

# **Modul Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan (Kode : KMS 234)**



**Dosen Pengampu:  
Nauri Anggita Temesvari, SKM, MKM**

**Prodi Kesehatan Masyarakat  
Universitas Esa Unggul  
2018**

Tidak semua masalah kesehatan akan mampu diatasi Organisasi yang bergerak dalam Pelayanan Kesehatan. Untuk itu perlu dilakukan penentuan prioritas masalah dengan menggunakan salah satu dari berbagai cara yang biasanya digunakan.

Ukuran penting suatu masalah, memerlukan analisis tersendiri. Beberapa faktor yang mempengaruhi penentuan prioritas masalah menurut Ivancevich, dkk (2008) adalah:

1. faktor urgency (lebih terkait waktu, segera ditangani)
2. faktor dampak (seberapa besar dampak dari masalah tersebut)
3. faktor kecenderungan tumbuh (*growth tendency-trend* masa yang akan datang)

Beberapa metode berikut ini digunakan dalam memprioritaskan masalah. Metode skoring yang sering digunakan adalah metode Bryant, PAHO, Hanlon, CARL, dan Pareto. Disamping metode skoring, juga dapat digunakan metode non skoring seperti Delphi, Delbeque, dan NGT. Metode lain dalam membuat prioritas masalah adalah kecenderungan atau *trend*.

### **Metode Bryant**

Terdapat beberapa kriteria yang harus dipenuhi dalam metode ini, yaitu:

1. Prevalence  
Besarnya masalah yang dihadapi
2. Seriousness  
Pengaruh buruk yang diakibatkan oleh suatu masalah dalam masyarakat dilihat dari besarnya angka kesakitan dan angka kematian akibat masalah kesehatan tersebut
3. Manageability  
Kemampuan untuk mengelola dan berkaitan dengan sumber daya
4. Community concern  
Sikap dan perasaan masyarakat terhadap masalah kesehatan tersebut

Parameter diletakkan pada baris dan masalah-masalah yang ingin dicari prioritasnya diletakkan pada kolom. Kisaran skor yang diberikan adalah 1-5 yang ditulis dari arah kiri ke kanan untuk tiap masalah. Kemudian dengan penjumlahan dari arah atas ke bawah untuk masing-masing masalah dihitung nilai skor akhirnya. Masalah dengan nilai tertinggi dapat dijadikan sebagai prioritas masalah. Kelemahan dalam metode ini adalah hasil yang didapat dari setiap masalah terlalu berdekatan sehingga sulit untuk menentukan prioritas masalah yang akan diambil.

### **Metode PAHO**

PAHO (Pan American Health Organization) adalah Lembaga kesehatan masyarakat dunia yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan standar hidup masyarakat Amerika. PAHO berdiri pada tahun 1902. PAHO sudah diakui menjadi bagian

dari sistem perserikatan bangsa, sebagai regional dari WHO untuk amerika, dan organisasi kesehatan di inter-American System.

Metode PAHO atau metode matematika merupakan standar penilaian dalam menentukan prioritas dalam suatu masalah kesehatan. Metode PAHO menitik beratkan masalah kesehatan berdasarkan prevalensi penyakit yang menunjukkan besarnya masalah, kenaikan/meningkatnya prevalensi (*rate of increase*), keinginan masyarakat mengatasi masalah (*degree of unmeet need*), keuntungan sosial (*social benefit*) yang diperoleh jika masalah tersebut teratasi, teknologi yang tersedia (*technical feasibility*), dan sumber daya yang tersedia (*resource availability*). Penentuan bobot masing-masing komponen ditentukan oleh tim ahli (5-8 orang).

Metode PAHO menggunakan skor pada setiap variabel penilaian, dengan menggunakan skor 1-10, dan penilaiannya lebih luas dibandingkan dengan matriks, yaitu:

1. Magnitude (M): adalah mengukur besaran kejadian, misal untuk kasus penyakit menular maka kita bisa menggunakan Angka total kesakitan (*Prevalence Rate*), BUKAN menggunakan *Incidens Rate* (kasus baru). Makin besar kasusnya makin besar skor yang diberikan.
2. Severity (S): adalah tingkat keparahan, artinya kita melihat dari kasus tersebut :
  - a. Banyak menimbulkan kematian atau tidak
  - b. Penyebarannya Cepat apa tidak
  - c. Sebarannya luas apa tidak

Makin tinggi tingkat keparahannya maka skor makin besar.

3. Vulnerability (V): adalah tingkat kerentanan, disini dilihat dari sudut kemampuan kita untuk menanganinya, ketersediaan teknologinya dsb. Makin tersedianya ahli, peralatan dan teknologi maka skor makin besar, dan makin sulit ditangani skornya rendah
4. Community / Political Concern (C): adalah tingkat perhatian, diukur dari perhatian para pengambil kebijakan dan masyarakat, biasanya kita lihat dari kehebohan masyarakat atau pimpinan daerah dalam menyikapi kasus yang sedang terjadi. Makin tinggi tingkat perhatiannya maka makin tinggi skornya.

### **Bobot Masalah =**

#### **Keterangan:**

M=*Magnitude*/besarnya masalah (0 sd 10)

S=*Severity*/tingkat keparahan (0 sd 10)

V=*Vulnerability/social benefit, technical feasibility* dan *resource availability*(0 sd 10)

C=*Community Concern*(0 sd 10)

Penilaian dengan metode PAHO dilakukan oleh Tim (beberapa orang) dan dibutuhkan ahli untuk menyatukan persepsi dari semua tim penilai, karena kalau tidak maka akan banyak terjadi bias dalam penilaian.

Setelah masing-masing anggota memberikan penilaian maka diambil rata-rata, bila ada anggota tim yang menilai ekstrim maka nilai ekstrim tersebut dibuang, tidak masuk dalam rata-rata, selanjutnya nilai rata-rata tersebut dibulatkan.

Contoh : untuk menilai magnitude kasus kejadian demam berdarah dengue (DBD) di suatu wilayah, anggota 1 memberi nilai 7, anggota 2 memberi nilai 8, anggota 3 memberi nilai 7, anggota 4 memberi nilai 3, maka angka 3 tidak kita pakai dalam menghitung rata-rata, jadi nilai hanya diambil rata-rata dari 3 orang anggota yang memberi nilai 7,8,7. Setelah semua variabel diberi penilaian, maka masing-masing kasus kita hitung skor totalnya dengan cara :  $M \times S \times V \times C$ .

### Metode Hanlon

Metode Hanlon memiliki kemiripan kriteria dengan metode PAHO hanya berbeda dalam hal pembobotan. Kriteria pada metode Hanlon adalah, besar masalah yang didapatkan dari data kuantitatif, misal prevalensi penyakit tertentu, besar kerugian, dan sebagainya. Kriteria kedua adalah tingkat kegawatan yang mengandung unsur subyektif, merupakan kecenderungan penyebaran dan tingkat keganasan suatu penyakit/masalah kesehatan. Kriteria ketiga adalah kemudahan penanggulangan yang juga bersifat subyektif. Kemudahan penanggulangan dilihat dari ketersediaan sumber daya (tenaga, obat, alat kesehatan, biaya, fasilitas, dan lain-lain) dan teknologi. Kriteria keempat adalah PEARL faktor yang merupakan singkatan dari *propriate* (sesuai), *economic* (murah), *acceptability* (diterima), *resources* (SD), *legality* (hukum/etika). Penentuan bobot masing-masing komponen ditentukan oleh tim ahli (5-8 orang). Formula Hanlon adalah sebagai berikut :

$$\text{Bobot Masalah} = \frac{(A+B)CxD}{3}$$

**Keterangan :**

A= Besar Masalah (0-10)

B= Berat/tingkat kegawatan (0-20)

C= Kemudahan Penanggulangan (0-10)

D= Pearl faktor (0 atau 1)

### Metode CARL

CARL merupakan sigkatan dari *Capability, Assessibility, Readiness, dan Leverage*. *Capability* merupakan kemampuan sumber daya, dana, alat dan sebagainya. *Assessibility* adalah kemudahan untuk diatasi mudah/ tidak. *Readiness* merupakan kesiapan dari sumber daya manusia, motivasi, kompetensi, kesiapan sasaran/masyarakat. *Leverage* merupakan pengaruh masalah yg satu terhadap yg lain. Formula CARL adalah:

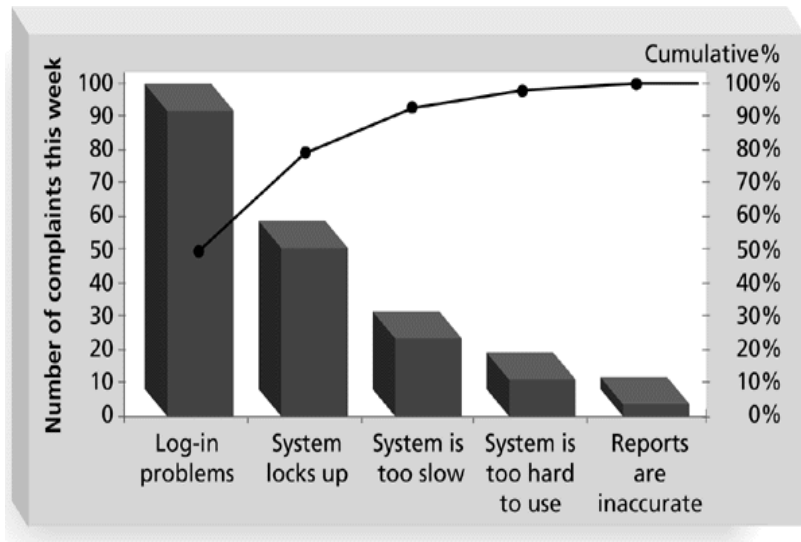
**Bobot Masalah =**

**Keterangan :**

C=Capability (0 sd 10)  
 A= Assessibility (0 sd 10)  
 R= Readiness(0 sd 10) L=  
 Leverage (0 sd 10)

**Metode Pareto**

Pareto merupakan sebuah diagram (dapat diaplikasikan di SPSS) yang menggambarkan besar masalah. Prinsip pareto adalah menyelesaikan akar permasalahan/*root of causes* bukan gejala/ *symptoms*. Aturan Pareto adalah 80% masalah disebabkan oleh 20% penyebab. Contohnya 80% kejadian keterlambatan disebabkan oleh 20% penyebab yang ada, 80% pendapatan rumah sakit berasal dari 20% unit yang ada.



