

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI SEKSI P2PTM (PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK
MENULAR) DAN KESEHATAN JIWA BIDANG PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN PENYAKIT
DINAS KESEHATAN KOTA SURABAYA**

**GAMBARAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN
GANGGUAN REFRAKSI DI KOTA SURABAYA TAHUN 2019**



**Oleh:
DEWI PUJI AYUNINGRUM
NIM. 101611133171**

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI SEKSI P2PTM (PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK
MENULAR) DAN KESEHATAN JIWA BIDANG PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN PENYAKIT
DINAS KESEHATAN KOTA SURABAYA**

Disusun oleh:

**DEWI PUJI AYUNINGRUM
NIM. 101611133171**

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen,

Tanggal 3 Maret 2020

Dr. Santi Martini., dr. M.Kes
NIP. 196609271997022001

Pembimbing di Dinas Kesehatan Kota Surabaya,

Tanggal 3 Maret 2020

Sufiah Rahmawati, SKM., M.Kes
NIP. 196612181991032004

Mengetahui

Ketua Departemen Epidemiologi,

Tanggal 3 Maret 2020

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes
NIP. 1968110219982200

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesainya laporan magang yang berjudul “GAMBARAN PELAKSANAAN PROGRAM PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN GANGGUAN REFRAKSI DI KOTA SURABAYA TAHUN 2019” sebagai salah satu persyaratan akademis dalam rangka menyelesaikan kuliah di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Laporan ini akan membahas beberapa hal antara lain tentang gambaran gangguan refraksi di Kota Surabaya berdasarkan orang, tempat dan waktu serta permasalahan program pencegahan dan pengendalian gangguan refraksi di Kota Surabaya beserta alternatif solusinya.

Laporan ini berhasil diselesaikan dengan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini saya ucapkan terimakasih kepada :

1. Prof. Dr. Tri Martiani, dr., M.S. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.
2. Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
3. drg. Febria Rachmanita, M.A. selaku Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
4. dr. Mira Novia, M.Kes. selaku Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit yang telah memberikan ijin kami mengikuti kegiatan yang dilaksanakan oleh bidang.
5. Ibu Sufiah Rahmawati, SKM, M.Kes selaku Kepala Seksi P2PTM dan Keswa yang telah memberikan bimbingan selama kegiatan magang berlangsung.
6. Bapak Syaifudin selaku pemegang Program Indra yang telah memberikan informasi terkait program.
7. Dr. Santi Martini., dr. M.Kes selaku dosen pembimbing magang yang telah bersedia memberikan arahan dan masukan selama kegiatan magang berlangsung.

Semoga laporan magang yang telah tersusun dapat bermanfaat bagi kami maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, 3 Maret 2020

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	iv
DAFTAR TABEL.....	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan.....	3
1.2.1 Tujuan Umum.....	3
1.2.2 Tujuan Khusus	3
1.3 Manfaat.....	4
1.3.1. Bagi Mahasiswa.....	4
1.3.2. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat.....	4
1.3.3. Bagi Dinas Kesehatan Kota Surabaya.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Mata	5
2.1.1 Anatomi Mata	5
2.1.2 Fisiologi Penglihatan.....	6
2.2 Gangguan Refraksi.....	7
2.2.1 Definisi Gangguan Refraksi	7
2.2.2 Jenis Gangguan Refraksi	7
2.2.3 Faktor Risiko Gangguan Refraksi	8
2.2.5 Manifestasi Klinis.....	10
2.2.6 Deteksi Dini Gangguan Refraksi	10
2.2.7 Tatalaksana.....	10
2.3 Metode Penentuan Penyebab Masalah.....	11
2.4 Metode Penentuan Prioritas Masalah.....	11
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG.....	13
3.1 Lokasi Kegiatan Magang.....	13
3.2 Waktu dan Kegiatan Magang.....	13
3.3 Metode Pelaksanaan.....	14
3.4 Teknik Pengumpulan Data	15
3.5 Teknik Analisis Data.....	15
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	16
4.1. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kota Surabaya.....	16
4.1.1 Gambaran Umum Kota Surabaya.....	16
4.1.2 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kota Surabaya.....	16
4.1.3 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya	17
4.1.4 Gambaran Umum Program Pada Seksi Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa.....	18
4.1.5 Fungsi Seksi P2PTM dan Keswa.....	18
4.1.6 Standar Pelayanan Minimal Seksi P2PTM dan Keswa	19
4.2. Besar Masalah dan Distribusi Masalah	19
4.2.1 Distribusi Gangguan Penglihatan di Kota Surabaya	19

4.2.2	Distribusi Kasus Gangguan Refraksi di Kota Surabaya.....	22
4.3.	Kegiatan Dinas Kesehatan Kota Surabaya terkait Pencegahan, Pengendalian, dan Penganggulangan Gangguan Refraksi di Kota Surabaya.....	28
4.3.1	Kegiatan Pencegahan Gangguan Refraksi	28
4.3.2	Kegiatan Pengendalian dan Penanganan Gangguan Refraksi	32
4.4	Identifikasi Masalah, Prioritas Masalah, Penyebab Masalah dan Alternatif Solusi Masalah Gangguan Refraksi di Dinas Kesehatan Kota Surabaya.....	33
4.5.1	Identifikasi Masalah	33
4.5.2	Prioritas Masalah	33
4.5.3	Analisis Penyebab Masalah	34
4.5.4	Alternatif Solusi Pemecahan Masalah.....	35
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN		36
5.1.	Kesimpulan	36
5.2.	Saran	36
DAFTAR PUSTAKA		37
Lampiran		37

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
3.1	Jadwal Kegiatan Magang	14
4.1	Persebaran Penduduk Kota Surabaya Tahun 2019	17
4.2	Skoring Metode USG	33
4.3	Skoring Prioritas Masalah	34

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
1.1	Distribusi Gangguan Penglihatan Global Tahun 2015	1
1.2	Distribusi Gangguan Penglihatan di Kota Surabaya Tahun 2019	2
2.1	Diagram Pohon Masalah	11
4.1	Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya	18
4.2	Trend Gangguan Penglihatan di Kota Surabaya Tahun 2017-2019	19
4.3	Jenis Gangguan Penglihatan Terbanyak Kota Surabaya Tahun 2017-2019	20
4.4	Distribusi Gangguan Penglihatan Berdasarkan Jenis Kelamin di Kota Surabaya Tahun 2017-2019	21
4.5	Trend Kasus Gangguan Refraksi di Kota Surabaya Tahun 2017-2019	22
4.6	Distribusi Berdasarkan Jenis Gangguan Refraksi di Kota Surabaya Tahun 2017-2019	23
4.7	Distribusi Kejadian Gangguan refraksi Berdasarkan Jenis Kelamin di Kota Surabaya Tahun 2017-2019	24
4.8	Distribusi Gangguan Refraksi Berdasarkan Umur Tahun 2019	25
4.9	Distribusi Gangguan Refraksi Berdasarkan Wilayah Puskesmas Tahun 2018	26
4.10	Distribusi Gangguan Refraksi Berdasarkan Wilayah Puskesmas Tahun 2019	27
4.11	<i>Problem Tree Diagram</i>	34

DAFTAR LAMPIRAN

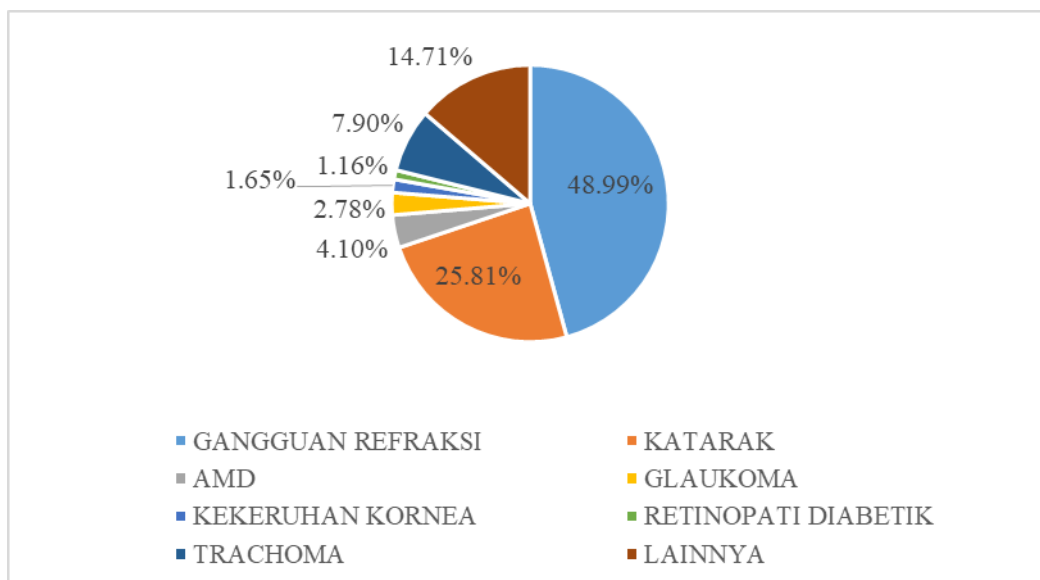
Nomor	Judul Lampiran	Halaman
1	Panduan <i>Indepth Interview</i>	40
2	Hasil USG	41
3	Lembar Catatan Kegiatan Magang	42
4	Lembar Absensi	44
5	Surat Ijin Magang	45
6	Dokumentasi Kegiatan	46
7	Poster	47

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Indra penglihatan merupakan panca indra yang sangat penting dan besar pengaruhnya terhadap proses peningkatan kecerdasan dan produktivitas kerja manusia. Gangguan penglihatan dapat menurunkan kualitas hidup seseorang, karena tidak hanya mengganggu produktivitas namun juga mengganggu mobilitas penderitanya. Selain itu, gangguan penglihatan juga dapat menimbulkan dampak sosio-ekonomi yang cukup berat bagi masyarakat (Kemenkes RI, 2016).



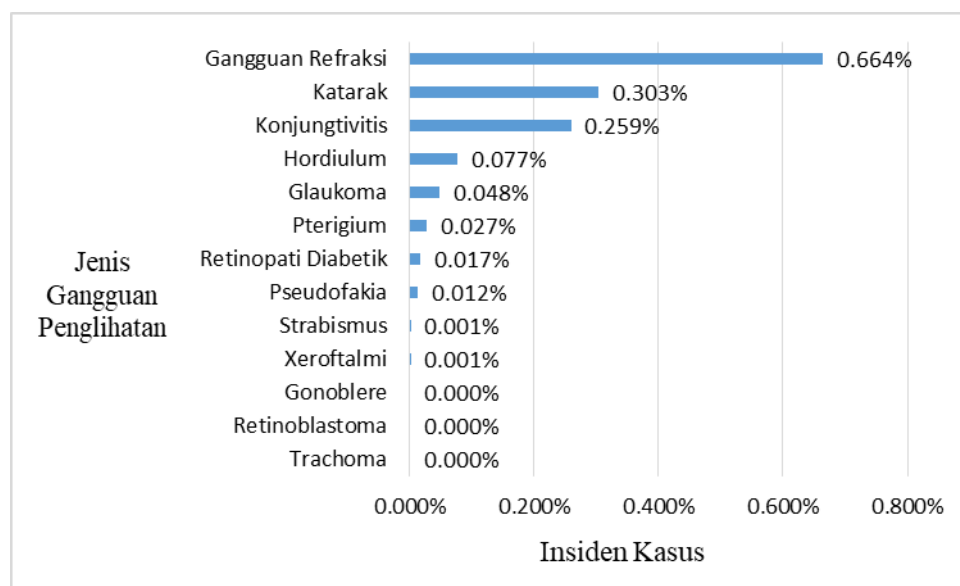
Sumber: <http://atlas.iapb.org>

Gambar 1. 1 Distribusi Gangguan Penglihatan Global Tahun 2015

Berdasarkan data tersebut menunjukkan bahwa penyebab gangguan penglihatan terbanyak di seluruh dunia adalah gangguan refraksi yang tidak terkoreksi (48,99%), diikuti oleh katarak (25,81%) dan *Age related Macular Degeneration* (AMD, 4,1%). Lebih dari 75% gangguan penglihatan merupakan gangguan penglihatan yang dapat dicegah (Kemenkes RI, 2018). Secara global penyebab utama gangguan penglihatan adalah kelainan refraksi tidak dikoreksi (43%) dan katarak (33%). Penyebab gangguan penglihatan lainnya adalah glaukoma, *Age Macular Degeneration* (AMD), retinopati diabetik, trakoma dan kekeruhan kornea (WHO, 2012). Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO) diperkirakan 285 juta penduduk dunia mengalami gangguan penglihatan dan 246 juta dengan *low vision* karena

gangguan refraksi yang tidak terkoreksi (Kemenkes RI, 2016). *World Health Organization* (WHO) juga melaporkan bahwa kelainan refraksi merupakan penyebab utama dari gangguan penglihatan dan penyebab kedua dari kebutaan di seluruh dunia. Sebesar 43% dari kasus kebutaan di seluruh dunia dikaitkan dengan kelainan refraksi (Hashemi *et al.*, 2017).

Di Indonesia prevalensi dari gangguan penglihatan mengalami peningkatan seiring bertambahnya usia (Muntafiah, 2018). Berdasarkan survei nasional di Indonesia pada tahun 2014 menunjukkan bahwa penyebab kebutaan terbanyak disebabkan oleh katarak sebesar 0,78%, glaukoma sebesar 0,20%, gangguan refraksi 0,14%, gangguan retina 0,13%, dan abnormalitas kornea 0,10% (Perdami, 2020).



Sumber: Laporan Tahunan Seksi P2PTM dan Keswa, 2019

Gambar 1. 2 Distribusi Gangguan Penglihatan di Kota Surabaya Tahun 2019

Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya pada tahun 2019 dapat diketahui bahwa gangguan refraksi merupakan kasus gangguan penglihatan tertinggi dengan Insiden kasus sebesar 0.664% yaitu sebanyak 19244 kasus. Katarak berada pada urutan kedua dengan 876 kasus dan insiden sebesar 0.303%. Diikuti oleh gangguan penglihatan lainnya seperti konjungtivitis, hordiulum, glaukoma, pterigium, retinopati diabetik, pseudofakia, strabismus, xeroftalmi, gonoblere, retinoblastoma, dan trachoma.

Gangguan refraksi adalah suatu kelainan pada bentuk bola mata yang dapat mencegah bayangan jatuh tepat pada retina, sehingga menghasilkan bayangan kabur (Wardany *et al.*, 2018). Panjang bola mata yang lebih panjang atau lebih pendek, perubahan bentuk kornea, atau penuaan lensa dapat menyebabkan gangguan refraksi (NEI, 2019). Jenis yang paling

umum dari kelainan refraksi adalah miopi, hipermetropi, astigmatisme dan presbiopia (NEI, 2019).

