

**LAPORAN PRAKTIK KERJA LAPANGAN  
(PKL)**



**Disusun Oleh :**

**KELOMPOK III**

**DESA : POMAHAN**

**KECAMATAN : BAURENO**

**KABUPATEN : BOJONEGORO**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2017**

**HALAMAN PENGESAHAN LAPORAN  
PRAKTIK KERJA LAPANGAN (PKL)  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
DI DESAPOMAHAN KECAMATAN BAURENO  
KABUPATEN BOJONEGORO**

<b>NAMA MAHASISWA</b>	<b>NIM</b>
a. Luthfiana Nur	101411131164
b. Mindianata Putri	101411133011
c. Aulia Bahrani Alfi	101411131012
d. Luh Mery Wedayanthi	101411131106
e. Kiki Awalul C.	101411133013
f. Fauziah Mukti Sugiharto	101411133038
g. Meirta Rizky Utari	101411131075
h. Della Ramadhan	101211132001
i. Febiola Citra	101411133051
j. Diana Wahyuni Utamimah	101411133042
k. Indri Hartiningrum	101411131023
l. Novi Putri D.	101411131007
m. Alfin Wahyudiono F.	101411131103

**Mengetahui,  
Kepala Desa**

**Hj. Khairulliswati**

**Mengetahui,  
Surabaya, 29 Juni 2017  
Dosen Pembimbing**

**Dr. Soenarnatalina M., Ir., M.Kes.  
NIP.196012251990032001**

**Menyetujui,  
Sekretaris Prodi S1 Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga**

**Diah Indriani, S.Si., M.Si  
NIP. 197605032002122001**

## RINGKASAN

Desa Pomahan adalah salah satu desa di Kecamatan Baureno, Kabupaten Bojonegoro yang memiliki total wilayah seluas 327 hektar dengan jumlah penduduk sebanyak 3286 jiwa. Mayoritas penduduk Desa Pomahan berprofesi sebagai petani dan berpendidikan akhir sekolah dasar (SD). Desa Pomahan terdiri dari Dusun Nunuk, Dusun Ngrandu, Dusun Semutan, Dusun Pomahan, dan Dusun Godang.

Berdasarkan analisis data, diperoleh tujuh daftar masalah di Dusun Ngrandu dan Semutan yaitu masalah pengelolaan sampah, banyaknya perokok aktif di dalam rumah, kurangnya pengetahuan terkait Antenatal Care (ANC), kurangnya pengetahuan terkait ASI Eksklusif, kurangnya kesadaran dalam pemakaian Alat Pelindung Diri (APD) ketika bekerja, kurangnya informasi dan ketidakmerataan kepemilikan JKN, serta tingginya angka kejadian ISPA. Prioritas masalah yang diperoleh dengan metode USG bersama perangkat dusun dan kader kesehatan di Dusun Semutan dan Ngrandu adalah tingginya perokok aktif di dalam rumah.

Alternatif solusi dilakukan dengan metode NGT bersama perwakilan masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu yang hasilnya adalah adanya pemberian tulisan larangan merokok di depan pintu, penyediaan tempat rokok di luar rumah, menyediakan permen pada setiap kegiatan perkumpulan warga sebagai pengganti rokok, penyediaan asbak diluar rumah, menyediakan ruangan khusus rokok, menyuguhkan teh ketika ada tamu, dan menasehati anggota keluarga yang merokok. Selanjutnya, diperoleh prioritas solusi menggunakan metode MEER yaitu menyediakan asbak di luar rumah.

Berdasarkan hal tersebut, kemudian disusun program GEMAS TANPA ROKOK yakni Gerakan Rumah Sehat tanpa Rokok. Adapun program GEMAS tanpa Rokok terdiri dari beberapa kegiatan yakni kegiatan konsolidasi bersama karang taruna Dusun Semutan dan Ngrandu untuk menggalang dukungan terhadap program GEMAS tanpa Rokok, kegiatan sosialisasi program GEMAS tanpa Rokok kepada masyarakat, kegiatan penyuluhan program GEMAS tanpa Rokok “Bahaya Rokok bagi Perokok Aktif dan Pasif”, kegiatan *Door to Door* untuk sosialisasi secara personal, penempelan media promosi di pintu masuk rumah warga, penempelan poster pada tempat-tempat strategis Dusun Semutan dan Ngrandu, dan pemberian pojok rokok (asbak berupa gelas) di luar rumah masyarakat yang dikunjungi, serta terakhir kegiatan deklarasi sebagai tindak lanjut atas serangkaian kegiatan dari program GEMAS tanpa Rokok.

## SUMMARY

Pomahan village is one of the villages in Baureno's sub district, Bojonegoro's district which has total area of 327 hectares with a population of 3286 inhabitants. The majorities of Pomahan's villagers work as farmers and have an elementary school education (SD). Pomahan's village consists of Nunuk hamlet, Ngrandu hamlet, Semutan hamlet, Pomahan hamlet, and Godang hamlet.

Based on data analysis, there were seven problem list in Ngrandu and Semutan hamlets, there are: about waste management, many active smokers in the house, lack of knowledge related to Antenatal Care (ANC), lack of knowledge about exclusive breastfeeding, lack of awareness in the use of Personal Protective Equipment (PPE), lack of JKN's knowledge and ownership, and high incidence of ISPA. The priority of problems obtained with USG methods with hamlet's official and health cadres in Semutan and Ngrandu hamlets is the high number of active smokers in the house.

Alternative solution is done by NGT method along with representatives of Semutan and Ngrandu's hamlets. The result are pin smoking's ban on the door, equipping cigarette's place outside the home, equipping candy at every community gathering activities as a substitute for cigarettes, equipping ashtrays outside the home, equippingspecial room to smoke, equipping tea when there are guests at home, and advising family members who smoke. Furthermore, the priority of solution that obtained using the MEER method is equipping ashtrays outside the home.

Based on that, then compiled as GEMAS WITHOUT CIGARETTE's program. The program is about the healthy house movement without cigarettes. The GEMAS without Cigarette program consists of several activities which are consolidation activities with cluster of Semutan and Ngrandu hamlet to mobilize support for GEMAS without Cigarettes' program, socialization activities of GEMAS without Cigarette's program to the community, socialization about " The Hazard of Cigarettes for Active and Passive's Smokers", door to door's activities for personalized socialization, attachment of promotional media at the entrance of houses, attachment poster at strategic locations of Semutan and Ngrandu hamlet, and equipping of smoking corner (ashtray in the form of glass) outside the home, and the last activity is declaration as a follow-up to the disruption of activities of the program GEMAS without Cigarette.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas limpahan rahmat dan karunia-Nya kami dapat menyelesaikan Laporan Praktik Kerja Lapangan ini tepat waktu. Praktik Kerja Lapangan adalah salah satu program dari Universitas Airlangga dengan pendekatan *Evidence Based Learning* (EBL).

Laporan Praktik Kerja Lapangan ini disusun untuk melengkapi Praktik Kerja Lingkungan yang telah dilaksanakan selama 28 hari. Kelompok III mendapatkan lokasi di Dusun Semutan dan Ngrandu, Kecamatan Baureno, Kabupaten Bojonegoro. Laporan Praktik Kerja Lapangan ini bisa diselesaikan tidak terlepas dari bantuan banyak pihak yang telah memberikan masukan kepada penulis. Untuk itu kami mengucapkan terima kasih kepada Dr. Soenarnatalina M., Ir., M.Kes. selaku Dosen Pembimbing kami, karena tanpa bantuan beliau kami tidak akan dapat menyelesaikan laporan ini dengan maksimal.

Kami menyadari bahwa masih banyak kekurangan dari laporan ini, baik materi maupun teknik penyajiannya, mengingat masih kurangnya pengetahuan dan pengalaman penulis. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun atas laporan Praktik Kerja Lapangan yang telah diselesaikan.

Dalam pembuatan laporan kegiatan ini kami banyak mendapatkan bimbingan serta saran dari berbagai pihak. Untuk itu kami sebagai penyusun dalam kesempatan ini banyak mengucapkan terima kasih kepada, YTH :

1. Bapak Suyoto selaku Bupati Bojonegoro
2. Ibu Khairulliswati selaku Lurah beserta perangkat Desa Baureno
3. Bapak Warsono selaku Kelapa Dusun Semutan dan Ngrandu beserta seluruh Masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu
4. Kepala Puskesmas Baureno yang telah banyak memberikan bimbingan kepada kami untuk melaksanakan PKL di wilayah kerja puskesmas Baureno

5. Ibu bidan di Puskesmas Pembantu yang telah banyak memberikan bimbingan kepada kami.
6. Ibu Dr. Soenarnatalina M., Ir., M.Kes. selaku dosen pembimbing Kelompok III sehingga dapat menyelesaikan kegiatan PKL ini dengan baik.
7. Kader wilayah Dusun Semutan dan Ngrandu yang telah membantu dan bekerja sama dengan kami sehingga PKL ini terlaksana dengan baik
8. Masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu yang telah menerima kami dengan baik selama kegiatan PKL.

Semoga apa yang telah bapak dan ibu serta rekan-rekan berikan kepada kami dapat menjadi awal kebaikan dan mendapat berkat dan rahmat dari Allah SWT.

Kami sebagai penyusun menyadari dalam pelaksanaan penyusunan ini masih banyak kekurangan dan kekeliruan, maka dengan ini kami mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun dari berbagai pihak.

Akhirnya besar harapan kami semoga laporan ini dapat bermanfaat dan dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman kita.

Bojonegoro, 31 Juli 2017

Kelompok III PKL FKM UNAIR

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Halaman Pengesahan .....	ii
Ringkasan .....	iii
Summary .....	iv
Kata Pengantar .....	v
Daftar Isi .....	vii
Daftar Tabel .....	ix
Daftar Gambar .....	xi
Daftar Singkatan .....	xiv
<b>BAB I PENDAHULUAN</b> .....	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	2
1.3 Tujuan .....	3
1.3.1 Tujuan umum .....	3
1.3.2 Tujuan khusus .....	3
1.4 Manfaat .....	3
1.4.1 Bagi Mahasiswa Praktik Kerja Lapangan 2017 .....	3
1.4.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat .....	4
1.4.3 Bagi Masyarakat .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	<b>5</b>
2.1 Metode Analisis Situasi .....	5
2.1.1 Teori Precede-Proceed .....	5
2.1.2 Teori SWOT .....	10
2.1.3 Pemetaan Intervensi .....	17
2.1.4 Metode <i>Fishbone</i> .....	20
2.1.5 Teori Dignan .....	23
2.1.6 Teori Perubahan S-O-R .....	24
2.2 Teknik Sampling .....	26
2.2.1 Populasi .....	26
2.2.2 Sampel .....	27
2.2.3 Teknik Pengambilan Sampel .....	29
2.3 Teknik Pengumpulan Data .....	30
2.3.1 Teknik Pengumpulan Data Kuantitatif .....	31
2.3.2 <i>Indepth Interview</i> (Wawancara) .....	31
2.3.3 Kuesioner .....	32
2.3.4 Observasi .....	33
2.4 Teknik Penentuan Prioritas .....	33
2.4.1 FGD .....	33
2.4.2 USG .....	34
2.4.3 Metode MEER .....	35
2.5 Teknik Analisis Data .....	36
2.6 Rencana Strategi Intervensi .....	37
<b>BAB III METODE KEGIATAN</b> .....	<b>38</b>
3.1 Operasional Riset .....	39
3.2 Kerangka Operasional .....	40
3.3 Rencana Kegiatan .....	40
3.3.1 Rancang Bangun Kegiatan .....	40
3.3.2 Populasi Sasaran .....	40
3.3.3 Lokasi dan Waktu Kegiatan .....	41

3.4 Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisis Data .....	41
3.4.1 Pengumpulan Data .....	41
3.4.2 Pengolahan Data .....	42
3.4.3 Analisis Data .....	43
3.5 Jadwal Pelaksanaan Praktik Kerja Lapangan .....	44
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....	47
4.1 Karakteristik Desa Pomahan .....	47
4.1.1 Profil Desa Pomahan .....	47
4.1.2 Profil Puskesmas Pembantu .....	50
4.1.3 Profil Puskesmas Baureno .....	56
4.2 Hasil Perolehan Data Primer .....	64
4.2.1 Karakteristik Responden .....	64
4.2.2 Aspek Kesehatan Lingkungan .....	66
4.2.3 Aspek Perilaku Bersih dan Sehat (PHBS) .....	71
4.2.4 Aspek Kesehatan Maternal/KB .....	78
4.2.5 Aspek Gizi .....	81
4.2.6 Aspek Penyakit Akibat Kerja .....	86
4.2.7 Aspek JKN .....	88
4.3 Masalah Kesehatan dan Prioritas Masalah Kesehatan .....	90
4.3.1 Analisis Prioritas Masalah .....	90
4.3.2 Hasil Penentuan Akar Penyebab Masalah .....	91
4.3.3 Hasil Penentuan Solusi .....	94
4.3.4 Analisis SWOT ( <i>Strength, Weakness, Opportunity, Treath</i> ) .....	95
4.4 Rencana Intervensi dan Implementasi Program Intervensi .....	106
4.4.1 Intervensi Masalah Merokok di Dalam Rumah dengan Teori AIETA .....	106
4.4.2 <i>Plan of Action</i> Sosialisasi “GEMAS (GERAKAN RUMA SEHAT) TANPA ROKOK” .....	107
4.4.3 Jadwal Pelaksanaan <i>Plan of Action</i> .....	115
4.4.4 Intervensi Masalah Pengelolaan Merokok dalam Rumah sesuai standar dengan Teori Dignan .....	116
4.4.5 Hasil Intervensi Program .....	124
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....	137
5.1 Kesimpulan .....	137
5.2 Saran .....	138
5.2.1 Untuk Pemerintah .....	138
5.2.2 Untuk Masyarakat .....	138
5.2.3 Untuk Mahasiswa PKL .....	138
DAFTAR PUSTAKA .....	139
LAMPIRAN	

## Daftar Tabel

Tabel 2.1 Matriks SWOT.....	11
Tabel 2.2 Matriks Analisis SWOT Kearms .....	13
Tabel 2.3 Tabel SWOT .....	15
Tabel 2.4 Matriks Tujuan Program .....	18
Tabel 3.1 Jadwal Pelaksanaan .....	44
Tabel 4.1 Jumlah Dusun RT dan RW .....	50
Tabel 4.2 Distribusi Sasaran Program.....	50
Tabel 4.3 Keadaan Peralatan Kesehatan .....	52
Tabel 4.4 Data Sarana dan Prasarana.....	52
Tabel 4.5 Pembiayaan .....	53
Tabel 4.6 Obat Habis Pakai .....	53
Tabel 4.7 Peran Serta Masyarakat .....	54
Tabel 4.8 Data Sekolah .....	55
Tabel 4.9 Data Kesehatan Lingkungan .....	55
Tabel 4.10 Data Kunjungan .....	55
Tabel 4.11 Matriks Penentuan Prioritas Masalah .....	91
Tabel 4.12 Analisis Prioritas Solusi Masalah Perokok Aktif Di Dalam Rumah dengan Metode MEER.....	94
Tabel 4.13 Penilaian Bobot Aspek S-W .....	97
Tabel 4.14 Penilaian Rating dan Skor Aspek S-W.....	98
Tabel 4.15 Penilaian Bobot Aspek O-T .....	98
Tabel 4.16 Penilaian Rating dan Skor Aspek O-T .....	98
Tabel 4.17 Perhitungan Tabel IFAS .....	99
Tabel 4.18 Perhitungan Tabel EFAS .....	104
Tabel 4.19 Indikator Keberhasilan Kegiatan Konsolidasi.....	108
Tabel 4.20 Perhitungan Anggaran Kegiatan Konsolidasi .....	108
Tabel 4.21 Indikator Keberhasilan Kegiatan Sosialisasi Program GEMAS Tanpa Rokok .....	109

Tabel 4.22 Perhitungan Anggaran Kegiatan Sosialisasi .....	110
Tabel 4.23 Indikator Keberhasilan Kegiatan Penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok .....	110
Tabel 4.24 Perhitungan Anggaran Kegiatan Penyuluhan .....	111
Tabel 4.25 Indikator Keberhasilan Kegiatan <i>Door to Door</i> .....	112
Tabel 4.26 Perhitungan Anggaran Kegiatan <i>Door to Door</i> .....	113
Tabel 4.27 Indikator Keberhasilan Kegiatan Deklarasi .....	114
Tabel 4.28 Perhitungan Anggaran Kegiatan Deklarasi .....	115
Tabel 4.29 Jadwal Pelaksanaan <i>Plan of Action</i> .....	115
Tabel 4.30 Susunan Acara Konsolidasi .....	125
Tabel 4.31 Capaian Indikator Keberhasilan Konsolidasi .....	126
Tabel 4.32 Susunan Acara kegiatan Sosialisasi GEMAS Tanpa Rokok .....	127
Tabel 4.33 Capaian Indikator Keberhasilan Sosialisasi GEMAS Tanpa Rokok....	128
Tabel 4.34 Susunan Acara kegiatan Penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok “Bahaya Rokok bagi Peokok Aktif dan Pasif” .....	129
Tabel 4.35 Capaian Indikator Keberhasilan kegiatan Penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok “Bahaya Rokok bagi Peokok Aktif dan Pasif” .....	130
Tabel 4.36 Susunan Acara kegiatan <i>Door to Door</i> sesi ke-1 .....	132
Tabel 4.37 Susunan Acara kegiatan <i>Door to Door</i> sesi ke-2.....	132
Tabel 4.38 Capaian Indikator Keberhasilan kegiatan <i>Door to Door</i> .....	132
Tabel 4.39 Capaian Indikator Keberhasilan kegiatan Deklarasi .....	133
Tabel 4.40 Rincian Dana Program GEMAS Tanpa Rokok .....	135
Tabel 4.41 Jadwal Pelaksanaan Program.....	136

## Daftar Gambar

Gambar 2.1 Kuadran Analisis SWOT .....	16
Gambar 2.2 <i>Promotion Planning Model</i> .....	23
Gambar 3.1 Kerangka Operasional Praktik Kerja .....	39
Gambar 4.1 Distribusi Penduduk Menurut Umur 2015 .....	51
Gambar 4.2 Data 10 Besar Penyakit 2015 Pustu Pomahan .....	56
Gambar 4.3 Persentase Jumlah Responden Berdasarkan Wilayah .....	64
Gambar 4.4 Persentase Jenis Kelamin Responden .....	64
Gambar 4.5 Persentase Tingkat Pendidikan Terakhir Responden .....	65
Gambar 4.6 Persentase Umur Responden .....	65
Gambar 4.7 Persentase Jenis Pekerjaan Responden .....	66
Gambar 4.8 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Sampah Mudah Membusuk Lebih Baik dijadikan Kompos daripada dibuang ke Pekarang Rumah” .....	66
Gambar 4.9 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “ Saya tidak akan membuang sampah ke pekarangan karena mencemari lingkungan .....	67
Gambar 4.10 Persentase Presentase Tingkat Persetujuan Responden “Saya tidak akan membakar sampah karena dapat mencemari lingkungan .....	67
Gambar 4.11 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Mengelolah Sampah Perlu dilakukan untuk Menjaga Kesehatan” .....	68
Gambar 4.12 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Sampah Harus dikelola karena sampah merupakan Tempat Berkembangbiaknya Kecoak, lalat, dan tikus” .....	68
Gambar 4.13 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Untuk mengurangi jumlah tikus, bagaimana pendapat masyarakat jika diadakan gerakan mengelola sampah secara berkelompok” .....	69
Gambar 4.14 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Saya perlu memisahkan sampah yang mudah membusuk (organik) dan yang tidak membusuk (non-organik)” .....	69
Gambar 4.15 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Setiap rumah tangga perlu menyediakan palng sedikit 2 tempat sampah memisahkan sampah” .....	70
Gambar 4.16 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Mengelola sampah dapat mencegah penyakit diare dan tipus” .....	70

Gambar 4.17 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Apakah sumber air yang digunakan adalah PDAM/Sumur?” .....	71
Gambar 4.18 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Apakah Air yang digunakan tidak berwarna dan tidak berbau?” .....	71
Gambar 4.19 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Apakah mencuci tangan dengan sabun sesudah buang air besar?” .....	72
Gambar 4.20 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Apakah mencuci tangan dengan sabun sebelum makan?” .....	72
Gambar 4.21 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Apakah mencuci tangan dengan sabun sebelum menyusui atau menyuapi bayi/anak?” .....	73
Gambar 4.22 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Apakah mencuci tangan dengan sabun sesudah menceboki bayi/anak?” .....	73
Gambar 4.23 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Apakah mencuci tangan dengan sabun sesudah memegang ikan atau binatang ternak?” .....	74
Gambar 4.24 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Apakah jarak sumber air bersih dengan septic tank minimal 10 m?” .....	74
Gambar 4.25 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Apakah jamban yang digunakan jamban tertutup?” .....	75
Gambar 4.26 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Apakah menggunakan jamban untuk satu keluarga?” .....	75
Gambar 4.27 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Apakah ada perokok aktif dalam keluarga Anda?” .....	76
Gambar 4.28 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Apakah anda menguras kamar mandi minimal 1 kali seminggu?” .....	76
Gambar 4.29 Persentase Konsumsi Rokok Per-Hari.....	77
Gambar 4.30 Persentase Usia Awal Merokok .....	77
Gambar 4.31 Persentase Penggunaan Alat Kontrasepsi .....	78
Gambar 4.32 Persentase Alat Kontrasepsi yang digunakan .....	78
Gambar 4.33 Persentase Pemeriksaan Kehamilan secara Rutin .....	79
Gambar 4.34 Persentase Jumlah Pemeriksaan Kehamilan secara Rutin.....	80
Gambar 4.35 Persentase Konsumsi Tablet Fesat Kehamilan.....	80
Gambar 4.36 Presentase Tempat Persalinan .....	81
Gambar 4.37 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Balita membutuhkan konsumsi makanan bergizi” .....	81

Gambar 4.38 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Makanan berprotein penting untuk anak-anak untuk menghindari gizi buruk” .....	81
Gambar 4.39 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Untuk kekebalan tubuh anak perlu diberikan Air Susu Ibu pertama kali” .....	82
Gambar 4.40 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “ASI Eksklusif diberikan selama 6 bulan pertama sejak kelahiran tanpa makanan tambahan apapun” .....	82
Gambar 4.41 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Anak yang sakit-sakitan biasanya kurang nafsu makan” .....	83
Gambar 4.42 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Anak yang kurang nafsu makan sebaiknya diperhatikan” .....	83
Gambar 4.43 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Makanan yang bervariasi sangatlah penting memenuhi gizi anak” .....	84
Gambar 4.44 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Makanan bervariasi itu: Nasi, ikan, sayuran, buah, dan susu” .....	84
Gambar 4.45 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Untuk merangsang nafsu makan anak perlu diberikan vitamin” .....	85
Gambar 4.46 Persentase Tingkat Persetujuan Responden “Sebaiknya anak-anak lebih diutamakan makanan bergizi dibandingkan orang dewasa” .....	85
Gambar 4.47 Persentase Lama Bekerja Per-Hari .....	86
Gambar 4.48 Persentase Penggunaan APD Saat Bekerja .....	86
Gambar 4.49 Persentase Kejadian Kecelakaan Kerja.....	87
Gambar 4.50 Persentase Gangguan Kesehatan .....	87
Gambar 4.51 Persentase Jenis Gangguan Kesehatan yang Pernah Dialami .....	88
Gambar 4.52 Persentase Pengetahuan Responden Terkait JKN .....	88
Gambar 4.53 Persentase Sumber Informasi Responden Terkait dengan JKN.....	89
Gambar 4.54 Persentase Kepemilikan JKN oleh Responden .....	89
Gambar 4.55 Persentase Alasan Responden Tidak Memiliki JKN.....	90
Gambar 4.56 Diagram Fishbone; Akar Penyebab Masalah adalah Kurangnya Informasi dan Penyuluhan .....	92
Gambar 4.57 Analisis SWOT .....	105

## Daftar Singkatan

AKB	: Angka Kematian Bayi
AKBAL	: Angka Kematian Balita
AKI	: Angka Kematian Ibu
ASI	: Air Susu Ibu
BAB	: Buang Air Besar
BBLR	: Berat Bayi Lahir Rendah
BCG	: Bacillus Calmette Guerin
BIAS	: Bulan Imunisasi Anak Sekolah
BPJS	: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
Depkes RI	: Departemen Kesehatan Republik Indonesia
DM	: Diabetes Mellitus
DPT	: Difteri Pertusis Tetanus
FKM	: Fakultas Kesehatan Masyarakat
GEMAS	: Gerakan Rumah Sehat
Ha	: Hektar
IPM	: Indeks Pembangunan Masyarakat
ISPA	: Infeksi Saluran Kesehatan Akut
IUD	: Intrauterine Device
Jamkesda	: Jaminan Kesehatan Daerah
Jamkesmas	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
KH	: Kelahiran Hidup
KIA	: Kesehatan Ibu dan Anak
KIS	: Kartu Kesehatan Indonesia
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
NKKBS	: Norma Keluarga Kecil Bahagia Sejahtera
ODF	: Open Defecation Free
PBI	: Penerimaan Bantuan Iuran

PDAM : Perusahaan Daerah Air Minum  
PD31 : Penyakit yang Dapat Dicegah Dengan Imunisasi  
PKL : Praktik Kerja Lapangan  
Ponkesdes: Pondok Kesehatan Desa  
POLRI : Polisi Republik Indonesia  
PNS : Pegawai Negeri Sipil  
RT : Rukun Tetangga  
RW : Rukun Warga  
SD : Sekolah Dasar  
SLTA : Sekolah Lanjut Tingkat Atas  
SLTP : Sekolah Lanjut Tingkat Pertama  
S1 : Strata 1  
S2 : Strata 2  
SPAL : Saluran Pembuangan Air Limbah  
TBC : Tuberculosis  
TNI : Tentara Nasional Indonesia  
TTD : Tablet Tambah Darah

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Mahasiswa sebagai *agent of change* diharapkan mampu memberikan sumbangsih nyata bagi masyarakat. Mahasiswa dituntut untuk memiliki kemampuan *hardskill* dan *softskill* serta memiliki wawasan luas, empati tinggi dan rasa peduli terhadap lingkungan dan masyarakat sekitarnya. Mahasiswa juga dituntut untuk mampu mengkombinasikan antara ilmu yang mereka dapat selama perkuliahan dengan kondisi realita yang ada di masyarakat untuk kemudian membuat sebuah perubahan yang lebih baik dari sebelumnya.

Maka dari itu, Universitas Airlangga menerapkan pendekatan *Evidence Based Learning* (EBL) melalui program Praktik Kerja Lapangan (PKL). PKL merupakan sebuah strategi pembelajaran wajib bagi mahasiswa khususnya Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Airlangga sebagai sarana mahasiswa untuk mengaplikasikan ilmu yang didapat selama perkuliahan. Mahasiswa diwajibkan mendiagnosis masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat dengan cara menggali data secara langsung kepada masyarakat, selain itu mahasiswa wajib menganalisis dan mencari solusi dari masalah yang didapatnya di lapangan. Kegiatan PKL 2017 diikuti oleh seluruh mahasiswa FKM angkatan tahun 2014 yang terbagi dalam 16 kelompok yang disebar pada 2 kecamatan yang berada di kota Bojonegoro yaitu, Kecamatan Baureno dan Tambakrejo. Di Kecamatan Baureno kegiatan PKL dilaksanakan di desan Trojalu, Kauman, Pomahan, dan Bumiayu. Sedangkan, di Kecamatan Tambarjero kegiatan PKL dilaksanakan di desa Tambakrejo dan Jatimulyo. Setiap kelompok terdiri dari 12 – 14 mahasiswa dengan satu Dosen Pembimbing Lapangan (DPL). Kelompok 3 mendapatkan wilayah kerja di Dusun Semutan dan Ngrandu, Desa Pomahan, Kecamatan Baureno.

Berdasarkan data sekunder yang didapat dari Puskesmas Pembantu (Pustu) desa Pomahan didapat 10 penyakit dengan angka tertinggi diantaranya ISPA, myalgia, hipertensi, gastritis, suspek typhoid, artritis, influenza, diare, penyakit kulit/alergi, dan gangguan kesadaran. Namun, pada realitanya, setelah mendapatkan data dilapangan, melakukan *indepth interview*, dan diskusi ISPA bukanlah masalah bagi masyarakat, terdapat beberapa masalah lainnya seperti, banyaknya perokok yang merokok di dalam rumah, ketidak merataan informasi mengenai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), dan minimnya pengetahuan mengenai pemeriksaan kehamilan secara rutin.

Berdasarkan gambaran umum yang di dapat serta kenyataan dilapangan yang merujuk pada beberapa masalah kesehatan dibutuhkan upaya khusus untuk menyelesaikan masalah secara berkesinambungan. Melalui kegiatan PKL diharapkan mahasiswa dapat membantu mengatasi masalah tersebut di Dusun Semutan dan Ngrandu, Desa Pomahan, Kecamatan Baureno. Oleh karena itu, dalam kegiatan ini diharapkan semua pihak dapat menerima manfaat, baik mahasiswa selaku pihak yang belajar serta berlatih, maupun masyarakat yang dibantu untuk menemukan solusi dari masalah yang didapat di lapangan. Untuk melaksanakan dan mengambil manfaat dari kegiatan PKL, Kelompok 3 menuliskan laporan ini sebagai bentuk pertanggung jawaban dari setiap langkah dan proses PKL yang telah dilaksanakan.

### **1.1 Rumusan Masalah**

1. Bagaimana karakteristik masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu, Desa Pomahan, Kecamatan Baureno, Kabupaten Bojonegoro?
2. Apa saja masalah kesehatan yang terjadi di Dusun Semutan dan NGrandu, Desa Pomahan, Kecamatan Baureno, Kabupaten Bojonegoro?
3. Masalah kesehatan apa yang menjadi prioritas utama di Dusun Semutan dan Nrandu, Desa Pomahan, Kecamatan Baureno, Kabupaten Bojonegoro?
4. Bagaimana intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan yang ditemukan di Dusun Semutan dan NGrandu, Desa Pomahan, Kecamatan Baureno, Kabupaten Bojonegoro?

## **1.2 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Secara umum tujuan kegiatan praktek kerja lapangan adalah peserta didik mampu menyusun perencanaan, pengimplementasian dan penilaian serta evaluasi program bidang kesehatan masyarakat.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengetahui karakteristik masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu, Desa Pomahan, Kecamatan Baureno, Kabupaten Bojonegoro.
2. Mengidentifikasi masalah kesehatan yang terjadi di Dusun Semutan dan Ngrandu, Desa Pomahan, Kecamatan Baureno, Kabupaten Bojonegoro.
3. Menentukan prioritas utama masalah kesehatan di Dusun Semutan dan Ngrandu, Desa Pomahan, Kecamatan Baureno, Kabupaten Bojonegoro melalui analisis data sekunder maupun data primer yang didapat.
4. Melakukan intervensi yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan yang ditemukan di Dusun Semutan dan Ngrandu, Desa Pomahan, Kecamatan Baureno, Kabupaten Bojonegoro.

## **1.3 Manfaat**

### **1.3.1 Bagi Mahasiswa Praktik Kerja Lapangan 2017**

1. Meningkatkan pengetahuan, pengalaman, serta keterampilan dalam menentukan program intervensi sebagai alternatif solusi permasalahan kesehatan yang ada di masyarakat.
2. Meningkatkan *softskill* mahasiswa baik dalam berkomunikasi maupun bersosialisasi dengan masyarakat.
3. Meningkatkan kepekaan mahasiswa terhadap masalah kesehatan yang ada di lingkungan sekitarnya.
4. Meningkatkan kemampuan mahasiswa untuk beradaptasi dengan budaya, nilai dan norma yang berlaku dimasyarakat sekitarnya.
5. Sebagai sarana pembelajaran bagi mahasiswa untuk menerapkan ilmu yang mereka dapat di perkuliahan.

**1.3.2 Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat**

1. Meningkatkan peran Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga dalam upaya penanggulangan permasalahan di masyarakat.
2. Memperkenalkan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga di lingkungan masyarakat.

**1.3.3 Bagi Masyarakat**

1. Menambah pengetahuan masyarakat mengenai pentingnya menjaga kesehatan dan kebersihan individu maupun lingkungan.
2. Meminimalisir masalah kesehatan yang terjadi di masyarakat.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Metode Analisis Situasi

##### 2.1.1 Teori *Precede-Proceed*

Perencanaan merupakan tahap awal untuk melakukan suatu upaya promosi kesehatan pada masyarakat. Perencanaan dapat diperoleh dari beberapa proses antara lain proses diagnosis penyebab masalah, menentukan prioritas masalah dan alokasi sumber daya untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Dalam hal ini pendekatan teori PRECEDE-PROCEED dapat digunakan untuk melakukan diagnosis masalah.

Teori PRECEDE-PROCEED (Lawrence W Green, 1980) merupakan salah satu teori modifikasi perubahan perilaku yang dapat digunakan dalam mendiagnosis masalah kesehatan ataupun sebagai alat untuk merencanakan suatu kegiatan perencanaan kesehatan atau mengembangkan suatu model pendekatan yang dapat digunakan untuk membuat perencanaan kesehatan yang dikenal dengan kerangka kerja *Precede* dan *Proceed*. PRECEDE-PROCEED merupakan model evaluasi dan pengembangan program berdasarkan berbagai bidang antara lain bidang pendidikan, sosial, ilmu perilaku, penerapan prinsip administratif dan epidemiologi. Model tersebut menyatakan bahwa intervensi digunakan untuk menyelesaikan masalah yang dampaknya besar bagi populasi sasaran. Beberapa faktor seperti *predisposing*, *reinforcing*, dan *enabling* dapat mempengaruhi seseorang dalam melakukan perilaku sehat. Penjelasan ketiga faktor tersebut sebagai berikut :

- a. Faktor-faktor predisposisi (*Predisposing factors*), yang terwujud dalam pengetahuan, sikap, kepercayaan, keyakinan, nilai-nilai, dan sebagainya yang dapat memotivasi seseorang untuk bertindak
- b. Faktor-faktor pendukung (*Enabling factors*), merupakan pesan eksternal yang dapat memotivasi seseorang untuk melakukan suatu

tindakan, yang terwujud dalam fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana, alat-alat kontrasepsi, jamban, dan sebagainya.

- c. Faktor-faktor pendorong (*Renforcing factors*) yang terwujud dalam sikap dan Perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat, misalnya : penempatan suatu pelayanan kesehatan contoh klinik yang berada di dekat daerah sasaran yang dapat memudahkan seseorang untuk melakukan perubahan perilaku yang lebih baik.

Berikut merupakan model analisis PRECEDE-PROCEED :

#### 1. Diagnosis Sosial

Diagnosis sosial merupakan suatu proses mendefinisikan suatu masalah yang ada di masyarakat yang mana masyarakat sendirilah yang menentukan masalah tersebut. Partisipasi masyarakat adalah sebuah konsep pondasi dalam diagnosis sosial dan telah lama menjadi prinsip dasar bagi kesehatan dan pengembangan komunitas. Dalam tahapan ini digunakan indikator sosial Untuk mengetahui masalah sosial. Penilaian dapat dilakukan atas dasar data yang ada, maupun dengan cara melakukan pengumpulan data secara langsung dari masyarakat. Maka, pengumpulan data tersebut dapat dilakukan dengan cara wawancara dengan tokoh masyarakat seperti kyai, kader, diskusi bersama masyarakat, *Focus Group Discussion* (FGD) dan survei.

#### 2. Diagnosis epidemiologi

Diagnosis epidemiologi merupakan upaya untuk mengetahui hubungan antara komponen epidemiologi seperti *host*, *agent*, *environment* dan peranannya terhadap masalah kesehatan yang dialami oleh masyarakat. Pada fase ini, dicari faktor kesehatan yang mempengaruhi kualitas hidup masyarakat. Oleh sebab itu, masalah kesehatan harus digambarkan secara rinci berdasarkan data yang ada, baik yang berasal dari data lokal, regional, maupun nasional. Pada fase ini harus diidentifikasi siapa atau kelompok mana yang terkena masalah kesehatan (umur, jenis kelamin, lokasi, suku dan lain-lain), bagaimana pengaruh atau akibat dari masalah kesehatan tersebut (mortalitas, morbiditas, disability, tanda dan gejala yang ditimbulkan) dan bagaimana

cara untuk menanggulangi masalah tersebut (imunisasi, perawatan/pengobatan, perubahan lingkungan maupun perubahan perilaku). Terdiri dari 2 pendekatan, antara lain:

- a. Pendekatan reduksi, dari masalah sosial yang menghasilkan komponen komponen atau masalah kesehatan.
- b. Pendekatan ekspansi, dari masalah kesehatan yang spesifik menuju ke konteks sosial yang lebih luas.

Penelusuran masalah-masalah kesehatan yang dapat menjadi penyebab dari diagnosa sosial yang telah diprioritaskan. Ini perlu dilihat data kesehatan yang ada dimasyarakat berdasarkan indikator kesehatan yang bersifat negatif yaitu morbiditas dan mortalitas, serta yang bersifat positif yaitu angka harapan hidup, cakupan air bersih, cakupan rumah sehat. Untuk menentukan prioritas masalah kesehatan, dilakukan dengan beberapa tahapan, diantaranya:

- a. Masalah yang mempunyai dampak terbesar pada kematian, kesakitan, lama hari kehilangan kerja, biaya rehabilitasi, dan lain-lain.
- b. Apakah kelompok ibu dan anak-anak yang mempunyai resiko.
- c. Masalah kesehatan yang paling rentan untuk intervensi.
- d. Masalah yang merupakan daya ungkit tinggi dalam meningkatkan status kesehatan, economic savings.
- e. Masalah yang belum pernah disentuh atau di intervensi.
- f. Apakah merupakan prioritas daerah/ nasional.

### 3. Diagnosis Perilaku dan Lingkungan

Diagnosis perilaku merupakan proses identifikasi yang dilakukan secara sistematis terhadap perilaku masyarakat yang berpengaruh terhadap permasalahan kesehatan yang telah melalui tahap diagnosis sosial dan epidemiologi. Tugas utama diagnosis perilaku adalah menegakkan hubungan sebab akibat antara perilaku dan kesehatan. Sedangkan diagnosis lingkungan merupakan proses menganalisis faktor yang ada di dalam lingkungan misal lingkungan sosial dan fisik yang dikaitkan dengan perilaku masyarakat. Langkah-langkah diagnosis perilaku dan lingkungan,yaitu :

- a. Memisahkan faktor perilaku dan non perilaku penyebab masalah kesehatan.

