

**LAPORAN MBKM By Design FKM UNAIR
UNICEF WILAYAH KOTA SURABAYA**

**GAMBARAN PELAKSANAAN SKRINING
TUBERKULOSIS DALAM UPAYA PENCEGAHAN
DAN PENGENDALIAN TUBERKULOSIS DI
PUSKESMAS KEBONSARI**



**SAFA ROSYADAH HAKIM
NIM. 102011133132**

**Departemen Epidemiologi, Biostatistika, Kependudukan, dan
Promosi Kesehatan
Divisi Epidemiologi**

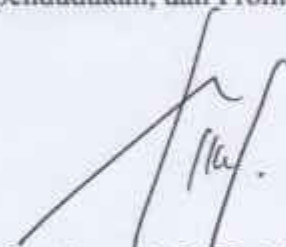
**UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA
PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT
SURABAYA
2023**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG MBKM
DI UNICEF (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND)
KOTA SURABAYA**

Disusun Oleh :
SAFA ROSYADAH HAKIM
102011133132

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh :

Dosen Pembimbing Magang MBKM
Departemen Epidemiologi, Biostatistika,
Kependudukan, dan Promosi Kesehatan




Eny Qurniyawati, S.ST., M. Kes., M. Epid
NIP. 198808222019032013

Pembimbing Lapangan Magang MBKM
UNICEF (United Nations Children's Fund)



Muhammad Afrianto Kurniawan, S. T., M.Sc

Koordinator Program Studi Kesehatan Masyarakat
Program Pendidikan Sarjana



Dr. Muji Sulistyowati, S.KM., M.Kes.
NIP. 197311151999032002

Ketua Departemen Epidemiologi, Biostatistika,
Kependudukan, dan Promosi Kesehatan



Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M. Kes.
NIP. 196902101994032002

KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga dapat terselesaikannya Laporan MBKM by Design FKM UNAIR di United Nations Children's Fund (UNICEF) Surabaya yang bermitra dengan Puskesmas Kebonsari dengan judul "Gambaran Pelaksanaan Skrining Tuberkulosis di Puskesmas Kebonsari". Dalam Penyusunan dan penulisan laporan magang ini tidak terlepas dari bantuan dan bimbingan, dan dukungan dari berbagai pihak. Selain itu, dengan senang hati saya menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Dr. Santi Martini dr., M.Kes., selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
2. Dr. Muji Sulistyowati, S.KM., M.Kes., selaku koordinator Program Studi Fakultas Kesehatan Masyarakat
3. Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M. Kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi, Biostatistika, Kependudukan, dan Promosi Kesehatan di Fakultas Kesehatan Masyarakat.
4. Eny Qurniyawati, S.ST., M. Kes., M. Epid selaku dosen pembimbing MBKM by Design FKM UNAIR
5. Md. Afrianto Kumiawan selaku pembimbing lapangan MBKM by Design FKM UNAIR di United Nations Children's Fund (UNICEF) Surabaya
6. Pihak Puskesmas Kebonsari yang telah membimbing dan membantu selama pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR.
7. Pihak MI Hasanuddin, MI Darussalam, MI El-Rahmah, dan MI Negeri 2 Surabaya yang bersedia dan membantu dalam pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR.
8. Teman-teman sekelompok magang yang bekerja sama dan mendukung secara lahir batin selama pelaksanaan magang
9. Keluarga yang selalu mendoakan dan memberikan motivasi setiap saat

Semoga Tuhan Yang Maha Esa memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga laporan MBKM by Design FKM UNAIR ini berguna dan bermanfaat baik diri sendiri maupun pihak lain.

Surabaya, Januari 2024

Safa Rosyadah Hakim

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	2
1.2.1 Tujuan Umum	2
1.2.2 Tujuan Khusus	2
1.3 Manfaat	3
1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa	3
1.3.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi	3
1.3.3 Manfaat Bagi Instansi	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
2.1 Tuberkulosis	5
2.1.1 Definisi Tuberkulosis	5
2.1.2 Patogenesis Tuberkulosis	5
2.1.3 Faktor Risiko Tuberkulosis	7
2.1.4 Gejala Klinis TB	7
2.1.5 Diagnosis Tuberkulosis	8
2.2 Skrining TB	9
2.2.1 <i>Active Case Finding</i> (ACF)	10
2.2.2 Skrining TB pada Orang Dewasa	11
2.2.3 Skrining TB pada Anak-anak	12
2.3 Metode Penentuan Prioritas Masalah (USG)	15
2.4 Metode Penentuan Akar Masalah	16
2.4.1 Langkah-langkah Pembuatan Model Pohon Masalah	17
2.4.2 Kelebihan dan Kekurangan Pohon Masalah	20
BAB III METODE PELAKSANAAN	23
3.1 Lokasi MBKM by Design FKM UNAIR	23
3.2 Waktu Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR	23

3.3	Metode Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR	24
3.4	Teknik Pengumpulan Data	25
3.5	Teknik Analisis Data	25
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		25
4.1	Gambaran Umum Instansi	26
4.1.1	Gambaran Umum UNICEF	26
4.1.2	Gambaran Umum Puskesmas Kebonsari	27
4.2	Pembelajaran Pencapaian <i>Learning Outcome</i> Mata Kuliah	32
4.3	Gambaran Pelaksanaan Skrining TB di Puskesmas Kebonsari	39
4.4	Identifikasi dan Analisis Prioritas Masalah	43
4.5	Analisis Akar Penyebab Masalah (<i>Problem Tree</i>)	49
4.6	Alternatif Solusi	51
4.7	Kendala Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR	52
BAB V PENUTUP		54
5.1	Kesimpulan	54
5.2	Saran	55
DAFTAR PUSTAKA		56
LAMPIRAN		57

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
Tabel 2. 1	Skoring TB Anak.....	13
Tabel 3. 1	Jadwal Kegiatan MBKM by Design FKM UNAIR di UNICEF (Puskesmas Kebonsari)	23
Tabel 4. 1	Hasil Evaluasi Program Imunisasi BIAS DT/Td di Puskesmas Kebonsari Berdasarkan Instrumen SS.....	38
Tabel 4. 2	Hasil Skrining TB	38
Tabel 4. 3	Perbandingan Masalah USG.....	48
Tabel 4. 4	Hasil Skor USG	48
Tabel 4. 5	Alternatif Solusi.....	51

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul	Halaman
Gambar 2. 1	Alur Diagnosis Teduga TB	12
Gambar 2. 2	Alur Diagnosis TB pada Anak	15
Gambar 2. 3	Pohon Masalah Model 1	17
Gambar 2. 4	Pohon Masalah Model 2	18
Gambar 2. 5	Contoh Pohon Masalah	18
Gambar 2. 6	Contoh Pohon Masalah	19
Gambar 2. 7	Contoh Pohon Masalah	19
Gambar 2. 8	Contoh Pohon Masalah	20
Gambar 4. 1	Peta Wilayah Puskesmas Kebonsari	28
Gambar 4. 2	Struktur Organisasi Puskesmas Kebonsari	32
Gambar 4. 3	Peta Hubungan Sebaran Suspek TB Anak berdasarkan Kasus TB di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Tahun 2023	33
Gambar 4. 4	Peta Sebaran Kasus TB berdasarkan Kepadatan Penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Tahun 2023	34
Gambar 4. 5	Peta Hubungan Kematian Ibu dengan Persalinan di Fasyankes di Indonesia Tahun 2019-2021	34
Gambar 4. 6	Formulir Skrining TB Anak Bagian Pertama	36
Gambar 4. 7	Formulir Skrining TB Anak Bagian Kedua	36
Gambar 4. 8	Formulir Skrining TB Anak Bagian Ketiga	36
Gambar 4. 9	Formulir Skrining TB Anak Bagian Keempat	36
Gambar 4. 10	Bagan Capaian Skrining Terduga TB di Puskesmas Kebonsari Januari- November 2023	42
Gambar 4. 11	Bagan Capaian Terduga TB di Puskesmas Kebonsari Januari- November 2023	42
Gambar 4. 12	Bagan Capaian Kasus TB yang Ditemukan dan Diobati di Puskesmas Kebonsari Januari-November 2023	43
Gambar 4. 13	Analisis Akar Penyebab Masalah dengan <i>Problem Tree Analysis</i>	50

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul	Halaman
Lampiran I.	Logbook MBKM <i>by Design</i> FKM Unair.....	57
Lampiran II.	Sertifikat MBKM dari UNICEF	63
Lampiran III.	Sertifikat MBKM <i>by Design</i> FKM UNAIR.....	64
Lampiran IV.	Dokumentasi Kegiatan MBKM <i>by Design</i> FKM UNAIR.....	65
Lampiran V.	Surat Pengantar MBKM <i>by Design</i> FKM UNAIR di UNICEF	68

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tuberkulosis (TBC) merupakan salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi kuman *Mycobacterium tuberculosis*. Sampai saat ini, TBC menjadi masalah kesehatan di dunia termasuk Indonesia dan menimbulkan masalah yang sangat kompleks pada berbagai sektor (Dinkes Jatim, 2022). Tuberkulosis (TBC) menjadi salah satu dari 10 penyebab kematian tertinggi di dunia, sebanyak 10,6 juta orang di dunia sakit TBC dan 1,4 juta orang meninggal akibat TBC. Berdasarkan Global TB Report pada tahun 2021, beban TBC di dunia diestimasi sebesar 10.556.328. Kasus TBC paling banyak ditemukan di Asia Tenggara (45,6%), Afrika (23,3%), dan Pasifik Barat Daya (17,8%), dengan kasus terkecil di Eastern Mediterranean (8,1%). Pada tahun 2021, insiden TBC di Indonesia diestimasi sebesar 969.000 atau 354 per 100.000 penduduk (Kemenkes RI, 2023). Pada tahun 2022, Indonesia menduduki urutan kedua sebagai salah satu dari 5 negara yang paling banyak berkontribusi dalam kasus TBC global yaitu sebesar 11% dari seluruh total kasus setelah India yang menyumbang 18% kasus (WHO, 2023).

Pada tahun 2022, di Jawa Timur ditemukan kasus TB sebanyak 78.799 kasus (73,3%) dan Kota Surabaya menjadi kabupaten/kota yang menyumbang kasus TBC terbesar di Jawa Timur yaitu 10.382 kasus (Dinkes Jatim, 2022). Di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari capaian kasus TB yang ditemukan dan diobati pada tahun 2021 dan 2022 berturut-turut sebanyak 52 dan 71 kasus. Dalam rentang Januari-November 2023 terdapat 77 kasus yang ditemukan dan diobati di Puskesmas Kebonsari. Adapun sebaran kasus yang ditemukan dan diobati dari masing-masing kelurahan yaitu 15 kasus di kelurahan Kebonsari, 21 kasus di kelurahan Pagesangan, 20 kasus di kelurahan Jambangan, dan 21 kasus di kelurahan Karah.

Negara Indonesia sendiri telah berkomitmen untuk menurunkan insiden kasus TBC menjadi 65 per 100.000 penduduk pada tahun 2030. Terdapat lima intervensi kunci untuk menuju eliminasi tuberkulosis tahun 2030, salah satunya yaitu dengan skrining pada kelompok-kelompok dengan risiko tinggi tuberkulosis dan memperluas jangkauan layanan pada orang-orang dengan tuberkulosis di masyarakat yang selama ini tidak terdeteksi. Berdasarkan hasil survei prevalensi TBC pada tahun 2013-2014 menunjukkan bahwa 42,5% kasus TBC tidak memiliki gejala batuk ≥ 14 hari atau batuk darah, namun memiliki hasil ronsen paru abnormal. Kemudian dari hasil penelitian *Patient Pathways Analysis* pada tahun 2017 menunjukkan bahwa hanya 24% dari orang dengan gejala tuberkulosis mengunjungi fasilitas pelayanan kesehatan. Maka dari itu, skrining TB khususnya pada populasi berisiko penting untuk dilakukan (Kemenkes RI, 2020)

Dalam rangka implementasi program Merdeka Belajar Kampus Merdeka (MBKM), Direktorat Jenderal Pendidikan Tinggi (Ditjen Dikti) Kemendikbud FKM Unair bermitra dengan beberapa instansi untuk melaksanakan MBKM by Design. Dalam kesempatan ini, mahasiswa MBKM by Design FKM Unair di UNICEF bermitra dengan Puskesmas untuk mengimplementasikan ilmu dalam kesehatan masyarakat sekaligus mendapatkan pengalaman terkait pelaksanaan skrining TB.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Kegiatan dilakukan dengan tujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan skrining tuberkulosis di Puskesmas Kebonsari.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari gambaran umum mengenai profil, struktur organisasi, dan prosedur kerja di UNICEF
2. Mempelajari gambaran umum mengenai profil, struktur organisasi, dan prosedur kerja di Puskesmas Kebonsari.
3. Mempelajari pelaksanaan skrining tuberkulosis di Puskesmas

Kebonsari

4. Mengidentifikasi masalah dalam pelaksanaan skrining tuberkulosis di Puskesmas Kebonsari
5. Menentukan prioritas masalah dalam pelaksanaan skrining tuberkulosis di Puskesmas Kebonsari
6. Menentukan akar masalah dari prioritas masalah dalam pelaksanaan skrining tuberkulosis di Puskesmas Kebonsari
7. Mengidentifikasi alternatif solusi dari akar masalah yang ditemukan dalam pelaksanaan skrining tuberkulosis di Puskesmas Kebonsari.

1.3 Manfaat

Kegiatan ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi pihak-pihak yang terkait didalamnya.

1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa

1. Mendapat wawasan dan pengalaman mengenai ruang lingkup kerja bidang Kesehatan Masyarakat di Puskesmas
2. Mendapat pengetahuan, pengalaman, dan keterampilan di bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat, khususnya terkait Skrining TB di Puskesmas Kebonsari
3. Melatih kemampuan dalam berkomunikasi secara efektif dan bersama dalam tim
4. Sebagai sarana untuk menerapkan Ilmu Kesehatan Masyarakat khususnya pada bidang Epidemiologi.

1.3.2 Manfaat Bagi Perguruan Tinggi

1. Terjalin hubungan kerjasama yang saling menguntungkan antara kedua belah pihak, yaitu institusi pendidikan dan perusahaan dalam hal pendidikan
2. Menjadi sarana penghubung perguruan tinggi dengan dunia kerja.