Anak dengan gangguan refraksi yang berat dapat mengalami keterlambatan motorik, bahasa, emosi, perkembangan sosial dan kognitif. Anak-anak usia sekolah dengan gangguan penglihatan juga dapat mengalami tingkat pencapaian pendidikan yang lebih rendah. Penelitian secara konsisten menunjukkan bahwa gangguan refraksi sangat berdampak pada kualitas hidup (QoL) di antara populasi orang dewasa. Orang dewasa dengan gangguan refraksi seringkali memiliki tingkat partisipasi dan produktivitas tenaga kerja yang lebih rendah dan tingkat depresi dan kecemasan yang lebih tinggi daripada populasi umum. Dalam kasus orang dewasa yang lebih tua atau lanjut usia, gangguan refraksi dapat berkontribusi pada isolasi sosial, kesulitan berjalan, risiko jatuh dan patah tulang yang lebih tinggi, terutama patah tulang pinggul (WHO, 2017).

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mendesripsikan pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian gangguan refraksi di Kota Surabaya Tahun 2019.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisa trend gangguan refraksi di Kota Surabaya tahun 2017 - 2019
2. Menganalisa distribusi gangguan refraksi berdasarkan jenis gangguannya di Kota Surabaya tahun 2017-2019
3. Menganalisa distribusi gangguan refraksi berdasarkan jenis kelamin di Kota Surabaya tahun 2017 – 2019
4. Menganalisa distribusi gangguan refraksi berdasarkan umur di Kota Surabaya tahun 2019
5. Menganalisa distribusi gangguan refraksi berdasarkan wilayah puskesmas di Kota Surabaya tahun 2018 - 2019
6. Mempelajari kegiatan program Indra di Kota Surabaya tahun 2019
7. Mengidentifikasi masalah dan alternatif solusi pada program pencegahan dan pengendalian gangguan refraksi di Kota Surabaya tahun 2019

1.3 Manfaat

1.3.1. Bagi Mahasiswa

1. Menambah pengetahuan serta keterampilan mahasiswa dalam bidang kesehatan khususnya pencegahan dan pengendalian gangguan penglihatan khususnya gangguan refraksi
2. Dapat mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama perkuliahan dan magang khususnya pencegahan dan pengendalian gangguan refraksi
3. Menambah pengalaman dalam dunia kerja di Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

1.3.2. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

1. Menjalin hubungan kerjasama antara Fakultas Kesehatan Masyarakat dan Dinas Kesehatan Kota Surabaya
2. Terwujudnya tujuan kegiatan magang wajib akademik sehingga dapat meningkatkan kualitas mahasiswa dengan pengalaman kerja

1.3.3. Bagi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

1. Mendapatkan umpan balik dan interaksi positif antara mahasiswa dan Dinas Kesehatan Kota Surabaya
2. Memberi masukan kepada instansi terkait perbaikan program khususnya program pencegahan dan pengendalian gangguan refraksi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Mata

2.1.1 Anatomi Mata

Mata merupakan organ visual yang terdiri dari bola mata (*Bulbus oculi*) dan struktur tambahan (*Structurae oculi accessoriae*) (Paulsen and Waschke, 2012). Bola mata terletak di suatu cavitas yang menyerupai piramid segi empat berongga dengan dasar yang mengarah ke anteromedial dan apeks ke posteromedial. Bola mata terdiri atas kornea dan *nervus opticus* (Moore *et al.*, 2013).

Bola mata orang dewasa normal memiliki diameter anteroposterior sekitar 24,2 mm (Eva and Witcher, 2009). Bola mata terdiri atas tiga lapisan yaitu lapisan luar (fibrosa), lapisan tengah (vaskular), dan lapisan dalam. Lapisan fibrosa terdiri dari sklera dan kornea. Lapisan vaskular yang kaya pembuluh darah terdiri dari koroid, korpus siliaris, dan iris. Lapisan dalam terdiri atas retina yang memiliki bagian optik dan non-visual (Paulsen and Waschke, 2012) Bola mata memiliki media refraksi yaitu media yang dapat membiaskan cahaya yang masuk ke mata, yaitu lensa, kornea, aqueous humor, dan vitreous humor (Moore and Agur, 2013).

1. Kornea

Kornea adalah selaput bening mata yang tembus cahaya. Tebal kornea rata rata orang dewasa adalah 0,65 mm di bagian perifer, dan 0,54 mm di bagian tengah. Kornea berfungsi sebagai membran pelindung dan merupakan tempat masuknya cahaya ke dalam bola mata menuju ke retina. Sumber nutrisi kornea adalah pembuluh-pembuluh darah di limbus, cairan mata dan air mata. Kornea terdiri dari lima lapisan, yaitu: epitel, membran Bowman, stroma, membran Descement dan endotel.

2. Sklera

Sklera adalah selaput mata yang berwarna putih dan berfungsi sebagai pembungkus dan pelindung isi bola mata. Sklera mempunyai kekakuan tertentu dan tebal 1 mm. Permukaan luar sklera diselubungi oleh lapisan tipis dari jaringan yang elastis dan halus, yaitu episklera, yang banyak mengandung pembuluh darah sedangkan pada permukaan sklera bagian dalam terdapat lapisan pigmen berwarna coklat, yaitu lamina fusca, yang membatasi sklera dengan koroid.

3. Uvea

Uvea adalah lapisan vaskular di dalam bola mata, yang terdiri dari 3 bagian, yaitu:

- a. Iris, mempunyai permukaan yang relatif datar dengan celah yang berbentuk bulat di tengahnya, yang disebut pupil. Iris mempunyai kemampuan untuk mengatur banyaknya cahaya yang masuk ke dalam bola mata secara otomatis dengan mengecilkan dan melebarkan pupil. Pupil dapat mengecil akibat suasana cahaya yang terang dan melebar akibat suasana cahaya yang redup atau gelap.
- b. Badan siliar, terdiri dari dua bagian, yaitu: korona siliar yang berkerut-kerut dengan tebal 2 mm dan pars plana yang lebih halus dan rata dengan tebal 4 mm.
- c. Koroid, berisi pembuluh-pembuluh darah dalam jumlah yang sangat besar, yang berfungsi untuk memberi nutrisi pada retina bagian terluar yang terletak di bawahnya.

4. Lensa

Terletak dibelakang iris yang terdiri dari zat tembus cahaya berbentuk seperti cakram yang dapat menebal dan menipis pada saat terjadinya akomodasi (terfokusnya objek dekat pada retina) dengan tebal 4 mm dan diameter 9 mm.

5. Badan Kaca

Badan kaca merupakan suatu jaringan seperti kaca bening yang terletak antara lensa dan retina. Badan kaca terdiri dari 99% air dan 1% terdiri dari 2 komponen, yaitu: kolagen dan asam hialuron. Fungsi badan kaca adalah mempertahankan bola mata agar tetap bulat dan meneruskan sinar dari lensa ke retina.

6. Retina

Retina atau selaput jala merupakan bagian mata yang mengandung reseptor yang menerima rangsang dari cahaya. Retina dialiri darah dari 2 sumber, yaitu: lapisan koriokapiler yang mengalir darah pada 2/3 bagian luar retina. 2/3 bagian dalam retina dialiri darah dari cabang-cabang arteri retina sentral.

2.1.2 Fisiologi Penglihatan

Bola mata memiliki empat media refraksi. Media refraksi adalah media yang dapat membiaskan cahaya yang masuk ke mata, yaitu lensa, kornea, aqueous humor, dan vitreous humor. Agar bayangan dapat jatuh tepat di retina, cahaya yang masuk harus mengalami refraksi melalui media media tersebut. Jika terdapat kelainan pada media refraksi, cahaya mungkin tidak jatuh tepat di retina.

Proses penglihatan terdiri dari empat tahap, yaitu (Sherwood, 2011):

1. Tahap pembiasaan

Tahap pembiasaan terjadi di kornea, lensa, dan corpus viterum. Hasil pembiasaan tergantung pada besarnya kelengkungan lensa.

2. Tahap sintesa fotokimia

Tahap ini terjadi di fovea. Proses kimia yang terjadi akan merangsang dan menimbulkan impuls listrik.

3. Tahap pengiriman sinyal sensoris

Impuls listrik akan diantar oleh serabut saraf ke pusat penglihatan di otak.

4. Tahap persepsi di pusat penglihatan.

Cahaya yang melewati kornea akan diteruskan melalui pupil, kemudian di fokuskan oleh lensa ke bagian retina. Cahaya harus melewati lapisan ganglion dan bipolar sebelum mencapai fotoreseptor. Fotoreseptor pada retina mengumpulkan informasi yang di tangkap mata, kemudian sinyal tersebut di kirimkan ke otak melalui saraf optik.

2.2 Gangguan Refraksi

2.2.1 Definisi Gangguan Refraksi

Refraksi adalah pembengkokan cahaya saat melewati satu objek ke objek lainnya. Penglihatan terjadi ketika sinar cahaya ditekuk (dibiaskan) ketika mereka melewati kornea dan lensa. Cahaya itu kemudian difokuskan pada retina. Retina mengubah sinar cahaya menjadi pesan yang dikirim melalui saraf optik ke otak. Otak menafsirkan pesan-pesan ini ke dalam gambar yang kita lihat. Gangguan refraksi terjadi ketika bentuk mata mencegah cahaya untuk fokus langsung pada retina. Panjang bola mata (lebih panjang atau lebih pendek), perubahan bentuk kornea, atau penuaan lensa semuanya dapat menyebabkan kesalahan refraktif (NEI, 2019).

2.2.2 Jenis Gangguan Refraksi

Jenis gangguan refraksi yang paling umum adalah rabun jauh, rabun dekat, astigmatisme dan presbiopi (NEI, 2019).

1. Rabun jauh (juga disebut miopia) adalah suatu kondisi di mana objek dari dekat tampak jelas, sedangkan objek yang jauh tampak buram. Dengan rabun jauh, cahaya menjadi fokus di depan retina, bukan pada retina.
2. Rabun dekat (juga disebut hipermetropia) adalah jenis gangguan refraksi umum di mana objek yang jauh dapat terlihat lebih jelas daripada objek yang dekat.

3. Astigmatisme adalah suatu kondisi di mana mata tidak memfokuskan cahaya secara merata ke retina, jaringan peka cahaya di bagian belakang mata. Ini dapat menyebabkan gambar tampak buram dan menggeliat.
4. Presbiopia adalah kondisi yang berkaitan dengan usia di mana kemampuan untuk fokus dari dekat menjadi lebih sulit. Seiring bertambahnya usia, lensa tidak lagi dapat mengubah bentuk sehingga mata dapat memfokuskan objek secara jelas.

2.2.3 Faktor Risiko Gangguan Refraksi

Faktor-faktor yang diduga menjadi faktor risiko terjadinya gangguan refraksi antara lain:

1. Gangguan Refraksi pada orang tua

Faktor yang penting pada gangguan refraksi yaitu faktor keturunan. Anak dengan orang tua yang mengalami kelainan refraksi cenderung juga mengalami kelainan refraksi. Prevalensi miopia pada anak yang kedua orang tuanya miopia adalah 32,9 %, sedangkan pada anak dengan hanya salah satu orang tuanya yang mengalami miopia adalah sekitar 18,2%, dan kurang dari 8,3% pada anak dengan orang tua tanpa miopia (Komariah *and* Nanda, 2014).

2. Aktivitas jarak dekat

Aktivitas melihat jarak dekat yang terlalu berlebihan akan menyebabkan mata menjadi mudah lelah, sayu, dan kadang berair (Kistianti, 2008). Anak-anak yang banyak menghabiskan waktunya untuk melakukan aktivitas jarak dekat seperti membaca, menggunakan komputer, bermain video games, menonton televisi akan lebih berisiko untuk terjadi miopia. Semakin banyak waktu yang dihabiskan untuk aktivitas jarak dekat, maka semakin besar risiko terjadinya gangguan refraksi (Huang *et al.*, 2015).

Aktivitas melihat jarak dekat menjadi faktor penyebab terjadinya gangguan refraksi melalui efek fisik langsung akibat akomodasi yang terjadi secara terus menerus sehingga menyebabkan tonus otot siliaris tinggi dan lensa menjadi cembung. Jarak yang semakin dekat akan menyebabkan semakin kuatnya akomodasi mata (Kistianti, 2008). Aktivitas melihat jarak dekat pada monitor dengan jarak yang tidak sesuai akan memberikan dampak buruk akibat paparan sinar ultraviolet. Selain itu menurut teori lain, lamanya aktivitas melihat jarak dekat akan menyebabkan terbentuknya bayangan buram di retina. Bayangan buram ini akan memulai proses kimia pada retina untuk menstimulasi perubahan biokimia dan struktural pada sklera dan koroid yang menyebabkan elongasi aksial (Ramamurthy *et al.*, 2015).

3. Tingkat kecerdasan

Ada banyak penelitian yang telah menunjukkan IQ yang lebih tinggi pada anak-anak dengan miopia. Sebuah penelitian di Inggris mempelajari 6871 anak dengan orangtua miopia didapatkan hubungan yang kuat antara performa yang tinggi saat tes standard berbasis sekolah dengan faktor risiko gangguan refraksi. Penelitian telah menunjukkan hubungan yang kuat antara peningkatan skor kecerdasan dan risiko terjadinya gangguan refraksi (Williams *et al.*, 2008).

4. Aktivitas di luar ruangan

Menurut suatu penelitian, kurangnya aktivitas di luar ruangan merupakan salah satu faktor risiko terjadinya gangguan refraksi. Suatu penelitian di Australia meneliti 124 anak dari etnis Cina yang tinggal di Sydney dan 683 anak dari etnis Cina di Singapura. Didapatkan prevalensi gangguan refraksi di Sydney sebesar 3,3% dan di Singapura 29%, padahal anak-anak di Sidney lebih banyak melakukan aktivitas jarak dekat. Tetapi anak-anak di Sidney juga menghabiskan waktu di luar ruangan lebih lama daripada anak-anak di Singapura (McCredie, 2008). Penelitian lain mengungkapkan bahwa lamanya waktu yang dihabiskan di luar ruangan dapat mengurangi risiko terjadinya gangguan refraksi (Dirani *et al.*, 2009).

Aktivitas di luar ruangan merupakan suatu faktor protektif yang dapat mencegah terjadinya gangguan refraksi. Faktor ini belum terlalu jelas mengenai mekanisme protektifnya (Muhamedagic *et al.*, 2014). Sebuah hipotesis yang dapat diterima secara luas adalah paparan cahaya yang terang akan menstimulasi pelepasan dopamin yang dapat menghambat elongasi bola mata (French *et al.*, 2013).

Teori lainnya yaitu teori mengenai vitamin D. Paparan radiasi ultraviolet B (UVB) dapat menstimulasi pelepasan vitamin D. Vitamin D berperan dalam pembentukan kolagen yang merupakan komponen utama sklera (Ramamurthy *et al.*, 2015). Penelitian *The Collaborative Longitudinal Evaluation of Ethnicity and Refractive Error (CLEERE)* mengatakan bahwa pada mata dengan gangguan refraksi pemanjangan aksis bola mata dikompensasi dengan peregangan dari otot siliaris, zonula, dan lensa yang menyebabkan kekuatan refraksi lensa berkurang atau lebih pipih. Namun, jika kompensasi tersebut berhenti, maka mata akan mulai mengalami gangguan refraksi. Hilangnya kompensasi tersebut diduga karena adanya perubahan pada otot siliaris. Ketika teregang, otot-otot polos pada tubuh cenderung menjadi hipertrofi. Otot siliaris yang tebal akan menghambat pipihan lensa untuk menyesuaikan dengan pemanjangan aksis bola mata. Di sinilah peran dari vitamin D, dimana vitamin D diduga memiliki peran anti hipertrofi pada otot siliaris, seperti perannya

untuk mencegah hipertrofi otot polos lainnya seperti kantung kemih. Sinar matahari dapat membantu sintesis vitamin D dari pro vitamin D yang ada di dalam tubuh (Mutti, 2013).