- b. Mengidentifikasi perilaku yang dapat mencegah timbulnya masalah kesehatan, perawatan, dan pengobatan.
  - c. Faktor lingkungan: mengeliminasi faktor yang tidak dapat dirubah seperti genetik dan demografi.
  - d. Urutkan faktor perilaku dan lingkungan berdasarkan besarnya pengaruh terhadap masalah kesehatan.
  - e. Urutkan faktor perilaku dan lingkungan yang berdasarkan kemungkinan untuk dirubah.
  - f. Tetapkan perilaku dan lingkungan yang menjadi sasaran program.
  - g. Tetapkan tujuan perubahan perilaku dan lingkungan yang ingin dicapai.
4. Diagnosis Pendidikan dan Organisasi

Diagnosis Pendidikan dan Organisasi merupakan tahapan yang terdiri dari tiga faktor yaitu *predisposing* (pengetahuan, sikap, keyakinan, nilai), *enabling* (faktor yang memfasilitasi perilaku seseorang) dan *reinforcing* (dukungan dari pihak lain seperti keluarga, tokoh masyarakat). Tahap ini mengidentifikasi kondisi-kondisi perilaku dan lingkungan serta status kesehatan atau kualitas hidup dengan memperhatikan faktor-faktor penyebabnya. Mengidentifikasi faktor-faktor yang harus diubah untuk kelangsungan perubahan perilaku dan lingkungan.

Tahap proses menyeleksi faktor dan mengatur program:

- a. Identifikasi dan menetapkan faktor-faktor menjadi 3 kategori

Mengidentifikasi penyebab-penyebab perilaku dan dipilah-pilah sesuai dengan 3 kategori yang ada yaitu *predisposing*, *enabling*, *reinforcing factors* dengan menggunakan berbagai metode, antara lain :

- 1) Formal
  - a) Literatur
  - b) *Checklist* dan kuesioner
- 2) Informal
  - a) *Brainstorming*
  - b) *Normal group process* (NGP)

- b. Menetapkan prioritas antara kategori

Menetapkan faktor mana yang menjadi obyek intervensi, dan seberapa penting dari ke-3 faktor yang ada.

c. Menetapkan prioritas dalam kategori

Dalam menetapkan prioritas dalam kategori dapat dilakukan dengan mempertimbangkan:

- 1) *Important*: seberapa penting untuk segera diintervensi menurut logika, pengalaman, data dan teori
- 2) *Immediacy*: seberapa penting
- 3) *Necessity*: mungkin prevalensi rendah, tapi masih harus dimunculkan perubahan lingkungan dan perilaku yang terjadi
- 4) *Changeability*: kemudahan untuk diubah

5. Diagnosis Administrasi Kebijakan.

Merupakan sebuah tahapan dalam menganalisis kebijakan, faktor sumber daya dan kondisi yang berlaku di organisasi yang dapat mendukung atau menghambat perkembangan program promosi kesehatan yang dilakukan. Ada tiga penilaian dalam diagnosis administratif, yaitu :

- a. Sumber daya yang dibutuhkan.
- b. Sumber daya yang ada di organisasi dan masyarakat.
- c. Hambatan pelaksanaan program

Sedangkan penilaian diagnosis kebijakan adalah menganalisis dukungan dan hambatan dalam hal politik, peraturan dan organisasional yang dapat memfasilitasi program tersebut. Beberapa penilaian dalam diagnosis kebijakan, yaitu :

- a. Menilai dukungan politik
- b. Dukungan regulasi atau peraturan
- c. Dukungan sistem didalam organisasi
- d. Hambatan yang ada dalam pelaksanaan program
- e. Dukungan yang memudahkan pelaksanaan program

6. Implementasi

Implementasi merupakan tahapan real atau pengaplikasian terhadap program (berdasarkan metode dan strategi yang telah direncanakan).

#### 7. Evaluasi Proses.

Setelah melalui tahapan diagnosis sosial sampai implementasi kemudian tahap selanjutnya adalah tahap evaluasi yang masuk ke dalam tahapan PROCEED. PROCEED di sini digunakan untuk meyakinkan bahwa program yang akan diimplementasikan dapat dijangkau, diterima dan dipertanggungjawabkan. Tahapan dalam evaluasi proses digunakan untuk mengevaluasi proses dari pelaksanaan program apakah program yang sedang berlangsung tersebut sesuai dengan rencana awal yang telah ditentukan.

#### 8. Evaluasi Dampak.

Pada tahapan ini digunakan untuk mengukur efektivitas program yang berhubungan dengan tujuan perubahan perilaku dengan faktor-faktor *predisposing, reinforcing, dan enabling*.

#### 9. Evaluasi hasil

Pada tahapan ini digunakan untuk menentukan efek program terhadap kesejahteraan dan kualitas hidup masyarakat sasaran yang diintervensi.

### 2.1.2 Teori SWOT

Analisis SWOT merupakan suatu alat perencanaan strategik yang penting dalam membantu perencana untuk membandingkan kekuatan dan kelemahan internal organisasi dengan kesempatan dan ancaman eksternal organisasi (Kurtz, 2008). Proses menganalisa lingkungan internal dan eksternal merupakan suatu hal yang penting dalam perencanaan strategi. Faktor-faktor lingkungan internal dalam suatu organisasi dapat digolongkan sebagai *Strength* (S) atau *Weakness* (W), sedangkan pada lingkungan eksternal organisasi diklasifikasikan sebagai *Opportunities* (O) atau *Threat* (T), dimana analisis strategi ini disebut sebagai analisis SWOT (Robert W. Duncan, 2007). Analisis SWOT merupakan identifikasi yang sistematis dari faktor SWOT dan merupakan pedoman utama dalam perumusan strategi. Asumsi bahwa strategi yang efektif adalah strategi yang dapat mengoptimalkan kekuatan dan peluang serta meminimalkan kelemahan dan ancaman suatu organisasi. Empat Strategi Utama dalam Analisis SWOT yang dapat ditampilkan dalam matrix SWOT sebagai berikut :

Tabel 2.1. Matrix SWOT

	<b>Strengths (S)</b>	<b>Weaknesses (W)</b>
<b>Opportunities (O)</b>	S-O strategies	W-O strategies
<b>Threats (T)</b>	S-T strategies	W-T strategies

Berikut adalah penjelasan 4 strategi utama dalam analisis SWOT :

1. SO (*Aggressive Strategy*) yaitu menggunakan kekuatan internal untuk mengambil peluang eksternal. Strategi yang perlu dilakukan berupa:
  - a. Menambah produk atau jasa baru, namun masih terkait usahanya (*Related Diversification*). Misalnya: dengan cara menambah jenis pelayanan
  - b. Kemitraan (Aliansi) dengan organisasi yang lebih kuat (*Vertical Integration*)
  - c. Memperkenalkan jasa yang ada ke wilayah geografis baru atau ke segmentasi pasar yang baru (*Market Development*), serta berusaha menarik pelanggan tingkat ekonomi menengah ke atas
  - d. Penjualan dengan memperbaiki atau memodifikasi produk atau jasa yang sudah ada (*Product Development*). Misalnya: membangun ruang tunggu yang eksklusif bagi kelas VIP
  - e. Meningkatkan pangsa pasar untuk produk atau jasa yang sudah ada pasar melalui usaha pemasaran yang gencar (*Market Penetration*). Misalnya: membangun klinik satelit rumah sakit, gencar beriklan atau berpromosi
2. WO (*Turn Around*) yaitu menggunakan peluang untuk memperbaiki kelemahan yang ada. Strategi yang perlu dilakukan berupa:
  - a. Mengangkat SDM yang berkompentensi tinggi (*Retenchantment*)
  - b. Penguatan internal organisasi (*Enhancement*).

- c. Memperkenalkan produk atau jasa yang ada ke wilayah geografis baru atau ke segmentasi pasar yang baru (*Market Development*).
  - d. Meningkatkan penjualan dengan memperbaiki atau memodifikasi produk atau jasa yang sudah ada (*Product Development*).
  - e. Kemitraan (Aliansi) dengan organisasi yang lebih kuat (*Vertical Integration*).
  - f. Menambah produk atau jasa baru, namun masih terkait dengan usahanya (*Related Diversification*).
3. ST (*Diversification Strategy*) yaitu menggunakan kekuatan internal untuk menghindari atau mengantisipasi ancaman yang ada di luar. Strategi yang perlu dilakukan berupa:
- a. Menambah produk atau jasa baru, namun masih terkait dengan usahanya (*Related Diversification*).
  - b. Menambah produk atau jasa baru yang tidak terkait dengan usaha lama untuk para pelanggan baru (*Unrelated Diversification*). Misalnya: membangun cafe atau toko retail di loby rumah sakit.
  - c. Memperkenalkan produk atau jasa yang ada ke wilayah geografis baru atau ke segmentasi pasar yang baru (*Market Development*).
  - d. Meningkatkan penjualan dengan memperbaiki atau memodifikasi produk atau jasa yang sudah ada (*Product Development*).
  - e. Penguatan internal organisasi dalam rangka mengatasi ancaman dari luar (*Enhancement*).
  - f. Mempertahankan kondisi organisasi yang ada atau bertahan (*Status Quo*).
4. WT (*Turn Around*) yaitu meminimalkan kelemahan dan menghindari atau mengantisipasi ancaman yang ada. Kuadran ini merupakan situasi yang paling tidak menguntungkan. Pada kuadran ini, organisasi perlu untuk mendukung kebijakan untuk bertahan. Apabila tidak bisa bertahan, maka akan dilakukan penciutan atau likuidasi. Strategi yang dilakukan berupa:
- a. Difersifikasi usaha yang sama sekali berbeda dari usaha awal (*Unrelated Diversification*).
  - b. Mengundang Investor untuk menawarkan atau menjual beberapadivisi yang ada (*Diverstiture*).

- c. Penutupan usaha atau rumah sakit dijual kepada pihak ketiga atau Swasta (*Liquidation*).
- d. Optimalisasi unit kerja yang memiliki tingkat pendapatan yang tinggi (*Harvesting*).
- e. Mengangkat SDM yang berkompentensi tinggi (*Retenchantment*).

Pendekatan dalam analisis SWOT terdiri dari pendekatan kualitatif dan kuantitatif. Berikut adalah penjelasan terkait pendekatan kualitatif dan kuantitatif :

#### 1. Pendekatan kualitatif

Pendekatan kualitatif matriks SWOT dikembangkan oleh Kearns menampilkan delapan kotak, yaitu dua paling atas adalah kotak faktor eksternal (peluang dan tantangan), sedangkan dua kotak sebelah kiri adalah faktor internal (kekuatan dan kelemahan). Empat kotak lainnya merupakan kotak isu strategis yang timbul sebagai hasil titik pertemuan antara faktor internal dan eksternal.

Tabel 2.2 Matrix Analisis SWOT Kearns

	<b><i>Opportunity</i></b>	<b><i>Threat</i></b>
<b><i>Strength</i></b>	<i>Comparative advantage</i>	<i>Mobilization</i>
<b><i>Weakness</i></b>	<i>Divestment/Investment</i>	<i>Damage Control</i>

Keterangan :

##### a. *Comparative advantages*

Sel ini merupakan pertemuan dua elemen kekuatan dan peluang sehingga memberikan kemungkinan bagi suatu organisasi untuk bisa berkembang lebih cepat.

##### b. *Mobilization*

Sel ini merupakan interaksi antara ancaman dan kekuatan. Di sini harus dilakukan upaya mobilisasi sumber daya yang merupakan kekuatan organisasi untuk memperlunak ancaman dari luar tersebut, bahkan kemudian merubah ancaman itu menjadi sebuah peluang.

c. *Divestment/investment*

Sel ini merupakan interaksi antara kelemahan organisasi dan peluang dari luar. Situasi seperti ini memberikan suatu pilihan pada situasi yang kabur. Peluang yang tersedia sangat meyakinkan namun tidak dapat dimanfaatkan karena kekuatan yang ada tidak cukup untuk menggarapnya. Pilihan keputusan yang diambil adalah melepas peluang yang ada untuk dimanfaatkan organisasi lain atau memaksakan menggarap peluang itu (investasi).

d. *Damage control*

Sel ini merupakan kondisi yang paling lemah dari semua sel karena merupakan pertemuan antara kelemahan organisasi dengan ancaman dari luar, dan karenanya keputusan yang salah akan membawa bencana yang besar bagi organisasi. Strategi yang harus diambil adalah damage control (mengendalikan kerugian) sehingga tidak menjadi lebih parah dari yang diperkirakan.

2. Pendekatan Kuantitatif

Data SWOT kualitatif di atas dapat dikembangkan secara kuantitatif melalui perhitungan Analisis SWOT yang dikembangkan oleh Pearce dan Robinson (1998) agar diketahui secara pasti posisi organisasi yang sesungguhnya. Perhitungan yang dilakukan melalui tiga tahap, yaitu:

- a. Melakukan perhitungan skor (a) dan bobot (b) point faktor serta jumlah total perkalian skor dan bobot ( $c = a \times b$ ) pada setiap faktor S-W-O-T; Menghitung skor (a) masing-masing point faktor dilakukan secara saling bebas (penilaian terhadap sebuah point faktor tidak boleh dipengaruhi atau mempengaruhi penilaian terhadap point faktor lainnya. Pilihan rentang besaran skor sangat menentukan akurasi penilaian namun yang lazim digunakan adalah dari 1 sampai 10, dengan asumsi nilai 1 berarti skor yang paling rendah dan 10 berarti skor yang paling tinggi.

Perhitungan bobot (b) masing-masing poin faktor dilaksanakan secara saling ketergantungan. Artinya, penilaian

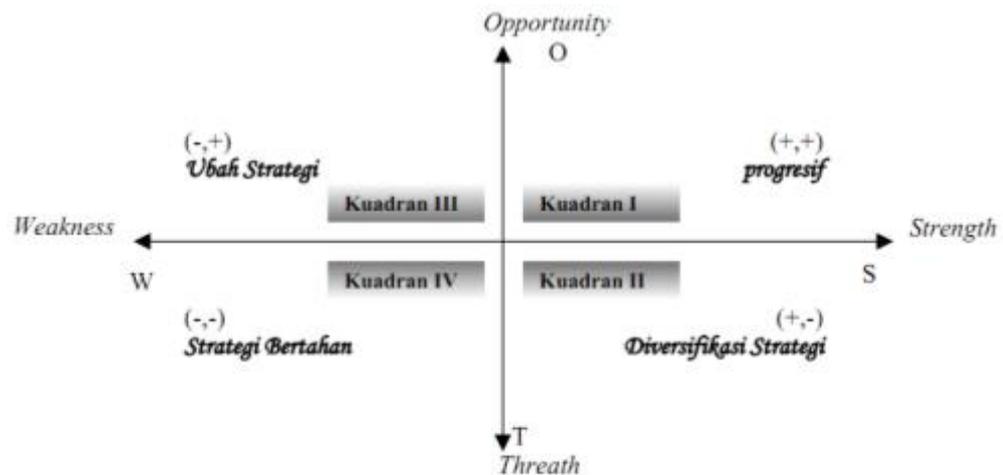
terhadap satu poin faktor adalah dengan membandingkan tingkat kepentingannya dengan point faktor lainnya. Sehingga formulasi perhitungannya adalah nilai yang telah didapat (rentang nilainya sama dengan banyaknya point faktor) dibagi dengan banyaknya jumlah point faktor).

- b. Melakukan pengurangan antara jumlah total faktor S dengan W (d) dan faktor O dengan T (e); Perolehan angka (d = x) selanjutnya menjadi nilai atau titik pada sumbu X, sementara perolehan angka (e = y) selanjutnya menjadi nilai atau titik pada sumbu Y.
- c. Mencari posisi organisasi yang ditunjukkan oleh titik (x,y) pada kuadran SWOT.

Berikut tabel SWOT yang digunakan untuk mencari posisi sebuah Organisasi :

Tabel 2.3. Tabel SWOT

No.	<i>Strength</i>	Skor	Bobot	Total
1.				
2.	Dst			
<b>Total Kekuatan</b>				
No.	<i>Weakness</i>	Skor	Bobot	Total
1.				
2.	Dst			
<b>Total Kelemahan</b>				
<b>Selisish Total Kekuatan- Total Kelemahan = S – W = X</b>				
No.	<i>Opportunity</i>	Skor	Bobot	Total
1.				
2.	Dst			
<b>Total Peluang</b>				
No.	<i>Threat</i>	Skor	Bobot	Total
1.				
2.	Dst			
<b>Total Ancaman</b>				
<b>Selisish Total Peluang- Total Ancaman = O – T = Y</b>				



Gambar 2.1. Kuadran Analisis SWOT

1. Kuadran I (positif, positif)

Posisi pada kuadran I menunjukkan bahwa sebuah organisasi berada pada posisi 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.

2. Kuadran II (positif, negatif)

Posisi kuadran II menunjukkan bahwa sebuah organisasi berada pada posisi 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 bila hanya bertumpu pada strategi sebelumnya. Oleh karena, organisasi disarankan untuk segera memperbanyak ragam strategi.

3. Kuadran III (negatif, positif)

Posisi kuadran III menunjukkan bahwa sebuah organisasi berada pada posisi yang lemah namun sangat berpeluang. Rekomendasi strategi yang diberikan adalah Ubah Strategi, artinya organisasi disarankan untuk mengubah strategi sebelumnya. Sebab, strategi yang lama dikhawatirkan

sulit untuk dapat menangkap peluang yang ada sekaligus memperbaiki kinerja organisasi.

#### 4. Kuadran IV (negatif, negatif)

Posisi kuadran IV menunjukkan bahwa sebuah organisasi berada pada posisi yang lemah dan menghadapi tantangan besar. Rekomendasi strategi yang diberikan adalah Strategi Bertahan dengan mengendalikan kinerja internal agar tidak semakin terperosok. Strategi ini dipertahankan sambil terus berupaya membenahi diri.

### 2.1.3 Pemetaan Intervensi

Pemetaan Intervensi adalah alat tambahan yang digunakan untuk melakukan proses perencanaan dan pengembangan tindakan atau intervensi dalam bidang promosi kesehatan. Pada proses ini dibutuhkan pemetaan kebutuhan masalah yang dikenal untuk mengidentifikasi pemecahan masalah. Pemetaan intervensi merupakan suatu rangkaian langkah yang memandang perencanaan sebagai proses yang berulang. Perencana proses bergerak bolak balik antara tugas dan langkah. Prosesnya juga bersifat kumulatif artinya setiap langkah didasarkan pada langkah sebelumnya dan perlu diperhatikan pada langkah tertentu dapat mengarah pada hal yang keliru dan keputusan yang tidak tepat. Tujuan pemetaan intervensi adalah untuk membantu perencana program promosi kesehatan agar dapat membuat keputusan yang efektif pada setiap tahap perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi dengan menggunakan kerangka kerja (Bartholomew, 2006). Pemetaan intervensi mendeskripsikan proses perencanaan dan pengembangan promosi kesehatan dalam enam langkah yang mengikuti pemetaan proses dan menggunakan pemetaan inti yaitu :

#### 1. Penilaian Kebutuhan.

Berdasarkan Fertmant dan Alerworth (2010) penilaian kebutuhan merupakan pengumpulan informasi mengenai kesehatan individu dalam kelompok yang mungkin dapat ditingkatkan dengan membutuhkan informasi status kesehatan kesehatan dan status kesehatan yang ideal. Penilaian tersebut terdiri dari dua komponen yaitu 1) ilmiah, epidemiologi, perilaku dan perspektif sosial dari kelompok beresiko dan permasalahannya. 2) upaya untuk memahami karakter masyarakat,

anggotanya dan kekuatan. Hasil dari langkah pertama ini adalah gambaran masalah kesehatan, dampak dari kualitas hidup, penyebab perilaku dan lingkungan serta faktor penentu perilaku dan lingkungan. Pada tahap ini perencana melakukan tugasnya yaitu :

- a. Membentuk kelompok perencanaan yang terdiri dari peserta program potensial dan merencanakan penilaian kebutuhan.
  - b. Melakukan penilaian kebutuhan dengan proses inti mengatur informasi yang dihasilkan dan menentukan prioritas.
2. Pembuatan matrik tujuan program.

Pembuatan matrik tujuan program memberikan landasan bagi intervensi dengan menentukan siapa dan apa yang akan berubah sebagai hasil dari intervensi. Hasil dari langkah kedua adalah seperangkat matrik tingkat ekologi yang dipilih (individu melalui masyarakat) yang menggabungkan sasaran kinerja untuk setiap tingkat dengan terpilih determinan pribadi dan eksternal untuk menghasilkan tujuan perubahan, target yang paling langsung dari intervensi. Adapun contoh matrik tujuan program adalah sebagai berikut .

Tabel 2.4 Matrik Tujuan Program

<b>Performan</b>	<b>Personal Determinant</b>			<b>External Determinant</b>			
<b>ce</b>	attitude	Skill &	Knowledg	outcome	Cues	Reinforce	Norm
<b>Objective</b>		self	e	expectati		ment	
		efficacy		on			

3. Penentuan metode dan strategi berbasis teori.

Dalam menentukan metode dan strategi berbasis teori dapat dilakukan langkah-langkah sebagai berikut :

- a. Menentukan ide program dengan peserta yang terkait dan menggunakan perspektif mereka dalam memilih metode dan strategi.

- b. Menggunakan proses inti untuk mengidentifikasi metode teoritis yang dapat mempengaruhi perubahan dalam faktor penentu dan mengidentifikasi kondisi dimana suatu metode yang diberikan kemungkinan besar akan efektif.
- c. Memilih program metode teoritis.
- d. Memilih strategi praktis untuk memberikan metode kepada kelompok intervensi.
- e. Meyakinkan bahwa strategi akhir sesuai tujuan perubahan dari matrik.

4. Penentuan program.

Hasil dari tahap ini adalah ruang lingkup dan urutan komponen intervensi, materi program yang selesai dan protokol program. Tahap ini perencana melengkapi tugasnya yaitu :

- a. Mengkonsultasikan lagi kepada partisan mengenai program pendidikan dan promosi kesehatan dan membawa preferensi mereka untuk rancangan program.
- b. Membuat cakupan program dan urutan, tema dan daftar materi program yang dibutuhkan.
- c. Menyiapkan dokumen desain yang akan membantu berbagai profesi dengan memproduksi bahan yang memenuhi tujuan program dan mematuhi pedoman atau karakter untuk metode tertentu dan strategi khusus.
- d. Mereview materi ketersediaan program untuk kemungkinan sesuai tujuan perubahan, metode dan strategi
- e. Mengembangkan materi program.
- f. Melakukan pretest materi program dan mengawasi hasil akhir.

5. Penentuan adopsi dan implementasi program.

Perencana program pada tahap ini melakukan hal-hal sebagai berikut :

- a. Mengidentifikasi pengguna potensial dari program promosi kesehatan.
- b. Menentukan tujuan kinerja untuk diadopsi program, implementasi dan keberlanjutan.

- c. Menentukan faktor penentu adopsi, implementasi dan keberlanjutan dan membuat matrik tujuan perubahan untuk pengguna program.
  - d. Memilih metode dan strategi untuk mengatasi perubahan.
  - e. Intervensi program dan mengatur program untuk mempengaruhi tujuan perubahan terkait dengan penggunaan program.
6. Perubahan perencanaan evaluasi.

Pada tahap ini perencana menyelesaikan rencana evaluasinya yang benar diawali dalam penilaian kebutuhan dan dikembangkan bersama dengan peta intervensi. Dalam proses pemetaan intervensi, perencana membuat keputusan tentang tujuan perubahan, metode, strategi dan implementasi. Pada tahap ini perencana menyelesaikan tugasnya yaitu :

- a. Menjelaskan program dan menyelesaikan model logika.
- b. Proses menulis pertanyaan evaluasi program berdasarkan pada hasil program untuk kualitas hidup, perilaku, kesehatan dan lingkungan.
- c. Proses menulis pertanyaan evaluasi berdasarkan matrik, yaitu tentang tujuan kinerja dan faktor penentu seperti yang diungkapkan dalam tujuan perubahan.
- d. Proses menulis pertanyaan evaluasi berdasarkan metode deskripsi, kondisi, strategi, program dan pelaksanaan.
- e. Mengembangkan indikator dan ukuran.
- f. Menentukan desain evaluasi.

#### **2.1.4 Metode *Fishbone***

Diagram *Fishbone* (diagram tulang ikan) sering juga disebut *cause and effect diagram* atau Ishikawa Diagram diperkenalkan oleh Dr. Kaoru Ishikawa, seorang ahli pengendalian kualitas dari Jepang. *Fishbone* Diagram digunakan ketika kita ingin mengidentifikasi kemungkinan penyebab masalah dan terutama ketika sebuah *team* cenderung jatuh berpikir pada rutinitas (Tague, 2005).

Suatu tindakan dan langkah improvement akan lebih mudah dilakukan jika masalah dan akar penyebab masalah sudah ditemukan. Manfaat fishbone diagram ini dapat menolong kita untuk menemukan akar penyebab masalah secara user friendly, tools yang user friendly disukai orang-orang di industri manufaktur di mana proses tersebut terkenal memiliki banyak ragam variabel yang berpotensi menyebabkan munculnya permasalahan (Purba, 2008). Berikut manfaat diagram fishbone :

- a membantu menentukan akar penyebab masalah dengan pendekatan yang terstruktur
- b mendorong kelompok untuk berpartisipasi dan memanfaatkan pengetahuan kelompok tentang proses yang dianalisis
- c menunjukkan penyebab yang mungkin dari variasi atau perbedaan yang terjadi dalam suatu proses
- d meningkatkan pengetahuan tentang proses yang dianalisis dengan membantu setiap orang untuk mempelajari lebih lanjut berbagai faktor kerja dan bagaimana faktor-faktor tersebut saling berhubungan
- e mengenali area dimana data seharusnya dikumpulkan untuk pengkajian lebih lanjut

Metode yang digunakan dalam analisis duri ikan (*fishbone analysis*) yakni mencari akar masalah. Akar permasalahan dirumuskan dalam prinsip 6M + 2T + 1I yaitu *Manpower, Machine, Method, Material, Media, Money, Time, Technology dan Information*.

#### 1. *Man Power* (Tenaga Kerja)

Segala hal yang terkait dengan aspek tenaga kerja dilihat dari aspek lemahnya pengetahuan, kurang keterampilan, pengalaman, kelelahan, kekuatan fisik, lambatnya kecepatan kerja, banyak tekanan kerja, stress dan lain-lain.

#### 2. *Machine* (Mesin, peralatan, infrastruktur)

Segala hal yang terkait dengan aspek mesin dilihat dari aspek peralatan, mesin maupun *physical tools* lainnya. Misalnya fasilitas pendukung mesin, ketidaklengkapan mesin atau peralatan, kesulitan dalam penggunaan mesin dan seterusnya.

### 3. *Methods* (Metode dan prosedur kerja)

Segala hal yang terkait dengan aspek metode dan prosedur kerja. Misalnya prosedur kerja tidak ada, prosedur kerja tidak jelas, metode sulit dipahami, metode tidak cocok, dan lain-lain.

### 4. *Materials* (Material bahan baku utama, bahan baku penolong)

Segala hal yang terkait dengan aspek material dilihat dari aspek ketersediaan bahan baku dengan akar masalah, dengan melihat aspek kualitas bahan baku tidak sesuai standar, bahan baku tidak lengkap, kuantitas bahan baku tidak sama, ukuran dan spesifikasi tidak standar, dan seterusnya.

### 5. *Media* (Media, lingkungan kerja, waktu kerja)

Segala hal yang terkait dengan aspek media dilihat dari aspek tempat kerja, waktu, lingkungan yang tidak mendukung. Yang termasuk kategori ini adalah tempat yang kurang bersih, keselamatan dan kesehatan kerja, faktor lantai yang licin, bergelombang, tidak rata dan seterusnya.

### 6. *Motivation* (motivasi, *soft competency*)

Segala hal yang terkait dengan aspek motivasi dilihat dari aspek sikap kerja, perilaku kerja, budaya kerja yang tidak benar ataupun tidak kondusif.

### 7. *Money* (uang dan financial)

Segala hal yang terkait dengan aspek keuangan dan financial yang belum mendukung dan mantap, misalnya ketidaksertaan anggaran.

### 8. *Time*

Segala hal yang terkait dengan waktu yang digunakan untuk pelaksanaan suatu pelayanan, misalnya lama ketika memberikan pelayanan kesehatan terhadap orang yang membutuhkan.

### 9. *Information*

Segala hal yang terkait dengan penyampaian informasi dan kemudahan akses masyarakat terhadap informasi yang dibutuhkan.

Pada kegiatan PKL ini, kelompok 3 menggunakan metode *fishbone* untuk mengetahui apa saja yang menjadi penyebab masalah di RT 04 – 09 Desa Pomahan. Apabila akar penyebab masalah telah diketahui, maka masalah kesehatan yang ada di RT 04 – 09 Desa Pomahan dapat mudah dilakukan intervensi.

### 2.1.5 Teori Dignan

Teori Dignan merupakan teori mengenai promosi kesehatan dimana *community worker* harus menentukan komunitas sasaran untuk mengembangkan suatu program, sehingga program dapat berjalan dengan yang diharapkan. Teori dignan meliputi: analisis masalah (*community analysis*), penilaian target (*targeted assessment*), pengembangan program (*program plan developmnet*), implementasi (*implementation*), dan evaluasi (*evaluation*).



Gambar 2.2. Promotion Planning Model

Sumber : Dignan,1992

#### 1. Analisis komunitas

Menganalisis bagaimana keadaan komunitas tersebut. Meliputi pendidikan, pekerjaan, umur, dan keadaan geografis yang akan difokuskan pada satu masalah kesehatan.

#### 2. Targeted assesment

Target yang akan dicapai dalam program ini sebagai bentuk berhasil atau tidaknya program yang dijalankan ini.

#### 3. Program Plan Development

Fase ini meliputi tahap :

- a. Merekrut anggota grup perencana (*recruit planning groupmembers*),
- b. Mengembangkan tujuan program (*develop program goals*),
- c. Mengembangkan objektif untuk tujuan (*develop objectives for goals*),
- d. Menggali sumber dan hambatan (*explore resources dan constraints*),
- e. Memilih metode dan kegiatan (*select methods and activities*),

- f. Rencana untuk pelaksanaan (*plan for implementation*), dan
- g. Rencana untuk evaluasi (*plan for evaluation*).

#### 4. Implementation

Fase berikutnya adalah implementasi, yang juga merupakan fase keenam dari kerangka PROCEDE, disusun melalui tahap:

- a. *Gain acceptance for the program.*
- b. *Specify tasks and estimate resource needs.*
- c. *Develop spesific plans for program activities.*
- d. *Establish mechanism for program management.*
- e. *Put plans into actions.*

#### 5. Evaluation

Tahap evaluasi ini menyatakan berhasil atau tidak target terpenuhi sesuai dengan indikator keberhasilan yang sebelumnya telah ditetapkan. Tahap evaluasi ini menyatakan berhasil atau tidak target terpenuhi sesuai dengan indikator keberhasilan yang sebelumnya telah ditetapkan.

Pada kegiatan PKL ini kelompok 3 menggunakan teori Dignan untuk mengetahui keadaan dan karakteristik dari warga RT 04 – 09 Desa Pomahan. Apabila kita telah mengetahui bagaimana karakteristik sasarannya, rencana program intervensi dapat kita tentukan agar dapat diterima oleh warga RT 04 – 09 Desa Pomahan. Rencana intervensi yang telah disetujui oleh warga RT 04 – 09 Desa Pomahan dapat diimplementasikan agar masalah kesehatan yang ada dapat diselesaikan. Intervensi yang telah dilakukan dilanjutkan dengan evaluasi sehingga dapat diketahui apakah intervensi yang dilakukan sesuai dengan kebutuhan dan karakteristik masyarakat Desa Pomahan.

#### **2.1.6 Teori Perubahan S-O-R**

Teori SOR sebagai singkatan dari *Stimulus-Organism-Response*. Objek materialnya adalah manusia yang jiwanya meliputi komponen-komponen yaitu sikap, opini, perilaku, kognisi, afeksi dan konasi.

Dalam model ini, organism menghasilkan perilaku tertentu jika ada kondisi stimulus tertentu pula, efek yang ditimbulkan adalah reaksi khusus terhadap stimulus khusus, sehingga seseorang dapat mengharapkan dan memperkirakan kesesuaian antara pesan dan reaksi komunikasi.

Asumsi dasar dari model ini adalah media massa menimbulkan efek yang terarah, segera dan langsung terhadap komunikan. *Stimulus Response Theory* atau *S-R theory*. Model ini menunjukkan bahwa komunikasi merupakan proses aksi-reaksi. Sehingga maksud dari model ini mengasumsi bahwa kata-kata verbal, isyarat non verbal, simbol-simbol tertentu akan merangsang orang lain memberikan respon dengan cara tertentu. Pola S-O-R ini dapat berlangsung secara positif atau negatif, misal jika orang tersenyum dibalas tersenyum ini merupakan reaksi positif, namun jika tersenyum dibalas dengan palangan muka maka ini merupakan reaksi negatif. Model ini inilah yang kemudian mempengaruhi suatu teori klasik komunikasi yaitu *Hypodermic needle* atau teori jarum suntik. Asumsi dari teori ini pun tidak jauh berbeda dengan model S-O-R, yaitu bahwa media secara langsung dan cepat memiliki efek yang kuat terhadap komunikan. Artinya media diibaratkan sebagai jarum suntik besar yang memiliki kapasitas sebagai perangsang (S) dan menghasilkan tanggapan (R) yang kuat pula.

Jadi unsur model ini adalah :

- a. Pesan (*Stimulus*, S)
- b. Komunikan (*Organism*, O)
- c. Efek (*Response*, R)

Dalam proses perubahan sikap tampak bahwa sikap dapat berubah hanya jika stimulus yang menerpa melebihi semula. Respon atau perubahan sikap bergantung pada proses terhadap individu. Stimulus yang merupakan pesan yang disampaikan kepada komunikan dapat diterima atau ditolak, komunikasi yang terjadi dapat berjalan apabila komunikan memberikan perhatian terhadap stimulus yang disampaikan kepadanya. Sampai pada proses komunikan tersebut memikirkannya sehingga timbul pengertian dan penerimaan atau mungkin sebaliknya. Perubahan sikap dapat terjadi berupa perubahan kognitif, efektif atau *behavioral*.

Hosland, et al (1953) mengatakan bahwa proses perubahan perilaku pada hakekatnya sama dengan proses belajar. Proses perubahan perilaku tersebut menggambarkan proses belajar pada individu yang terdiri dari:

- a. *Stimulus* (rangsang) yang diberikan pada organism dapat diterima atau ditolak. Apabila stimulus tersebut tidak diterima atau ditolak berarti stimulus itu tidak efektif mempengaruhi perhatian individu dan berhenti

disini. Tetapi bila stimulus diterima oleh organism berarti ada perhatian dari individu dan stimulus tersebut efektif.

b. Apabila stimulus telah mendapat perhatian dari *organism* (diterima) maka ia mengerti stimulus ini dilanjutkan kepada proses berikutnya.

c. Setelah itu *organism* mengolah stimulus tersebut sehingga terjadi kesediaan untuk bertindak demi stimulus yang telah diterimanya (bersikap).

d. Akhirnya dengan dukungan fasilitas serta dorongan dari lingkungan maka stimulus tersebut mempunyai efek tindakan dari individu tersebut (perubahan perilaku).

Selanjutnya teori ini mengatakan bahwa perilaku dapat berubah hanya apabila stimulus (rangsang) yang diberikan benar-benar melebihi dari stimulus semula. Stimulus yang dapat melebihi stimulus semula ini berarti stimulus yang diberikan harus dapat meyakinkan organism ini, faktor *reinforcement* memegang peranan penting.

Stimulus atau pesan yang disampaikan kepada komunikan mungkin diterima atau mungkin ditolak. Komunikasi akan berlangsung jika ada perhatian komunikan. Proses berikutnya komunikan mengerti. Kemampuan komunikan inilah yang melanjutkan proses berikutnya. Setelah komunikan mengolahnya dan menerimanya, maka terjadilah kesediaan untuk mengubah sikap.

Teori ini mendasarkan asumsi bahwa penyebab terjadinya perubahan perilaku tergantung kepada kualitas rangsang (*stimulus*) yang berkomunikasi dengan organism. Artinya kualitas dari sumber komunikasi (*sources*) misalnya kredibilitas, kepemimpinan, gaya berbicara sangat menentukan keberhasilan perubahan perilaku seseorang, kelompok atau masyarakat.

## **2.2 Teknik Sampling**

### **2.2.1 Populasi**

Populasi adalah sejumlah kasus yang memenuhi seperangkat criteria yang ditentukan peneliti. Jadi populasi berhubungan dengan data, bukan manusianya. Populasi juga dapat diartikan sebagai sekumpulan unsur atau elemen yang menjadi objek penelitian. Populasi juga merupakan himpunan semua hal yang ingin diketahui. Dapat berupa kumpulan semua kota, semua

wanita, semua perusahaan. Populasi dalam penelitian dapat pula diartikan sebagai keseluruhan unit analisis yang ciri-cirinya akan diduga.

Populasi adalah totalitas semua individu atau data yang diperoleh dari hasil menghitung maupun hasil pengukuran, baik kualitatif maupun kuantitatif, dari karakteristik tertentu mengenai sekumpulan objek yang lengkap dan jelas. Populasi merupakan objek dari mana sampel diambil. Populasi di sini maksudnya bukan hanya orang atau makhluk hidup, akan tetapi juga benda-benda alam yang lainnya. Populasi juga bukan hanya sekedar jumlah yang ada pada objek atau subjek yang dipelajari, akan tetapi meliputi semua karakteristik, sifat-sifat yang dimiliki oleh objek atau subjek tersebut. Bahkan satu orangpun bisa digunakan sebagai populasi, karena satu orang tersebut memiliki berbagai karakteristik, misalnya seperti gaya bicara, disiplin, pribadi, hobi, dan lain sebagainya.