1.3.3 Manfaat Bagi Instansi

1. Dapat membantu memberikan masukan sekaligus bahan pertimbangan untuk kemajuan baik dari segi teknis maupun administratif

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tuberkulosis

2.1.1 Definisi Tuberkulosis

Tuberkulosis merupakan penyakit menular yang disebabkan oleh infeksi bakteri berbentuk batang dan tahan asam yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. Pada sebagian besar kasus TB mengenai parenkim paru (TB paru) namun, bakteri *Mycobacterium tuberculosis* juga dapat menginfeksi organ lain (TB ekstra paru) seperti pleura, kelenjar limfe, tulang, dan organ ekstra paru lainnya. Terdapat setidaknya lima jenis bakteri yang berkaitan erat dengan infeksi TB yaitu *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium microti*, dan *Mycobacterium canettii*. Bakteri yang paling sering ditemukan dan menular antar manusia melalui udara adalah bakteri *Mycobacterium tuberculosis* (Kemenkes RI, 2020).

2.1.2 Patogenesis Tuberkulosis

Tuberkulosis menular dari manusia ke manusia lain melalui udara dari percikan renik atau *droplet nucleus* (<5 *microns*) yang tersebar di udara dan terhirup saat orang yang terinfeksi TB paru atau TB laring batuk, bersin, atau bicara. Percik renik juga dapat dikeluarkan ketika pasien paru melalui prosedur pemeriksaan yang menghasilkan produk aerosol seperti saat induksi sputum, bronkoskopi, atau saat dilakukan manipulasi terhadap lesi atau pengolahan jaringan di laboratorium. Percik renik merupakan partikel kecil yang berdiameter 1-5 *microns* dan dapat menampung 1-5 basili yang bersifat sangat infeksius dan dapat bertahan di udara sampai 4 jam. Percik renik ini dapat mencapai alveolus karena ukurannya yang sangat kecil dan melakukan replikasi. Terdapat 3

faktor yang menentukan transmisi *Mycobacterium tuberculosis* yaitu jumlah organisme yang keluar ke udara, konsentrasi organisme dalam udara yang ditentukan oleh volume ruang dan ventilasi, dan lama seseorang menghirup udara terkontaminasi.

Infeksi TB dapat terjadi pada dosis 1-10 basil sedangkan, dalam sekali batuk seseorang dapat memproduksi hingga 3.000 percik renik dan sekali bersin dapat memproduksi hingga 1 juta percik renik. Penularan dari pasien dengan hasil pemeriksaan sputum positif merupakan kausa paling infeksius. Cahaya matahari dapat langsung memusnahkan tuberkel basil dengan cepat sehingga, penularan TB biasanya terjadi pada saat percik renik bertahan di udara dalam waktu yang lama yaitu dalam ruangan yang gelap dengan minim ventilasi. Paparan *Mycobacterium tuberculosis* dapat berkembang menjadi penyakit TB aktif tergantung pada kondisi imun individu. Individu yang memiliki sistem imun normal 90% tidak akan berkembang menjadi penyakit TB. Orang dengan HIV-positif yang terinfeksi TB sebanyak 50-60% akan mengalami penyakit TB aktif.

Masa inkubasi pada infeksi TB merupakan waktu yang diperlukan sejak masuknya kuman TB hingga terbentuknya kompleks primer secara lengkap. Masa inkubasi TB cukup bervariasi selama 2-12 minggu dan berlangsung 4-8 minggu. Selama masa inkubasi kuman berkembang biak hingga mencapai jumlah yang cukup untuk merangsang respons imunitas selular sekitar 10^3 - 10^4 . Pada sebagian kasus, kuman TB dapat dihancurkan seluruhnya oleh mekanisme imunologis nonspesifik, sehingga tidak terjadi respon imunologis spesifik. Namun, pada sebagian kasus tidak seluruhnya dapat dihancurkan dan sebagian kecil kuman TB yang tidak dapat dihancurkan akan terus berkembang biak di dalam makrofag alveolus dan menyebabkan lisis makrofag. Kemudian, kuman TB membentuk lesi di tempat tersebut yang dinamakan fokus primer Ghon. Selanjutnya, kuman

TB menyebar melalui saluran limfe menuju kelenjar limfe regional yang dapat menyebabkan inflamasi di saluran limfe dan di kelenjar limfe (Kemenkes RI, 2016 dan Kemenkes, 2020).

2.1.3 Faktor Risiko Tuberkulosis

Faktor risiko tuberkulosis merupakan kelompok orang yang berisiko lebih tinggi untuk mengalami penyakit TB (Kemenkes RI, 2020):

- a. Orang dengan HIV positif dan penyakit imunokompromais lain
- b. Orang yang mengonsumsi obat immunosupresan dalam jangka waktu panjang
- c. Perokok
- d. Konsumsi alkohol tinggi
- e. Anak usia <5 tahun dan lansia
- f. Memiliki kontak erat dengan orang dengan penyakit TB aktif yang infeksius
- g. Berada di tempat dengan risiko tinggi terinfeksi tuberkulosis
- h. Petugas kesehatan

2.1.4 Gejala Klinis TB

Gejala pada penyakit TB tergantung pada lokasi lesi, sehingga dapat menunjukkan manifestasi klinis seperti batuk ≥ 2 minggu, batuk berdarah, batuk berdarah dapat bercampur darah, dapat disertai nyeri dada, dan sesak napas dengan gejala lain meliputi malaise, penurunan berat badan, menurunnya nafsu makan, menggigil, demam, dan berkeringat di malam hari (Kemenkes RI, 2020). Pada TB ekstra paru juga dapat dijumpai gejala dan tanda klinis yang khas pada organ yang terkena (Kemenkes RI, 2016).

- a. Tuberkulosis kelenjar

Umumnya di daerah leher, pembesaran kelenjar getah bening

tidak nyeri, ukuran lebih besar (lebih dari 2x2 cm), tidak berespon terhadap pemberian antibiotika, serta bisa terbentuk rongga dan *discharge*.

b. Tuberkulosis sistem saraf pusat

Meningitis TB dengan gejala meningitis yang seringkali disertai gejala akibat keterlibatan saraf-saraf otak yang terkena. Tuberkulosis otak dengan gejala-gejala adanya lesi desak ruang.

c. Tuberkulosis sistem skeletal

Pada tulang belakang terdapat penonjolan tulang belakang; pada tulang pinggul menjadi pincang, gangguan berjalan, atau terdapat tanda peradangan di daerah panggul; pada tulang lutut menjadi pincang dan/atau bengkak pada lutut tanpa sebab yang jelas; pada tulang kaki dan tangan.

d. Tuberkulosis mata

Konjungtivitis fliktenularis, tuberkel koroid.

e. Tuberkulosis kulit

Ditandai adanya ulkus disertai dengan jembatan kulit antar tepi ulkus.

f. Tuberkulosis organ-organ lainnya, misalnya peritonitis TB, TB ginjal yang dicurigai bila ditemukan gejala gangguan pada organ-organ tersebut tanpa sebab yang jelas dan disertai kecurigaan adanya infeksi TB.

2.1.5 Diagnosis Tuberkulosis

Baku emas untuk diagnosis TB adalah dengan menemukannya kuman penyebab TB yaitu *Mycobacterium tuberculosis*. Orang-orang terduga TB harus menjalani pemeriksaan bakteriologis untuk mengkonfirmasi penyakit TB. Pemeriksaan bakteriologis merujuk pada pemeriksaan apusan dari sediaan biologis (dahak atau spesimen lain), pemeriksaan biakan dan identifikasi *Mycobacterium tuberculosis* atau metode diagnostik cepat yang telah mendapat rekomendasi WHO.

Pemeriksaan biakan dan uji kepekaan dapat dilakukan dengan 2 metode:

a. Metode konvensional uji kepekaan obat

Pemeriksaan *Mycobacterium tuberculosis* dilakukan dengan menggunakan 2 macam medium padat (*Lowenstein Jensen* /LJ atau Ogawa) dan media cair MGIT (*Mycobacterium growth indicator tube*). Biakan menggunakan media cair lebih cepat dibandingkan dengan biakan dengan medium padat. Biakan pada media cair memerlukan waktu minimal 2 minggu sedangkan pada medium padat memerlukan waktu 28-42 hari.

b. Metode cepat uji kepekaan obat (uji diagnosis molekular cepat)

Metode molekular dapat mendeteksi *Mycobacterium tuberculosis* dan membedakannya dengan *Non-Tuberculous Mycobacteria* (NTM). WHO telah merekomendasikan pemeriksaan molekular *line probe assay* (LPA) dan TCM.

2.2 Skrining TB

Skrining TB perlu dilakukan sebagai upaya untuk mendeteksi TB sedini mungkin. Skrining TB merupakan salah satu upaya dalam penemuan dan penanganan kasus TB yang disebutkan dalam Pasal 11 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 67 Tahun 2016 Tentang Penanggulangan Tuberkulosis. Disebutkan bahwa penemuan kasus TB secara aktif dilakukan melalui investigasi dan pemeriksaan kasus kontak, skrining secara massal terutama pada kelompok rentan dan kelompok berisiko, serta skrining pada kondisi situasi khusus. Dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 67 Tahun 2016 tentang Penanggulangan Tuberkulosis, skrining atau penemuan kasus merupakan salah satu strategi penanggulangan TB yang dapat dilakukan secara aktif, pasif, intensif, dan masif. Penemuan kasus TB secara pasif-intensif dilaksanakan di fasilitas kesehatan dengan memperkuat jejaring layanan TB melalui *PublicPrivate Mix* (PPM) dan memperkuat kolaborasi

layanan. Sedangkan penemuan kasus TB secara aktif-masif dilakukan berbasis keluarga dan masyarakat di luar fasyankes dengan melibatkan semua potensi masyarakat seperti kader Kesehatan, pos TB desa, tokoh masyarakat, dan pemuka agama (Novitasari dan Rahingrat, 20).

2.2.1 *Active Case Finding (ACF)*

Active Case Finding (ACF) atau melakukan penemuan kasus secara aktif merupakan salah satu upaya untuk meningkatkan jumlah penemuan dan cakupan pengobatan tuberkulosis dalam strategi nasional penanggulangan TB di Indonesia 2020-2024. Adapun kegiatan penemuan kasus TB secara aktif-masif berupa.

a. Investigasi kontak

Investigasi kontak dilakukan pada paling sedikit 10-15 orang kontak erat dengan pasien TB. Dalam investigasi kontak terdapat kelompok yang menjadi prioritas yaitu anak usia <5 tahu, orang dengan gangguan imunitas, malnutrisi, lansia, wanita hamil, perokok, mantan penderita TB. Investigasi kontak yang dilakukan pada pasien TB anak diperlukan untuk mencari sumber penularan.

b. Penemuan di tempat khusus

Penemuan aktif yang dilakukan di lingkungan yang mudah terjadi penularan TB seperti lapas, RS Jiwa, tempat kerja, asrama, pondok pesantren, sekolah, dan panti jompo.

c. Penemuan di populasi berisiko

Kegiatan ini dilakukan pada tempat yang memiliki keterbatasan terhadap akses pelayanan kesehatan seperti tempat penampungan [engungsi, daerah kumuh dan terpencil, serta perbatasan dan kepulauan.

d. Penemuan aktif berbasis keluarga dan masyarakat

Kegiatan ini dilaksanakan secara rutin oleh anggota keluarga maupun kader kesehatan yang melakukan pengawasan batuk terhadap orang yang tinggal di lingkungannya dan menyarankan

orang dengan batuk untuk memeriksakan diri ke fasyankes terdekat.

e. Penemuan aktif berkala

Dilakukan oleh FKTP puskesmas di wilayah yang teridentifikasi sebagai daerah kantung TB, yaitu RT yang berdasarkan kegiatan PWS dan analisis data TB memiliki jumlah pasien TB >3 orang.

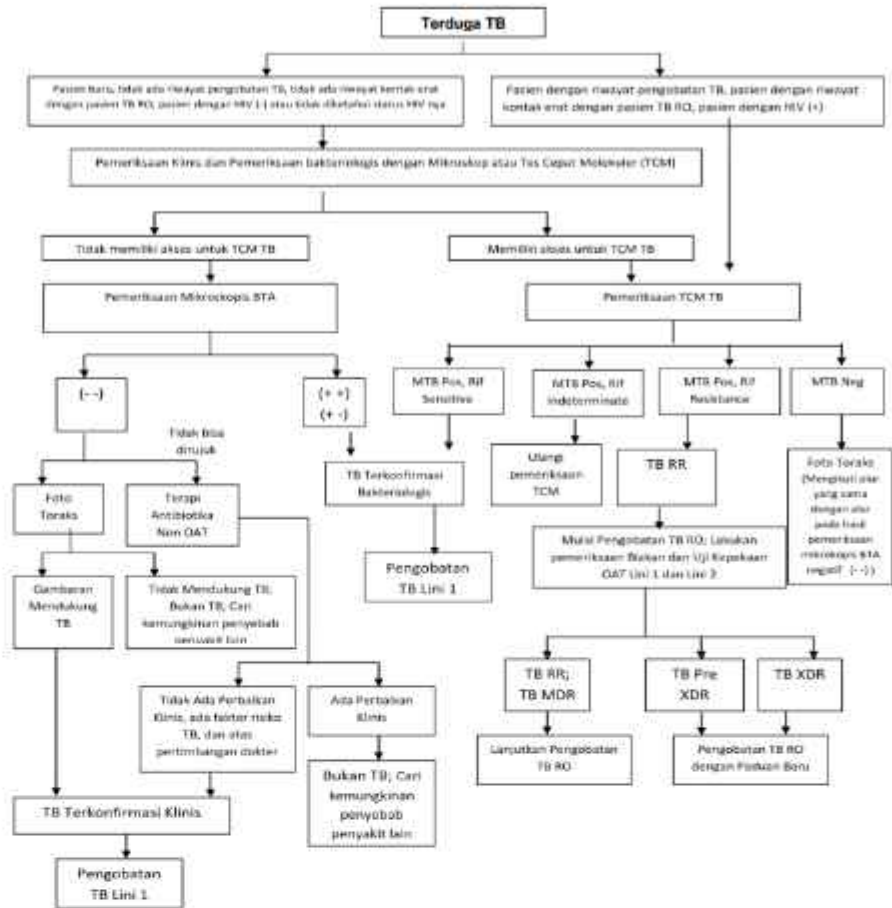
f. Skrining massal

Kegiatan penemuan aktif yang dilaksanakan sekali dalam setahun untuk meningkatkan penemuan pasien TB di wilayah yang penemuan kasusnya masih sangat rendah.

Pelaksanaan skrining TB pada anak dan dewasa memiliki sedikit perbedaan. Berikut merupakan penjabaran mengenai pelaksanaan skrining TB pada anak dan dewasa.

2.2.2 Skrining TB pada Orang Dewasa

Terduga TB merupakan orang yang memiliki keluhan atau gejala klinis yang mendukung TB. Orang terduga TB harus melakukan uji bakteriologi. Skrining TB perlu dilakukan untuk menemukan kasus TB aktif yang belum terdeteksi khususnya pada orang dengan keluhan yang mendukung TB serta kontak erat. Pelaksanaan skrining umumnya diawali dengan pemeriksaan gejala terkait TB yang kemudian dilanjutkan uji bakteriologis. Berikut merupakan alur untuk mengkonfirmasi TB pada terduga TB.