Terdapat mekanisme lain yang mendukung aktivitas di luar ruangan sebagai faktor protektif yaitu meningkatnya *depth of focus* dan kejernihan retina yang menyebabkan konstiksi pupil karena intensitas cahaya yang tinggi dan berkurangnya permintaan untuk melihat jarak dekat saat berada di luar ruangan. Semakin tinggi intensitas cahaya, tingkat perlindungan terhadap gangguan refraksi juga semakin meningkat (Ramamurthy *et al.*, 2015).

5. Ras

Orang Asia memiliki kecenderungan gangguan refraksi yang lebih tinggi (85,90%) dibandingkan dengan orang-orang yang berada di Amerika (20-50%). Prevalensi gangguan refraksi pada anak-anak di negara barat sangat kecil (kurang dari 5%), sedangkan anak-anak di Asia memiliki prevalensi yang tinggi sekitar 29% (Yu *et al.*, 2011).

2.2.5 Manifestasi Klinis

2.2.6 Deteksi Dini Gangguan Refraksi

Pemeriksaan dalam ilmu penyakit mata meliputi beberapa prosedur dengan tujuan dapat menegakkan diagnosis yang benar. Pemeriksaan meliputi anamnesis, pemeriksaan tajam penglihatan, pemeriksaan segmen depan bola mata yang meliputi pemeriksaan palpebra, silia, kornea, konjungtiva, bilik mata depan, iris, pupil, lensa dan vitreus anterior. Pemeriksaan segmen depan bola mata meliputi pemeriksaan vitreus posterior, retina, dan papil saraf optik. Pemeriksaan tekanan bola mata dilakukan dengan cara palpasi dan dengan menggunakan tonometer Schiottz, pemeriksaan pergerakan bola mata dilakukan untuk menilai fungsi ke enam otot penggerak bola mata yaitu otot rektus superior, medial, inferior, lateral, otot oblikus superior dan oblikus inferior. Pemeriksaan lapang pandangan dilakukan dengan cara konfrontasi (NEI, 2019)

2.2.7 Tatalaksana

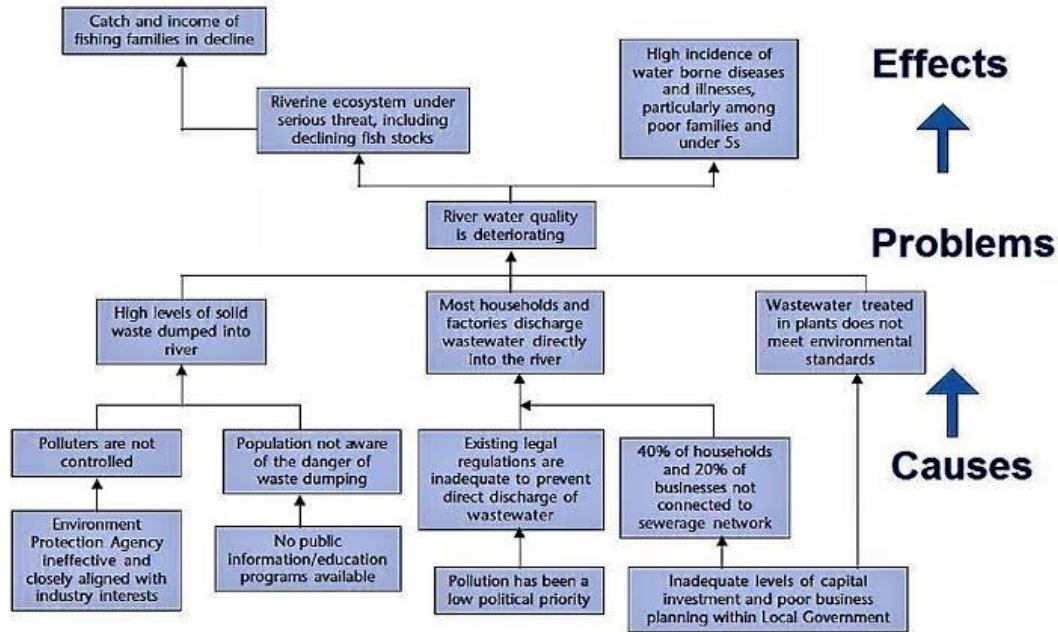
Penatalaksanaan gangguan refraksi dapat dilakukan dengan (NEI, 2019):

1. Kacamata adalah cara paling sederhana dan paling aman untuk memperbaiki gangguan refraksi. Perawatan mata oleh professional dapat memberikan lensa yang sesuai untuk memperbaiki gangguan refraksi sehingga dapat memberikan penglihatan menjadi normal.
2. Lensa Kontak berfungsi menjadi permukaan refraksi pertama untuk sinar cahaya yang masuk ke mata, menyebabkan fokus yang lebih tepat. Dalam banyak kasus, lensa kontak memberikan penglihatan yang lebih jelas, bidang penglihatan yang lebih luas, dan

kenyamanan yang lebih besar. Lensa kontak adalah pilihan yang aman dan efektif jika dipasang dan digunakan dengan benar. Sangat penting untuk mencuci tangan dan membersihkan lensa seperti yang diperintahkan untuk mengurangi risiko infeksi.

3. Operasi refraktif bertujuan untuk mengubah bentuk kornea secara permanen. Perubahan bentuk mata ini dapat mengembalikan kekuatan fokus mata dengan memungkinkan sinar cahaya untuk fokus secara tepat pada retina untuk penglihatan yang lebih baik.

2.3 Metode Penentuan Penyebab Masalah



Sumber: *European Commission*

Gambar 2. 1 Diagram Pohon Masalah

Diagram pohon masalah hanyalah cara memvisualisasikan hubungan sebab dan akibat mengenai situasi masalah tertentu. Dalam diagram penyebabnya disajikan di tingkat bawah dan efek di tingkat atas dan masalah inti menghubungkan keduanya. Dengan demikian analogi pohon: batang mewakili masalah inti, akar adalah penyebabnya, dan cabang-cabang mewakili efeknya. Semakin spesifik penyebabnya, maka semakin besar kemungkinan mereka berada pada tingkat yang lebih rendah dari diagram pohon, namun lokasi masalah pada diagram pohon tidak selalu menunjukkan tingkat kepentingannya (Gra, 1990).

Tidak ada cara yang benar untuk merumuskan diagram pohon. Individu atau kelompok yang berbeda jika diberi daftar masalah dan sebab yang sama akan mengatur mereka secara berbeda pada diagram pohon. Hal ini disebabkan oleh perbedaan tingkat pengetahuan dan pengalaman setiap orang dan jumlah waktu yang tersedia untuk analisis. Waktu yang cukup dan diskusi yang melelahkan namun tim interdisipliner yang berbeda cenderung menghasilkan hasil yang sangat mirip. Secara umum semakin lengkap tingkat

pengetahuan para peserta dan semakin lama waktu yang didedikasikan untuk analisis, semakin besar kemiripan kesamaan pada hasil (Gra, 1990).

Seperti yang telah ditekankan sebelumnya, kunci solusi masalah adalah identifikasi masalah yang tepat. Diagram pohon memfasilitasi pengorganisasian masalah ke dalam urutan logis yang akan mengarah pada kesimpulan logis dan identifikasi solusi yang efektif biaya (Gra, 1990).

2.4 Metode Penentuan Prioritas Masalah

Untuk lebih mudah kita menganalisis permasalahan yang menjadi prioritas, terdapat beberapa alat analisis yang dapat digunakan. Diantara alat analisis tersebut adalah matriks *Urgency, Seriousness, and Growth* atau yang sering disingkat Matriks USG. Menurut Kepner dan Tregoe (1981) menyatakan pentingnya suatu masalah dibandingkan dengan masalah lainnya dapat dilihat dari 3 aspek, yaitu (1) Bagaimana gawatnya (*urgency*) masalah dilihat dari pengaruhnya terhadap produktivitas, orang dan atau sumber daya, (2) Bagaimana mendesaknya masalah tersebut dilihat dari waktu yang tersedia, (3) bagaimana perkiraan yang terbaik mengenai kemungkinan berkembangnya masalah tersebut.

Pada penggunaan matriks USG, untuk menentukan suatu masalah yang menjadi prioritas terdapat tiga faktor yang perlu dipertimbangan. Ketiga faktor tersebut adalah sebagai berikut :

1. *Urgency* berkaitan dengan mendesaknya waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan masalah tersebut. Semakin mendesak suatu masalah untuk diselesaikan maka semakin tinggi urgensi masalah tersebut.
2. *Seriousness* berkaitan dengan dampak dari adanya masalah tersebut terhadap organisasi. Dampak ini terutama yang menimbulkan kerugian bagi organisasi seperti dampaknya terhadap produktivitas, keselamatan jiwa manusia, sumber daya atau sumber dana. Semakin tinggi dampak masalah tersebut terhadap organisasi maka semakin serius masalah tersebut.
3. *Growth* berkaitan dengan pertumbuhan masalah. Semakin cepat berkembang masalah tersebut maka semakin tinggi tingkat pertumbuhannya. Suatu masalah yang cepat berkembang tentunya makin prioritas untuk diatasi permasalahan tersebut.

Untuk mengurangi tingkat subyektivitas dalam menentukan masalah prioritas, maka perlu menetapkan kriteria untuk masing-masing unsur USG tersebut. Umumnya digunakan skor dengan skala tertentu. Misalnya penggunaan skor skala 1-5. Semakin tinggi tingkat urgensi, serius, atau pertumbuhan masalah tersebut, maka semakin tinggi skor untuk masing-masing unsur tersebut.

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi Kegiatan Magang

Kegiatan magang dilaksanakan di Instansi Dinas Kesehatan Kota Surabaya yang terletak di Jalan Raya Jemursari No. 197, Sidosermo, Wonocolo, Kota Surabaya. Khususnya di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit pada Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa

3.2 Waktu dan Kegiatan Magang

Penyusunan proposal dimulai pada bulan November tahun 2019 dilanjutkan dengan kegiatan magang yang dimulai tanggal 6 Januari hingga 7 Februari 2020. Jam kerja hari senin hingga kamis mulai pukul 07.30 – 16.00 WIB dan hari jumat mulai pukul 07.30- 15.00 WIB. Berikut ini rincian kegiatan magang di Dinas Kesehatan Kota Surabaya :

Tabel 3. 1 Jadwal Kegiatan Magang

No.	Nama Kegiatan	2019					2020						
		November	Desember				Januari		Februari				
1.	Penyusunan proposal	■											
2.	Pengurusan izin ke instansi		■	■	■	■							
3.	Persiapan dan pembekalan magang dari departemen				■								
4.	Pengenalan lingkungan kerja Dinas Kesehatan Kota Surabaya khususnya Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit pada seksi P2PTM (Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular) dan Keswa						■	■	■	■			
5.	Mempelajari struktur organisasi, prosedur kerja, visi, misi dan pelayanan yang ada di Dinas Kesehatan Kota Surabaya						■	■	■	■			
6.	Mempelajari kegiatan dan program yang dilakukan di seksi P2PTM dan Keswa sesuai dengan intruksi pembimbing magang lapangan						■	■	■	■			
7.	Menentukan program yang akan dibuat menjadi laporan							■					
8.	Melakukan indepth interview dengan pemegang program Indra							■					
9.	Mengidentifikasi masalah pada program Indra								■				
10.	Melakukan studi literatur terhadap									■	■		

	daftar masalah yang ditemukan pada program Indra																		
11.	Menentukan prioritas masalah menggunakan metode USG, mengidentifikasi penyebab masalah menggunakan metode pohon masalah dan menyusun alternatif solusi																		
12.	Penyusunan laporan kegiatan magang																		
13.	Presentasi hasil magang																		

3.3 Metode Pelaksanaan

Metode pelaksanaan kegiatan magang yang telah dilakukan adalah sebagai berikut :

1. Pengenalan dan penyesuaian diri dengan lingkungan kerja

Kegiatan yang dilakukan untuk mengenal dan menyesuaikan diri dengan lingkungan kerja berupa pengenalan alur kerja dan struktur organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya, khususnya di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit pada Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) dan Keswa.

2. Ceramah dan tanya jawab

Kegiatan yang dilakukan berupa ceramah dan tanya jawab dengan pembimbing lapangan dan staf di Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular (P2PTM) dan Keswa, untuk memperoleh informasi tentang pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular (PTM) terutama gangguan refraksi di Kota Surabaya.

3. Observasi

Pelaksanaan magang tidak lepas dari kegiatan pengamatan terhadap suatu permasalahan dalam bentuk partisipasi aktif sesuai dengan tugas yang diberikan oleh pembimbing di Seksi Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

4. Studi literatur

Studi literatur dilakukan untuk menambah pengetahuan yang berkaitan dengan topik gangguan refraksi sekaligus mencari teori yang sesuai dengan pelaksanaan program di lapangan.

5. Penulisan laporan magang

Penulisan laporan magang berguna untuk memonitoring, evaluasi dan hasil selama pelaksanaan kegiatan magang di Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Jenis data yang digunakan berupa data primer dan data sekunder. Data primer yang dikumpulkan berupa pelaksanaan, permasalahan, serta hambatan yang terjadi selama program dilaksanakan. Pengumpulan data primer dilakukan dengan metode wawancara mendalam (*indepth interview*) berdasarkan panduan wawancara kepada pemegang program Indra serta pembimbing lapangan. Sedangkan data sekunder yang diperoleh dari laporan tahunan Seksi Pencegahan dan Penanggulangan Penyakit Menular (P2PTM) dan Keswa, Profil Kesehatan Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan laporan-laporan lain yang mendukung.

3.5 Teknik Analisis Data

Teknik analisis data dilakukan secara deskriptif yaitu menggambarkan kondisi pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian Indra yang telah diperoleh selama kegiatan magang menggunakan tabel, grafik dan narasi. Bentuk grafik disajikan untuk menggambarkan keadaan menurut variabel orang, tempat dan waktu. Sedangkan narasi digunakan untuk menjelaskan variabel-variabel yang akan digambarkan tersebut. Pada laporan ini juga memuat analisis prioritas masalah melalui metode USG dan analisis penyebab masalah menggunakan *problem tree diagram*.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kota Surabaya

4.1.1 Gambaran Umum Kota Surabaya

Letak geografis kota Surabaya berada antara 1120 36'' dan 1120 54'' Bujur Timur serta antara 070 12'' garis Lintang Selatan. Luas wilayah kota Surabaya 326,37 km² terdiri dari 31 kecamatan dan 154 kelurahan. Kota Surabaya terletak di daerah yang strategis sehingga Surabaya dapat dengan mudah dijangkau melalui jalur darat, udara dan laut. Surabaya dibatasi oleh wilayah sebagai berikut :

- a) Sebelah utara : Selat Madura
- b) Sebelah timur : Selat Madura
- c) Sebelah selatan : Kabupaten Sidoarjo
- d) Sebelah barat : Kabupaten Gresik

Kota Surabaya merupakan kota terbesar kedua di Indonesia dengan jumlah penduduk yang cukup besar. Persebaran penduduk Kota Surabaya tahun 2019 berdasarkan proyeksi penduduk dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4. 1 Persebaran Penduduk Kota Surabaya Tahun 2019

Penduduk	Jumlah
Laki-Laki	1.673.917
Perempuan	1.668.710
Total	3.342.627

Sumber: Bappeko, 2019

Berdasarkan tabel tersebut diketahui bahwa dengan jumlah penduduk yang besar, maka dapat dipastikan tingkat kepadatan penduduknya cukup tinggi sehingga derajat kesehatan perlu diperhatikan. Dinas Kesehatan melalui puskesmas memiliki kewajiban untuk terus memantau dan melakukan berbagai program kegiatan kesehatan dengan melibatkan masyarakat, sehingga masyarakat akan memiliki kesadaran untuk semakin mandiri menjaga kesehatan keluarga dan lingkungan.