Gambar 1 Grafik Pareto

## **Metode Delphi**

Delphi merupakan teknik memprioritaskan masalah secara *non scoring* yang melibatkan para ahli untuk dimintai ide dan solusi pemecahan masalah. Langkah pertama adalah identifikasi masalah yang akan diselesaikan oleh tim, kemudian kuisisioner yang berisi daftar masalah tersebut dikirim ke beberapa ahli. Setelah mendapat masukan dari para ahli, tim merangkum semua pendapat ahli untuk kemudian dikirim kembali ke ahli. Tahap selanjutnya adalah ahli meranking/ membuat skala prioritas penyelesaian masalah.

Metode Delphi digunakan untuk menentukan prioritas masalah melalui diskusi oleh sekelompok orang yang mempunyai keahlian yang sama. Melalui diskusi tersebut akan menghasilkan prioritas masalah yang disepakati bersama. Pemilihan prioritas masalah dilakukan melalui pertemuan khusus. Setiap peserta yang sama keahliannya dimintakan pendapatnya terkait masalah-masalah yang muncul, masalah yang paling banyak dikemukakan adalah prioritas masalah yang dicari.

Langkah dalam melakukan metode ini adalah:

- identifikasi masalah yang hendak/ perlu diselesaikan
- membuat kuesioner dan menetapkan peserta/ para ahli yang dianggap mengetahui dan menguasai permasalahan
- kuesioner dikirim kepada para ahli, kemudian menerima kembali jawaban kuesioner yang berisikan ide dan alternatif solusi penyelesaian masalah
- pembentukan tim khusus untuk merangkum seluruh respon yang muncul dan mengikim kembali hasil rangkuman kepada para ahli
- para ahli menelaah ulang hasil rangkuman, menetapkan skala prioritas/ memeringkat alternatif solusi yang dianggap terbaik dan mengembalikan kepada pemimpin kelompok/ pembuatan keputusan

## **Metode Delbeque**

Delbeque merupakan teknik memprioritaskan masalah secara non scoring yang meminta pendapat beberapa ahli secara voting. Sebuah forum (6 s.d 8 orang) yang berisikan tim ahli membuat peringkat masalah dari daftar masalah yang disediakan di papan. Cara penentuan peringkat adalah secara voting tertutup .Hasil voting tahap pertama dipaparkan di papan, kemudian dilakukan voting kedua untuk menentukan prioritas masalah. Kelemahan dari teknik ini adalah penentuan siapa yang berhak menjadi anggota tim ahli, lebih bersifat subyektif, dan pengambilan keputusan lebih berdasar pada konsesus dari interes/kepentingan yang ada, bukan fakta permasalahan itu sendiri.

Metode Delbeque adalah teknik penetapan prioritas masalah melalui diskusi kelompok, tetapi peserta diskusi terdiri dari para peserta yang tidak sama keahliannya, sehingga sebelum diskusi berlangsung terlebih dahulu dijelaskan terkait tujuan untuk menyamakan persepsi terhadap permasalahan yang akan dibahas. Hasil diskusi adalah prioritas masalah yang disepakati bersama.

Langkah yang dilakukan menggunakan metode ini adalah:

- Peringkat masalah ditentukan oleh sekelompok ahli yang berjumlah antara 6 sampai 8 orang
- Mula-mula dituliskan pada white board masalah apa yang akan ditentukan peringkatnya prioritasnya
- Kemudian masing-masing orang tersebut menuliskan peringkat urutan prioritas untuk setiap masalah yang akan ditentukan prioritasnya
- Penulisan tersebut dilakukan secara tertutup
- Kemudian kertas dari masing-masing orang dikumpulkan dan hasilnya dituliskan di belakang setiap masalah
- Nilai peringkat untuk setiap masalah dijumlahkan, jumlah paling tinggi berarti mendapat peringkat tinggi atau dengan kata lain merupakan prioritas masalah tertinggi

Delbeque menyarankan dilakukan satu kali lagi pemberian peringkat tersebut, dengan harapan masing-masing orang akan mempertimbangkan kembali peringkat yang akan diberikan setelah mengetahui nilai rata-rata.

Tidak ada diskusi dalam metode ini. Hal ini dilakukan untuk menghindari orang yang dominan mempengaruhi orang lain.

Kelemahan menggunakan metode ini adalah:

1. menentukan siapa yang seharusnya ikut dalam menentukan peringkat prioritas tersebut
2. penentuan peringkat bisa sangat subjektif
3. cara ini lebih bertujuan mencapai consensus dari interest yang berbeda dan tidak untuk menentukan prioritas atas dasar fakta

## **Nominal Group Technique (NGT)**

NGT merupakan merupakan teknik memprioritaskan masalah secara non scoring yang meminta pendapat beberapa ahli. Pada NGT memiliki ciri komunikasi nonverbal dan verbal. Sebuah forum (6 s.d 8 orang) yang berisikan tim ahli membuat peringkat masalah dari daftar masalah yang disediakan di papan. Masing-masing ahli menentukan peringkat masalah tanpa diskusi/comment. Hasil pendapat masing-masing ahli kemudian dirangkum dan didiskusikan menjadi beberapa kriteria permasalahan (sudah dipersempit/diklasifikasikan). Tahap terakhir adalah dilakukan voting untuk menentukan

prioritas masalah. Metode ini mirip dengan delbeque, hanya saja NGT menggunakan diskusi.

### **Kecenderungan/Trend**

Prioritas masalah berikut tidak memerlukan banyak analisis, karena hanya mempertimbangkan kecenderungan/trend baik local, regional dan internasional. Contohnya adalah HAM, people centre, komitmen global, safe motherhood, komitmen nasional dan sebagainya.



# **CONTOH KASUS**

## Gambaran Pengetahuan Lansia terhadap Pencegahan dan Pengobatan Hipertensi di Puskesmas Cipayung Kota Depok 2015

Eliza Techa Fattima, Riyan Wahyudo, Gigih Setiawan, Chicy Widya Morfi  
Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

### Abstrak

Hipertensi adalah penyakit yang paling sering dialami lansia. Sebanyak 967 kasus pada periode Juni-Agustus 2015 di Puskesmas Cipayung Kota Depok, dimana rentang usia yang paling banyak menderita hipertensi merupakan usia 55-59 tahun. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran pengetahuan lansia terhadap pencegahan dan pengobatan hipertensi di Puskesmas Cipayung Kota Depok. Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif menggunakan *survey cross sectional*. Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah gambaran pengetahuan lansia terhadap pencegahan dan pengobatan hipertensi di Puskesmas Cipayung Kota Depok periode 15-19 September 2015 dengan jumlah sampel 105 responden. Penelitian ini menggunakan kuesioner yang terdiri dari 3 pertanyaan mengenai penyakit hipertensi, 6 pertanyaan mengenai pencegahan hipertensi, dan 6 pertanyaan mengenai pengobatan hipertensi. Berdasarkan hasil penelitian mengenai pencegahan hipertensi, 38,1% responden berpengetahuan baik, 45,7% berpengetahuan cukup, dan 16,2% berpengetahuan kurang. Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengobatan penyakit hipertensi, 21,97% responden berpengetahuan baik, 31,4% berpengetahuan cukup, dan 46,7 % responden memiliki pengetahuan yang kurang. Simpulan dari penelitian ini adalah hipertensi merupakan salah satu dari sepuluh penyakit terbanyak di UPT Puskesmas Cipayung Kota Depok. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, tingkat pengetahuan pasien lansia terhadap pencegahan dan pengobatan hipertensi di UPT Puskesmas Cipayung Kota Depok masih kurang baik terutama dalam pengetahuan mengenai prinsip pengobatan hipertensi. [JK Unila. 2016; 1(2): 220-225]