Gambar 2. 1 Alur Diagnosis Teduga TB
Sumber : Kemenkes RI, 2020

2.2.3 Skrining TB pada Anak-anak

Anak (menurut sistem lapor TB adalah kelompok usia 0-14 tahun) dapat terkena TB pada usia berapapun. Risiko morbiditas dan mortalitas tertinggi adalah pada bayi dan anak kurang dari 2 tahun, yaitu kelompok usia yang tersering mengalami TB diseminata. Perjalanan penyakit TB anak dari terinfeksi menjadi sakit TB mayoritas terjadi selama 1 tahun setelah anak terinfeksi, oleh sebab itu angka TB pada anak juga merupakan indikator berlangsungnya transmisi kuman TB di komunitas. Skrining TB pada anak juga umumnya diawali dengan pemeriksaan gejala menggunakan formulir baku dari Kemenkes RI. Dari hasil pemeriksaan gejala, anak dengan terduga TB harus melakukan tindak lanjut untuk didiagnosis. Diagnosis TB anak dapat dilakukan dengan pemeriksaan bakteriologis. Pemeriksaan

sputum pada anak terutama dilakukan pada anak berusia lebih dari 5 tahun, HIV positif, dan gambaran kelainan paru luas. Cara mendapatkan sputum pada anak dengan berdahak untuk mengeluarkan dahak (untuk anak >5 tahun), bilas lambung dengan NGT (*nasogastric tube*) pada anak yang tidak bisa mengeluarkan dahak, dan induksi sputum. Pemeriksaan bakteriologi untuk TB dapat dilakukan dengan pemeriksaan mikroskopis BTA sputum atau spesimen lain yang sebaiknya dilakukan minimal 2 kali yaitu sewaktu dan pagi hari.

Kemudian Tes Cepat Molekuler (TCM) TB yang dapat mengidentifikasi kuman *Mycobacterium tuberculosis* dalam waktu yang cepat yaitu kurang dari 2 jam. Pemeriksaan TCM digunakan untuk mendeteksi kuman *Mycobacterium tuberculosis* secara molekular sekaligus menentukan ada tidaknya resistensi terhadap Rifampicin. Pemeriksaan TCM mempunyai nilai diagnostik yang lebih baik daripada pemeriksaan mikroskopis sputum, tetapi masih di bawah uji biakan (Kemenkes RI, 2016 dan Kemenkes RI, 2020). Pada anak, terdapat pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan untuk membantu menegakkan diagnosis TB pada anak yaitu dengan uji tuberkulin, foto toraks, dan pemeriksaan hispatologi. Penentuan diagnosis TB pada anak menggunakan sistem skoring pada uji tuberkulin dan foto toraks (Kemenkes RI, 2016).

Tabel 2. 1 Skoring TB Anak

Parameter	Skor			
	0	1	2	3
Kontak TB	Tidak jelas	-	Laporan keluarga, BTA (-) / BTA tidak jelas / tidak tahu	BTA(+)
Uji tuberkulin (Mantoux)	Negatif	-	-	Positif (≥ 10 mm atau ≥ 5 mm pada

				imunokom promais)
Berat Badan		BB/TB<90 %	Klinis gizi buruk atau BB/TB<70 % Atau BB/U<60 %	
Demam yang tidak diketahui penyebabnya	-	≥ 2minggu		
Batuk kronik		≥ 2 minggu		
Pembesaran kelenjar limfe koli, aksila, inguinal		≥1 cm, lebih dari 1 KGB, tidak nyeri		
Pembengkakan tulang/sendi panggul, lutut , falang		Ada pembekakan		
Fotoraks	Norma l kelainan tidak jelas	Gambaran sugestif (mendukung) TB		

Sumber : Kemenkes RI, 2016

Berikut merupakan alur tindak lanjut hasil skrining TB untuk diagnosis TB pada anak.



Gambar 2. 2 Alur Diagnosis TB pada Anak

Sumber : Kemenkes RI, 2016

2.3 Metode Penentuan Prioritas Masalah (USG)

Berdasarkan Permenkes No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas disebutkan bahwa *Urgency, Seriousness, Growth* (USG) adalah salah satu alat untuk menyusun urutan prioritas isu yang harus diselesaikan. Caranya dengan menentukan tingkat urgensi (U), keseriusan (S), dan perkembangan (G) isu dengan menentukan skala nilai 1-5 atau 1-10. Isu yang memiliki total skor tertinggi merupakan isu prioritas. Metode USG dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Urgency

Seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia dan seberapa keras dengan waktu yang tersedia dan seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tadi. *Urgency* dilihat dari tersedianya waktu, mendesak, atau tidak masalah tersebut diselesaikan.

2. *Seriousness*

Seberapa serius isu tersebut perlu dibahas dikaitkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah-masalah lain kalau masalah penyebab isu tidak dipecahkan. Perlu dimengerti bahwa dalam keadaan yang sama, suatu masalah yang dapat menimbulkan masalah lain adalah lebih serius bila dibandingkan dengan suatu masalah lain yang berdiri sendiri. *Seriousness* dilihat dari dampak masalah tersebut terhadap produktivitas kerja, pengaruh terhadap keberhasilan, dan membahayakan sistem atau tidak.

3. *Growth*

Seberapa kemungkinannya isu tersebut menjadi berkembang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab isu akan makin memburuk kalau dibiarkan.

2.4 Metode Penentuan Akar Masalah

Setelah ditentukan masalah yang menjadi prioritas, selanjutnya dicari akar penyebab dari masalah tersebut. Penyebab masalah dikonfirmasi dengan data di Puskesmas. Pohon masalah (*problem tree*) adalah salah satu alat yang digunakan untuk membagikan kategori-kategori besar ke dalam tingkat yang lebih kecil atau terperinci. Hal ini membantu dalam penyederhanaan suatu permasalahan yang kompleks serta untuk mendapatkan gambaran pada suatu permasalahan yang dihadapi. Kegunaan dari pohon masalah, yaitu:

1. Membantu untuk menemukan akar permasalahan.
2. Curah pendapat (*brainstorming*) untuk mendapatkan solusi.
3. Menjelaskan langkah-langkah atau perincian kepada orang lain.
4. Mengidentifikasi ruang lingkup sebuah proyek.

5. Menjelaskan langkah-langkah yang diperlukan untuk menyelesaikan suatu masalah.

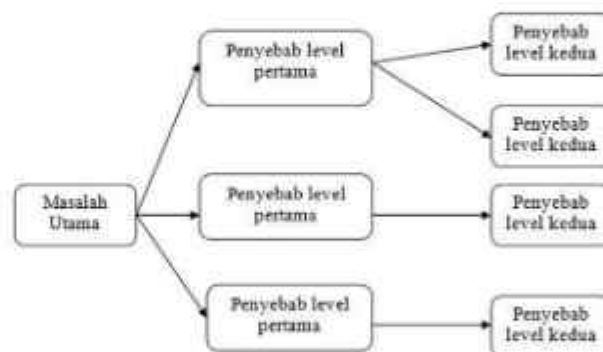
6. Untuk menganalisis suatu proses pekerjaan secara terperinci.

Kemungkinan penyebab masalah dapat berasal dari:

1. *Input* (sumber daya): sarana, prasarana, alat kesehatan, tenaga, obat dan bahan habis pakai, anggaran, dan data.
2. Proses (pelaksanaan kegiatan).
3. Lingkungan.

2.4.1 Langkah-langkah Pembuatan Model Pohon Masalah

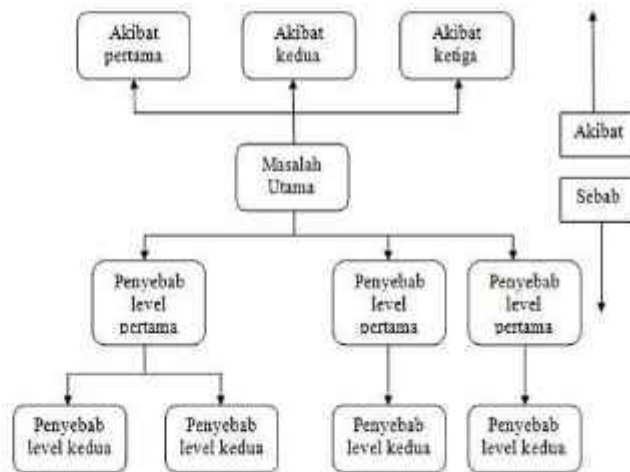
Terdapat dua model dalam membuat pohon masalah. Model pertama, pohon masalah dibuat dengan cara menempatkan masalah utama pada sebelah kiri dari gambar. Selanjutnya, penyebab munculnya persoalan tersebut ditempatkan pada sebelah kanannya (arah alur proses dari kiri ke kanan). Format penyusunan pohon masalah Model pertama ini dapat digambarkan seperti berikut ini:



Gambar 2. 3 Pohon Masalah Model 1

Sumber: Asmoko, 2014

Model kedua, pohon masalah dibuat dengan cara menempatkan masalah utama pada titik sentral atau di tengah gambar. Selanjutnya, penyebab munculnya persoalan tersebut ditempatkan di bagian bawahnya (alur ke bawah) dan akibat dari masalah utama ditempatkan di bagian atasnya (alur ke atas). Format penyusunan pohon masalah Model Kedua ini dapat digambarkan seperti berikut ini:



Gambar 2. 4 Pohon Masalah Model 2

Sumber: Asmoko, 2014

Urutan selanjutnya dalam tulisan ini akan menggunakan Model Kedua. Langkah-langkah dalam penyusunan Pohon Masalah Model Kedua berikut contohnya dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Langkah pertama dalam menyusun pohon masalah adalah mengidentifikasi dan merumuskan masalah utama organisasi berdasarkan hasil analisis atas informasi yang tersedia. Banyak cara yang dapat dilakukan untuk merumuskan masalah utama, misalnya dengan cara diskusi, curah pendapat, dan lain-lain. Masalah utama ini kita tempatkan pada bagian tengah dari gambar.

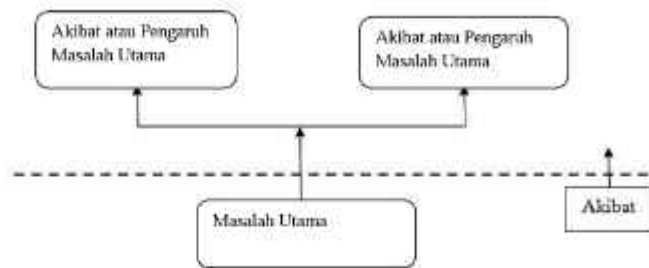


Gambar 2. 5 Contoh Pohon Masalah

Sumber: Asmoko, 2014

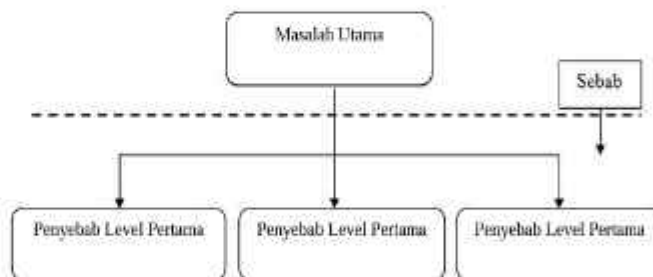
2. Langkah kedua adalah menganalisis akibat atau pengaruh adanya masalah utama yang telah dirumuskan pada poin 1 di

atas. Hubungan antara masalah dengan akibat ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. 6 Contoh Pohon Masalah
Sumber: Asmoko, 2014

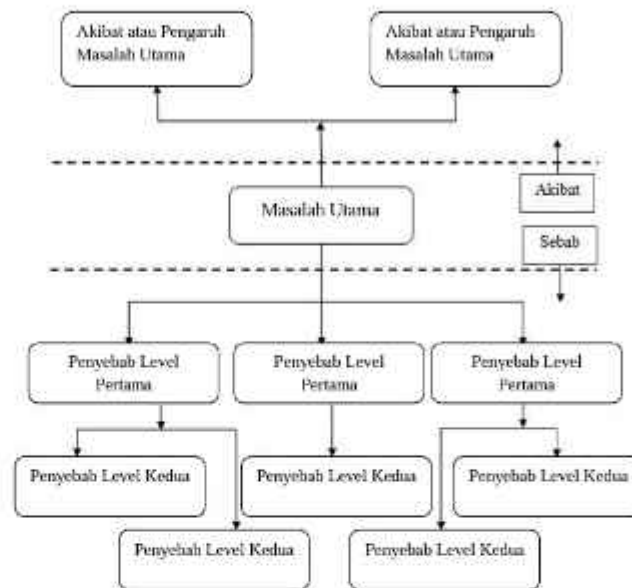
3. Langkah ketiga adalah menganalisis penyebab munculnya masalah utama. Penyebab pada tahap ini kita namakan penyebab level pertama. Hubungan antara masalah utama dengan penyebab level pertama dapat digambarkan sebagai berikut:
4. Langkah keempat adalah menganalisis lebih lanjut penyebab dari penyebab level pertama. Penyebab dari munculnya penyebab level pertama ini kita namakan penyebab level kedua. Hubungan antara penyebab level pertama dengan penyebab level kedua dapat kita gambarkan sebagai berikut:



Gambar 2. 7 Contoh Pohon Masalah
Sumber: Asmoko, 2014

5. Langkah kelima adalah menganalisis lebih lanjut penyebab dari munculnya penyebab level kedua. Demikian seterusnya, analisis dapat dilakukan sampai dengan level kelima. Contoh dalam tulisan ini, penulis batasi hanya sampai dengan penyebab level kedua.

6. Langkah keenam adalah menyusun pohon masalah secara keseluruhan. Berdasarkan langkah pertama sampai dengan kelima, pohon masalah secara keseluruhan dapat digambarkan pada gambar berikut:



Gambar 2. 8 Contoh Pohon Masalah

Sumber: Asmoko, 2014

2.4.2 Kelebihan dan Kekurangan Pohon Masalah

1. Kelebihan Pohon Masalah

Pohon masalah membantu proses analisis dan penentuan penyebab masalah semakin jelas dan komprehensif. Berikut merupakan rincian mengenai kelebihan pohon masalah bagi organisasi:

- a) Membantu kelompok/tim kerja organisasi untuk merumuskan persoalan utama atau masalah prioritas organisasi.
- b) Membantu kelompok/tim kerja organisasi menganalisis secara rinci dalam mengeksplorasi penyebab munculnya persoalan dengan menggunakan metode *five whys*. Metode *five whys* adalah suatu metode menggali penyebab persoalan dengan cara bertanya "mengapa" sampai lima level atau tingkat.

