampu melakukan pencegahan dan deteksi dini sejak dini.
- d. Sasaran
- Seluruh masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari
- e. Waktu / Tempat Pelaksanaan
- Menyesuaikan dengan kegiatan rutin yang diadakan di setiap RT.
- f. Pihak yang terlibat dalam keberlanjutan program
- 1) Kader TB Kecamatan
 - 2) Kepala RW 8 Kelurahan Rangkah
 - 3) Bidan Kelurahan
 - 4) Petugas Promkes Puskesmas
- g. Media
- Seluruh media yang sudah dirancang sebelumnya dapat digunakan sebagai pendukung pelaksanaan program Bina Suasana bersama Kader.
- h. Indikator keberhasilan
- Kegiatan minimal diselenggarakan dua kali setiap bulan setelah dilaksanakannya kegiatan Bina Suasana bersama Kader

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Dari hasil pengambilan data yang dilakukan di RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari Surabaya terdapat 5 masalah utama, yaitu :
 - a. Pemberian ASI Eksklusif rendah
 - b. Pemberian MP-ASI kurang dari 6 bulan
 - c. Kasus Tuberculosis
 - d. Kepemilikan septictank rendah
 - e. Pemberantasan sarang nyamuk yang dilakukan mandiri (oleh diri sendiri) rendah
2. Dalam Menentukan prioritas masalah kelompok kami menggunakan Metode USG Hasil Prioritas masalah yang didapatkan dari perhitungan metode USG adalah masalah kasus Tuberculosis. Selanjutnya dalam pencairan akar penyebab masalah kami menggunakan metode Fishbone, dan penentuan alternative solusi menggunakan metode MERR. Setelah itu didapatkan hasil berupa pembentukan kader TB dan sosialisasi tentang TB dan Rumah Sehat
3. Intervensi yang diberikan dalam masalah ini adalah
 - a. pembentukan kader TB (tuberculosis) tingkat kelurahan tanggal 27 januari 2018, dimana setiap RW di kelurahan rangkah diharapkan terdapat seorang kader TB minimal 2 orang. Kader dari setiap RW diberikan penyuluhan mengenai cara skrining awal TB (Tuberculosis) menggunakan form skrining yang telah dibuat oleh mahasiswa PKL. Diharapkan nantinya kader dapat menjadi media untuk menjembatani warga dengan puskesmas apabila terdapat warga yang suspect TB, sehingga warga dengan suspect TB dapat segera melakukan pemeriksaan ke puskesmas. Dengan dibentuknya kader TB, diharapkan

angka Tuberculosis di kelurahan Rangkah khususnya RW 8 dapat menurun.

- b. Intervensi selanjutnya adalah dengan mengedukasi masyarakat RW 8 tentang tuberculosis dan rumah sehat melalui acara penyuluhan tanggal 28 januari 2018 yang dikemas semenarik mungkin. Warga diberikan pengetahuan seputar pentakit tuberculosis dan hubungannya dengan rumah sehat. Setelah dilakukan penyuluhan, dilakukan post test yang dikemas dengan model rangking 1. Rangkaian intervensi yang diberikan merupakan program yang bertujuan agar mampu mencegah penyebaran penyakit Tuberculosis di masyarakat sehingga angka kasus tuberculosis dapat menurun. Program tersebut diberi nama "KECEBUR RANGKAH" (Kita Cegah tuBerculosis bareng sedulUR Rangkah).
- c. Keberlanjutan Program
 1. Pembentukan kader TB
 2. Sosialisasi TB dan Rumah Sehat

5.2 Saran

- 5.2.1 Bagi Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari Surabaya
 - a. Kelurahan diharapkan terus mendukung kegiatan "KECEBUR RANGKAH" agar angka kejadian Tuberculosis dapat menurun.
 - b. Kelurahan harus tanggap terhadap kebutuhan masyarakat terutama di bidang lingkungan dan kesehatan yaitu pencegahan penularan tuberculosis.
- 5.2.2 Bagi Puskesmas Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari Surabaya.
 - a. Puskesmas Rangkah diharapkan untuk meningkatkan frekuensi penyuluhan mengenai PHBS, dan berbagai penyakit lainnya terutama Tuberculosis.
 - b. Puskesmas dan kelurahan rangkah diharapkan saling berkoordinasi untuk menciptakan kelurahan yang sehat.

5.2.3 Bagi Masyarakat RW 8 Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari Surabaya.

- a. Masyarakat diharapkan mendukung dan melaksanakan program yang diadakan oleh puskesmas maupun desa seperti berpartisipasi aktif pada setiap kegiatan yang diadakan oleh puskesmas.
- b. Masyarakat sadar akan pentingnya kesehatan lingkungan khususnya dalam bidang sanitasi lingkungan seperti penggunaan septictank, BAB di jamban, ventilasi rumah yang baik, dan pembuangan sampah tidak dilakukan secara sembarangan.
- c. Masyarakat sadar untuk melakukan pencegahan berbagai penyakit, salah satunya TB.
- d. Masyarakat peduli terhadap kondisi kesehatan warga sekitar

DAFTAR PUSTAKA

1. Amin Z, Bahar A. *Tuberkulosis paru. Dalam : Aru W, Sudoyo B S, Idrus A, Marcellus S, Siti S, ed. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi ke-6 Jilid I.* Jakarta : Pusat Penerbitan Departemen Ilmu Penyakit Dalam Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia ; 2014.
2. Departemen Kesehatan Republik Indonesia. *Tuberkulosis.* Jakarta : Departemen Kesehatan Republik Indonesia ; 2017. Diakses di www.kemkes.go.id. p. 1/1.
3. Harrison, J.P.,. *Essentials of Strategic Planning In Healthcare.* Health Administration Press ; 2010.
4. Hiriyappa, B., *Strategic management for chartered accountants.* New Age International ; 2008.
5. Kitzinger, Jenny and Rosaline S. Barbour. *Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice.* London: Sage Publication ; 1999.
6. Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Pedoman Nasional Pengendalian Tuberkulosis.* Jakarta : Kemenkes RI; 2014.
7. Lusiana, Novita, dkk. *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kebidanan.* DIY : Penerbit Deepublish; 2012.
8. Notoadmojo S. *Ilmu Kesehatan Masyarakat: Ilmu & Seni.* Jakarta: Rineka Cipta; 2014.
9. Nurarif H. Amin & Kusuma Hardi. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) NIC-NOC.* Mediacion Publishing; 2013.
10. Paul, et all., *Knowledge and attitude of key community members towards tuberculosis : mixed method study from BRAC TB control areas in Bangladesh.* BMC Public Health. 2015; p. 5
11. Sarmen, R.D. *Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Pasien Tb Paru Terhadap Upaya Pengendalian Tb Di Puskesmas Sidomulyo Kota Pekanbaru.* 2017. Diakses di <https://media.neliti.com/media/publications/186896-ID-gambaran-pengetahuan-dan-sikap-pasien-tb.pdf>.

12. Semiawan, Conny. *Metode Penelitian Kualitatif*. Jakarta : Grasindo; 2010.
13. Wasis. *Pedoman Riset Praktis untuk Profesi Perawat*. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2006..