Populasi dari pengumpulan data yang dilakukan oleh kelompok 3 adalah 270 kepala keluarga yang berada pada RT 04 – 09 Desa Pomahan. Populasi 270 kepala keluarga berasal dari data kepala desa.

### 2.2.2 Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi (sebagian populasi yang diteliti). Sampel merupakan sebagian dari populasi yang diambil sebagai sumber data dan dapat mewakili seluruh populasi. Sampel juga didefinisikan sebagian dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Bisa dikatakan bahwa sampel adalah himpunan dari anggota populasi. Untuk mengetahui ukuran sampel, maka digunakan rumus *random sampling* sebagai berikut:

$$n = \frac{NZ^2 \cdot P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z^2 P(1-P)}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

N = jumlah populasi

Z = derajat kepercayaan (95% → 1,96)

P = proporsi

d = presisi yang diinginkan dalam penelitian (5%)

## 1. Ukuran Sampel (Sample Size)

Sering timbul pertanyaan, berapa besarnya sampel (*sample size*) yang harus diambil untuk mendapatkan data yang representative. Beberapa peneliti menyatakan bahwa besarnya sampel tidak boleh kurang dari 10 persen dan ada pula peneliti lain menyatakan bahwa besarnya sampel minimum 5 persen dari jumlah satu-satuan elementer dari populasi.

Mengenai ukuran sampel atau besarnya sampel yang harus diselidiki dalam suatu penelitian tergantung pada

### a. Keragaman karakteristik populasi

Makin seragam populasi itu, makin kecil sampel yang dapat diambil. Apabila populasi itu seragam sempurna (*completely homogeneous*), maka satu satuan elementer saja dari seluruh populasi itu sudah cukup representative untuk diteliti. Sebaliknya apabila populasi itu tidak seragam (*completely heterogeneous*), maka hanya pencacahan lengkaplah yang dapat memberikan gambaran yang representative.

### b. Tingkat presisi yang dikehendaki

Makin tinggi tingkat presisi yang dikehendaki, makin besar sampel yang harus diambil. Jadi sampel yang besar cenderung memberikan penduga yang lebih mendekati nilai yang sesungguhnya (*true value*). Pada sensus lengkap, presisi ini menjadi mutlak karena nilai taksiran sama dengan nilai parameter. Dengan maksud lain dapat pula dikatakan bahwa antara besarnya yang diambil dengan besarnya kesalahan (*error*) terdapat hubungan yang negatif. Makin besar sampel yang diambil, makin kecil pula kesalahan (penyimpangan terhadap nilai populasi) yang didapat.

### c. Rencana analisis

Adakalanya besarnya sampel sudah mencukupi sesuai dengan presisi yang dikehendaki, tetapi kalau dikaitkan dengan kebutuhan analisis, maka jumlah sampel tersebut kurang mencukupi. Misalnya kita ingin menghubungkan tingkat pendidikan responden dengan persepsi masyarakat dalam penggunaan rokok. Apabila peneliti membagi tingkat pendidikan responden secara terperinci, misal : belum sekolah, belum tamat SD, tamat SD, dan seterusnya, mungkin tidak cukup untuk mengambil 100 responden karena akan terdapat banyak sel-sel dari matrik yang kosong. Begitu juga

untuk perhitungan analisis yang menggunakan perhitungan statistik yang rumit.

d. Tenaga, biaya, dan waktu

Apabila menginginkan presisi yang tinggi maka jumlah sampel harus besar. Tetapi apabila dana, tenaga, dan waktu terbatas, maka tidaklah mungkin untuk mengambil sampel yang besar, dan ini berarti bahwa presisinya akan menurun. Walaupun besarnya sampel harus diambil dalam suatu penelitian didasarkan atas keempat pertimbangan di atas, tetapi agar dapat menghemat waktu, biaya dan tenaga, seorang peneliti harus dapat memperkirakan besarnya sampel yang diambil sehingga presisinya dianggap cukup untuk menjamin tingkat kebenaran hasil penelitian. Jadi peneliti sendirilah yang menentukan tingkat presisi yang dikehendaki, yang selanjutnya berdasarkan presisi tersebut dapat menentukan besarnya sampel.

Sampel dari pengumpulan data kualitatif yang dilakukan oleh kelompok 3 adalah perangkat, kader kesehatan di RT 04 – 09 Desa Pomahan, Kecamatan Baureno, Kabupaten Bojonegoro. Sementara untuk pengambilan data kuantitatif adalah 133 kepala keluarga yang berada pada RT 04 – 09 Desa Pomahan. Sampel tersebut sudah mewakili banyaknya populasi sebanyak 270 kepala keluarga berdasar teknik perhitungan *random sampling*.

### **2.2.3 Teknik Pengambilan Sampel**

Teknik pengambilan sampel yang digunakan adalah *Simple Random Sampling (SRS)* merupakan teknik pengambilan sampel probabilistik yang paling sederhana, dimana satuan pengamatan mempunyai peluang yang sama untuk terpilih ke dalam sampel. Teknik ini digunakan apabila variabel yang akan diteliti keadaannya relative homogeny dan tersebar merata di seluruh populasi.

*Probability sampling* adalah teknik pengambilan sampel yang memberikan peluang sama bagi setiap unsur (anggota) populasi untuk dipilih menjadi anggota sampel. Jenis probability sampling adalah *simple random, proportionate stratified random sampling, disproportionate stratified random sampling, dan area sampling*.

Keuntungan dari SRS adalah rumus perhitungannya relative lebih sederhana, tidak memerlukan pembobotan, dan semua teknik statistika standar bisa diharapkan secara langsung. Kerugiannya adalah (1)

kemungkinan proses randomisasi (pemilihan secara random) tidak menjamin 100 persen terutama jika satuan pengamatan tidak menyebar merata; dan (2) jika ukuran populasi dan ukuran sampel relatif sangat besar, maka pemilihan SRS secara manual sulit dilakukan, misalnya pada saat menyusun kerangka sampling (*sampling frame*). Langkah kerja dari teknik SRS ini adalah sebagai berikut:

1. Tentukan populasi sasaran secara tegas.
2. Tentukan ukuran populasi secara tepat.
3. Tentukan bentuk satuan sampling dan susun kerangka samplingnya secara lengkap.
4. Tentukan ukuran sampel melalui perhitungan tertentu. Ukuran ini bisa ditentukan berdasarkan pertimbangan statis (*statistical aspect*) atau oleh pertimbangan nonstatistik (*nonstatistical aspect*). Aspek statistik ditentukan oleh bentuk parameter antara lain frekuensi, rata-rata, atau proporsi. Aspek nonstatistik biasanya mempertimbangkan biaya, waktu, tenaga, dan kepraktisan atau ketersediaan satuan pengamatan di lapangan.

Pada kegiatan PKL ini kelompok 3 menggunakan teknik sampling agar dapat segera melakukan analisis data tanpa perlu menunggu semua data primer selesai dikumpulkan. Kelompok 3 hanya mengambil data kuesioner sebanyak 133 kepala keluarga dari total 270 kepala keluarga di RT 04 – 09 Desa Pomahan. Pengambilan sampel ini dilakukan karena dapat menghemat waktu, tenaga, dan biaya tanpa mengurangi keakuratan hasil.

### **2.3 Teknik Pengumpulan Data**

Teknik pengumpulan data merupakan langkah utama dalam sebuah penelitian, karena tujuan dari penelitian adalah menapatkan data teknik pengumpulan data yang diperlukan adalah teknik yang paling sesuai dan tepat untuk digunakan sehingga dapat menemukan data yang valid dan bertanggung jawab.

Pada pengumpulan data ini, menggunakan metode pengumpulan data kuantitatif dan kualitatif. Pengumpulan data kuantitatif dengan kuesioner. Sehingga sample yang kami ambil semuanya akan diberikan pertanyaan melalui kuesioner mulai dari RT 04 – 09 Desa Pomahan. Sedangkan metode pengumpulan data kualitatif kami menggunakan FGD dan *in-depth interview*, untuk saling menguatkan kondisi di masyarakat dengan pendapat dari

masyarakat dan tokoh masyarakat itu sendiri, serta observasi lapangan untuk melihat kondisi lapangan dengan pendapat yang telah diberikan narasumber.

### **2.3.1 Teknik Pengumpulan data Kuantitatif**

Pengumpulan data dapat dilakukan dalam berbagai setting, sumber dan berbagai cara data dapat dikumpulkan melalui pengambilan data dari beberapa responden di rumah masing-masing, jika dilihat dari segi cara atau teknik pengumpulan data, maka pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara interview, kuesioner, dan observasi.

### **2.3.2 *In-depth interview* (Wawancara)**

Wawancara adalah teknik peneliti untuk mencari data dan jika peneliti ingin melakukan studi pendahuluan untuk menemukan masalah yang ingin diteliti. Wawancara ada kegiatan tanya jawab yang dilakukan oleh peneliti dan responden untuk bertukar ide untuk mendapatkan informasi dari wawancara kita dapat mengklarifikasikan atau membuktikan suatu informasi yang sudah didapat sebelumnya teknik wawancara dilakukan dengan cara tatap muka (*face to face*), wawancara dilakukan untuk mengetahui sebuah masalah menurut sudut pandang responden, sebuah wawancara mendalam merupakan proses dalam menggali informasi secara mendalam, terbuka, dan bebas dengan masalah.

Pertanyaan yang disiapkan untuk mewawancarai orang harus sesuai dengan tujuan penelitian dan tidak menyimpang atau jauh dari tujuan awal, dan juga dalam bahasa atau kalimat yang akan ditanyakan harus menggunakan bahasa yang baik dan mudah dimengerti oleh responden, sehingga menghasilkan hasil yang memuaskan dalam *in-depth interview* responden diharapkan bisa member informasi yang benar dan sesuai dengan kondisi di lokasi.

Wawancara merupakan bagian dari metode kualitatif yang dikenal dengan teknik wawancara mendalam (*in-depth interview*), metode wawancara merupakan metode pengumpulan data yang umum digunakan untuk mendapatkan data berupa keterangan secara lisan dari suatu narasumber atau responden tertentu data yang dihasilkan dari wawancara dapat dikategorikan. Secara umum wawancara dibagi menjadi dua yaitu wawancara berencana dan wawancara tidak berencana wawancara. Pengertian berencana biasanya sudah mempersiapkan susunan pertanyaan

yang diatur secara sistematis misalnya kuesioner, dan membiarkan responden menjawabnya sedangkan wawancara tidak berencana memiliki persiapan susunan yang mendasar dalam wawancara tidak berencana, pertanyaan tidak diatur secara sistematis, tapi pertanyaan akan keluar secara spontan namun tidak asal-asalan.

Pada pengumpulan data kami menggunakan in-depth interview untuk saling menguatkan kondisi di masyarakat dengan pendapat dari masyarakat dan tokoh masyarakat itu sendiri. in-depth interview digunakan untuk menggali informasi secara mendalam terkait program kesehatan yang telah berjalan di Desa Pomahan, keaktifan warga dalam mengikuti Program kesehatan di Desa Pomahan, Pelayanan di PONKESDES Desa Pomahan dan masalah kesehatan yang terdapat di Desa Pomahan.

### **2.3.3 Kuesioner**

Kuesioner merupakan instrument pengumpulan data primer dengan metode survei untuk memperoleh pendapat responden. Kuesioner dapat diartikan sebagai daftar pertanyaan yang disusun secara sistematis dan kemudian diberikan kepada responden untuk diisi. Kuesioner dapat digunakan untuk memperoleh data pribadi misalnya; sikap, harapan, keinginan responden melalui kuesioner diharapkan responden mau mengisi atau mendapatkan motivasi untuk menyelesaikan semua pertanyaan yang terdapat dalam kuesioner penelitian. Kuesioner dapat didistribusikan kepada responden dengan beberapa cara :

1. Langsung oleh peneliti
2. Dikirim melalui Pos
3. Dikirim melalui e-mail

Kuesioner dapat disebarakan secara langsung jika responden terbilang dekat dan penyebarannya tidak terlalu luas, jika dikirim via pos dan email dapat dikatakan biaya yang dihabiskan tidak terlalu banyak dan jangkauan kuesionernya bisa semakin luas dan waktunya cepat. Cara pembagian kuesioner dipertimbangkan secara efisien dan efektif dari hasil kuesioner peneliti dapat mendapatkan data serta menyimpulkannya. Kuesioner juga memiliki arti sebagai suatu teknik pengumpulan informasi yang memungkinkan analisis mempelajari sikap, perilaku, dan karakteristik.

Kuesioner adalah daftar pertanyaan yang diberikan kepada orang lain yang bersedia menjadi responden dengan menggunakan kuesioner peneliti dapat berupaya mengukur apa yang ditemukan wawancara, selain itu juga dapat menentukan seberapa luas atau terbatasnya sentiment yang diekspresikan dalam suatu wawancara. Setiap pertanyaan merupakan jawaban-jawaban yang mempunyai makna dalam menguji Hipotesis.

Metode kuesioner digunakan untuk mengetahui kondisi di masyarakat dengan jelas dari pendapat dan fenomena di masyarakat tersebut dan kami melakukan penyebaran kuesioner secara langsung rumah ke rumah.

#### **2.3.4 Observasi**

Observasi adalah teknik pengumpulan data secara langsung atau peneliti terjun langsung ke lokasi penelitian observasi dapat di jadikan sebagai teknik pengumpulan data saat pra-penelitian, penelitian, dan pasca-penelitian, yang dapat di gunakan sebagai metode pengganti untuk mengamati sesuatu, dan mendapatkan data serta menyimpulkannya berdasarkan pengamatan langsung. Hal ini di lakukan agar peneliti dapat melihat secara langsung kondisi suatu lokasi penelitian. Beberapa ahli menyimpulkan mengenai pengertian observasi, salah satunya adalah observasi adalah proses pengamatan serta pencatatan setiap peristiwa atau gejala atau segala hal yang berhubungan dengan objek penelitian dengan cara sistematis. setelah observasi selesai hasilnya akan di susun menjadi sebuah laporan dan tersusun sesuai dengan aturan tertentu. Tujuan observasi adalah menggambarkan segala sesuatu yang berhubungan dengan objek penelitian, mengambil kesimpulan yang disusun sebagai sebuah laporan yang relevan dan dapat menjadi bahan pembelajaran atau studi salah satu alasan mengapa harus di lakukan observasi adalah untuk mendapatkan sebuah data yang relevan dan tanpa mengira-ngira.

Langkah observasi juga kami gunakan untuk mengklarifikasi jawaban-jawaban masyarakat sudahkah sesuai kondisi dilapangan.

### **2.4 Teknik Penentuan Prioritas**

#### **2.4.1 Focus Group Discussion (FGD)**

*Focus Group Discussion* (FGD) adalah diskusi kelompok terarah adalah media bagi sekelompok orang untuk mendiskusikan satu topik tertentu secara mendalam. FGD merupakan metode penelitian secara kualitatif,

dalam FGD setiap orang berhak mengemukakan pendapatnya mengenai suatu keadaan, atau apa saja yang ingin di sampaikan dalam hal ini peserta bebas berinteraktif dengan kelompok lainnya. Keunggulan metode FGD adalah memperoleh informasi yang lebih luas dan memberikan nilai tambah pada data yang tidak di peroleh pada saat menggunakan metode penelitian lainnya, ciri khas FGD adalah interaksi. Tujuan FGD adalah memperoleh informasi yang bersifat lokal dan spesifik. Ada beberapa tahapan dalam pelaksanaan proses diskusi terfokus yaitu;

1. Membentuk Kelompok Diskusi
2. Tahap Pra-Diskusi
3. Sediakan satu pertanyaan untuk membuka proses diskusi
4. Mulailah Proses Diskusi
5. Buat laporan Data Mentah
6. Buat Laporan Kesimpulan

Sementara untuk peserta FGD sampel yang diambil adalah ketua RT 04 – RT 09, kader dari dusun Payaman, dan dusun Merbong, serta orang perwakilan masyarakat lokal yang dianggap berpengaruh didusunnya. Kami menggunakan metode FGD dengan tujuan untuk mencari prioritas masalah kesehatan yang ditemukan mahasiswa melalui analisis berbagai data dan informasi yang didapat dan untuk mengetahui nilai dan norma yang ada di Desa Pomahan, khususnya RT 04 – RT 09.

#### **2.4.2 USG (*Urgency, Seriousness, Growth*)**

*Urgency, Seriousness, Growth* adalah alat untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus di selesaikan. caranya dengan menentukan tingkat urgensi, keseriusan, dan perkembangan isu dengan menentukan skala nilai. Isu yang memiliki skor tertinggi itu yang di anggap sebagai prioritas masalah. Berikut adalah pengertian dari *urgency, seriousness, dan growth*

##### 1. *Urgency*

*Urgency* adalah seberapa mendesak isu tersebut harus di bahas dan di kaitkan dengan waktu yang tersedia serta seberapa keras tekanan waktu yang tersedia untuk memecahkan masalah yang di isukan

##### 2. *Seriousness*

*Seriousness* adalah seberapa serius sebuah masalah dan harus di bahas dan akibat yang di timbulkan dari masalah tersebut sehingga menimbulkan

masalah-masalah lain kalau penyebab isu tidak di pecahkan. Yang perlu dimengerti adalah jika suatu masalah tidak dapat di pecahkan maka akan menimbulkan masalah lainnya.

### 3. *Growth*

*Growth* adalah kemungkinan isu menjadi berkembang di kaitkan dan kemungkinan akan semakin memburuk jika di biarkan. Metode USG merupakan metode untuk menetapkan urutan prioritas dengan teknik scoring. proses dari teknik USG dilaksanakan dengan memperhatikan tingkat urgensi suatu masalah atau tingkat keseriusan masalah yang di hadapi. Hal tersebut dapat di jelaskan sebagai berikut.

- a. *Urgency* di lihat dari waktu, mendesak atau tidak masalah itu dapat di selesaikan
- b. *Seriousness* dampak masalah terhadap prioritas kerja, pengaruh terhadap keberhasilan
- c. *Growth* suatu masalah dapat berkembang dengan sedemikian rupa sehingga sulit untuk dicegah.

Metode USG dijelaskan dan dipraktekan bersama masyarakat ketika selesai melakukan FGD. Kami menggunakan metode USG ini dengan tujuan untuk mencari urutan prioritas masalah kesehatan di Desa Pomahan, khususnya RT 04 – 09 berdasarkan tingkat *Urgency, Strength dan Growth*.

#### **2.4.3 Metode MEER**

MEER merupakan singkatan dari “Metodologi, Efektifitas, Efisiensi, dan Relevansi”. MEER merupakan metode dalam menentukan analisis prioritas solusi sebuah masalah. Dalam sebuah penelitian MEER di butuhkan untuk memecahkan masalah, mencari solusi, dan mengetahui seberapa jauh keberhasilan strategi tersebut dalam mencapai tujuan. Pembobotan dengan analisis ini adalah berdasarkan kriteria sebagai berikut:

1. Metodologi : cara melakukan sesuatu dengan menggunakan pikiran secara saksama untuk mencapai suatu tujuan secara garis besar. Metodologi adalah suatu cabang ilmu pengetahuan yang membicarakan/mempersoalkan mengenai cara-cara melaksanakan penelitian secara ilmiah. Dapat diartikan bahwa metodologi adalah ilmu yang mempelajari cara-cara untuk melaksanakan pengamatan dengan pemikirian yang tepat dan jelas untuk

menganalisis, mencari, menyusun, serta menyimpulkan data-data yang sudah di teliti.

2. Efektivitas : kata efektivitas mempunyai arti melakukan sesuatu yang benar dengan baik. Efektivitas merupakan unsur pokok untuk mencapai tujuan ataupun sasaran seperti yang telah ditentukan. Efektivitas harus berkaitan dengan masalah sasaran maupun tujuan. Menurut Steers (1985-87), efektivitas adalah jangkauan usaha suatu program sebagai sebuah sistem dengan sumber daya dan sarana tertentu untuk memenuhi tujuan dan sasarannya tanpa melumpuhkan cara dan sumber daya itu serta tanpa memberi tekanan yang tidak wajar terhadap pelaksanaannya.
3. Efisien: melakukan sesuatu yang dilakukan dengan benar. Ukuran tingkat penggunaan sumber daya dalam suatu proses. Semakin sedikit penggunaan sumber daya maka prosesnya dikatakan semakin efisien. Proses yang efisien ditandai dengan perbaikan proses, sehingga lebih murah dan lebih cepat.
4. Relevansi: memiliki arti kecocokan keterkaitan/kesesuaian strategi tersebut dengan kegiatan organisasi (sektor kesehatan).

Berikut adalah teknik scoring yang mana 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 terbesarkedua memperoleh prioritas kedua, dan seterusnya.

Kelompok 3 menggunakan metode MEER untuk mencari solusi yang akan digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan di Desa Pomahan, khususnya RT 04 – 09. Kami memilih metode MEER karena langkah-langkah penentuan prioritas solusi mudah untuk dimengerti dan sudah cukup mampu menganalisis prioritas solusi apa yang akan dipilih dalam kondisi prioritas masalah yang ada.

## **2.5 Teknik Analisis Data**

Teknik analisis data merupakan rangkaian kegiatan penelaahan, pengelompokan, sistematisasi, penafsiran dan verifikasi data agar sebuah fenomena memiliki nilai sosial, akademis dan ilmiah. Tujuan analisis data

adalah menyederhanakan data, mengelompokkannya, meringkasnya dalam bentuk yang lebih mudah dibaca dan diinterpretasi.

Peneliti menggunakan metode kualitatif deskriptif dalam menganalisis data yaitu dengan cara data yang diperoleh dari hasil wawancara dideskriptifkan secara menyeluruh. Analisis data dimulai dengan melakukan wawancara mendalam dengan informan. Setelah melakukan wawancara peneliti membuat transkrip hasil wawancara dengan cara memutar kembali rekaman wawancara kemudian menuliskan kata-kata yang sesuai dengan apa yang ada di dalam rekaman tersebut. Setelah peneliti menulis hasil wawancara ke dalam transkrip, selanjutnya peneliti membuat reduksi data dengan cara abstraksi, yaitu mengambil data sesuai dengan konteks penelitian dan mengabaikan data yang tidak diperlukan. Penelitian kualitatif harus memiliki kredibilitas sehingga dapat dipertanggung jawabkan.

## **2.6 Rencana Strategi Intervensi**

Strategi didefinisikan sebagai suatu proses penentuan rencana para pemimpin puncak yang berfokus pada tujuan jangka panjang organisasi, disertai penyusunan suatu cara atau upaya bagaimana agar tujuan tersebut dapat dicapai. Strategi adalah suatu bentuk atau rencana yang mengintegrasikan tujuan utama, kebijakan, dan rangkaian tindakan dalam suatu organisasi menjadi suatu kesatuan yang utuh.

Dari kedua pendapat diatas, maka strategi dapat diartikan sebagai suatu rencana yang disusun oleh manajemen puncak untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Rencana ini meliputi: tujuan, kebijakan, dan tindakan yang harus dilakukan oleh suatu organisasi dalam mempertahankan eksistensi. Intervensi adalah upaya perubahan terencana terhadap individu, kelompok, maupun komunitas. Intervensi kesehatan adalah cara memberikan bantuan kepada masyarakat di bidang kesehatan (individu, kelompok, komunitas).



## **BAB III**

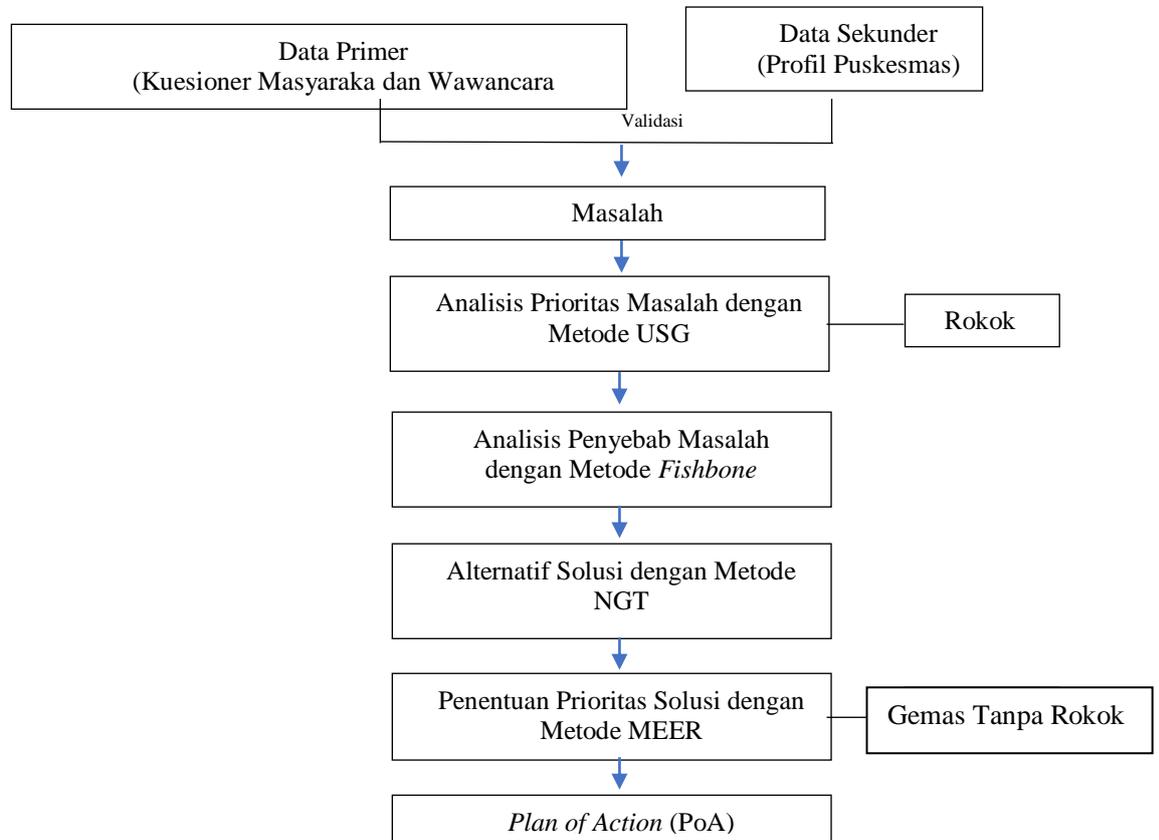
### **METODE KEGIATAN**

#### **3.1 Operasional Riset**

Pada kegiatan Praktik Kerja Lapangan (PKL) ini menggunakan pendekatan penelitian kuantitatif dengan jenis penelitian primer-sekunder atas dasar sumber data yang diperoleh. Penelitian primer menggunakan data atau informasi pertama yang umum disebut dengan responden sedangkan penelitian sekunder menggunakan bahan dengan studi kepustakaan. Dilihat dari latarnya, jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian lapangan sesuai lokasi penelitian yang berada di masyarakat.

Berdasarkan klasifikasi penelitian epidemiologi, kegiatan ini tergolong dalam penelitian observasional dengan studi pendekatan deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan tentang keadaan kesehatan di masyarakat. Selanjutnya, studi pendekatan berdasarkan waktu pengukuran dilakukan dengan studi *cross sectional* yaitu pengukuran yang dilakukan secara bersamaan/serentak dalam suatu sampel.

### 3.1 Kerangka Operasional



Gambar 3.1 Kerangka Operasional Praktik Kerja

Hal pertama yang dilakukan dalam kegiatan PKL ini dimulai dengan pengumpulan data baik primer maupun sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dan beberapa pertanyaan yang disusun dalam sebuah instrumen kuesioner. Data sekunder berasal dari profil Puskesmas Kecamatan Baureno, Puskesmas Pembantu, dan Profil Desa Pomahan Kecamatan Baureno Kabupaten Bojonegoro. Data yang terkumpul kemudian divalidasi menjadi sebuah masalah kesehatan. Selanjutnya masalah yang telah ditemukan, diprioritaskan dengan metode USG (*Urgency, Seriousness, and Growth*) yang dilakukan bersama dengan perangkat desa serta kader kesehatan. Analisis penyebab masalah yang telah diprioritaskan dilakukan dengan metode *fishbone* sedangkan pembahasan alternatif solusi dilakukan dengan metode NGT (*Nominal Group Technique*) bersama dengan masyarakat.

Prioritas solusi yang merupakan hasil dari pemilihan alternatif solusi yang paling sesuai dilakukan dengan metode MEER (Metodologi, Efektifitas,

Efisiensi, dan Relevansi). Selanjutnya, dari prioritas solusi tersebut disusun sebuah rencana aksi untuk pelaksanaan program GEMAS Tanpa Rokok.

## 3.2 Rencana Kegiatan

### 3.3.1 Rancang Bangun Kegiatan

Penelitian yang dilakukan menggunakan desain penelitian observasional dengan studi pendekatan *cross sectional* karena pengambilan data dilakukan dalam waktu yang bersamaan. Adapun kelebihan dari studi pendekatan ini di antaranya murah, mudah, dan membutuhkan waktu yang singkat. Sedangkan kekurangannya yaitu bahwa studi pendekatan *cross sectional* tidak bisa menjelaskan hubungan asosiasi antara variable yang diteliti (faktor risiko dan *outcome*).

### 3.3.2 Populasi Sasaran

Populasi didefinisikan sebagai seperangkat unit analisis yang lengkap yang sedang diteliti. Populasi Dusun Ngrandu dan Dusun Semutan Desa Pomahan sebanyak 270 kepala keluarga (KK). Dalam penelitian ini, penulis tidak menggunakan populasi melainkan sampel, yaitu sub dari seperangkat elemen yang dipilih untuk dipelajari. Jumlah minimal sampel yang diambil ditentukan melalui rumus *Proportion Data Random Sampling*.

$$P = \frac{x}{N}$$

$$P = \frac{48}{270} = 0,18$$

Keterangan:

P= Proporsi

x= Jumlah Kejadian

N= Populasi

$$n = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2}\right)^2 x P(1-P)N}{d^2(N-1) + \left(Z_{1-\alpha/2}\right)^2 x P(1-P)}$$

$$n = \frac{(1,96)^2 x 0,18 (1 - 0,18) 270}{0,05^2 (269) + (1,96)^2 x 0,18 (1 - 0,18)} = 121$$

Keterangan:

$n$  = sampel

$Z_{1-\alpha/2}$  = SD normal (1,96)

$d$  = taraf signifikan (0,05)

Dari perhitungan di atas diperoleh sampel sebanyak 121 KK dengan penambahan sebesar 10% dari total sampel sehingga total keseluruhan sampel sebanyak 133 sampel.

### 3.3.3 Lokasi dan Waktu Kegiatan

Kegiatan penelitian dilakukan di Dusun Ngrandu RT 04 dan RT 05 dan Dusun Semutan RT 06 – RT 09, Desa Pomahan, Kecamatan Baureno, Kabupaten Bojonegoro, Jawa Timur. Waktu kegiatan dimulai dari tanggal 17 Juli 2017 sampai tanggal 13 Agustus 2017.

## 3.3 Pengumpulan, Pengolahan, dan Analisis Data

### 3.4.1 Pengumpulan Data

Pengumpulan atau koleksi data merupakan suatu tahapan yang penting untuk memperoleh informasi. Pada penelitian ini, menggunakan dua jenis data yaitu data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh langsung dari masyarakat (reponden) melalui wawancara mendalam dan pemberian instrumen penelitian berupa kuesioner. Kuesioner disebar secara acak kepada 133 KK Dusun Ngrandu RT 04 dan RT 05 serta Dusun Semutan RT 06 – RT 09. Penyebaran kuesioner dilakukan selama 3 hari berturut-turut dan masing-masing anggota kelompok menyebar sebanyak 10 atau 11 kuesioner. Wawancara mendalam dilakukan saat dan pasca pengisian kuesioner. Adapun konten kuesioner meliputi *inform consent*, karakteristik responden, permasalahan lingkungan, Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS), kesehatan maternal dan Keluarga Berencana (KB), gizi, penyakit akibat kerja, dan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Data sekunder diperoleh melalui data yang sudah tersedia terkait profil Desa Pomahan, laporan puskesmas pembantu, dan laporan puskesmas kecamatan. Data sekunder digunakan sebagai sarana pendukung untuk memahami masalah yang sedang diteliti. Selain

dalam hal pengembangan masalah, data sekunder juga berguna dalam memunculkan solusi atas permasalahan yang ada.

### 3.4.2 Pengolahan Data

Data yang diperoleh selanjutnya diolah sebelum dilakukan analisis. Menurut Sarwono (2006), tahapan pengolahan data meliputi:

1. *Editing Data*

Proses yang memungkinkan peneliti untuk melakukan klarifikasi, keterbacaan, konsistensi, dan kelengkapan data yang telah terkumpul.

2. Pengembangan Variabel

Pengembangan variabel ialah spesifikasi semua variabel yang diperlukan tercakup dalam data yang sudah terkumpul atau dengan kata lain apakah semua variabel yang diperlukan sudah termasuk dalam data.

3. Pengkodean Data

Pengkodean data dimaksudkan untuk menerjemahkan data ke dalam kode yang umumnya dalam bentuk angka. Tujuan pengkodean data adalah untuk dapat dipindahkan ke dalam sarana penyimpanan elektronik seperti komputer. Lebih dari itu, pengkodean data memungkinkan peneliti menemukan perangkat lunak yang sesuai dalam menganalisis data.

4. Cek Kesalahan

Cek kesalahan dilakukan untuk memastikan bahwa langkah yang telah dilakukan sebelumnya tidak ada kesalahan dan sesuai.

5. Membuat Struktur Data

Pembuatan struktur data mencakup semua data yang dibutuhkan untuk analisis kemudian dipindahkan ke dalam komputer.

6. Cek Preanalisis Komputer

Struktur data yang sudah selesai dipersiapkan untuk analisis komputer dengan perangkat lunak SPSS. Namun sebelumnya dilakukan pengecekan preanalisis komputer untuk diketahui konsistensi dan kelengkapan data.

## 7. Tabulasi

Tabulasi adalah proses pengolahan data yang dilakukan dengan cara memasukkan data ke dalam tabel atau dapat dikatakan bahwa tabulasi data adalah penyajian data dalam bentuk tabel atau daftar untuk memudahkan pembaca.

### **3.4.3 Analisis Data**

Analisis data adalah proses penyederhanaan data agar lebih mudah dibaca dan diinterpretasi. Dalam penelitian ini menggunakan teknik analisis data kuantitatif karena jenis data yang diperoleh dapat dikuantifikasikan. Adapun jenis analisis kuantitatif yang dipakai berupa statistik deskriptif, yaitu statistik yang digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku umum atau generalisasi.