**Kata kunci:** Depok, Hipertensi, Lansia, Pengetahuan

## Knowledge Overview of the Elderly Prevention and Treatment of Hypertension at Cipayung Primary Health Care Depok City in 2015

### Abstract

Hypertension is a disease that most often experienced by the elderly. A total of 967 cases in the period from June to August 2015 at Cipayung Primary Health Care (PHC) Depok City, where the age range most hypertensive is 55-59 years. This research conducted to determine the image of elderly knowledge to the prevention and treatment of hypertension in Puskesmas Cipayung Depok. This research used descriptive research using cross sectional survey. The data collected in this research is the image of the elderly knowledge to the prevention and treatment of hypertension in Cipayung PHC Depok City period 15 to 19 September 2015 with 105 respondents as a sample. This research used a questionnaire consisting of three questions about hypertension, six questions concerning the prevention of hypertension, and 6 questions about the treatment of hypertension. Based on the results of research on the prevention of hypertension, 38.1% of respondents good knowledge, 45.7% are knowledgeable enough, and 16.2% less knowledgeable. Based on the results of research on the treatment of hypertension, 21.97% of respondents good knowledge, 31.4% are knowledgeable enough, and 46.7% of respondents have less knowledge. Conclusions from this research is hypertension is one of the top ten diseases at Cipayung PHC Depok. Based on the results of research that has been done, the level of knowledge of elderly patients on the prevention and treatment of hypertension at Cipayung PHC Depok City is not good enough, especially in the knowledge of the principles of treatment of hypertension. [JK Unila. 2016; 1(2): 220-225]

**Keywords:** Depok, Elderly, Hypertension, Knowledge

**Korespondensi:** dr. Eliza Techa Fattima, Jl. Soemantri Brodjonegoro No.1, HP 085324719365, email elizatecha@yahoo.co.id

### Pendahuluan

Puskesmas merupakan Unit Pelaksana Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang bertanggung jawab menyelenggarakan pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya. Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan dengan wilayah kerja tingkat kecamatan. Untuk menjangkau wilayah kerjanya puskesmas diperkuat dengan puskesmas pembantu, puskesmas keliling dan untuk

daerah yang jauh dari sarana pelayanan rujukan, puskesmas dilengkapi dengan fasilitas rawat inap. Puskesmas bertanggung jawab menyelenggarakan upaya kesehatan per orang dan upaya kesehatan masyarakat, yang ditinjau dari Sistem Kesehatan Nasional merupakan pelayanan kesehatan tingkat pertama.<sup>1</sup>

Salah satu program utama di puskesmas adalah pengobatan, yang meliputi berbagai

jenjang usia, termasuk salah satunya adalah masyarakat yang sudah lanjut usia. Lanjut usia atau yang biasa kita kenal dengan Lansia, merupakan istilah tahap akhir dari proses penuaan. Dalam mendefinisikan batasan penduduk lanjut usia menurut Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional ada tiga aspek yang perlu dipertimbangkan yaitu aspek ekonomi, aspek sosial dan aspek biologis. Secara ekonomi, penduduk lanjut usia lebih dipandang sebagai beban dari pada sebagai sumber daya. Banyak orang beranggapan bahwa kehidupan masa tua tidak lagi memberikan banyak manfaat, bahkan ada yang sampai beranggapan bahwa kehidupan masa tua, seringkali dipersepsikan secara negatif sebagai beban keluarga dan masyarakat. Secara biologis penduduk lanjut usia adalah penduduk yang mengalami proses penuaan secara terus menerus, yang ditandai dengan menurunnya daya tahan fisik yaitu semakin rentannya terhadap serangan penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Hal ini disebabkan terjadinya perubahan dalam struktur dan fungsi sel, jaringan, serta sistem organ.<sup>2</sup>

Salah satu penyakit yang paling sering dialami oleh lansia adalah hipertensi. Hipertensi didefinisikan sebagai tekanan darah persisten dengan nilai sistolik sama dengan atau lebih dari 140 mmHg dan/atau tekanan darah diastolik sama dengan atau lebih dari 90 mmHg,<sup>3</sup> *World Health Organization (WHO)*, 2008, menyatakan hipertensi sebagai masalah kesehatan umum di seluruh dunia. Hal ini disebabkan tingginya angka kejadian hipertensi yang kian hari semakin mengkhawatirkan.<sup>4</sup> Pada tahun 2000, hipertensi memiliki prevalensi sebesar 26,4% dari populasi orang dewasa di seluruh dunia. Prevalensi ini terdiri dari 26,6% pada populasi pria, dan 26,1% pada populasi wanita. Jumlah penderita hipertensi dewasa diperkirakan akan terus meningkat, dengan peningkatan sebesar 60% pada tahun 2025.<sup>5</sup> Prevalensi hipertensi di Indonesia yang didapat melalui pengukuran pada umur  $\geq 18$  tahun menurut Risesdas Tahun 2013 adalah sebesar 25,8%, dengan tertinggi di Bangka Belitung (30,9%) dimana Jawa Barat menduduki peringkat ketiga dengan persentase 29,4%.<sup>3</sup>

Berdasarkan data laporan bulanan

penyakit (LB1) Puskesmas Cipayung dari periode Juni-Agustus 2015 didapatkan total kasus sebanyak 967 kasus selama 3 bulan terakhir, dimana rentang usia yang paling banyak menderita hipertensi merupakan usia 55-59 tahun. Hipertensi juga merupakan penyakit ke-3 yang tertinggi angka kejadiannya setelah penyakit dispepsia dan ISPA.<sup>6</sup>

Prioritas masalah ditentukan melalui *scoring*, yaitu dengan memberikan nilai untuk kriteria tertentu dan masalah yang menjadi prioritas pertama adalah masalah yang memiliki bobot paling besar. Salah satu teknik *scoring* adalah PAHO. Penentuan prioritas masalah kesehatan yang terjadi di Puskesmas Cipayung dilakukan dengan menggunakan teknik skoring PAHO. Teknik PAHO memiliki 4 indikator, yaitu : (1) besarnya masalah (*Magnitude*), (2) derajat keparahan (*Severity*), (3) ketersediaan teknologi (*Vulnerability*), dan (4) kepedulian masyarakat dan pejabat (*Community/Political Concern*). Prioritas masalah telah dilakukan dengan meminta pendapat 8-10 orang untuk memberikan skor antara 1-10 untuk masing-masing kriteria yang ada.

**Tabel 1.** Penentuan Prioritas Masalah Kesehatan di UPT Puskesmas Cipayung Kota Depok

No	Prioritas Penyakit	M	S	V	C	TOTAL
1	Hipertensi primer	9	9	8	6	3888
2	Diare dan gastroenteritis (A09)	6.5	8.5	6	7	2320.5
3	Infeksi Pernafasan Saluran Akut (ISPA) (J069)	8.5	6.7	5	8	2278
4	Tuberculosis	8	8	7	7	3136
5	Sindroma Dispepsia (K30)	7.5	6.9	5	5	1293.5
6	Dengue Fever	7	8	7	7,5	2940
7	Gangguan pada kulit (L98)	5	5	7	7	1225
8	Diabetes Mellitus Tipe 2 (E11)	6,5	8	7	6	2148
9	Arthritis (M13)	5.5	6	7	5	1155

Dari hasil metode PAHO di atas didapatkan bahwa masalah kesehatan

hipertensi menempati posisi pertama dalam skala prioritas masalah dan masalah tuberkulosis menempati posisi kedua. Antara alasan lain memilih hipertensi adalah menurut laporan bulanan penyakit (LB1) Puskesmas Cipayung dari bulan Juni sampai Agustus 2015 didapatkan ada 967 kasus hipertensi primer dan prevalensinya cukup tinggi berbanding dengan penyakit lain.<sup>6</sup> Penyakit hipertensi dapat dicegah dan apabila penderita tidak ditangani dengan baik maka dapat menyebabkan komplikasi yang serius.

### Metode

Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif. Peneliti mengumpulkan data primer dengan menggunakan *survey cross sectional*. Kelebihan dari desain *cross sectional* adalah mudah dilaksanakan, sederhana, ekonomis dalam hal waktu dan hasilnya dapat diperoleh dengan cepat. Desain *cross sectional* adalah desain penelitian dimana variabel-variabel yang termasuk faktor risiko dan variabel-variabel yang termasuk efek diobservasi sekaligus pada waktu yang sama dan hanya satu waktu.<sup>5,7</sup> Data yang dikumpulkan dalam penelitian ini adalah gambaran pengetahuan lansia terhadap pencegahan dan pengobatan hipertensi di Puskesmas Cipayung Kota Depok periode 15-19 September 2015. Survei terhadap responden akan dilakukan dengan terlebih dahulu meminta kesediaan responden (*informed consent*) secara verbal untuk mengisi kuesioner data yang diperoleh dari responden akan dijaga kerahasiannya dan hanya untuk kepentingan survei. Teknik pengumpulan data yang digunakan penulis dalam penelitian ini didapatkan sumber data dari wawancara dengan menggunakan alat kuesioner yang telah disiapkan. Kuesioner berisi daftar pertanyaan yang dibuat dalam bentuk sederhana dengan metode pertanyaan tertutup yang diberikan kepada responden.