Lampiran 1
Kartu Konsultasi Mahasiswa

Lampiran 2
Daftar Hadir Mahasiswa

Lampiran 3

Evaluasi Mingguan Kelompok

	<p>LAPORAN KEGIATAN KELOMPOK MAHASISWA PKL FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA</p>
---	---

I. Identitas Kelompok

1.	Kelompok	VIII
2.	Desa	Rangkah
3.	Kecamatan	Tambaksari
4.	Kota	Surabaya
5.	Dosen Pembimbing	Ilham Akhsanu Ridlo, S.K.M.,M.Kes

II. Jenis Kegiatan Mahasiswa

1.	Hari/Tanggal	Selasa / 9 Januari 2018 – Minggu / 14 Januari 2018
2.	Nama Kegiatan	Pengumpulan data primer dan data sekunder
3.	Tempat	RW 8 Kelurahan Rangkah
4.	Tujuan Kegiatan	Untuk mengetahui permasalahan kesehatan yang ada di wilayah RW 8 Kelurahan Rangkah
5.	Uraian Kegiatan	Pada minggu pertama, kegiatan PKL kelompok 8 berupa pengumpulan data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh dengan cara wawancara langsung kepada kader, tokoh masyarakat dan petugas kesehatan di Puskesmas Rangkah serta penyebaran kuesioner di 8 RT dengan jumlah sampel 250 kepala keluarga. Sedangkan pengumpulan data sekunder didapat dari sumber data yang ada di

		Puskesmas Rangkah dan Kelurahan Rangkah.
--	--	--

1.	Hari/Tanggal	Senin /15 Januari 2018 – Minggu /21 Januari 2018
2.	Nama Kegiatan	Pengolahan hasil data primer dan data sekunder
3.	Tempat	RW 8 Kelurahan Rangkah
4.	Tujuan Kegiatan	Untuk mendapatkan daftar masalah kesehatan di RW 8
5.	Uraian Kegiatan	Pada minggu ke dua dilakukan pengolahan hasil data primer dan sekunder dengan tujuan untuk mendapatkan daftar masalah kesehatan di RW 8 yakni pemberian makanan pendamping asi tidak sesuai dengan usianya, kepemilikan <i>septic-tank</i> rendah, pemberantasan sarang nyamuk mandiri masih rendah, rendahnya pemberian ASI eksklusif, dan ditemukannya kasus TB.

1.	Hari/Tanggal	Senin / 22 Januari 2018 – Minggu / 28 Januari 2018
2.	Nama Kegiatan	1. Penentuan prioritas masalah dengan menggunakan metode USG, dan menemukan akar masalah dengan metode fishbone serta prioritas solusi dengan metode MEER 2. Melakukan intervensi masalah
3.	Tempat	RW 8 Kelurahan Rangkah
4.	Tujuan Kegiatan	1. Untuk menentukan prioritas masalah yang ada di RW 8 2. Untuk melakukan intervensi masalah kesehatan yang ada di RW 8
5.	Uraian Kegiatan	Pada minggu ke tiga dilakukan penentuan prioritas masalah dari 5 daftar masalah yang telah ditemukan dengan melibatkan kader dan toma di RW 8 menggunakan metode USG, dimana hasil dari prioritas masalah tersebut adalah ditemukannya

		<p>kasus TB. Selanjutnya kader dan toma diajak untuk menemukan akar masalah dengan metode <i>fishbone</i> serta prioritas solusi dengan metode MEER, dimana diperoleh hasil bahwa prioritas solusi berupa pembentukan kader TB dan sosialisasi penyakit TB melalui program “KECEBUR RANGKAH” yang berarti Kendalikan Tuberculosis Bersama Sedulur Rangkah. Kelompok 8 mengadakan pelaksanaan program KECEBUR RANGKAH selama 2 hari pada minggu ke tiga, yakni Sabtu dan Minggu. Pada hari Sabtu diadakan pembentukan kader TB yang mewakili setiap RW di Kelurahan Rangkah, sosialisasi tentang form deteksi dini TB yang dibuat oleh kelompok 8, dan penggalangan komitmen warga di Kelurahan Rangkah dalam penanggulangan penyakit TB. Setelah itu pada hari ke 2 pelaksanaan program yakni hari Minggu, diadakan sosialisasi kepada warga RW 8 tentang penyakit TB yang dilakukan oleh kader TB yang telah terpilih dan telah diberikan sosialisasi penyakit TB oleh mahasiswa di hari sebelumnya, dan sosialisasi rumah sehat yang dilakukan oleh mahasiswa. Sebelum dilakukan sosialisasi, warga yang datang dilakukan cek kesehatan berupa ukur tekanan darah dan skrining awal TB menggunakan form deteksi dini TB. Pre test dilakukan sebelum sosialisasi, sedangkan post test dilakukan setelah sosialisasi dalam bentuk lomba “Rangking 1”. Melalui pemberian pre test dan post test ini didapatkan hasil terdapat peningkatan pengetahuan 30% sebanyak 29 warga dari 51 warga yang mengikuti.</p>
--	--	--

1.	Hari/Tanggal	Senin /29 Januari 2018 – Minggu /4 Februari 2018
2.	Nama Kegiatan	Penyusunan laporan
3.	Tempat	Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas

		Airlangga
4.	Tujuan Kegiatan	Menyelesaikan tugas laporan PKL
5.	Uraian Kegiatan	Pada minggu ke empat dilakukan penyusunan laporan seminar PKL oleh semua anggota kelompok

Lampiran 4
Dokumentasi Kegiatan PKL



Penyebaran Kuesioner



Wawancara dengan Kader RW



Berpartisipasi pada Kegiatan Senam



Berpartisipasi pada Pemeriksaan Jentik



Kegiatan FGD untuk Penentuan Prioritas, Akar Masalah, Alternatif Solusi, dan Prioritas Solusi



Pembentukan Kader TB Kelurahan dan Sosialisasi Screening Awal



Registrasi



Cek Kesehatan (Pemeriksaan Tekanan Darah)



Screening Awal TB oleh Mahasiswa



Pre-Test



Sambutan dari Pihak Puskesmas



Penyuluhan TB



Penyuluhan Rumah Sehat



Pembagian Souvenir



Game Ranking Satu



Game Ranking Satu



Pembagian Hadiah Pemenang Lomba



Pembagian Hadiah Pemenang Lomba



Pembagian Hadiah Pemenang Lomba



Penyerahan Kenang-kenangan untuk Pak RW

Lampiran 5
Lembar Kuesioner

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN (*INFORM CONSENT*)
MENJADI RESPONDEN PENGISIAN KUESIONER PKL
MAHASISWA S1 ILMU KESEHATAN MASYARAKAT UNAIR
DI RW 08 KELURAHAN RANGKAH
KECAMATAN TAMBAKSARI
TAHUN 2018

Dengan menandatangani lembar persetujuan ini, saya:

Nama :

Usia :

Alamat :

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam kegiatan Praktik Kerja Lapangan Mahasiswa S1 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga di RW VIII, Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya Tahun 2018.

Saya mengerti sepenuhnya bahwa penelitian yang dilakukan tidak akan merugikan saya dan saya bersedia menjadi responden dengan sukarela tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat agar dipergunakan sebaik-baiknya.

Surabaya, Januari 2018

.....

NO. RESPONDEN :

**IDENTIFIKASI KARAKTERISTIK MASYARAKAT
DI RW VIII KELURAHAN RANGKAH KECAMATAN TAMBAKSARI**

PANDUAN PENGISIAN

Isilah dengan jujur pertanyaan yang ada pada lembar kuesioner sesuai dengan keadaan anda.