**BAB IV**  
**HASIL DAN PEMBAHASAN**

**4.1 Karakteristik Desa Pomahan**

**4.1.1 Profil Desa Pomahan**

**A. Identitas Desa Pomahan**

1. Nama Desa : Pomahan
2. Tahun Pembentukan : -
3. Dasar Hukum Pembentukan : -
4. Nomor Kode Wilayah : 022
5. Nomor Kode Pos : 62192
6. Kecamatan : Baureno
7. Kabupaten/Kota : Bojonegoro
8. Provinsi : Jawa Timur

**B. Data Umum**

1. Tipologi Desa : a. Persawahan  
b. Perladangan  
c. Perkebunan  
d. Peternakan  
e. Nelayan  
f. Pertambangan/galian  
g. Kerajinan dan Industri Kecil  
h. Industri Sedang dan Besar  
i. Jasa dan perdagangan
2. Tingkat Perkembangan Desa : Swasembada/Swadaya Swakarya
3. Luas Wilayah : 327 Ha
4. Batas Wilayah :
  - a. Sebelah Utara : Desa Pucangarum
  - b. Sebelah Selatan : Desa Banjaran
  - c. Sebelah Barat : Desa Sembunglor/Desa Temu Kanor
  - d. Sebelah Timur : Desa Karangdayu
5. Orbitasi (Jarak dari Pusat Pemerintahan) :
  - a. Jarak dari Pusat Pemerintah Kecamatan : 6 Km
  - b. Jarak dari Pusat Pemerintah Kota : 30 Km

c. Jarak dari kota/ibu kota Kabupaten	: 30 Km
d. Jarak dari ibu kota Provinsi	: 82 Km
1. Jumlah tanah bersertifikat	: 234 buah 248 Ha.
2. Luas tanah kas desa	: 36 Ha.
3. Jumlah Penduduk	: 3286 Jiwa/ 1080 KK
a. Laki-laki	: 1642 Jiwa
b. Perempuan	: 1644 Jiwa
c. Usia 0 – 15	: 603 Jiwa
d. Usia 15 – 65	: 1563 Jiwa
e. Usia 65 ke-atas	: 1120 Jiwa
4. Pekerjaan/Mata Pencaharian	
a. Karyawan	
1) Pegawai Negeri Sipil	: 19 Orang
2) TNI/Polri	: 7 Orang
3) Swasta	: 29 Orang
b. Wiraswasta/pedagang	: 234 Orang
c. Petani	: 984 Orang
d. Tukang	: 56 Orang
e. Buruh Tani	: 1248 Orang
f. Pensiunan	: 8 Orang
g. Nelayan	: - Orang
h. Peternak	: - Orang
i. Jasa	: - Orang
j. Pengrajin	: - Orang
k. Pekerja Seni	: - Orang
l. Lainnya	: - Orang
m. Tidak bekerja/penganggur	: - Orang
5. Tingkat Pendidikan Masyarakat	
a. Lulusan Pendidikan umum	
1) Taman Kanak-kanak	: 63 Orang
2) Sekolah Dasar/ sederajat	: 1695 Orang
3) SMP	: 775 Orang
4) SMA/SMU	: 496 Orang
5) Akademi/D1-D3	: 12 Orang

6) Sarjana	: 79 Orang
7) Pascasarjana	: S2 1 Orang
b. Lulusan Pendidikan khusus	
1) Pondok Pesantren	: 36 Orang
2) Pendidikan Keagamaan	: - Orang
3) Sekolah Luar Biasa	: 1 Orang
4) Kursus Ketrampilan	: 15 Orang
c. Tidak Lulus dan tidak sekolah	
1) Tidak lulus	: - Orang
2) Tidak bersekolah	: - Orang
6. Jumlah Penduduk Miskin	: 1146 jiwa/388 KK (standar BPS)
7. U M R Kabupaten / Kota	: Rp 1.462.000,-
8. Sarana Prasarana	:
a. Kantor Desa	: Permanen
b. Prasarana Kesehatan	
1) Puskesmas	: ada
2) Poskesdes	: 1 buah
3) UKBM (Posyandu,Polindes)	: 6 buah
c. Prasaran Pendidikan	
1) Perpustakaan Desa	: - buah
2) Gedung Sekolah PAUD	: ada
3) Gedung Sekolah TK	: 3 buah
4) Gedung Sekolah SD	: 3 buah
5) Gedung Sekolah SMP	: 1 buah
6) Gedung Sekolah SMA	: - buah
7) Gedung Perguruan Tinggi	: - buah
d. Prasarana Ibadah	
1) Masjid	: 5 buah
2) Mushola	: 28 buah
3) Gereja	: - buah
4) Pura	: - buah
5) Vihara	: - buah
6) Klenteng	: - buah

## e. Prasarana Umum

- |                    |          |
|--------------------|----------|
| 1) Olahraga        | : 1 buah |
| 2) Kesenian/budaya | : - buah |
| 3) Balai Pertemuan | : - buah |
| 4) Sumur Desa      | : - buah |
| 5) Pasar Desa      | : - buah |

**4.1.2 Profil Puskesmas Pembantu (Pustu) Desa Pomahan****Keadaan Umum**

## 1. Data Wilayah

## a) Letak / Batas Wilayah

Adapun batas-batas Wilayah Kerja Pustu Pomahan adalah sebagai berikut:

- Sebelah Barat : Ds Sembunglor Kec. Baureno dan Ds Temu Kec. Kanor
- Sebelah Timur : Ds. Karangdayu Kec. Baureno
- Sebelah Utara : Ds. Pucangarum Kec. Baureno
- Sebelah Selatan : Ds. Banjaran Kec. Baureno

## b) Luas Wilayah

Luas Wilayah kerja Ponkesdes Drajat : 327 Ha yang terdiri dari :

- |                 |                             |          |
|-----------------|-----------------------------|----------|
| 1. Tanah Sawah  | : Dengan pengairan teknis   | = 0 Ha   |
|                 | : Dengan pengairan ½ teknis | = 190 Ha |
|                 | : Dengan tadah hujan        | = 27 Ha  |
| 2. Tanah Kering | : Tanah Bangunan            | = 30 Ha  |
|                 | : Tegal/Ladang              | = 9 Ha   |

## c) Jumlah Dusun, RT dan RW.

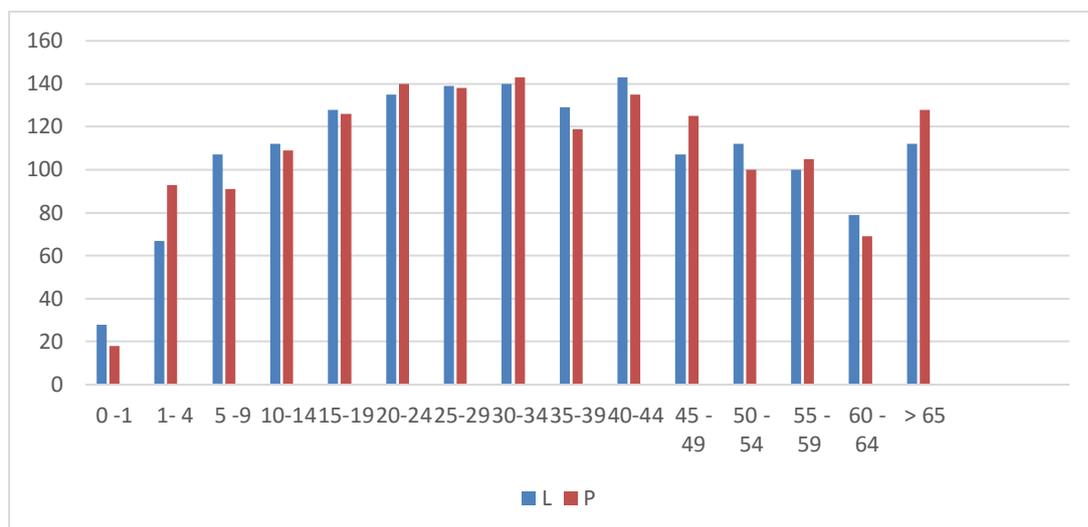
Tabel 4.1 Jumlah dusun, RT, dan RW

No	Dusun	Jumlah	
		RT	RW
1	Nunuk	3	1
2	Ngrandu	2	1
3	Semutan	4	4
4	Pomahan	6	2
5	Godang	4	2
	<b>Jumlah</b>	<b>19</b>	<b>9</b>

## 2. Kondisi Geografi

Adapun jumlah penduduk wilayah Ponkesdes Drajat berdasarkan sensus tahun 2015 adalah 3.277 jiwa

### a. Distribusi Penduduk menurut umur Th. 2015



Gambar 4.1 Distribusi Penduduk menurut Umur tahun 2015

### b. Distribusi Sasaran Program

Tabel 4.2 Distribusi Sasaran Program

1	<b>Jumlah Penduduk</b>	<b>3.277 Jiwa</b>
2	Jumlah Kepala Keluarga (KK)	894 KK
3	Jumlah Penduduk Total miskin (Jamkesmas)	1562 Jiwa
4	Jumlah Kepala Keluarga Miskin (KK)	290 KK
5	Jumlah Anggota Keluarga Miskin (Jamkesmas)	1492 orang
6	Jumlah yang mempunyai jamkesmas	1492 orang
7	Jumlah ibu hamil	46 orang
8	Jumlah ibu hamil miskin	15 orang
9	Jumlah bayi (<1 tahun)	46 bayi
10	Jumlah anak balita (1 – 4 tahun)	160 anak
11	Jumlah Wanita Usia Subur	992 orang
12	Jumlah pasangan usia subur	703 pasang
13	Jumlah ibu bersalin	46 orang
14	Jumlah ibu nifas	46 orang
15	Jumlah ibu meneteki	87 orang

### 3. Kondisi Sosial Ekonomi

Mata pencaharian sebagian besar masyarakat wilayah PustuPomahan adalah PNS, Petani, buruh tani, Pedagang, dan Pegawai Pabrikda buruhbangunan.

### 4. Transportasi

Secara umum wilayah PustuPomahan dapat dijangkau dengan kendaraan roda 4 dan roda dua.

## Kadaan Khusus (kondisi program)

### 1. Sarana dan Prasarana

Dalam rangka menunjang pelaksanaan kegiatan program kesehatan Pustu Pomahan terdapat peralatan sarana penunjang :

#### a. Keadaan Peralatan Kesehatan

Tabel 4.3 Keadaan Peralatan Kesehatan

No	Jenis Sarana	Jumlah	Kondisi Sarana	
			Baik	Rusak
1	TimbanganBadan	1	1	0
2	Pengukur Tinggi Badan	2	2	0
3	PengukurLingkarPerut	2	2	0
4	Tensi Meter	2	1	1
5	Stetoskop	2	2	0
6	KMS	200	200	0
7	KPS	200	200	0
8	Partus Set	1	1	0
9	Hecting Set	1	1	0

#### b. Data Sarana dan Prasarana

Tabel 4.4 Data Sarana dan Prasarana

No	Jenis Sarana	Jumlah	Kondisi Sarana	
			Baik	Rusak
1	Buku Register	12	V	
2	Meja	4	V	
3	Kursi	4	V	
4	Kursi Tunggu	3	V	
5	Almari Obat	2	V	
6	Bad Periksa	2	V	
7	Bantal	2	V	
8	Almari Dokumen	1	V	
9	Papan Data	2	V	
10	Injakan Pasien	0		
11	Troli	0		

## 2. Sumber Daya Manusia :

Dalam rangka menunjang pelaksanaan kegiatan program kesehatan di PustuPomahan, Sumber Daya Manusia (SDM) sebagai penunjang kegiatan adalah:

- a) Bidan : 1
- b) Perawat : 1
- c) Kader Balita : 30
- d) Kader Lansia : 5

## 3. Pembiayaan

Tabel 4.5 Pembiayaan

No	Jenis Kegiatan	Sumber Dana	Jumlah Dana
1	Posyandu Balita	ADD	Rp.10.560.000
2	Posyadu Lansia	ADD	Rp.1.500.000
3	Kelas Ibu Hamil	ADD	Rp.350.000
4	PD	ADD	Rp.1500.000

## 4. Obat dan Bahan Habis Pakai

Tabel 4.6 Obat dan Bahan Habis Pakai

No	Jenis Obat	Jumlah			Keterangan
		Tersedia	Pemakaian	Stok	
1	Acyclovir crem 5 %	9	2	7	
2	Acyclofir tab 400 mg	110	20	90	
3	Ambroxol syrup	5	2	3	
4	Ambroxol tab 30 mg	250	100	150	
5	Aminofilin 200 mg	880	60	820	
6	Amlodipine Tab 5mg	100	50	50	
7	Asam Mefenamet 500g	300	150	150	
8	Sput 3 ml	90	10	80	
9	Allopurinol 100mg	100	40	60	
10	Amoxicilin syrup	0	0	0	
11	Amoxicilin caplet 500mg	890	200	690	
12	Antasid doen tablet	1060	200	860	
13	Antasida syrup	5	0	5	
14	Anti hemoroid doen	5	2	3	
15	Asam askorbat 50 mg	220	70	150	
16	Betason crem 0,1 %	4	4	0	
17	Betahisti masilat 6 mg	50	30	20	
18	Captopril 25/12,5mg	150	30	120	
19	Catgut	6	2	4	
20	Ciprofloxacine 500 mg	330	100	230	
21	Dexametason tablet	900	200	700	
22	Dimenhydrinate 50 mg	40	20	20	

No.	Jenis Obat	Jumlah			Keterangan
		Tersedia	Pemakaian	Stok	
23	Erytromicyn 500 mg	100	60	40	
24	Ethanol 70%	0	0	0	
25	Fitomenadion inj 10 mg	7	7	0	
26	Fitomenadion Tab 10 mg	38	10	28	
28	Foly kateter 18	2	0	2	
29	Garam oralit	300	100	200	
30	Gliben klamit 5mg	30	10	20	
31	Glukosa inf 5%	2	0	2	
32	Hydrokortison crem	0	0	0	
33	Gliceryl guayacolat 100 mg	1000	200	800	
34	Ibuprofen 200/400mg	300	100	200	
35	Infus set anak	2	0	2	
36	Infus set dewasa	1	0	1	
37	Kalsium laktat	800	100	700	
38	Kasa pembalut elastic	2	2	0	
39	Kasa pembalut kompres	4	0	4	
40	Klorampenycol tetes telinga	2	2	0	
41	Klorfeneramin maleat (ctm)	800	150	650	
42	Kotrimoksazole Tab	200	50	150	
43	Kotrimokxazole syrup	3	2	1	
44	Lidocain	4	2	2	
45	Metyl ergometri tab	0	0	0	
46	Metronidasol 250/500mg	200	50	150	
47	Natrium diclofenak 50 mg	60	30	30	
48	Neo Diaform	150	60	90	
49	Nifidipin 10mg	50	0	50	
50	OBH	10	5	5	
51	Parasetamol syrup	4	2	2	
52	Parasetamol Tab	780	200	580	
53	Piroxicam	40	40	0	
54	Prednison	100	60	40	
55	RL	2	0	2	
56	Salep 24 kombinasi	2	0	2	
57	Salysil bedak 2%	1	0	1	
58	Sarung tangan steril no.7	36	10	26	
59	Silk	3	1	2	
60	Tablet tambah darah	1130	210	920	
61	Thiamin tablet 50mg	0	0	0	
62	Vit B komplek	700	200	500	

## 5. Peran Serta Masyarakat F3

Tabel 4.7 Peran serta Masyarakat F3

No	Peran serta masyarakat	Jumlah
1	Dukun bayi terlatih	0
2	Dukun bayi tak terlatih	0
3	Jumlah kader Posyandu	30

No	Peran serta masyarakat	Jumlah
4	Kader aktif	30
5	Kader BKB	6
6	Kader lansia	5
7	Kader Jumantik	2
8	Kader desa siaga	0
9	Jumlah posyandu	6

## 6. Data Sekolah

Tabel 4.8 Data Sekolah

No	Nama Sekolah	Jumlah Sekolah
1	Paud	3
2	TK	4
3	SD/MI	3
4	MTS	1

## 7. Data Kesehatan Lingkungan

Tabel 4.9 Data Kesehatan Lingkungan

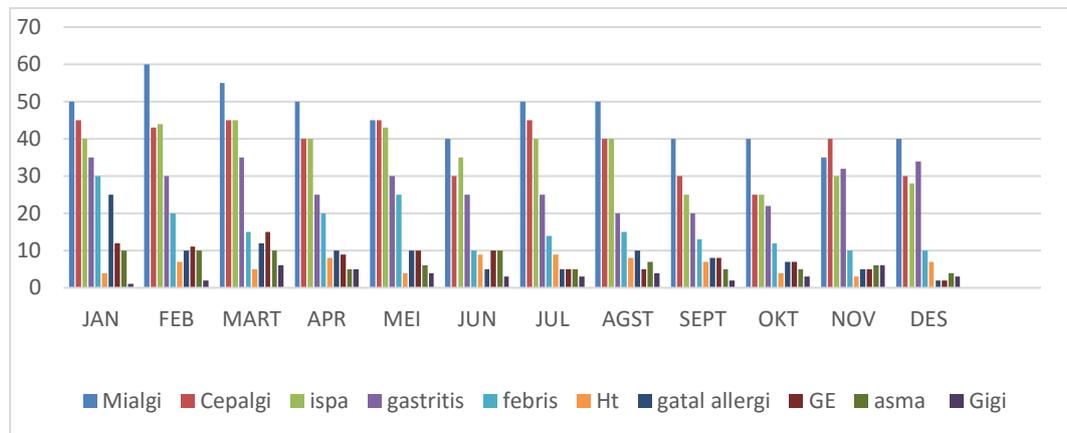
No	Sarana Kesehatan Lingkungan	Jumlah
1	Rumah diperiksa	210
2	Rumah sehat	2
3	TPM diperiksa	0
4	TPM memenuhi syarat	0
5	TTU diperiksa	5
6	TTU memenuhi syarat	5
7	TPA diperiksa	0
8	TPA memenuhi syarat	0
9	Keluarga pemakai Jamban sehat	
10	Rumah dengan SPAL	711

## 8. Data Kunjungan

Tabel 4.10 Data Kunjungan

Bulan	Jenis Kunjungan		Total
	KTP/KK	BPJS	
<b>Januari</b>	129	31	160
<b>Februari</b>	120	14	154
<b>Maret</b>	112	46	158
<b>April</b>	132	57	179
<b>Mei</b>	106	49	155
<b>Juni</b>	78	25	103
<b>Juli</b>	53	22	75
<b>Agustus</b>	127	46	173
<b>September</b>	83	47	120
<b>Oktober</b>	74	31	105
<b>November</b>	89	24	93
<b>Desember</b>	325	36	361

## 9. Data 10 Besar Penyakit



Gambar 4.2 Data 10 Besar Penyakit Tahun 2015 Pustu Pomahan

## 10. Kejadian Luar Biasa (KLB)

Tidak Ada

### 4.1.3 Profil Puskesmas Baureno

#### Data Dasar

##### A. Data Umum

Nomor Kode Puskesmas	: P3522100101
Nama Puskesmas	: Baureno
Kecamatan	: Baureno
Kabupaten	: Bojonegoro
Provinsi	: Jawa Timur
Tahun	: 2016

##### I. Data Wilayah

1. Luas Wilayah	: 389,06 km <sup>2</sup>
Wilayah dataran rendah	: _____ %
Wilayah dataran tinggi	: _____ %
2. Jumlah Desa/Kelurahan	: 14 des/kel
Yang dapat dijangkau kendaraan roda 4	: 14 des/kel
Yang dapat dijangkau kendaraan roda 2	: 14 des/kel
Yang tidak dapat dijangkau oleh roda 4&2	: 0 des/kel

##### II. Data Kependudukan

1. Jumlah penduduk seluruhnya	: 48625 orang
Laki-laki	: 24452 orang

Perempuan	: 24173 orang
2. Jumlah Kepala Keluarga	: 13720 KK
3. Jumlah Penduduk Total Miskin (Jamkesmas)	: 6671 Jiwa
4. Jumlah Kepala Keluarga Miskin (KK)	: 7488 KK
5. Jumlah Anggota Keluarga Miskin (JAMKESMAS)	: ____ orang
6. Jumlah yang mempunyai kartu Jamkesmas	: ____ orang
7. Jumlah Ibu hamil	: 587 orang
8. Jumlah ibu hamil miskin	: ____ orang
9. Jumlah bayi (< 1 tahun)	: 383 bayi
10. Jumlah anak balita (1-4 tahun)	: 2893 anak
11. Jumlah wanita usia subur	: 7474 orang
12. Jumlah pasangan usia subur	: 7474 pasang
13. Jumlah ibu bersalin	: 675 orang
14. Jumlah ibu nifas	: 669 orang
15. Jumlah ibu meneteki	: 938 orang

### III. Pendidikan

#### a. Jumlah sekolah

1. Taman kanak-kanak yang ada	: -
2. SD/MI yang ada	: 36 buah
3. SLTP/MT yang ada	: -
4. SMU/MA yang ada	: -
5. Akademi yang ada	: -
6. Perguruan tinggi yang ada	: -
7. Jumlah ponpes yang ada	: 1 buah

#### b. Jumlah murid yang ada

1. Taman kanak-kanak	:
2. SD/MI	: 2457/1492 murid
3. SMP/MT	: 1826/651 murid
4. SMA/SMK/MA	: 1103/770/1388 murid
5. Akademi	:
6. Perguruan tinggi	:
7. Jumlah santri ponpes yang ada	:

## B. Data Khusus

### I. Derajat Kesehatan

1. Jumlah kematian ibu	: 0 orang
2. Jumlah kematian perinatal	: 1 orang
3. Jumlah kematian neonatal	: 7 orang
4. Jumlah lahir mati	: 0 orang
5. Jumlah lahir hidup	: 675 orang
6. Jumlah kematian bayi	: 9 orang
7. Jumlah kematian balita	: 0 orang
8. Jumlah kematian semua orang	: -

### II. Ketenagaan

1. Dokter	: 3 orang
2. Dokter gigi	: 1 orang
3. Jumlah dokter mahir jiwa	:
4. Sarjana kesehatan masyarakat	:
5. Bidan	: 16 orang
6. Bidan di desa	: 13 orang
7. Perawat kesehatan	: 23 orang
8. Perawat gigi	: 1 orang
9. Perawat mahir jiwa	:
10. Sanitarian / D3 kesling	:
11. Petugas gizi	: 1 orang
12. Asisten apoteker	: 1 orang
13. Analis laboratorium	: 1 orang
14. Juru imunisasi	: 1 orang
15. Tenaga administrasi	: 1 orang
16. Sopir penjaga	: 1/ 1 orang
17. Lain-lain	: 3 orang

### III. Sarana Kesehatan

1. Rumah Sakit	
a. Rumah Sakit Pemerintah	: 1 buah
b. Rumah Sakit Swasta	: 0 buah
2. Rumah Bersalin	: 0 buah
3. Puskesmas Pembantu	: 2 buah

- |                          |           |
|--------------------------|-----------|
| 4. Puskesmas Keliling    | : 1 buah  |
| 5. Polindes              | : 11 buah |
| 6. BP Swasta             | : 0 buah  |
| 7. Praktek Dokter Swasta | : 3 buah  |
| 8. Praktek Bidan Swasta  | : 0 buah  |
| 9. Praktek Perawat       | : 0 buah  |

#### IV. Peran Serta Masyarakat

- |  |               |
|--|---------------|
| 1. Jumlah Dukun Bayi                                   | : 19 orang    |
| 2. Jumlah Kader Posyandu                               | : 245 orang   |
| 3. Jumlah Kader Poskesdes                              | : 42 orang    |
| 4. Jumlah Kader Tiwisada                               | : 0 orang     |
| 5. Jumlah Guru UKS                                     | : 0 orang     |
| 6. Jumlah Santri Husada                                | : 4 orang     |
| 7. Jumlah Kadar Lansia                                 | : 7 orang     |
| 8. Jumlah kelompok Usia Lanjut                         | : 11 kelompok |
| 9. Jumlah Kelompok Batra                               | : 0 kelompok  |
| 10. Jumlah Posyandu                                    | : 64 Pos      |
| 11. Jumlah Polindes                                    | : 2 Pos       |
| 12. Jumlah Poskesdes                                   | : 1 Pos       |
| 13. Jumlah Poskestren                                  | : 1 Pos       |
| 14. Jumlah Pos UKK                                     | : 2 Pos       |
| 15. Jumlah Saka Bhakti Husada                          | : 0 Pos       |
| 16. Jumlah Organisasi Masyarakat/LSM peduli kesehatan: | 0 kelompok    |
| 17. Jumlah Panti Asuhan                                | : 0 buah      |
| 18. Jumlah Panti Wreda                                 | : _ buah      |
| 19. Jumlah Posyandu Lansia                             | : 11 buah     |
| 20. Jumlah UKBM lainnya                                | : _ Pos       |
| 21. Jumlah Kader Kesehatan Jiwa                        | : _ orang     |

#### V. Program Kesehatan

##### a. Perbaikan Gizi

##### 1. Penimbangan

- |                                     |        |
|-------------------------------------|--------|
| a. Jumlah bayi yang ada (S)         | : 3255 |
| b. Jumlah balita yang punya KMS (K) | : 3255 |
| c. Jumlah balia yang ditimbang (D)  | : 2965 |

- |                                      |        |
|--------------------------------------|--------|
| d. Jumlah balita yang naik BB (N)    | : 2468 |
| e. Jumlah balita yang tetap/turun BB | : 278  |
2. Penyehatan Lingkungan
- |                                      |              |
|--------------------------------------|--------------|
| a. Jumlah TPA yang ada               | : 1 buah     |
| b. Jumlah TPA yang memenuhi syarat   | : 1 buah     |
| c. Jumlah TPS yang ada               | : 1 buah     |
| d. Jumlah TPS yang memenuhi syarat   | : 1 buah     |
| e. Jumlah TTU yang ada               | : 33/53 buah |
| f. Jumlah TTU yang memenuhi syarat   | : 52 buah    |
| g. Jumlah SAB                        | : 9093 buah  |
| h. Jumlah SAB yang memenuhi syarat   | : 6496 buah  |
| i. Jumlah TPM yang ada               | : 17/17 buah |
| j. Jumlah TPM yang laik sehat        | : 12 buah    |
| k. Jumlah penjamah makanan yang ada  | : 12 buah    |
| l. Jumlah JAGA yang ada              | : 11648 buah |
| m. Jumlah SPAL yang ada              | : 7368 buah  |
| n. Jumlah rumah yang ada             | : 11781 buah |
| o. Jumlah rumah yang memenuhi syarat | : 9424 buah  |
3. Pencegahan dan Pemberantasan Penyakit Menular
- |  |             |
|--|-------------|
| a. Jumlah kasus diare yang ditemukan dan diobati   | : 869 orang |
| b. Jumlah kasus diare yang mendapatkan oralit      | : 869 orang |
| c. Jumlah kasus diare yang mendapatkan RL          | : 23 orang  |
| d. Jumlah penderita diare blita                    | : 135 orang |
| e. Jumlah penderita diare balita yang dapat Zn     | : 153 orang |
| f. KLB diare                                       | : -         |
| g. Jumlah penderita KLB diare                      | : -         |
| h. Jumlah kematian KLB                             | : -         |
| i. Jumlah pneumonia balita yang ditemukan          | : 222 anak  |
| j. Jumlah pneumonia balita yang dirujuk            | : 2 anak    |
| k. Jumlah pneumonia balita yang meninggal          | : -         |
| l. Jumlah penderita kusta yang baru ditemukan      | : 1 orang   |
| m. Jumlah penderita kusta baru anak ( usia < 15th) | : -         |
| n. Jumlah penderita kusta baru dengan cacat TK II  | : -         |
| o. Jumlah kusta PB yang RTF                        | : 1 orang   |

p. Jumlah penderita kusta MB yang RTF	: -
q. Jumlah suspek penderita TB yang diperiksa dahak	: -
r. Jumlah pasien baru BTA positif diobati	: 172 orang
s. Jumlah pasien baru BTA positif konversi	: 20 orang
t. Jumlah pasien baru BTA positif yang sembuh	: 20 orang
u. Jumlah pasien BTA positif PL	: 11 orang
v. Jumlah kasus HIV/AIDS	: 11 orang
w. Jumlah kasus HIV/AIDS yang meninggal	: -
x. Jumlah kasus IMS yang ditemukan dan diobati	: 3 orang
y. Jumlah kasus DBD	: 33 orang
z. Jumlah kasus kematian DBD	: -
aa. Jumlah PE kasus DBD	: 33 kali
bb. Jumlah PF kasus DBD	: -
cc. Jumlah desa endemis DBD	: 2 desa
dd. Jumlah desa sporadis DBD	: 12 desa
ee. Jumlah desa potensial/bebasDBD	: 2 desa
ff. Jumlah tenaga pemanta jentik	: 14 orang
gg. Jumlah rumah yang diperiksa jentik	: 6668 rumah
hh. Jumlah rumah yang positif jentik	: 567 rumah
ii. Jumlah sediaan darah malaria yang diperiksa	: 0 sediaan
jj. Jumlah penderita positif malaria (ACD, PCD, dll)	: 0 orang
kk. Jumlah penderita malaria yang diobati ACT	: 0 orang
ll. Jumlah penderita malaria yang diobati non ACT	: 0 orang
mm. Jumlah penderita malaria yang diobati	: 0 orang
nn. Jumlah penderita malaria yang meninggal	: 0 orang
oo. Jumlah desa HCI malaria	: 0 desa
pp. Jumlah desa MCI malaria	: 0 desa
qq. Jumlah desa LCI malaria	: 0 desa
rr. Jumlah kasus yang kena gigitan hewan perantara rabies	: 0 orang
ss. Jumlah kasus Fillaria diobati	: 0 orang
tt. Jumlah kasus TN yang ditemukan	: 0 orang
4. Kesehatan Keluarga	
a. Jumlah ibu hamil risiko tinggi yang ditemukan	: -

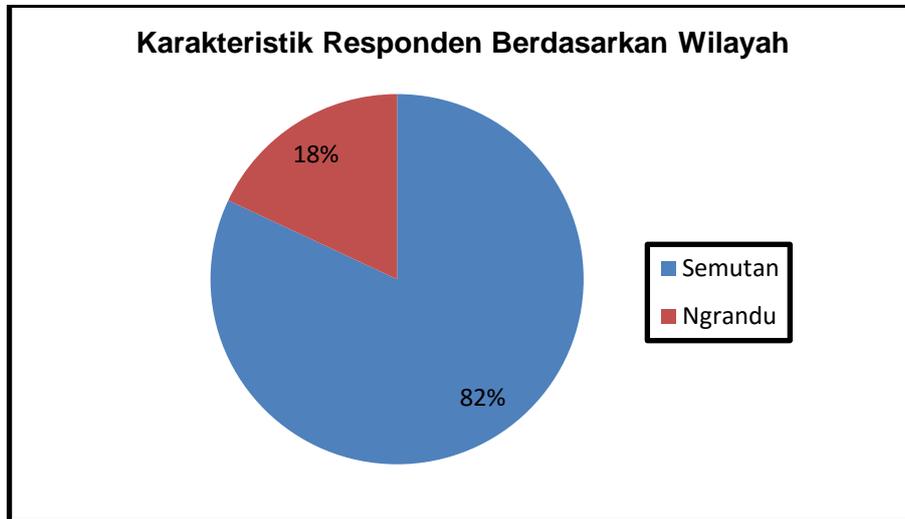
- b. Jumlah bumil dengan Hb<11 g% : -
  - c. Jumlah bumil dengan LILA <23,5 cm : 73 orang
  - d. Jumlah pesertaKB aktif semua metode : 6984 orang
  - e. Jumlah peserta KB baru semua metode : 859 orang
  - f. Jumlah peserta KB yang mengalami kegagalan semua metode : -
  - g. Jumlah peserta KB semua metode yang drop out : 327 orang
  - h. Jumlah peserta KB yang mengalami efek samping semua metode : 56 orang
  - i. Jumlah peserta KB yang mengalami komplikasi semua metode : -
5. Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran
- a. Jumlah penderita yang diskruining katarak : 104 orang
  - b. Jumlah penderita yang diskruining kelainan refraksi: 1262 orang
  - c. Jumlah kasus buta katarak : 104 orang
  - d. Jumlah kasus sulit dan dirujuk ke spesialis THT : 15 kasus
  - e. Jumlah komplikasi operasi kasus pendengaran yang ditemukan : -
6. Kesehatan Olahraga
- a. Jumlah pelatihan kesehatan olahraga yang pernah dilakukan dimasyarakat (kader posyandu, PKK, dll) : 4 buah
  - b. Jumlah kelompok olahraga (club kebugaran, fitnes center, usila, ibu hamil, PTM, jamaah haji, dll) : 4 buah
  - c. Jumlah kelompok olahraga yang dibina : 4 buah
  - d. Pembinaan kelompok olahraga berdasarkan kelompok khusus : 4 buah
  - e. Jumlah siswa yang diukur kebugaran jasmani : -
7. Kesehatan Jiwa
- a. Jumlah kasus NAPZA : -
  - b. Jumlah kasus keswa : -
  - c. Jumlah bumil dengan gangguan jiwa : -
8. Kesehatan Kerja
- a. Jumlah pekerja formal yang mendapat pelayanan kesehatan: 2633 orang

- b. Jumlah pekerja formal yang ada : 2633 orang
  - c. Jumlah klinik perusahaan yang berijin dan dibina :1 buah
  - d. Jumlah klinik perusahaan yang ada :1 buah
9. Data Morbiditas
- a. Jumlah kesakitan :-
  - b. Jumlah 10 penyakit terbesar
    - ISPA : 15,79%
    - Mialgia : 11,42%
    - Hipertensi : 6,37%
    - Gastritis : 5,56%
    - Suspek Tiphoid : 3,97%
    - Atritis : 3,44%
    - Influenza : 3,31%
    - Diare : 2,56%
    - Penyakit kulit/alergi : 2,44%
    - Gangguan kesadaran : 2,4%
10. Kejadian Luar Biasa
- Tidak ada catatan kejadian luar biasa (KLB)
11. Program yang Masih Belum Mencapai Target
- a. Intervensi dan penyuluhan perilaku hidup bersih dan sehat pada institusi TTU baru mencapai cakupan 50% Jumlah rumah yang memenuhi syarat kesehatan baru mencapai 83,05% dari target yang telah ditentukan.
  - b. Jumlah balita naik berat badannya baru mencapai cakupan 97,94% dari target yang telah ditentukan.
  - c. Persentase balita yang ditimbang berat badannya baru mencapai 91,11% dari target yang telah ditentukan
  - d. Masih banyak ibu hamil yang drop out ketika melakukan pemeriksaan K1-K4.
  - e. Imunisasi DT pada anak kelas 1 SD baru mencapai 98,13%
  - f. Imunisasi TT 5 pada WUS baru mencapai 53,17% dari target yang telah ditentukan

## 4.2 Hasil Perolehan Data Primer

### 4.2.1 Karakteristik Responden

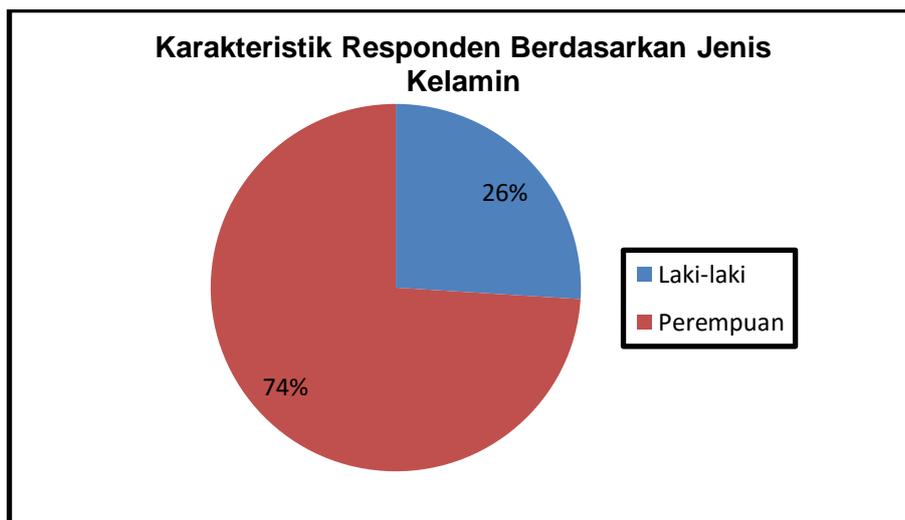
#### a. Karakteristik Responden Berdasarkan Wilayah



Gambar 4.3 Presentase Jumlah Responden Berdasarkan Wilayah

Pengambilan data primer dilakukan dengan pengisian kuesioner *door to door* kepada responden. Responden dalam penelitian ini adalah sampel dengan menggunakan metode random sampling sebesar 133 sample dari 270 KK. Adapun dari 133 KK yang menjadi sampel, 18% merupakan warga dusun Ngrandu, dan 82% merupakan warga dusun Semutan.

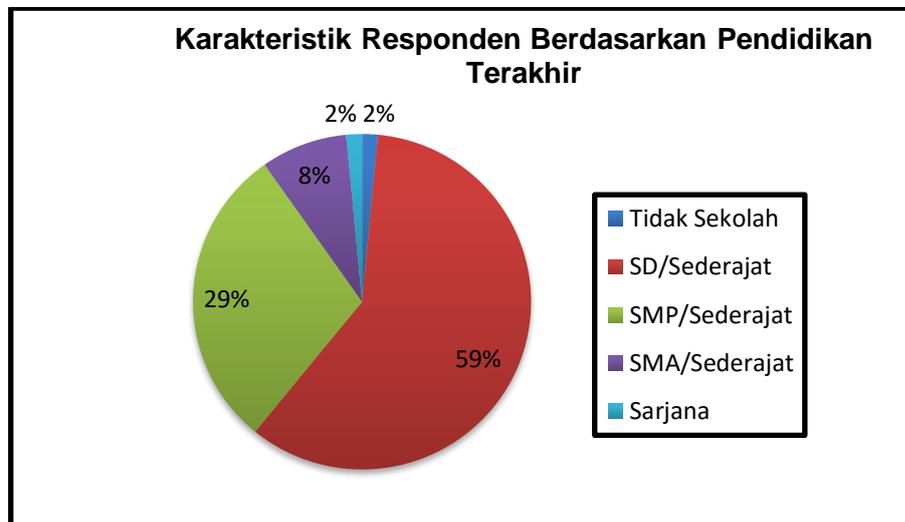
#### b. Karakteristik Responden Berdasarkan Jenis Kelamin



Grambar4.4 Presentase Jenis Kelamin Responden

Berdasarkan karakteristik responden distribusi sampel penelitian sebagian besar terdiri atas responden perempuan, yaitu sebesar 74%.

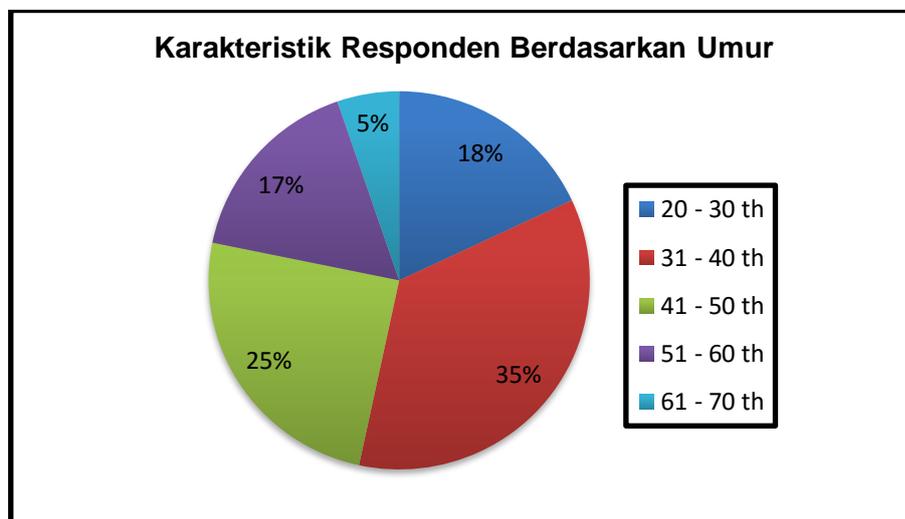
**c. Karakteristik Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Terakhir**



Gambar 4.5 Presentase Tingkat Pendidikan Terakhir Responden

Berdasarkan hasil kuesioner yang diberikan kepada sampel penelitian dapat diketahui bahwa sebanyak 59% masyarakat wilayah Dusun Semutan dan Ngrandu memiliki pendidikan terakhir Sekolah Dasar dan terdapat 2% masyarakat yang tidak bersekolah. Hal ini dapat disimpulkan bahwa tingkat pendidikan masyarakat wilayah Dusun Semutan dan Ngrandu masih rendah

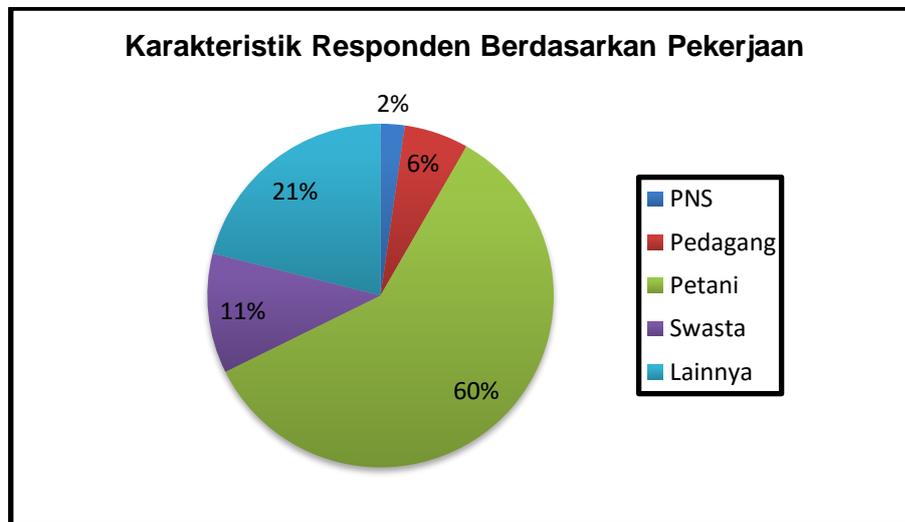
**d. Karakteristik Responden Berdasarkan Umur**



Gambar 4.6 Presentase Umur Responden

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa karakteristik responden menurut umur paling banyak berada pada rentang 31 – 40 tahun yaitu sebanyak 35%.

e. **Karakteristik Responden Berdasarkan Pekerjaan**



Gambar 4.7 Presentase Jenis Pekerjaan Responden

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa mayoritas responden memiliki mata pencaharian sebagai petani, yaitu sebesar 60%.