Pengambilan sampel dilakukan dengan metode pengambilan *total sampling*, yaitu teknik yang mengambil semua subyek yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan sesuai dengan jangka waktu yang ditentukan.<sup>8,9</sup>

### Hasil dan Pembahasan

Pada bab ini akan digambarkan hasil analisis kuesioner yang telah dibagikan pada tanggal 15 – 19 September 2015 di Poli Umum UPT Puskesmas Cipayung Kota Depok. Jumlah sampel yang berhasil dikumpulkan adalah 105 sampel.

Distribusi responden berdasarkan data demografi dan faktor risiko hipertensi ditampilkan pada tabel berikut ini:

**Tabel 2** Distribusi responden berdasarkan data demografi

Karakteristik responden	Frekuensi (n = 105)	Persentase (%)
<b>Jenis kelamin</b>		
Laki-laki	19	18,1
Perempuan	86	81,9
<b>Umur</b>		
46 – 55	54	51,4
56 – 65	31	29,5
≥ 66	20	19,0
<b>Pendidikan terakhir</b>		
Tidak bersekolah	8	7,6
SD/ sederajat	51	48,6
SMP/ sederajat	18	17,1
SMA/ sederajat	24	22,9
Perguruan tinggi	4	3,8
<b>Status Pernikahan</b>		
Belum Menikah	4	3,8
Sudah Menikah	82	78,1
Duda/ Janda	19	18,1
<b>Pekerjaan</b>		
Ibu Rumah Tangga	78	74,3
Wiraswasta	7	6,7
Petani	3	2,9
Guru	2	1,9
Karyawan	2	1,9
PNS	2	1,9
Buruh	2	1,9
Penjahit	1	0,9
Pensiun	4	3,8
Tidak bekerja	4	3,8
<b>Alamat (Kelurahan)</b>		
Cipayung	58	55,2
Cipayung Jaya	19	18,1
Bojong Pondok Terong	17	16,2
Luar Wilayah Cipayung	11	10,5
<b>Kebiasaan Merokok</b>		
Ya	21	20
Tidak	84	80
<b>Riwayat Hipertensi</b>		
Ya	97	92,4
Tidak	8	7,8
<b>Riwayat Keluarga Hipertensi</b>		
Ya	46	43,8
Tidak	59	56,2

Dari 105 sampel yang didapat selama lima hari di UPT Puskesmas Cipayung, didapatkan 81,9% responden perempuan dan 18,1% responden laki-laki dengan kelompok usia terbanyak adalah di rentang usia 46 – 55 tahun yaitu 51,4%. Tingkat pendidikan terbanyak dari responden adalah SD/ sederajat yaitu 48,6%. Sebanyak 78,1% responden sudah menikah. Sebagian besar dari responden memiliki pekerjaan ibu rumah tangga 74,3%. Dari tiga kelurahan wilayah kerja UPT Puskesmas Cipayung, sebagian besar responden berasal dari kelurahan Cipayung, yaitu 55,2%.

Faktor risiko hipertensi yang dinilai pada penelitian ini adalah kebiasaan merokok dan faktor keturunan. Hanya 20% dari total responden yang memiliki kebiasaan merokok. Dari hasil analisis kuesioner didapatkan 92,4%% responden memiliki riwayat hipertensi namun hanya 43,8% yang memiliki riwayat keluarga hipertensi, hal tersebut kemungkinan disebabkan karena keluarga tidak memeriksakan diri ke dokter.

Pengetahuan yang dianalisis dalam penelitian ini adalah tentang pencegahan dan pengobatan hipertensi. Pengetahuan tentang definisi hipertensi, tekanan darah normal dan gejala hipertensi juga peneliti nilai sebagai gambaran awal pengetahuan responden mengenai pencegahan dan pengobatan hipertensi.

**Tabel 3** Tingkat pengetahuan responden mengenai pencegahan dan pengobatan hipertensi

Karakteristik responden	Frekuensi (n = 105)	Persentase (%)
<b>Mengerti definisi tekanan darah</b>	22	20,9
<b>Mengetahui tekanan darah normal</b>	73	69,5
<b>Mengetahui gejala hipertensi</b>	71	67,6
<b>Pengetahuan tentang pencegahan hipertensi</b>		
Baik	40	38,1
Cukup	48	45,7
Kurang	17	16,2
<b>Pengetahuan tentang pengobatan hipertensi</b>		

Baik	23	21,9
Cukup	33	31,4
Kurang	49	46,7

Dari data yang didapatkan dari kuesioner, sebagian besar responden sudah mengetahui apa itu gejala hipertensi dan nilai tekanan darah normal manusia namun masih belum paham mengenai definisi hipertensi. Sebagian besar 46.67% responden menjawab hipertensi adalah keadaan stress tinggi, banyak berfikir, sedangkan yang menjawab benar atau penyakit hipertensi adalah penyakit kenaikan tekanan darah hanya 21%. Pasien lansia UPT Puskesmas Cipayung Kota Depok sudah mengetahui berapa nilai tekanan darah normal, 69,50% responden menjawab benar yaitu tekanan darah normal pada manusia adalah kurang dari 130/80 mmHg, namun harus ada penyamaan persepsi lagi tentang pengetahuan nilai tekanan darah normal manusia. Sebagian besar atau 67,60% responden menjawab gejala hipertensi adalah sakit kepala dan rasa berat di tengkuk. Meskipun hipertensi biasanya tanpa gejala (asimtomatik) namun gejala yang paling sering dirasakan penderita hipertensi terutama di UPT Puskesmas Cipayung Kota Depok adalah sakit kepala dan rasa berat di tengkuk.

Dari data yang didapatkan dari kuesioner mengenai pencegahan hipertensi, 47,61% responden menjawab bahwa hipertensi adalah penyakit yang dapat dicegah. Meskipun jumlahnya cukup banyak yang mengetahui hal tersebut, namun sebagian besar masih belum mengetahui jika penyakit hipertensi adalah penyakit yang dapat dicegah. Secara umum pasien lansia UPT Puskesmas Cipayung Kota Depok sudah mengetahui bahwa merokok merupakan salah satu factor risiko hipertensi. Sebagian besar 58.09% responden menjawab benar bahwa pencegahan penyakit tekanan darah tinggi adalah dengan tidak merokok atau menghentikan kebiasaan merokok. Sebagian besar 69.50% responden menjawab tidak tahu jika berolahraga secara teratur dapat mencegah hipertensi. Secara umum pasien lansia UPT Puskesmas Cipayung Kota Depok mengetahui bahwa konsumsi garam merupakan salah satu faktor risiko hipertensi, 90,50% responden menjawab mengurangi konsumsi garam dapat mencegah penyakit darah tinggi. Secara umum pasien lansia UPT

Puskesmas Cipayang Kota Depok mengetahui bahwa makanan berlemak juga merupakan faktor risiko terjadinya hipertensi, 66,70% responden menjawab benar yaitu mengurangi konsumsi makanan berlemak dapat mencegah penyakit tekanan darah tinggi. Sebagian responden 50,50% menjawab benar yaitu minuman berkefein seperti kopi meningkatkan risiko tekanan darah tinggi. Namun jumlah responden yang menjawab salah atau tidak tahu terbilang masih banyak, sehingga perlu ditingkatkan pengetahuan tentang hubungan antara minuman berkafein seperti rokok dengan hipertensi.

Dari data yang didapatkan dari kuesioner mengenai pengobatan hipertensi, seluruh responden menjawab bahwa orang yang mengalami hipertensi perlu diobati, 83,30% responden menjawab benar yaitu salah satu bentuk pengobatan tekanan darah tinggi adalah obat-obatan antihipertensi. Secara umum pasien lansia UPT Puskesmas Cipayang Kota Depok sudah mengetahui cara konsumsi obat penurun tekanan darah, 81,90% responden menjawab benar bahwa obat untuk tekanan darah tinggi harus diminum secara teratur setiap hari. Secara umum pasien lansia UPT Puskesmas Cipayang Kota Depok belum mengetahui bahwa obat-obatan tekanan darah tinggi sebenarnya tidak merusak ginjal, bahkan jika tidak dikonsumsi oleh pasien hipertensi justru ginjal pasien kemungkinan dapat rusak karena komplikasi hipertensi, 23,80% yang menjawab benar bahwa obat-obatan tekanan darah tinggi tidak merusak organ seperti ginjal, 30,50% responden menjawab tidak tahu dan 45,70% responden menjawab obat-obatan tekanan darah tinggi dapat merusak organ seperti ginjal. Secara umum pasien lansia UPT Puskesmas Cipayang Kota Depok belum mengetahui lama pengobatan darah tinggi, 57,10% responden menjawab salah, 8,60% menjawab tidak tahu dan hanya 34,30% yang menjawab betul mengenai obat darah tinggi harus dikonsumsi setiap hari. Obat-obat darah tinggi untuk sebagian pasien harus dikonsumsi seumur hidup di bawah pengawasan dokter, penderita harus rutin melakukan pemeriksaan tekanan darahnya. Secara umum pasien lansia UPT Puskesmas Cipayang Kota Depok belum mengetahui prinsip pengobatan hipertensi secara menyeluruh, yaitu mengkonsumsi

obat-obatan disertai dengan pola hidup sehat, 55,20% responden betul.