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Nama Kepala Keluarga :
2. Nama Responden :
3. Alamat :
4. Jenis Kelamin : L / P
5. Umur :
6. Pendidikan terakhir :
7. Pekerjaan :
8. Suku :
9. Status Kependudukan : penduduk asli/ pendatang (coret yang tidak perlu)
10. Lama tinggal di wilayah tersebut: bulan/tahun
11. Status kepemilikan rumah : Rumah sendiri Kontrak
 Kos
12. Pengeluaran perbulan
 - a. Berapa pengeluaran pangan: meliputi beras, minyak, gula, susu, belanja harian, dsb dalam 1 bulan (Rp)?
 - b. Berapa pengeluaran non pangan: meliputi listrik, telepon (pulsa), arisan, cicilan, kos/kontrak, SPP anak, dsb dalam 1 bulan?

B. IDENTITAS KELUARGA DAN TEMPAT TINGGAL

1. Jumlah anggota keluarga Orang
2. Apakah anda mengikuti program Keluarga Berencana?
 - a. Ya
 - b. Tidak, alasan....
3. Alat kontrasepsi yang saat ini digunakan:

<input type="checkbox"/> Suntik KB 3 bulan	<input type="checkbox"/> Pil KB	<input type="checkbox"/> Kondom	<input type="checkbox"/> MOP
<input type="checkbox"/> Suntik KB 1 bulan	<input type="checkbox"/> IUD	<input type="checkbox"/> MOW	<input type="checkbox"/> Lainnya...
.....			
<input type="checkbox"/> Susuk	<input type="checkbox"/> Tidak, alasan.....		

4. Sumber air bersih yang digunakan:
- PDAM Sumur Lainnya.....
- Sumur gali Pompa
- Air hujan
5. Sumber air minum yang digunakan:
- Air Minum dalam Kemasan Air PDAM yang direbus
- Lainnya.....
- Air Minum Isi Ulang
6. Apakah anda memiliki jamban?
- a. Ya
- b. Tidak, alasan.....
7. Jamban yang digunakan
- Leher angsa Jenis jamban lain.....
- Jamban cemplung Tidak punya jamban, alasan.....
8. Apakah anda memiliki septictank?
- a. Ya
- b. Tidak, alasan.....
9. Apakah anda ikut sebagai anggota JKN atau BPJS kesehatan?
- a. Ya
- b. Tidak, alasan.....
10. Jika tidak, apakah anda memiliki asuransi kesehatan yang lain?
- a. Ya, sebutkan....
- b. Tidak , alasan.....
11. Pengambil keputusan dalam keluarga untuk masalah kesehatan keluarga
- Suami Istri Orang Lainnya,
- Tua sebutkan.....
12. Jika anda mengalami sakit, apakah anda akan pergi ke pelayanan kesehatan ?
- a. Ya, kemana?
- b. Tidak, alasan.....

IDENTIFIKASI PENGETAHUAN MASYARAKAT MENGENAI PHBS

NO.	PERNYATAAN	BENAR	SALAH
KESEHATAN IBU DAN ANAK			
1.	Ibu hamil seharusnya mendapatkan imunisasi 2 kali		
2.	Ibu seharusnya melakukan persalinan di dokter kandungan/ bidan		
3.	ASI eksklusif minimal diberikan selama 4 bulan		
4.	Makanan pendamping ASI mulai diberikan saat anak berusia 3 bulan		
5.	5 imunisasi dasar lengkap meliputi DPT, BCG, Polio, Campak, dan HB		
6.	Yang termasuk Metode Kontrasepsi Jangka Panjang adalah IUD, MOP, MOW, susuk		
7.	Apabila ibu lupa meminum Pil KB 1 hari, maka ibu harus minum 2 pil KB sekaligus pada keesokan harinya		
KESEHATAN LINGKUNGAN			
8.	Sampah seharusnya diambil setiap hari		
9.	Cuci tangan sebelum dan sesudah makan dengan sabun dapat mencegah diare dan penyakit typhus		
10.	Jamban leher angsa dapat menghindarkan serangga masuk ke WC dan mengurangi bau.		
11.	Tinja yang dibuang di sungai tidak menimbulkan pencemaran air.		
12.	Pembuangan sampah di sungai dapat menimbulkan pencemaran air.		
13.	Pembuangan tinja di septictank dapat menghindarkan dari penyakit		

14.	Pembuangan sampah dapat dipisahkan berdasarkan sampah plastik dan sampah dapur/daun		
15.	Sampah plastik dapat diolah menjadi pupuk kompos		
16.	Rumah yang tidak cukup ventilasi dan sinar matahari dapat meningkatkan risiko penyakit TBC		
17.	Menguras bak kamar mandi secara rutin sekali seminggu		
EPIDEMIOLOGI			
18.	Aktivitas fisik/ olahraga minimal dilakukan selama 20-30 menit setiap hari		
19.	Sering mengkonsumsi garam dapat menimbulkan tekanan darah tinggi		
20.	Tekanan darah tinggi dapat memicu stroke		
21.	Minuman bersoda memiliki kadar gula yang tinggi		
22.	TBC Paru dapat menular melalui udara		
23.	Penularan TBC paru dapat dicegah dengan menggunakan masker		
24.	Penyakit DBD ditularkan oleh nyamuk <i>Aedes aegypti</i>		
25.	Nyamuk <i>Aedes aegypti</i> hidup di air kotor, misalnya got		
GIZI			
26.	Garam yang sehat adalah garam yang beryodium		
27.	Bahan makanan harus dicuci dengan air mengalir terlebih dahulu sebelum dipotong		
28.	Air putih sebaiknya diminum sebanyak 2 liter/ 8 gelas per hari		
29.	Buah harus dikonsumsi setiap hari		

30	Sayur harus dikonsumsi setiap hari		
KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA			
31	Cara mematikan api saat terjadi kebakaran ringan dirumah adalah dengan menggunakan kain basah		
32	Upaya mencegah kebakaran saat terjadi kebocoran gas adalah dengan tidak menghidupkan aliran listrik		
33	Upaya mencegah kebakaran saat terjadi kebocoran gas adalah dengan tidak mematikan aliran listrik		

IDENTIFIKASI SIKAP MASYARAKAT MENGENAI PHBS

NO	PERNYATAAN SIKAP	SS	CS	N	TS	STS
KESEHATAN IBU DAN ANAK						
1.	Apabila ada imunisasi saat hamil, saya yakin saya akan datang dan mengikuti program tersebut					
2.	Saya lebih percaya untuk melakukan persalinan di dukun bayi					
3.	Saya lebih memilih untuk memberikan anak saya ASI eksklusif dibandingkan susu formula					
4.	Saya yakin anak saya akan tumbuh lebih cepat apabila saya memberi makanan pendamping ASI saat anak saya berumur 3 bulan					
5.	Saya yakin anak saya akan terhindar dari penyakit meskipun tidak diimunisasi					
6.	Saya lebih memilih KB jangka pendek daripada jangka panjang karena tidak					