- c) Membantu kelompok/tim kerja organisasi menganalisis pengaruh persoalan utama terhadap kinerja/hasil/dampak bagi organisasi atau *stakeholder* lainnya.
- d) Membantu kelompok/tim kerja organisasi mengilustrasikan hubungan antara masalah utama, penyebab masalah, dan dampak dari masalah utama dalam suatu gambar atau grafik.
- e) Membantu kelompok/tim kerja organisasi mencari solusi atas persoalan utama yang ada.

2. Kekurangan Pohon Masalah

Telah diketahui bahwa pohon masalah sangat membantu dalam proses pengambilan keputusan, tetapi ada beberapa kekurangan bila menggunakan pohon masalah, antara lain:

- a) Membutuhkan waktu yang lama. Jika masalah yang terjadi semakin kompleks akan lebih sulit dan lama dalam menentukan penyebab utama masalah.
- b) Dapat terjadi *overlap* terutama ketika kriteria yang digunakan jumlahnya sangat banyak. Hal tersebut juga dapat menyebabkan waktu pengambilan keputusan menjadi lebih lama.
- c) Hasil kualitas keputusan yang didapatkan dari metode pohon masalah sangat bergantung pada bagaimana pohon tersebut didesain. Sehingga jika pohon masalah yang dibuat kurang optimal, maka akan berpengaruh pada kualitas dari keputusan yang didapat.
- d) Setiap kriteria pengambilan keputusan dapat menghasilkan hasil keputusan yang berbeda. Sehingga perlu kecermatan untuk menyesuaikan dengan kondisi dan keadaan dalam menentukan penyebab utama masalah.

- e) Pengakumulasian jumlah eror dari setiap tingkat dalam sebuah pohon keputusan yang besar.

BAB III METODE PELAKSANAAN

3.1 Lokasi MBKM by Design FKM UNAIR

Kegiatan MBKM by Design FKM UNAIR dilaksanakan di Puskesmas Kebonsari yang bermitra dengan UNICEF bertempat di Jalan Kebonsari Manunggal No. 30-32 Surabaya, Jambangan, Kec. Jambangan, Surabaya. Pelaksanaan MBKM menysasar empat sekolah yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari yaitu MI Hasanuddin, MIN 2 Surabaya, MI Darussalam, dan MI El-Rahmah. Adapun laporan ini berfokus pada pelaksanaan skrining TB di Puskesmas Kebonsari.

3.2 Waktu Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR

Kegiatan MBKM by Design FKM UNAIR di UNICEF (Puskesmas Kebonsari) dilaksanakan pada bulan Oktober-Januari 2023 dengan rincian sebagai berikut.

Tabel 3. 1 Jadwal Kegiatan MBKM by Design FKM UNAIR di UNICEF (Puskesmas Kebonsari)

No	Kegiatan	Oktober				November				Desember				Januari
		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I
1.	Persiapan magang (penentuan instansi, pembentukan kelompok, dan penyusunan proposal magang)													
2.	Pengajuan proposal magang dan perizinan magang kepada instansi terkait													

3.	Pelaksanaan magang di Puskesmas Kebonsari bidang tuberkulosis																			
4.	Pelaksanaan magang di Puskesmas Kebonsari bidang imunisasi (BIAS DT/Td)																			
5.	Kunjungan kantor UNICEF di Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (Bappeda) Provinsi Jawa Timur																			
6.	Penyusunan laporan hasil magang kelompok																			
7.	Seminar hasil magang kelompok																			
8.	Penyusunan laporan hasil magang individu																			
9.	Seminar hasil magang individu																			

3.3 Metode Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR

Metode yang digunakan selama pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR meliputi:

1. Pembekalan magang oleh UNICEF
2. Diskusi dengan penanggung jawab program di bidang masing-masing terkait pelaksanaan program secara keseluruhan
3. Mahasiswa observasi langsung dan membantu pelaksanaan program terkait di Puskesmas Kebonsari serta turun langsung ke lapangan
4. Mengalisis data hasil kegiatan yang dilakukan selama magang di Puskemas Kebonsari
5. Menganalisis kegiatan yang dilakukan di tempat magang untuk dapat mengidentifikasi permasalahan yang terjadi sebagai usulan laporan magang

3.4 Teknik Pengumpulan Data

3.4.1 Data Primer

Data primer yang dibutuhkan dalam penyusunan laporan ini berupa informasi mengenai perencanaan, pelaksanaan, dan tindak lanjut dalam skrining TB di Puskesmas Kebonsari. Data tersebut dikumpulkan melalui wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan penanggung jawab program TB di Puskesmas Kebonsari yaitu Ibu Imtichanatul Azizah, S.Kep.Ns.

3.4.2 Data Sekunder

Data sekunder yang dibutuhkan dalam penyusunan laporan ini berupa dokumen-dokumen terkait profil umum Puskesmas Kebonsari, target skrining TB, capaian skrining TB di Puskesmas Kebonsari, dan laporan lain yang mendukung.

3.5 Teknik Analisis Data

Analisis dari data yang didapatkan menggunakan analisis deskriptif. Data yang diperoleh akan digambarkan dalam bentuk narasi, tabel, grafik, dan gambar. Data-data tersebut digunakan untuk mendukung penjelasan deskriptif.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Instansi

4.1.1 Gambaran Umum UNICEF

UNICEF (United Nations Children's Fund) atau Dana Anak Perserikatan Bangsa-Bangsa merupakan organisasi yang dibentuk pada tanggal 11 Desember 1946 dengan tujuan utama untuk membantu anak-anak di wilayah Eropa, Tiongkok, dan Timur Tengah yang porak-poranda akibat perang saat itu. Saat ini, UNICEF adalah "United Nations International Children's Emergency Fund" atau Dana Darurat Anak Internasional Perserikatan Bangsa-Bangsa. Di Indonesia sendiri, UNICEF berkiprah pada tahun 1948 dengan program pertama yaitu memberikan bantuan darurat untuk mencegah kelaparan di Pulau Lombok. Kemudian, pada tahun 1953, mandat UNICEF meluas yaitu untuk memenuhi kebutuhan anak-anak di negara berkembang sehingga kata-kata "internasional" dan "emergency".

Di Indonesia, UNICEF memiliki program-program meliputi keberlangsungan dan kesehatan anak, pendidikan, perlindungan anak, gizi, air, dan sanitasi, dan kebijakan sosial. UNICEF juga bekerja sama dengan pemerintah Indonesia yang diatur dalam "Rencana Aksi Program Kerja" dengan tujuan utama:

- a. Menurunkan angka *stunting* balita sebesar 14%
- b. Meningkatkan pangsa rumah tangga yang menggunakan air minum bersih sebesar 15%
- c. Menurunkan angka kematian balita sebesar sepertiga, dari 24 ke 16 kematian per 1.000 kelahiran hidup
- d. Mencapai cakupan imunisasi lengkap sebesar 90% untuk kelompok anak usia 12-23 bulan
- e. Meningkatkan tingkat partisipasi pendidikan anak usia dini dari 63% ke 72%, dan mengadopsi inovasi untuk peningkatan akses

- dan pembelajaran bagi anak-anak yang paling marginal
- f. Meningkatkan cakupan layanan kesehatan, sosial, atau hukum bagi anak yang mengalami kekerasan dari 10% ke 20%
- g. Menurunkan pangsa anak yang hidup di bawah kemiskinan berdasarkan garis kemiskinan nasional dari 11,8% ke 9%.

UNICEF Indonesia berkantor pusat di Jakarta dengan lima kantor lapangan dan dua kantor cabang. Programatik dari masing-masing kantor lapangan berfokus pada kebutuhan dan prioritas tiap daerah. Inisiatif dilakukan bersama dengan pemerintah daerah dan mitra masyarakat sipil di tingkat provinsi dan kabupaten. Adapun lima kantor lapangan UNICEF di Indonesia tersebar di Surabaya, Banda Aceh, Kupang, Makassar, dan Jayapura. Kantor lapangan UNICEF di Surabaya menjadi pusat kantor untuk wilayah pulau Jawa dan terletak di Badan Perencanaan dan Pembangunan Daerah (Bappeda) Provinsi Jawa Timur yang bertempat di Jalan Pahlawan No. 102, Alun-alun Contong, Bubutan, Surabaya. Kepala kantor UNICEF untuk wilayah Pulau Jawa adalah Tubagus Arie Rukmantara.

4.1.2 Gambaran Umum Puskesmas Kebonsari

Puskesmas Kebonsari terletak di wilayah Kecamatan Jambangan, termasuk wilayah Surabaya Selatan. Terdiri dari 4 kelurahan yaitu Kebonsari, Karah, Jambangan, dan Pagesangan. Puskesmas Kebonsari berlokasi di Jalan Kebonsari Manunggal No. 30-32 Surabaya kode wilayah 1033281. Puskesmas Kebonsari berada pada wilayah Surabaya bagian Selatan di Kecamatan Jambangan dengan luas wilayah kerja 36.796 km². Wilayah kerja Puskesmas Kebonsari berbatasan dengan:

- a. Sebelah Utara : Kecamatan Wonokromo
- b. Sebelah Selatan : Kabupaten Sidoarjo
- c. Sebelah Barat : Kecamatan Karang Pilang
- d. Sebelah Timur : Kecamatan Gayungan



Gambar 4. 1 Peta Wilayah Puskesmas Kebonsari
Sumber: Profil Puskesmas Kebonsari, 2023

1. Visi dan Misi Puskesmas Kebonsari

Puskesmas Kebonsari merupakan pusat kesehatan Masyarakat yang menyelenggarakan Upaya kesehatan yang bersifat menyeluruh, terpadu, merata dapat diterima, dan terjangkau oleh Masyarakat. Adapun visi dari Puskesmas Kebonsari yaitu “terwujudnya masyarakat Kecamatan Jambangan yang sehat dan mandiri melalui pelayanan kesehatan yang bermutu didukung oleh pemberdayaan masyarakat yang berkesinambungan”. Visi tersebut dicapai dengan misi:

- a. Memberikan pelayanan kesehatan yang profesional bagi masyarakat
- b. Meningkatkan mutu, pemerataan, keterjangkauan pelayanan kesehatan
- c. Melaksanakan standarisasi pada semua unsur pelayanan
- d. Meningkatkan pengetahuan dan pemberdayaan masyarakat di bidang kesehatan

Selain itu, Puskesmas Kebonsari juga memiliki moto “Puskesmas Berseri, Pelayananku Sepenuh Hati” dan janji layanan:

“Dengan ini kami menyatakan sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai standar pelayanan yang telah ditetapkan dan apabila tidak menepati janji, kami siap menerima kritik dan saran untuk perbaikan”.

2. Jenis Pelayanan Puskesmas Kebonsari

Fungsi pokok puskesmas sesuai pasal 5 Permenkes 43 Tahun 2019, yaitu sebagai penyelenggaraan UKM tingkat pertama di wilayah kerjanya dan penyelenggaraan UKP Tingkat pertama di wilayah kerjanya. Adapun jenis layanan yang ada di Puskesmas Kebonsari sebagai berikut:

A. Pelayanan Medis Rawat Jalan

1. Pelayanan Pemeriksaan Umum
 - a. Pemeriksaan konsultasi kesehatan dan pengobatan umum;
 - b. Pelayanan rujukan untuk kasus yang tidak bisa ditangani;
 - c. Pemeriksaan kesehatan (surat sehat);
 - d. Rawat luka dan operasi kecil;
 - e. Pemeriksaan jenazah;
 - f. Pemeriksaan calon jamaah haji;
 - g. Pelayanan pasien suspek Covid (Swab).
2. Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut
 - a. Pemeriksaan dan konsultasi gigi;
 - b. Penambalan gigi;
 - c. Pencabutan gigi dan penanganan *abses*;
 - d. Pembersihan karang gigi dan *kuretage gingiva*;
 - e. Pelayanan rujukan untuk kasus yang bisa ditangani.
3. Pelayanan KIA/KB dan Imunisasi
 - a. Pelayanan imunisasi (BCG, DPT Combo, IPV, MR, Polio, Hepatitis, TT);
 - b. Pelayanan KB (pil, IUD, *implant*, suntik, kondom);

- c. Pemeriksaan dan konsultasi IVA;
 - d. Pemeriksaan dan konsultasi ibu hamil (terpadu dengan pelayanan kesehatan umum, gigi, laboratorium) dan ibu nifas;
 - e. Pemeriksaan *neonates*;
 - f. Tindakan tindik bayi;
 - g. Konsultasi calon pengantin.
4. Pelayanan konsultasi Gizi dapat dilakukan secara *online* selama masa pandemi, pelayanan konsultasi gizi meliputi:
- a. Konsultasi diet makanan pada penderita penyakit degeneratif;
 - b. Konsultasi gizi ibu hamil, ibu menyusui, balita kurang gizi/gizi buruk;
 - c. Pemberian vitamin A, vitamin taburia untuk balita kurang gizi;
 - d. Pemberian tablet besi;
 - e. Pemberian PMT ibu hamil KEK, ibu menyusui KEK, balita kurus, dan baduta gakin.
5. Pelayanan Klinik konsultasi Psikologi
- a. Konsultasi kesehatan jiwa;
 - b. Pelayanan kesehatan peduli remaja;
 - c. Konsultasi perkembangan anak/remaja;
 - d. Terapi psikologi;
 - e. Konsultasi masalah rumah tangga;
 - f. Deteksi dini masalah kesehatan mental.
6. Pelayanan Klinik Sanitasi meliputi konsultasi pada pasien dengan penyakit berbasis lingkungan seperti diare, TBC, DBD, *Scabies*, keracunan makanan, dan Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA).
7. Pelayanan Pengobatan Tradisional
- a. Konsultasi kesehatan/herbal

- b. Tindakan akupuntur/tusuk jarum sesuai diagnosis pasien
 - c. Pelayanan pijat bayi
 - d. Pelayanan totok wajah
- B. Pelayanan Medis Rawat Inap
- 1. Rawat Inap Umum
Melayani rawat inap pasien dengan penyakit: *Dengue fever, Typhoid fever, Gastritis, Dispepsia, Gastro enteritis* dan vertigo.
 - 2. Rawat Inap Bersalin
Melayani ibu hamil dengan persalinan normal tanpa komplikasi dan penyakit.
- C. Pelayanan Penunjang Medis
- 1. Pelayanan pendaftaran dan kasir
 - 2. Pelayanan laboratorium
 - 3. Pelayanan farmasi
- D. Pelayanan Kegawat daruratan (UGD)
- 1. Pemeriksaan kesehatan pasien gawat darurat
 - 2. Rujukan
- E. Pelayanan Pemeriksaan Covid-19
- 1. Pemeriksaan kesehatan pasien suspek covid
 - 2. Swab antigen/PCR
 - 3. Rujukan covid
- F. Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Esensial dan Puskesmas
- 1. Promosi Kesehatan
 - 2. Kesehatan Lingkungan
 - 3. Perbaikan Gizi
 - 4. Kesehatan Keluarga
 - 5. Pelayanan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular dan Tidak Menular
 - 6. Pelayanan Kesehatan Indera

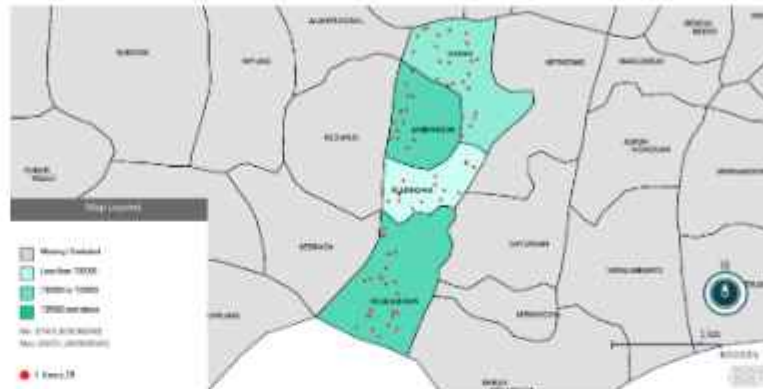
TB anak, serta data sekunder berupa sebaran kasus TB di Puskesmas Kebonsari pada bulan Januari-November 2023, dan kepadatan penduduk di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari pada tahun 2023. Faktor risiko berupa suspek TB yang ditemukan pada pelaksanaan skrining TB anak dan kasus berupa sebaran kasus TB berdasarkan kelurahan yang menggambarkan kontak erat di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari disajikan dan dianalisis dengan menggunakan aplikasi QGIS. Berdasarkan analisis data tersebut, didapatkan hasil bahwa sebaran kasus TB di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari tidak berhubungan dengan suspek TB yang ditemukan pada pelaksanaan skrining TB anak. Berikut merupakan penyajian data dalam bentuk peta yang dibuat menggunakan aplikasi QGIS.