Dari pertanyaan mengenai pencegahan penyakit hipertensi, 38,1% responden berpengetahuan baik, 45,7% berpengetahuan cukup, dan 16,2% berpengetahuan kurang. Berdasarkan pertanyaan mengenai pengobatan penyakit hipertensi, 21,97% responden berpengetahuan baik, 31,4% berpengetahuan cukup, dan 46,7 % responden memiliki pengetahuan yang kurang.

### Simpulan

Hipertensi merupakan salah satu dari sepuluh penyakit terbanyak di UPT Puskesmas Cipayang Kota Depok. Berdasarkan hasil penelitian mengenai pencegahan hipertensi, 38,1% responden berpengetahuan baik, 45,7% berpengetahuan cukup, dan 16,2% berpengetahuan kurang. Berdasarkan hasil penelitian mengenai pengobatan penyakit hipertensi, 21,97% responden berpengetahuan baik, 31,4% berpengetahuan cukup, dan 46,7 % responden memiliki pengetahuan yang kurang. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, tingkat pengetahuan pasien lansia terhadap pencegahan dan pengobatan hipertensi di UPT Puskesmas Cipayang Kota Depok masih kurang baik terutama dalam pengetahuan mengenai prinsip pengobatan hipertensi.

### Daftar Pustaka

1. Departemen Kesehatan. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.857 Tentang Penilaian Kinerja SDM Kesehatan. Jakarta: Depkes; 2009.
2. Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional. Menuju Lansia Paripurna. [disitasi 12 September 2015]. Tersedia di: <http://www.bkkbn.go.id/ViewArtikel.aspx?ArtikkelID=123>
3. Kaplan N. Systemic Hypertension : Therapy. Dalam: Braunwald's Heart Disease. Edisi ke-9. Pennsylvania: Elsevier Saunders; 2012.
4. World Health Organization. A global brief on hypertension 2013. Geneva: WHO; 2014.

5. Notoatmodjo S. Kesehatan Masyarakat Ilmu dan Seni. Jakarta: Rieka Cipta; 2007.
6. Puskesmas Cipayung. Laporan Bulanan Penyakit Juni- Agustus 2015. Depok : Puskesmas Cipayung; 2015
7. Gordis, L. Epidemiology 3 ed. Pennsylvania: Elsevier Saunders; 2004.
8. Swarjana, I.K. Metodologi Penelitian Kesehatan: Tuntunan Praktis Pembuatan Proposal Penelitian. Yogyakarta; 2012.
9. Sopiudin, D. Besar Sampel dan Cara Pengambilan Sampel dalam Penelitian Kedokteran dan Kesehatan. Jakarta: Salemba Medika; 2013.



## PEMETAAN MASALAH DAN PENENTUAN PRIORITAS PROGRAM KESEHATAN PADA MASYARAKAT KELURAHAN GEREM, KECAMATAN GROGOL, KOTA CILEGON

Suci Pujiati

Program Studi Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Ibn Khaldun Bogor, Jl. KH. Sholeh Iskandar KM. 2, Bogor, 16162. [Email : pujiati.suci@gmail.com](mailto:pujiati.suci@gmail.com)

### Abstrak

Pemetaan masalah kesehatan merupakan upaya yang dilakukan untuk melihat besarnya masalah serta penentuan program dan prioritas kesehatan yang dapat diaplikasikan pada suatu lokasi melalui upaya-upaya pemerintah, swasta maupun organisasi untuk memperbaiki dan meningkatkan taraf hidup, kualitas kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Tujuan penelitian untuk melukiskan gambaran umum kondisi masyarakat, potensi, masalah dan kebutuhan yang ada pada lingkup sosial sehingga bisa dihasilkan prioritas kebutuhan dan program kesehatan yang perlu dijalankan. Metode Penelitian deskriptif pendekatan kualitatif selama 4 bulan, melibatkan 30 informan. Sumber data penelitian menggunakan teknik sampling non probalita, yaitu dengan *purposive sampling* dan *snowball sampling*. Analisa data melalui survey lapangan dengan 2 teknik yaitu wawancara dan observasi. Penentuan priortas masalah berdasarkan metode *Delbeqc*. Hasil penelitian, ditemukan 3 masalah yang ditemukan terkait bidang kesehatan yaitu, jumlah SDM Kesehatan masih kurang, kondisi Posyandu dan Polindes yang banyak mengalami kerusakan, serta perilaku masyarakat yang masih menggunakan sungai untuk aktivitas mandi, cuci, kakus (MCK). Kesimpulan dari hasil pembobotan masing-masing masalah kesehatan yang ada berdasarkan kriteria *Delbeqc* diperoleh tiga prioritas utama yang bisa diterapkan yaitu revitalisasi poliklinik desa dan posyandu, penyediaan MCK umum sarana air bersih serta penambahan jumlah dan peningkatan pelatihan bagi tenaga kesehatan.

**Kata Kunci :** *prioritas masalah kesehatan, program kesehatan, Delbeqc*

### Pendahuluan

Masalah masyarakat di Indonesia umumnya disebabkan karena rendahnya tingkat sosial ekonomi, yang mengakibatkan ketidakmampuan dan ketidaktahuan dalam berbagai hal, khususnya dalam memelihara diri mereka sendiri (*self-care*). Bila keadaan ini dibiarkan akan menyebabkan masalah yang meningkat terhadap individu, keluarga, maupun masyarakat. Dampak dari permasalahan ini adalah menurunnya kesejahteraan dan kesehatan keluarga serta masyarakat secara keseluruhan. Keadaan ini akan sangat berpengaruh terhadap produktivitas keluarga dan masyarakat untuk menghasilkan sesuatu dalam memenuhi kebutuhan hidupnya, yang selanjutnya membuat kondisi sosial ekonomi keluarga dan masyarakat semakin rendah,

demikian seterusnya berputar sebagai suatu siklus yang tidak berujung.

Hakikat pengembangan masyarakat pada dasarnya adalah untuk meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan manusia atau masyarakat (Effendy, 1998). Pengembangan masyarakat (*community development*) adalah semua usaha swadaya masyarakat digabungkan dengan usaha-usaha pemerintah setempat guna meningkatkan kondisi masyarakat di bidang kesehatan, ekonomi, sosial, dan kultural serta untuk mengintegrasikan masyarakat yang ada ke dalam kehidupan berbangsa dan bernegara, dan memberikan kesempatan yang memungkinkan masyarakat tersebut membantu secara penuh pada kemajuan dan kemakmuran bangsa (Conyers, 1996 dalam Nasdian, 2003).



Dalam hal peningkatan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat diperlukan suatu pemetaan sosial (*social mapping*) sebagai upaya mengidentifikasi dalam memahami struktur sosial (sistem kelembagaan dan individu) dan tata hubungan antar lembaga atau individu pada lingkungan sosial tertentu. Pemetaan sosial secara mendalam diperlukan untuk memperoleh gambaran jelas dan terperinci mengenai kondisi masyarakat. Gambaran tersebut menunjukkan apa yang dibutuhkan masyarakat untuk dapat memberdayakan dirinya sendiri. Dalam melakukan analisis kebutuhan harus diperhatikan benar agar dapat memenuhi kebutuhan (*needs*), dan bukan sekedar keinginan (*wants*) yang dapat bersifat pemenuhan kebutuhan sesaat saja. Analisis harus dilakukan secara mendalam agar kebutuhan yang sesungguhnya benar-benar dibutuhkan masyarakat dapat dipahami secara holistik, bukan berlandaskan keinginan perusahaan atau keinginan tokoh-tokoh masyarakat saja. Pada intinya, *community development* ini diharapkan dapat meningkatkan kemandirian dan kemampuan masyarakat (terutama masyarakat miskin) agar mau serta mampu mengakses berbagai sumber daya, permodalan, teknologi, dan pasar dengan pendekatan pendampingan, untuk meningkatkan kesejahteraannya.

Needs assesment merupakan langkah yang penting diterapkan dalam pemetaan sosial. *Needs assessment* diartikan sebagai suatu proses kebutuhan sekaligus menentukan prioritas. *Need Assessment* (analisis kebutuhan) adalah suatu cara atau metode untuk mengetahui perbedaan antara kondisi yang diinginkan/seharusnya (*should be/ought to be*) atau diharapkan dengan kondisi yang ada (*what is*). Kondisi yang diinginkan seringkali disebut dengan kondisi ideal, sedangkan kondisi yang ada, seringkali disebut dengan kondisi riil atau kondisi nyata. Analisis kebutuhan sebagai suatu proses formal untuk menentukan jarak atau kesenjangan antara keluaran dan dampak yang nyata dengan keluaran dan dampak yang

diinginkan, kemudian menempatkan deretan kesenjangan ini dalam skala prioritas lalu memilih hal yang paling penting untuk diselesaikan masalahnya. *Need Assessment* dapat diterapkan pada individu, kelompok atau lembaga (institusi). Sedangkan menurut *Office of Migrant Education*, *needs assessment* adalah sebuah pendekatan sistematis yang mana progresnya didefinisikan pada serangkaian fase-fase. *Needs assessment* fokus pada hasil (luaran) yang ingin diraih daripada fokus pada sarana (yakni proses). *Needs assessment* mengumpulkan data dengan cara menetapkan prosedur-prosedur dan metode yang didesain untuk tujuan-tujuan spesifik. Jenis dan cakupan metode yang dipilih ditujukan untuk memenuhi tujuan dan konteks dari *Needs assessment*. *Needs assessment* menyusun prioritas-prioritas dan menentukan kriteria-kriteria yang solutif sehingga perencana dan manajer dapat membuat keputusan-keputusan riil. *Needs assessment* menyusun kriteria untuk menentukan bagaimana cara terbaik untuk mengalokasikan uang, orang, fasilitas, dan sumber daya lainnya yang tersedia. *Needs assessment* mengarah pada aksi yang akan meningkatkan program, pelayanan, struktur dan operasional organisasi, atau kombinasi dari elemen-elemen tersebut.