	sakit					
7.	Saya yakin menimbang berat badan anak saya secara rutin akan membantu saya mengetahui status gizinya					
KESEHATAN LINGKUNGAN						
8.	Saya yakin sampah tidak perlu diambil setiap hari					
9.	Saya yakin mencuci tangan dengan air mengalir saja sudah membersihkan tangan saya.					
10.	Saya lebih suka mengalirkan pipa tinja saya ke sungai					
11.	Saya lebih memilih untuk mengalirkan pipa tinja ke sungai daripada harus membangun septictank					
12.	Saya lebih suka membuang sampah di sungai					
13.	Saya merasa tidak perlu memisahkan sampah karena akhirnya sampah juga akan dibuang menjadi satu di TPA					
14.	Saya tidak perlu menambahkan jendela dan ventilasi karena sumber cahaya bisa didapat dari lampu					
15.	Mengolah sampah menjadi pupuk kompos adalah hal yang sangat rumit					
16.	Saya lebih memilih untuk menaburkan bubuk abate daripada harus menguras kamar mandi secara teratur 2 kali seminggu.					
EPIDEMIOLOGI						
17.	Saya lebih memilih untuk tidur daripada harus berolahraga					
18.	Saya yakin minuman bersoda dapat					

	menyebabkan diabetes					
19.	Saya yakin menutup hidung dengan tangan dapat menghindarkan saya dari penularan TBC					
20.	Saya yakin sudah melakukan pemberantasan sarang nyamuk dengan optimal					
21.	Saya lebih suka menggantung baju yang akan saya gunakan lagi di dinding ruangan.					
GIZI						
22.	Saya yakin garam yang saya konsumsi adalah garam yang sehat					
23.	Saya yakin mencuci bahan makanan sebaiknya setelah dipotong					
24.	Saya lebih memilih untuk minum minuman manis daripada harus minum air putih 8 gelas sehari					
25.	Saya merasa makan buah adalah hal yang tidak terlalu penting					
26.	Saya merasa makan sayur adalah hal yang tidak terlalu penting					
KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA						
27.	Saya lebih memilih memadamkan api ringan dengan menggunakan kain basah					
28.	Saya yakin salah satu upaya mencegah kebakaran ketika terjadi kebocoran gas LPG adalah dengan mematikan arus listrik					
29.	Saya yakin salah satu upaya mencegah kebakaran ketika terjadi kebocoran gas LPG adalah dengan					

	menghidupkan arus listrik					
--	---------------------------	--	--	--	--	--

IDENTIFIKASI PERILAKU MASYARAKAT MENGENAI PHBS

NO.	PERNYATAAN	YA	TIDAK
KESEHATAN IBU DAN ANAK			
1.	Saya telah mendapatkan imunisasi TT sebanyak 2 kali selama hamil		
2.	Saya melakukan persalinan di dokter kandungan/bidan		
3.	Saya memberikan anak saya ASI eksklusif selama 6 bulan		
4.	Saya memberikan anak saya MP ASI setelah anak saya berusia >6 bulan		
5.	Saya mengantar anak saya ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan imunisasi dasar lengkap		
KESEHATAN LINGKUNGAN			
6.	Saya selalu mencuci tangan dengan sabun sebelum makan		
7.	Saya selalu mencuci tangan dengan sabun sesudah makan		
8.	Saya selalu buang air besar di jamban		
9.	Saya mengalirkan pipa tinja saya ke sungai		
10.	Saya selalu membuang sampah di tempat sampah		
11.	Saya tidak pernah membuang sampah di sungai		
12.	Saya selalu memisahkan sampah rumah tangga saya		
13.	Saya mengolah sampah organik menjadi		

	kompos		
14.	Saya telah melengkapi rumah saya dengan jendela dan ventilasi		
EPIDEMIOLOGI			
15.	Saya melaksanakan aktivitas fisik/olahraga minimal selama 20-30 menit setiap hari		
16.	Saya selalu membatasi konsumsi garam agar terhindar dari tekanan darah tinggi		
17.	Saya berusaha agar tidak stress sehingga terhindar dari tekanan darah tinggi		
18.	Saya minum minuman manis setiap hari		
19.	Saya sering makan jeroan (3-4 kali seminggu)		
20.	Saya tidak menggunakan masker saat berkomunikasi dengan penderita TBC		
21.	Saya menguras kamar mandi secara rutin minimal seminggu sekali		
22.	Saya tidak menggantung baju-baju yang akan saya pakai lagi		
23.	Saya memberantas jentik nyamuk dengan menaburkan abate		
24.	Saya menutup tempat penampungan air		
GIZI			
25.	Saya menggunakan garam beryodium		
26.	Saya selalu mencuci bahan makanan dengan air mengalir sebelum dipotong		
27.	Saya minum air putih minimal 2 liter/8 gelas per hari		
28.	Saya makan buah setiap hari		
29.	Saya makan sayur setiap hari		
KESEHATAN DAN KESELAMATAN KERJA			
30.	Saya memadamkan api ringan dengan menggunakan kain basah		
31.	Saya mematikan arus listrik apabila terjadi		

	kebocoran gas LPG untuk mencegah terjadinya kebakaran		
32.	Saya menghidupkan arus listrik apabila terjadi kebocoran gas LPG untuk mencegah terjadinya kebakaran		

PENGGUNAAN MEDIA

Penggunaan Media Sosial

1. Apakah anda memiliki handphone?
 - a. Ya, jenis.....
 - b. Tidak
2. Apakah anda menggunakan internet?
 - a. Ya
 - b. Tidak
3. Jika anda menggunakan internet, media sosial apa yang paling sering Anda gunakan?
 - a. Instagram
 - b. Line
 - c. Facebook
 - d. Whatsapp
 - e. Lainnya.....

Penggunaan Media Visual

4. Media visual apakah yang sangat Anda gemari?
 - a. Stiker
 - b. Pin
 - c. Poster
 - d. Tempelankulkas
 - e. Lainnya.....
5. Konten media visual apakah yang paling Anda sukai?
 - a. Kata-kata
 - b. Gambar
 - c. Kata-kata dan gambar
6. Apa warna favorit Anda?
 - a. Merah
 - b. Hijau
 - c. Biru
 - d. Hitam
 - e. Ungu
 - f. Kuning
 - g. Lainnya.....

Nama Pewawancara:

Lampiran 6**Lembar Pre Test dan Post Test****SOAL PRETEST****IDENTITAS RESPONDEN**

- a. Nama Responden :
- b. Jenis Kelamin : L / P
- c. Umur : Tahun
- d. Pendidikan Terakhir :
- Tidak Sekolah SMP Perguruan Tinggi (PT)
- SD SMA
- e. Pekerjaan :
- Ibu Rumah Tangga Wiraswasta Lainnya, sebutkan
- Pegawai Swasta PNS

1. Penyakit TBC adalah penyakit yang menular.
A. Benar
B. Salah
2. Penyakit TBC adalah penyakit turunan
A. Benar
B. Salah
3. Penyebab terjadinya penyakit TBC dapat disebabkan oleh
A. Bakteri
B. Virus
4. Apakah gejala utama penyakit TBC?
A. Pusing
B. Batuk lebih dari 2 minggu
5. Berkeringat tanpa aktivitas terutama pada malam hari merupakan gejala penyakit TB.
A. Benar
B. Salah
6. Penggunaan tempat makan seperti sendok, garpu, piring secara bersamaan dengan penderita TB dapat terjadi penularan TB
A. Benar

- B. Salah
7. Apabila didapatkan anggota keluarga ada yang mengalami batuk selama 1 minggu maka dapat dikatakan orang tersebut menderita TB.
- A. Benar
- B. Salah
8. Pemeriksaan dahak merupakan salah satu pemeriksaan yang dilakukan untuk memastikan terdapat bakteri TB dalam tubuh
- A. Benar
- B. Salah
9. Tidak merokok merupakan pencegahan penyakit TBC.
- A. Benar
- B. Salah
10. Menjemur kasur, bantal dan guling agar tidak lembab merupakan pencegahan penyakit TBC
- A. Benar
- B. Salah