Gambar 4. 3 Peta Hubungan Sebaran Suspek TB Anak berdasarkan Kasus TB di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Tahun 2023

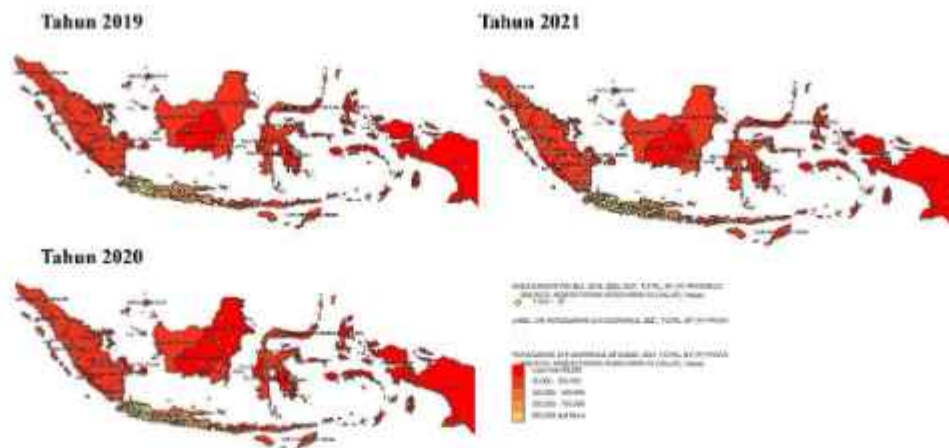
Faktor risiko berupa kepadatan penduduk di masing-masing kelurahan di wilayah Kecamatan Jambangan dan kasus berupa sebaran kasus TB menurut kelurahan di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari disajikan dan dianalisis dengan menggunakan aplikasi Epi Map. Berdasarkan analisis data tersebut, didapatkan hasil bahwa kepadatan penduduk di masing-masing kelurahan di wilayah Kecamatan Jambangan tidak berhubungan dengan sebaran kasus TB menurut kelurahan di

wilayah kerja Puskesmas Kebonsari. Berikut merupakan penyajian data dalam bentuk peta yang dibuat menggunakan aplikasi Epi Map.



Gambar 4. 4 Peta Sebaran Kasus TB berdasarkan Kepadatan Penduduk di Wilayah Kerja Puskesmas Kebonsari Tahun 2023

Kemudian, dalam penyajian dan analisis data dengan aplikasi Health Mapper dilakukan sebelum pelaksanaan magang sehingga data yang digunakan bukan data lapangan melainkan data sekunder dari profil kesehatan Indonesia pada tahun 2019 sampai 2021. Adapun faktor risiko yang diangkat yaitu persalinan di fasilitas kesehatan di Indonesia pada tahun 2019-2021 dan kasus berupa angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2019-2021. Berdasarkan hasil analisis dari data tersebut, didapatkan hasil bahwa persalinan di fasilitas kesehatan di Indonesia pada tahun 2019-2021 berhubungan positif dengan kasus berupa angka kematian ibu di Indonesia pada tahun 2019-2021. Hasil tersebut kurang sesuai dengan teori yang ada sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat faktor-faktor lain seperti kualitas pelayanan persalinan di fasyankes serta pandemi Covid-19 yang mempengaruhi hasil tersebut. Berikut merupakan penyajian data dalam bentuk peta yang dibuat menggunakan aplikasi Health Mapper.



Gambar 4. 5 Peta Hubungan Kematian Ibu berdasarkan Persalinan di Fasyankes di Indonesia Tahun 2019-2021

4.2.2 Manajemen Data Epidemiologi

Dalam mata kuliah Manajemen Data Epidemiologi *learning outcome* yang dicapai berupa pembuatan formulir, *check code*, *entry data*, dan analisis data dengan menggunakan aplikasi Epi Info. Formulir yang digunakan untuk mencapai *learning outcome* dalam mata kuliah ini adalah formulir skrining TB anak. Pembuatan formulir skrining TB anak menggunakan fitur *create form* dalam aplikasi Epi Info. Kemudian, *check code* dilakukan untuk mempermudah dan mempercepat dalam proses input data. Input data dilakukan melalui fitur *entry data* dalam aplikasi Epi Info. Selanjutnya, data yang telah terkumpul dianalisis menggunakan fitur *analyze data* dalam aplikasi Epi Info. Data dianalisis secara univariat untuk melihat distribusi karakteristik responden dan analisis secara bivariat untuk melihat ada tidaknya hubungan antara faktor risiko yang ingin diteliti dengan kasus. Adapun faktor risiko yang diteliti meliputi status gizi buruk, paparan asap rokok, dan kontak erat. Faktor-faktor tersebut dihubungkan dengan status suspek TB responden. Berdasarkan hasil analisis, didapatkan hasil bahwa status gizi buruk dan paparan asap rokok berhubungan dengan status suspek TB pada responden, sedangkan kontak erat tidak berhubungan dengan status suspek TB responden. Berikut merupakan formulir skrining TB anak yang

4.2.3 Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I)

Dalam mata kuliah Penyakit yang Dapat Dicegah dengan Imunisasi (PD3I) *learning outcome* yang dicapai berupa evaluasi program imunisasi di Puskesmas Kebonsari. Adapun evaluasi program imunisasi di Puskesmas Kebonsari dilaksanakan bersamaan dengan program BIAS DT/Td pada bulan November 2023. Evaluasi program BIAS DT/Td dilakukan menggunakan instrumen berupa formulir Supervisi Suportif (SS). Dalam evaluasi menggunakan formulir SS, terdapat dua poin utama yang dinilai yaitu input dan proses dengan total komponen sebanyak 12 komponen. Berdasarkan evaluasi program imunisasi yang dilakukan pada empat sekolah di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari, yaitu MI Negeri 2 Surabaya, MI Hasanuddin, MI Darussalam, dan MI El Rahmah dengan menggunakan instrumen Supervisi Suportif (SS), didapatkan kesimpulan bahwa pada input, seluruh komponen pada perlengkapan dalam ruangan, peralatan rantai vaksin, dan bahan-bahan sudah memenuhi standar. Namun, pada bagian fasilitas fisik masih ada komponen yang belum memenuhi standar. Kemudian, pada proses, seluruh komponen pada *cold chain*, pelayanan imunisasi, pengolahan PWS di puskesmas, analisis dan tindak lanjut PWS, pemantauan program imunisasi, serta pencatatan dan pelaporan sudah memenuhi standar. Namun, pada bagian vaksin dan logistik serta kemitraan masih ada komponen yang belum memenuhi standar. Secara keseluruhan, didapatkan total persentase kepatuhan dalam program BIAS DT/Td oleh Puskesmas Kebonsari adalah sebesar 95,24%. Berikut merupakan hasil evaluasi program imunisasi BIAS DT/Td di Puskesmas Kebonsari berdasarkan instrumen SS.

Tabel 4. 1 Hasil Evaluasi Program Imunisasi BIAS DT/Td di Puskesmas Kebonsari Berdasarkan Instrumen SS

STANDAR PELAYANAN IMUNISASI		PUSKESMAS KEBONSARI		
		NILAI AKTUAL	NILAI HARAPAN	%
1.	Fasilitas Fisik	6	7	85.70
2.	Perlengkapan dalam Ruang	6	6	100.00
3.	Peralatan Rantai Vaksin	7	7	100.00
4.	Bahan – bahan	6	6	100.00
5.	<i>Cold Chain</i> (Rantai dingin dan Logistik)	10	10	100.00
6.	Vaksin dan Logistik	5	6	83.30
7.	Pelayanan Imunisasi	6	6	100.00
8.	Kemitraan	1	2	50.00
9.	Pengolahan PWS di Puskesmas	2	2	100.00
10.	Analisis & Tindak Lanjut PWS	5	5	100.00
11.	Pemantauan Program Imunisasi	2	2	100.00
12.	Pencatatan dan Pelaporan	4	4	100.00
Total		60	63	95.24
Persentase Kepatuhan		BAIK		

4.2.4 Skrining

Dalam mata kuliah skrining *learning outcome* yang dicapai berupa pembuatan proposal skrining hingga analisis hasil skrining. Adapun skrining yang dilakukan yaitu skrining TB pada anak. Kegiatan skrining TB pada anak dilakukan di lima sekolah yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari yaitu MIN 2 Surabaya, MI Hasanuddin, MI Darussalam, dan MI El-Rahma, serta satu sekolah tambahan yaitu SMP Negeri 36 Surabaya. Berikut merupakan hasil skrining TB pada anak dari masing-masing sekolah.

Tabel 4. 2 Hasil Skrining TB

No	Sekolah	Klasifikasi Suspek TB	
		Suspek TB n (%)	Bukan suspek TB n (%)
1	MI Hasanuddin	14 (11.30)	37 (20.11)
2	MI El-Rahmah	23 (18.55)	31 (16.85)

3	MI Darussalam	21 (16.93)	27 (14.67)
4	MI Negeri 2 Surabaya	42 (33.87)	40 (21.74)
5	SMP Negeri 36 Surabaya	24 (19.35)	49 (26.63)
Total		124 (100.00)	184 (100.00)
Total Populasi			308 (100.00)

Berdasarkan hasil skrining TB tersebut, diketahui terdapat 17 responden yang memiliki kontak erat. Namun, validitas dari skrining TB pada anak yang dilakukan tidak dapat dihitung karena sensitifitas dan spesifisitas dari alat skrining yang digunakan tidak dapat dihitung. Sensitifitas dan spesifisitas dari alat skrining yang digunakan tidak dapat dihitung karena hasil skrining tidak dibandingkan dengan *gold standar* diagnosis TB pada anak. Hal tersebut karena penatalaksanaan *gold standar* diagnosis TB pada anak yaitu tes BTA untuk responden yang sedang batuk dan tes mantoux untuk responden dengan gejala TB yang lain belum dapat dilakukan dalam periode magang.

4.2.5 Metodologi Penelitian

Dalam mata kuliah metodologi penelitian tidak terdapat *learning outcome* yang berhubungan langsung dengan kegiatan magang. Namun, bahan ajar dalam mata kuliah metodologi penelitian bermanfaat dalam penyusunan laporan ini.

4.3 Gambaran Pelaksanaan Skrining TB di Puskesmas Kebonsari

Skrining TB di Puskesmas Kebonsari termasuk dalam pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular tepatnya dalam pencegahan pengendalian penyakit TB. Pelaksanaan skrining TB di Puskesmas Kebonsari bertujuan untuk menemukan terduga TB sebanyak mungkin. Sumber daya manusia dalam program pencegahan dan pengendalian penyakit TB di Puskesmas Kebonsari terdiri dari satu orang penanggung jawab yang dibantu oleh satgas TB sebanyak dua orang, dan kader yang tersebar di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari. Dua orang

satgas yang membantu dalam pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian penyakit TB di Puskesmas Kebonsari terdiri dari satu orang yang berasal dari Lembaga Swadaya Masyarakat (LSM) dan satu orang yang didanai oleh BOK. Dalam pelaksanaan skrining TB terdapat target temuan terduga TB yang perlu dicapai yang telah diproyeksikan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Pada tahun 2023 target temuan terduga TB di Puskesmas Kebonsari sebanyak 1.170 terduga TB, atau kurang lebih sebanyak 95 temuan terduga TB setiap bulan. Selain target penemuan terduga TB yang perlu dicapai, terdapat juga target penemuan kasus aktif TB yang perlu dicapai. Pada tahun 2023 target penemuan kasus aktif TB yang perlu dicapai yaitu sebanyak 170 kasus yang juga merupakan hasil proyeksi dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya.

Puskesmas Kebonsari memiliki laboratorium yang membantu proses tindak lanjut dari hasil skrining TB. Laboratorium Puskesmas Kebonsari merupakan salah satu laboratorium yang ada di wilayah Surabaya Utara. Berdasarkan penunjukkan Dinas Kesehatan Kota Surabaya, laboratorium Puskesmas Kebonsari juga menerima spesimen uji dari Puskesmas Gayungan dan klinik-klinik yang berada di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari. Skrining TB di Puskesmas Kebonsari utamanya menyoasar orang-orang dengan kontak erat dan pasien bergejala yang datang ke Puskesmas Kebonsari.

a. Skrining TB pada Kontak Erat

Kontak erat yang dimaksud merupakan orang-orang yang sering beraktivitas bersama dengan pasien TB aktif termasuk keluarga yang tinggal serumah dan teman-teman sekelas jika pasien merupakan anak usia sekolah. Pada orang-orang dengan riwayat kontak serumah, skrining TB dilaksanakan dengan bantuan kader. Kader akan menyampaikan jumlah orang yang serumah dengan pasien TB aktif kepada pihak Puskesmas selanjutnya, pihak puskesmas akan mendatangi rumah pasien (*Active Case Finding*) atau dengan bantuan kader memberikan penyuluhan terkait penyakit TB dan cara mengeluarkan dahak yang benar, serta mengumpulkan sampel dahak

untuk diuji.