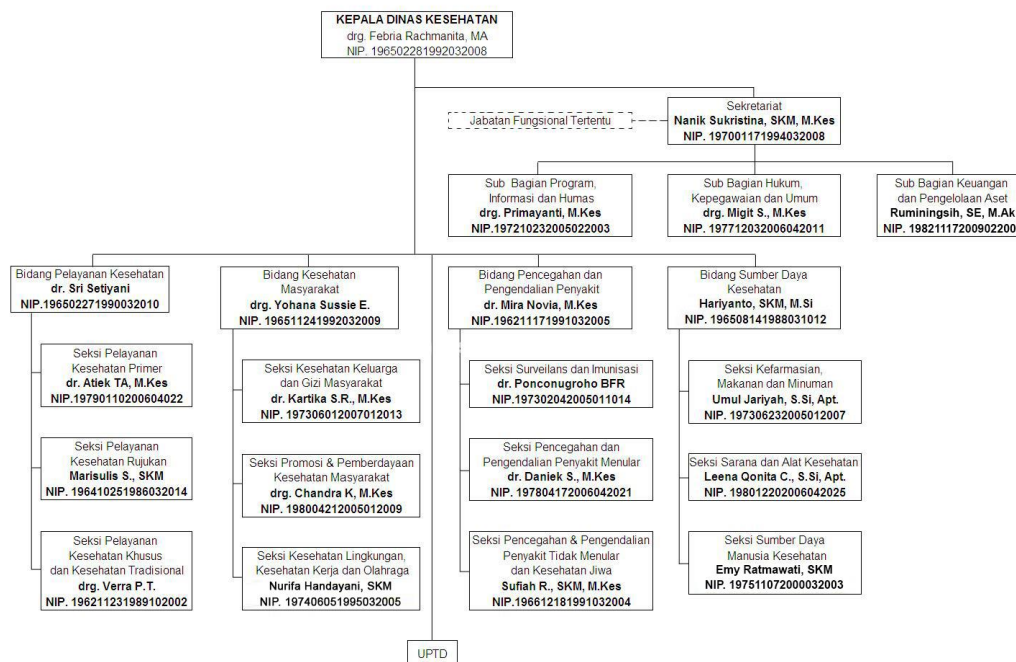
4.1.2 Gambaran Umum Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Dinas Kesehatan sesuai dengan Peraturan Walikota Surabaya Nomor 48 Tahun 2016 tentang kedudukan, susunan organisasi, uraian tugas dan fungsi serta tata kerja Dinas Kesehatan Kota Surabaya mempunyai tugas melaksanakan urusan pemerintahan daerah berdasarkan asas otonomi dan tugas pembantuan di bidang kesehatan.

Untuk menyelenggarakan tugas sebagaimana tersebut di atas Dinas Kesehatan Kota Surabaya mempunyai fungsi antara lain :

1. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya
2. Pelaksana kebijakan sesuai dengan lingkup tugasnya
3. Pelaksanaan evaluasi dan pelaporan sesuai dengan lingkup tugasnya
4. Pelaksanaan administrasi dinas sesuai dengan lingkup tugasnya
5. Pelaksanaan fungsi lain yang diberikan oleh Walikota terkait dengan tugas dan fungsinya

4.1.3 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya



Sumber: Profil Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2019

Gambar 4. 1 Struktur Organisasi Dinas Kesehatan Kota Surabaya

Dalam melaksanakan tugas dan fungsinya, Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya dibantu oleh satu Sekretariat dan empat Bidang. Hal ini tertuang dalam Undang-Undang No. 23 tahun 2014 tentang Pemerintah Daerah, Peraturan Pemerintah No. 18 Tahun 2016 tentang Perangkat Daerah, Peraturan Daerah (Perda) Kota Surabaya No. 14 Tahun 2016 tentang Pembentukan dan Susunan Perangkat Daerah Kota Surabaya, dan Peraturan Walikota (Perwali) Surabaya No. 48 Tahun 2016 tentang Kedudukan, Susunan Organisasi, Uraian Tugas dan Fungsi Serta Tata Kerja Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

4.1.4 Gambaran Umum Program Pada Seksi Pengendalian dan Pencegahan Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa

1. Surveilans PTM
2. Pencegahan dan Pengendalian Hipertensi
3. Pencegahan dan Pengendalian Diabetes Mellitus
4. Program POSBINDU.
5. Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Kanker
6. Program Pencegahan Penyakit Thalasemia
7. Program Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran
8. Program Kesehatan Gigi dan Mulut
9. Program Pengendalian Dampak Merokok
10. Program Upaya Berhenti Merokok (UBM)
11. Program Pencegahan Pemberantasan Penyalahgunaan dan Peredaran Gelap Narkoba (P4GN)
12. Program Kesehatan Jiwa

4.1.5 Fungsi Seksi P2PTM dan Keswa

Tugas dan fungsi seksi P2PTM dan Keswa berdasarkan Peraturan Walikota Nomor 48 Tahun 2016 adalah sebagai berikut :

1. Menyiapkan bahan perumusan serta pelaksanaan kebijakan operasional, bimbingan teknis dan supervisi, pemantauan, evaluasi, dan pelaporan dibidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa.
2. Menyiapkan bahan penyusun rencana program serta petunjuk teknis di bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular dan Kesehatan Jiwa
3. Menyiapkan bahan pelaksanaan rencana program serta petunjuk teknis di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa
4. Menyiapkan bahan koordinasi serta kerjasama dengan lembaga dan juga instansi lain di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa
5. Menyiapkan bahan pengawasan dan pengendalian di bidang pencegahan dan pengendalian penyakit tidak menular dan kesehatan jiwa
6. Menyiapkan bahan evaluasi serta pelaporan pelaksanaan tugas
7. Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Kepala Bidang Pencegahan dan Pengendalian Penyakit sesuai dengan tugas dan fungsinya

4.1.6 Standar Pelayanan Minimal Seksi P2PTM dan Keswa

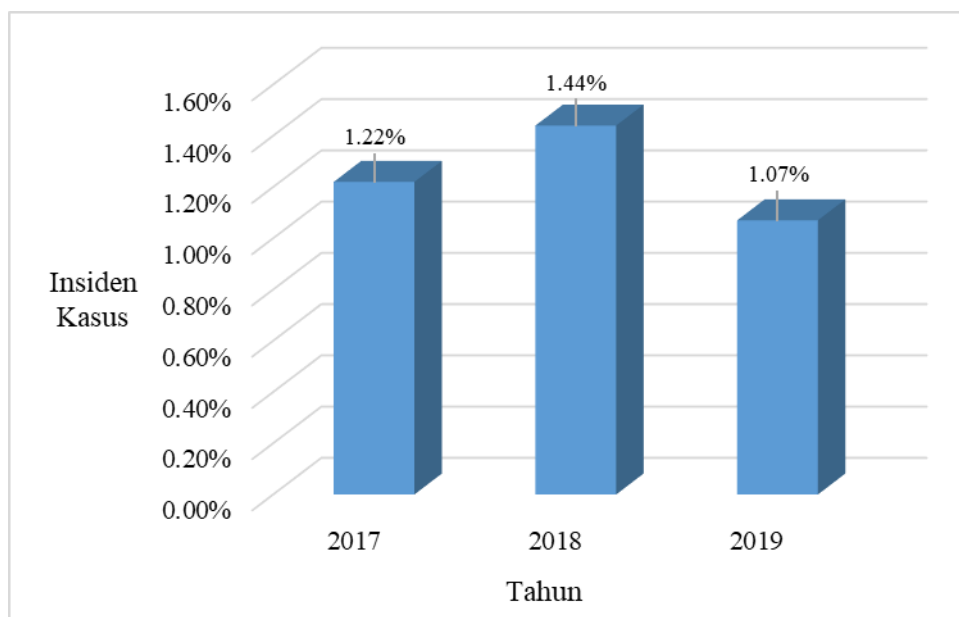
Standar Pelayanan Minimal seksi P2PTM dan Keswa berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 43 Tahun 2016 dan Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2018 meliputi:

1. Cakupan penderita hipertensi mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar 100%
2. Cakupan penyandang Diabetes Mellitus yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar 100%.
3. Cakupan Orang Dengan Gangguan Jiwa (ODGJ) berat yang mendapatkan pelayanan kesehatan jiwa sesuai standar 100%.
4. Cakupan warga negara usia 15-59 tahun atau usia produktif mendapatkan skrining kesehatan sesuai standar 100%.

4.2. Besar Masalah dan Distribusi Masalah

4.2.1 Distribusi Gangguan Penglihatan di Kota Surabaya

4.2.1.1 Distribusi Berdasarkan Waktu



Sumber: Laporan Tahunan Seksi P2PTM & Keswa Tahun 2017-2019

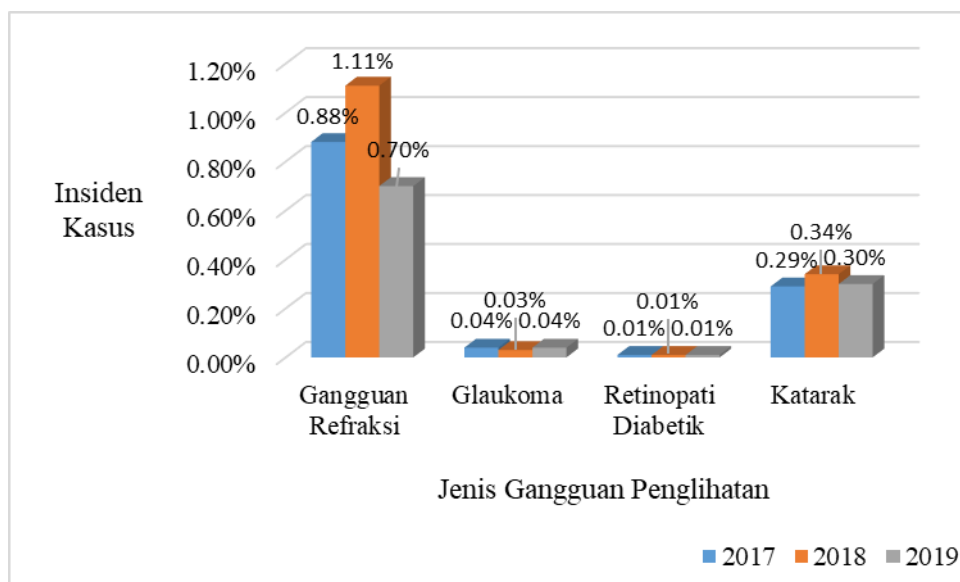
Gambar 4. 2 Trend Gangguan Penglihatan Kota Surabaya Tahun 2017-2019

Berdasarkan data di atas diperoleh informasi bahwa insiden kasus gangguan penglihatan di Kota Surabaya mengalami peningkatan pada tahun 2018 jika dibandingkan dengan tahun sebelumnya dan terjadi penurunan insiden kasus pada tahun 2019. Insiden gangguan penglihatan pada tahun 2017 yaitu sebesar 1,22% kemudian meningkat pada tahun 2018 menjadi 1.44% dan menurun pada tahun 2019 menjadi 1,07%. Data insiden gangguan

penglihatan di atas sesuai dengan studi yang dilakukan sebelumnya yang menunjukkan bahwa terjadi peningkatan sistem kesehatan di Indonesia ke arah yang lebih baik, namun masih terdapat beberapa kendala (Putri, 2019).

Menurut WHO (2019) dalam hal perbedaan regional, prevalensi gangguan penglihatan terhadap jarak di wilayah berpenghasilan rendah dan menengah diperkirakan empat kali lebih tinggi daripada wilayah berpendapatan tinggi. Hal ini dapat disebabkan karena sistem kesehatan suatu negara sangat dipengaruhi oleh kebijakan-kebijakan kesehatan yang ditetapkan oleh penentu kebijakan baik pemerintah atau swasta. Kebijakan kesehatan itu sendiri dipengaruhi oleh segitiga kebijakan yakni konteks (faktor ekonomi, sosial budaya, politik), konten/isi, proses pengambilan kebijakan dan aktor yang berperan (*policy elites*) (Buse *et al.*, 2005). Permasalahan yang timbul dari pembiayaan kesehatan antara lain kurangnya dana serta adanya peningkatan dana. Kurangnya dana terjadi karena terdapatnya inefisiensi dalam pengelolaan pembiayaan dan alokasi dana yang salah. Sedangkan yang dimaksud peningkatan biaya yaitu adanya tren peningkatan teknologi kedokteran sebagai penegak diagnosis (*evidence bases*) yang menyebabkan konsekuensi biaya, serta *trend supply induce demand* yang banyak marak sekarang ini (Trisnantoro, 2014).

4.2.1.2 Distribusi Berdasarkan Jenis Gangguan Penglihatan



Sumber: Laporan Tahunan Seksi P2PTM & Keswa Tahun 2017-2019

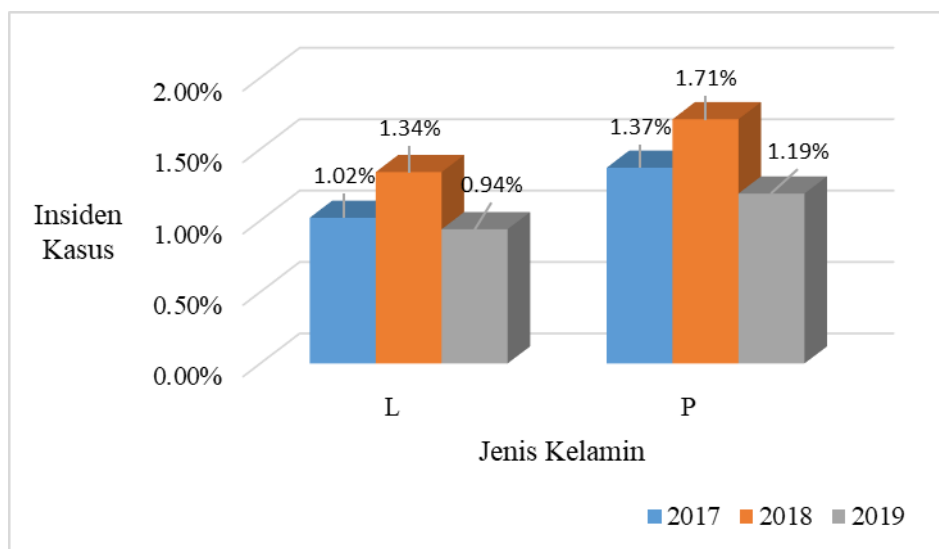
Gambar 4. 3 Jenis Gangguan Penglihatan Terbanyak Kota Surabaya Tahun 2017-2019

Berdasarkan data di atas dapat diketahui insiden kasus gangguan penglihatan di Kota Surabaya dari tahun 2017-2019. Diurutan pertama dari gangguan penglihatan dengan jumlah kasus terbanyak adalah gangguan refraksi, diurutan kedua ada katarak, lalu diikuti oleh

glaukoma dan retinopati diabetik. Angka kejadian pada seluruh jenis gangguan penglihatan mengalami kenaikan pada tahun 2018 dan mengalami penurunan pada tahun 2019.