Lampiran 7

Bentuk Pengembangan Media

STIKER KECEBUR RANGKAH



"KECEBUR RANGKAH"
(Kita Cegah Tuberkulosis Bersama Dulur Rangkah)

Kenali Periksa Obati & Kasihi

YUK KEPROK

PERIKSA
Jika Anda menemukan anggota keluarga atau tetangga dengan 6 gejala TB, segera periksakan ke Puskesmas/Rumah Sakit secara GRATIS

OBATI
Jika pada pemeriksaan ditemukan adanya kuman Tuberkulosis, lakukan pengobatan dengan minum anti biotik yang diberikan dokter secara patuh dan teratur sampai tuntas

KENALI

1. Batuk lama selama 2 minggu/lebih
2. Batuk bercampur darah
3. Demam
4. Berkeringat malam hari tanpa aktivitas
5. Nafsu makan turun
6. Berat badan menurun

KASIHI
Jangan dikucilkan, ingatkan minum obat, dan antarkan periksa

Praktik Kerja Lapangan
Alih Jenis Ilmu Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga 2018

BANNER KECEBUR RANGKAH

"KECEBUR RANGKAH"
(Kita Cegah Tuberkulosis Bersama Dulur Rangkaian)

YUK KEPROK

KENALI Periksa Obati & Kasihi

PERIKSA
Jika anda menemukan anggota keluarga atau tetangga dengan 6 gejala TB, segera periksakan ke Puskesmas/Rumah Sakit secara GRATIS

KENALI

1. Batuk lama selama 2 minggu/lebih
2. Batuk bercampur darah
3. Demam
4. Berkeringat malam hari tanpa aktivitas
5. Nafsu makan turun
6. Berat badan menurun

OBATI
Jika pada pemeriksaan ditemukan adanya kuman Tuberkulosis, lakukan pengobatan dengan meminum anti biotik yang diberikan dokter secara patuh dan teratur sampai tuntas

KASIHI
Jangan dikucilkan dan ingatkan minum obat

Praktik Kerja Lapangan
Alih Jenis Ilmu Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga 2018

PAMFLET TBC 1



KECEBUR RANGKAH

Kita Cegah Tuberkulosis Bareng Dulur Rangkaian

Bila memiliki gejala TB periksakan segera ke **PUSKESMAS**

GRATIS!!

Praktik Kerja Lapangan
Alih Jenis Ilmu Kesehatan Masyarakat
Universitas Airlangga 2018

YUK KEPROK

KEnali **Pe**Riksa **O**bati & **K**asihi

PAMFLET TBC 2

Tuberkulosis (TB)

Apa itu TB?

TB atau Tuberkulosis adalah penyakit menular yang disebabkan oleh kuman TB (*Mycobacterium Tuberculosis*). Kuman ini menyerang tubuh manusia, terutama pada paru. TB bukan penyakit turunan, bukan disebabkan oleh kutukan ataupun guna-guna.

Bagaimana Penularan TB?



Kuman TB keluar ke udara (melalui droplet/percikan dahak) pada saat penderita TB batuk, bersin atau berbicara

Kuman TB yang keluar, terhirup oleh orang lain melalui saluran pernapasan

Jika daya tahan tubuh lemah, orang tersebut menjadi sakit TB

Jika daya tahan tubuh kuat, orang tersebut tidak akan langsung sakit TB

GEJALA-GEJALA TB

GEJALA UTAMA

BATUK lama 2 minggu/lebih (berdahak maupun tidak berdahak)

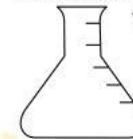
GEJALA LAINNYA

- 1 Demam meriang berkepanjangan
- 2 Batuk berdahak dapat bercampur darah
- 3 Sesak napas dan nyeri dada
- 4 Berkeringat tanpa sebab terutama pada sore-malam hari
- 5 Badan lemas napsu makan berkurang
- 6 Berat badan menurun

PEMERIKSAAN TB

1. PEMERIKSAAN DAHAK

Dahak diambil dengan waktu 2 kali dalam waktu 2 hari, yakni:



SP / SS

SEWAKTU datang ke fasilitas kesehatan PAGI hari setelah bangun tidur

2. RONTGEN FOTO DADA

Pemeriksaan penunjang berupa rontgen foto dada (bila pemeriksaan dahak hasilnya negatif, sedangkan gejala TB lainnya ada)



PENGOBATAN TB

Pengobatan berlangsung selama 6-8 bulan yang terbagi dalam 2 tahap dan sampai tuntas!

obat diminum setiap hari selama 2 atau 3 bulan

tahap awal (fase intensif)

tahap lanjutan

obat diminum 3 kali seminggu selama 4 atau 5 bulan

Lampiran 8

Form Skrining Awal TB

**FORMULIR SKRINING AWAL TB
KELURAHAN RANGKAH, KECAMATAN TAMBAKSARI**

Nama Pasien		
Tanggal	No.HP:	
Riwayat keluarga / tetangga TB	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Riwayat Penyakit DM	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Riwayat Penyakit Paru	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

No	Gejala	Merasakan gejala	
		Ya	Tidak
1.	Batuk berdahak lebih dari 2-3 minggu		
2.	Batuk berdarah		
3.	Dalam 1 bulan, tubuh mengalami demam yang timbul-hilang		
4.	Berkeringat pada malam hari tanpa melakukan aktivitas		
5.	Berat badan turun tanpa penyebab yang jelas		
6.	Sesak nafas dan nyeri dada		
7.	Terdapat benjolan di leher dengan ukuran benjolan 2cm		

Cara Pencegahan TB
Melalui **PHBS**
(Perilaku Hidup Bersih dan Sehat)

 Makan makanan yang bergizi untuk meningkatkan daya tahan tubuh

 Membuka jendela agar rumah mendapatkan cukup sinar matahari dan udara segar

 Menjemur alas tidur agar tidak lembab

 Mendapatkan suntikan vaksin BCG bagi anak usia dibawah 5 tahun untuk menghindari TB berat (menigitis dan miler)

 Olahraga teratur

 Tidak merokok

*Apabila jawaban YA pada salah satu kolom berwarna hitam terisi, segera periksa ke puskesmas
*Apabila jawaban YA pada kolom berwarna hitam dan kuning terjawab semua, segera periksa ke puskesmas

NOMOR PUSKESMAS RANGKAH:
(031) 3710064

Lampiran 9

BANNER PENGGALANGAN KOMITMEN

“KOMITMEN MEWUJUDKAN KELURAHAN RANGKAH BEBAS TB”

“KECEBUR RANGKAH”
 (Kita Cegah Tuberkulosis Bersama Dulur Rangkah)

Kami Ketua RW, Ketua RT, Kader kesehatan Kelurahan Rangkah bersepakat untuk melakukan pencegahan dan pengendalian penyakit TB guna mewujudkan terbentuknya Kelurahan Rangkah bebas TB.