4.2.2 **Kesehatan Lingkungan**

a. **Sampah yang mudah membusuk lebih baik dijadikan kompos**



Gambar 4.8 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan "Sampah yang mudah membusuk lebih baik dijadikan kompos dari pada dibuang di pekarangan rumah"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebanyak 57% responden menyatakan setuju terhadap adanya upaya penegelolaan sampah yang mudah membusuk sebagai bahan untuk membuat kompos.

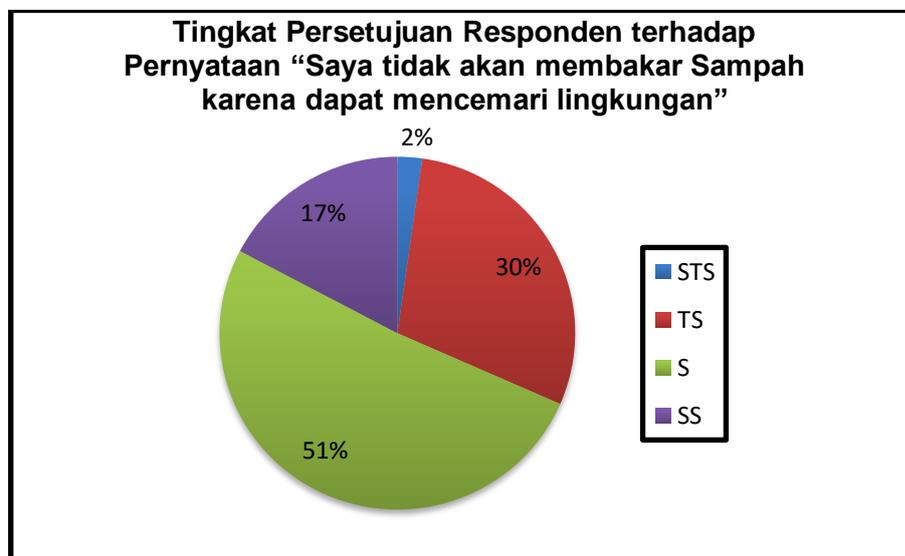
**b. Saya tidak akan membuang Sampah ke pekarangan**



Gambar 4.9 Presentase Tingkat Persetujuan Responden “Saya tidak akan membuang Sampah ke pekarangan karena mencemari lingkungan”.

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebanyak 65% responden menyatakan setuju bahwa kebiasaan membuang sampah di pekarangan rumah dapat mencemari lingkungan.

**c. Saya tidak akan membakar Sampah karena mencemari lingkungan**



Gambar 4.10 Presentase Tingkat Persetujuan Responden “Saya tidak akan membakar Sampah karena dapat mencemari lingkungan”

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebanyak 51% responden menyatakan setuju bahwa responden tidak akan membakar sampah karena dapat mencemari lingkungan.

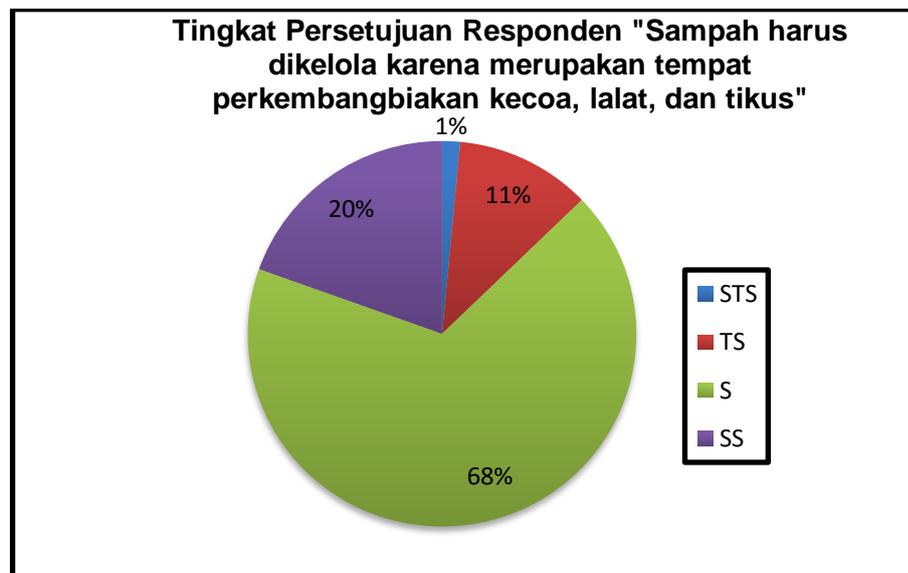
**d. Mengelola sampah perlu dilakukan untuk menjaga kesehatan.**



Gambar 4.11 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan "Mengelola sampah perlu dilakukan untuk menjaga kesehatan"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebanyak 72% responden menyatakan setuju bahwa pengelolaan sampah perlu dilakukan untuk menjaga kesehatan.

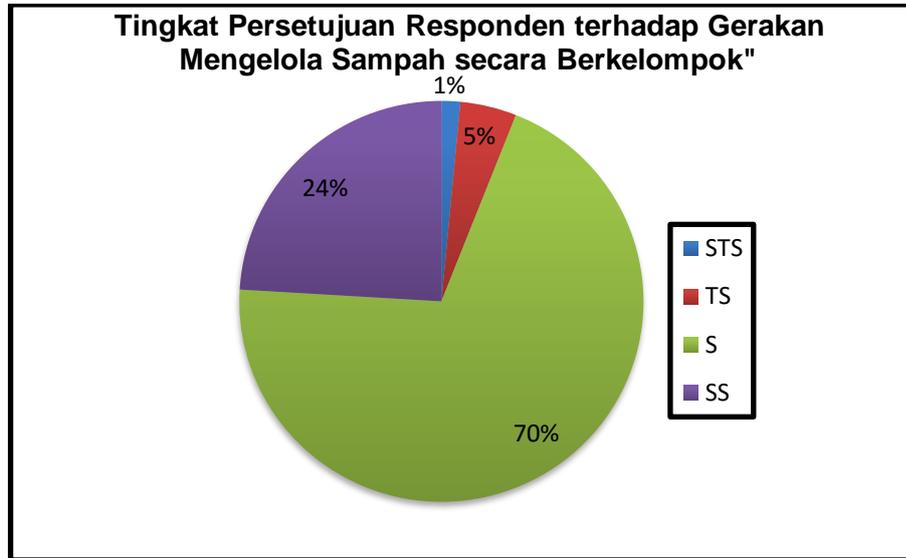
**e. Sampah harus dikelola karena sampah merupakan tempat berkembangbiaknya kecoa, lalat dan tikus.**



Gambar 4.12 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan "Sampah harus dikelola karena sampah merupakan tempat berkembangbiaknya kecoa, lalat dan tikus"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebanyak 68% responden menyatakan setuju bahwa sampah harus dikelola karena sampah merupakan tempat perkembangbiakan kecoa, lalat, dan tikus.

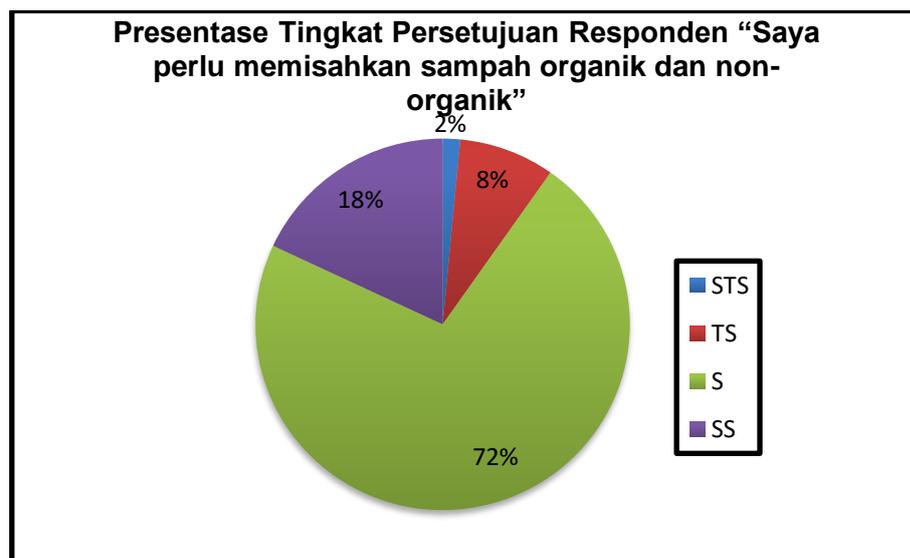
**f. Mengelola sampah secara berkelompok, mengurangi jumlah tikus**



Gambar4.13 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap "Gerakan mengelola sampah secara berkelompok"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa 70% responden menyatakan setuju bahwa gerakan pengelolaan sampah secara berkelompok dapat mengurangi jumlah tikus.

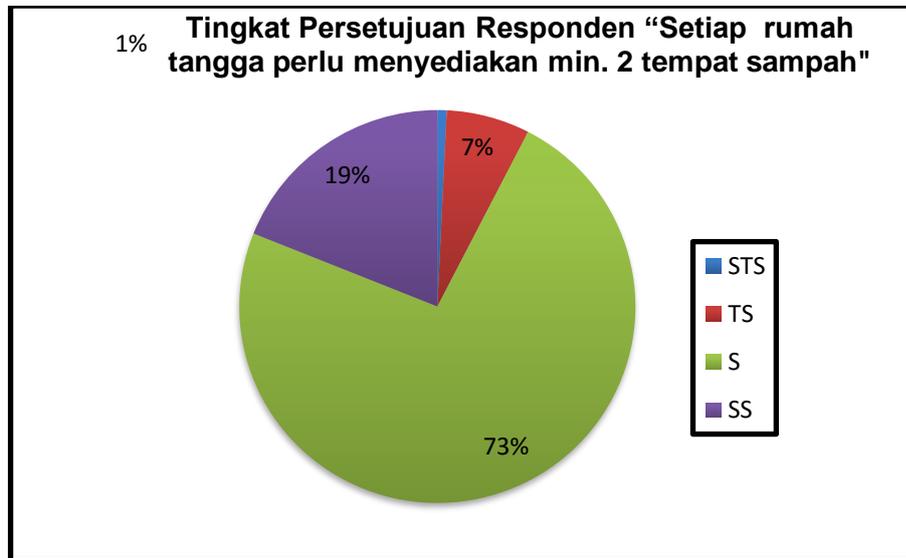
**g. Saya perlu memisahkan sampah yang organik dan non-organik**



Gambar4.14 Presentase Tingkat Persetujuan Responden "Saya perlu memisahkan sampah organik dan non-organik"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebanyak 72% responden menyatakan setuju bahwa pemilahan sampah perlu dilakukan.

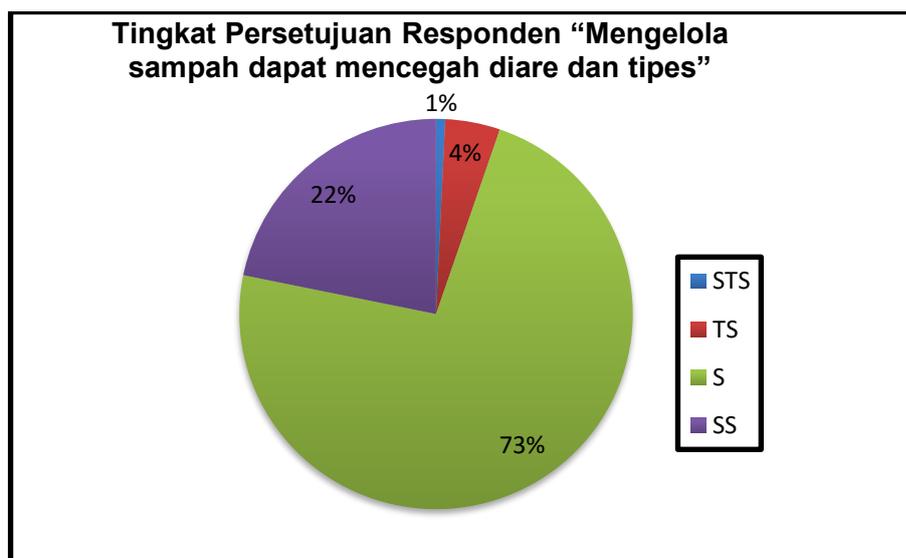
**h. Setiap rumah tangga perlu menyediakan minimal 2 tempat sampah.**



Gambar 4.15 Presentase Tingkat Persetujuan "Setiap rumah tangga menyediakan paling sedikit 2 tempat sampah untuk memisahkan sampah"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebanyak 73% responden menyatakan setuju bahwa setiap rumah tangga perlu menyediakan paling sedikit 2 tempat sampah.

**i. Mengelola sampah dapat mencegah penyakit seperti diare dan tipes.**

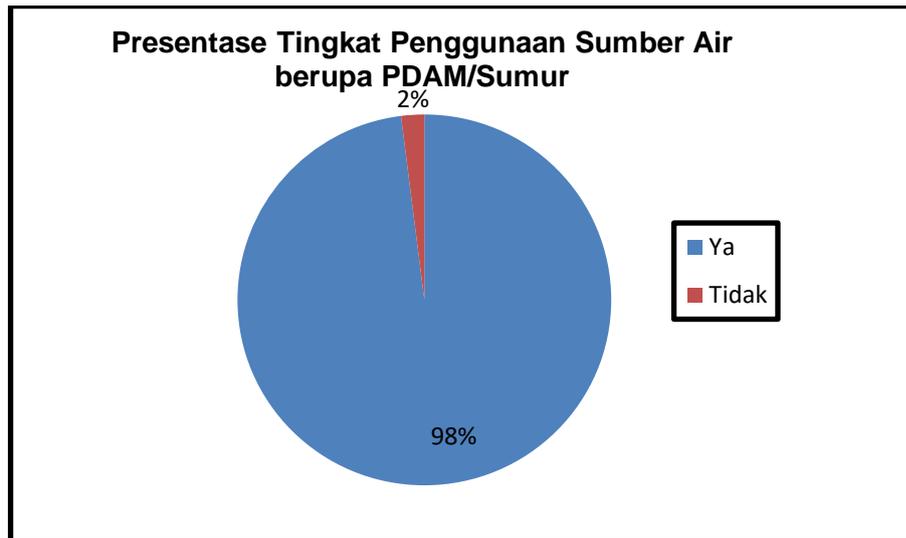


Gambar 4.16 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan "Mengelola sampah dapat mencegah diare dan tipes"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebanyak 73% responden menyatakan setuju bahwa mengelola sampah dapat digunakan sebagai upaya pencegahan penyakit diare dan tipus.

#### 4.2.3 Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS)

##### a. Apakah Sumber air yang digunakan adalah PDAM/ air sumur ?



Gambar 4.17 Presentase Tingkat Penggunaan Sumber Air berupa PDAM/Sumur

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden yaitu sebesar 98% responden telah menggunakan PDAM atau air sumur sebagai sumber air untuk kebutuhan sehari-hari.

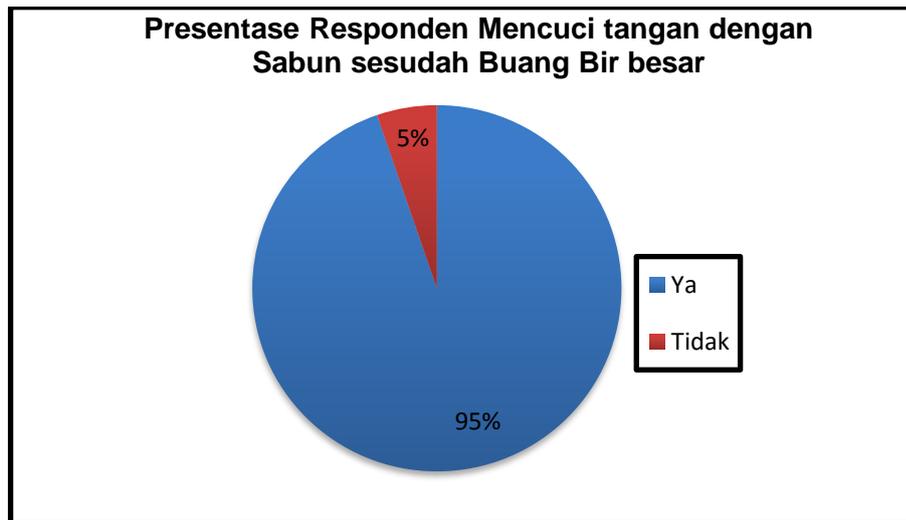
##### b. Apakah Air yang digunakan tidak berwarna dan tidak berbau ?



Gambar 4.18 Presentase Tingkat Penggunaan Air yang tidak berwarna dan berbau

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui sebanyak 77% responden menyatakan bahwa sumber air yang digunakan untuk kebutuhan sehari-hari tidak berwarna dan tidak berbau.

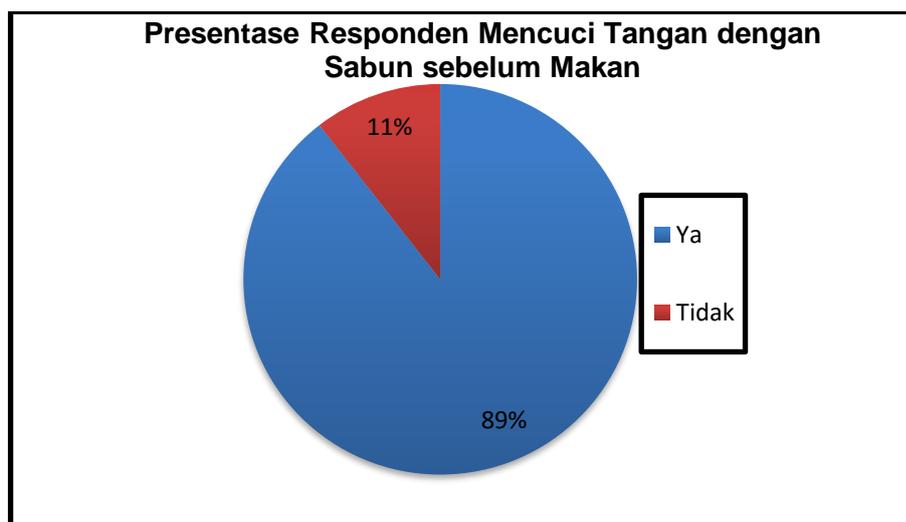
**c. Apakah Mencuci tangan dengan sabun sesudah buang air besar ?**



Gambar4.19 Presentase Responden Mencuci tangan dengan Sabun sesudah Buang Bir besar

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden yaitu sebesar 95% responden telah mencuci tangan dengan sabun setelah buang air besar.

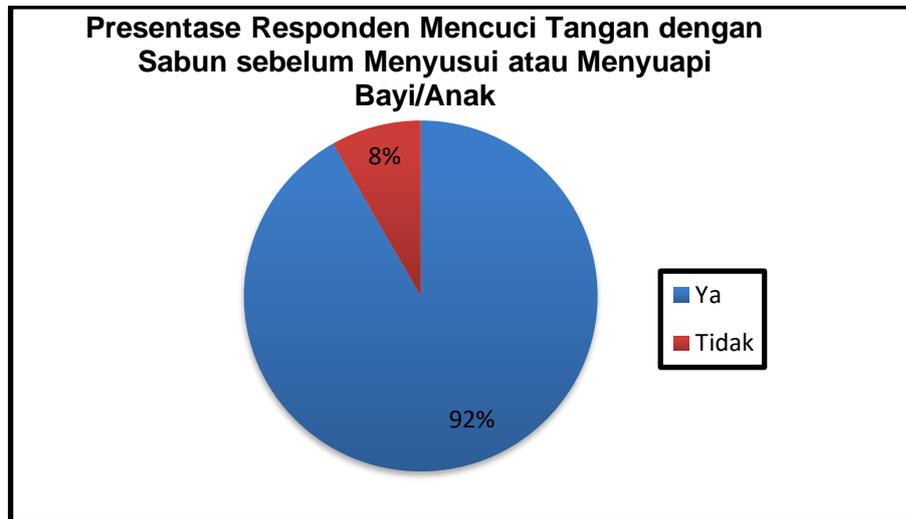
**d. Apakah Mencuci tangan dengan sabun sebelum makan ?**



Gambar4.20 Presentase Responden Mencuci Tangan dengan Sabun sebelum Makan

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebanyak 89% responden telah mencuci tangan dengan sabun sebelum makan.

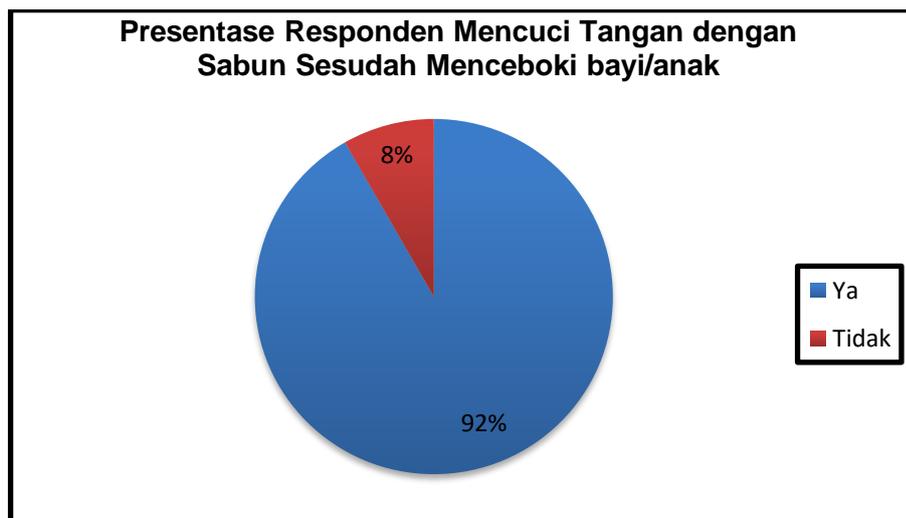
- e. **Apakah mencuci tangan dengan sabun sebelum menyusui atau menyuapi bayi/anak ?**



Gambar4.21 Presentase Presentase Mencuci Tangan dengan Sabun sebelum Menyusui atau Menyuaipi Bayi/Anak oleh Responden

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden yaitu sebesar 92% responden telah mencuci tangan dengan sabun sebelum menyusui atau menyuapi anak/bayi.

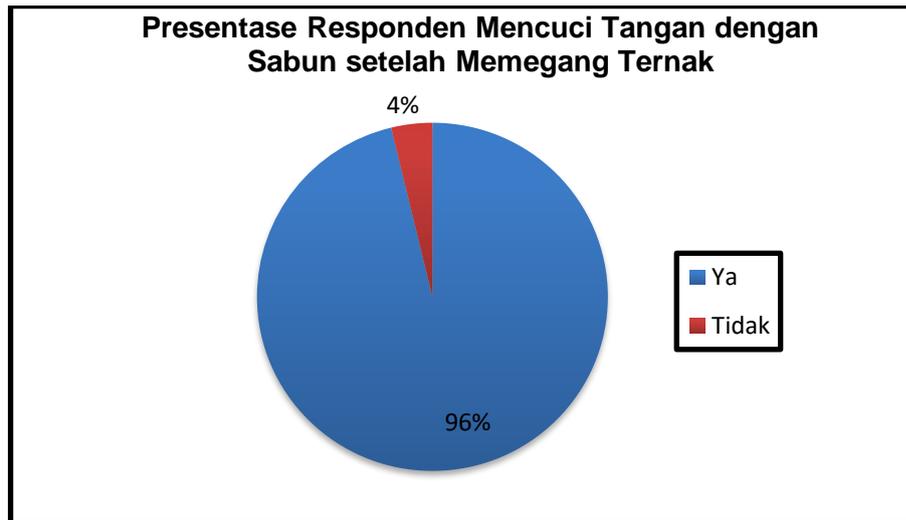
- f. **Apakah mencuci tangan dengan sabun sesudah menceboki anak ?**



Gambar4.22 Presentase Mencuci Tangan dengan Sabun Sesudah Menceboki bayi/anak oleh Responden

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden yaitu sebesar 92% responden telah mencuci tangan dengan sabun setelah menceboki bayi/anak.

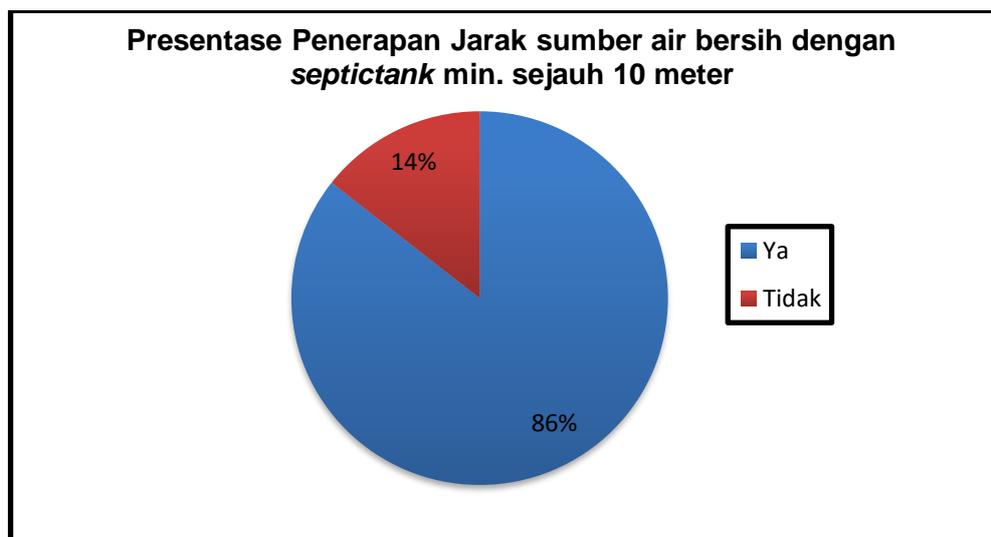
- g. **Apakah Mencuci tangan dengan sabun sesudah memegang ternak ?**



Gambar4.23 Presentase Presentase Mencuci Tangan dengan Sabun setelah Memegang Ternak oleh Responden

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden yaitu sebesar 96% responden telah mencuci tangan dengan sabun setelah memegang ikan atau binatang ternak.

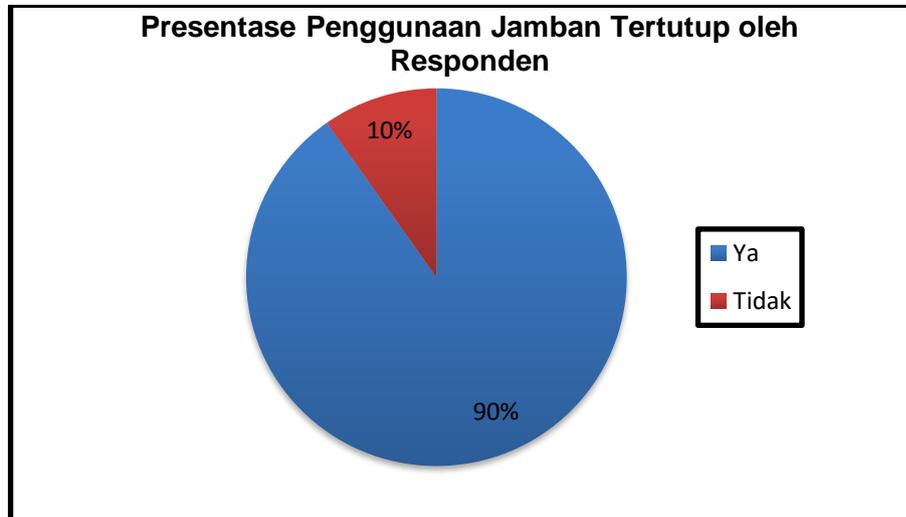
- h. **Apakah Jarak sumber air bersih dengan *septictank* min. 10m ?**



Gambar4.24 Presentase Penerapan Jarak sumber air bersih dengan *septictank* min. sejauh 10 meter

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa 86% responden telah memiliki sumber air yang berjarak minimal 10 meter dari *septic tank*

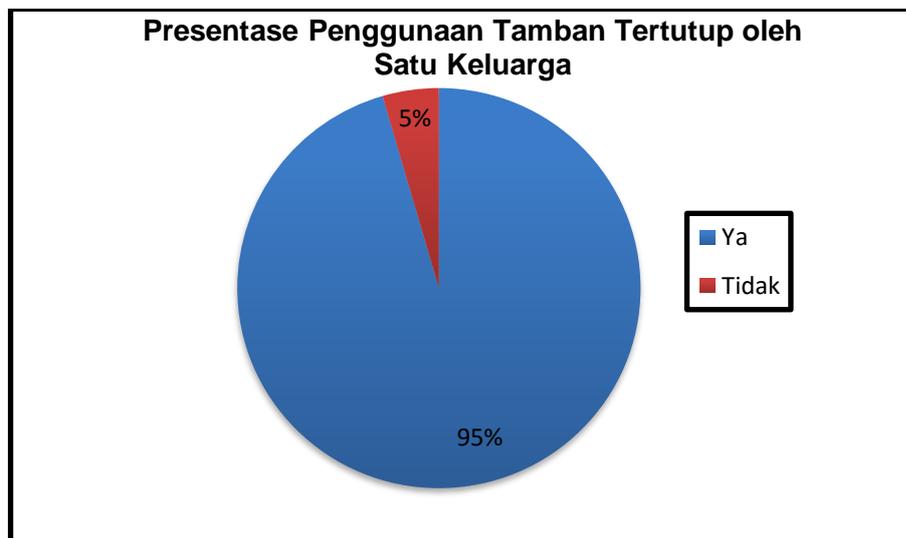
i. Apakah Jamban yang digunakan jamban tertutup ?



Gambar4.25 Presentase Jawaban Responden terhadap Pertanyaan "Apakah Jamban yang digunakan jamban tertutup ?"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden yaitu sebesar 90% responden telah memiliki jamban tertutup.

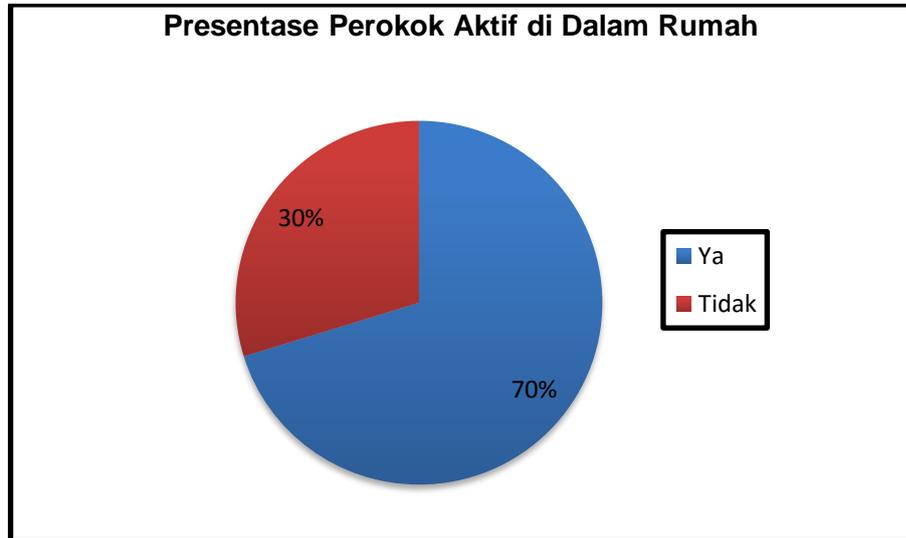
j. Apakah menggunakan jamban untuk satu keluarga?



Gambar4.26 Presentase Penggunaan Jamban Tertutup untuk Satu Keluarga?

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden yaitu sebesar 95% responden telah menggunakan jamban tertutup untuk seluruh keluarga.

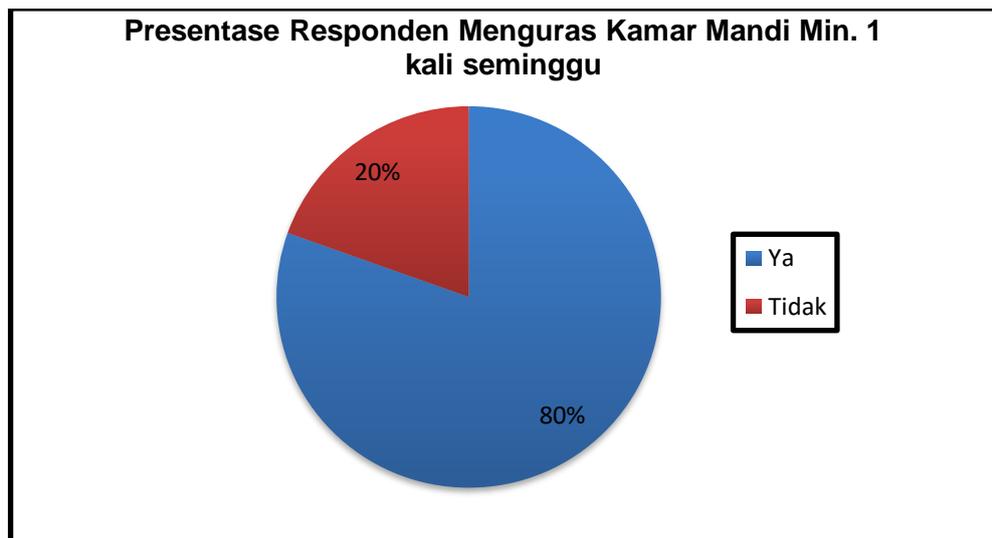
**k. Apakah ada perokok aktif pada keluarga Anda ?**



Gambar4.27 Presentase Adanya Perokok Aktif di Dalam Rumah

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 70% responden memiliki keluarga sebagai perokok aktif di dalam rumah.

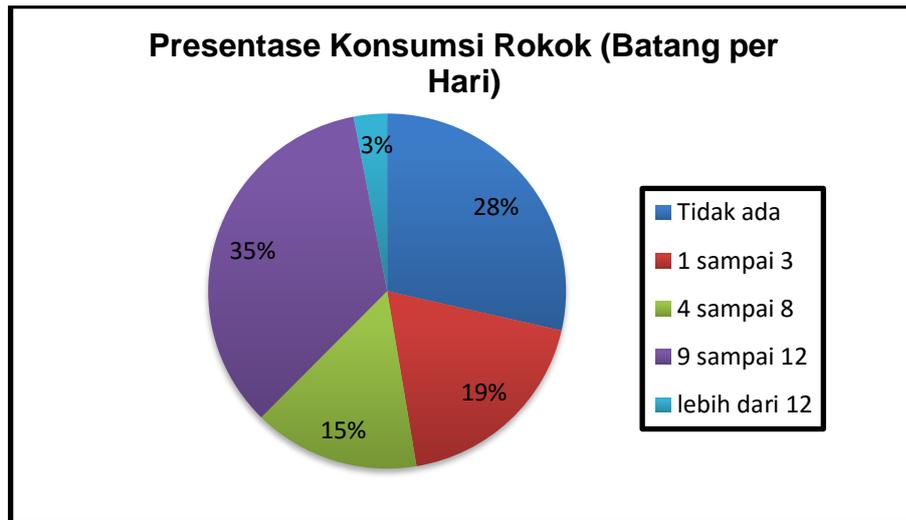
**l. Apakah Anda menguras kamar mandi minimal 1 kali seminggu ?**



Gambar 4.28 Presentase Responden Menguras Kamar Mandi Min. 1 kali seminggu

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 80% responden sudah memiliki kebiasaan membersihkan/menguras bak/tempat penampungan air di kamar mandi minimal sekali dalam seminggu.

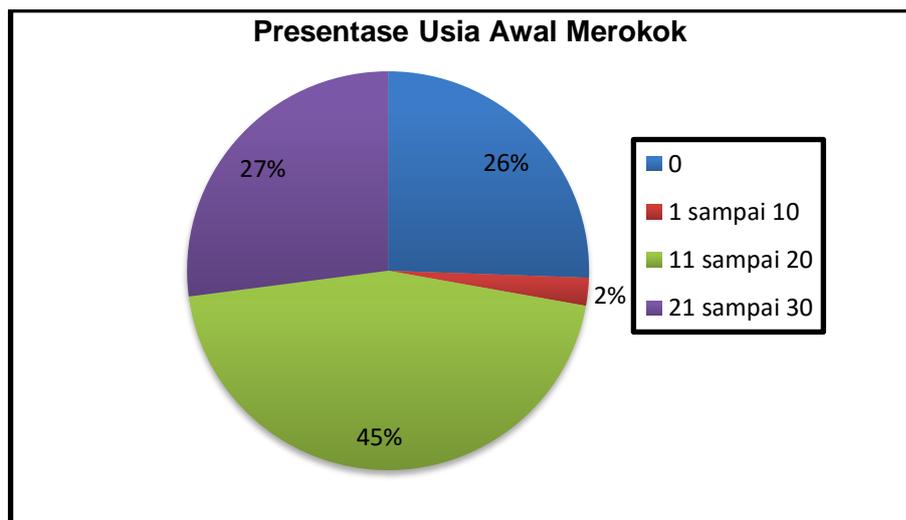
**m. Berapa batang rokok yang anda habiskan setiap harinya?**



Gambar4.29 Presentase Konsumsi Rokok (Batang per Hari)

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa terdapat 35% responden yang memiliki anggota keluarga sebagai perokok aktif dapat megonsumsi 9 sampai 12 batang rokok per hari.