Angka kejadian gangguan refraksi lebih tinggi jika dibandingkan dengan jenis gangguan penglihatan lainnya, hal ini dapat disebabkan karena faktor genetik dan faktor lingkungan. Gangguan refraksi dapat terjadi pada saat usia anak-anak (5-7 tahun), usia muda (7-16 tahun) dan dewasa (>16 tahun). Beberapa faktor lingkungan yang mempengaruhi progresivitas gangguan refraksi adalah aktivitas jarak dekat seperti membaca, menulis, melihat TV, komputer, game dan aktivitas dekat lainnya. Riwayat keluarga orang tua ataupun saudara kandung dengan gangguan refraksi juga merupakan faktor predisposisi terjadinya gangguan refraksi (Nintyastuti *et al.*, 2014).

4.2.1.3 Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin



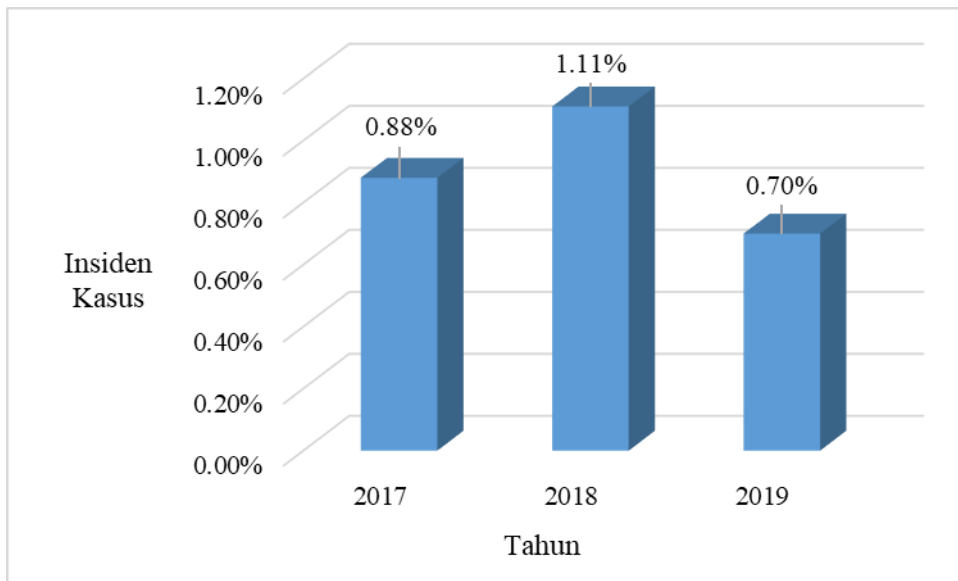
Sumber: Laporan Tahunan Seksi P2PTM & Keswa Tahun 2017-2019

Gambar 4. 4 Distribusi Gangguan Penglihatan Berdasarkan Jenis Kelamin di Kota Surabaya Tahun 2017-2019

Data diatas menunjukkan selama 3 tahun gangguan penglihatan lebih banyak diderita oleh perempuan. Insiden kejadian gangguan penglihatan pada laki-laki sebesar 1.02% pada tahun 2017, 1.34% pada tahun 2018, dan 0.94% pada tahun 2019. Sedangkan insiden gangguan penglihatan pada perempuan sebesar 1.37% pada tahun 2017, 1.71% pada tahun 2018, dan menurun menjadi 1.19% pada tahun 2019.

4.2.2 Distribusi Kasus Gangguan Refraksi di Kota Surabaya

4.2.2.1 Distribusi Berdasarkan Waktu

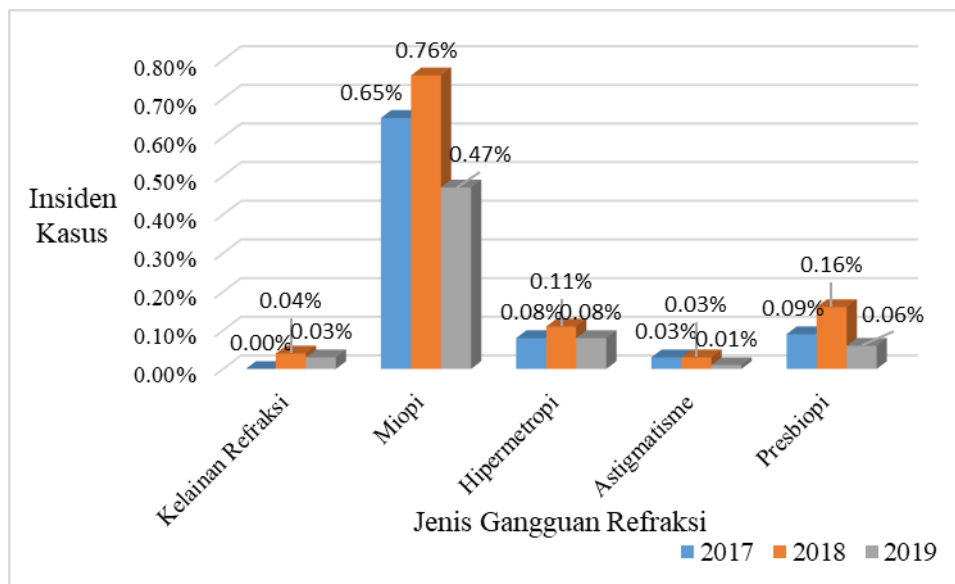


Sumber: Laporan Tahunan Seksi P2PTM & Keswa Tahun 2017-2019

Gambar 4. 5 Trend Kasus Gangguan Refraksi di Kota Surabaya Tahun 2017-2019

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa insiden gangguan refraksi di Kota Surabaya mengalami peningkatan pada tahun 2018 dan kemudian menurun pada tahun 2019. Hal ini sesuai dengan trend pada gangguan penglihatan secara umum di Kota Surabaya. Insiden gangguan refraksi pada tahun 2017 yaitu sebesar 0,88%, 1,11% pada tahun 2018, dan 0,70% pada tahun 2019. Penurunan angka kejadian pada tahun 2019 ini dapat disebabkan oleh peningkatan sistem kesehatan di Indonesia menuju arah yang lebih baik (Putri, 2019). Selain itu, peran orang tua terhadap pembatasan penggunaan gadget pada anaknya dapat menjadi salah satu faktor yang mempengaruhi penurunan angka kejadian gangguan refraksi. Berdasarkan penelitian sebelumnya sebanyak 88,76% orang tua memiliki sikap yang baik terhadap pembatasan penggunaan gadget. Pada penelitian yang sama menunjukkan adanya hubungan peran orang tua dengan perkembangan anak baik fisik maupun mental.

4.2.2.2 Distribusi Berdasarkan Jenis Gangguan Refraksi



Sumber: Laporan Tahunan Seksi P2PTM & Keswa Tahun 2017-2019

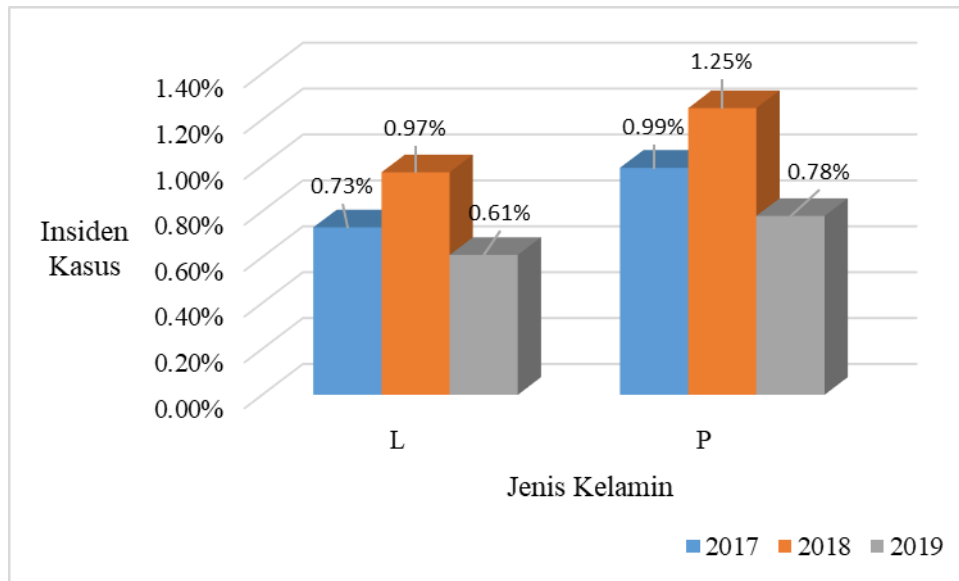
Gambar 4. 6 Distribusi Berdasarkan Jenis Gangguan Refraksi di Kota Surabaya Tahun 2017-2019

Berdasarkan data di atas dapat diketahui besar insiden kasus gangguan refraksi setiap jenisnya di Kota Surabaya dari tahun 2017-2019. Diurutan pertama dari gangguan refraksi dengan jumlah kasus terbanyak adalah miopi, diurutan kedua ada presbiopi, lalu diikuti oleh hipermetropi dan astigmatisme. Angka kejadian pada seluruh jenis gangguan refraksi mengalami kenaikan pada tahun 2018 dan mengalami penurunan pada tahun 2019.

Angka kejadian miopi lebih tinggi jika dibandingkan dengan jenis gangguan penglihatan lainnya, hal ini dapat disebabkan karena aktivitas yang dilakukan. Aktivitas yang menjadi faktor risiko dari miopi adalah aktivitas jarak dekat (Huang *et al.*, 2015). Individu yang melakukan aktivitas seperti membaca, bermain video games, menggunakan komputer, dan menonton televisi dengan jarak dekat dan berlebihan akan berakibat pada mata menjadi mudah lelah, sayu, dan berair (Kistianti, 2008). Hal ini dapat menjadikan individu tersebut lebih berisiko menderita miopi (Huang *et al.*, 2015).

Selain itu, tingkat penerangan dianggap sebagai faktor pencetus yang mempengaruhi timbulnya miopia pada faktor lingkungan. Berdasarkan sebuah penelitian yang diterbitkan dalam *British Medical Journal* diungkapkan bahwa membaca di bawah cahaya rendah tidak merusak mata, tapi menyebabkan ketegangan mata, sebaliknya gangguan penerangan dapat menimbulkan gangguan akomodasi mata, kontraksi otot siliar secara terus-menerus akan menimbulkan gangguan refraksi mata, yaitu miopi (Fredrick, 2012).

4.2.2.3 Distribusi Berdasarkan Jenis Kelamin



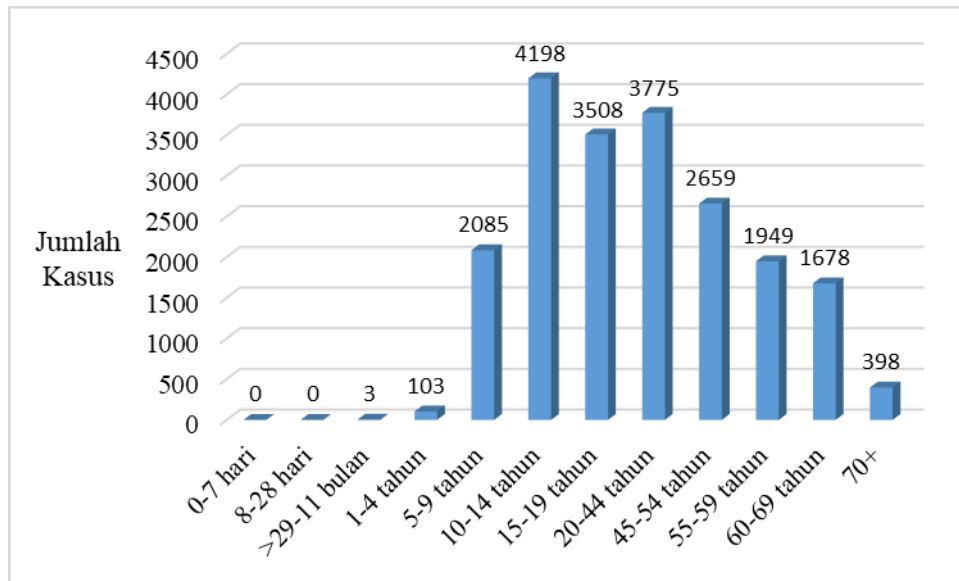
Sumber: Laporan Tahunan Seksi P2PTM & Keswa Tahun 2017-2019

Gambar 4. 7 Distribusi Kejadian Gangguan Refraksi Berdasarkan Jenis Kelamin di Kota Surabaya Tahun 2017-2019

Berdasarkan data diatas dapat diketahui selama 3 tahun terakhir insiden kejadian gangguan refraksi pada perempuan lebih banyak dibandingkan dengan laki-laki. Insiden kejadian pada perempuan pada tahun 2017 sebesar 0,99% dan meningkat pada tahun 2018 menjadi 1,25%, kemudian menurun di tahun 2019 sebesar 0,78%. Insiden kejadian pada laki-laki juga cenderung fluktuatif seperti angka kejadian pada perempuan. Insiden kejadian pada laki-laki sebesar 0,73% pada tahun 2017, 0,97% pada tahun 2018, dan sebesar 0,61% pada tahun 2019. Data tersebut sesuai dengan hasil penelitian Imam Tiharyo di Yogyakarta tahun 2008 menyebutkan bahwa perempuan lebih banyak mengalami gangguan refraksi sebesar 55,1 % sedangkan laki-laki hanya sebesar 44,9 %. Data diatas juga sejalan dengan penelitian mengenai gangguan refraksi berdasarkan jenis kelamin, kejadian tertinggi terjadi pada perempuan sebesar 64,8 % dibandingkan laki-laki 35,2 % (Ihsanti *et al.*, 2014).

Menurut penelitian yang dilakukan sebelumnya menjelaskan bahwa penderita gangguan refraksi lebih banyak ditemukan pada perempuan dibandingkan laki-laki dikarenakan bola mata pada laki-laki lebih besar daripada perempuan. Hal ini akan mempengaruhi jaringan bola mata lainnya sehingga dapat menyebabkan gangguan refraksi (Handayani, 2012). Namun, pernyataan tersebut berkebalikan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ihsanti, Tanuwidjaja, dan Respati pada tahun 2014 yang menunjukkan bahwa jenis kelamin tidak berhubungan dengan kejadian gangguan refraksi.