Penelitian ini ditujukan untuk melukiskan gambaran umum keadaan dan kondisi masyarakat di Kelurahan Gerem Kecamatan Grogol, Kota Cilegon lalu dianalisa seperti apa potensi, masalah dan kebutuhan yang ada pada lingkup sosial sehingga bisa dihasilkan prioritas kebutuhan dan program kesehatan yang perlu dijalankan di masyarakat. Sehingga kajian ini diharapkan dapat menjadi rekomendasi kegiatan selama lima tahun mendatang.

### **Metode**

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan kualitatif. Penelitian ini dilakukan di Kelurahan Gerem, Kecamatan Grogol Kota Cilegon, Banten dari bulan Juli hingga Agustus tahun 2017 yang melibatkan 4

kelompok informan dari perangkat pemerintahan kelurahan Gerem, ketua RW, lembaga formal dan tokoh informan kelurahan Gerem. Total keseluruhan informan berjumlah 30 orang. Sumber data dalam penelitian ini dipilih dengan teknik sampling non probalita, yaitu dengan purposive sampling dan snowball sampling. Melalui *purposive sampling* peneliti melakukan pertimbangan terhadap unit analisis yang akan dijadikan sebagai informan yaitu pihak yang dianggap kompeten dalam menjelaskan kondisi struktur masyarakat beserta masalah dan potensi yang terdapat di lingkungan yang menjadi objek kajian. Sementara itu, dengan teknik *snowball sampling* peneliti dalam menentukan ukuran sampel tidak mendasarkan kepada kuantitas individu atau organisasi yang dijadikan sumber data, akan tetapi ukuran sampel lebih menekankan kepada tingkat kejenuhan data yang diperoleh.

**Tabel 1. Jumlah sampel Informan Penelitian**

No	Informan	Jumlah	Lokasi Wawancara
1.	Lurah Gerem	1	Kantor Kelurahan
2.	Sekretaris Lurah	1	Kantor Kelurahan
3.	Kasi Tapem dan Trantum	1	Kantor Kelurahan
4.	Kasi Ekbang	1	Kantor Kelurahan
5.	Kasi PM dan Eksos	1	Kantor Kelurahan
6.	Kader Posyandu	2	Posyandu
7.	Ketua LPM	1	Rumah
8.	Ketua PNPM	1	Kantor Kelurahan
9.	Ketua Organisasi Masyarakat dan Kepemudaan	6	Rumah
10.	Ketua RW	10	Rumah
11.	Tokoh Masyarakat	4	Rumah
	<b>Jumlah</b>	<b>29</b>	

Teknik pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti meliputi analisa dokumen berupa kajian literatur dari berbagai buku dan publikasi ilmiah yang relevan, observasi non partisipan melalui pengamatan langsung peneliti terhadap individu, kegiatan masyarakat dan program yang berjalan, wawancara mendalam dengan aparat setempat, tokoh formal dan informal, serta melakukan FGD (focus group discussion) kepada para informan

untuk mendapatkan hasil analisa yang lebih komprehensif.

Analisa data dilakukan melalui kegiatan survey lapangan dengan 2 teknik yaitu wawancara dan observasi dimana semua data berupa catatan lapangan (field notes), dan dokumen tertulis, gambar, foto direkam dan dikumpulkan dalam satu transkrip. Proses pengkategorian dan pengolahan data disajikan dalam suatu matriks penentuan priotas masalah berdasarkan metode Delbeqc. Dimana metode ini memprioritaskan masalah yang harus diselesaikan dengan memberikan bobot (yang merupakan nilai maksimum) dan berkisar antara 0 sampai 10 dengan kriteria:

1. Besar masalah, yaitu % atau jumlah atau kelompok penduduk yang ada kemungkinan terkena masalah/terdampak serta keterlibatan masyarakat dan instansi terkait.
2. Urgensi masalah yang terjadi/diselesaikan, kecenderungannya untuk terjadi dari waktu ke waktu.
3. Biaya/dana yaitu besar atau jumlah dana yang diperlukan untuk mengatasi masalah baik dari segi instansi yang bertanggung jawab terhadap penyelesaian masalah atau dari masyarakat yang terkena masalah.
4. Kemudahan yaitu tersediannya tenaga, sarana/peralatan, waktu serta cara atau metode dan teknologi penyelesaian masalah seperti tersediannya kebijakan/peraturan, petunjuk pelaksanaan (juklak), petunjuk teknis (juknis) dan sebagainya.

Pengujian validitas dan reabilitas data di lakukan dengan 3 triangulasi sumber, teknik dan waktu. Triangulasi sumber yaitu mengkroscek jawaban informan dengan key informan. Triangulasi teknik dengan mengkroscek data dari sumber yang sama dengan teknik yang berbeda seperti data wawancara yang dicek ulang dengan observasi dan dokumentasi. Triangulasi waktu mencakup hasil wawancara sumber yang dilakukan pada jangka waktu yang berbeda

(pagi, siang maupun sore hari) yang dapat

mempengaruhi jawaban yang diterima peneliti.

## Hasil Penelitian

### Penentuan Prioritas Masalah

Perhitungan Delbecq dilakukan melalui penentuan kriteria masalah, pembentukan kelompok, pembobotan masing-masing kriteria dan terakhir penjumlahan skor dengan bobot

yang telah disepakati sehingga pada proses akhir, jumlah skor terbesar adalah prioritas utama yang akan dilakukan dalam pengentasan masalah kesehatan yang ada di Kelurahan Gerem. Dibawah ini merupakan tabel prioritas permasalahan Kesehatan di Kelurahan Gerem

**Tabel 1. Prioritas Permasalahan di Lingkungan Masyarakat Kelurahan Gerem (Tabel Prioritas Masalah Metode Delbecq)**

No	Daftar Masalah	Kategori				Jumlah Skor	Prioritas
		Besar masalah (9)	Urgensi (9)	Biaya (8)	Kemudahan (8)		
1.	SDM Kesehatan Kurang	7x9 = 63	9x9 = 81	8x8 = 64	8x8 = 64	272	I
2.	Posyandu dan Polindes Rusak	8x9 = 72	8x9 = 72	8x8 = 64	6x8 = 48	256	II
3.	Perilaku MCK di sungai	6x9 = 54	7x9 = 63	7x8 = 56	9x8 = 72	245	III

#### 1. Jumlah SDM kesehatan kurang

Dalam bidang kesehatan, kelurahan Gerem sebenarnya memiliki potensi yang cukup baik, dengan hadirnya kader/penggerak di bidang kesehatan, seperti ibu Suemah yang mendedikasikan hidupnya untuk masyarakat dengan menjadi pengelola posyandu di kelurahan Gerem yang fokusnya di lingkungan Sumur Wuluh, dan menjadi penggerak semua posyandu di seluruh lingkungan kelurahan Gerem. Namun dari sisi kuantitas, SDM kesehatan di Kelurahan Gerem masih dirasa sangat kurang, hal ini terungkap berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa sumber di lapangan ditemui bahwasannya SDM kesehatan di Kelurahan Gerem masih sangat kurang, seperti yang diungkapkan oleh beberapa informan dibawah ini :

*“warga kami sebenarnya bisa dibina tapi kami perlu banyak dukungan, karena disini kader posyandu cuma beberapa, masih sangat kurang..” (Informan 1)*

*“Yang ngurus posyandu disini yaa paling Cuma saya, trus ada beberapa orang. Masih kuranglah bu, warga kita kan banyak,, kerepotan juga kadang-kadang..” (Informan 6)*

#### 2. Kondisi Posyandu dan Polindes yang rusak.

Posyandu di kelurahan Gerem sangat memadai dalam segi jumlah. Hal ini dikarenakan setiap RW pasti mempunyai sarana Posyandu dan kegiatan yang dilakukan oleh Posyandu tersebut sering yaitu setiap bulan setidaknya dilakukan 2 kali kegiatan. Kegiatan dan jumlah Posyandu yang banyak ini sayangnya tidak didukung oleh pemerataan infrastruktur di tiap Posyandunya. Menurut hasil observasi, terdapat 2 posyandu (RW 02 dan RW 8) yang memiliki kondisi infraastruktur yang tidak memadai. Kondisi tersebut meliputi kamar mandi yang tidak dapat digunakan, berlubang dan bocor. Hal ini menjadi masalah besar ketika terjadi hujan tiba-tiba pada saat kegiatan Posyandu.