**n. Berapa usia awal anda ketika memulai untuk merokok?**

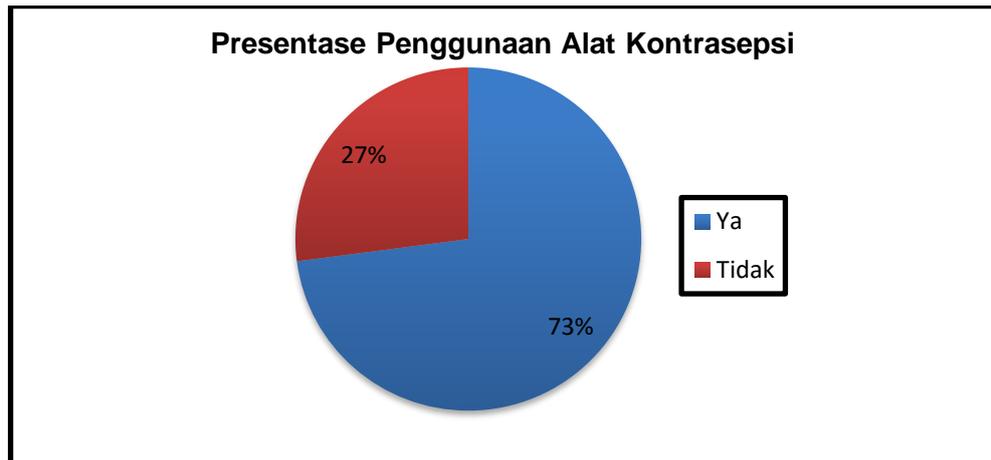


Gambar 4.30 Presentase usia awal merokok

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa terdapat 45% responden yang memiliki anggota keluarga sebagai perokok aktif mulai merokok pada rentang usia antara 11 sampai 20 tahun.

#### 4.2.4 Kesehatan Maternal / KB

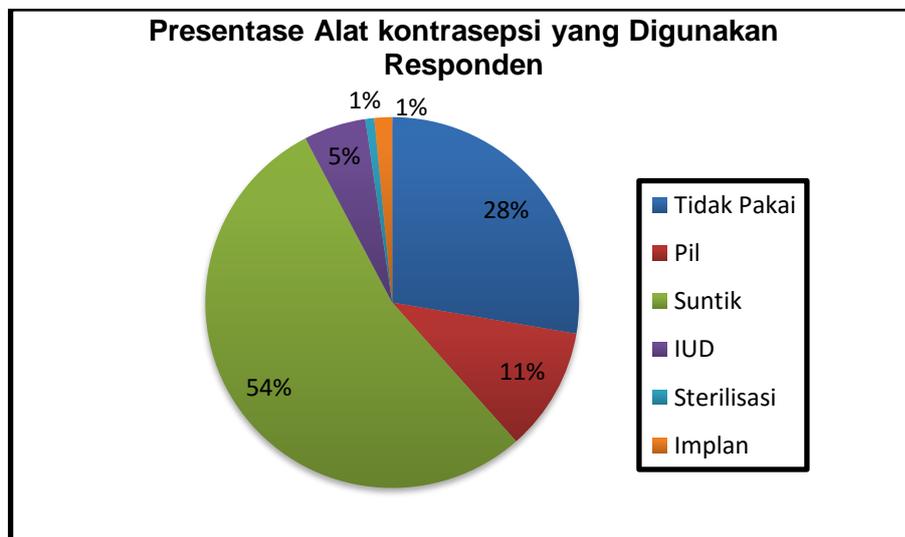
##### a. Apakah anda menggunakan alat kontrasepsi?



Gambar4.31 Presentase Penggunaan Alat Kontrasepsi

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebanyak 73% responden pernah menggunakan alat kontrasepsi.

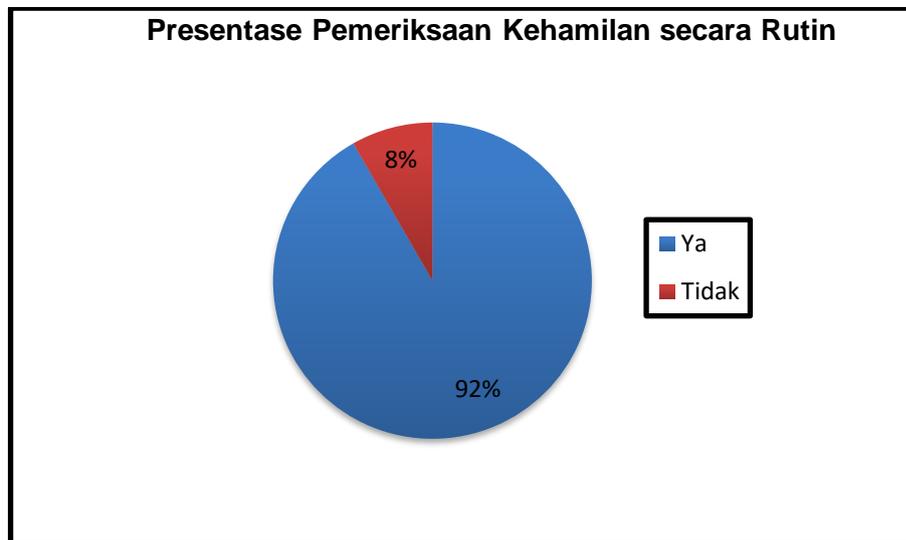
##### b. Alat kontrasepsi apa yang anda gunakan?



Gambar4.32 Presentase Alat kontrasepsi yang Digunakan

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa terdapat 54% responden menggunakan alat kontrasepsi berupa suntik.

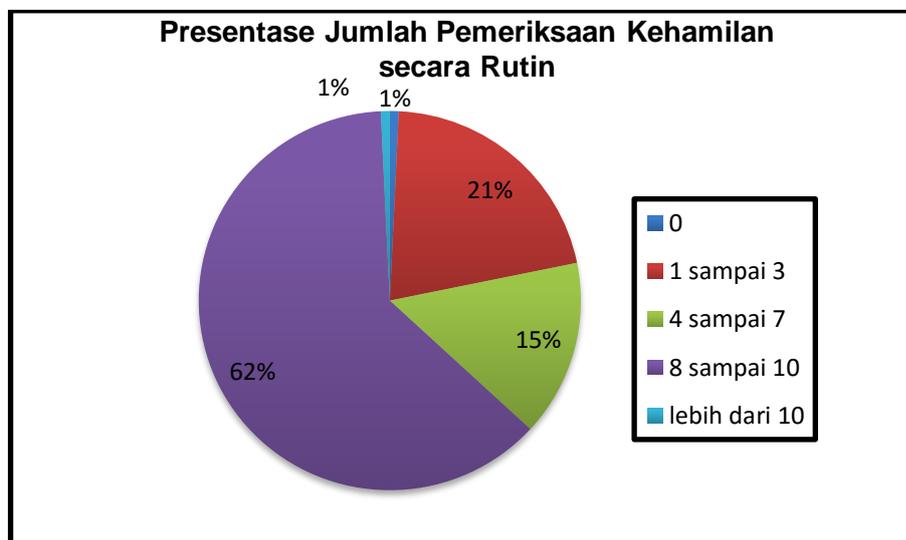
c. Apakah anda melakukan pemeriksaan kehamilan secara rutin?



Gambar4.33 Presentase Pemeriksaan Kehamilan secara Rutin

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa hampir seluruh responden, yaitu sebesar 92% responden telah melaksanakan pemeriksaan kehamilan secara rutin pada masa kehamilan.

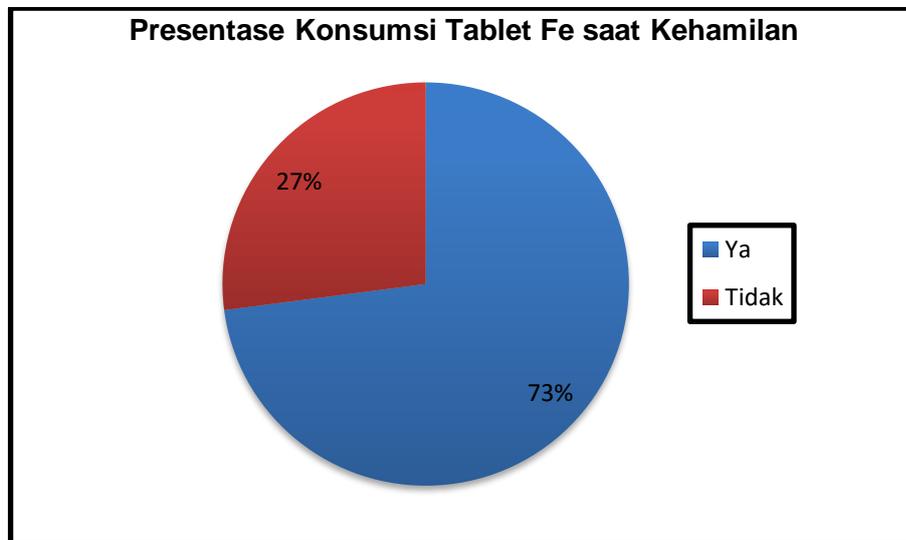
d. Berapa kali anda melakukan pemeriksaan kehamilan pada saat hamil?



Gambar4.34 Presentase Jumlah Pemeriksaan Kehamilan secara Rutin

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 62% responden yang telah melakukan pemeriksaan kehamilan melaksanakan pemeriksaan 8 sampai 10 kali saat masa kehamilan.

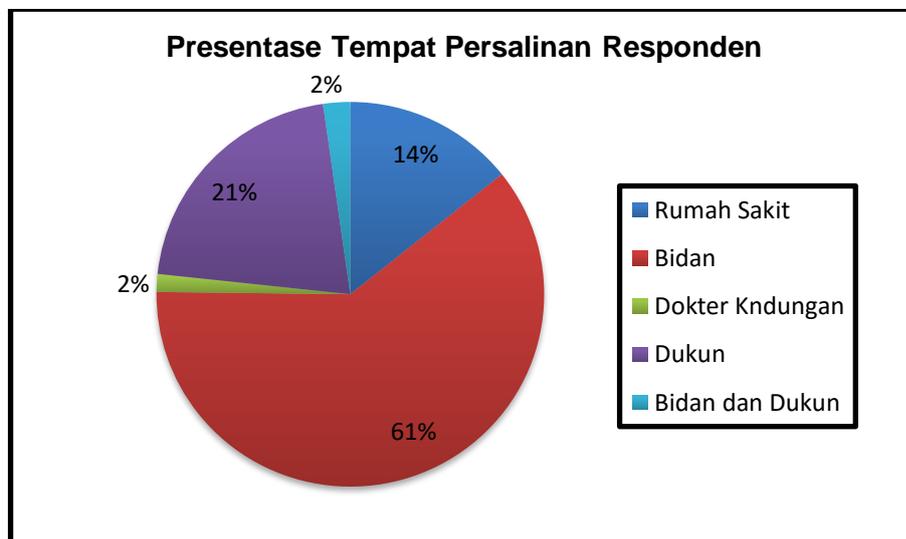
e. Apakah anda mengkonsumsi tablet Fe selama kehamilan?



Gambar4.35 Presentase Konsumsi Tablet Fe saat Kehamilan

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa terdapat 73% responden yang melaksanakan pemeriksaan kehamilan pernah mengkonsumsi tablet Fe pada masa kehamilan.

f. Dimanakah anda melakukan persalinan?



Gambar4.36 Presentase Tempat Persalinan

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 61% responden telah melakukan persalinan di Bidan Desa.

#### 4.2.5 Gizi

##### a. Balita membutuhkan konsumsi makanan bergizi



Gambar4.37 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan "Balita membutuhkan konsumsi makanan bergizi"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui sebesar 68% responden menyatakan setuju bahwa balita membutuhkan konsumsi makanan yang bergizi.

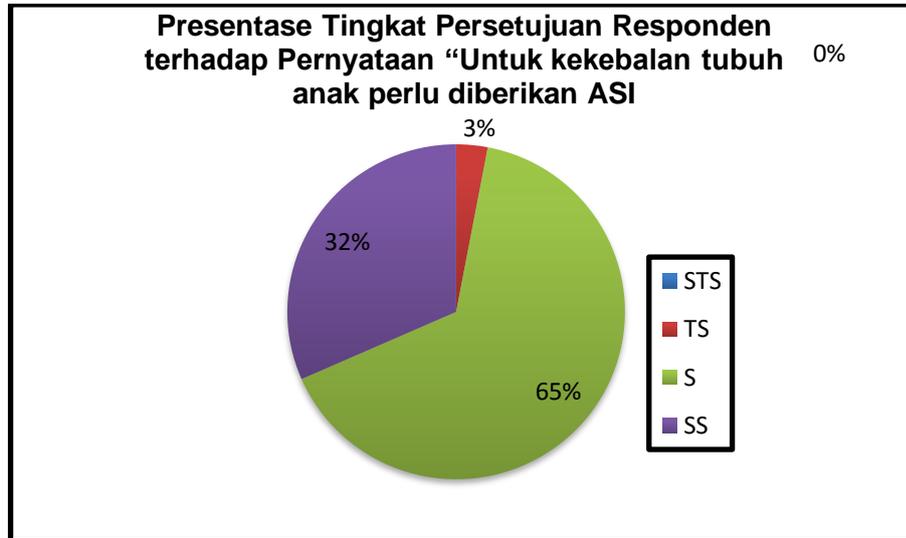
##### b. Makanan berprotein penting untuk anak-anak untuk menghindari gizi buruk



Gambar4. 38 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan "Makanan berprotein penting untuk anak-anak untuk menghindari gizi buruk"

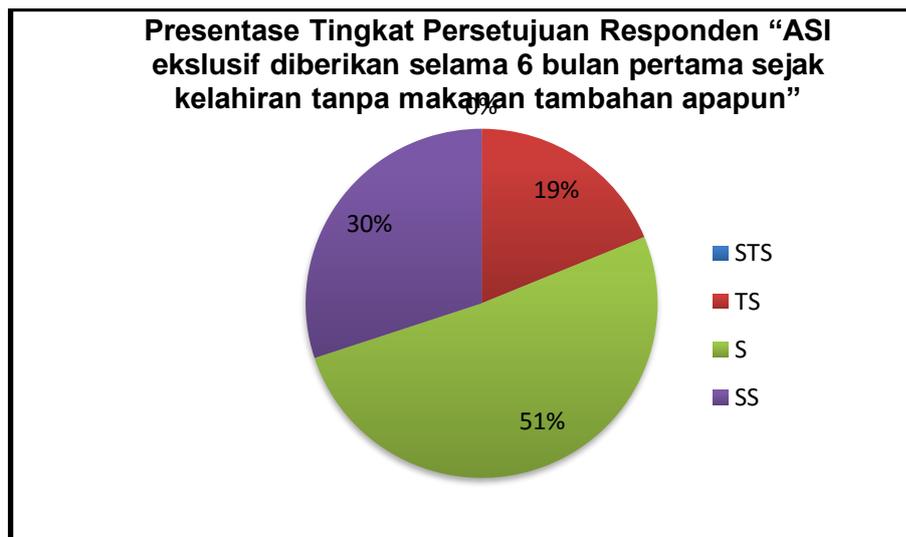
Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui sebesar 71% responden menyatakan setuju terhadap pentingnya konsumsi makanan yang mengandung protein bagi anak agar terhindar dari gizi buruk.

**c. Untuk kekebalan tubuh anak perlu diberikan ASI**



Gambar4.39 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan “Untuk kekebalan tubuh anak perlu diberikan ASI” Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui sebesar 65% responden menyatakan setuju terhadap pentingnya ASI eksklusif sampai 6 bulan.

**d. ASI eksklusif diberikan selama 6 bulan pertama sejak kelahiran tanpa makanan tambahan apapun.**



Gambar4.40 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan “ASI eksklusif diberikan selama 6 bulan pertama sejak kelahiran tanpa makanan tambahan apapun”

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui sebesar 51% responden menyatakan setuju bahwa ASI eksklusif diberikan selama 6 bulan pertama sejak kelahiran tanpa makanan tambahan apapun.

**e. Anak yang sakit-sakitan biasanya kurang nafsu makan**



Gambar4.41 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan "Anak yang sakit-sakitan biasanya kurang nafsu makan"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui sebesar 69% responden menyatakan setuju salah satu penyebab anak sering mengalami sakit karena kurangnya nafsu makan.

**f. Anak yang kurang nafsu makan sebaiknya diperhatikan**



Gambar 4.42 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan "Anak yang kurang nafsu makan sebaiknya diperhatikan"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui sebesar 51% responden menyatakan setuju bahwa ASI eksklusif diberikan selama 6 bulan pertama sejak kelahiran tanpa makanan tambahan apapun.

**g. Makanan yang bervariasi sangatlah penting memenuhi gizi anak**



Gambar 4.43 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan "Makanan yang bervariasi sangatlah penting memenuhi gizi anak"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui sebesar 73% responden menyatakan setuju bahwa makanan yang bervariasi sangatlah penting untuk memenuhi kebutuhan gizi bagi anak.

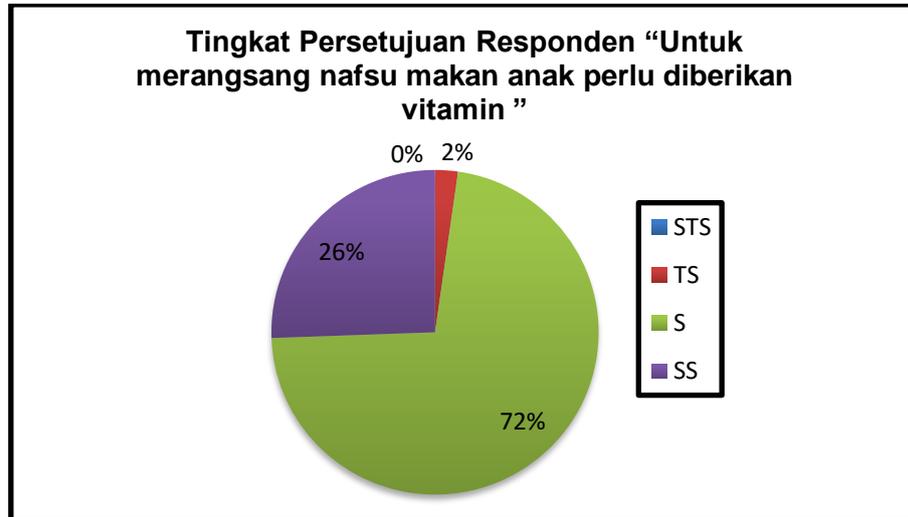
**h. Makanan bervariasi itu: nasi, ikan, sayuran, buah, dan Susu**



Gambar 4.44 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan "Makanan bervariasi itu: nasi, ikan, sayuran, buah, dan Susu"

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui sebesar 72% responden menyatakan setuju bahwa makanan bervariasi antara lain terdiri atas nasi, ikan, sayuran, buah, dan susu.

f. **Untuk merangsang nafsu makan anak perlu diberikan vitamin**



Gambar4.45 Presentase Tingkat Persetujuan Responden “Untuk merangsang nafsu makan anak perlu diberikan vitamin ”

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui sebesar 72% responden menyatakan setuju bahwa ketika anak mereka sedang mengalami penurunan nafsu makan maka anak perlu diberikan asupan vitamin berupa suplemen.

g. **Sebaiknya anak-anak lebih diutamakan makanan bergizi dibandingkan orang dewasa**

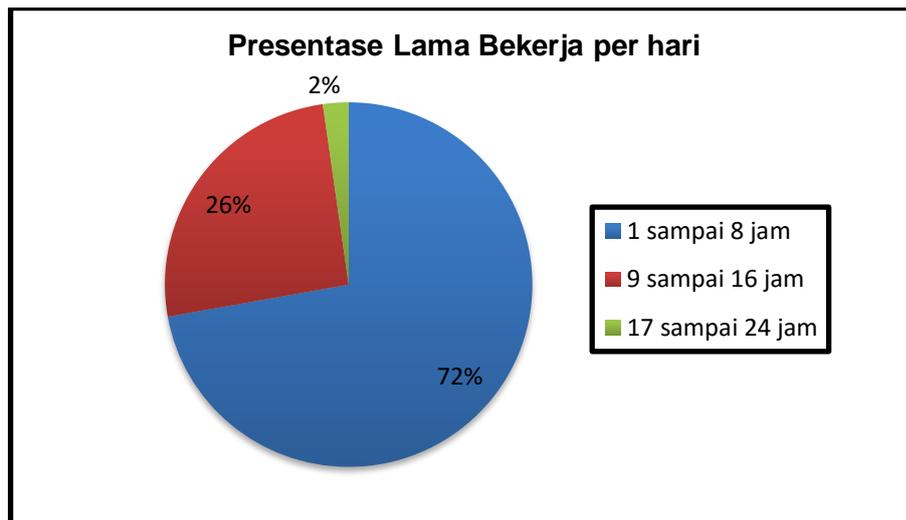


Gambar4.46 Presentase Tingkat Persetujuan Responden terhadap Pernyataan “Sebaiknya anak-anak lebih diutamakan makanan bergizi dibandingkan orang dewasa”

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui sebesar 72% responden menyatakan setuju bahwa sebaiknya anak-anak lebih diutamakan makanan bergizi dibandingkan orang dewasa.

#### 4.2.6 Penyakit Akibat Kerja (PAK)

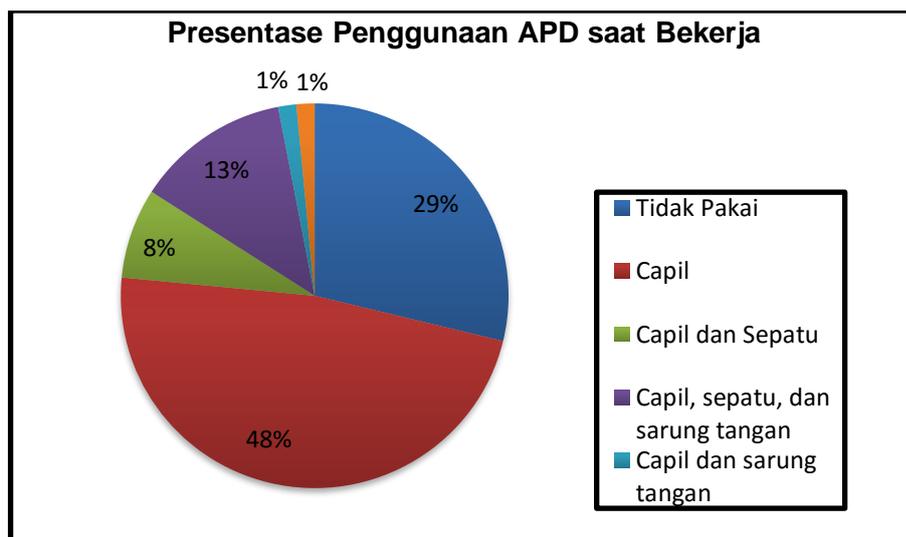
##### a. Berapa lama anda bekerja dalam sehari?



Gambar4.47 Presentase Lama Bekerja per hari

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 72% responden memiliki lama kerja antara 1 sampai 8 jam per hari.

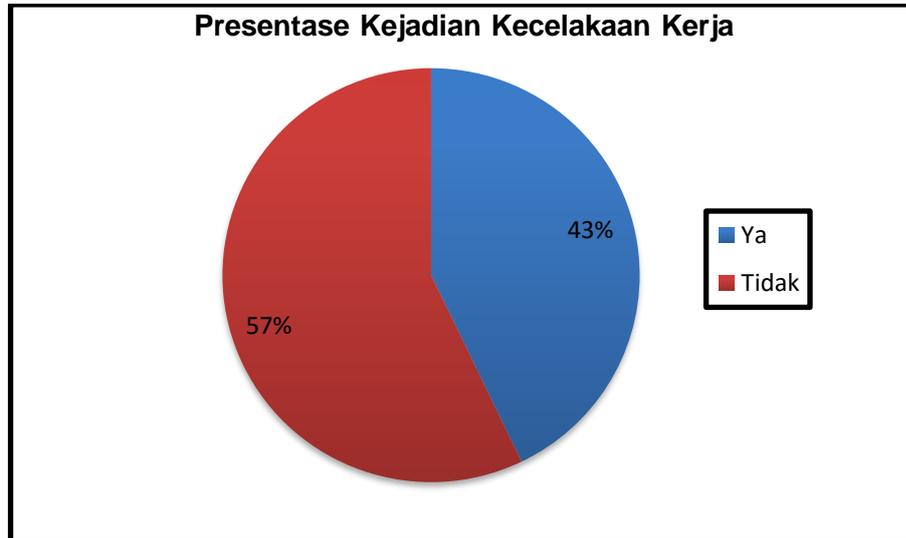
##### b. Apakah anda menggunakan APD pada saat bekerja?



Gambar4.48 Presentase Penggunaan APD saat Bekerja

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 48% responden menggunakan alat pelindung diri berupa capil saat melakukan pekerjaannya.

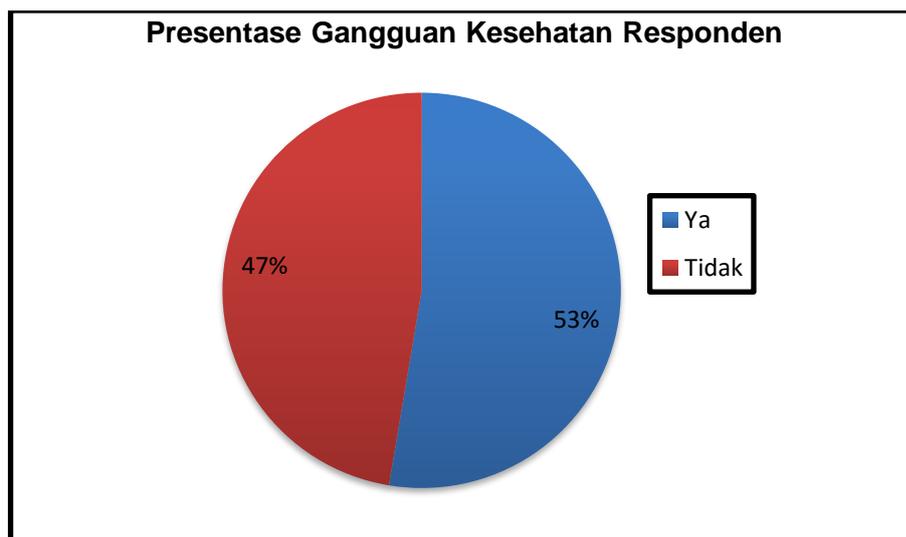
**c. Apakah anda pernah mengalami kecelakaan pada saat bekerja?**



Gambar4.49 Presentase Kejadian Kecelakaan Kerja

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 57% responden menyatakan pernah mengalami kecelakaan kerja pada saat bekerja .

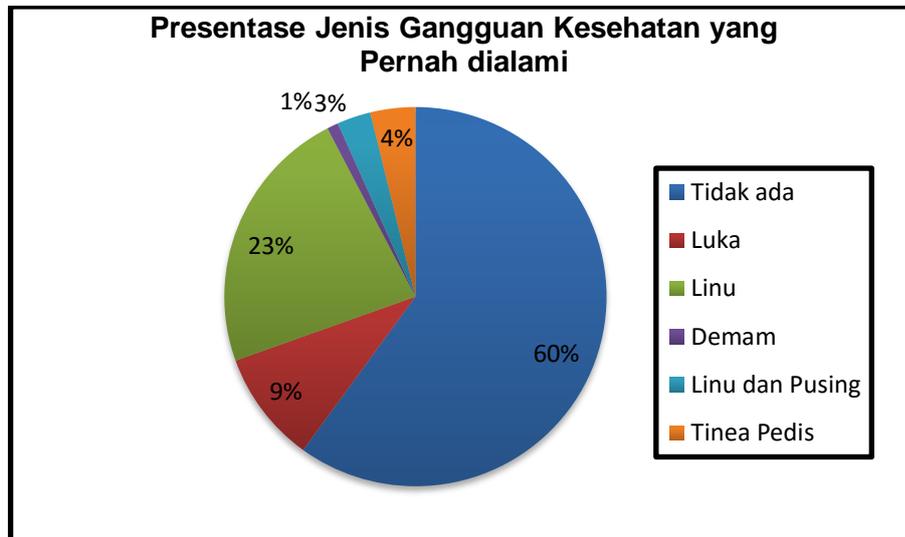
**d. Apakah anda mengalami gangguan kesehatan pada saat bekerja?**



Gambar4.50 Presentase Gangguan Kesehatan

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 53% responden menyatakan pernah mengalami gangguan kesehatan pada saat bekerja.

**e. Gangguan Kesehatan yang Pernah Dialami**

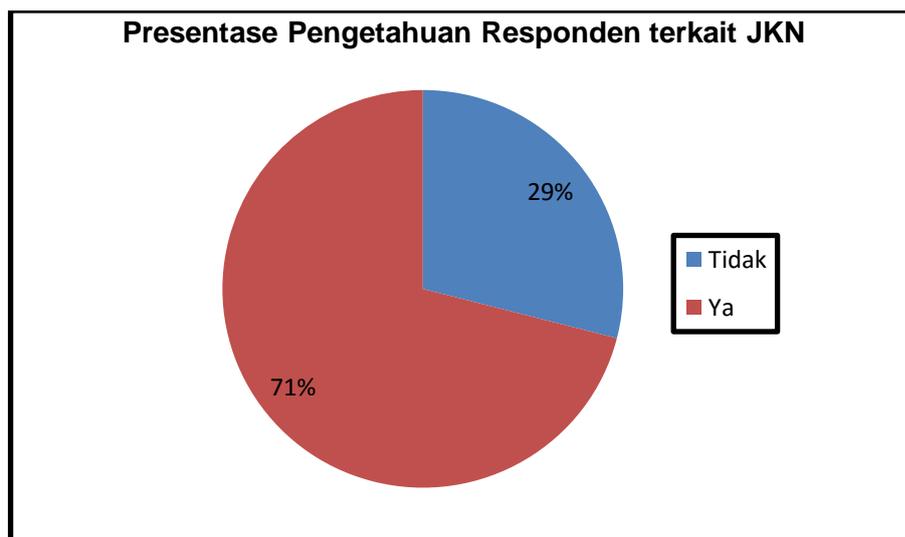


Gambar 4.51 Presentase Jenis Gangguan Kesehatan yang Pernah dialami

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 60% responden pernah mengalami gangguan kesehatan akibat kerja.

**4.2.7 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

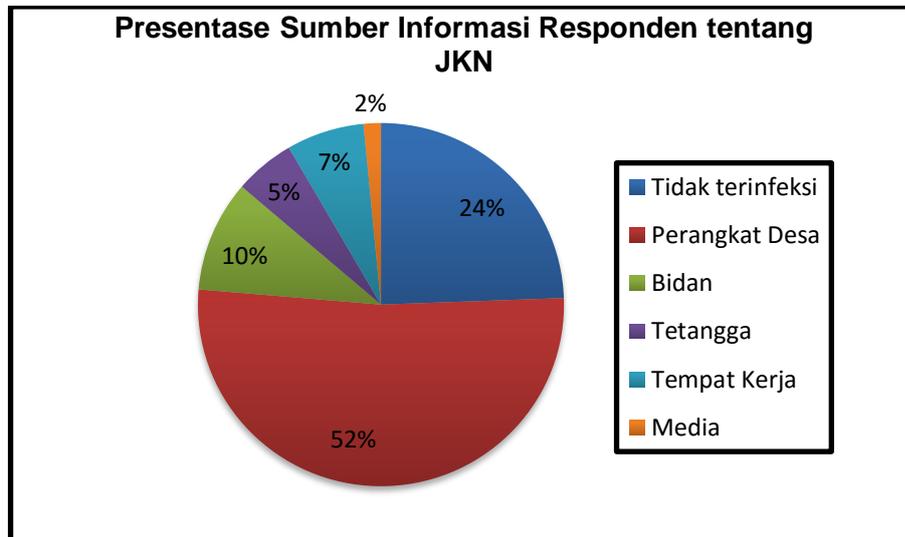
**a. Apakah Anda tahu apa itu JKN ?**



Gambar 4.52 Presentase Pengetahuan Responden terkait JKN

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 71% responden menyatakan sudah memiliki pengetahuan terkait Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

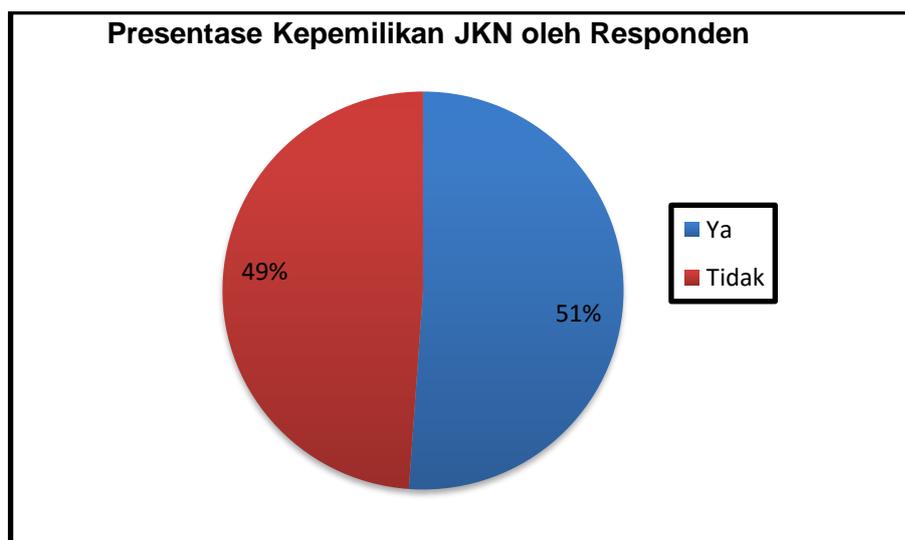
**b. Darimana Anda mendapatkan informasi terkait JKN ?**



Gambar4.53 Presentase Sumber Informasi Responden tentang JKN

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 52% responden yang telah memiliki pengetahuan tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menyatakan mendapatkan informasi tersebut dari perangkat desa .

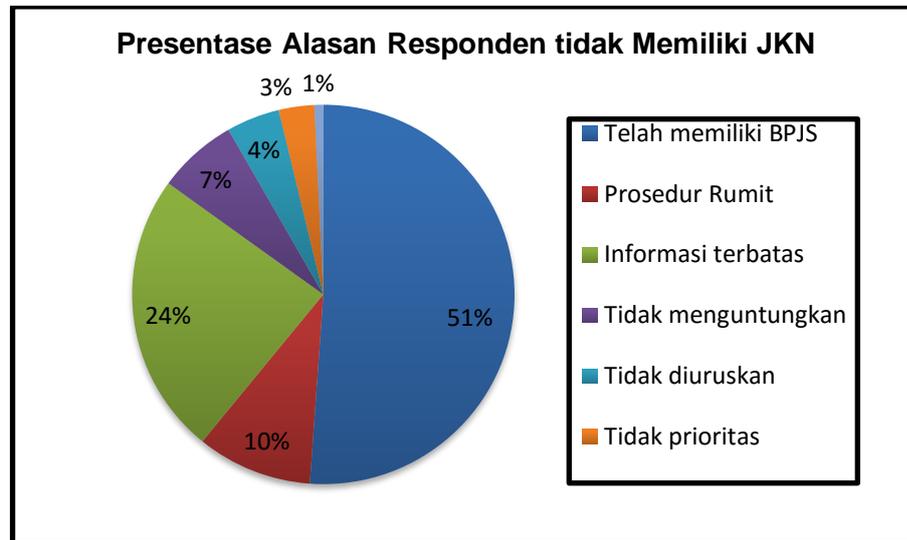
**c. Apakah Anda termasuk Anggota JKN ?**



Gambar4.54 Presentase Kepemilikan JKN oleh Responden

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 51% responden menyatakan telah menjadi bagian dari anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) baik PBI maupun non PBI.

**d. Alasan tidak memiliki JKN**



Gambar 4.55 Presentase Alasan Responden tidak Memiliki JKN

Berdasarkan hasil kuesioner dapat diketahui bahwa sebesar 24% responden menyatakan tidak menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dikarenakan belum adanya pemberian informasi yang memadai dari berbagai pihak.