Pada orang-orang dengan riwayat kontak erat yang tidak serumah seperti teman-teman sekelas dari pasien usia sekolah, skrining TB dilaksanakan dengan memeriksa keberadaan gejala TB pada responden terlebih dahulu. Skrining TB dilaksanakan berdasarkan formulir skrining TB yang terdiri dari identitas responden, riwayat kontak erat responden, dan gejala TB yang dirasakan responden. Selanjutnya, pada responden yang berdasarkan hasil skrining TB terklasifikasi dalam terduga TB akan diberikan pot dahak untuk menyerahkan sampel dahak pada Puskesmas.

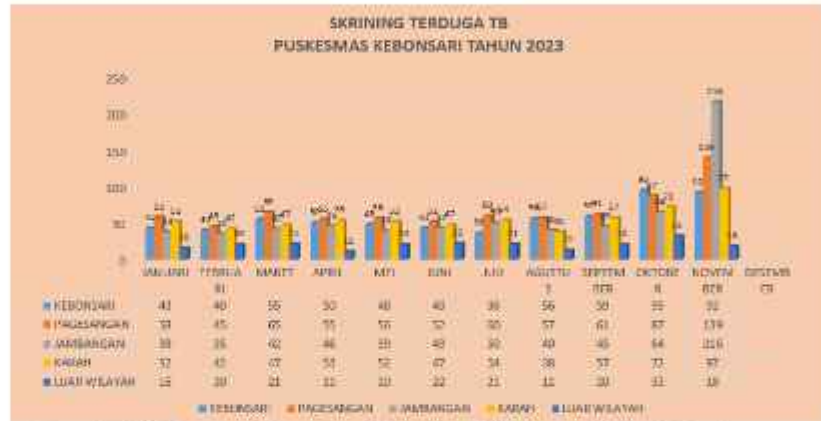
b. Skrining TB pada Pasien Bergejala

Skrining TB pada pasien bergejala dilaksanakan di Puskesmas Kebonsari ketika pasien bergejala datang ke Puskesmas untuk mendapatkan pelayanan. Pasien bergejala akan diminta untuk mengeluarkan dahak sebagai sampel uji.

Tindak lanjut dari terduga TB yang ditemukan dalam pelaksanaan skrining TB yaitu dengan Tes Cepat Molekuler (TCM) dengan sampel dahak yang dilaksanakan di laboratorium Puskesmas Kebonsari dan Tes Mantoux pada terduga TB usia anak-anak. Pada terduga TB yang terkonfirmasi positif berdasarkan hasil tindak lanjut akan ditangani lebih lanjut oleh Puskesmas untuk mendapatkan pengobatan rutin. Pelaksanaan skrining TB pada sasaran usia anak-anak dan usia dewasa berbeda. Pada anak-anak penentuan terduga TB dari hasil skrining TB menggunakan skoring dan tindak lanjut terduga TB dengan Tes Mantoux. Pada sasaran diatas usia anak-anak penentuan terduga TB ditekankan pada riwayat merokok serta penyakit penyerta yang dimiliki yang meliputi diabetes mellitus, HIV, dan penyakit imunodefisiensi lainnya. Tindak lanjut terduga TB pada sasaran diatas usia anak-anak dilakukan dengan Tes Cepat Molekuler (TCM) menggunakan sampel dahak.

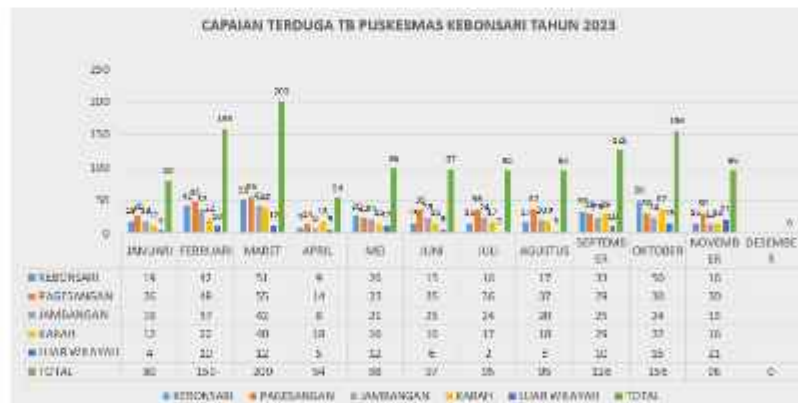
Pencatatan dan pelaporan temuan kasus TB dilakukan secara *real time* melalui Sistem Informasi Tuberkulosis (SITB). Selain itu terdapat

monitoring bulanan serta evaluasi setiap 3 bulan sekali dari Dinas Kesehatan Kota Surabaya melalui laporan SIK dan SITB. Selain pencatatan secara *online*, terdapat pencatatan melalui buku yang terdiri dari 10 formulir. Berdasarkan data sekunder dari monitoring evaluasi capaian program TB Puskesmas Kebonsari pada November 2023, berikut merupakan capaian skrining terduga TB di Puskesmas Kebonsari.



Gambar 4. 10 Bagan Capaian Skrining Terduga TB di Puskesmas Kebonsari Januari-November 2023
Sumber: Data Sekunder, 2023

Berdasarkan bagan di atas, secara keseluruhan dari bulan Januari hingga November 2023 Puskesmas Kebonsari telah melakukan skrining terduga TB dengan total 2.834 skrining TB. Berdasarkan hasil skrining TB, berikut merupakan capaian terduga TB Puskesmas Kebonsari.



Gambar 4. 11 Bagan Capaian Terduga TB di Puskesmas Kebonsari Januari-November 2023
Sumber: Data Sekunder, 2023

Berdasarkan bagan di atas, secara keseluruhan dari bulan Januari hingga November 2023 dari total 2.834 skrining TB ditemukan terduga TB

sebanyak 1.256 terduga TB. Dalam hal ini Puskesmas Kebonsari telah mencapai target dari 1.170 terduga TB (107,35%). Dari terduga TB yang ditemukan, berikut merupakan kasus TB yang ditemukan dan diobati.



Gambar 4. 12 Bagan Capaian Kasus TB yang Ditemukan dan Diobati di Puskesmas Kebonsari Januari-November 2023
Sumber: Data Sekunder, 2023

Berdasarkan bagan di atas, dari terduga TB yang ditemukan dan ditindaklanjuti Puskesmas Kebonsari terdapat total 77 kasus TB aktif yang ditemukan dan diobati. Hingga bulan Desember 2023 terdapat tambahan kasus TB menjadi sekitar 80-an kasus.

4.4 Identifikasi dan Analisis Prioritas Masalah

4.4.1 Identifikasi Masalah

Berdasarkan gambaran pelaksanaan skrining di Puskesmas Kebonsari dan hasil *indepth interview* dengan penanggung jawab program Tuberkulosis di Puskesmas Kebonsari terdapat beberapa masalah yang diidentifikasi. Berikut merupakan masalah yang diidentifikasi berdasarkan pendekatan sistem.

a. Input

Terdapat beberapa komponen dalam input yang meliputi sumber daya yaitu *man, money, machine, metode, market, material, tecghnology, time, dan information*. Berikut merupakan masalah yang teridentifikasi dalam input pelaksanaan skrining TB di Puskesmas Kebonsari.

1) *Man*

Pelaksanaan skrining TB dalam rangka *Active Case Finding* (ACF) di Puskesmas Kebonsari seringkali dilaksanakan oleh satu orang saja yaitu penanggung jawab program. Meskipun sebenarnya terdapat 2 orang satgas TB dan kader-kader yang tersebar di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari namun, dalam pelaksanaan skrining TB satgas TB dan kader seringkali hanya membantu dalam investigasi kontak erat TB. Keterbatasan sumber daya manusia ini, menyebabkan pelaksanaan skrining TB di Puskesmas Kebonsari tidak bisa dilaksanakan dalam skala yang besar.

2) *Machine*

Salah satu peralatan yang diperlukan dalam pemeriksaan bakteriologis menggunakan TCM adalah *cartridge*. Terdapat dua jenis *cartridge* yang biasanya digunakan di laboratorium Puskesmas Kebonsari yaitu ultra dan standar. Menurut keterangan dari penanggung jawab program, karena TCM dapat mendeteksi kuman sekecil apapun hasil dari TCM kerap kali mengalami error terutama jika menggunakan *cartridge standard*.

3) *Method*

Metode dalam pelaksanaan skrining TB di Puskesmas Kebonsari dilaksanakan sesuai pedoman dengan penyesuaian terhadap sasaran skrining TB. Namun, pelaksanaan skrining TB dalam skala besar sering kali kurang mendapat dukungan dari lintas sektor. Selain itu, adanya keterbatasan dalam sumber daya manusia menyebabkan pelaksanaan skrining TB membutuhkan waktu yang cukup lama. Kemudian, adanya kader yang kurang acuh terhadap permasalahan TB di wilayah kerjanya menyebabkan investigasi kontak erat dan

pelaksanaan skrining TB kurang maksimal.

4) *Market*

Adapun sasaran utama dalam skrining TB di Puskesmas Kebonsari adalah orang-orang dengan kontak erat dan orang bergejala yang datang ke Puskesmas Kebonsari. Namun, berdasarkan hasil *indepth interview* diketahui bahwa tidak semua sasaran kooperatif dalam pelaksanaan skrining TB. Alasan sasaran tidak kooperatif salah satunya karena merasa tidak sakit. Pada kasus penemuan terduga TB dalam pelaksanaan skrining TB di sekolah, seringkali orang tua siswa terduga TB tidak bersedia memeriksakan anaknya lebih lanjut karena merasa anaknya tidak sakit.

5) *Material*

Dalam tindak lanjut hasil skrining TB pada anak, diperlukan tes mantoux. Adapun suplai vial untuk tes mantoux diberikan oleh Dinas Kesehatan Kota Surabaya. Berdasarkan keterangan dari penanggung jawab program, stok vial mantoux di Dinas Kesehatan Kota Surabaya menipis. Oleh karena itu, vial untuk tes mantoux didistribusikan secara merata ke seluruh Puskesmas yang ada di Kota Surabaya. Namun, di Puskesmas Kebonsari sendiri belum pernah mengalami kekurangan untuk tes mantoux karena permintaan untuk tes mantoux tidak terlalu besar.

6) *Information*

Kurangnya pemahaman lintas sektor dan kader terkait urgensi skrining TB pada kontak erat menyebabkan kurang maksimalnya pelaksanaan skrining TB di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari.

b. *Process*

Pelaksanaan skrining TB merupakan upaya penemuan dan penanganan kasus TB. Dalam pelaksanaannya, skrining

TB berpacu pada target temuan terduga TB yang telah diproyeksikan.

1) Pengumpulan data

Dari keseluruhan target skrining TB di Puskesmas Kebonsari dalam satu tahun, Puskesmas Kebonsari membagi rata target capaian untuk setiap bulannya. Tindak lanjut dari terduga TB yang terkonfirmasi positif TB akan disesuaikan dengan kondisi dari masing-masing pasien. Dari hasil skrining TB yang dilaksanakan, pengumpulan data dalam pelaporan dan pencatatan skrining TB dilakukan secara *real time* melalui SIK dan SITB. Selain melalui SIK dan SITB, pencatatan dan pelaporan skrining TB juga dilakukan secara tertulis. Dalam pelaksanaannya, meskipun laporan tertulis memuat banyak formulir berdasarkan *indepth interview* tidak terdapat masalah yang berarti. Namun, kerap kali ditemukan data yang tidak sinkron antar aplikasi dan catatan tertulis.

2) Pengolahan dan analisis data

Pengolahan dan analisis data hasil skrining TB diperlukan untuk monitoring dan evaluasi program yang dilakukan setiap bulan atau tiga bulan sekali. Berdasarkan *indepth interview*, pelaksanaan monitoring dan evaluasi tidak harus rutin setiap bulan. Dalam hal ini, tidak ditemukan permasalahan yang berarti

3) Diseminasi informasi

Laporan tahunan dari hasil skrining TB akan disampaikan dalam profil puskesmas dan profil kesehatan daerah yang biasanya dikeluarkan setiap tahun.

c. *Output*

Luaran yang dihasilkan dalam skrining TB adalah laporan yang mencakup pencapaian dari pelaksanaan skrining TB dan temuan terduga TB dari hasil skrining. Berdasarkan

keterangan dari penanggung jawab program, laporan disampaikan ke Dinas Kesehatan Kota Surabaya dan akan disandingkan dengan capaian dari puskesmas lain yang berada di Kota Surabaya. Selanjutnya, puskesmas terbawah yang tidak mencapai target akan mendapatkan evaluasi secara langsung. Mengenai hal tersebut, pada tahun 2023 capaian skrining TB dan terduga TB di Puskesmas Kebonsari telah tercapai. Namun, target penemuan kasus TB aktif dan diobati di Puskesmas Kebonsari masih belum mencapai target. Meski begitu, berdasarkan hasil *indepth interview* penemuan kasus TB aktif dan diobati tidak termasuk dalam standar pelayanan minimal karena capaiannya sesuai dengan situasi dan kondisi di lapangan.

4.4.2 Analisis Prioritas Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah, dapat diketahui bahwa permasalahan yang ada dalam pelaksanaan skrining TB di Puskesmas Kebonsari sebagai berikut:

- A. Kurangnya sumber daya manusia dalam pelaksanaan skrining TB
- B. Kurangnya dukungan dari lintas sektor dalam pelaksanaan skrining TB dengan skala yang besar
- C. Kader kurang responsif dan waspada terhadap masalah TB di wilayah kerjanya
- D. Masih banyak terduga TB yang menolak untuk melakukan uji laboratorium untuk diagnosis TB
- E. Masih kerap ditemukan data yang tidak sinkron antar aplikasi pencatatan

Berdasarkan daftar permasalahan tersebut, dapat ditentukan prioritas masalah dengan menggunakan metode USG dengan membandingkan masalah yang satu dengan lainnya. Analisis prioritas masalah dengan metode USG ini dilakukan dilakukan oleh mahasiswa MBKM dengan penanggung jawab

program TB di Puskesmas Kebonsari. Berikut merupakan hasil perbandingan dari masalah yang ada.