4.2.2.4 Distribusi Berdasarkan Umur

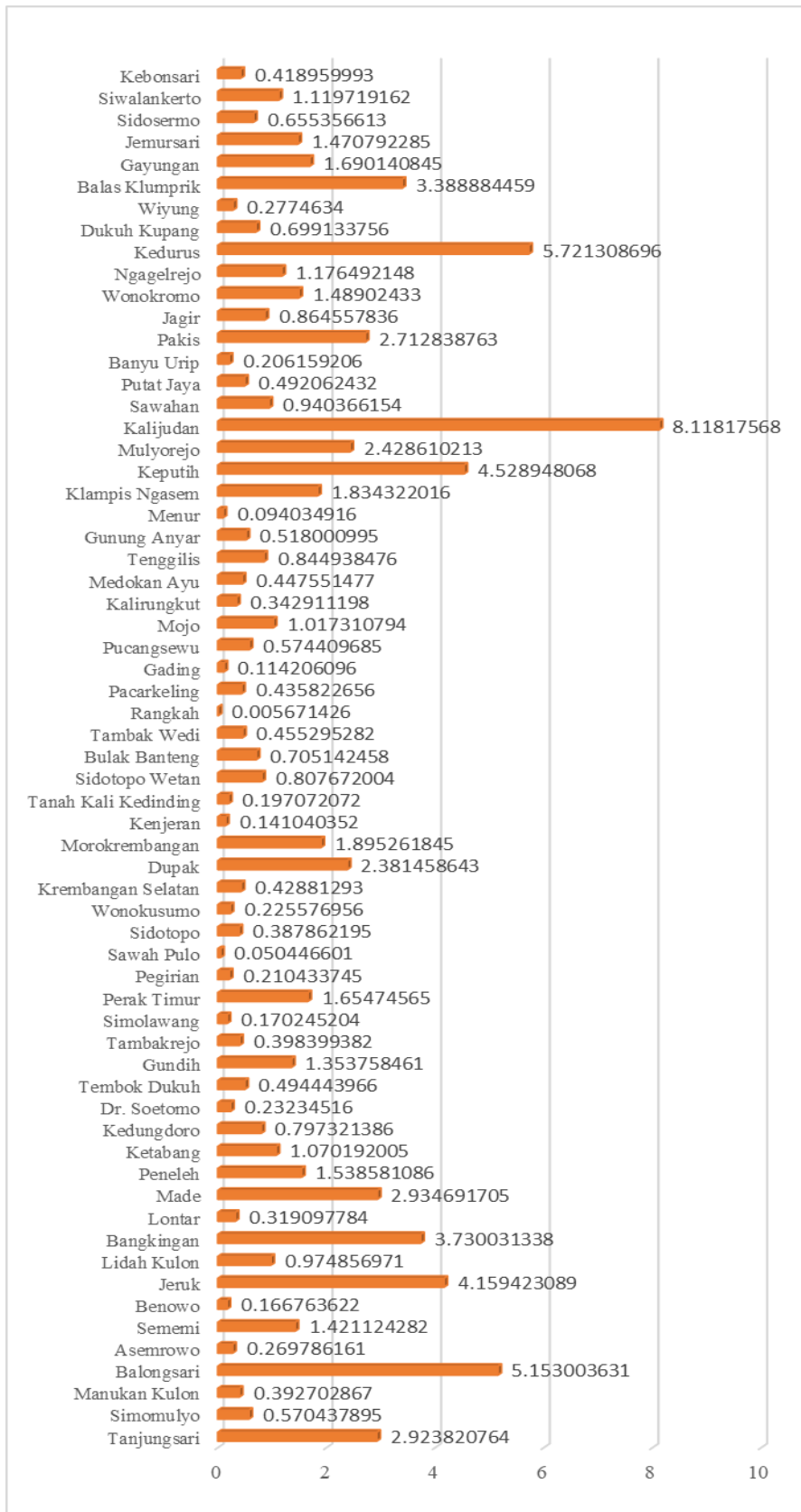


Sumber: Laporan Tahunan Seksi P2PTM & Keswa Tahun 2019

Gambar 4. 8 Distribusi Gangguan Refraksi Berdasarkan Umur Tahun 2019

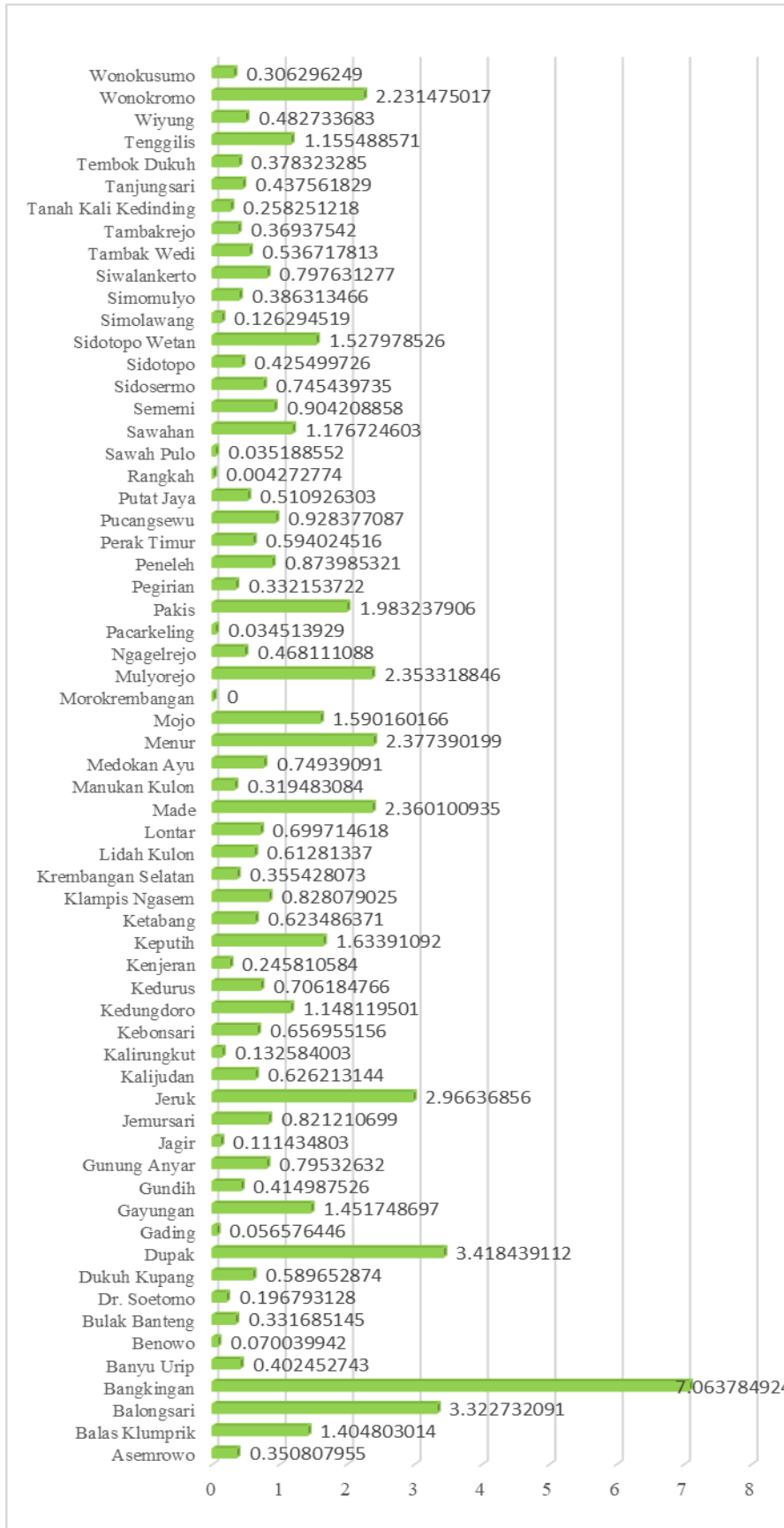
Berdasarkan data tahun 2019 diatas menunjukkan bahwa pada kelompok usia 10-14 tahun paling banyak mengalami gangguan refraksi yaitu 3800 kasus, diikuti oleh kelompok usia 20-44 tahun dengan 3564 kasus, kelompok usia 15-19 tahun dengan 3125 kasus, dan kelompok usia 45-54 tahun dengan 2527 kasus. Data tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Della Ihsanti 2014 yang menunjukkan gangguan refraksi khususnya miopi paling banyak diderita oleh kelompok usia 10-14 tahun dengan mayoritas derajat refraksi ringan dan astigmatisme paling banyak diderita oleh kelompok usia 10-14 tahun dengan mayoritas derajat refraksi sedang, sedangkan hipermetropi lebih tinggi terjadi pada anak usia 3-5 tahun dengan mayoritas derajat refraksi ringan (Ihsanti *et al.*, 2014). Menurut penelitian lain gangguan penglihatan pada kelompok usia 10-14 tahun salah satunya dapat disebabkan oleh intensitas penggunaan gadget dalam sekali pakai dan *outdoor activity* atau aktivitas diluar ruangan yang meliputi intensitas jalan kaki dan olah raga (Sofiana *and* Santik, 2016).

4.2.2.5 Distribusi Berdasarkan Wilayah Puskesmas



Sumber: Laporan Tahunan Seksi P2PTM & Keswa Tahun 2018

Gambar 4. 9 Distribusi Gangguan Refraksi Berdasarkan Wilayah Puskesmas Tahun 2018



Sumber: Laporan Tahunan Seksi P2PTM & Keswa Tahun 2019

Gambar 4. 10 Distribusi Gangguan Refraksi Berdasarkan Wilayah Puskesmas Tahun 2019

Berdasarkan data diatas dapat diketahui bahwa pada tahun 2018 Puskesmas Kalijudan berada pada urutan pertama angka prevalensi gangguan refraksi terbesar yaitu 8,1%, diurutan kedua Puskesmas Kedurus dengan prevalensi sebesar 5,7%, dan diikuti oleh Balongsari dengan prevalensi sebesar 5,1%. Di tahun 2019 Puskesmas Bangkingan berada pada urutan pertama dengan prevalensi sebesar 7%, diurutan kedua Puskesmas Dupak dengan prevalensi sebesar 3,4%, dan diikuti oleh Balongsari dengan prevalensi sebesar 3,3%.

4.3. Kegiatan Dinas Kesehatan Kota Surabaya terkait Pencegahan, Pengendalian, dan Penganggulangan Gangguan Refraksi di Kota Surabaya

4.3.1 Kegiatan Pencegahan Gangguan Refraksi

Upaya promotif penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan dilakukan melalui (Kemenkes RI, 2016):

1. Advokasi dan Sosialisasi

a. Advokasi

Advokasi ditujukan kepada para pengambil keputusan atau orang atau institusi yang berpengaruh seperti gubernur atau bupati, camat, kepala desa, ketua tim penggerak PKK, dharma wanita, LSM, dan lain-lain. Tujuannya adalah agar para pengambil keputusan atau pimpinan memberikan dukungan baik dana maupun moril guna peningkatan kegiatan.

b. Sosialisasi

Sosialisasi ditujukan untuk memberikan pemahaman kepada masyarakat sehingga memahami faktor risiko gangguan penglihatan dan kebutaan serta upaya pencegahannya. Masyarakat juga perlu ditekankan pentingnya penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan.

2. Pemberdayaan Masyarakat

Masyarakat dapat berperan dalam penanggulangan melalui pelayanan terpadu edukasi promosi pengendalian faktor risiko dan pembudayaan perilaku hidup bersih dan sehat. Kegiatan pembinaan peran serta masyarakat dilaksanakan untuk meningkatkan pengetahuan dan kepedulian masyarakat serta menjalin kemitraan dalam penanggulangan gangguan indera khususnya gangguan penglihatan dan kebutaan. Pemberdayaan kader kesehatan yang telah ada di masyarakat melalui forum UKM dapat membantu menyebarluaskan informasi tentang faktor risiko gangguan penglihatan dan kebutaan, melaksanakan deteksi dini, serta menjadi inisiator bagi masyarakat di sekitar mereka agar terjadi perubahan perilaku yang mendukung

program pengendalian gangguan penglihatan dan kebutaan. Untuk disebut pembekal bagi kader secara berjenjang dan terus menerus. Peran pelaksana atau kader yang sudah dilatih sangat penting dalam pelaksanaan kegiatan program penanggulangan gangguan indera khususnya gangguan penglihatan dan kebutaan.

3. Kemitraan dengan Lintas Program/Lintas Sektor dan Kelompok Potensial Setempat

Kemitraan dengan lintas program atau lintas sektor dan kelompok potensial setempat dalam mendukung program penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan diperlukan kemitraan atau integrasi dengan lintas program atau lintas sektor dan kelompok potensial lainnya. Petugas kesehatan tidak dapat bekerja sendiri tetapi perlu bekerjasama dengan berbagai pihak. 3 prinsip dasar kemitraan yang harus diperhatikan adalah kesetaraan, keterbukaan, dan saling menguntungkan.

Setiap tingkatan administratif diharapkan dapat membentuk jejaring kerja untuk mendapatkan komitmen pemerintah dan berbagai mitra potensial di masyarakat, Sehingga terbentuk sinergi dan keterpaduan dalam berbagai kegiatan pencegahan dan penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan yang dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan dan masyarakat.

Dalam penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan dapat menjalin kemitraan dengan berbagai pihak berikut ini:

a. Organisasi Profesi

Organisasi profesi yang terkait diharapkan ikut dalam pencegahan dan penanggulangan faktor risiko, peningkatan surveilans epidemiologi, peningkatan imunisasi, dan KIE terutama kajian yang dapat diaplikasikan untuk mendukung kegiatan-kegiatan tersebut

b. Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan Organisasi Kemasyarakatan Peduli Gangguan Penglihatan dan Kebutaan

LSM dan organisasi kemasyarakatan diharapkan berperan aktif dalam mensosialisasikan dan memberdayakan masyarakat untuk peduli dalam mensukseskan upaya-upaya pencegahan dan pengendalian gangguan penglihatan.

c. Akademisi/ Perguruan Tinggi

Akademisi/ perguruan tinggi diharapkan berperan aktif dalam upaya pencegahan dan pengendalian gangguan penglihatan melalui penelitian, seminar ilmiah untuk meningkatkan pengetahuan petugas dan juga seminar yang melibatkan masyarakat.

d. Komite Mata Nasional

Komite mata nasional bertugas untuk mendukung pemerintah dalam melakukan sosialisasi tentang penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan, memberi masukan kepada menteri kesehatan untuk percepatan dan penanggulangan gangguan penglihatan, mendukung pemerintah dalam mengkoordinasikan pelaksanaan penanggulangan gangguan penglihatan yang diselenggarakan oleh daerah, masyarakat, dan LSM, serta mendukung pemerintah dalam melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kegiatan penanggulangan gangguan penglihatan.

e. Dunia Usaha

Pemerintah dapat bekerja sama dengan dunia usaha yang memiliki bisnis di bidang kesehatan mata melalui program CSR.

4. Media Komunikasi Informasi dan Edukasi (KIE)

Peningkatan KIE bertujuan untuk mendapatkan dukungan dari para pemegang kebijakan sampai dengan masyarakat luas melalui kegiatan advokasi sosialisasi penguatan kader kesehatan yang ada di masyarakat dan mobilisasi masyarakat dalam upaya pengendalian gangguan penglihatan dan kebutaan.