### 4.3 Masalah Kesehatan dan Prioritas Masalah Kesehatan

#### 4.3.1 Hasil Penentuan Prioritas Masalah

Dari masalah yang ditemukan, kami menggunakan metode USG untuk menemukan urutan prioritas masalah. Metode ini menggunakan teknik scoring dari angka 1 – 4 dan dengan mempertimbangkan tiga komponen dalam metode USG. Yang terlibat dalam penentuan prioritas masalah ialah Kepala Dusun, Ketua RT 4 – 9, dan 2 orang Perwakilan Kader Kesehatan dengan total 9 partisipan. Berikut adalah hasil matriks USG :

Tabel 4.11 Matriks Penentuan Prioritas Masalah

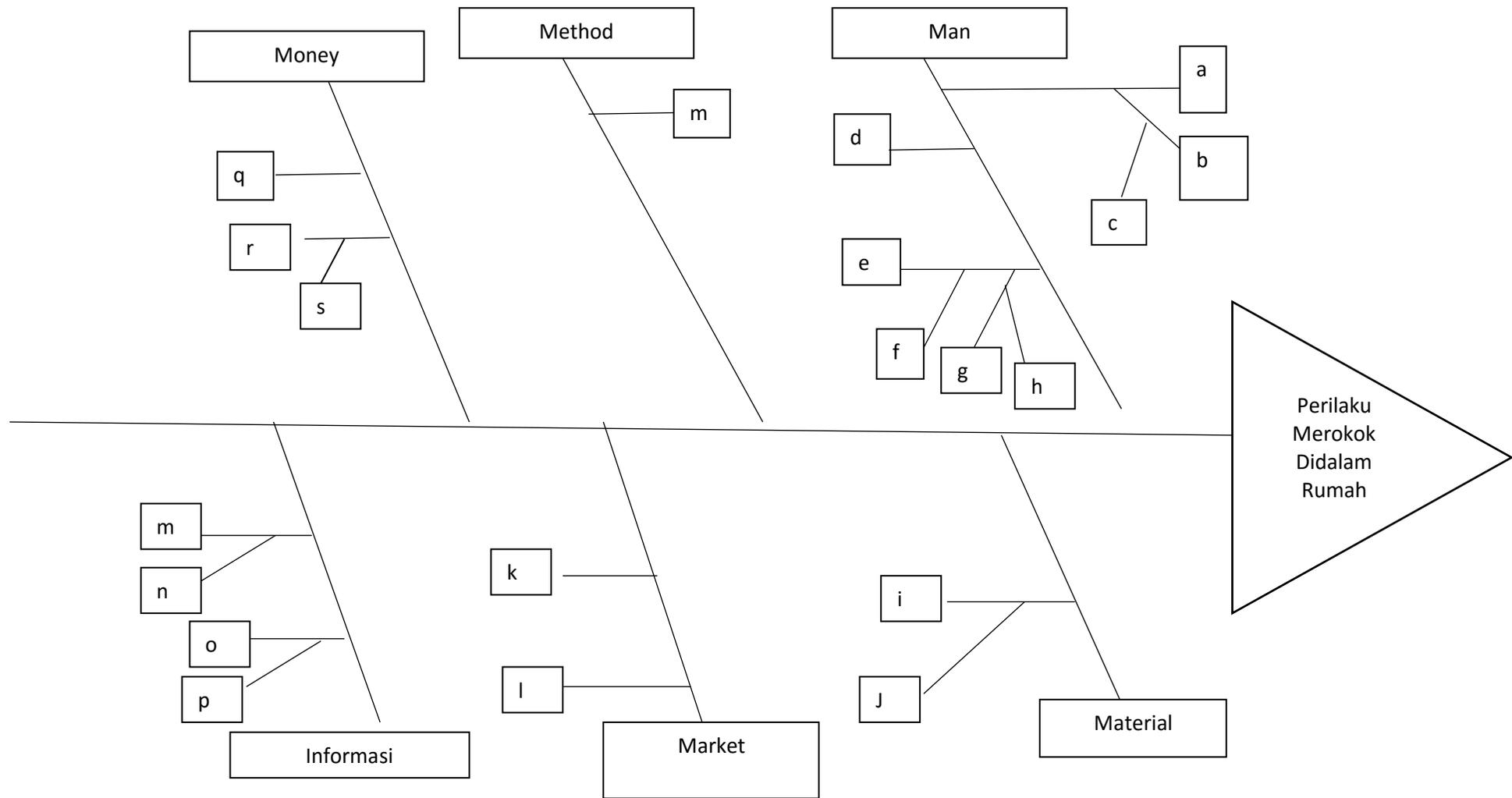
No	Masalah	Urgency	Seriousness	Growth	Total	Peringkat
1.	Pengelolaan Sampah	15	16	17	48	2

No	Masalah	Urgency	Seriousness	Growth	Total	Peringkat
2.	Perokok aktif rumah	16	18	18	52	1
3.	Kurangnya pengetahuan terkait ANC	13	16	15	44	3
4.	Kurangnya pengetahuan terkait ASI Eksklusif	13	15	13	41	5
5.	Kurangnya kesadaran terkait pemakaian APD	11	10	11	32	6
6.	Kurangnya informasi dan ketidakmerataan kepemilikan JKN(BPJS,KIS,Jamkesmas)	14	12	15	41	5
7.	Tingginya angka kejadian ISPA	14	17	12	43	4

Dari tabel 4.11 di atas kami dapat mengambil kesimpulan bahwa masalah kesehatan yang akan diselesaikan di Desa Pomahan adalah permasalahan perokok aktif dalam rumah. Hal tersebut dikarenakan masyarakat menganggap masalah tersebut memiliki tingkat *urgency*, *seriousness*, *growth* yang paling tinggi. Nilai total pada masalah ini menurut matriks USG pun menunjukkan angka paling tinggi jika dibandingkan dengan masalah – masalah yang lain, yaitu sebesar 52.

#### 4.3.2 Hasil Penentuan Akar Penyebab Masalah

Metode yang digunakan adalah fishbone yang hasilnya sekaligus didiskusikan bersama dengan peserta FGD.



Gambar 4.56 Diagram *Fishbone* : Akar penyebab masalah adalah kurangnya informasi dan penyuluhan.

Keterangan :

- a : Kesadaran masyarakat rendah
- b : Pengetahuan masyarakat rendah
- c: Tingkat pendidikan masyarakat rendah
- d: Belum merasa sakit sehingga tidak berhenti merokok
- e: Budaya di lingkungan sekitar
- f: Harus merokok ketika bekerja agar tidak merasa lelah
- g: Tahlilan harus menyediakan rokok
- i : Judgmental pelit jika tidak menyediakan rokok
- k: Mayoritas warung menjual rokok
- l: Banyaknya pabrik rokok yang berada di sekitar Bojonegoro
- m: Kurangnya penyuluhan tentang rokok
- n: Ada prioritas masalah kesehatan lain yang dijadikan bahan penyuluhan
- o: Kurangnya media informasi tentang rokok
- p: Kurangnya ketersediaan dana
- q: Lebih kenyang asap daripada kenyang nasi
- r: Selalu ada dana untuk rokok
- s: Persepsi bekerja menghasilkan uang sendiri jadi bebas untuk membeli rokok

### 4.3.3 Hasil Penentuan Solusi

Setelah menemukan akar penyebab masalah di Desa Pomahan khususnya Dusun Sumutan dan Ngrandu dengan metode fishbone, kemudian menemukan alternatif solusi penyelesaian masalah melalui metode NGToleh perwakilan masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu (sebanyak 6 orang) yaitu :

- 1 Didepan pintu diberi tulisan “ Dilarang Merokok “
- 2 Menyediakan tempat rokok di luar rumah
- 3 Menyediakan permen pada setiap kegiatan perkumpulan warga (pengganti rokok)
- 4 Penyediaan asbak diluar rumah
- 5 Menyediakan ruangan khusus rokok
- 6 Menyuguhkan teh ketika ada tamu
- 7 Menasehati anggota keluarga yang merokok

Tabel 4.12 Analisis prioritas solusi masalah Perokok Aktif di dalam Rumah dengan metode MEER

No.	Alternatif Solusi	Metodologi	Efektifitas	Efisiensi	Relevan	Jumlah	Ranking
1	Didepan pintu diberi tulisan “Dilarang Merokok”	3	2	3	3	11	3
2	Menyediakan tempat rokok diluar rumah	4	3	3	3	13	2
3	Menyediakan Permen	2	1	1	2	6	5

No.	Alternatif Solusi	Metodologi	Efektifitas	Efisiensi	Relevan	Jumlah	Ranking
4	Penyediaan asbak diluar rumah	4	4	3	4	15	1
5	Menyediakan ruangan khusus rokok	3	3	2	3	11	3
6	Menyuguhkan teh ketika ada tamu	2	1	1	2	6	5
7	Menasehati keluarga yang merokok	3	1	3	2	9	4

Dari hasil analisis prioritas solusi untuk masalah sampah menggunakan metode MEER diperoleh prioritas solusi yakni menyediakan asbak diluar rumah.

#### 4.3.4 Analisis SWOT (*Strength, Weakness, Opportunity, Treath*)

##### 1. Identifikasi list SWOT

###### a. *Strength* (Kekuatan)

1. Masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu mampu bekerja sama dengan menyampaikan masalah secara terbuka
2. Hasil pertanian Dusun Semutan dan Ngrandu melimpah
3. Keamanan Dusun Semutan dan Ngrandu terjaga dengan baik
4. Aktivitas fisik masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu terpantau baik
5. Dusun Semutan dan Ngrandu sudah ODF
6. Posyandu di Dusun Semutan dan Ngrandu berlangsung secara rutin setiap bulannya

7. Akses jalan di Dusun Semutan dan Ngrandu sudah baik dengan terbuat dari paving
  8. Beberapa masyarakat sudah membuat pupuk sendiri untuk pertaniannya
  9. Masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu sudah paham mengenai bahaya penyakit
  10. Hampir semua masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu sudah mempunyai sumber air bersih
  11. Mayoritas masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu sudah melaksanakan KB
- b. *Weakness* (Kelemahan)
1. Kader masih kurang aktif menggerakkan masyarakat dalam bidang kesehatan
  2. Mayoritas masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu merokok
  3. Belum semua rumah di Dusun Semutan dan Ngrandu berlantai keramik
  4. Mayoritas masyarakat tidak menggunakan Alat Pelindung Diri pada saat bekerja
  5. Tingkat pendidikan masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu masih rendah
  6. Masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu mayoritas terbatas dalam memahami bahasa Indonesia (diluar bahasa Jawa)
  7. Masyarakat mayoritas melakukan pembakaran sampah di pekarangan rumah
  8. Pengetahuan masyarakat terkait Antenatal Care masih rendah
  9. Pemahaman masyarakat tentang Asi Eksklusif masih kurang
  10. Tidak ada karang taruna di tingkat Dusun Semutan dan Ngrandu
  11. Pemuda di Dusun Semutan dan Ngrandu banyak yang merantau keluar dusun
- c. *Opportunity* (Peluang)
1. Adanya pemasangan wifi di balai desa
  2. Pemerintah Bojonegoro mendukung adanya program keluarga sehat



Tabel 4.14 Penilaian Rating dan Skor Aspek S-W

Aspek S-W	Penilaian Rating													Jumlah Rating	Rating	WXR
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
S-1 Masyarakat Dusun Semutan c	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	48	3.69	0.1845
S-2 Hasil pertanian Dusun Semuta	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	37	2.85	0.1425
S-3 Keamanan Dusun Semutan da	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	2	41	3.15	0.189
S-4 Aktivitas fisik masyarakat Dus	3	3	3	3	3	3	4	3	4	2	3	2	3	39	3	0.12
S-5 Dusun Semutan dan Ngrandu	3	4	4	3	4	4	3	4	3	4	4	4	4	48	3.69	0.1845
S-6 Posyandu di Dusun Semutan c	3	3	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	43	3.31	0.1655
S-7 Akses jalan di Dusun Semutan	3	3	3	3	3	4	3	4	2	4	2	3	3	40	3.08	0.0924
S-8 Beberapa masyarakat sudah r	2	3	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3	31	2.38	0.0714
S-9 Masyarakat Dusun Semutan d	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	37	2.85	0.114
S-10 Hampir semua masyarakat C	3	3	3	3	3	4	4	4	3	4	3	4	4	45	3.46	0.173
S-11 Mayoritas masyarakat Dusu	2	2	2	2	2	2	3	3	4	3	3	4	3	35	2.69	0.1076
W-1 Kader masih kurang aktif me	-2	-2	-2	-2	-2	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-34	-2.62	-0.131
W-2 Mayoritas masyarakat Dusu	-4	-3	-4	-4	-3	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-3	-49	-3.77	-0.1885
W-3 Belum semua rumah di Dusu	-3	-2	-3	-3	-3	-2	-3	-1	-2	-1	-1	-1	-2	-27	-2.08	-0.0832
W-4 Mayoritas masyarakat tidak	-2	-3	-3	-3	-2	-4	-3	-2	-3	-3	-3	-3	-3	-37	-2.85	-0.114
W-5 Tingkat pendidikan masyaral	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-52	-4	-0.2
W-6 Masyarakat Dusun Semutan	-4	-4	-4	-4	-4	-3	-2	-3	-3	-4	-4	-3	-3	-45	-3.46	-0.1384
W-7 Masyarakat mayoritas melak	-3	-4	-4	-2	-4	-4	-4	-4	-4	-3	-3	-3	-3	-45	-3.46	-0.2076
W-8 Pengetahuan masyarakat ter	-3	-3	-3	-3	-2	-3	-2	-3	-4	-3	-3	-3	-3	-38	-2.92	-0.146
W-9 Pemahaman masyarakat tent	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-3	-39	-3	-0.15
W-10 Tidak ada karang taruna di	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-2	-4	-3	-3	-3	-3	-3	-33	-2.54	-0.127
W-11 Pemuda di Dusun Semutan	-1	-1	-1	-1	-2	-2	-2	-3	-4	-2	-2	-2	-2	-25	-1.92	-0.0576
TOTAL														20		

Tabel 4.15 Penilaian Bobot Aspek O-T

1	Aspek O-T	Penilai													Jumlah	Bobot (W)	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
3	O-1 Adanya pemasangan wifi di balai desa	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	3	48	0.15
4	O-2 Pemerintah Bojonegoro mendukung adanya	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	47	0.15
5	O-3 Dusun Semutan dan Ngrandu dekat dengan	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	3	2	45	0.14	
6	O-4 Kepala Dusun sangat kooperatif dalam men	3	3	3	3	4	3	3	4	3	3	3	3	2	40	0.13	
7	T-1 Tidak ada TPA/TPS di Dusun Semutan dan Ng	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	51	0.16
8	T-2 Masih ada warga yang belum punya Jaminan	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	45	0.14	
9	T-3 Kurangnya sosialisasi mengenai keluarga se	3	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	3	3	42	0.13	
10	TOTAL														318	1	

Tabel 4. 16 Penilaian Rating dan Skor Aspek O-T

1	Aspek O-T	Penilaian Rating													Jumlah Rat	Rating	WXR
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13			
3	O-1 Adanya pemasangan wifi di balai desa	1	3	3	2	3	3	3	4	4	3	3	3	38	2.92	0.438	
4	O-2 Pemerintah Bojonegoro mendukung adanya	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	41	3.15	0.4725	
5	O-3 Dusun Semutan dan Ngrandu dekat dengan	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	41	3.15	0.441	
6	O-4 Kepala Dusun sangat kooperatif dalam men	3	3	3	3	3	4	3	4	3	3	3	3	41	3.15	0.4095	
7	T-1 Tidak ada TPA/TPS di Dusun Semutan dan Ng	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-4	-3	-4	-4	-4	-51	-3.92	-0.6272
8	T-2 Masih ada warga yang belum punya Jaminan	-3	-3	-3	-4	-3	-3	-3	-3	-3	-4	-3	-4	-4	-43	-3.31	-0.4634
9	T-3 Kurangnya sosialisasi mengenai keluarga se	-3	-3	-3	-3	-3	-4	-3	-4	-4	-4	-3	-3	-3	-43	-3.31	-0.4303
10	TOTAL													24			

## 3. Perhitungan Tabel IFAS/EFAS

Tabel 4. 17 Perhitungan Tabel IFAS

Analisis	No.	Aspek	Bobot (W)	Rating	WXR
<i>STRENGTH</i>	1	Masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu mampu bekerja sama dengan menyampaikan masalah secara terbuka	0.05	3.69	0.1845
	2	Hasil pertanian Dusun Semutan dan Ngrandu melimpah	0.05	2.85	0.1425
	3	Keamanan Dusun Semutan dan Ngrandu terjaga dengan baik	0.06	3.15	0.189
	4	Aktivitas fisik masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu baik	0.04	3	0.12
	5	Dusun Semutan dan Ngrandu sudah ODF	0.05	3.69	0.1845

<b>Analisis</b>	<b>No.</b>	<b>Aspek</b>	<b>Bobot (W)</b>	<b>Rating</b>	<b>WXR</b>
	6	Posyandu di Dusun Semutan dan Ngrandu berlangsung secara rutin setiap bulannya	0.05	3.31	0.1655
	7.	Akses jalan di Dusun Semutan dan Ngrandu sudah baik dengan terbuat dari paving	0.03	3.08	0.0924
	8.	Beberapa masyarakat sudah membuat pupuk sendiri untuk pertaniannya	0.03	2.38	0.0714
	9.	Masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu sudah paham mengenai bahaya penyakit	0.04	2.85	0.114

<b>Analisis</b>	<b>No.</b>	<b>Aspek</b>	<b>Bobot (W)</b>	<b>Rating</b>	<b>WXR</b>
	10.	Hampir semua masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu sudah mempunyai sumber air bersih	0.05	3.46	0.173
	11.	Mayoritas masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu sudah melaksanakan KB	0.04	2.69	0.1076
<i>WEAKNESS</i>	1.	Kader masih kurang aktif menggerakkan masyarakat dalam bidang kesehatan	0.05	-2.62	-0.131
	2.	Mayoritas masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu merokok	0.05	-3.77	-0.1885

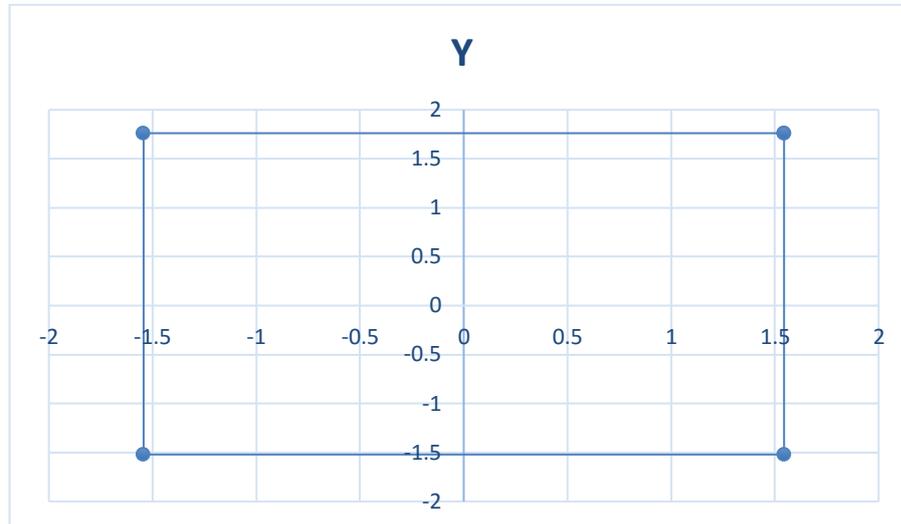
<b>Analisis</b>	<b>No.</b>	<b>Aspek</b>	<b>Bobot (W)</b>	<b>Rating</b>	<b>WXR</b>
	3.	Belum semua rumah di Dusun Semutan dan Ngrandu berlantai keramik	0.04	-2.08	-0.0832
	4.	Mayoritas masyarakat tidak menggunakan Alat Pelindung Diri pada saat bekerja	0.04	-2.85	-0.114
	5.	Tingkat pendidikan masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu masih rendah	0.05	-4	-0.2
	6.	Masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu mayoritas terbatas dalam memahami bahasa Indonesia	0.04	-3.46	-0.1384

<b>Analisis</b>	<b>No.</b>	<b>Aspek</b>	<b>Bobot (W)</b>	<b>Rating</b>	<b>WXR</b>
	7.	Masyarakat mayoritas melakukan pembakaran sampah di pekarangan rumah	0.06	-3.46	-0.2076
	8.	Pengetahuan masyarakat terkait Antenatal Care masih rendah	0.05	-2.92	-0.146
	9.	Pemahaman masyarakat tentang Asi Eksklusif masih kurang	0.05	-3	-0.15
	10.	Tidak ada karang taruna di tingkat Dusun Semutan dan Ngrandu	0.05	-2.54	-0.127
	11.	Pemuda di Semutan dan Ngrandu banyak yang merantau keluar dusun	0.03	-1.92	-0.0576
<b>STRENGTH POSTURE</b>					<b>0.0011</b>

Tabel 4.18 Perhitungan Tabel EFAS

<b>Analisis</b>	<b>No</b>	<b>Aspek</b>	<b>Bobot (W)</b>	<b>Rating</b>	<b>WXR</b>
<b><i>OPPORTUNITY</i></b>	1	Adanya pemasangan wifi . di balai desa	0.15	2.92	0.438
	2	Pemerintah Bojonegoro . mendukung adanya program keluarga sehat	0.15	3.15	0.4725
	3	Dusun Semutan dan . Ngrandu dekat dengan pelayanan kesehatan yakni Puskesmas Pembantu	0.14	3.15	0.441
	4	Kepala Dusun sangat . kooperatif dalam memantau perkembangan masyarakat	0.13	3.15	0.4095
<b><i>THREATH</i></b>	1	Tidak ada TPA/TPS di . Dusun Semutan dan Ngrandu	0.16	-3.92	-0.6272
	2	Masih ada warga yang . belum punya Jaminan Kesehatan	0.14	-3.31	-0.4634
	3	Kurangnya sosialisasi mengenai keluarga sehat ke masyarakat	0.13	-3.31	-0.4303
<b><i>COMPETITIVE POSTURE</i></b>					0.2401

Berikut adalah gambar dari hasil analisis SWOT yang dimasukkan ke dalam matriks SWOT:



Gambar 4.57 Analisis SWOT

Berdasarkan hasil analisis SWOT menunjukkan bahwa Dusun Ngrandu dan Semutan berada pada kuadran S-O. Hal tersebut menunjukkan bahwa dengan analisis *strength posture* dengan angka 0,0011 menunjukkan bahwa nilai *strength* lebih tinggi daripada *weakness*. Sedangkan, hasil analisis *competitive posture* menunjukkan bahwa posisi Dusun Semutan dan Ngrandu memiliki angka 0,2401 yang berarti bahwa nilai *opportunity* jauh lebih tinggi daripada *treath*. Hasil analisis menunjukkan bahwa kondisi Dusun Ngrandu dan Semutan berada pada kuadran satu yakni kuadran S-O yang menunjukkan bahwa sebuah organisasi tersebut kuat dan berpeluang. Pada kuadran S-O memanfaatkan kekuatan internal untuk memanfaatkan peluang eksternal. Selain itu juga mendukung strategi agresif yakni :

- a. Menambah produk atau jasa baru, namun masih terkait usahanya dengan menambah pelayanan
- b. Kemitraan dengan organisasi yang lebih kuat
- c. Upaya memperkenalkan produk atau jasa yang ada ke wilayah geografis baru/ segmentasi pasar yang baru dengan berusaha menarik minat pelanggan tingkat ekonomi menengah ke atas
- d. Meningkatkan penjualan dengan memperbaiki atau memodifikasi produk atau jasa yang sudah ada

- e. Meningkatkan pangsa pasar untuk produk atau jasa yang sudah ada di pasar melalui usaha pemasaran yang gencar.

#### 4.4 Rencana Intervensi dan Implementasi Program Intervensi

##### 4.4.1 Intervensi Masalah Merokok di Dalam Rumah dengan Teori AIETA

1. Media Intervensi Sosialisasi “GEMAS Tanpa Rokok” dengan Teori AIETA  
 Intervensi program Sosialisasi “GEMAS Tanpa Rokok” menggunakan teori AIETA yaitu terdapat tiga tahap perubahan dengan menekankan pada latar belakang individu yang terlibat dalam perubahan dan lingkungan tempat perubahan tersebut dilaksanakan. Terdapat lima langkah mengelola perubahan menurut Roger yang sering dikenal dengan AIETA (*Awareness – Interest – Evaluation – Trial – Adoption*) oleh Roger (1974). Berdasarkan penelitian Roger (1974), perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bertahan lama daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan. Tahapan teori AIETA sebagai dasar dalam perencanaan intervensi program “GEMAS Tanpa Rokok” meliputi:

a. *Awareness*(Kesadaran),

Masyarakat diDusun Semutan dan Ngrandusudah menyadari bahwa perilaku merokok didalam rumah merupakan suatu permasalahan yang tidak hanya berdampak pada perokok aktif itu sendiri, tetapi juga orang-orang yang tidak merokok (perokok pasif) disekitarnya.

b. *Interest* (ketertarikan),

Ketertarikan masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu ini dapat terjadi ketika masyarakat diberi media promosi kesehatan yang menarik, sesuai dan tepat sasaran. Seperti misalnya media yang disukai, gambar yang disukai, sehingga masyarakatsasaran dapat tertarik. Ketertarikan masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu terhadap berbagai media promosi yang kami paparkan diharapkan dapat mengubah perilaku masyarakat yang yang masih memiliki perilaku merokok didalam rumah.

c. *Evaluation* (mempertimbangkan)

Masyarakat Dusun Semutan dan Ngranduberhak melakukan evaluasi terhadap program yang nantinya diberikan sekaligus memberikan saran yang membuat mereka nyaman. Masyarakat dapat memberikan penilaian terhadap media promosi yang kami paparkan

berdasarkan manfaat yang didapat, mereka dapat menentukan keuntungan yang di peroleh dari media yang kami berikan.

d. *Trial* (mencoba)

Ketika sudah dipertimbangkan baik buruknya serta keuntungannya melaiui media yang kami berikan, masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu dapat mulai mencoba untuk menerapkan perilaku tidak merokok di dalam rumah .

e. *Adaptation* (menyesuaikan),

Pada tahap akhir ini, pengetahuan dan sikap masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandutelah berubah, sehingga pembentukan perilaku yang baru sudah terjadi yaitu tidak merokok di dalam rumah.

2. Upaya Mengubah Perilaku

Adanya perkumpulan-perkumpulan seperti perkumpulan pemuda secara informal maupun formal (karang taruna) menjadi suatu kesempatan bagi kami dalam mengembangkan program yang akan kami buat. Dalam hal ini pendekatan secara intensif akan kami lakukan untuk membantu mewujudkan program tersebut. Selain itu, pertemuan secara rutin yang dihadiri oleh Bapak-Bapak saat tahlilan juga menjadi sarana dalam pemberian informasi dan juga menggali informasi dalam rangka upaya perubahan perilaku.

**4.4.2 Plan of Action Sosialisasi “GEMAS (GERAKAN RUMAH SEHAT) TANPA ROKOK”**

Berdasarkan akar penyebab masalah yang didapatkan dari fishbone yaitu kurangnya informasi dan sosialisasi terkait bahaya rokok tdalam masalah Merokok dalam Rumah yang ada di Dusun Semutan dan Ngrandu, adapun rencana intervensi yang dilakukan adalah program “GEMAS (GERAKAN RUMAH SEHAT) TANPA ROKOK”. Program GEMAS tanpa Rokok terdiri dari berbagai kegiatan yakni :

**A. Konsolidasi**

1. Tujuan

Mendapatkan persetujuan dan dukungan terkait serangkaian program yang akan kami selenggarakan yaitu GEMAS (Gerakan Rumah Sehat) Tanpa Rokok.

## 2. Indikator Keberhasilan

Tabel 4.19 Indikator Keberhasilan Kegiatan Konsolidasi

<b>Indikator Keberhasilan</b>	<b>Target</b>	<b>Cara Pengukuran</b>
Telah mendapatkan dukungan dari perangkat dusun, karang taruna, dan kader kesehatan	Minimal setelah melakukan konsolidasi sebanyak 1 kali pada masing-masing sasaran kegiatan	Telah ditanda tangannya lembar persetujuan partisipasi Program Gemas tanpa Rokok

## 3. Sasaran

Karang Taruna, Perangkat Dusun, Kader kesehatan Semutan dan Ngrandu.

## 4. Penentuan Target

Warga RT 4-9 Dusun Semutan dan Ngrandu, Desa Pomahan yang terdiri dari bapak-bapak, remaja, karang taruna, dan kader

## 5. Deskripsi Kegiatan

- a. Pemaparan mengenai kegiatan Gemas tanpa Rokok
- b. Meminta persetujuan dan dukungan terkait serangkaian program Gemas tanpa Rokok.
- c. Mendapatkan tanda tangan pada lembar persetujuan partisipasi program Gemas tanpa Rokok

## 6. Penanggungjawab

Penanggungjawab program adalah ketua kelompok 3 yakni Alfin Wahyudiono

## 7. Pelaksana

Kelompok 3 Mahasiswa PKL FKM Universitas Airlangga

## 8. Perhitungan Anggaran

Tabel 4.20 Perhitungan Anggaran Kegiatan Konsolidasi

<b>Bentuk Kegiatan</b>	<b>Kebutuhan</b>	<b>Kuant</b>	<b>Harga Satuan (Rp)</b>	<b>Jumlah</b>
Konsolidasi	Fotocopy lembar persetujuan	15	Rp 200,00	Rp 3.000,00
Total				Rp 3.000,00

## B. Sosialisasi Program GEMAS Tanpa Rokok

### 1. Tujuan

Memperkenalkan program GEMAS Tanpa Rokok kepada masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu sekaligus Mengundang masyarakat untuk hadir saat kegiatan penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok.

### 2. Indikator Keberhasilan

Tabel 4.21 Indikator Keberhasilan Kegiatan Sosialisasi Program GEMAS Tanpa Rokok

Indikator Keberhasilan	Target	Cara Pengukuran
Peserta bersedia hadir dalam kegiatan sosialisasi GEMAS Tanpa Rokok	Jumlah peserta yang hadir dalam kegiatan sosialisasi GEMAS Tanpa Rokok paling sedikit 50% dari jumlah undangan.	Daftar hadir kegiatan.

### 3. Sasaran

Masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu, yang terdiri atas Bapak-Bapak, Ibu-Ibu, remaja, dan karang taruna.

### 4. Penentuan Target

Jumlah peserta yang hadir dalam kegiatan sosialisasi GEMAS Tanpa Rokok paling sedikit 50% dari jumlah undangan

### 5. Deskripsi Kegiatan

- a Sosialisasi GEMAS Tanpa Rokok
- b Himbuan kepada masyarakat untuk hadir dalam kegiatan penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok.

### 6. Penanggungjawaban

Ketua Kelompok PKL 3 FKM Universitas Airlangga

### 7. Pelaksanaan

Kelompok 3 FKM Universitas Airlangga

## 8. Perhitungan Anggaran

Tabel 4.22 Perhitungan Anggaran Kegiatan Sosialisasi

Bentuk Kegiatan	Kebutuhan	Kuant	Harga Satuan (Rp)	Jumlah
Sosialisasi	Konsumsi	270	Rp 3000,00	Rp 510.000,00
GEMAS	Sewa		Rp 150.000,00	Rp 150.000,00
Tanpa Rokok	Sound System			
	Sewa LCD Projector		Rp 150.000,00	Rp 150.000,00
Total				Rp 810.000,00

## C. PENYULUHAN GEMAS Tanpa Rokok

## 1. Tujuan

Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang bahaya asap rokok bagi perokok aktif dan pasif terutama bila berada di dalam rumah.

## 2. Indikator Keberhasilan

Tabel 4.23 Indikator Keberhasilan Kegiatan Penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok

Indikator Keberhasilan	Target	Cara Pengukuran
Kehadiran sasaran yang melebihi target dan peningkatan penilaian hasil posttest dari pretest	<p>a. Jumlah peserta yang hadir program penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok lebih besar dari 50% total sasaran yang diundang</p> <p>b. Keberhasilan program penyuluhan bahaya asap rokok dilihat melalui peningkatan hasil <i>post-test</i> dari <i>pre-test</i></p>	<p>a. Absensi kehadiran kegiatan</p> <p>b. Hasil penilaian <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i></p>

## 3. Sasaran

Masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu Desa Pomahan

## 4. Penentuan Target

- a. Jumlah peserta yang hadir program penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok lebih besar dari 50% total sasaran yang diundang
- b. Keberhasilan program penyuluhan bahaya asap rokok dilihat melalui peningkatan hasil *post-test* dari *pre-test*

## 5. Deskripsi Kegiatan

- a. Kegiatan penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok untuk meningkatkan pengetahuan dan merubah sikap sasaran kegiatan
- b. Pelaksanaan *pre-test* dan *post-test*
- c. Pelaksanaan dan pengisian petisi persetujuan tidak merokok dalam rumah

## 6. Penanggungjawab

Ketua Kelompok PKL 3 FKM Universitas Airlangga

## 7. Pelaksana

Kelompok PKL 3 FKM Universitas Airlangga

## 8. Perhitungan Anggaran

Tabel 4.24 Perhitungan Anggaran Kegiatan Penyuluhan

Bentuk Kegiatan	Kebutuhan	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Jumlah
<b>Penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok</b>	Fotocopy	100	Rp 200,00	Rp 200.000,00
	<i>pre-test</i> dan <i>post-test</i>			
	Sewa LCD dan projector		Rp 150.000,00	Rp 150.000,00
	Sewa Sound System		Rp 150.000,00	Rp 150.000,00
	Konsumsi peserta	100	Rp 5000,00	Rp 500.000,00
Konsumsi undangan	7	Rp 10.000,00	Rp 70.000,00	

Bentuk Kegiatan	Kebutuhan	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Jumlah
	Doorprize	3	Rp 20.000,00	Rp 60.000,00
	Honorarium Pemateri	1	Rp 500.000,00	
	Pencetakan Banner	1	Rp 100.000,00	
<b>Total</b>				Rp 1.280.000,00

#### D. DOOR TO DOOR

##### 1. Tujuan

Untuk melanjutkan tahap penyuluhan mengenai tidak merokok didalam rumah dengan gerakan menuju rumah-rumah warga dusun Semutan dan Ngrandu.

##### 2. Indikator Keberhasilan

Tabel 4.25 Indikator Keberhasilan Kegiatan Door to Door

Indikator Keberhasilan	Target	Cara Pengukuran
a. Warga bersedia rumahnya ditemplei media promosi untuk tidak merokok di dalam rumah	a. Sekitar 30% KK bersedia ditemplei media promosi untuk tidak merokok di dalam rumah	a. Daftar persetujuan penempelan media promosi dan dokumentasi kegiatan

##### 3. Sasaran

Masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu,

##### 4. Penentuan Target

Jumlah KK yang bersedia ditemplei media promosi untuk tidak merokok di dalam rumah berkisar 30% dari rumah keseluruhan yang ada di Dusun Semutan dan Ngrandu.

## 5. Deskripsi Kegiatan

- a. Gerakan yang dilakukan antara lain dengan penempelan stiker himbauan tidak merokok di dalam rumah seperti “Saya Hebat, Tidak Merokok dalam Rumah” dan “Matikan Rokokmu Disini”.
- b. Selain itu, juga dilakukan penempelan atau penempatan sarana untuk menaruh rokok diluar rumah.

## 6. Penanggungjawaban

Ketua Kelompok PKL 3 FKM Universitas Airlangga

## 7. Pelaksana

Kelompok 3 FKM Universitas Airlangga

## 8. Perhitungan Anggaran

Tabel 4.26 Perhitungan Anggaran Kegiatan Door to Door

Bentuk Kegiatan	Kebutuhan	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Jumlah
<i>Door to Door</i>	Fotocopy lembar persetujuan penempelan media promosi	270	Rp 200,00	Rp 54.000,00
	Percetakan Stiker	540	Rp 250,00	Rp 135.000,00
	Poster Promosi di tempat strategis	30	Rp 5.000,00	Rp 150.000,00
	Tempat Rokok di Luar Rumah	270	Rp 3.000,00	Rp 810.000,00
	Konsumsi Karang taruna	10	Rp 5000,00	Rp 50.000,00
	<b>Total</b>			<b>Rp 1.199.000,00</b>

## E. *Follow Up* berupa DEKLARASI

### 1. Tujuan

Sebagai follow up atas kegiatan yang telah dilakukan terkait dengan Gerakan Rumah Sehat (GEMAS) tanpa rokok dengan deklarasi dalam bentuk video testimoni

### 2. Indikator Keberhasilan

Tabel 4.27 Indikator Keberhasilan Kegiatan Deklarasi

<b>Indikator Keberhasilan</b>	<b>Target</b>	<b>Cara Pengukuran</b>
Mendapatkandukungan dari Kepala Desa, Perangkat dusun, OPN, Bidan Desaserta warga dusun Semutan dan Ngrandudengan adanyaperekamanan testimoni sebagai bentuk deklarasi	Sekitar 10% dari jumlah KK ikut deklarasi untuk tidak merokok di dalam rumah dalam serangkaian kegiatan GEMAS tanpa Rokok	Daftar persetujuan melaksanakan deklarasi video testimoni

### 3. Sasaran

Masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu,

### 4. Penentuan Target

Jumlah peserta yang berpartisipasi dalam deklarasi dengan video testimoni sejumlah 10% dari target sasaran.

### 5. Deskripsi Kegiatan

- a. Membuat video testimoni pernyataan deklarasi dukungan tidak merokok dalam rumah.
- b. Video testimoni dilakukan sebagai bentuk follow up dan indikator keberhasilan kegiatan Gemas tanpa rokok

### 6. Penanggungjawaban

Ketua Kelompok PKL 3 FKM Universitas Airlangga



#### **4.4.4 Intervensi Masalah Pengelolaan Merokok dalam Rumah sesuai Standar dengan Teori Dignan**

##### **a. *Community Analysis***

###### **1) Data Sekunder**

Desa Pomahan merupakan salah sebuah desa yang terletak di Kecamatan Boureno, Kota Bojonegoro, Provinsi Jawa Timur yang memiliki luas 327 Ha. Jarak Desa Pomahan dari Pusat Pemerintahan Kecamatan sejauh 6 Km, sedangkan dari pusat Pemerintahan Kota sejauh 30 Km, dan jarak Desa Pomahan dari Pusat Pemerintahan Ibu Kota Provinsi adalah 82 Km. Jumlah penduduk Desa Pomahan 3286 Jiwa, laki-laki sebanyak 1642 jiwa, dan perempuan sebanyak 1644 jiwa. Desa Pomahan berbatasan langsung dengan Desa Pucangarum dibagian utara, bagian selatan dengan Desa Banjaran, bagian barat dengan Desa Sembunglor /Desa Temu Kanor, dan bagian timur dengan Desa Karangdayu.

Menurut data yang di dapat dari Profil Desa Pomahan mata pencaharian warga Desa Pomahan mayoritas Buruh Tani sebanyak 1248 jiwa. Tingkat pendidikan umum masyarakat Desa Pomahan mayoritas hanya menempuh bangku Sekolah Dasar (SD). Sedangkan Tingkat Pendidikan Khusus Desa Pomahan mayoritas menempuh pendidikan di Pondok Pesantren. Desa Pomahan memiliki 1146 jiwa penduduk miskin sesuai strandar BPJS. Desa Pomahan memiliki 19 RT dan 9 RW, dengan total 5 dusun yaitu dusun Nunuk, Ngrandu, Semutan, Pomahan, dan Godang. Sedangkan dalam penelitian ini yang menjadi sasaran kelompok 3 adalah dusun Ngrandu dan Semutan.

Data Profil Puskesmas Pembantu (Pustu) Pomahan menuliskan terdapat 10 besar penyakit yaitu, mialgi, cepalgi, ispa, gastritis, ferbris, hit, gatal alergi, GE, asma, dan sakit gigi. Tenaga kesehatan yang terdata dalam dokumen profil Pustu Pomahan terdapat 1 bidan, 1 perawat, 30 kader balita, 30 kader aktif, 6 kader BKB, 5 kader lansia, 2 kader jumentik dan 5 kader lansia dengan 6 jumlah posyansdu.