Kami yang berkomitmen:

Siti Anis rati
 (Kader Kesehatan Rangkah)

CHRISTIANI
 RT1, RW.04

EMMA SUWATI
 (KADER RANGKAH)

MARFOTO
 LPMK KEL: RANGKAH

SIGIT
 RW06

(Kader RT06. RW.06)

(Alex Sanjaya)
 RW II

(Kader pay RW 06)

(Kader pay RW 06)

(wakil PKK RW.06)

SRI SULISTOWATI
 (Kader Lingkungan Rangkah)

(SUKESI RT02 RW06)

(Dedy Kader TB RW06)

Praktik Kerja Lapangan
 Alih Jenis Ilmu Kesehatan Masyarakat
 Universitas Airlangga 2018

Lampiran 10

Undangan Kegiatan FGD bersama Masyarakat

UNDANGAN

Kepada :

Bapak/Ibu

.....
Di tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan diadakannya kegiatan Praktik Kerja Lapangan (PKL) oleh Mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat yang melakukan kegiatan PKL di RW VIII Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya, kami selaku Mahasiswa PKL bermaksud untuk mengundang Bapak/Ibu untuk berkenan hadir dalam acara Diskusi yang akan dilaksanakan pada :

Hari : Jumat
 Tanggal : 19 Januari 2018
 Tempat : Balai RW VIII
 Waktu : 18.30- selesai
 Acara : Diskusi untuk Penentuan Prioritas dan Akar Penyebab Masalah Kesehatan di RW 8, Kelurahan Rangkah, Kecamatan Tambaksari.

Mengingat pentingnya acara ini, kami mohon kehadiran dan partisipasi dari Bapak/Ibu/Saudara. Atas perhatiannya kami mengucapkan terima kasih.

Surabaya, 12 Januari 2018

Mengetahui,

Mengetahui,



Ketua Mahasiswa PKL

Abdurakhman

Undangan Kegiatan Sosialisasi dan Penyuluhan TB

UNDANGAN

Kepada ;

~~Bapak/Ibu~~

...Siti... Aminah (RW 09)

di tempat

Dengan hormat,

Sehubungan dengan diadakannya kegiatan Praktik Kerja Lapangan (PKL) oleh Mahasiswa Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga di RW VIII Kelurahan Rangkah Kecamatan Tambaksari Kota Surabaya, kami mengundang Bapak/Ibu untuk berkenan hadir dalam acara "Kecebur RANGKAH (Kita Cegah Tuberculosis Bareng Dulur Rangkah)" yang akan dilaksanakan pada :

Hari : Minggu

Tanggal: 28 Januari 2018

Tempat : Balai RW VIII

Waktu : 08.00-selesai

Acara : Pemeriksaan kesehatan, sosialisasi dan lomba-lomba

Mengingat pentingnya acara ini, kami mohon kehadiran dan partisipasi dari Bapak/Ibu/Saudara. Atas kehadirannya kami mengucapkan terimakasih.

Surabaya, 26 Januari 2018

Mengetahui,



Ketua Mahasiswa PKL

Abdurakhman

NB : Acara ini tidak dipungut biaya dan tersedia doorprize menarik

Lampiran 11

Daftar Hadir Peserta FGD

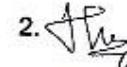
ABSENSI DISKUSI

PENENTUAN PRIORITAS MASALAH DAN PENYEBAB MASALAH KESEHATAN
DI RW 8, KELURAHAN RANGKAH, KECAMATAN TAMBAKSARI

No	Nama	Alamat	No. Handphone	Tanda Tangan
1	Siti Aminah	Tambak Segaran Wetan I/50	085321429198	1.
2	Sri Rahayu	" " 1/40	085606287838	2.
3	Pusi Astuti	" " 1/40		3.
4	Siti Chahjah	" " 1/49	08580562012	4.
5	Ani	Tambak Segaran Wetan I/124	0313767043	5.
6	Rurd. H	" " " II/21	081330082379	6.
7	Agus	" " I/72		7.
8	B. Sutrisni	Jl. T S W No 49	085102600092	8.
9	Adimadi	Lt. Jendral Sigitan utam 106	085100003752	9.
10	Sri Lestari	Tambak Segaran wet 42	081330169398	10.
11	Siti Disyas	Tamb. seg wet 1/38	085100769534	11.
12	Wahyu. S.	TAM SEG WET 3/2B	082236131930	12.
13	Elo Basueli	Tamb. Seg wet. 42		13.
14	Dahlia	Tamb Seg wet 2/49	081252792738	14.
15	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	15.
16	Agus S	Tambak Segaran 58		16.
17	Osianto	Tambak Segaran Wotan 1/36	083854982772	17.
				18.
				19.
				20.

Daftar Hadir Pembentukan Kader Kelurahan Rangkah

DAFTAR HADIR PESERTA
SOSIALISASI TBC DAN PELATIHAN PENGISIAN FORM SKRINING AWAL TBC
KELURAHAN RANGKAH KECAMATAN TAMBAKSARI KOTA SURABAYA
TAHUN 2018

No	Nama	Alamat	Jabatan	Tanda Tangan
1.	Ibu Neri Handayani	Rangkah Buntu 2/18		1. 
2.	Ibu Sukesi	Rangkah Buntu 2/18		2. 
3.	Ibu Siti Annisah	Rangkah Pejol 1/9A		3. 
4.	Ibu Siti Anisah	TSW RT 4 C 11030		4. 
5.	Ibu Siti Rahayu	TSW C 1 No 40		5. 
6.	Ibu Siti Aminda	TSW C 1 No 50		6. 
7.	Ibu Winih	Petro Agung 63/26		7. 
8.	Ibu Fekurwati	Petro Agung 63/26		8. 
9.	Ibu Susan	Rangkah 6/43		9. 
10.	Ibu Sunarmi	Rangkah Buntu 2/21		10. 
11.	Ibu Desri	Rangkah Buntu 2/45		11. 
12.	Ibu Sri Subijawati	Rangkah 7/112		12. 
13.	Ibu Lia	Rangkah Buntu 1/32		13. 
14.	Ibu Teti	Rangkah Buntu 1/32		14. 
15.				15.
16.				16.
17.				17.
18.				18.
19.				19.
20.				20.
21.				21.
22.				22.
23.				23.
24.				24.
25.				25.
26.				26.
27.				27.

Daftar Hadir Sosialisasi TB dan Rumah Sehat

DAFTAR HADIR PESERTA
SOSIALISASI TBC DAN RUMAH SEHAT
RW VIII KELURAHAN RANGKAH KECAMATAN TAMBAKSARI
KOTA SURABAYA
TAHUN 2018

No	Nama	Alamat	No Telepon	Tanda Tangan
1.	Ibu Leni	TSW G 1 No 89	08821724531	1.
2.	Ibu Sundari	No 94	0812770175	2.
3.	Ibu Nandi	No 76	08137025352	3.
4.	Ibu Sulistyawati	No 34	083769494	4.
5.	Ibu Sukuni	32A		5.
6.	Ibu Rupi Lezari	32A	08215342174	6.
7.	Ibu Martini	70	0858509677	7.
8.	Ibu Fitriadi	66	08228805026	8.
9.	Ibu Sriwati	50	88214207437	9.
10.	Ibu Sunarmi	W62 29		10.
11.	Bu. Dahlia	TSW 2/49	081052792738	11.
12.	Siti Chotjah	Tambak S. Utara	085853662012	12.
13.	Sri Aminah	Rangkah Rejo	085607038807	13.
14.	Stingah	,		14.
15.	AGUS PARTOTO	T. Serwei I/92	081321744992	15.
16.	Ibu Masliah	Tanah Merah 1/6		16.
17.	Ibu Heri E.	Tanah Merah 1/6	0857731654256	17.
18.	Ibu Murnia	TSW 70		18.
19.	IBUNY	T.S.W. 1/56	081234320590	19.
20.	Siti Aisyah	TSW 1/38	085100769534	20.
21.	Murnyanti	TSW 73A	085854333664	21.
22.	Cati Aminah	T.S.W. 1/60	085321429198	22.
23.	Yeni Rahayu	T.S.W. 1/40	085606287037	23.
24.	Rumilah	T.S.W. 1/05/05	082233765798	24.
25.	Cahya			25.
26.	Ibu Nurrisni	TSW 19		26.