Upaya preventif penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan dilakukan melalui strategi (Kemenkes RI, 2016):

1. Pengendalian Faktor Risiko

Upaya pengendalian faktor risiko gangguan penglihatan dan kebutaan meliputi:

- a. Identifikasi wilayah dan kelompok masyarakat berisiko
- b. Mengembangkan surveilans gangguan penglihatan dan kebutaan
- c. Diseminasi media komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE) melalui kader, sekolah, petugas kesehatan, dll
- d. Meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat mengenai penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan melalui forum komunikasi, kegiatan pemberdayaan masyarakat, maupun pelatihan
- e. Membudayakan perilaku hidup bersih dan sehat untuk mencegah terjadinya gangguan penglihatan dan kebutaan, seperti menerapkan perilaku membaca yang benar dan menerapkan perilaku CERDIK (Cek kesehatan secara berkala, Enyahkan asap rokok, Rajin olahraga dan aktivitas fisik, Diet sehat dan seimbang, Istirahat yang cukup, dan Kelola stress)

- f. Menggunakan alat pelindung diri (APD) saat bekerja atau melakukan aktivitas yang berisiko terhadap terjadinya trauma mata maupun gangguan penglihatan lainnya.
 - g. Mengurangi atau membatasi kontak terhadap paparan risiko lingkungan yang dapat menyebabkan gangguan penglihatan dan kebutaan, misalnya pada paparan sinar ultraviolet.
 - h. *Spesific protection* atau perlindungan khusus dilakukan pada kelompok potensial terhadap risiko.
2. Skrining atau Deteksi Dini Gangguan Penglihatan dan Kebutaan

Skrining atau deteksi dini dilakukan pada kelompok masyarakat berisiko dengan tujuan untuk mengurangi angka kesakitan dan kecacatan akibat gangguan penglihatan dan kebutaan dengan melakukan pengobatan dan/atau tindak lanjut dini terhadap khusus yang ditemukan. Jika kasus dapat ditemukan sedini mungkin di masyarakat, maka peluang untuk disembuhkan akan lebih besar sebagai dampak tingginya kesadaran masyarakat akan penyakit yang diderita.

Pelaksanaan deteksi dini dilaksanakan secara terintegrasi bersama program lainnya sebagai strategi untuk menjangkau populasi bersiko berdasarkan kelompok umur pada siklus kehidupan.

- a. Deteksi dini pada kelompok usia bayi dan balita

Deteksi ini bertujuan untuk menjaring terjadinya kasus gangguan penglihatan dan kebutaan pada bayi dan balita. Deteksi dini juga dilakukan untuk melihat secara dini adanya penyimpangan tumbuh kembang balita termasuk menindaklanjuti setiap keluhan orang tua terhadap masalah tumbuh kembang anak. Pada tahun 2019 telah dilaksanakan dengan jumlah pasien yang diperiksa sebanyak 15.988 bayi dan balita

- b. Tindak lanjut hasil deteksi dini pada kelompok usia sekolah dan remaja melalui program CERDIK di sekolah.

Deteksi gangguan penglihatan dan kebutaan pada anak usia sekolah dan remaja dilakukan melalui kegiatan penjangkauan kesehatan. Sasaran penjangkauan kesehatan adalah seluruh peserta didik baru ajaran baru kelas I, VII, dan X baik negeri ataupun swasta termasuk sekolah luar biasa. Deteksi dini secara berkala dilakukan pada anak usia 6 sampai 12 tahun yang bertujuan mencegah terjadinya kelainan refraksi sejak dini.

Deteksi dini pada anak usia sekolah dan remaja utamanya dilakukan untuk mendeteksi kelainan refraksi pada anak. Pada masa tersebut penglihatan yang optimal merupakan kunci penting untuk menyerap informasi pada proses belajar. Seringkali

anak tidak menyadari gangguan penglihatan yang dialami, sehingga dengan melakukan deteksi dini di sekolah akan mendekatkan anak pada layanan kesehatan. Semakin awal diketahui akan semakin cepat dilakukan penanganan dini, yaitu dengan penggunaan kacamata koreksi pada anak.

Tindak lanjut yang dilaksanakan melalui upaya cerdas di sekolah, siswa diberikan KIE dan konseling tentang pentingnya berperilaku sehat mengikuti standar cara membaca dan menonton dengan benar melihat aspek aspek ergonomi pencahayaan dan jarak.

c. Deteksi dini pada kelompok usia produktif

Kelompok merupakan kelompok usia terbanyak di masyarakat, yang merupakan sasaran strategis untuk dilakukan deteksi dini. Kelompok usia produktif merupakan kelompok yang rentan dan berisiko terhadap kondisi terjadinya gangguan penglihatan dan kebutaan. Deteksi dini pada usia produktif di masyarakat dapat dilakukan melalui kegiatan posbindu. Pemeriksaan yang dilakukan adalah pemeriksaan tajam penglihatan menggunakan alat berupa kit oftalmologi komunitas yang termasuk dalam posbindu kit.

d. Deteksi dini pada calon pengantin

e. Deteksi dini pada ibu hamil

f. Deteksi dini pada kelompok usia lanjut

Gangguan penglihatan dan kebutaan disebabkan oleh faktor degeneratif atau penuaan, sehingga kelompok usia lanjut merupakan kelompok usia yang paling berisiko terhadap terjadinya gangguan penglihatan dan kebutaan. Para ahli menyebutkan faktor risiko katarak dan glaukoma adalah usia lebih dari 50 tahun, sehingga perlu intervensi khusus untuk mencegah terjadinya gangguan penglihatan dan kebutaan.

4.3.2 Kegiatan Pengendalian dan Penanganan Gangguan Refraksi

Upaya pemerintah dalam memberikan layanan kesehatan yang optimal dan paripurna dalam rangka penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan antara lain:

1. Penyediaan kacamata korektif, lensa korektif, lensa kontak, dan cairan pembersih lensa kontak yang dijual di optikal harus memiliki izin edar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Peningkat kualitas pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagai penerima rujukan deteksi dini dan kasus dari masyarakat, serta merupakan ujung

tombak kegiatan promotif dan preventif yang mengacu pada keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia.

3. Penjaminan kesehatan bagi masyarakat melalui sistem jaminan kesehatan nasional

4.4 Identifikasi Masalah, Prioritas Masalah, Penyebab Masalah dan Alternatif Solusi Masalah Gangguan Refraksi di Dinas Kesehatan Kota Surabaya

4.5.1 Identifikasi Masalah

Berdasarkan hasil wawancara pada pemegang program Indra Dinas Kesehatan Kota Surabaya diperoleh list masalah sebagai berikut :

1. Capaian pemeriksaan gangguan refraksi belum 100% pada penduduk di Kota Surabaya.
2. Kurangnya koordinasi petugas di lapangan sehingga skrining yang sudah dilakukan tidak tercatat.
3. Syarat yang dibutuhkan untuk melakukan skrining tajam penglihatan salah satunya adalah panjang ruang 6 meter untuk bisa sesuai dengan pemeriksaan mata menggunakan kartu Snellen. Namun, saat ini masih terjadi keterbatasan ruang yang panjangnya kurang dari 6 meter.
4. *Trial lens* digunakan untuk mengetahui tingkat abnormalitas mata sehingga lebih memudahkan dalam menentukan jenis kacamata yang dibutuhkan penderita. Namun, saat ini tidak semua puskesmas memiliki *trial lens*.

4.5.2 Prioritas Masalah

Prioritas masalah diperoleh dari hasil diskusi yang dilakukan bersama 7 (tujuh) petugas Dinas Kesehatan Kota Surabaya di Seksi P2PTM dan Keswa. Penentuan prioritas masalah dilakukan dengan menggunakan metode USG. Skor yang diberikan adalah 15 dengan ketentuan sebagai berikut :

Tabel 4. 2 Skoring Metode USG

<i>Urgency</i>	<i>Seriousness</i>	<i>Growth</i>
1 : sangat tidak mendesak	1 : sangat tidak berdampak serius	1 : sangat tidak berkembang
2 : tidak mendesak	2 : tidak berdampak serius	2 : tidak berkembang
3 : cukup mendesak	3 : cukup berdampak serius	3 : cukup berkembang
4 : sangat mendesak	4 : sangat berdampak serius	4 : sangat berkembang
5 : sangat mendesak (mutlak)	5 : sangat berdampak serius (mutlak)	5 : sangat berkembang (mutlak)

Prioritas utama merupakan masalah yang mendapatkan skor tertinggi dari hasil penjumlahan 3 kriteria. Berikut ini hasil skoring dari 4 (lima) masalah dalam program pencegahan dan pengendalian gangguan refraksi:

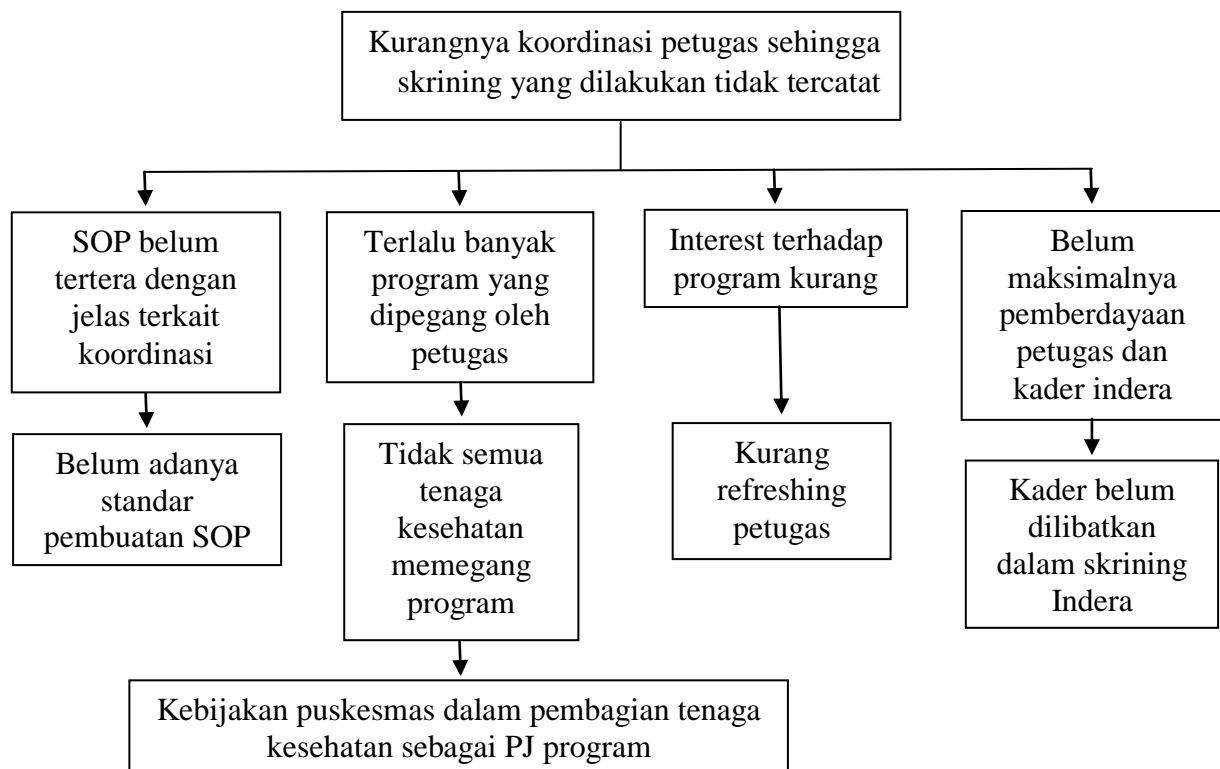
Tabel 4. 3 Skoring Prioritas Masalah

No.	Daftar Masalah	U	S	G	Skor Total
1.	Capaian pemeriksaan gangguan refraksi belum 100% pada penduduk usia 15-59 tahun di Kota Surabaya	24	23	25	72
2.	Kurangnya koordinasi petugas sehingga skrining yang dilakukan tidak tercatat	27	28	28	83
3.	Keterbatasan ruang skrining untuk melakukan tes	23	21	22	66
4.	Tidak semua puskesmas memiliki alat Trial Lens	27	25	24	76

Berdasarkan hasil USG maka diperoleh prioritas masalah dari program pencegahan dan pengendalian gangguan refraksi di Kota Surabaya tahun 2019 adalah masalah nomor 2 yaitu kurangnya koordinasi petugas sehingga skrining yang dilakukan tidak tercapai.

4.5.3 Analisis Penyebab Masalah

Analisis penyebab masalah dilakukan dengan menggunakan metode diagram pohon masalah (*Problem Tree Diagram*). Berikut merupakan hasil analisa penyebab masalah berdasarkan prioritas masalah pada program pencegahan dan pengendalian gangguan penglihatan di Kota Surabaya Tahun 2019 adalah sebagai berikut:



Gambar 4. 11 *Problem Tree Diagram*

4.5.4 Alternatif Solusi Pemecahan Masalah

Alternatif solusi pemecahan masalah berdasarkan analisis penyebab masalah kurangnya koordinasi petugas sehingga skrining yang dilakukan tidak tercapai adalah sebagai berikut:

1. Membuat standar atau SOP tingkat puskesmas mengenai alur pelayanan skrining Indera lintas program di puskesmas.
2. Pemberdayaan petugas dan kader Indera untuk dapat membantu jalannya skrining Indera di masyarakat.
3. Pemberdayaan petugas dan kader UKS untuk dapat membantu jalannya skrining Indera di sekolah
4. Mendorong adanya pelatihan atau refreshing petugas Indera tingkat kota minimal 1 tahun sekali.
5. Kepala puskesmas memberikan perintah kepada bawahan untuk mengkoordinasikan setiap skrining yang dilakukan sehingga skrining tersebut dapat tercatat.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

1. Pada tahun 2019 terjadi penurunan prevalensi gangguan penglihatan dibandingkan tahun sebelumnya. Jumlah kasus gangguan penglihatan terbanyak berdasarkan jenisnya yaitu gangguan refraksi kemudian diikuti oleh katarak.
2. Pada tahun 2019 terjadi penurunan gangguan refraksi. Jumlah kasus gangguan refraksi terbanyak berdasarkan jenisnya yaitu miopi kemudian diikuti oleh presbiopi dan hipermetropi.
3. Selama 3 tahun terakhir gangguan refraksi di Kota Surabaya lebih banyak dialami oleh perempuan dibandingkan laki-laki.
4. Pada tahun 2019 gangguan refraksi di Kota Surabaya lebih banyak diderita oleh kelompok umur 10-14 tahun.
5. Kegiatan pencegahan yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya salah satunya berupa deteksi dini pada kelompok usia bayi dan balita, usia sekolah, usia produktif, calon pengantin, ibu hamil, dan usia lanjut.
4. Kegiatan pengendalian dan penanganan gangguan refraksi diantaranya adalah penyediaan kacamata korektif, lensa korektif, dan lensa kontak serta peningkatan kualitas pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama sebagai penerima rujukan deteksi dini dan kasus dari masyarakat.