## 2) Data Primer

Karakteristik responden yang didapat melalui pengisian kuisioner dengan metode door to door kepada responden di dusun Ngrandu dan Semutan sebagai sasaran. Penentuan sample ditentukan dengan metode random sampling ditambah dengan 10% total populasi diperoleh hasil yaitu 133 sampel. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin yang diperoleh yaitu perempuan sebesar 74% dan laki-laki sebesar 26%. Hasil pengolahan data primer menunjukkan bahwa mayoritas tingkat pendidikan terakhir responden adalah Sekolah Dasar (SD), sedangkan mayoritas pekerjaan yang diperoleh dari hasil pengolahan data responden adalah petani (60%).

Masalah kesehatan lingkungan yang didapat dari hasil pengolahan dari kuisioner ialah 57% responden menyatakan setuju terhadap adanya upaya penegelolaan sampah yang mudah membusuk sebagai bahan untuk membuat kompos. Sebanyak 65% responden menyatakan setuju bahwa kebiasaan membuang sampah di pekerangan rumah dapat mencermari lingkungan. Sebanyak 51% responden menyatakan setuju bahwa responden tidak akan membakar sampah karena dapat mencemari lingkungan. Sebanyak 72% responden menyatakan setuju bahwa pengelolaan sampah perlu dilakukan untuk menjaga kesehatan. Sebanyak 68% responden menyatakan setuju bahwa sampah harus dikelola karena sampah merupakan tempat perkembangbiakan keceo, lalat, dan tikus. Sebanyak 70% responden menyatakan setuju bahwa gerakan pengelolaan sampah secara berkelompok dapat mengurangi jumlah tikus. Sebanyak 72% responden menyatakan setuju bahwa pemilahan sampah perlu dilakukan. Sebanyak 73% responden menyatakan setuju bahwa setiap rumah tangga perlu menyediakan paling sedikit 2 tempat sampah. Sebanyak 73% responden menyatakan setuju bahwa setiap rumah tangga perlu menyediakan paling sedikit 2 tempat sampah.

Permasalahan Perilaku Hidup Sehat (PHBS) yang diperoleh dari hasil pengolahan kuesioner ialah 98% responden telah menggunakan PDAM atau air sumur sebagai sumber air untuk kebutuhan sehari-hari. Sebanyak 77% responden menyatakan bahwa sumber air yang digunakan untuk kebutuhan sehari-hari tidak berwarna dan tidak berbau. Sebanyak 95% responden telah mencuci tangan dengan sabun setelah buang air besar. Sebanyak 89% responden telah mencuci tangan dengan sabun sebelum makan. Sebanyak 92% responden telah mencuci tangan dengan sabun sebelum menyusui atau menyuapi anak/bayi. Sebanyak 92% responden telah mencuci tangan dengan sabun setelah menceboki bayi/anak. Sebanyak 96% responden telah mencuci tangan dengan sabun setelah memegang ikan atau binatang ternak. Sebanyak 86% responden telah memiliki sumber air yang berjarak minimal 10 meter dari septic tank. Sebanyak 90% responden telah memiliki jamban tertutup. Sebanyak 95% responden telah menggunakan jamban tertutup untuk seluruh keluarga. Sebanyak 70% responden memiliki keluarga sebagai perokok aktif dalam rumah. Sebanyak 80% responden sudah memiliki kebiasaan membersihkan atau menguras bak atau tempat penampungan air di kamar mandi minimal sekali dalam seminggu. Sebanyak 35% responden yang memiliki anggota keluarga sebagai perokok aktif dapat megkonsumsi 9 sampai 12 batang rokok per hari. Sebanyak 35% responden yang memiliki anggota keluarga sebagai perokok aktif dapat megkonsumsi 9 sampai 12 batang rokok per hari.

Permasalahan kesehatan maternal / KB yang diperoleh dari hasil pengolahan kuesioner ialah sebanyak 73% responden pernah menggunakan alat kontrasepsi. Sebanyak 54% responden menggunakan alat kontrasepsi berupa suntik. Sebanyak 92% responden telah melaksanakan pemeriksaan kehamilan secara rutin pada masa kehamilan. Sebanyak 62% responden yang telah melakukan pemeriksaan kehamilan melaksanakan pemeriksaan 8 sampai 10 kali saat masa kehamilan. Sebanyak 73% responden yang

melaksanakan pemeriksaan kehamilan pernah mengkonsumsi tablet Fe pada masa kehamilan. Sebanyak 61% responden telah melakukan persalinan di Bidan Desa.

Permasalahan gizi yang diperoleh dari hasil pengolahan kuesioner ialah 68% responden menyatakan setuju bahwa balita membutuhkan konsumsi makanan yang bergizi. Sebanyak 71% responden menyatakan setuju terhadap pentingnya konsumsi makanan yang mengandung protein bagi anak agar terhindar dari gizi buruk. Sebanyak 65% responden menyatakan setuju terhadap pentingnya ASI eksklusif bagi bayi sampai usia 6 bulan. Sejumlah 51% responden menyatakan setuju bahwa ASI eksklusif diberikan selama 6 bulan pertama sejak kelahiran tanpa makanan tambahan apapun. Sejumlah 69% responden menyatakan setuju salah satu penyebab anak sering mengalami sakit karena kurangnya nafsu makan. Sejumlah 51% responden menyatakan setuju bahwa ASI eksklusif diberikan selama 6 bulan pertama sejak kelahiran tanpa makanan tambahan apapun. Sejumlah 73% responden menyatakan setuju bahwa makanan yang bervariasi sangatlah penting untuk memenuhi kebutuhan gizi bagi anak. Sejumlah 72% responden menyatakan setuju bahwa makanan bervariasi antara lain terdiri atas nasi, ikan, sayuran, buah, dan susu. Sejumlah 72% responden menyatakan setuju bahwa ketika anak mereka sedang mengalami penurunan nafsu makan maka anak perlu diberikan asupan vitamin berupa suplemen. Sejumlah 72% responden menyatakan setuju bahwa sebaiknya anak-anak lebih diutamakan makanan bergizi dibandingkan orang dewasa.

Permasalahan Penyakit Akibat Kerja (PAK) yang diperoleh dari hasil pengolahan kuesioner ialah 72% responden memiliki lama kerja antara 1 sampai 8 jam per hari. Sebanyak 48% responden menggunakan alat pelindung diri berupa capil saat melakukan pekerjaannya. Sebanyak 57% responden menyatakan pernah mengalami kecelakaan kerja pada saat bekerja. Sebanyak 53% responden menyatakan pernah mengalami gangguan kesehatan pada

saat bekerja. Sebanyak 60% responden pernah mengalami gangguan kesehatan akibat kerja.

Permasalahan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diperoleh dari hasil pengolahan kuesioner ialah 71% responden menyatakan sudah memiliki pengetahuan terkait Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sejumlah 52% responden yang telah memiliki pengetahuan tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menyatakan mendapatkan informasi tersebut dari perangkat desa. Sejumlah 51% responden menyatakan telah menjadi bagian dari anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) baik PBI maupun non PBI. Sejumlah 24% responden menyatakan tidak menjadi anggota Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dikarenakan belum adanya pemberian informasi yang memadai dari berbagai pihak.

#### **b. Community Diagnosis**

- 1) List permasalahan :
  1. Pengelolaan Sampah
  2. Perokok aktif rumah
  3. Kurangnya pengetahuan terkait ANC
  4. Kurangnya pengetahuan terkait ASI Eksklusif
  5. Kurangnya kesadaran terkait pemakaian APD
  6. Kurangnya informasi dan ketidakmerataan kepemilikan JKN
  7. Tingginya angka kejadian ISPA
- 2) Identifikasi list SWOT :
  - a) *Strength* (Kekuatan)
    1. Ibu sudah sadar dan peduli bahwa rokok adalah sebuah permasalahan
    2. Masyarakat sudah memiliki sedikit pengetahuan tentang bahaya rokok bagi keluarga
  - b) *Weakness* (Kelemahan)
    1. Masyarakat merupakan petani tembakau
    2. Tradisi penyediaan rokok saat tahlilan

3. Pengetahuan bahaya rokok di dalam rumah masih kurang
4. Masyarakat banyak yang bekerja di pabrik rokok

c) *Opportunity*

1. Adanya penetapan KTR berdasarkan peraturan Bupati Bojonegoro
2. Adanya dukungan dari karang taruna Semutan dan Ngrandu
3. Adanya dukungan dari pemerintah desa

d) *Threat*

1. Rokok mudah didapat dari warung-warung sekitar
2. Banyaknya pabrik rokok di Bojonegoro
3. Pabrik rokok senantiasa membantu keberlangsungan kegiatan sosial masyarakat

**c. Establish of Program Focus**

Masalah kesehatan yang akan diselesaikan di Desa Pomahan adalah permasalahan perokok aktif dalam rumah. Hal tersebut dikarenakan masyarakat menganggap masalah tersebut memiliki tingkat *urgency, seriousness, growth* (USG) yang paling tinggi. Nilai total pada masalah ini menurut matriks USG pun menunjukkan angka paling tinggi jika dibandingkan dengan masalah – masalah yang lain, yaitu sebesar 52. Kemudian berdasarkan hasil analisis prioritas solusi untuk masalah sampah menggunakan metode pengukuran Metodologi, Efektivitas, Efisiensi, Relevan (MEER) diperoleh prioritas solusi yakni menyediakan asbak diluar rumah.

Berdasarkan teori Lawrence Green terkait dengan faktor pembentuk perilaku, maka kerangka teori dalam program *Gerakan Rumah Sehat tanpa Rokok* adalah :

- Faktor predisposisi (*predisposing factors*) : Umur, pendidikan, pengetahuan, sikap, jenis pekerjaan warga
- Faktor pemungkin (*enabling factors*) : Penyuluhan, sosialisasi, dan *GEMAS tanpa rokok*
- Faktor penguat (*reinforcing factors*) : Dukungan ibu, anak atau keluarga kepada bapak agar tidak merokok di dalam rumah

**d. Target Assesment**

Target pencapaian dari program *GEMAS tanpa rokok* secara umum ialah menurunkan perilaku merokok di dalam rumah bagi warga dusun Semutan dan Ngrandu desa Pomahan, kecamatan Baureno, kabupaten Bojonegoro

**e. Program Plan Development**

**Step 1 : Recruit Planning Group Members**

Menjalin kerjasama dengan karang taruna serta kader kesehatan yang berada di Dusun Ngrandu dan Semutan untuk mendukung dan berpartisipasi dalam program GEMAS (Gerakan Rumah Sehat) TANPA ROKOK untuk menurunkan angka merokok dalam rumah

**Step 2 : Develop Program Goals**

Dilaksanakannya program GEMAS TANPA ROKOK oleh 30% warga dusun Semutan dan Ngrandu. Tujuan ini disosialisasikan kepada karang taruna dan kader kesehatan yang berada di dusun Semutan dan Ngrandu agar program dapat terus berkelanjutan setelah PKL berakhir.

**Step 3 : Develop Objectives for Goals**

Untuk menunjang tercapainya tujuan umum program ini, maka terdapat beberapa tujuan khusus yakni sebagai berikut :

1. Mendapatkan dukungan dari perangkat dusun, karang taruna, dan kader kesehatan minimal setelah melakukan konsolidasi sebanyak 2 kali pada masing-masing sasaran kegiatan.
2. Sebanyak 50% dari jumlah undangan peserta bersedia hadir dalam kegiatan sosialisasi GEMAS tanpa Rokok.
3. Lebih dari 50% total sasaran yang diundang hadir dalam kegiatan penyuluhan GEMAS tanpa Rokok dan peningkatan nilai hasil post test dari pre test.
4. Sebanyak 30% warga bersedia rumahnya ditemplei media promosi kesehatan untuk tidak merokok di dalam rumah.

5. Sebanyak 10% dari jumlah KK mengikuti deklarasi untuk tidak merokok di dalam rumah dan mendapatkan dukungan dari Kepala Desa, perangkat dusun, OPN, bidan desa serta warga dusun Semutan dan Ngrandu dengan adanya perekaman testimoni sebagai bentuk deklarasi.

#### ***Step 4 : Explore Resources and Contrains***

Adapun sumber daya yang dibutuhkan yaitu :

1. Karang taruna dusun Semutan dan Ngrandu
2. Kader kesehatan dusun Semutan dan Ngrandu
3. Warga dusun Semutan dan Ngrandu

#### ***Step 5 : Select Methods and Activities***

1. Melakukan konsolidasi untuk mendapatkan persetujuan dan dukungan dari Pihak Dusun, karang taruna, terkait serangkaian program Gemas tanpa rokok yang akan kelompok PKL laksanakan.
2. Memperkenalkan program Gemas tanpa Rokok kepada masyarakat Dusun Ngrandu dan Semutan sekaligus mengundang masyarakat untuk hadir saat penyuluhan Gemas tanpa Rokok dalam kegiatan sosialisasi program Gemas tanpa Rokok.
3. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang bahaya asap rokok bagi perokok aktif dan pasif terutama apabila berada di dalam rumah melalui pre test dan post test.
4. Melakukan penyuluhan *door to door* ke setiap rumah kepada segenap masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu untuk berpartisipasi dalam program Gemas tanpa Rokok sebagai upaya mencegah perilaku merokok di dalam rumah.
5. Melakukan follow up dalam bentuk deklarasi kepada masyarakat dusun Semutan dan Ngrandu dengan membuat video testimoni.

Metode yang digunakan dalam program GEMAS tanpa Rokok ialah bina suasana dan persuasif. Adapun bina suasana ditujukan kepada

karang taruna dan kader kesehatan dusun Semutan dan Ngrandu agar dapat mendukung pelaksanaan program GEMAS tanpa Rokok dan berperan aktif di dalamnya dalam rangka menciptakan masyarakat yang mandiri serta program kesehatan yang berkelanjutan. Sedangkan metode persuasif yaitu dengan mensosialisasikan dan mengajak para warga dusun Semutan dan Ngrandu untuk berpartisipasi dalam rangkaian kegiatan program GEMAS tanpa Rokok untuk mencapai tujuan utama yaitu menurunnya angka merokok di dalam rumah

#### 4.4.1 Hasil Intervensi Program

##### 1) Konsolidasi

##### A. Rincian Realisasi Program

1. Nama Kegiatan : Konsolidasi
2. Bentuk kegiatan : Komunikasi secara personal dengan melalui kunjungan ke rumah anggota karang taruna aktif, perangkat dusun, dan Kader kesehatan Dusun Semutan dan Ngrandu
3. Deskripsi Kegiatan :
  - a. Memperkenalkan anggota PKL secara personal dan menjelaskan secara singkat apa itu PKL
  - b. Pemaparan kegiatan PKL yang telah didapatkan dari penyebaran kuesioner hingga rencana intervensi
  - c. Meminta dukungan terkait serangkaian kegiatan yang akan dilaksanakan
  - d. Mendapatkan tanda tangan pada lembar persetujuan partisipasi program Gemas tanpa Rokok
4. Tujuan : Mendapatkan persetujuan dan dukungan terkait serangkaian program GEMAS Tanpa Roko dan diharapkan dapat ikut berpartisipasi dalam program kerja tersebut.
5. Waktu : 16.00 – 17.00 WIB
6. Hari/Tanggal : Selasa, Rabu, dan Kamis / 1 – 3 Agustus

- 2017
7. Tempat : Dusun Semutan dan Ngrandu, Desa Pomahan, Baureno (Rumah masing-masing anggota karang taruna)
8. Jumlah peserta : 12 karang taruna, kepala dusun, 2 kader
9. Metode Intervensi : Pendekatan personal secara persuasif
10. Materi : Penjelasan terkait tujuan konsolidasi dan pengenalan program kerja
11. Alat bantu : -
12. Susunan acara :

Tabel 4.30 Susunan Acara Konsolidasi

Hari/ tanggal	Waktu	Pelaksana	Karang Taruna
			Bpk Warsono (Kepala Dusun)
Selasa, 1 Agustus 2017	16.00- 17.00 WIB	Aulia,Fauziah,Diana  Novi, Al, dan Indri	Ibu Rustatik (Kader)
		Kiki,Della,Meirta,Mery	Ibu Tatik (Kader)
		Mindianata,Febiola, Lutfiana	Kasduri,Astutik
Rabu, 2 Agustus 2017	16.00- 17.00 WIB	Mery, Diana,Febiola Aulia, Indri,Al Della, Mindianata,Kiki Novi,	Wawa, Riska Basuki, Ghofur Ubaidillah
		Meirta,Lutfiana,Fauziah Aulia,Fauziah,Diana	Fedi, Lilatul Arif,Liya Suyanto,
Kamis, 3 Agustus 2017	16.00- 17.00 WIB	Novi, Al, dan Indri Kiki,Della,Meirta,Mery Mindianata,Febiola, Lutfiana	Maslakhah Nurul,Heri Imam, Abdul

## B. Capaian Indikator Keberhasilan

Tabel 4.31 Capaian indikator keberhasilan kegiatan Konsolidasi

Indikator	Target	Cara Pengukuran	Hasil
Telah mendapatkan dukungan dari perangkat dusun, karang taruna, dan kader kesehatan	Minimal setelah melakukan konsolidasi sebanyak 1 kali pada masing-masing sasaran kegiatan	Telah ditanda tangannya lembar persetujuan partisipasi Program Gemas tanpa Rokok	Telah ditandatanganinya lembar persetujuan partisipasi oleh seluruh karang taruna yang aktif (17 orang), kepala dusun, dan kader kesehatan

## 2) Sosialisasi Program GEMAS Tanpa Rokok

### A. Rincian Realisasi Program

1. Nama Kegiatan : Sosialisasi Program GEMAS Tanpa Rokok
2. Bentuk kegiatan : Sosialisasi pengenalan program GEMAS Tanpa Rokok kepada karang taruna dan masyarakat sebagai bentuk kegiatan persuasif guna mendapatkan dukungan.
3. Deskripsi Kegiatan :
  - a. Sosialisasi GEMAS Tanpa Rokok
  - b. Himbauan kepada masyarakat untuk hadir dalam kegiatan penyuluhan GEMAS Tanpa rokok dengan materi Bahaya merokok bagi perokok aktif dan pasif
  - c. Pelaksanaan dan pengisian petisi persetujuan tidak merokok dalam rumah
4. Tujuan : Memperkenalkan program GEMAS Tanpa Rokok kepada karang taruna dan masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu sekaligus Mengundang masyarakat untuk hadir saat

- kegiatan penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok.
5. Waktu : 18.30 – 21.00 WIB
6. Hari/Tanggal : Jumat, 4 Agustus 2017
7. Tempat : Rumah ketua karang taruna (Bapak Suyanto)  
RT.07 Dusun Semutan, Desa Pomahan,  
Baureno
8. Jumlah peserta : 17 orang
9. Metode Intervensi : Sosialisasi
10. Materi : Penjelasan terkait tujuan konsolidasi dan  
pengenalan program kerja
11. Alat bantu : PPT yang berisi rincian program kerja dan  
*hand out* untuk peserta
12. Susunan acara :

Tabel 4.32 Susunan kegiatan Sosialisasi GEMAS Tanpa Rokok

No.	Waktu	Kegiatan	Pelaksana
1.	18.30 – 18.40	Pembukaan	Fauziah M.
2.	18.40 – 18.50	Sambutan ketua kelompok	Alfin W.
3.	18.50 – 19.00	Sambutan kepala dusun	Bapak Warsono
4.	19.00 – 19.10	Sambutan ketua karang taruna	Bapak Yanto
5.	19.10 – 19.45	Penyampaian Materi	Luh Mery dan Lutfiana Nur
6.	19.45 – 20.00	Tanya Jawab	Peserta dan All team PKL
7.	20.00 – 20.10	Penyampaian kesimpulan	Aulia Bahrani
8.	20.10 – 20.15	Penutup	Fauziah M.
9.	20.15 – 21.00	Ramah tamah & penandatanganan petisi	Peserta

## B. Capaian Indikator Keberhasilan

Tabel 4.33 Capaian Indikator keberhasilan

Indikator	Target	Cara Pengukuran	Hasil
Peserta bersedia hadir dalam kegiatan sosialisasi GEMAS Tanpa Rokok	Jumlah peserta yang hadir dalam kegiatan sosialisasi GEMAS Tanpa Rokok paling sedikit 50% dari jumlah undangan.	Daftar hadir kegiatan.	Kehadiran pesera sebanyak 17 orang dari total 30 undangan, sehingga kehadiran pesera telah melebihi 50%, yaitu sebanyak 57%

### 3) Penyuluhan Program GEMAS Tanpa Rokok “Bahaya Rokok bagi Perokok Aktif dan Pasif”

#### A. Rincian Realisasi Program

1. Nama Kegiatan : Penyuluhan Program GEMAS Tanpa Rokok
2. Bentuk kegiatan : Sosialisasi pengenalan program GEMAS Tanpa Rokok kepada masyarakat Dusun Semutan dan Dusun Ngrandu sekaligus penyampaian materi terkait bahaya rokok baik bagi perokok aktif maupun perokok pasif.
3. Deskripsi Kegiatan :
  - a. Kegiatan penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok untuk meningkatkan pengetahuan dan merubah sikap sasaran kegiatan
  - b. Pelaksanaan *pre-test* dan *post-test*
  - c. Pelaksanaan dan pengisian petisi persetujuan tidak merokok dalam rumah
  - d. Penandatanganan Petisi
4. Tujuan : Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat tentang bahaya asap rokok bagi

- perokok aktif dan pasif terutama bila berada di dalam rumah.
5. Waktu : 18.30 – 21.00 WIB
6. Hari/Tanggal : Senin, 7 Agustus 2017
7. Tempat : Rumah koordinator karang taruna Dusun Ngranndu
8. Jumlah peserta : 23 orang
9. Metode Intervensi : Sosialisasi
10. Materi : Penjelasan terkait tujuan konsolidasi dan pengenalan program kerja
11. Alat bantu : PPT,*handout*, dan video yang berisi rincian program kerja dan bahaya merokok baik untuk perokok pasif maupun aktif.
12. Susunan acara :

Tabel 4.34 Susunan acara kegiatan Penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok “Bahaya Rokok bagi Peokok Aktif dan Pasif”

No.	Waktu	Kegiatan	Pelaksana
1.	18.30 – 18.40	Pembukaan	Fauziah M.
2.	18.40 – 18.50	Sambutan ketua kelompok	Alfin W.
3.	19.00 – 19.10	Sambutan koordinator karang taruna	Bapak Kasduri
4.	19.10 – 19.45	Penyampaian Materi	Luh Mery dan Lutfiana Nur
5.	19.45 – 20.00	Tanya Jawab	Peserta dan All team PKL
6.	20.00 – 20.10	Penutup	Fauziah M.
7.	20.10 – 21.00	Foto bersama, Ramah tamah, & penandatanganan petisi	All team

## B. Capaian Indikator Keberhasilan

Tabel 4.35 Capaian Indikator Keberhasilan

Indikator	Target	Cara Pengukuran	Hasil
Kehadiran sasaran yang melebihi target dan peningkatan penilaian hasil posttest dari pretest	<p>a. Jumlah peserta yang hadir program penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok lebih besar dari 50% total sasaran yang diundang</p> <p>b. Keberhasilan program penyuluhan bahaya asap rokok dilihat melalui peningkatan hasil <i>post-test</i> dari <i>pre-test</i></p>	<p>c. Absensi kehadiran kegiatan</p> <p>d. Hasil penilaian <i>pre-test</i> dan <i>post-test</i></p>	<p>a. Kehadiran Peserta sebanyak 23 orang dari 30 orang undangan, sehingga telah melebihi 50% total sasaran</p> <p>b. Hasil rata-rata <i>post-test</i> mengalami kenaikan sebesar 64% dari <i>pre-test</i></p>

#### 4) *Door to Door*

##### A. Rincian Realisasi Program

1. Nama Kegiatan : *Door to door*
2. Bentuk kegiatan : Sosialisasi ke rumah-rumah warga Dusun Semutan dan Ngrandu terkait bahaya merokok didalam rumah, penempelan media promosi berupa stiker di pintu masuk rumah warga dan penempelan poster pada tempat-

- tempat strategis Dusun Semutan dan Ngrandu, serta pemberian pojok rokok (asbak berupa gelas) pada rumah-rumah yang dikunjungi.
3. Deskripsi Kegiatan : a. Gerakan yang dilakukan antara lain dengan penempelan stiker himbauan tidak merokok di dalam rumah seperti “Saya Hebat, Tidak Merokok dalam Rumah” dan “Matikan Rokokmu Disini” dan penampilan poster pada tempat-tempat strategis.  
b. Selain itu, juga dilakukan penempelan atau penempatan sarana untuk menaruh rokok diluar rumah.
4. Tujuan : Untuk melanjutkan tahap penyuluhan mengenai tidak merokok didalam rumah dengan gerakan menuju rumah-rumah warga dusun Semutan dan Ngrandu.
5. Waktu : Sesi ke-1 :13.30 – 17.15 WIB  
Sesi ke-2 :18.30 – 21.15 WIB
6. Hari/Tanggal : Selasa – Kamis / 8 – 10 Agustus 2017
7. Tempat : Dusun Semutan : RT 6 – 9  
Dusun Ngrandu : RT 4 – 5
8. Jumlah peserta : 100 rumah
9. Metode Intervensi : *Visiting* ke rumah warga
10. Materi : Penjelasan terkait bahaya merokok bagi perokok aktif dan pasif
11. Alat bantu : Media promosi berupa : Stiker, . Poster, dan Asbak
12. Susunan acara :

Tabel 4.36 Susunan acara kegiatan *Door to Doorsesi ke-1*

No.	Waktu (Sesi ke-1)	Kegiatan	Pelaksana
1.	15.00 – 15.30	Pembukaan dan Briefing	Karang taruna dan All team PKL
2.	15.30 – 17.00	<i>Door to door</i>	All team
3.	17.00 – 17.15	Kembali kebasecamp	All team

Tabel 4.37 Susunan acara kegiatan *Door to Doorsesi ke-2*

No.	Waktu (Sesi ke-2)	Kegiatan	Pelaksana
1.	18.00 – 18.30	Pembukaan dan Briefing	Karang taruna dan All team PKL
2.	18.30 – .21.00	<i>Door to door</i>	All team
3.	21.00 – 21.15	Kembali kebasecamp	All team

### B. Capaian Indikator Keberhasilan

Tabel 4.38 Capaian Indikator Keberhasilan

Indikator	Target	Cara Pengukuran	Hasil
a. Warga bersedia rumahnya ditemplei media promosi untuk tidak merokok di dalam rumah	a. Minimal 30% KK bersedia ditemplei media promosi untuk tidak merokok di dalam rumah	a. Daftar persetujuan penempelan media promosi dan dokumentasi kegiatan	Daftar persetujuan penempelan media promosi oleh 37% KK Dusun Semutan dan Ngrandu dan adanya dokumentasi

### 5) **Follow Up** berupa Deklarasi

#### A. Rincian Realisasi Program

1. Nama Kegiatan : Deklarasi
2. Bentuk kegiatan : Pembuatan video deklarasi sebagai bentuk *follow up* dukungan masyarakat terhadap program GEMAS Tanpa Rokok
3. Deskripsi Kegiatan : a. Membuat video testimoni pernyataan deklarasi dukungan tidak merokok dalam rumah.  
b. Video testimoni dilakukan sebagai bentuk *follow up* dan indikator keberhasilan kegiatan Gemas tanpa rokok
4. Tujuan : Sebagai *follow up* atas kegiatan yang telah dilakukan terkait dengan Gerakan Rumah Sehat (GEMAS) tanpa rokok dengan deklarasi dalam bentuk video testimoni
5. Waktu : 15.00 – 17.00 WIB
6. Hari/Tanggal : Jumat dan Sabtu / 11 dan 12 Agustus 2017
7. Tempat : Dusun Semutan dan Ngrandu
8. Jumlah peserta : 27 orang
9. Metode Intervensi : Persuasif
10. Materi : Penjelasan terkait tujuan dan bentuk deklarasi
11. Alat bantu : Kamera

#### B. Capaian Indikator Keberhasilan

Tabel 4.39 Capaian Indikator Keberhasilan

Indikator	Target	Cara Pengukuran	Hasil
Mendapatkan dukungan dengan perekamanan testimoni sebagai bentuk deklarasi	Sekitar 10% dari jumlah KK ikut deklarasi	Daftar kesediaan melakukan deklarasi video testimoni	Daftar persetujuan 10% dari jumlah KK deklarasi

### C. Evaluasi Program Kerja “GEMAS Tanpa Rokok”

#### 1. Kendala dan Solusi

##### a. Kendala :

- 1) Saat melakukan konsolidasi dengan karang taruna, terdapat beberapa karang taruna yang tidak merespon saat dihubungi melalui kontak telepon.
- 2) Kesulitan mengatur waktu konsolidasi dengan karang taruna karena sebagian besar telah bekerja
- 3) Kesulitan menentukan bahan asbak yang digunakan sebagai tempat rokok diluar rumah yang efektif dan efisien
- 4) Pelaksanaan *door to door* di pagi dan siang hari tidak menghasilkan output yang baik karena banyak masyarakat yang tidak berada di rumah (masih bekerja)
- 5) Terdapat beberapa masyarakat yang telah mendukung dan melaksanakan program GEMAS Tanpa Rokok namun tidak bersedia untuk melakukan deklarasi karena merasa malu jika di video

##### b. Solusi :

- 1) Untuk mendapatkan alamat karang taruna yang tidak merespon saat dihubungi anggota PKL berusaha untuk mencari tahu alamat karang taruna melalui karang taruna lainnya.
- 2) Konsolidasi menyesuaikan waktu luang karang taruna sehingga dilakukan pada sore hari setelah karang taruna berada dirumah
- 3) Penggunaan gelas sebagai bahan asbak yang memiliki harga cukup terjangkau dan tidak mudah rusak
- 4) Pelaksanaan *door to door* dilaksanakan pada sore hingga malam hari ketika masyarakat telah selesai bekerja
- 5) Memberikan penjelasan dan mempengaruhi masyarakat agar bersedia untuk melakukan video deklarasi sekaligus memberikan contoh pelaksanaannya.

## 2. Evaluasi

Kedatangan peserta kegiatan sosialisasi program (karang taruna) dan penyuluhan program GEMAS Tanpa Rokok terkait bahaya merokok bagi perokok aktif dan pasif (masyarakat) tidak tepat waktu sehingga mahasiswa menjemput ke rumah-rumah warga.

**D. Anggaran Dana**

Tabel 4.40 Rincian Dana Program GEMAS Tanpa Rokok

No	Kegiatan	Rincian	Jumlah	Harga@	Total
1	Konsolidasi	Fotocopy lembar partisipasi	30 lembar	Rp 150,00	Rp 4.500,00
2	Sosialisasi GEMAS Tanpa Rokok	Konsumsi Fotocopy <i>Handout</i>	45 buah 30 lembar	Rp 750,00 Rp 500,00	Rp 33.750,00 Rp 15.000,00
3	Penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok	Fotocopy <i>pre dan</i> <i>post-test</i> Konsumsi peserta banner petisi	60 lembar 90 buah 1 buah	Rp 150,00 Rp 750,00 Rp 90.000	Rp 9.000,00 Rp 67.500,00 Rp 90.000,00
4	<i>Door to</i> <i>Door</i>	Fotocopy lembar persetujuan Percetakan Stiker (1) Percetakan Stiker (2) Pencetakan poster	10 buah 102 buah 102 buah 10 buah	Rp 150,00 Rp 1.500,00 Rp 1.500,00 Rp 5.000,00	Rp 1.500,00 Rp 153.000,00 Rp 153.000,00 Rp 50.000,00



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 1.1 Kesimpulan

1. Berdasarkan data primer (kuesioner dan indept intervie) dan data sekunder (profil puskesmas Kecamatan Baureno), permasalahan keseatan yang terdapat di wilaya Dusun Semutan dan Ngrandu antara lain : pengelolaan sampah, perokok aktif di dalam rumah, rendahnya pengetahuan masyarakat terkait ANC, rendanya pengetahuan terkait ASI Eksklusif, kurangnya kesadaran pemakaian APD, kurangnya informasi dan ketidakmerataan kepemilikan JKN (BPJS,KIS,Jamkesda) dan tingginya angka kejadian ISPA
2. Proses penentuan prioritas masalah dengan menggunakan metode Urgency Seriousness Growth (USG) bersama Kepala Dusun, Ketua RT 4 – 9, dan 2 orang Perwakilan Kader Kesehatan dengan total 9 partisipan.yang menghasilkan pemasalahan tama yaitu perokok aktif didalam rumah
3. Penentuan akar penyebab masala dilakukan dengan metode fishbone dan pelaksanaan FGD yang di dapatkan bahwa kurangnya inormasi dan penyuluhan terkait perokok akti dalam rumah adalah penyebab utama.
4. Alternatif pemecahan masalah dilakukan metode metode NGT oleh perwakilan masyarakat Dusun Semutan dan Ngrandu (sebanyak 6 orang) yaitu : Didepan pintu diberi tulisan “ Dilarang Merokok“, Menyediakan tempat rokok di luar rumah, Menyediakan permen pada setiap kegiatan perkumpulan warga (pengganti rokok), Penyediaan asbak diluar rumah, Menyediakan ruangan khusus rokok , Menyuguhkan teh ketika ada tamu, Menasehati anggota keluarga yang merokok .
5. Untuk penentuan solusi dilakukan dengan metode MEER,hasilnya yaitu menyediakan tempat rokok (asbak) diluar rumah
6. Intervensi kegiatan “GEMAS (Gerakan Rumah Sehat) Tanpa Rokok dilakukan dalam beberapa tahapan,serangkaian keiatan tersebut antara lain : konsolidasi, sosialisasi GEMAS Tanpa Rokok, Penyuluhan GEMAS Tanpa Rokok, *door to door*, dan *follow up* berupa deklarasi.

## 5.2 Saran/Rekomendasi

### 5.2.1 Untuk Pemerintah

1. Pemerintah hendaknya memberikan dukungan sarana dan prasarana terutama dalam hal peningkatan perilaku tidak merokok di dalam rumah.
2. Pemerintah dapat membantu peningkatan kinerja kader posyandu untuk monitoring dan evaluasi mengenai perilaku tidak merokok di dalam rumah setelah mahasiswa PKL kembali ke Universitas.
3. Pemerintah dapat memberikan dukungan berupa kebijakan pada daerah setempat terkait perilaku merokok dalam rumah.

### 1.2.2 Untuk Masyarakat

1. Masyarakat Dusun Semutan (RT 6, 7, 8, dan 9) dan Ngrandu (RT 4 dan 5), Desa Pomahan hendaknya tidak merokok di dalam rumah.
2. Masyarakat Dusun Semutan (RT 6, 7, 8, dan 9) dan Ngrandu (RT 4 dan 5), Desa Pomahan sebaiknya memiliki kesadaran akan pentingnya menjaga kesehatan anggota keluarga dari bahaya asap rokok.

### 1.2.3 Untuk mahasiswa PKL

1. Kelompok PKL sebaiknya dapat melakukan program intervensi yang dapat membantu mengubah perilaku masyarakat, tidak hanya sekedar bertujuan meningkatkan pengetahuan masyarakat.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Pusat Statistik. *Analisis SWOT*. Badan Pusat Statistik. [http://daps.bps.go.id/file\\_artikel/66/Analisis%20SWOT.pdf](http://daps.bps.go.id/file_artikel/66/Analisis%20SWOT.pdf). 2011.
2. Colti Sistiarani. *Faktor Maternal dan Kualitas Pelayanan Antenatal Yang Berisiko Terhadap Kejadian Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) Studi Pada ibu Yang Periksa Hamil Ke Tenaga Kesehatan Dan Melahirkan Di RSUD Banyumas Tahun 2008*. Universitas Diponegoro . Semarang. 2008.
3. David, Fred R. *Manajemen Strategis. Buku 1, Edisi Kesepuluh*. Salemba Empat. Jakarta. 2006.
4. Depkes RI. *Seri Perilaku Hidup Bersih dan Sehat di Rumah Tangga*. Jakarta : Depkes RI; 2009 [online]  
<http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/bitstream/123456789/1444/2/BK209-A.pdf> diakses pada 25 Juli 2017 pukul 10.17
5. Green. *Health Promotion Planning An Aducational and Environmental Approach Second Edition*. London. Mayfield publishing company. 1991.
6. Dignan, M.B., Carr, P.A. *Program Planning for Health Education and*
7. *Promotion*. Philadelphia: 1992.
8. Indriani, G. *Populasi, Sampel dan Teknik Sampling*. Semarang: Universitas Negeri Semarang. 2013.
9. Hastono. *Analisis Data*. Jakarta: Penerbit Pustaka Fakultas Kesehatan Masyarakat-UI. 2001.
10. Isnaini, Mas'udatul. *Pengaruh kebiasaan merokok keluarga di dalam rumah terhadap kejadian ISPA pada balita*. 2012
11. Nisak, Zahrotun. *Analisis SWOT untuk menentukan strategi kompetitif*. UNISLA. <http://journal.unisla.ac.id/pdf/12922013/4.pdf>. 2011.
12. Notoatmodjo. *Promosi Kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta. Rineka Cipta. 2012.
13. Notoadmodjo. *Faktor Perubahan Perilaku*. [Online]. Didapat dari <www.e-bookspdf.org>. 2005. Diakses pada 25 Juli 2014.
14. Mardalis. *Metode Penelitian*. Jakarta: Penerbit Bumi Aksara. 2009.
15. Puskesmas Pembantu Pomahan. *Planning of Action (POA)*. 2017.
16. Republik Indonesia. *Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan*. Jakarta ; 2009
17. Robert W. Bradford, Peter Duncan, dan Brian Tarcy. *Simplified Strategic Planning: A Nonsense Guide for Busy People Who Want Result Fast*. New York: McGraw Hill, 2007
18. Santoso, S dan Ranti, A. Lies. *Kesehatan dan Gizi*. Rineka Cipta. Jakarta . 2004.
19. Sarwono, Jonathan. *Metode penelitian Kuantitatif dan Kualitatif*. Yogyakarta : Graha Ilmu. 2006.
20. Sugiono. *Statistika untuk Penelitian*. Bandung : Alfabeta. 2013.
21. Suharsimi, Arikunto. *Prosedur Penelitian (Suatu Pendekatan Praktik)*. Jakarta: Bumi Aksara. 2010.
22. UPTD Puskesmas Baureno. *Laporan Capaian Penilaian Kinerja Puskesmas (PKP)*. 2016.
23. West Richard and Lynn H. Turner. *Pengantar Teori Komunikasi Analisis dan Aplikasi*. 3rd ed. Jakarta: Salemba Humanika . 2008