No	Nama	Alamat	No Telepon	Tanda Tangan
27.	Ibu Siti Zuhrah	TSW 61/92	0812332545	27.
28.	Ibu Naila	TSW 89	08385680337	28.
29.	Bpk Sufoto	TSW 1/92	0812332545	29.
30.	Ibu Nanti	TSW 1/22	0812332545	30.
31.	Ibu Sumart	TSW'		31.
32.	Bpk Nadri	TSW 109		32.
33.	Bpk Rimb Rimb H	TSW 105		33.
34.	Bpk Samsuri	TSW 24B		34.
35.	Eri	TSW 2/80		35.
36.	Fitri	TSW 2/78		36.
37.	WALYGA	---		37.
38.	MUSYILAH	11-104		38.
39.	P. Anji	Tamb. Segit. 2/50		39.
40.	Eka	Tambak Sebaran Wetan	085748574319	40.
41.	ngateni	" " "	"	41.
42.	TUTIK	TSW. 124		42.
43.	SUZADI	---	081216107810	43.
44.	SRI SAJRETI	TSW 1/72	081331005400	44.
45.	Yati	7 - Klor.		45.
46.	Fulcara	---		46.
47.	Fahyad	---		47.
48.	Sumarlik	11 17		48.
49.	SEWADI	---		49.
50.	NARIS	---		50.
51.	Suliana	TSW 2/en		51.
52.				52.
53.				53.
54.				54.
55.				55.
56.				56.
57.				57.
58.				58.

Daftar Hadir Pemeriksaan Kesehatan dan Skrining TB

DAFTAR HADIR PESERTA PEMERIKSAAN KESEHATAN DAN SKRINING RW VIII KELURAHAN RANGKAH KECAMATAN TAMBAKSARI KOTA SURABAYA TAHUN 2018

No	Nama	Alamat	NO Telepon	Tanda Tangan
1.	Siti Sundari	Tambak Segaran 1/11		1.
2.	Natik	Tambak Segaran 1/16		2.
3.	Lenny	Tsw 1/84		3.
4.	Martini	Tsw 1/70		4.
5.	Mujilestari	Ts. no. 32 A.		5.
6.	Sukri	TS. No. 32 A		6.
7.	Sulistiyawati	TS.W		7.
8.	Suyadi	Tsw no. 66		8.
9.	Sofia Anni	Tsw 58		9.
10.	Soemarmi	T.S.W. 11/89		10.
11.	Siti Chotimah	Tsw. 1/94		11.
12.	Ringah	Tsw		12.
13.	Siti Aminda	Rongkah Rejo 1/11		13.
14.	agus ps	T. sek wst	081331394992	14.
15.	Mastika	Tanamera 4 no. 6		15.
16.	Muslimah	Tsw no. 70		16.
17.	Suzefendi	Tanamera 1/6	085731654256	17.
18.	Siti Agyas	Tsw 1/38	085100769534	18.
19.	Nuryaman	Tsw 7/14	08585433266	19.
20.	TEGUH	T.S.W. 1/86	081274720570	20.
21.	Giti Aminah	T.S.W. 1/50	085321429198	21.
22.	RA RAHAYU	Tsw. 1/40	0856.06287838	22.
23.	Rumilah	Tsw	082233761798	23.
24.	MAILAH	Tsw watan no 89	083856803434	24.
25.	Cahya	— 105	082233765798	25.
26.	Siti Saenab	— 11 — Gg. I No. 92		26.

No	Nama	Alamat	NO TLP	Tanda Tangan
27.	merti	tambak seg	22	27.
28.	soddyho	tambak seg	22	28.
29.	saderi	TSW. NO. 1001		29.
30.	RIBOT	TSW 105		30.
31.	B Trisni	TSW no 19A		31.
32.	WATIHO	TSW I/70		32.
33.	Fyru	- - -		33.
34.	Eki	TSW I/80		34.
35.	musriah	- 27-104		35.
36.	ngateri	- u - 96		36.
37.	eka	- 11 - 96		37.
38.	Kajias	- - Mus		38.
39.	Conkanti	- - -		39.
40.	Yas	- - -		40.
41.	Tutik	- 124		41.
42.	Mumawid	- - -		42.
43.	SURYADI	- - -		43.
44.	Dwi Ayu	- - -		44.
45.	Coowagi	- - 71		45.
46.	SLAMAT	- - 724B		46.
47.	SRI SAJEKI	TSW 1/22		47.
48.	KHUSNUL RAMA	- u - 1/48	087855797352	48.
49.	Sri Litaari	TSW 42		49.
50.	Dian Ayu	TSW 42		50.
51.	Armidin	TSW I/42		51.
52.	Sulina	TSW 1/20		52.
53.	B. Anu	TSW 129-B		53.
54.				54.
55.				55.
56.				56.
57.				57.
58.				58.

Lampiran 12
Tabulasi SPSS

Kendala * Alasan Crosstabulation

		Alasan				Total
		Terjangkau	Dekat	Keramahan petugas	Pelayanan cepat	
Mahal	Count	2	2	0	1	5
	Expected	1.9	1.6	.4	1.1	5.0
	Count					
	% within Kendala	40.0%	40.0%	0.0%	20.0%	100.0%
	% within Alasan	2.1%	2.5%	0.0%	1.8%	2.0%
	% of Total	0.8%	0.8%	0.0%	0.4%	2.0%
	Count	4	3	0	5	12
Kendala Jauh	Expected	4.5	3.9	.9	2.7	12.0
	Count					
	% within Kendala	33.3%	25.0%	0.0%	41.7%	100.0%
	% within Alasan	4.3%	3.8%	0.0%	8.8%	4.8%
	% of Total	1.6%	1.2%	0.0%	2.0%	4.8%
	Count	4	4	2	0	10
	Expected	3.8	3.2	.7	2.3	10.0
Kurang percaya	Count					
	% within Kendala	40.0%	40.0%	20.0%	0.0%	100.0%
	% within Alasan	4.3%	5.0%	11.1%	0.0%	4.0%
	% of Total	1.6%	1.6%	0.8%	0.0%	4.0%
Transportasi jauh	Count	2	0	0	1	3