*“Sudah lama bocor, diperbaiki hanya seadanya, makin lama bocornya makin merambat kemana-mana” (Informan 1)*

*“Sudah pernah diperbaiki, tapi belum semuanya. Kasian juga yang pada kerja disana hehe..” (informan 5)*

Untuk polindes sendiri hanya terdapat 1 buah saja. Polides ini terletak di RW08 yang jauh dari jalan raya sehingga polides

ini melayani masyarakat di 3 RW (RW08, RW09, RW10) kondisinya yang mengalami kerusakan menjadikan penggunaannya tidak dapat secara maksimal. Diharapkan polides ini mampu menjadi pusat kesehatan terpadu.

*“Saya sebenarnya ingin kalo bangunan nya bagus, kan kita banyak lakukan kegiatan kayak imunisasi, ngumpulin warga kasih penyuluhan kan enak kalo fasilitasnya bagus, bersih”.* (informan 7)

### 3. Perilaku MCK yang menggunakan sungai

Kebiasaan buruk yang menimbulkan masalah besar dikelurahan Gerem adalah kebiasaan warga yang membuang sampah langsung ke sungai. Hal ini sulit untuk dihilangkan dan dirubah. Pihak kelurahan sendiri sudah bekerjasama dengan CSR Perusahaan sekitar untuk menyediakan sarana pembuangan sampah sementara, alat pengangkut sampah, serta tempat pembuangan sampah akhir. Hal ini tidak berjalan akibat warga tidak mau membayar honor yang dibebankan sebesar Rp 20.000 perbulannya untuk warga yang bertugas untuk mengangkut sampah. Akibat dari kebiasaan ini, sampah disungai tersebut sudah selutut orang dewasa tingginya yang dimana menyebabkan banjir bandang beberapa tahun lalu. Sungai ini banyak digunakan warga untuk kehidupan sehari-hari sehingga ketersediaan air bersih masih sangat kurang. Ditambah lagi kebiasaan masyarakat yang masih mandi, mencuci dan mengambil air untuk keperluan minum dan memasak dari sungai ini.

*“yah apa-apa dibuangnya kesungai, sudah jadi seperti tong sampah”* (informan 7)

*“semua aktifitas banyak disungai ini haha,, susah dibilangin nya Bu,, kita sudah sering himbau berkali-kali, tapi masih saja seperti ini”* (Informan 11)

## Pembahasan

### Penentuan Prioritas Masalah dan Program Perbaikan

Penentuan prioritas masalah digunakan untuk mengetahui sejauh mana masalah itu penting dan dapat teratasi. Delbecq teknik merupakan salah satu penetapan prioritas yang dilakukan berdasarkan kesepakatan sekelompok orang yang tidak sama keahliannya (Azwar,1996). Dalam penentuan prioritas masalah dapat dilakukan secara kualitatif dan kuantitatif berdasarkan data serta perhitungan kemudahan dan kemampuan untuk dapat diselesaikan, keinginan masyarakat untuk mengatasi masalah berdasarkan situasi lingkungan sosial politik dan budaya yang ada di masyarakat serta waktu dan dana yang diperlukan untuk mengatasi masalah (Guller, 2008). Dalam penelitian ini digunakan metode Delbecq yang diawali dengan pembentukan kelompok yang akan mendiskusikan, merumuskan dan menetapkan kriteria dimana sumber data dan informasi yang diperlukan dalam penetapan prioritas berdasarkan : pengetahuan masing-masing kelompok, saran dan pendapat narasumber, peraturan perundangan yang berkaitan, analisa situasi dan sumber informasi atau referensi lainnya (Broomhill, 2007). Dari berbagai permasalahan kesehatan yang ditemui di Kelurahan Gerem ini akhirnya peneliti dapat merumuskan bentuk prioritas program yang dapat dijadikan saran dalam peningkatan kualitas kesehatan masyarakat Kelurahan Gerem Kota Cilegon, diantaranya :

1. Penambahan Kader Posyandu serta pemberian Training atau Lokakarya untuk meningkatkan Kualitas Tenaga kesehatan
2. Revitalisasi Poliklinik Desa dan Posyandu
3. Penyediaan MCK Umum dan Sarana Air bersih

## **1. Jumlah Sumber Daya Manusia Kesehatan Masih Kurang**

SDM atau tenaga kesehatan adalah semua orang yang bekerja secara aktif dan profesional di bidang kesehatan, berpendidikan formal kesehatan atau tidak, yang untuk jenis tertentu memerlukan upaya kesehatan. SDM atau tenaga kesehatan berperan sebagai perencana, penggerak dan sekaligus pelaksana pembangunan kesehatan sehingga tanpa tersedianya tenaga dalam jumlah dan jenis yang sesuai, maka pembangunan kesehatan tidak akan dapat berjalan secara optimal. SDM Kesehatan juga merupakan tenaga kesehatan profesi termasuk tenaga kesehatan strategis dan tenaga kesehatan non profesi serta tenaga pendukung/penunjang kesehatan yang terlibat dan bekerja serta mengabdikan dirinya seperti dalam upaya dan manajemen kesehatan.

Permasalahan yang dihadapi di Kelurahan Gerem ini hampir sama dengan masalah kesehatan dan hambatan SDM kesehatan pada umumnya, kurangnya personil yang profesional dan adekuat sangat berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang bisa diberikan, seperti yang dikutip dalam Azwar,1996 dimana tenaga kesehatan merupakan bagian terpenting didalam peningkatan pelayanan kesehatan, peningkatan kualitas harus menjadi prioritas utama mengingat tenaga kesehatan saat ini belum sepenuhnya berpendidikan D-III serta S-1 sedangkan yang berpendidikan SPK serta sederajat minim terhadap pelatihan tehnik, hal ini juga berkaitan dengan globalisasi dunia dan persaingan terhadap kualitas ketenagaan harus menjadi pemicu (Azwar,1996). Selain jumlah kuantitas SDM yang belum memadai, masalah kesehatan yang juga harus diselesaikan adalah masalah distribusi tenaga kesehatan yang tidak merata. Sebagian besar tenaga kesehatan banyak terfokus di pulau Jawa dan daerah-daerah perkotaan sehingga menyulitkan masyarakat yang berada di daerah pedesaan dan daerah terpencil lainnya untuk mengakses layanan kesehatan. Meski berbagai upaya telah dilakukan untuk mendorong agar tenaga kesehatan khususnya dokter dan bidan desa

bersedia ditempatkan di daerah minim tersebut namun hingga kini masih banyak daerah di Indonesia yang mengalami defisit SDM kesehatan ini (Isbandi, 2008). Distribusinya yang tidak merata juga menjadi problem tenaga kesehatan yang membayangi masalah kualitas dan kompetensi. Peningkatan kualitas dan kompetensi ini menjadi lebih penting saat dunia kesehatan memasuki situasi global yang memungkinkan terjadi persaingan. Kualitas menjadi titik penting bagi peningkatan layanan kesehatan kepada masyarakat. Tanpa kualitas memadai sulit rasanya kita mengharapkan terjadi perubahan terhadap indeks kesehatan masyarakat. Maka upaya untuk terus mencetak tenaga kesehatan yang berkualitas, baik itu dokter, bidan, dan perawat harus menjadi prioritas utama pemerintah. Uji sertifikasi, uji kompetensi, pelatihan, magang, tugas lapangan dan lainnya bisa menjadi alat pengukur tentang seberapa jauh kualitas dan kompetensi tenaga kesehatan.. Selain itu pengakuan terhadap profesi tenaga kesehatan seperti perawat misalnya akan menjamin kenyamanan dan kualitas kerja dari SDM kesehatan tersebut (Irham,2013).

## **2. Posyandu dan Polindes Yang Rusak**

Komponen lain di dalam sumber daya kesehatan yang paling penting adalah ketersediaan sarana kesehatan yang cukup secara jumlah/kuantitas dan kualitas bangunan yang menggambarkan unit sarana pelayanan kesehatan yang bermutu baik bangunan utama, pendukung dan sanitasi kesehatan lingkungan. Pembangunan sarana kesehatan harus dilengkapi dengan peralatan medis, peralatan nonmedis, peralatan laboratorium beserta reagensia, alat pengolahan data kesehatan, peralatan komunikasi, kendaraan roda empat dan kendaraan roda dua (Hadi, 2011). Di kelurahan Gerem terdapat beberapa Posyandu dan Polindes yang bisa dimanfaatkan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, namun kondisi fisik keduanya kurang membantu dalam meningkatkan fasilitas layanan. Posyandu

hanya ditemui di 2 RW sehingga dari segi akses jauh untuk dijangkau oleh seluruh warga yang tersebar di 11 RT. Kondisi bangunan kedua posyandu ini pun banyak yang rusak dan bocor. Sedangkan untuk Polindes tersedia, namun tidak bisa dimanfaatkan secara maksimal karena keterbatasan masalah lahan yang dihibahkan sehingga kepengurusannya pun sedikit terbengkalai.