5.2. Saran

1. Membuat standar atau SOP tingkat puskesmas mengenai alur pelayanan skrining Indera lintas program di puskesmas.
2. Pemberdayaan kader Indera untuk dapat membantu jalannya skrining Indera di masyarakat.
3. Pemberdayaan kader UKS untuk dapat membantu jalannya skrining Indera di sekolah
4. Mendorong adanya pelatihan atau refreshing petugas Indera tingkat kota minimal 1 tahun sekali.
5. Kepala puskesmas memberikan perintah kepada bawahan untuk mengkoordinasikan setiap skrining yang dilakukan sehingga skrining tersebut dapat tercatat

DAFTAR PUSTAKA

- Badan Perencanaan Pembangunan Kota Surabaya., 2019. Jumlah Penduduk Kota Surabaya
- Buse., Kent., *et al.*, 2005. Making Health Policy Understanding Public Health
- Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Struktur Organisasi. Tersedia di: <
<http://dinkes.surabaya.go.id/portal/profil/struktur-organisasi/>> [14 Januari 2019]
- Dirani, M., L, Tong., G, Gazzard., X, Zhang., A, Chia., T, L. Young., *et al.*, 2009. Outdoor Activity and Myopia in Singapore Teenage Children. *British Journal of Ophthalmology*. 93(8):997–1000.
- Fredrick., (2012). *British Medical Journal*. Inggris: PMC.
- French, A. N., Ashaby, R. S., Morgan, I. G., *and* Rose, K. A., 2013. Time Outdoors and The Prevention of Myopia. *Experimental Eye Research*. 114:58–68.
- Gra, J. L., 1990. *A Commodity Systems Assesment Methodology For Problem And Project Identification*. USA: Bib. Orton IICA / CATIE
- Handayani, A., Supradnya, A., *and* I, G. N., 2012. Pemayun - Dewayani. Characteristic of Patients With Refractive Disorder at Eye Clinic of Sanglah General Hospital Denpasar, Bali-Indonesia. *Bali Med J*. 1(3):101–7.
- Hashemi, H., *et al.*, 2017. Global and Regional Estimates of Prevalence of Refractive Errors: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Current Ophthalmology*. xx:1-20.
- Huang, H. M., Dolly S. T. C., *and* Pei, C. W., 2015. The Association Between Near Work Activities and Myopia in Children - A Systematic Review and Meta-Analysis. *Plos One*. 10(10):1–15.
- IAPB Vision Atlas. Tersedia di: <<https://atlas.iapb.org>>
- Ihsanti, D., Tanuwidjaja, S., *and* Respati, T., 2014. Hubungan Usia dan Jenis Kelamin dengan Derajat Kelainan Refraksi pada Anak di RS Mata Cicendo Bandung. *Prosiding Pendidikan Dokter*.
- Kemendes RI., 2016. *Pedoman Teknis Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Kepner, C. H., *and* Tregoe, B. B., 1981. *The New Rational Manager*. Princeton: Princeton Res Press.
- Kistianti, F., 2008. Faktor Risiko Yang Berhubungan Dengan Terjadinya Cacat Mata Miopia Pada Mahasiswa. *Jurnal UGM*. 3:78-84.

- Komariah, C., and Nanda, W. A., 2014. Hubungan Status Refraksi Dengan Kebiasaan Membaca, Aktivitas di Depan Komputer, dan Status Refraksi Orang Tua Pada Anak Usia Sekolah Dasar. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*. 28(2):137–140.
- McCredie, J., 2008. Outdoor Time Could Cut Risk of Childhood Myopia. *Australian Doctor*.
- Moore, K. L., Anne, M. R., and Agur., 2013. *Anatomi Klinis Dasar*. Jakarta: Hipokrates.
- Moore, K. L., Arthur, F. D., Anne, M. R. A., and Marion, E. M., 2013. *Anatomi berorientasi klinis Edisi ke-5*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Muhamedagic, L., Muhamedagic, B., Halilovic, E. A., Halimic, J. A., Stankovic, A., and Muracevic, B., 2014. Relation Between Near Work and Myopia Progression in Student Population. *Materia Socio-Medica*. 26(2): 100–3
- Muntafiah, A., Afifah., Sari, O. P., Harini, I. M., and Santoso, Q., 2018. Promosi Kesehatan Untuk Mencegah Miopi dan Komplikasinya Pada Murid SDN 2 Berkoh Purwokerto. *Jurnal Pengabdian Untuk Masyarakat*. 3(1):21-26.
- Mutti, D. O., 2013. Time Outdoors and Myopia : A Case For Vitamin D. *Optometry*.
- National Eye Institutes., 2019., *At a Glance Refractive Errors*. Tersedia di: < <https://www.nei.nih.gov/learn-about-eye-health/eye-conditions-and-diseases/refractive-errors>> [29 Januari 2020]
- Nintyastuti, I. K., et al., 2016. Prevalensi Gangguan Refraksi pada Mahasiswa Baru Universitas Mataram Angkatan 2014. *Jurnal Kedokteran 2016*, 5(4): 1-3.
- Paulsen, F., and Waschke, J., 2012. *Sobotta : Atlas Anatomi Manusia*. Edisi ke-23. Jakarta: EGC
- Perdami., 2020. *Vision 2020 di Indonesia*. Tersedia di: < <https://perdami.id/vision-2020-indonesia/>> [19 Januari 2020]
- Pusat Data dan Informasi Kemenkes RI., 2018. Situasi Gangguan Penglihatan.
- Putri, R. N., 2019. Perbandingan Sistem Kesehatan di Negara Berkembang dan Negara Maju. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi*. 19(1): 139-146.
- Ramamurthy, D., Lin, C., S, Y., and Saw, S.-M., 2015. A Review of Environmental Risk Factors For Myopia During Early Life, Childhood and Adolescence. *Clinical and Experimental Optometry*. 98(6): 497–506
- Riordan, E. P., and John, P. W., 2009. *Oftalmologi Umum Vaughan & Asbury*. Edisi ke-17. Jakarta: EGC.
- Sherwood, L., 2011. *Fisiologi Manusia Dari Sel Ke Sistem*. Edisi ke-6. Jakarta: EGC.
- Tiharyo, I., Gunawan, W., and Suhardjo., 2008. Pertambahan Miopia pada Anak Sekolah Dasar Daerah Perkotaan dan Pedesaan di Daerah Istimewa Yogyakarta. *J Oftalmol Indones*. 6(2):8.

- Trisnantoro, L., 2014. Trend Pembiayaan Kesehatan di Berbagai Negara. *Modul Magister Manajemen RS UGM*. Yogyakarta
- Wardany, Y., Arfiza, N. H., and Arfianti., 2018. Pengaruh Kelainan Refraksi terhadap Prestasi Belajar Murid Sekolah Dasar X Pekanbaru. *Jurnal Kesehatan Melayu*, 1(2).
- WHO., 2017. *World Sight Day 2017*. Tersedia di: < <https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/10/12/default-calendar/world-sight-day-2017>> [19 Januari 2020]
- Williams, C., L. L. Miller., G. Gazzard., S. M. Saw., 2008. A Comparison of Measures of Reading and Intelligence as Risk Factors For The Development of Myopia in a UK Cohort of Children. *British Journal of Ophthalmology*. 92(8):1117–1121.
- Yu, L., Zhi-Kui, Li., Jin-Rong, Gao., Jian-Rong, Liu., and Chang-Tai, Xu., 2011. Epidemiology, Genetics and Treatments For Myopia. *International Journal of Ophthalmology*. 4(6):658–69.

Lampiran 1

Panduan *Indepth Interview*

Tanggal :

Narasumber :

Tujuan	Pertanyaan
A. Identifikasi Masalah	
P1) Apa masalah kesehatan yang terjadi?	1. Bagaimana permasalahan gangguan penglihatan di Kota Surabaya tahun 2019? 2. Progam gangguan penglihatan yang sedang digencarkan pada tahun 2019? 3. Bagaimana permasalahan gangguan refraksi di Kota Surabaya tahun 2019?
B. Besaran dan Distribusi Masalah	
P2) Berapa banyak masalah terjadi?	1. Berapa kasus gangguan refraksi yang telah terjadi selama tahun 2019?
P3) Kapan masalah terjadi?	1. Bagaimana trend dari gangguan refraksi selama tiga tahun terakhir?
	2. Apakah gangguan refraksi sering terjadi di Surabaya?
P4) Dimana permasalahan terjadi?	1. Distribusi gangguan refraksi berdasarkan puskesmas pada tahun 2019 bagaimana?
	2. Puskesmas dengan kasus gangguan refraksi paling banyak pada tahun 2019 ?
P5) Pada siapa permasalahan sering terjadi?	1. Pada usia berapa gangguan refraksi sering terjadi pada tahun 2019 ini?
	2. Bagaimana distribusi gangguan refraksi gigi menurut usia pada tahun 2019 ini?
C. Analisis Masalah	
P6) Mengapa masalah itu muncul?	1. Apa saja faktor yang melatarbelakangi terjadinya gangguan refraksi?
P7) Tindakan apa yang dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut?	2. Upaya apa yang telah dilakukan untuk mencegah dan mengendalikan terjadinya gangguan refraksi di Kota Surabaya tahun 2019?
	3. Indikator apa saja yang digunakan untuk memantau pelaksanaan kegiatan?
P8) Hasil apa yang diperoleh?	1. Apa saja kendala yang dialami dalam menjalankan progam yang telah ada?
	2. Bagaimana capaian pemeriksaan gangguan refraksi ?
P9) Apa yang harus dilakukan ?	1. Solusi terhadap masalah yang sedang terjadi guna mendapat perbaikan

Lampiran 2

Hasil USG

Keterangan:

No	Keterangan Masalah
1.	Capaian pemeriksaan gangguan refraksi belum 100% pada penduduk usia 15-59 tahun di Kota Surabaya
2.	Kurangnya koordinasi petugas sehingga skrining yang dilakukan tidak tercatat
3.	Keterbatasan ruang skrining untuk melakukan tes
4.	Tidak semua puskesmas memiliki alat <i>Trial Lens</i>

Masalah	Kriteria	Petugas							Jumlah	Jumlah Akhir	Prioritas
		1	2	3	4	5	6	7			
1	U	3	4	4	3	3	3	4	24	72	4
	S	3	3	5	3	3	3	3	23		
	G	4	3	4	3	4	3	4	25		
2	U	4	4	5	3	4	4	3	27	83	1
	S	3	4	5	3	4	4	5	28		
	G	4	3	5	4	4	4	4	28		
3	U	4	3	4	2	3	3	4	23	66	5
	S	4	2	4	2	3	3	3	21		
	G	3	2	4	3	4	3	3	22		
4	U	4	3	5	3	5	3	4	27	76	3
	S	3	2	5	3	5	3	4	25		
	G	3	3	4	3	4	3	4	24		

Lampiran 3

Lembar Catatan Kegiatan Magang

Nama : Dewi Puji Ayuningrum

NIM : 101611133171

Instansi: Dinas Kesehatan Kota Surabaya (Seksi P2PTM dan Keswa)

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
06 Januari 2020	- Pengenalan Seksi P2PTM dan Keswa	
07 Januari 2020	- Pengenalan Seksi P2PTM dan Keswa - Rekap data NAPZA	
08 Januari 2020	- Rekap data NAPZA	
09 Januari 2020	- Rekap data NAPZA	
10 Januari 2020	-	
Minggu ke-2		
13 Januari 2020	- Format Rekap Thalasemia	
14 Januari 2020	- Validasi Rekap Data Pasien dan Kader Paliatif 2019	
15 Januari 2020	- Validasi Rekap Data Pasien dan Kader Paliatif 2019	
16 Januari 2020	- Validasi Rekap Data Pasien dan Kader Paliatif 2019	
17 Januari 2020	- Input Rekap Data Thalasemia 2019 - Input Rekap Data Indera (Mata) 2019 - Validasi Data NAPZA 2019	
Minggu ke-3		
20 Januari 2020	- Input Rekap Data Indera (Mata dan Telinga) 2019	
21 Januari 2020	- Rekap Kohort Kesehatan Jiwa 2019	
22 Januari 2020	- Rekap Laporan Kegiatan NAPZA Januari 2020	
23 Januari 2020	- Validasi RPK dan KPK Puskesmas Kota Surabaya	
24 Januari 2020	- Rekap Data Posbindu Usia Produktif Puskesmas Kota Surabaya 2019	
Minggu ke-4		
27 Januari 2020	- Mengumpulkan Data Sekunder Magang	
28 Januari 2020	- Validasi RPK dan KPK Puskesmas Kota Surabaya	
29 Januari 2020	- Rekap Laporan Data Kegiatan NAPZA Januari 2020	
30 Januari 2020	- Supervisi Dosen Pembimbing FKM	
31 Januari 2020	- USG Daftar Masalah	
Minggu ke-5		
3 Februari 2020	- Rekap UKP Program Gigi Mulut Juli – Desember 2019	
4 Februari 2020	- Mengerjakan laporan magang	
5 Februari 2020	- Rekap UKM Program Gigi dan Mulut Januari-April	
6 Februari 2020	- Kegiatan deteksi dini gangguan belajar pada anak di SDN Bangkingan II - Kegiatan supervisi di Puskesmas Bangkingan	

	- Mengunjungi pasien kanker	
7 Februari 2020	- <i>Indepth interview</i> terkait dengan penyebab masalah	

Lampiran 4

Lembar Absensi

**ABSENSI MAGANG
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Peminatan : Epidemiologi

Divisi : PTM

Tanggal	Nama Mahasiswa					
	Dewi Puji Ayuningrum		Lia Dwi Lestari		Adilah Anindito D.P	
	Datang (07.30)	Pulang (16.00)	Datang (07.30)	Pulang (16.00)	Datang (07.30)	Pulang (16.00)
06-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
07-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
08-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
09-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
10-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
13-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
14-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
15-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
16-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
17-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
20-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
21-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
22-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
23-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
24-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
27-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
28-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
29-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
30-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
31-01-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
03-02-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
04-02-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
05-02-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
06-02-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati
07-02-2020	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati	Dati

Lampiran 5

Surat Ijin Magang



**PEMERINTAH KOTA SURABAYA
DINAS KESEHATAN**

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60243
Telp. (031) 8439473, 8439372, 8473729 Fax. (031) 8483393

Surabaya, 16 Januari 2020

Nomor : 074 / 9992 / 436.7.2 / 2020
Sifat : Biasa
Lampiran :
Hal : Magang

Kepada
Yth. Kepala Bidang Pencegahan
dan Pengendalian Penyakit
di -

SURABAYA

Memperhatikan Surat dari Kepala Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat nomor 070/14442/436.8.5/2019 tanggal 4 Desember 2019 perihal pada pokok surat tersebut diatas, kami informasikan bahwa Tempat Saudara dipergunakan sebagai tempat Magang bagi Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Peminatan Epidemiologi, sesuai jadwal sebagai berikut :

Tanggal Pelaksanaan : 6 Januari s/d 7 Februari 2020
Jumlah Mahasiswa : 7 Orang

Sehubungan hal tersebut diatas, diharap Saudara memberikan pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.

Demikian atas perhatiannya, disampaikan terima kasih

a.n. KEPALA DINAS
Sekretaris,



Nanik Sukristina, S.KM. M.Kes
Pembina Tk. I
NIP. 197001171994032008

Tembusan :

Yth. Dekan Fakultas Kesehatan
Masyarakat UNAIR Surabaya

Lampiran 6

Dokumentasi Magang



Supervisi magang oleh dosen pembimbing



Rekap Laporan Kegiatan NAPZA



Melakukan Validasi Program Paliatif



Melakukan Rekap Gangguan Penglihatan dan Pendengaran



Kegiatan Validasi Program Seksi P2PTM dan Keswa



Deteksi Dini Gangguan Belajar pada Anak

Lampiran 7

POSTER