	Expected	1.1	1.0	.2	.7	3.0
	Count					
	% within	66.7%	0.0%	0.0%	33.3%	100.0
	Kendala					%
	% within	2.1%	0.0%	0.0%	1.8%	1.2%
	Alasan					
	% of Total	0.8%	0.0%	0.0%	0.4%	1.2%
	Count	8	4	3	2	17
	Expected	6.4	5.5	1.2	3.9	17.0
	Count					
Proses pelayanan	% within	47.1%	23.5%	17.6%	11.8%	100.0
rumit	Kendala					%
	% within	8.5%	5.0%	16.7%	3.5%	6.8%
	Alasan					
	% of Total	3.2%	1.6%	1.2%	0.8%	6.8%
	Count	59	54	12	38	163
	Expected	61.5	52.4	11.8	37.3	163.0
	Count					
Tidak ada	% within	36.2%	33.1%	7.4%	23.3%	100.0
kendala	Kendala					%
	% within	62.8%	67.5%	66.7%	66.7%	65.5%
	Alasan					
	% of Total	23.7%	21.7%	4.8%	15.3%	65.5%
	Count	15	13	1	10	39
	Expected	14.7	12.5	2.8	8.9	39.0
	Count					
Lainnya	% within	38.5%	33.3%	2.6%	25.6%	100.0
	Kendala					%
	% within	16.0%	16.3%	5.6%	17.5%	15.7%
	Alasan					
	% of Total	6.0%	5.2%	0.4%	4.0%	15.7%

Total	Count	94	80	18	57	249
	Expected	94.0	80.0	18.0	57.0	249.0
	Count					
	% within	37.8%	32.1%	7.2%	22.9%	100.0
	Kendala					%
	% within	100.0%	100.0	100.0%	100.0%	100.0
	Alasan		%			%
	% of Total	37.8%	32.1%	7.2%	22.9%	100.0
					%	

Lampiran 13

Data Pengambilan *Urgency*

Masalah	Peserta																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
A/B	B	A	A	A	A	B	A	B	A	A	A	B	A	A	A	B	A
A/C	C	A	C	A	C	C	A	A	A	C	C	C	A	A	C	C	A
A/D	A	D	A	A	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
A/E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
B/C	C	C	B	B	C	B	B	B	B	B	B	C	B	B	C	C	B
B/D	B	B	D	B	B	D	D	B	B	D	B	B	D	B	B	D	B
B/E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
C/D	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
C/E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
D/E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E

Data Pengambilan *Seriousness*

Masalah	Peserta																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
A/B	B	A	A	A	B	B	A	B	B	B	B	A	A	B	A	B	A
A/C	C	C	C	C	C	C	C	C	A	C	C	C	C	C	C	C	C
A/D	D	D	A	A	D	A	D	A	A	A	A	D	D	D	A	A	A
A/E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
B/C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
B/D	D	B	D	B	D	B	D	D	D	B	B	B	B	D	D	B	D
B/E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
C/D	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
C/E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
D/E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E

Data Pengambilan *Growth*

Masalah	Peserta																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
A/B	A	A	A	A	A	A	A	A	A	B	A	A	A	A	A	A	A

A/C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
A/D	A	D	A	D	A	A	D	A	D	D	A	A	D	D	A	D	D
A/E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
B/C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
B/D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
B/E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
C/D	C	D	D	C	D	C	D	C	D	C	C	D	D	C	D	C	C
C/E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E
D/E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E

HASIL SCORING USG

MASALAH	URGENCY	SERIOUSNESS	GROWTH	TOTAL	RANKING
A	23	19	24	66	IV
B	27	17	1	45	V
C	32	50	43	125	II
D	20	16	34	70	III
E	68	68	68	204	I
Total	170	170	170		

Lampiran 14

Prioritas Alternatif Solusi dengan Metode MEER

No	Program	Nilai				Total	Prioritas
		M	E	E	R		
1	Melakukan Sosialisasi yang bertujuan Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat Tentang TBC	5	4	4	4	17	2
2	Melakukan Sosialisasi Rumah Sehat Untuk Meningkatkan Pengetahuan Masyarakat akan indikator rumah sehat	4	4	3	4	15	3
3	Melakukan Pemberdayaan karang taruna Dalam Pelaksanaan program intervensi mengenai penyebaran informasi tentang TBC	4	3	3	3	13	5
4	Mengadakan Lomba rumah sehat yang bertujuan agar masyarakat sadar akan pentingnya kebersihan lingkungan rumah	3	3	2	4	12	6
5	Mendirikan Posko TBC yang bertujuan agar mempermudah masyarakat dalam melakukan screening awal	3	4	3	4	14	4
6	Pembentukan Kader TB tingkat kelurahan.	4	4	5	5	18	1

Lampiran 15

Rekapitulasi Pre Test dan Post Test

No. Urut	Nama	JK	Umur	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan	Nilai		Ket
						Pre Test	Post Test	
1	L	P	55	SD	Swasta	50	70	Naik
2	S	P	34	SMA	IRT	80	100	Naik
3	N	P	33	SMP	IRT	90	100	Naik
4	S	P	33	SMA	IRT	90	70	Turun
5	S	P	65	SD	Wiraswasta	60	80	Naik
6	P	P	54	PT	PNS	100	100	Tetap
7	M	P	46	PT	IRT	80	100	Naik
8	S	L	76	SMA	Pensiunan	90	80	Turun
9	S	P	60	Tidak sekolah	IRT	80	90	Naik
10	S	P	62	SD	Wiraswasta	70	90	Naik
11	D	P	65	Tidak sekolah	IRT	70	90	Naik
12	S	P	64	SMP	Swasta	80	100	Naik
13	S	P	48	SMA	Lainnya	80	100	Naik
14	S	P	30	SMP	IRT	70	100	Naik
15	A	L	53	SD	Swasta	90	90	Tetap
16	M	P	22	SMA	Lainnya	90	100	Naik
17	S	L	60	SMP	Swasta	80	80	Tetap
18	M	P	68	SMP	Swasta	60	80	Naik
19	T	L	61	SMP	Swasta	90	90	Tetap
20	S	P	30	SMA	IRT	90	90	Tetap
21	N	P	46	SMA	IRT	80	100	Naik
22	R	P	28	SMA	IRT	70	80	Naik
23	C	P	30	SMA	IRT	70	80	Naik
24	S	P	53	SMA	Wiraswasta	90	100	Naik
25	S	P	44	SMA	PNS	90	90	Tetap
26	N	P	38	PT	Lainnya	100	100	Tetap
27	S	L	63	SD	Swasta	100	80	Turun
28	N	P	41	SD	IRT	70	100	Naik
29	S	P	58	SD	Swasta	80	90	Naik
30	N	L	33	SD	Swasta	70	90	Naik
31	R	L	33	SMP	Swasta	90	100	Naik
32	S	L	41	SMA	IRT	70	90	Naik
33	E	P	42	SMA	IRT	100	90	Turun
34	F	P	45	SMA	Wiraswasta	80	80	Tetap
35	W	L	52	SMA	Swasta	90	100	Naik

36	M	P	29	SMA	IRT	80	80	Tetap
37	A	L	51	PT	Swasta	80	80	Tetap
38	E	P	51	SD	IRT	80	90	Naik
39	N	P	51	SD	Lainnya	100	70	Turun
40	T	P	57	SMP	IRT	80	80	Tetap
41	S	P	46	SMA	Wiraswasta	70	90	Naik
42	S	P	34	SMA	Wiraswasta	70	70	Tetap
43	Y	P	40	SMA	IRT	70	70	Tetap
44	S	P	60	SMP	IRT	80	80	Tetap
45	K	P	44	SMA	IRT	70	90	Naik
46	S	P	62	SD	IRT	90	100	Naik
47	S	P	43	SMP	IRT	50	70	Naik
48	N	P	47	SMA	IRT	100	80	Turun
49	S	L	36	SMP	Swasta	40	50	Naik
50	N	L	50	PT	Lainnya	80	80	Tetap
51	S	P	27	SMA	IRT	100	90	Turun