Tabel 4. 3 Perbandingan Masalah USG

Perbandingan Masalah	<i>Urgency</i>	<i>Seriousness</i>	<i>Growth</i>
A/B	A	A	B
A/C	A	A	C
A/D	D	D	D
A/E	A	A	A
B/C	C	C	C
B/D	D	D	D
B/E	B	B	B
C/D	D	D	D
C/E	C	C	C
D/E	D	D	D

Berdasarkan hasil perbandingan dari kelima daftar masalah yang ada, selanjutnya frekuensi kemunculan setiap masalah akan dihitung sebagai skor masalah. Skor masalah kemudian dijumlahkan sehingga setiap diperoleh setiap masalah berdasarkan *Urgency*, *Seriousness*, dan *Growth*. Berikut merupakan hasil dari skor perbandingan daftar masalah yang ada.

Tabel 4. 4 Hasil Skor USG

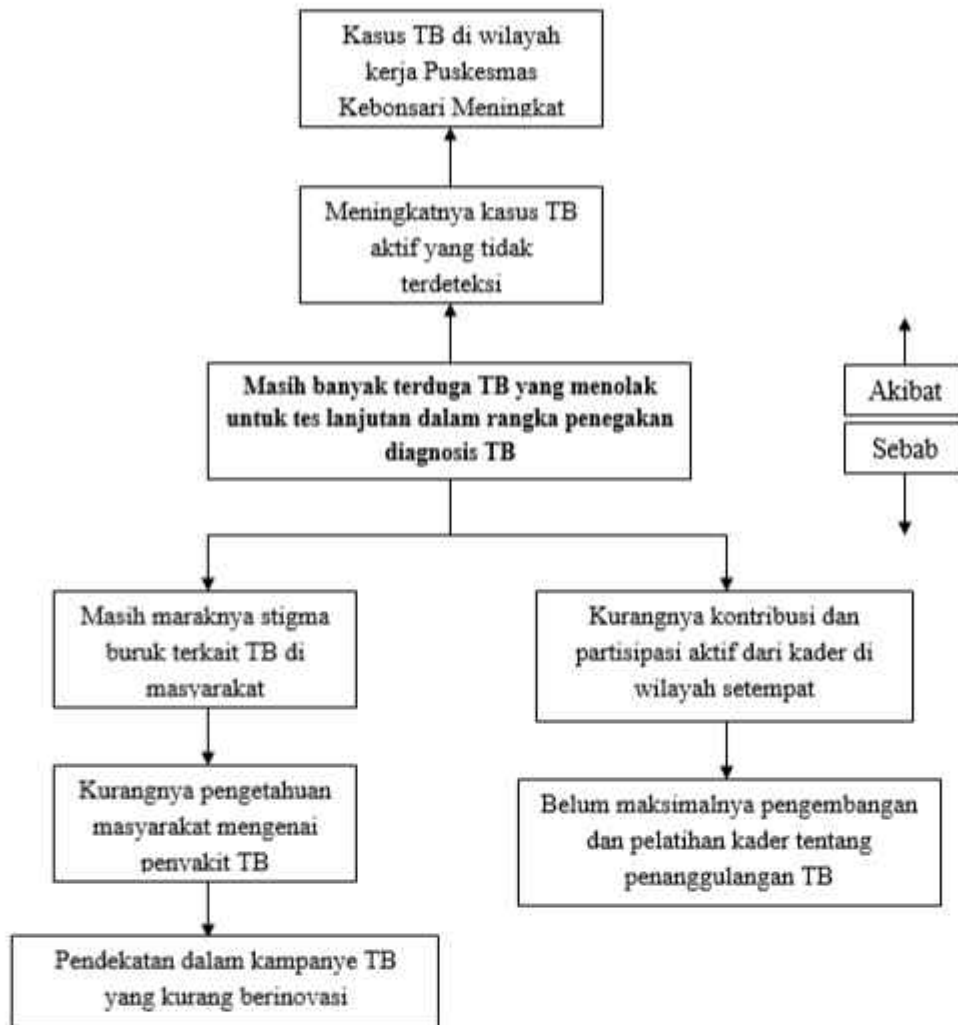
Kode	Masalah	<i>Urgency</i>	<i>Seriousness</i>	<i>Growth</i>	Total	Ranking
A	Kurangnya sumber daya manusia dalam pelaksanaan skrining TB	3	3	1	7	2
B	Kurangnya dukungan dari lintas sektor dalam pelaksanaan skrining TB dengan skala yang besar	1	1	2	4	3
C	Kader kurang responsif dan	2	2	3	7	2

	waspada terhadap masalah TB di wilayah kerjanya					
D	Masih banyak terduga TB yang menolak untuk tes lanjutan dalam rangka penegakan diagnosis TB	4	4	4	12	1
E	Masih kerap ditemukan data yang tidak sinkron antar aplikasi pencatatan	0	0	0	0	4

Berdasarkan hasil skor USG dari masing-masing masalah, didapatkan prioritas masalah utama adalah masih banyak terduga TB yang menolak untuk tes lanjutan dalam rangka penegakan diagnosis TB dengan total skor yang didapatkan 12.

4.5 Analisis Akar Penyebab Masalah (*Problem Tree*)

Analisis akar penyebab masalah dari prioritas masalah yang telah ditentukan dilakukan dengan menggunakan metode *Problem Tree Analysis*. Berikut merupakan hasil analisis akar penyebab masalah dari masih banyak terduga TB yang menolak untuk tes lanjutan dalam rangka penegakan diagnosis TB.



Gambar 4. 13 Analisis Akar Penyebab Masalah dengan *Problem Tree Analysis*

3. Pendekatan dalam kampanye TB yang kurang berinovasi

Kampanye terkait TB perlu dilakukan secara masif dan menjangkau berbagai lapisan yang ada di masyarakat khususnya pada kelompok-kelompok yang berisiko namun jarang dijangkau seperti asrama, pesantren, sekolah, hingga tempat kerja. Berdasarkan keterangan dari penanggung jawab program TB, dalam edukasi kepada sasaran sering dijumpai kendala seperti adanya penolakan terutama dari sasaran pasien aktif TB. Maka dari itu, diperlukan inovasi dalam pendekatan untuk kampanye TB agar lebih sesuai dan dapat diterima oleh sasaran. Selain itu, kampanye terkait TB juga perlu dilakukan secara rutin sebagai sarana untuk menekankan

urgensi dalam penemuan dan pengendalian TB khususnya di wilayah kerja Puskesmas Kebonsari. Kampanye dapat menjadi salah satu sarana untuk meningkatkan pengetahuan sasaran mengenai TB sekaligus sarana diskusi untuk mengurangi stigma dan diskriminasi pada pasien TB.

4. Belum maksimalnya pengembangan dan pelatihan kader tentang penanggulangan TB

Kader kesehatan dibentuk dengan tujuan sebagai mitra dan bekerja sama dengan Puskesmas untuk menanggulangi segala permasalahan yang ada di wilayah kerja Puskesmas. Oleh sebab itu, peran kader sebenarnya sangat diperlukan dan akan berdampak pada capaian program di Puskesmas. Kurangnya kontribusi dan partisipasi aktif dari kader dapat menyebabkan kurang maksimalnya pelaksanaan program di puskesmas termasuk skrining TB. Hal tersebut dapat disebabkan karena kurangnya kesadaran dan kewaspadaan kader terkait program yang ada di wilayah kerja Puskesmas.

4.6 Alternatif Solusi

Berdasarkan analisis penyebab masalah *problem tree* alternatif solusi yang dapat dilakukan untuk mengatasi permasalahan tersebut adalah sebagai berikut.

Tabel 4. 5 Alternatif Solusi

Akar Penyebab Masalah	Alternatif Solusi
Pendekatan dalam kampanye TB yang kurang berinovasi	<ol style="list-style-type: none"> a. Memaksimalkan partisipasi mitra Puskesmas Kebonsari untuk memperluas jangkauan dan penyesuaian metode pada sasaran kampanye terkait TB. Seperti bekerjasama dengan LSM yang berfokus pada anak-anak agar mendapatkan jenis media yang sesuai dengan untuk sasaran anak sekolah atau dengan memberi wadah bagi instansi perguruan tinggi untuk melakukan penelitian terkait TB sebagai saranan untuk mengetahui situasi dan kondisi di masyarakat. b. Membuka ruang diskusi terbuka terkait TB, untuk membantu menjawab kekhawatiran masyarakat dan

	<p>memberikan informasi terbaru mengenai TB. Seperti melalui <i>chatbot</i> tanya jawab melalui <i>WhatsApp</i>.</p> <p>c. Memberikan edukasi pada orang-orang sekitar seperti tetangga atau kerabat yang dapat berkomunikasi dengan pihak pasien aktif TB sehingga informasi dapat tersalurkan, terutama pada sasaran dari pihak pasien aktif TB yang menolak kunjungan.</p> <p>d. Mengadakan riset TB untuk mengetahui kondisi dan situasi sasaran, sehingga materi kampanye atau informasi terkait TB dapat sesuai dan menjawab kekhawatiran atau hal-hal yang belum diketahui oleh masyarakat. Terutama terkait stigma dan diskriminasi yang mungkin masih marak di masyarakat.</p>
Belum maksimalnya pengembangan dan pelatihan kader tentang penanggulangan TB	<p>a. Mengadakan lokakarya mini terkait penanggulangan TB untuk kader dan satgas TB</p> <p>b. Melibatkan secara aktif kader dan satgas TB dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi terkait program TB.</p> <p>c. Meningkatkan advokasi dengan <i>stakeholder</i> terkait untuk menyusun dan merencanakan peran kader dalam program penanggulangan TB.</p> <p>d. Memberikan evaluasi kinerja dan capaian kader terkait program TB di wilayah kerja masing-masing agar kader terdorong untuk berpartisipasi dan berkontribusi dalam pelaksanaan program TB di wilayah kerjanya.</p> <p>e. Mengadakan sayembara atau <i>rewarding</i> bagi wilayah dengan kinerja dan cakupan terkait program TB terbaik.</p>

4.7 Kendala Pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR

Secara keseluruhan, selama pelaksanaan MBKM by Design FKM UNAIR di UNICEF (PKM Kebonsari) terdapat kendala yang dialami yaitu sebagai berikut.

- Keterbatasan waktu saat pelaksanaan intervensi sehingga proses implementasi intervensi kurang maksimal;
- Tindak lanjut hasil skrining TB yang tidak dapat dilakukan karena keterbatasan sumber daya;

- c. Kondisi lapangan yang tidak dapat diprediksi;
- d. Lokasi magang yang cukup jauh dari lokasi tempat tinggal;
- e. Kurangnya koordinasi dan komunikasi efektif dengan anggota kelompok yang berasal dari peminatan lain.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil kegiatan MBKM by Design FKM UNAIR di UNICEF yang dilaksanakan di Puskesmas Kebonsari, pelaksanaan skrining TB di Puskesmas Kebonsari termasuk dalam pelayanan pencegahan dan pengendalian penyakit menular dan tidak menular tepatnya dalam pencegahan pengendalian penyakit TB yang bertujuan untuk menemukan terduga TB sebanyak mungkin. Pada Januari-November 2023, Puskesmas Kebonsari telah mencapai target dalam temuan target terduga TB sebanyak 1.256 terduga TB (107,35%) dari capaian skrining TB sebanyak 2.834. Berdasarkan identifikasi masalah dengan pendekatan sistem terdapat beberapa masalah yang diidentifikasi yaitu Kurangnya sumber daya manusia dalam pelaksanaan skrining TB kurangnya dukungan dari lintas sektor dalam pelaksanaan skrining TB dengan skala yang besar, kader kurang responsif dan waspada terhadap masalah TB di wilayah kerjanya, masih banyak terduga TB yang menolak untuk melakukan uji laboratorium untuk diagnosis TB, serta masih kerap ditemukan data yang tidak sinkron antar aplikasi pencatatan. Berdasarkan penentuan prioritas masalah dengan metode USG, diketahui prioritas masalah utama dari masalah yang teridentifikasi adalah masih banyak terduga TB yang menolak untuk tes lanjutan dalam rangka penegakan diagnosis TB. Kemudian, berdasarkan analisis akar masalah dari prioritas masalah yang ditentukan, penyebab dari permasalahan tersebut adalah pendekatan dalam kampanye TB yang kurang berinovasi dan belum maksimalnya pengembangan dan pelatihan kader tentang penanggulangan TB. Dengan begitu, alternatif solusi yang dapat dilakukan antara lain dengan memaksimalkan partisipasi mitra puskesmas, membuka ruang diskusi terbuka terkait TB, menyalurkan informasi dan edukasi kepada orang-orang sekitar pasien TB, mengadakan riset TB untuk mengetahui kondisi dan situasi sasaran, serta membuka ruang diskusi terkait TB.

Selain itu, perlu diadakan lokakarya mini terkait penanggulangan TB, melibatkan kader dan satgas TB secara aktif dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi program TB, serta advokasi dengan *stakeholder*.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil dan pembahasan dari pelaksanaan skrining TB di Puskesmas Kebonsari saran yang diberikan yaitu mempertimbangkan alternatif solusi yang disusun sebagai rekomendasi untuk pemecahan masalah dalam pelaksanaan skrining TB berdasarkan akar penyebab masalah yaitu:

1. Memaksimalkan partisipasi mitra Puskesmas Kebonsari untuk memperluas jangkauan dan penyesuaian metode pada sasaran kampanye terkait TB.
2. Membuka ruang diskusi terbuka terkait TB, untuk membantu menjawab kekhawatiran masyarakat dan memberikan informasi terbaru mengenai TB.
3. Menyalurkan edukasi dan informasi terkait TB kepada orang-orang sekitar pasien TB.
4. Mengadakan riset TB untuk mengetahui kondisi dan situasi sasaran.
5. Mengadakan lokakarya mini terkait penanggulangan TB untuk kader dan satgas TB.
6. Melibatkan secara aktif kader dan satgas TB dalam pelaksanaan monitoring dan evaluasi terkait program TB.
7. Memberikan evaluasi kinerja dan capaian kader terkait program TB di wilayah kerja masing-masing.
8. Mengadakan sayembara atau *rewarding* bagi wilayah dengan kinerja dan cakupan terkait program TB terbaik.