Minimnya sarana kesehatan dan tidak merata keberadaannya bukan lah hal yang baru dalam permasalahan kesehatan di Indonesia. Menurut data dari Badan Pusat Statistik Indonesia memiliki total sarana kesehatan sebanyak 55.543 yang terdiri dari Rumah Sakit, Puskesmas, posyandu dan sarana kesehatan lainnya. Namun dari segi penyebaran tidak merata karena sebagian besar terpusat pada beberapa wilayah tertentu saja seperti kota kota besar di Indonesia, sedangkan untuk sarana kesehatan yang berada jauh dari pusat kota, banyak sekali yang mengalami kerusakan (Daniri,2008).

### **3. Perilaku MCK yang Menggunakan Sungai**

Berdasarkan Data dinas pengawasan Lingkungan hidup kota cilegon, kadar air sungai yang diambil dari 18 titik sungai di kota Cilegon tercemar oleh limbah rumah tangga. COD (Chemical Oxygen Demand) merupakan jumlah oksigen yang dibutuhkan untuk mengoksidasi zat-zat organik yang terdapat dalam limbah cair dengan memanfaatkan oksidator kalim dikromat sebagai sumber oksigen. Angka COD merupakan ukuran bagi pencemaran air oleh zat organik yang secara alamiah dapat dioksidasi melalui proses biologi dan dapat menyebabkan berkurangnya oksigen terlarut dalam air. Dari 18 sungai yang diambil sampelnya, 17 sungai memiliki angka COD yang lebih tinggi dari standar baku mutunya (Daniri, 2008). Banyak diantara masyarakat Kelurahan Gerem dan Kota Cilegon yang kurang mengerti akan kebersihan lingkungan,

sehingga mereka dengan mudahnya membuang limbah yang dapat membahayakan lingkungan. Aktivitas sehari-hari masyarakat seperti mandi, mencuci dan buang air besar/ kakus (MCK) bahkan membuang sampah dapur dan rumah tangga ke sungai adalah hal yang dianggap sepele, namun menghasilkan sisa buangan yang ternyata dapat membahayakan manusia dan lingkungan khususnya lingkungan laut. Akibatnya selain menimbulkan banyak penyakit, ketersediaan air bersih pun menjadi berkurang. Apalagi banyak masyarakat yang menggunakan sungai ini untuk keperluan air sehari-hari seperti minum dan memasak. Penceramisan sungai dari limbah rumah tangga dan individu ini dapat mengakibatkan banyak penyakit dan masalah kesehatan yang menimpa warga sekitar yang juga merupakan pengguna sungai tersebut. Penyakit yang umum diderita adalah diare, cacingan dan penyakit kulit. Tindakan yang tepat dilakukan untuk penanggulangan atas dampak yang mungkin terjadi baik bagi manusia maupun lingkungan seharusnya ditingkatkan dan menjadi program yang kontinyu dilakukan di Kelurahan Gerem, Cilegon.

Pemerintah dapat melakukan konservasi sumber daya air dengan cara mengelola air sungai dengan baik dan benar, mencegah masuknya benda yang dapat mencemarkan sumber air, sehingga kualitas air menjadi lebih baik. Memberikan edukasi yang terus menerus kepada warga untuk menjaga kelestarian sungai, mengadakan pengobatan gratis untuk melihat seberapa besar prevalensi penyakit yang bisa ditimbulkan akibat penggunaan air yang tercemar serta pembangunan kakus/jamban/toilet umum yang bersih pun dapat menjadi alternatif yang bisa dilakukan pemerintah untuk meningkatkan kualitas air yang Kelurahan Gerem Cilegon (Purbathin, 2016)

## Kesimpulan

Perhatian pada sumber daya yang ada di masyarakat Kelurahan Gerem, Kecamatan Grogol, Kota Cilegon memperhatikan kebutuhan masyarakat serta didukung dengan potensi yang dimiliki di kawasan tersebut, dapat disimpulkan bahwa pemetaan masalah kesehatan ini direkomendasikan untuk difokuskan melalui bentuk partisipasi dalam revitalisasi infrastruktur sarana kesehatan poliklinik desa (polindes) di RW 08 dan penyediaan MCK Umum serta sarana air bersih dan penambahan kader posyandu di Kelurahan

## Referensi

- [1] Adi, Isbandi R. 2008. *Intervensi Komunitas Pengembangan Masyarakat Sebagai Upaya Pemberdayaan Masyarakat*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada.
- [2] Azwar A, 1996. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Jakarta : Binarupa Aksara
- [3] Broomhill, Ray. 2007. *Key Issues and Debates*. Australia: The Don Dunstan Foundation.
- [4] Crowther, David & Aras, Guler. 2008. *Corporate Social Responsibility*. Ventus Publishing, (dalam <http://bookboon.com>).
- [5] Daniri, Mas Achmad. 2008. *Standarisasi Tanggung Jawab Sosial Perusahaan* (dalam <http://kadin-indonesia.or.id/enm/images/dokumen/KADIN-167-3770-15042009>, diakses 26 Juni 2016).
- [6] E-Conference: The Role of Communication in Sustainable Tourism, sesi III: Communication for CSR (29 Mei – 9 Juli 2006)
- [7] Elkington, John. 1997. *Cannibals with Forks: The Triple Bottom Line of 21st Century Business*. Oxford: Capstone Publishing.
- [8] Fahmi, Irham. 2013. *Perilaku Organisasi: Teori, Aplikasi dan Kasus*. Bandung: Alfabeta.
- [9] Flora, C.B. dan J.L. Flora. 1993. *Entrepreneurial Social Infrastructure: A Necessary Ingredient*. Annals of the American Academy of Political and Social Sciences 539: 48-58.
- [10] Gagne, Robert M. and Leslie J. Briggs. 1979. *Principles of Instructional Design*. New York: Rinehart and Winston.
- [11] Natalia Yakovleva. 2005. *Corporate Social Responsibility in The Mining Industries*. England: Ashgate.
- [12] Office of Migrant Education (OME). 2001. *Comprehensive Needs Assessment*.
- [13] Gerem. Rekomendasi dari penelitian ini yang pertama adalah memberikan edukasi secara berkala kepada warga atas pentingnya menjaga kebersihan diri dan lingkungan terutama kebiasaan yang masih melekat dalam membuang sampah ke sungai. Edukasi dapat dilakukan baik secara formal maupun informal melalui kepala desa, sekolah, dan pertemuan warga lainnya. Kedua, melakukan evaluasi secara periodik terhadap proses dan capaian dari program yang telah dilaksanakan dalam periode berjalan.
- [14] Gentile, J.R. & J.P.Lalley. 2003. *Standards and Mastery Learning: Aligning Teaching and Assessment So All Children Can Learn*. Thousand Oaks: Corwin Press, Inc.
- [15] Gunardi, Agung Sarwiti S, Purnaningsih Ninuk, Lubis Juara P. 2006. *Pengantar Pengembangan Masyarakat, Departemen Komunikasi dan Pengembangan Masyarakat*. Bogor: Fakultas Ekologi Manusia IPB dan Sekolah Pascasarjana IPB.
- [16] Hadi, Agus Purbathin \_\_\_\_\_. *Analisis Jaringan Komunikasi pada Kelompok Wanita Tani Mekarsari Kecamatan Dramaga Kabupaten Bogor*. (Diakses dalam <http://www.suniscome.50webs.com/data>, 26 Juni 2016)
- [17] Hadi, Nur. 2011. *Corporate Social Responsibility edisi Pertama*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- [18] Hopkins, Michael. 2004. *Corporate Social Responsibility: an issues paper. Working Paper Number 27, Policy Integration Department World Commission on the Social Dimension of Globalization*. Geneva: International Labour Office. <http://www.deprazz.wordpress.com>
- [19] Kastoulakos, Dr. P. dan Prof. Y. Katsoulakos. 2006. *A Multi-dimensional View of Corporate Responsibility*. 4 CR Working Paper.
- [20] Nasdian, Fredian Tony. 2003. *Pengembangan Masyarakat (Community Development)*. Bogor: Bagian Ilmu-Ilmu Sosial, Komunikasi, dan Ekologi Manusia Departemen Ilmu-Ilmu Sosial Ekonomi, Fakultas Pertanian Institut Pertanian Bogor.
- [21] Prayogo, Dody. 2011. *Socially Responsible Corporation*. Jakarta : UI Press
- [22] Rahman, Reza. 2009. *Corporate Social Responsibility Antara Teori dan Kenyataan*, Yogyakarta: Media Pressindo.

- [22] Robbins, Stephen P., dan Coulter, Mary, 2005. *Manajemen. Edisi ke 7 Jilid 1*. Jakarta: Indeks Group Gramedia.
- [23] Sharma, Anupam and Kiran, Ravi. 2013. "Corporate Social Responsibility: Driving

Forces and Challenges." *International Journal of Business Research and Development*. Vol. 2, No. 1, pp. 18-27. Ottawa: Science Target.