DAFTAR PUSTAKA












- Asmoko, Hindri. 2014. Memahami Analisis Pohon Masalah. Diambil dari <http://www.bppk.depkeu.go.id/>. Diakses pada 10 Januari 2023.
- Dinkes Jatim. 2022. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2022.
- Kemenkes RI. 2016. Petunjuk Teknis Manajemen dan Tatalaksana TB Anak. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2016. Permenkes No. 44 Tahun 2016 tentang Pedoman Manajemen Puskesmas
- Kemenkes RI. 2016. Permenkes No. 67 Tahun 2016 tentang Penganggulangan Tuberkulosis
- Kemenkes RI. 2020. Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran Tatalaksana Tuberkulosis. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2020. Strategi Nasional Penanggulangan Tuberkulosis di Indonesia 2020-2024. Direktorat Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit. Jakarta.
- Kemenkes RI. 2023. Laporan Program Penanggulangan Tuberkulosis Tahun 2022. Direktorat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Menular. Jakarta.
- Novitasari, A., & Rahingrat, A. 2021. PROGRAM SKRINING PADA KASUS TUBERKULOSIS.
- World Health Organization. 2023. *Global Tuberculosis Report 2023*. Geneva

LAMPIRAN


Lampiran I. Logbook MBKM *by Design* FKM Unair
















LOGBOOK MERDEKA BELAJAR KAMPUS MERDEKA (MBKM)
TAHUN 2023

Nama : Sufa Rosyadah Hakim
NIM : 102011133132
Instansi / Mitra : UNICEF (Puskesmas Kebonsari)
Pembimbing : Eny Qurniyawati S.ST., M.Kes. M. Epid






No.	Tanggal	Jenis Kegiatan	TTD Mahasiswa
1.	14 September 2023	Koordinasi dengan UNICEF	
2.	15 September 2023	Pembagian kelompok (cluster)	
3.	16 September 2023	Koordinasi kelompok untuk penentuan PKM sasaran	
4.	23 September 2023	ToT dengan UNICEF dan mitra UNICEF	
Minggu Ke-1			
1.	30 September 2023	ToT dengan UNICEF dan mitra UNICEF, serta diskusi kelompok	
2.	5 Oktober 2023	Penyusunan rancangan program dan Rencana Anggaran Biaya (RAB)	
3.	6 Oktober 2023	Penyusunan rancangan program dan Rencana Anggaran Biaya (RAB)	
4.	7 Oktober 2023	Penyusunan rancangan program dan Rencana Anggaran Biaya (RAB)	
Minggu Ke-2			
1.	9 Oktober 2023	Diskusi kelompok, penyusunan rancangan program dan Rencana Anggaran Biaya (RAB)	
2.	10 Oktober 2023	Perkenalan serta menyerahkan proposal kegiatan ke PKM Kebonsari	
3.	11 Oktober 2023	Presentasi rancangan program dan Rencana Anggaran Biaya (RAB) dengan UNICEF	

4.	12 Oktober 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
5.	13 Oktober 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
Minggu Ke-3			
1.	16 Oktober 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
2.	17 Oktober 2023	Kegiatan tambahan skrining anemia di SMP Negeri 55 Surabaya	
3.	18 Oktober 2023	1. Bimbingan dengan DPA terkait pelaksanaan MBKM 2. Diskusi dan persiapan kegiatan tambahan skrining TB di SMP Negeri 36 Surabaya	
4.	19 Oktober 2023	Kegiatan tambahan skrining TB di SMP Negeri 36 Surabaya	
5.	20 Oktober 2023	Input data hasil skrining TB di SMP Negeri 36 Surabaya	
6.	21 Oktober 2023	Input data dan menyerahkan hasil skrining TB di SMP Negeri 36 Surabaya ke pihak puskesmas	
Minggu Ke-4			
1.	23 Oktober 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
2.	24 Oktober 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
3.	25 Oktober 2023	Koordinasi dengan sekolah sasaran MI El-Rahmah	
4.	26 Oktober 2023	Koordinasi dengan sekolah sasaran MI Hasanuddin	
5.	27 Oktober 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
Minggu Ke-5			
1.	30 Oktober 2023	1. Koordinasi dengan sekolah sasaran MIN 2 Surabaya dan MI Darussalam 2. Konsultasi dengan pihak UNICEF terkait rancangan program	

2.	31 Oktober 2023	1. Persiapan intervensi program skrining TB 2. Pengurusan proposal projek skrining	
3.	1 November 2023	Intervensi program skrining TB di MI Hasanuddin	
4.	2 November 2023	1. Intervensi program skrining TB di MI El-Rahmah dan MI Darussalam 2. Supervisi DPA	
5.	3 November 2023	Refleksi dan mentoring dengan UNICEF I	
Minggu Ke-6			
1.	6 November 2023	Intervensi program skrining TB di MIN 2 Surabaya	
2.	7 November 2023	Observasi pelaksanaan BIAS di MIN 2 Surabaya, membantu pelaksanaan program BIAS di MIN 2 Surabaya	
3.	8 November 2023	Input data hasil skrining TB	
4.	9 November 2023	Input data hasil skrining TB	
5.	10 November 2023	Diskusi kelompok persiapan intervensi	
Minggu Ke-7			
1.	13 November 2023	Revisi projek skrining	
2.	14 November 2023	Revisi projek skrining	
3.	15 November 2023	Bimbingan terkait <i>project magang</i> dengan dosen pembimbing lapangan	
4.	16 November 2023	Diskusi dan persiapan untuk observasi pelaksanaan BIAS	
5.	17 November 2023	1. Observasi pelaksanaan BIAS di MI Hasanuddin, membantu pelaksanaan program BIAS di MI Hasanuddin 2. Bimbingan terkait <i>project magang</i> dengan DPA	
Minggu Ke-8			

1.	20 November 2023	Observasi pelaksanaan BIAS di MI Darussalam, membantu pelaksanaan program BIAS di MI Darussalam	
2.	21 November 2023	Diskusi kelompok dan persiapan untuk observasi pelaksanaan BIAS	
3.	22 November 2023	Diskusi kelompok dan persiapan untuk observasi pelaksanaan BIAS	
4.	23 November 2023	Diskusi dan persiapan untuk observasi pelaksanaan BIAS	
5.	24 November 2023	1. Observasi pelaksanaan BIAS di MI El-Rahmah, membantu pelaksanaan program BIAS di MI El-Rahmah 2. Diskusi terkait <i>project</i> magang dengan DPA	
6.	25 November 2023	Refleksi dan monitoring dengan UNICEF II	
Minggu Ke-9			
1.	27 November 2023	Penyusunan proyek mata kuliah	
2.	28 November 2023	1. Bimbingan terkait <i>project</i> magang dengan DPA 2. Penyusunan proyek mata kuliah	
3.	29 November 2023	Penyusunan proyek mata kuliah	
4.	30 November 2023	1. Kunjungan ke kantor lapangan UNICEF di Bappeda Jawa Timur, Surabaya 2. Diskusi terkait <i>project</i> magang dengan DPA	
5.	1 Desember 2023	Penyusunan proyek mata kuliah	
Minggu Ke-10			
1.	4 Desember 2023	Penyusunan proyek mata kuliah	
2.	5 Desember 2023	Penyusunan proyek mata kuliah	
3.	6 Desember 2023	Penyusunan proyek mata kuliah	
4.	7 Desember 2023	Wawancara dengan pihak Puskesmas Kebonsari terkait data tambahan yang diperlukan dalam penyusunan proyek magang	

5.	8 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan laporan kelompok	<i>Suf</i>
Minggu Ke-11			
1.	11 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan laporan kelompok	<i>Suf</i>
2.	12 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan laporan kelompok	<i>Suf</i>
3.	13 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan laporan kelompok	<i>Suf</i>
4.	14 Desember 2023	Mengambil data tambahan dan menyerahkan media intervensi ke Puskesmas Kebonsari	<i>Suf</i>
5.	15 Desember 2023	Melakukan seminar hasil magang kelompok bersama UNICEF dan puskesmas	<i>Suf</i>
Minggu Ke-12			
1.	18 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan proyek mata kuliah	<i>Suf</i>
2.	19 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan proyek mata kuliah	<i>Suf</i>
3.	20 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan proyek mata kuliah	<i>Suf</i>
4.	21 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan proyek mata kuliah	<i>Suf</i>
5.	22 Desember 2023	Presentasi proyek magang mata kuliah pemetaan	<i>Suf</i>
Minggu Ke-13			
1.	26 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan proyek mata kuliah	<i>Suf</i>
2.	27 Desember 2023	Penyusunan laporan magang individu	<i>Suf</i>
3.	28 Desember 2023	Presentasi proyek magang mata kuliah PID31	<i>Suf</i>
4.	29 Desember 2023	Diskusi dan penyusunan proyek mata kuliah	<i>Suf</i>
5.	30 Desember 2023	Wawancara dengan pihak Puskesmas Kebonsari untuk penyusunan laporan individu	<i>Suf</i>

Minggu Ke-14			
1.	1 Januari 2023	Penyusunan laporan magang individu	
2.	2 Januari 2023	Melakukan seminar hasil magang individu bersama dengan Puskesmas Kebonsari	
3.	3 Januari 2023	Revisi laporan magang individu	
4.	4 Januari 2023	Revisi laporan magang individu	
5.	5 Januari 2023	Pengumpulan laporan magang individu ke DPA	

TTD Pembimbing Lapangan



Muhammad Arianto Kurniawan, S. T., M.Sc

TTD Pembimbing Akademik


Eny Qurniyawati, S.ST, M.Kes., M. Epid
NIP. 198808222019032013

Lampiran II. Sertifikat MBKM dari UNICEF



Sertifikat *online course* AGORA
Prevention of Sexual Exploitation and Abuse (PSEA)



Sertifikat *online course* AGORA
BSAFE

Lampiran III. Sertifikat MBKM by Design FKM UNAIR



Lampiran IV. Dokumentasi Kegiatan MBKM by Design FKM UNAIR

Analisis Situasi	
 <p>Analisis Situasi di MI Hasanuddin Kamis, 26 Oktober 2023</p>	 <p>Analisis Situasi di MI El-Rahmah 25 Oktober 2023</p>
 <p>Analisis Situasi di MI Darussalam Senin, 30 Oktober 2023</p>	 <p>Analisis Situasi di MI Negeri 2 Surabaya Senin, 30 Oktober 2023</p>
Skrlning TB Anak	
 <p>Skrlning TB Anak di MI Hasanuddin 1 November 2023</p>	 <p>Skrlning TB Anak di MI El-Rahmah Kamis, 2 November 2023</p>



Skrining TB Anak di MI Darussalam
Kamis, 2 November 2023



Skrining TB Anak di MIN 2 Surabaya
Senin, 6 November 2023



Skrining TB Anak di SMPN 36 Surabaya (sekolah sasaran tambahan)
Kamis, 19 Oktober 2023

Pelaksanaan BIAS DI/Td



Program BIAS di MI Hasanuddin
Jumat, 17 November 2023



Program BIAS di MI El-Rahmah
Jumat, 24 November 2023



Program BIAS di MI Darussalam
Senin, 20 November 2023



Program BIAS di MI Negeri 2 Surabaya
Selasa, 7 November 2023



Supervisi dan Bimbingan dengan Dosen Pembimbing Akademik
Kamis, 2 November 2023



Berkantor di UNICEF Surabaya
Kamis, 30 November 2023



Penyerahan media intervensi ke
Puskesmas Kebonsari
Kamis, 14 Desember 2023

Lampiran V. Surat Pengantar MBKM by Design FKM UNAIR di UNICEF



UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT

Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115 Telp. 031-5920948, 5920949 Fax. 031-5924618
Laman: <http://www.fkm.unair.ac.id>; E-mail: info@fkm.unair.ac.id

NOTA DINAS

Nomor : 5499/UN3.FKM/1/PK.01.06/2023

Yth. : Wakil Dekan I
Dari : Kadep. Epidemiologi, Biostatistika Kependudukan dan Promosi Kesehatan
Lampiran : satu lembar
Hal : Ralat Permohonan Surat Pengantar MBKM

Sehubungan dengan adanya aturan bahwa Magang MBKM untuk satu instansi minimal 4 orang maka bersama ini kami kirimkan ulang nama mahasiswa Magang MBKM mahasiswa S1 Program Studi Kesehatan Masyarakat FKM UNAIR semester 7 Divisi Epidemiologi, Departemen Epidemiologi, Biostatistika Kependudukan dan Promosi Kesehatan yang bertempat di BBTCL Surabaya dan UNICEF. Berknaan dengan hal tersebut diatas kami mohon diberikan ralat surat pengantar ke instansi terkait. Nama-nama tersebut adalah sebagaimana terlampir.

Atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

Surabaya, 12 Juli 2023

Ketua Departemen,

Dr. Farhani Syahrul, SKM, M.Kes.
NIP. 196902101994032002

Lampiran

NO	NAMA MAHASISWA	NIM	SKEMA MAGANG	TEMPAT MAGANG	TUJUAN SURAT	PEMBIMBING AKADEMIK
1	Shelly Amila	102011133006	BY DESIGN FKMUA	UNICEF (PBB)		Dr. Anief Hargono, drg. M.Kes.
2	Siti Nanta	102011133045	BY DESIGN FKMUA			
3	Wulan Dewanti Martamevia	102011133055	BY DESIGN FKMUA			
4	Arinda Fitri Rahmawati	102011133034	BY DESIGN FKMUA			
5	Dhea Rizka Nur Fitriya	102011133043	BY DESIGN FKMUA	UNICEF (PBB)		Dr. Farhani Syahrul, SKM, M.Kes.
6	Regha Wista Theresia	102011133085	BY DESIGN FKMUA			
7	Nur Tsani Hasanah A. Mufti	102011133117	BY DESIGN FKMUA			
8	Noveta Dwi Cahyani Putri	102011133152	BY DESIGN FKMUA			
9	A. A. Ajun Arga Wada	102011133214	BY DESIGN FKMUA	UNICEF (PBB)		Emi Astuti, SKM, M.Epid/ Ssi Brodyia Nevita Sari, SKM, M.Epid
10	Erma Kusriwati	102011133093	BY DESIGN FKMUA			
11	Abdullah Ghanyani	102011133218	BY DESIGN FKMUA			
12	Safa Rosyadah Hakim	102011133132	BY DESIGN FKMUA			
13	Fadel Thong Izza Nugraheni	102011133202	BY DESIGN FKMUA	UNICEF (PBB)		Ery Qurriyawati, S.ST, M.Kes, M.Epid
14	Angelinasyega Subera Dewaraga	102011133187	BY DESIGN FKMUA			
15	Firda Chaerunnisa Nahariyani	102011133035	BY DESIGN FKMUA			
16	Safira Triana Syahbani	102011133090	BY DESIGN FKMUA			
17	Muhammad Al Hermy Rusydy	102011133267	BY DESIGN FKMUA	BBTKL Surabaya	Kepala BBTCL Surabaya	Dr. M. Abalikh Indandari, dr., M.Kes.
18	Wahyudi	102011133007	BY DESIGN FKMUA			
19	Qiana Haena Azzahro	102011133128	BY DESIGN FKMUA			
20	Cindy Dwi Prasesti	102011133072	BY DESIGN FKMUA			
21	Utta Mutha Sari	102011133078	BY DESIGN FKMUA	BBTKL Surabaya	Kepala BBTCL Surabaya	Arina Mufta Ersani, SKM, M.Epid
22	Fatya Alvinia Nela Yusuf	102011133080	BY DESIGN FKMUA			
23	Andini Tara Zethra	102011133232	BY DESIGN FKMUA			
24	Khatiza Khatunnisa	102011133113	BY DESIGN FKMUA			